

УДК 616.895–02:613.861.3

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ДИНАМИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

С. Г. Сукиасян

Центр психического здоровья «Стресс», Ереван, Армения

Термин «стресс» с полным правом можно считать одним из символов нашего времени. И это не столько дань моде, сколько отражение насущной потребности понять, что же движет развитием человека, какова его связь с миром и как он выживает в меняющейся среде, от чего зависит его здоровье и благополучие. Одной из неотъемлемых составляющих этой концепции является проблема «травматического стресса» или, как принято в международных классификациях – проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Человек всегда и везде преодолевал травмы и своеобразно их переживал. Первые известные нам научные сведения об этом (так называемый дневник Samuel Pepys) уходят корнями в далекий 1666 год [цит. по R.J.Daly, 19]. Тогда после большого пожара в Лондоне, было дано первое научное описание психической травмы и показана связь расстройства с внешними средовыми факторами. Спустя 200 лет (в 1863 году) Da Costa впервые описал психические расстройства у участников гражданской войны в США в результате «необыденных переживаний» и назвал их «синдромом раздраженного сердца». Несколько позже Э.Крепелин [9], затем Э.Блейлер [2] после первой мировой войны описали психические расстройства, возникающие в результате боевых действий, и выделили их соответственно под названиями «травматический невроз» и «невроз испуга». Во вторую мировую войну военный «синдром напряжения» описывался и в советских войсках: Е.К.Краснушкин в 1944 году из этого ряда расстройств описал «травматический военный невроз» [8].

Весь XX век и уже начало XXI века дают нам обширный материал по изучению и пониманию роли и места психической травмы в формировании психической патологии: это почти непрерывные небольшие и локальные войны в той или иной части света, различные военные конфликты, постоянные угрозы со стороны боевиков и террористов, активизация криминальных сил, слабость и несостоятельность силовых структур. В силу этого проблема травмы и посттравматических (пост-стрессовых) расстройств является актуальнейшей проблемой психиатрии. Если добавить сюда еще и

многочисленные природные и другие антропогенные катастрофы, то значимость этой проблемы становится неоспоримой.

Настоящее сообщение основано на исследовании, которое проводилось в течение 1989–2007 годов в центре психического здоровья «Стресс». Объектом исследования были наши соотечественники, пережившие землетрясение, депортацию, войну, экономический и социально-политический кризис. В настоящем сообщении речь пойдет о травме, связанной с участием в боевых действиях, и психических нарушениях, обусловленных ею. Существенной особенностью этих нарушений является их развитие на неблагоприятной социальной почве. В связи с этим весь блок представляемых вашему вниманию проблем разделен на три составляющие: динамика среды (общества), психическая травма и вызванные ею психические расстройства, динамика травмированной личности.

Среда и ее динамика. Сложившаяся в середине 90-х годов XX века в Армении социально-психологическая ситуация привела к коренной ломке общественного сознания, доминирующего уклада жизни и морально-нравственных ориентиров всего населения. Обострились имеющиеся до этого жизненные проблемы, стали возникать проблемы новые, необычные, чуждые менталитету нации и образу жизни. Особенностью этого периода явилось состояние тотальной дезадаптации населения. Имело место практически полное разрушение духовной, культурной, средовой организации жизни общества. Проблемы роста национального самосознания и самоопределения в условиях реформации СССР трансформировались в межнациональный конфликт периода развала страны и формирования независимых государств. Затяжной, непрерывный характер реконструкции политической системы, развала экономики, нецивилизованного расслоения общества создали ситуацию крайнего напряжения, которая привела к различным противоречиям, конфликтам и пертурбациям на уровне личности, семьи и самого общества. В их основе лежали крушение устоявшихся норм и традиций, переосмысление жизненных ориентиров, смена или отсутствие идео-

логических, национальных, культуральных норм, ценностей и представлений, отсутствие перспективы. В обществе нарастал нигилизм; поведение людей определялось местническими и субгрупповыми структурами и интересами; в мышлении людей доминировали мистические и мифологические суждения; ценность жизни ограничивалась «сегодня и здесь», а будущее «укорачивалось» до текущего момента с потерей перспективы [12].

Наиболее важные изменения, с точки зрения первичности данного социального института, произошли в семье. Наметился значительный рост конфликтности и неустойчивости в семье. В условиях кризиса латентный конфликт в семьях перешел на уровень открытого, который проявлял конструктивную или деструктивную тенденцию в зависимости от перераспределения ролей в семье, характера несоместности супругов [5]. Эта ситуация явилась фоном, на котором в последующем разворачивалась личностная динамика людей, переживших боевую травму.

Психическая травма и вызванные ею расстройства. Когда мы говорим, что тот или иной человек «болен» посттравматическим стрессовым расстройством, то мы подразумеваем, что этот человек пережил травмирующее событие, то есть испытал нечто эмоционально насыщенное и ужасное, что не является обычным для людей, что не так часто случается с людьми. Травмирующим мы называем событие, которое по своему смысловому содержанию и аксиологической значимости выступает за пределы повседневного, обыденного, нормального человеческого опыта. К этому ряду относится и боевая травма.

Мы не будем останавливаться на анализе понятия «психическая травма», поскольку это не является нашей задачей. Но отметим, что по характеру психической травмы, навалившейся на население страны, мы выделяем следующие основные группы населения в Армении: пострадавшие при землетрясении; участники боевых действий в Карабахе и приграничных районах; беженцы из Азербайджана; население приграничных районов, где происходили боевые действия; жертвы социально-политического и экономического кризиса в стране.

Выделенные группы отличаются по численности и достаточно условны, поскольку очень часто перекрывают друг друга настолько, что порой трудно разграничивать эти патологические состояния. Поэтому мы предпочитаем говорить о полифакторных постстрессовых расстройствах с доминированием того или иного стрессового фактора.

Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) проводилась на основании критериев МКБ-10. Психопатологические расстройства, возникшие в результате боевой травмы, во многом похожи на те, которые развиваются в обычных условиях. Однако есть и существенные различия, обусловленные как этиопатогенезом заболевания, так и его динамикой: а) причина заболевания характеризуется экстремальностью возни-

новения, аффективной насыщенностью и необычностью переживания; б) расстройство возникает одновременно у большого числа людей, и пострадавшие вынужденно продолжают активную борьбу с последствиями травмы, чтобы выжить самому и защитить соратников; в) пережитая аномалия предстает перед субъектом как бессмысленная и вызывает чувство вины за смерть или тяжелую травму другого человека [14].

Перечисленные особенности определяют характер психопатологического реагирования на боевой травматический стресс, который в зависимости от внешних и внутренних условий (наследственность, преморбидная личность, перенесенные заболевания и т.д.), а также дополнительных патогенных воздействий, формирует довольно полиморфную клиническую картину от невротического уровня до экзогенно-органического. Наш более чем 15-тилетний опыт работы с данным контингентом больных позволяет разграничить круг психических нарушений, выявляемых у участников боевых действий: органические расстройства с психопатизацией личности, с аффективными расстройствами и психоорганическим синдромом (F06, F07); соматоформные расстройства (F45), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1); нарушения адаптации (F43.2), хронические изменения личности после переживания катастрофы (F62.0). Если в середине 90-х годов доминировали нарушения адаптации, посттравматические стрессовые расстройства, то спустя 13–14 лет все более значимыми стали органические психические изменения. Клиника посттравматических расстройств в наших наблюдениях на протяжении этих лет определялась широким кругом психопатологических, психологических, вегетативно-сосудистых, поведенческих и соматических феноменов, которые позволяли нам разграничивать различные клинические формы: синдром «солдатское сердце» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флешбек-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), синдром прогрессирующей астении (астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде психической вялости и стремления к покою, быстрого старения, падения веса), а также расстройства, характерные для более отдаленных периодов ПТСР – проявления «комбатантной» психопатии (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, замкнутость и подозрительность, избегание контактов), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции).

Параллельно этим расстройствам развивались органические симптомы, которые, однако, несколько нивелировали типичную клинику ПТСР, но пол-

ностью не «снимали» ее. Практически все участники боевых действий подвергались церебральным травмам с нарушением сознания той или иной длительности и тяжести, что в последующем проявлялось различными экзогенно-органическими синдромами: церебрастеническими, психопатоподобными, посткоммоционными, психоорганическими. Существование экзогенно-органической и психогенно-реактивной симптоматики в условиях неблагоприятной социальной (внешней) среды приводило к определенной динамике личности экс-комбатантов.

Динамика травмированной личности. Под динамикой травмированной личности у бывших военнослужащих мы подразумеваем совокупность характерных реакций, основанных на преморбидных личностно-характерологических особенностях, и приобретенных в результате участия в боевых действиях «нажитых» особенностях, динамика которых определяется спецификой боевых и мирных условий существования, а проявление – различными вариантами взаимодействия собственно комбатантных и изначально присущих индивидуумам характерологических черт, обуславливающих их различную социальную адаптацию. Такие состояния в литературе выделяются под названием «комбатантная акцентуация» (в относительно невыраженных случаях) и «комбатантная личность» (в случаях выраженной психопатизации) [10].

В наших наблюдениях под расстройствами личности (в контексте динамики личности, подвергшейся боевой психической травме) мы понимаем совокупность психопатологических феноменов и грубой социальной дезадаптации, выражающейся, в первую очередь, в алкоголизме, наркомании, агрессивном поведении, суицидах, криминальных действиях, что вполне согласуется с расстройствами личности по критериям DSM-III-R, DSM-IV, МКБ-10 [25–27].

Больные с ПТСР, обследованные нами в начале 90-х годов (1991–1994) отмечали, что по возвращении домой они несколько месяцев «привыкали» к обычной жизни: «продолжали воевать», вздрагивали от внезапного шума, страдали от кошмаров, бессонницы и навязчивых воспоминаний, нередко конфликтовали с окружающими. В дальнейшем острота подобных кататимно-окрашенных реактивных нарушений постепенно редуцировалась у относительно небольшой части этого контингента. В большинстве же случаев эта симптоматика приобретала формы навязчивых, сверхценных, диссоциативных, тревожно-фобических расстройств, которые, однако, к моменту сбора катанеза (2007 г.) обеспечивали неудовлетворительный уровень социальной адаптации этих лиц.

В аспекте изучения динамики ПТСР в центре «Стресс» проводилось изучение смысловой сферы у этих пациентов [15]. Было показано, что специфика, острота и динамика ПТСР детерминированы личностными и ситуативными факторами. Анализ данных 42-х пациентов с ампутацией конечности, проведенный по таким параметрам, как «мотив

участия в войне», «отношение в данный момент к факту участия в войне», «содержание основной травмы», показал, что участники боевых действий обнаруживают два вида мотивации участия в войне: прямую (67%) («если не я, то кто?», «иначе невозможно», «у меня были бы проблемы с самим собой, если бы не пошел» и т.д.) и косвенную (33%) (мотивации, связанные с проблемами самоактуализации – почувствовать себя мужчиной, носить оружие, доказать себе что-то и т.д.). Было установлено, что с приобретением новых смыслов в ходе участия в боевых действиях происходит сдвиг мотива – косвенная причинная обусловленность замещается прямой. Это подтверждается корреляцией между мотивом и параметром «отношение к ситуации на данный момент». 44% пациентов с косвенной причинной обусловленностью не сожалеют о своем участии в войне, 28% затрудняются ответить, 28% сожалеют об этом. Иначе говоря, у первых произошел сдвиг мотива, у вторых продолжается смыслообразовательный процесс, у третьих мотив не изменился. У 93% пациентов с прямой причинной обусловленностью сдвига мотива не отмечается. Все же 7% стали сожалеть об участии в боевых действиях. То есть произошло обратное изменение мотива: первоначальный мотив потерял смысл и личностные проблемы заменили его.

По описаниям пострадавших, возвращение к нормальным условиям жизни является не меньшим испытанием, чем травматические переживания. Нет чувства полной безопасности, не с кем «поговорить по душам», тяжелее подавлять эмоции, есть риск потерять самоконтроль. В такой ситуации психическое напряжение долгое время не может разрядиться. Тогда тело и психика находят способ как-то «примириться» к этому напряжению. В этом, в принципе, и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы, которые в комплексе выглядят как психическое отклонение, на самом деле представляют собой не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом. В этих случаях формируется так называемая «психопатологическая» динамика ПТСР, проявляющаяся различными клиническими формами: «соматоформная» – страдания души выливаются в телесные симптомы [13]; «психопатическая» – идет формирование патологических личностных признаков преимущественно эксплозивного типа, приводящих к дезадаптации комбатантов даже в привычной среде; «психоорганическая» – на фоне органической неполноценности (результат травм и сотрясений мозга) формируются органические церебральные синдромы вплоть до когнитивно-мнестических симптомов. В других случаях бывшие комбатанты с целью снятия напряжения прибегали к употреблению алкоголя или наркотиков, что, в конце концов, приводило к формированию зависимых расстройств («зависимая» или тосикоманическая динамика). Отдельную группу составляли пациенты с

асоциальной динамикой («бомжествующие» и криминальные). Небольшая часть пациентов переживает конструктивную динамику – приобретают уверенность в себе, настойчивость и целеустремленность; у них появляется другое понимание и смысл жизни. По данным Е.В.Снедкова и соавт. [11] они составляют примерно 15% всех переживших боевую травму. В подавляющем большинстве они находят «место под солнцем» в силовых структурах. О возможности развития стойких изменений характера и психопатических наклонностей под влиянием психической травматизации писали еще В.А.Гиляровский (1946), Е.К.Краснушкин (1948). П.Б.Ганнушкин описывал «нажитые» личностные изменения, возникновение которых связывал с перенесенными психическими травмами.

Типологизация личности экс-комбатантов спустя почти 15 лет представляется достаточно сложной проблемой. Самые существенные дифференциально-диагностические проблемы создавались наличием органической церебральной патологии. У всех пациентов выявлялись признаки психоорганического синдрома, в основном по эксплозивному типу. Практически все в период обследования или в послевоенный период злоупотребляли алкоголем. У всех обследованных в анамнезе отмечались эпизодические депрессивные фазы и состояния, часто переходящие в дисфорические. На фоне аффективных проявлений обследуемые предпринимали суицидальные тенденции (мысли, часто попытки и действия), сопровождавшиеся нанесением себе поверхностных самоповреждений.

Переживший боевую травму человек постепенно ограничивает свои контакты кругом боевых товарищей, одновременно снижается социальный и профессиональный уровень функционирования. В структуре личности начинают обнаруживаться особенности, не свойственные человеку в период до переживания травматического события. Эту особенность подчеркивают все пациенты. Вместе с тем, практически все отмечают нестабильность состояния, что проявляется наличием повторяющихся в зависимости от различных факторов своеобразных аффективных фаз. Своеобразие этих проявлений заключается в том, что кроме сугубо аффективных нарушений (депрессий, дисфорий, дистимий и т.д.) отмечаются патологические поведенческие паттерны, а также преходящие «продуктивные» состояния. Среди них враждебное или недоверчивое отношение к окружающему миру; немотивированные вспышки агрессии с деструктивными и аутодеструктивными тенденциями; ограничение социальных контактов вплоть до социальной изоляции; они обнаруживают высокий уровень тревоги и низкий уровень субъективного контроля. В «клинической картине» личностных расстройств у экс-комбатантов отмечаются чувство опустошенности и безнадежности, постоянное чувство собственной измененности; жизнь протекает «на пределе», «при постоянной угрозе»; малосисте-

матизированные бредовые и сверхценные идеи, преходящие элементарные галлюцинации. Все это является результатом перенесенного стресса, с одной стороны, и тех социально-политических и экономических условий, в которых в последующем протекает жизнь больных.

Исследование уровня стресса у участников войны показал достоверно высокий уровень «стрессонасыщенности» (табл. 1). Исследовались уровни субъективного (СС) и объективного стрессов (ОС). Приведенные данные, на наш взгляд, свидетельствуют о тяжести субъективных переживаний стресса у участников войны, их неспособности к конструктивному преодолению стресса. Он достоверно выше по сравнению с контрольной группой мужчин, не участвующих в боевых действиях, в то время как объективный стресс был выражен меньше по сравнению с группой контроля. Данные по контрольной группе мужчин являются косвенным свидетельством высокого уровня стрессового воздействия на население Армении, особенно мужское, в середине 90-х годов.

Высокая субъективная «стрессонасыщенность» с нашей точки зрения приводит к нарастанию личностной тревоги, напряженности и конфликтности, нарушает адекватность самооценки, снижает устойчивость к психогениям и иным внешним воздействиям. Это говорит о том, что травма затрагивает не только глубинные эмоциональные «слои» психики, но и онтогенетически более поздние и ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций.

Исследование личностных изменений у участников боевых действий в Карабахе, проведенное сотрудниками центра «Стресс» в 1994 году [1], выявило определенные изменения уже спустя четыре месяца после возвращения из районов боевых действий. Были проанализированы данные 32-х комбатантов. Практически все были склонны к злоупотреблению алкоголем, причем у 6 пациентов (18,8%) это имело явный патологический характер. 8 (25%) пациентов были вынуждены оставить свою работу «из-за неуживчивого характера», «из-за принципов и чести»; 9 (28,8%) – сменили профиль работы по тем же причинам. Из 21 (65,6%) состоящих в браке бывших участников войны за прошедшие месяцы развелись 5 (23,8%), еще двое собирались разводиться. Причем на напряженные внутрисемейные отношения указывали практически все.

Пытаясь понять закономерности формирования указанных выше вариантов динамики ПТСР, мы на основе нашего клинико-экспериментального опыта

Таблица 1
Уровень объективного (ОС) и субъективного стресса (СС) (1994–1996 гг.)

Уровень СС у больных ПТСР	84,194,56	p<0,001
Уровень СС в контрольной группе мужчин	35,005,15	p<0,001
Уровень ОС у больных с ПТСР	47,602,36	p<0,004
Уровень ОС в контрольной группе мужчин	60,655,99	p<0,001

выдвинули гипотезу о роли психологических радикалов тревоги, агрессии и соматизации в их генезе [13]. Мы применяли комплексный психолого-психиатрический метод обследования, включающий ряд методик, из которых здесь будут представлены данные психодиагностического теста SCL-90.

В течение 9 месяцев 2007 года были проанализированы данные 105 пациентов, бывших участников боевых действий в Карабахе. Длительность болезненного анамнеза у экс-комбатантов на период обследования составляла $13,56 \pm 1,17$ лет. Средний возраст обследованных пациентов составил $44,59 \pm 8,37$ года. Из них не работали 95 (90,48%). Причем практически все пациенты основной причиной их нетрудоустроенности считали свой «неуживчивый, конфликтный, нетерпеливый и агрессивный характер». Профессиональный список работающих 10 пациентов включал «профессии» ночного сторожа, чернорабочего, слесаря, но практически никто из них не исполнял полностью свои профессиональные обязанности – их просто «терпели на работе», поскольку они состояли в штате у своих бывших более удачливых боевых соратников. При этом 28 (26,7%) пациентов не имели какую-либо группу инвалидности, несмотря на достаточно длительный анамнез болезни (длительность болезни в среднем составляла 13,56 лет). Остальные 77 (73,3%) имели инвалидность 1-й (3 чел., 2,9%), 2-й (42 чел., 40%) и 3-й (32 чел., 30,5%) групп. Важно заметить, что все 28 пациентов, не имеющие группы инвалидности, ранее отказывались от нее по различным морально-нравственным причинам («стыдно», «я еще молод, и мне надо работать», «мне не нужны подачки» и т.д.). Из 23 пациентов, направленных на обследование в ЦПЗ «Стресс» медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК), 12 (51,2%) не имели к 2007 году инвалидности, 10 пациентов (43,5%) имели II группу: первые не скрывали своего желания получить какую-либо группу инвалидности, вторые – были недовольны материальным содержанием пенсии по инвалидности. Всего лишь 1 пациент (4,3%) имел III группу инвалидности. Анализ психологического и психопатологического состояния пациентов, динамики их жизни и характера за послевоенные годы позволяет предположить, что тяжелые социально-экономические условия жизни отодвинули на задний план нравственные мотивации, выдвинув вперед «задачи живота», иными словами мотивации пациентов склонились к рентным взаимоотношениям. Обследованная группа не отличалась в целом высо-

ким уровнем образования, преобладали лица со средним и средним профессиональным образованием (55%).

75 пациентов (71,43%) были женаты еще до войны и продолжали оставаться в браке. Еще 7 человек (6,7%) женились в послевоенные годы. Развелись с женой 8 пациентов (7,62%), а двое (1,9%) женились повторно. Не состояли в браке 13 пациентов (12,4%). Таким образом, вне брачных отношений состоял всего 21 пациент (20%), то есть каждый пятый. При этом как сами пациенты, состоящие в браке, так члены их семей, отмечали крайне тяжелый, невыносимый, физически и психически травмирующий характер взаимоотношений в семье. Интересно заметить, что из 84 пациентов (80%), состоящих в браке, только в 2-х случаях пациенты поступали в больницу в сопровождении жены, в 2-х случаях – сына, в 1-м случае – внука. В большинстве случаев они приходили либо в сопровождении боевых друзей (лечившихся ранее в центре), либо (по их совету) самостоятельно без сопровождения. За весь срок пребывания в больнице (от 8 до 32-х дней) практически в половине случаев жены пациентов их не посещали. Это обстоятельство, с нашей точки зрения, свидетельствует о характере и уровне взаимоотношений в семьях экс-комбатантов.

Анализ результатов обследования методом SCL-90 и их сравнение с результатами обследования в 1994–1999 и 1999–2001 годах показал следующие данные, представленные в табл. 2.

Как следует из таблицы, уровень агрессии (враждебности по SCL-90) за прошедшие годы значительно превышает не только уровень контрольной группы, но и уровень агрессии у экс-комбатантов в течение 90-х годов. Та же тенденция намечается и в отношении такого параметра SCL-90, как соматизация. Уровни депрессии и тревожности существенных изменений не претерпели. С нашей точки зрения, полученные данные и их динамика отражают динамику адаптации к мирной жизни и социальному окружению лиц, переживших тяжелый (необыденный) стресс и имеющих серьезные психологические проблемы. Необходимость адаптироваться в условиях, отличных от военных, необходимость «подавлять» внутреннюю агрессию и тревогу, обуславливают различные варианты динамики – алкоголизация, токсикомания, рентное поведение, анти- и асоциальное поведение, в том числе и соматизация.

Интересно заметить, что у тех же экс-комбатантов с соматоформными психическими расстройствами в динамике ПТСР (1999–2001 гг.) уровень

Таблица 2

Динамика основных параметров по SCL-90 у больных с ПТСР

Параметр SCL-90	Уровень выраженности параметра по годам			
	1994–1996	1999–2001*	2007	Контроль
Соматизация	$1,97 \pm 0,10$	$1,76 \pm 0,23$	$2,29 \pm 0,04$	$0,40 \pm 0,08$
Агрессия (враждебность)	$2,24 \pm 0,16$	$1,71 \pm 0,14$	$2,54 \pm 0,06$	$0,66 \pm 0,12$
Тревожность	$1,84 \pm 0,13$	$1,82 \pm 0,12$	$1,89 \pm 0,05$	$0,40 \pm 0,08$
Депрессия	$1,95 \pm 0,13$	$2,01 \pm 0,12$	$1,95 \pm 0,05$	$0,50 \pm 0,09$

Примечания: * – данные пациентов с ПТСР, проявляющих соматоформную динамику.

агрессии был наименьший ($1,71 \pm 0,14$) по сравнению с другими параметрами SCL-90, в то время как наиболее высоким был уровень депрессии ($2,01 \pm 0,12$). С нашей точки зрения низкий уровень агрессии не является случайностью, а свидетельствует в пользу более глубоких корреляций между структурой (типом) характера и клиническими проявлениями. Со временем, на соответствующей «почве» агрессия трансформируется в «немотивированную скуку». Об этом свидетельствуют повышенные, по сравнению с агрессией, уровни депрессии ($2,01 \pm 0,12$) и тревожности ($1,82 \pm 0,12$). Снижение агрессии сопровождается увеличением частоты и интенсивности клинических симптомов, что может наблюдаться, на наш взгляд, в двух случаях. Во-первых, когда в результате боевой психической травмы личность «прерывает» отношения со средой, отгораживается от людей и «вступает» в отношения с самим собой. Во-вторых, это случаи, когда личность, вступая в определенные симбиотические взаимоотношения со средой, акцентирует свое «Я» и старается подчинить всех себе. Уже самое поверхностное сравнение этих результатов с результатами клинко-психопатологического анализа преморбиды больных показало, что в первом случае это тревожно-мнительные, сенситивно-шизоидные, астенические личности, во втором – истерические и истероформные. Представляется не случайным, что именно этот круг личностных отклонений акцентуированного и психопатического уровней выявлялись у больных с соматоформными расстройствами. Определенную специфичность личности у пациентов с соматоформной динамикой отмечают и другие исследователи [16, 21, 23], рассматривая ее как один из патогенетических и патопластических факторов. В то же время у пациентов с «психопатическим» вариантом динамики ПТСР преморбидная личность на уровне психопатологического диатеза [7] определяется чаще экстравертированностью, гипертимностью, диссоциативными проявлениями в рамках «поискового типа» по С.Р. Cloninger [18].

Через несколько лет после завершения военных действий наряду с агрессией происходит нарастание уровня соматизации (табл. 2), который приближается к уровню агрессии (враждебности). Вероятность формирования соматоформных расстройств, как было показано в наших предыдущих работах [13], выше в тех случаях, где отсутствуют сильные эмоциональные переживания, где имеет место неосознаваемая «подавленная» тревога, длительные и трудно решаемые экзистенциальные проблемы.

Полученные результаты в отношении роста параметра агрессии подтверждаются данными клинко-катамнестического исследования, которые свидетельствуют о нарастающей психопатизации экс-комбатантов и социальной дезадаптации, сопровождающиеся личностным кризисом и определенным спектром психопатологических расстройств в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых пережива-

ний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности и злобности, конфликтности, выраженных церебрастенических и алгических жалоб, замкнутости и пассивности, мнительности и идей самообвинения [11]. В некоторых случаях на фоне отмеченных нарушений выявлялись пароксизмальные расстройства, аффективные вспышки, приступы дисфории, эпилептиформные припадки, проходящие бредовые и галлюцинаторные нарушения, амнестические симптомы.

Развитие агрессии объясняется самыми различными факторами – от биологических предикторов агрессивного поведения до социальных воздействий: это и связь агрессии с наследственностью и врожденными факторами, и изменения медиаторного обмена, и связь агрессивного поведения с микроанатомическими нарушениями мозга, и ряд социально-психологических факторов, принимающих участие в развитии психопатий [2, 4, 6, 14, 20, 22, 24].

Навязанная средой система социализированного поведения переплетается с особенностями личности. Внешние формы поведения, которые проявляют наши пациенты в послевоенный период, в подавляющем большинстве случаев являются следствием «пройденного ими жизненного пути», не присущими только личности. Новая среда навязывает им новые функции, роли, обязанности. И если они не соответствуют внутренней сути первого (или прежнего) «Я», то неизбежны конфликты, если это «Я» оказывается недостаточно гибким, конформным, богатым. Конфликты в семье или с обществом носят преимущественно ролевой характер и воспринимаются как «фаталистически predetermined». Именно такого рода конфликты чаще наблюдаются в обществе. Некоторые из конфликтов приводят к клиническому исходу – это конфликт между своей сутью и поведенческими стереотипами, между стереотипами раннего детства (отцовского дома, прежней страны) и приобретенными позже (новая семья, новая страна), между чувством долга и реально сложившимися обстоятельствами, между устоявшимися ценностями, ориентирами и навязываемым новым чуждым мировоззрением, между динамикой самой личности и динамикой социально-психологических характеристик общества и т.д.

Подвергшаяся травме и «психопатизированная» личность со временем в той или иной мере адаптируется на том уровне здоровья, которого удастся достичь. Выше отмеченная динамика болезни предопределяет направление терапевтической и реабилитационной тактики: во-первых, купирование остроты болезненных симптомов методами биологической и психологической терапии; во-вторых, социально-психологическая поддержка и вспоможение, разумные компенсации и льготы, создание социальных механизмов изживания неизжитых стрессов. Полученные данные актуализируют проблему терапии, реабилитации и ресоциализации бывших участников войн, которая кроме сугубо медицинского, включает также гуманистический и социальный аспекты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунц А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе // Обзор психиатр. и мед. психол. 1994. № 2. С. 77–79.
2. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Пер. с нем. Берлин: Врач, 1920.
3. Горшков И.В., Горинов В.В. Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) // Росс. психиатр. журн. 1998. № 5. С. 68–73.
4. Дмитриева Т.Б. Патобиологические аспекты динамики психопатий. М.: ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1998.
5. Егоян В.Л. Семья в экстремальных условиях общественного кризиса // Стрессология – наука о страданиях: сб. науч. трудов. Ереван, 1996. С. 184–189.
6. Иващенко О.И., Шостакович Б.В., Огарок Е.М. Спектральные свойства ЭЭГ психопатических личностей с возбудимыми и тормозимыми чертами // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 1. С. 15–26.
7. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез: сообщение 1 // Психиатрия. 2006. № 4–6. С. 69–74.
8. Краснушкин Е.К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960. 608 с.
9. Крепелин Э. Краткое руководство по психиатрии для врачей и студентов. Пер. с нем. СПб., 1891.
10. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Синенченко А.Г. Диагностика расстройств личности у военнослужащих // Обозрение психиатрии и мед. психологии. 2004. Т. 1, № 2 (интернет-журнал).
11. Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинко-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // Современная психиатрия. 1998. Т. 1, № 1 (интернет-журнал).
12. Сукиасян С.Г. Психопатологический анализ периода «экстремальности» в Армении: 1988–1998 гг. // Вестник МАНЭБ. 1999. № 7 (19). С. 83–87.
13. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. и соавт. Соматоформная динамика посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. 2006. № 3. С. 78–85.
14. Цыганков Б.Д., Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей. Ставрополь, 1998. 138 с.
15. Шавердян Г.М. Травматический стресс: психические расстройства и развитие личности. Ереван: Зангак-97, 1998. 296 с.
16. Barsky A.J., Klermann G.L. Overview: hypochondriasis is bodily complaints and somatic styles // Am. J. Psychiatry. 1983. Vol. 140, N 3. P. 273–283.
17. Carey G. Twin imitation for antisocial behaviour: implication for genetic and family environment research // J. Abnorm. Psychology. 1992. Vol. 101, N 1. P. 18–25.
18. Cloninger C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // Psychiatry Rev. 1986. Vol. 3, N 4. P. 167–226.
19. Daly R.J. Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder // Br. J. Psychiatry. 1983. Vol. 143. P. 64–68.
20. DiLalla L.F., Gottesman I.I. Biological and genetic contributors to violence – Widom's untold tale // Psychol. Bull. 1991. Vol. 109, N 1. P. 125–129.
21. Escobar J.P., Burman M.A., Karno M. et al. Somatization in the community // Arch. Gen. Psychiatry. 1987. Vol. 44. P. 713–718.
22. Jenaway A., Swinton M. Triplets where monozygotic siblings are concordant for arson // Med. Sci. Law. 1993. Vol. 33, N 4. P. 351–353.
23. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145, N 11. P. 1358–1368.
24. Luntz B.K., Widom C.S. Antisocial personality disorder in abused children grown up // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151, N 5. P. 670–674.
25. Rogers R., Dion K. Rethinking the DSM-III-R diagnosis of antisocial personality disorder (Review) // Bull. Am. Acad. Psychiatry and the Law. 1991. Vol. 19, N 1. P. 21–31.
26. Sutker P.B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts // Progress in experimental personality and psychopathology research. 1994. P. 73–120.
27. Svrakic D.M., McCallum K. Antisocial behaviour and personality disorders. (Review) // Am. J. Psychotherapy. 1991. Vol. 45, N 2. P. 181–197.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ДИНАМИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

С. Г. Сукиасян

В статье представлены данные катamnестического исследования психической травмы, связанной с участием в боевых действиях, и психических нарушениях, обусловленных ею. В статье рассматриваются такие аспекты формирования ПТСР, как динамика среды (общества), психическая травма и вызванные ею психические расстройства, динамика травмированной личности. Анализируются звенья патогенетической цепи, обуславливающие развитие постстрессовых расстройств. Разграничен круг психических нарушений, выявляемых у участников боевых действий: органические расстройства с психопатизацией личности, с аффективными расстройствами и психоорганическим синдромом; соматоформные расстройства, посттравмати-

ческое стрессовое расстройство; нарушения адаптации, хронические изменения личности после переживания катастрофы. Показаны особенности посттравматических расстройств в различные периоды развития травмы, основные клинические феномены – психопатологические, психологические, вегетативно-сосудистые, поведенческие и соматические, позволяющие разграничивать различные клинические формы ПТСР. Выделены основные типы «психопатологической» динамики ПТСР: соматоформная, психопатическая, психоорганическая, зависимая или токсикоманическая, асоциальная («бомжствующие» и криминальные) и конструктивная.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство.

DYNAMICS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN COMBATANTS

S. G. Soukiasyan

The author reports the data of a follow-up investigation of the psychological trauma due to participation in military actions and mental disorders caused by such traumatic experiences. He discusses the role of changes in the environment (social factors), psychological trauma and mental disorders caused by it and dynamics of the traumatized personality in the formation of post-traumatic stress disorder (PTSD). He analyses the links of the 'pathogenetic chain' that bring about post-stress disorders. The author distinguishes a number of mental disorders in combatants, such as organic disorders with 'psychopathisation' of personality, affective disorders and psychoorganic syndrome; somatoform disorders, PTSD, adjustment disorder

and chronic personality changes after experiencing a disaster. Special attention is paid to description of post-traumatic disorders in different periods of their development, major clinical phenomena (psychopathological, psychological, vegetative-vascular, behavioral and somatic) that help to differentiate between the clinical forms of the PTSD. The author specifies a number of principal 'psychopathological' variants of the PTSD dynamics: somatoform, psychopathic, psychoorganic, dependent or combined with addiction, asocial ('vagrants' and criminals) and constructive ones.

Key words: post-traumatic stress disorder.

Сукиасян Самвел Грантович – доктор медицинских наук, профессор, директор Центра психического здоровья «Стресс», Ереван, Армения. e-mail: samsus57@mail.ru