

УДК 616.45-001.1/3-008.447 «364»

В. И. Заворотный
**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ
 АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ**
(боевые психогении, клиничко-психопатологическая характеристика)

В. І. Заворотний
Посттравматичні стресові розлади у учасників антитерористичної операції
(бойові психогенії, клінічно-психопатологічна характеристика)

V. I. Zavorotnyi
Post-traumatic stress disorders in participants of the anti-terrorist operation
(combat psychogenias, clinical-psychopathological characteristics)

Проведенные исследования показали, что в генезе посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у участников АТО значительное место принадлежит боевым психогениям в виде витальной угрозы, психологического стресса первого боя и стрессовых факторов средового характера. В структуре клинических проявлений выделены основные симптомы (травматическое событие, вторжение, избегание, гиперактивация и социальная дезадаптация) и дополнительные в виде андегруд-синдрома, комбатантной никтофобии, никтосенсибилизации и аутодепривации сна. Вышеизложенные признаки необходимо учитывать в диагностике ПТСР у военнослужащих.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые расстройства, боевые психогении, участники АТО

Проведені дослідження показали, що в генезі посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у учасників АТО значне місце належить бойовим психогеніям у вигляді вітальної загрози, психологічного стресу першого бою і стресових чинників середовищного характеру. У структурі клінічних проявів виокремлені основні симптоми (травматична подія, вторгнення, уникнення, гіперактивація і соціальна дезадаптація) і додаткові у вигляді андегруд-синдрому, комбатантної ніктофобії, ніктосенсибілізації і аутодепривації сну. Вищевикладені ознаки треба враховувати в діагностиці ПТСР у військовослужбовців.

Ключові слова: посттравматичні стресові розлади, бойові психогенії, учасники АТО

The investigation carried out by us demonstrated that in genesis of post-traumatic stress disorders (PTSD) in the ATO participants a significant place belonged to combat psychogenias in the forms of a vital threat, a psychological stress of the first battle, and stress environmental factors. In the structure of clinical manifestations the main symptoms (traumatic event, intrusion, avoidance, hyperactivation, and social disadaptation) and additional ones (underground-syndrome, combatant nyctophobia, nyctosensibilization, and sleep self-deprivation) were defined. It is necessary to take into account the abovementioned features in diagnosis of PTSD in military men.

Key words: post-traumatic stress disorders, combat psychogenias, participants of the ATO

События последних трех лет в Украине заставляют специалистов в сфере психического здоровья все чаще обращаться к изучению психологических и психопатологических последствий социальных стрессов [1, 3, 5].

Среди этих последствий особенное место занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), специфика которого определяется не только высокоспецифическими клиническими проявлениями, но и тяжелыми медико-социальными последствиями, к которым относятся коморбидность, включая алкогольную и химические аддикции; формирование расстройств личности, суицидального поведения, нарушения социального функционирования, межличностного взаимодействия и качества жизни [2, 4, 7— 9].

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на анализ факторов развития ПТСР, его клинических характеристик, проблема современных, действующих в условиях антитеррористической операции (АТО) особенностей боевых психогений и их патогенного влияния, остается далекой от завершения [2, 6].

Цель нашего исследования: клиничко-психопатологическая характеристика факторов психической травматизации, обуславливающих развитие ПТСР, у участников боевых действий в зоне АТО.

На основе клиничко-психопатологического метода были изучены факторы психической травматизации у 112 военнослужащих ВСУ, которые принимали непосредственное участие в АТО в 2014—2015 годы. В группу обследованных вошли мужчины в возрасте от 21 до 50 лет, среди которых призванных по мобилизации — 98 че-

людей, военнослужащие военной службы по контракту — 14 человек. Из числа мобилизованных прибыли в районные военные комиссариаты (РВК), не дожидаясь официальных повесток — 23 человека, т. е. добровольцы. Из них — 19 человек ранее проходили срочную военную службу в Вооруженных Силах или военизированных формированиях других силовых структур (8 человек из 19 имели боевой опыт войны в Афганистане и локальных военных конфликтах на Северном Кавказе и Балканском полуострове), 4 добровольца не имели опыта срочной службы и, следовательно, боевого опыта тоже. Общим мотивом добровольной мобилизации явилось желание защитить Украину от захвата сепаратистов. Возраст добровольцев: 18 человек — 38—50 лет; 5 человек — 21—30 лет. Остальные 75 человек прибыли по призывным мобилизационным повесткам. Попыток уклонения от мобилизации среди обследованных не выявлено.

Среднее время пребывания в районе боевых действий среди обследованных составляло три месяца. Среднее количество ротаций — две. Всем обследованным был установлен диагноз ПТСР (F43.1).

Распределение обследованных основной группы по военным специальностям следующее: стрелки — 47 человек; номера расчетов артиллерийских и миномётных орудий — 38 человек; танкисты (механики-водители, наводчики, командиры танков) — 9 человек; разведчики — 6 человек; водители автомобильной техники — 12 человек.

Нами были установлены факторы психической травматизации военнослужащих, которые принимали непосредственное участие в АТО. Как свидетельствуют данные распределения боевых психогений среди обследованных (табл. 1), у всех военнослужащих регистрировались такие психогении как угроза собственной жизни из-за обстрелов (100,0 %), вид погибших (100,0 %) и психологический стресс первого боя (100,0 %). Также у обследованных были выявлены такие психогенные факторы, как угроза собственной жизни из-за нападения разведывательно-диверсионных групп (36,6 %), плохая обеспеченность средствами индивидуальной защиты и оказания первой медицинской помощи (40,1 %), участие в эвакуации тел погибших (18,8 %), гибель сослуживцев, друзей (12,5 %).

Таблица 1. Распределение боевых психогений среди военнослужащих

Боевые психогении	%
Угроза собственной жизни из-за обстрелов (артиллерийских, миномётных, реактивными установками «Град», «Ураган»)	100,0
Угроза собственной жизни из-за нападения разведывательно-диверсионных групп (РДГ)	36,6
Гибель сослуживцев, друзей	12,5
Вид погибших	100,0
Психологический стресс первого боя	100,0
Участие в сборе и эвакуации тел и фрагментов тел погибших	18,8
Пребывание в окружении в Иловайском и Дебальцевском котлах	8,0
Пребывание в плену	3,6
Плохая обеспеченность средствами индивидуальной защиты, оказания первой медицинской помощи	40,1

Следует подчеркнуть, что у большинства обследованных (78,6 %) вышеперечисленные факторы действовали сочетанно.

Помимо действия боевых психогений, у пациентов выявлены две группы факторов риска: бытовые и профессиональные (табл. 2, 3).

Таблица 2. Распределение бытовых факторов риска среди военнослужащих

Бытовые факторы риска	%
Недостаточная продолжительность сна на передовых позициях	71,1
Плохие условия размещения (жизнь в окопах, блиндажах, палатках и т. д.)	65,3
Трудности соблюдения личной гигиены	36,6
Опасность передвижения	28,2

В 71,1 % случаев средняя продолжительность сна на передовых позициях составляла 2—4 часа в сутки. Плохие условия размещения — на передовых позициях — блиндажи и окопы, в удаленных местах расположения основных сил — палатки типа УСБ (универсальная санитарно-барачная, вместимость — 35—40 человек) и УЗ (утепленная зимняя, вместимость — 20—25 человек), приспособленные капитальные здания (коровники, заброшенные производственные цеха, школы, предприятия общественного питания) выявлены у 65,3 % обследованных.

Трудности соблюдения личной гигиены выявлены у 36,6 % обследованных (условия для отправления естественных надобностей и личной гигиены на передовых позициях отсутствовали, часто были связаны с риском для жизни из-за опасности задеть растяжки либо стать мишенью для снайпера).

Таблица 3. Распределение профессиональных факторов риска среди военнослужащих

Профессиональные психогении	%
Недостаточный уровень специальной подготовки в мирное время	87,5
Недостаточный уровень боевой подготовки в военное время	12,5

Все мобилизованные (87,5 %) в соответствии с воинскими специальностями проходили 30—45-дневную подготовку на полигонах воинских частей или в военных учебных центрах Министерства обороны Украины. Что касается военнослужащих контрактной службы, то это были мужчины в возрасте от 21 до 30 лет, со средней выслугой 5—6 лет (12,5 %). Ни у кого из них не было боевого и должного профессионального опыта. Причина отсутствия профессионального опыта объясняется недостаточным уровнем боевой и специальной подготовки в условиях мирного времени. Вследствие многочисленных реформ Вооруженных Сил, сопровождающихся снижением финансирования армии и сокращением численности личного состава войсковых частей, материально-технические ресурсы для проведения учебных стрельб, отработки навыков вождения бронетанковой техники и т. д. были ограничены.

В 47,6 % случаев инициальные клинические признаки ПТСР появились не ранее 30 дней после последнего травматического события и не были диагностированы

врачами воинских частей. Соответственно, данные военнослужащие поступили в стационар с развернутой клиникой заболевания через этап квалифицированной медицинской помощи — мобильные госпитали секторов «А» и «С».

В таблице 4 представлены основные клинические признаки ПТСР у обследованных.

Таблица 4. Клинические признаки ПТСР у обследованных

Признаки ПТСР	Частота в %
Интенсивные негативные переживания травматического события	100,0
Флешбэк эффект	84,1
Кошмарные сновидения на боевую тематику	82,7
Физиологическая (вегетативная) гиперактивация	79,4
Чувство бесперспективности собственного будущего вне боевых действий	84,5
Снижение интенсивности высших эмоций	76,6
Усилия по избеганию мыслей, чувств и разговоров, напоминающих о травматическом событии	73,9
Психогенная парциальная амнезия	68,8
Снижение или утрата интереса к прежним видам деятельности	57,7
Расстройства сна	100
Гипербдительность	89,1
Раздражительность и вспышки гнева	82,4
Гипертрофированная реакция испуга	32,4

Данные таблицы 4 свидетельствуют о том, что у обследованных наиболее частыми клиническими проявлениями были интенсивные негативные переживания травматического события (100,0 %) и расстройства сна (100,0 %), часто у обследованных регистрировались кошмарные сновидения на боевую тематику (82,7 %), флешбэк эффект (84,1 %), физиологическая (вегетативная) гиперактивация (79,4 %), чувство бесперспективности собственного будущего вне боевых действий (84,5 %), снижение интенсивности высших эмоций (76,6 %), усилия по избеганию мыслей, чувств и разговоров, напоминающих о травматическом событии (73,9 %), гипербдительность (89,1 %), раздражительность и вспышки гнева (82,4 %).

Следует отметить, что у 57,7 % обследованных отмечались снижение или утрата интереса к прежним видам деятельности.

В процессе исследования нами в клинике ПТСР выявлены дополнительные признаки. Во-первых, это комплекс психических и вегетативных расстройств, связанных с подземными сооружениями, а именно, появление тревоги, эмоционального напряжения, чувства опасности, ощущение теплового прилива или холода внутри живота, грудной клетки и головы при приближении к подземным сооружениям (подвал, погреб, метрополитен и т. д.), исчезающих при перемещении больных вовнутрь этих сооружений. Данный комплекс расстройств можно было бы назвать «андергунд-синдромом», который встречался в 26,2 % случаев.

Во-вторых, у военнослужащих отмечалась «комбатантная никтофобия», которая проявлялась выраженным усилением тревоги, внутренним эмоциональным напряжением, навязчивыми мыслями о поиске безопасного

укрытия, насильственными реминисценциями о боевом прошлом в ночное время (19,3 %).

В-третьих, отмечалась «комбатантная никтосенсибилизация», которая проявлялась повышенной настороженностью, подозрительностью, готовностью к ответной оборонительной реакции, гиперактузиями, снижением порога эксплозивно-агрессивных вспышек, диссомниями в виде трудности засыпания в ночное время (34,5 %).

В-четвертых, отмечалось психогенное агрипническое поведение в виде сознательной насильственной депривации (аутодепривация) сна самим военнослужащим из-за навязчивого страха ночных артобстрелов или нападения РДГ противника (13,8 %).

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что в генезе ПТСР у участников АТО значительное место принадлежит боевому психогену в виде витальной угрозы, психологического стресса первого боя и стрессовых факторов средового характера. В структуре клинических проявлений выделены основные симптомы (травматическое событие, вторжение, избегание, гиперактивация и социальная дезадаптация) и дополнительные в виде андергунд-синдрома, комбатантной никтофобии, никтосенсибилизации и аутодепривации сна.

Вышеизложенные признаки необходимо учитывать в диагностике ПТСР у военнослужащих.

Список литературы

1. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський] // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 105.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. Харків, 2014. 79 с.
3. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі: методичні рекомендації / [Мусій О. С., Пінчук І. Я., Хаустова О. О. та ін.]. Київ, 2014. 32 с.
4. Лікування та реабілітація комбатантів-мироотворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напреенко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. Київ: О. Т. Ростунов, 2012. 76 с.
5. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.
6. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації / [О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, О. В. Друзь та ін.]. Київ, 2014. 46 с.
7. Briere J., Hodges M., Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model // J. Traum. Stress. 2010. Vol. 23. P. 767—774.
8. Hinton D. E., Lewis-Fernandez R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-V // Depress Anxiety. 2011. Vol. 28. P. 783—801.
9. Yufik T., Simms J. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms // J. Abnorm. Psychol. 2010. Vol. 119. P. 764—776.

Надійшла до редакції 08.12.2016 р.

ЗАВОРОТНИЙ Вячеслав Иванович, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: mscience@ukr.net

ZAVOROTNYI Viacheslav, Out-Staff Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" State Institution, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net