

О КОНЦЕПЦИИ «БОЕВЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская²

¹Институт психиатрии МЗ Украины, Киев

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

В профессиональном сообществе военных психиатров используется понятие «боевая психическая травма», которое отражает психоаналитическую концепцию о военных неврозах [5]. Психическая травма – это переживание человека, которое вызывает непереносимые душевные страдания. З.Фрейд писал, что «травматическое воздействие на психику может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли, утраты. От восприимчивости пострадавшего зависит вероятность того, что это происшествие приобретает характер травмы» [5]. Можно выделить два вида психических травм: (внешняя) травма, как реакция на внешнее событие, и кумулятивная травма – травма, полученная постоянным или систематическим травмированием психики. Открытия психоанализа дают возможность взглянуть на травматические военные неврозы с точки зрения их каузальности, то есть выявить причинно-следственные связи – «вытеснение, лежащее в основе любого невроза».

В 1941 году в одном из первых систематизированных исследований А. Kardiner [7] назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей З.Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. А. Kardiner [7] считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность, 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности, 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Среди невротических и патохарактерологических синдромов были описаны характерные состояния: «солдатское сердце» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство

вины оставшегося в живых»), флэшбэк-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), проявления «комбатантной» психопатии (нарушения идентичности, агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беспорядочность сексуальных связей при замкнутости и подозрительности), синдром прогрессирующей астении (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции). Эти состояния обладают определенной динамикой, в частности – посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

После войны во Вьетнаме на смену концепции «военного невроза» в современную психиатрию к 1980 году пришло понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), предложенное М.Д.Ногоwitz и соавт. [6].

В рамках психической посттравматической патологии описаны три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) [6].

Анализ установленных психиатрами в последние годы диагнозов ПТСР показал, что современные критерии диагностики ПТСР включают психологические подходы, не соответствующие традиционной в отечественной медицине систематике признаков «симптом-синдром-болезнь». Недостаточно исследуются нейропсихиатрические и биологические

признаки мозговых нарушений, основанные на данных биохимических исследований, нейровизуализации и ЭЭГ. Преимущественным критерием диагностики является этиологический фактор, что нередко приводит к диагностическим ошибкам – «после того, значит вследствие того», недоучету коморбидности ПТСР и, как следствие, к неадекватному лечению. Диагностика расстройства затруднена также в связи с тем, что при ПТСР описан широкий спектр коморбидной патологии, к которой относят аддиктивные, аффективные, обсессивно-компульсивные и личностные расстройства. По этому вопросу не выработано единого мнения. Некоторые авторы утверждают, что депрессия, тревожные, фобические и личностные расстройства являются непосредственными клиническими проявлениями ПТСР, и считают это расстройство трансназологическим. Другие отмечают гиподиагностику ПТСР, особенно среди гражданских лиц и пациентов, перенесших в детстве психические травмы. Систематика клинических проявлений ПТСР до сих пор разработана недостаточно, хотя необходимость уточнения критериев диагностики очевидна.

Много критических замечаний было высказано в адрес диагностических критериев ПТСР в МКБ-10. В МКБ-11 введён термин «disorders specifically associated with stress», который, вероятно, наиболее точно можно перевести на русский язык, как «расстройства, непосредственно связанные со стрессом» [10]. Предложения рабочей группы по МКБ-11 предполагают следующие изменения:

- более узкую концепцию ПТСР, которая не позволяет выставлять диагноз на основе только неспецифических симптомов;

- новую категорию «комплексное ПТСР» («complex PTSD»), которая, в дополнение к стержневым симптомам ПТСР, включает ещё три группы симптомов;

- новый диагноз «продолжительная реакция горя», используемый для характеристики пациентов, которые испытывают интенсивную, болезненную, приводящую к потере трудоспособности и аномально персистирующую реакцию на тяжёлую утрату;

- существенный пересмотр диагностики «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов;

- пересмотр концепции «острой реакции на стресс» в русле представлений об этом состоянии, как о нормальном явлении, которое, однако, может потребовать клинического вмешательства.

Предполагаемая категория ПТСР в редакции МКБ-11 выглядит следующим образом и включает такие основные диагностические признаки.

ПТСР – это расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий и

характеризуется тремя «стержневыми» проявлениями:

- 1) повторным переживанием травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких повторяющихся воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;

- 2) избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях), или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я);

- 3) состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде настороженности или усиленных реакций испуга.

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования.

Введение критерия нарушения функционирования необходимо для повышения диагностического порога. Кроме того, авторы проекта также пытаются повысить простоту диагностики и уменьшить коморбидность путём выявления стержневых элементов ПТСР, а не перечней равнозначных «типичных признаков» расстройства, что, видимо, является неким отступлением от привычного для МКБ операционального подхода в диагностике к более близким для отечественной психиатрии представлениям о синдроме.

В проекте МКБ-11 введена новая диагностическая категория «Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство». Это расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно. Оно характеризуется основными (стержневыми) симптомами ПТСР, а также (в дополнение к ним) развитием персистирующих, сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая:

- трудности в регуляции эмоций,

- переживания депрессивного спектра,

- трудности в поддержании взаимоотношений.

Комплексное ПТСР – это диагностическая категория, которая заменяет перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы». Данная рубрика F62.0 не смогла привлечь широкого научного интереса и не включала расстройства, возникающие из-за длительного стресса в раннем детстве [9, 10].

Симптоматика комплексного ПТСР может появиться после воздействия единственного травматического стрессора, но чаще возникает вслед за тяжёлым пролонгированным стрессом и/или множественными или повторяющимися психотравмирующими событиями, избежать воздействия которых не представляется возможным (напр., геноцид, сексуальное насилие над детьми, пребывание детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки, рабство).

ПТСР является состоянием психического нездоровья, которое запускается вследствие воздействия травматического события. Более 90% взрослых, по крайней мере, один раз в жизни сталкивались с травматическими событиями (напр., нападение, стихийное бедствие, дорожно-транспортное происшествие, военные действия, утрата близких), а у 8–25% из них развивается ПТСР.

Динамика клинических проявлений ПТСР зависит от тяжести психической травмы и сопутствующих биологических и социально-психологических факторов. Это расстройство может сохраняться в течение нескольких лет и осложняется тревожными состояниями, депрессией и аддиктивным поведением, что разрушает адаптивные способности жертв, подвергшихся травматическим событиям. Наличие психической травмы обязательно при диагностике ПТСР, однако присутствие травматических событий, выявленных в анамнезе жизни человека, не обязательно влечет за собой развитие расстройства. Выделяется широкий круг боевых психических расстройств, ассоциированных с ПТСР, но имеющие другие патогенетические основания. Патогенез развития ПТСР до конца не изучен. Рассматриваются биологические, психологические, информационные и другие механизмы возникновения этого явления.

Боевая психическая травма занимает значительное место в структуре боевых поражений. Она в 3–4 раза увеличивает психическую заболеваемость в армии и на 10–50% ослабляет боеспособность вооружённых сил. Особую социальную актуальность боевой психической травмы определяет распространённость отдалённых последствий войны у ветеранов [2, 3].

Патогенетические особенности развития боевых психических расстройств могут иметь свою специфику. С биологической точки зрения при ПТСР происходит комплексное нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарной, норадренергической, бензодиазепиновой, серотонинергической, дофаминергической, нейропептидной и центральной аминокислотной систем. С клинической точки зрения неразрешенный характер травмирующего события и особая личностная предрасположенность способствуют развитию хронического психопатологического расстройства за счёт фиксации психической травмы.

Лишь незначительная часть ПТСР являет собой «чистые» варианты без дополнительных психопатологических расстройств. В многочисленных эпидемиологических тематических исследованиях показано, что большинство ассоциированных с ПТСР психических расстройств являются коморбидными, то есть представляют собой целую группу различных состояний (в военной тематике «боевые психические расстройства»). Именно эти коморбидные расстройства порой определяют течение заболевания в большей степени, чем собственно симптомы стрессового расстройства [8].

После начала действия психотравмирующих факторов в течение года в качестве сопутствующих в большинстве случаев диагностируют выраженные депрессивные (до 50%), субдепрессивные и тревожные расстройства, которые относят к расстройствам депрессивного спектра. В работах Д.Ю.Вельтищева [1] показано, что проблема стрессовых расстройств имеет тесную связь с исследованием аффектов на уровне данного состояния и индивидуальной предрасположенности, запускающих процесс развития расстройств аффективного спектра, которые определяются типом ядерного аффекта, свойственного данной личности.

Анализ боевой психической патологии локальных войн последнего времени, проведённый на основе открытых источников, свидетельствует о следующем. Содержание целей, задач, особенностей театра военных действий, уровень развития средств вооружённой борьбы, психологическая подготовленность личного состава отражаются на величине и структуре санитарных потерь психиатрического профиля, тяжести и клинических особенностях боевых психических расстройств. Воздействие боевых стрессоров в условиях конкретного театра военных действий накладывает существенный патопластический отпечаток на формирование, клинические проявления, динамику и исходы возникающих психических расстройств.

Основу боевой психической патологии в условиях театра военных действий составляют непсихотические донозологические расстройства: невротические и патохарактерологические реакции (52,2%), аддиктивное поведение (27,6%) и реактивные состояния у раненых и контуженных (5,4%). Значительно реже встречаются протекающие в форме транзиторных синдромов помрачения сознания острые реактивные и раневые психозы (4,8%), а также злоупотребление психоактивными веществами с синдромом физической зависимости (10%). Нозоспецифические психические расстройства (хронические постреактивные изменения личности с синдромом ПТСР, аддиктивная патология, органические процессы, многочисленные психосоматозы и др.) становятся распространёнными в популяции ветеранов войн уже после возвращения их к мирной жизни [2, 3].

В условиях участия в войне у комбатантов закрепляются специфические компенсаторно-приспособительные изменения, которые определяют характерные черты нажитой личностной дисгармонии в виде своеобразного сочетания хронической тревожности и импульсивности.

Психические расстройства, развивающиеся в остром периоде боевых ранений и травм, в целом соответствуют критериям реактивных состояний. У 26,9% раненых они протекают в форме непсихотических стрессовых реакций патологического уровня. Составляющими компонентами их патогенеза являются: а) истощающее влияние боевого

стресса в период, предшествующий ранению; б) катастрофический стресс в момент ранения; в) личностное реагирование на его последствия с формированием индивидуальной семантики переживаний, г) морфофункциональные нарушения, обусловленные раневым процессом. Патогенетические факторы и тип эмоционально-поведенческого реагирования в момент травмы (активно-самозащитный, преобладание страха, растерянность и недоумение) оказывают влияние на клинику и течение раневой болезни и позволяют прогнозировать тяжесть развивающейся впоследствии психопатологической симптоматики.

Раневые психозы (3,4%) представлены делириозными, онирическими и аментивными состояниями и встречаются преимущественно у раненых в нижние конечности. Особенностью психопатологии при боевой раневой болезни является витальный, гиперпатический характер аффективных нарушений [2, 3].

Вероятность развития хронических последствий боевой психической травмы напрямую зависит от тяжести перенесённого стрессового воздействия и продолжительности пребывания в условиях театра военных действий.

Оценка состояния психического здоровья обследованного контингента комбатантов показывает, что основными параметрами, детерминирующими состояние дезадаптации личности в постэкстремальных условиях, можно назвать следующие: рассогласованность жизненных ценностей; утрата смысла и его дезинтеграция (генерализация идеи мести, «сверхценность» идеи всеобщего спасения, временные децентрации с вторжением экстремального прошлого в постэкстремальное настоящее и будущее).

Специфическими особенностями клинических проявлений психогенных расстройств у бывших участников военных действий являются частые состояния хронической тревоги, высокий уровень

мышечного напряжения, нарушения сна, навязчивые воспоминания, повышенная раздражительность или вспышки гнева, склонность к алкоголизации. Ведущие факторы в развитии ПТСР – продолжительность пребывания в зоне боевых действий и интенсивность боевого опыта [4].

Таким образом, проблема боевого стресса («боевой психической травмы») и его последствий является крайне актуальной не только для военной психиатрии, но и для общества в целом. Различия в представляемых данных по боевому стрессу во многом обусловлены отсутствием единых методических и терминологических подходов. Распространённый среди военных психиатров термин «боевая психическая травма» не является диагностической категорией и несёт в себе архаичные представления о «неврозе». Более адекватным операциональным термином является термин «боевые психические расстройства», которые созвучны МКБ как классификации «психических и поведенческих расстройств», замена же группы специфических военных психических расстройств квалификационным нозологическим понятием «ПТСР» сужает представления об изучаемых явлениях и ограничивает возможности и направления терапии.

До настоящего времени остаются дискуссионными роль и соотношение психогенных, экзогенно-органических и конституционально-личностных факторов, характера и длительности стрессового воздействия в процессе их синдромообразования и патогенеза. Несмотря на огромное количество исследований по проблеме боевого стресса, многие ее аспекты остаются неразработанными и не до конца систематизированными. Так, вопрос о генезе боевых стрессовых расстройств нередко решается на основе умозрительных концепций, а не путём анализа фактических данных. Представленная в данном исследовании проблема требует дальнейшего глубокого и многостороннего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтишев Д.Ю. Аффективная модель стрессовых расстройств: психическая травма, ядерный аффект и депрессивный спектр // Социальная и клиническая психиатрия. 2006, С. 104–109.
2. Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане (1979–1989). Учебное пособие. СПб: ВМА, 1997. 54 с.
3. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1997. 456 с.
4. Терехова Т.А., Фонталова Н.С. Влияние боевого стресса на состояние психического здоровья участников военных действий // Психология в экономике и управлении. 2014. № 1. С.71–75.
5. Фрейд З., Ференци Ш., Абрахам К., Зиммель Э., Джон Э. Клинический архив К психоанализу военных неврозов. Сборник статей. Ижевск: ERGO, 2012. 104 с.
6. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 1980. Vol. 37. P. 85–92.
7. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. NY: Paul B.Hoeber, 1941. 258 p.
8. O'Donnell M., Creamer M., Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 1390–1396.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // World Psychiatry. 2019. Vol. 18. P. 3–19.
10. WHO (βersia ICD -11) 2020. www.PsyAndNeuro.ru./stati/icd-11/

О КОНЦЕПЦИИ «БОЕВЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская

На основе анализа литературы и собственных наблюдений проведена критическая оценка понятия «боевой психической травмы», ПТСР и новой диагностической категории МКБ-11 «Комплексное ПТСР». Отмечено, что на протяжении последних десятилетий происходит замещение понятия «военный невроз» на иные нозологические единицы. Однако, не одна из предложенных классификационных дефиниций не охватывает всей сложности и многогранности коморбидных психических

расстройств, возникающих у ветеранов боевых действий. Это связано с полиморбидным патогенезом, приводящим к нарушениям психического здоровья комбатантов. Авторами предложено родовое определение изучаемых расстройств «боевые психические расстройства» для более эффективной диагностики и организации оказания помощи ветеранам войны.

Ключевые слова: комбатанты, психические расстройства, ПТСР, боевые психические расстройства.

ON THE CONCEPT OF “COMBAT MENTAL DISORDERS”

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya

Based on the analysis of the literature and own observations, a critical assessment of the concept of “combat mental trauma”, PTSD and the new diagnostic category of ICD-11 “Complex PTSD” was carried out. It is noted that over the past decades, the concept of “military neurosis” has been replaced by other nosological units. However, not one of the proposed classification definitions covers the entire complexity and versatility of comorbid mental disorders that occur in combat veterans.

This is due to poly-morbid pathogenesis, which leads to mental health problems for combatants. The authors proposed a definition of the studied disorders based on their origin – “combat mental disorders” for more effective diagnosis and organization of healthcare delivery to war veterans.

Keywords: combatants, mental disorders, PTSD, combat mental disorders.

Сыропятов Олег Геннадьевич – профессор, доктор медицины Латвийской республики, профессор, академик Крымской АН., заведующий отделом, ведущий научный сотрудник Института психиатрии МЗ Украины, профессор кафедры военной терапии Украинской военно-медицинской академии МО Украины, Киев; e-mail: sog1952@list.ru

Дзеружинская Наталия Александровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Киев