ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

О.С. Осуховська, С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна

АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ВНАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
tabachnikov1940@ukr.net

Ключові слова: наркотичні речовини, учасники бойових дій, комбатанти, посттравматичні психічні порушення.

У статті представлений аналіз наукових даних щодо розповсюдженості вживання психоактивних речовин, зокрема наркотичних, серед учасників бойових дій. Зроблено висновок, згідно з яким проблема вживання наркотичних речовин є комплексною, включає етно-культуральний, криміногенний, географічний, педагогічний, медико-соціальний аспекти і визначає необхідність подальшого вивчення та розробки.

Бойові дії, війни, які є наслідком і інструментом вирішення макроекономічних, геополітичних, демографічних і релігійних конфліктів, викликають суттєві соціальні відхилення, потужні негативні довгострокові наслідки у суспільстві, значно погіршуючи психологічні та фізіологічні аспекти здоров›я нації, яка є стороною таких конфліктів. Особливе місце в питаннях психофізіологічного стану учасників бойових дій займає вживання психоактивних речовин. За даними А. Шабакова (2007), використання наркотичних речовин, зокрема, для підняття бойового духу воїнів перед битвою і придушення почуття страху, має більш ніж 4000-річну історію. Компоненти психотропних речовин виявлені в останках воїнів часів єгипетських фараонів і воїнів-інків. Під час наполеонівської кампанії в Єгипті (1798–1799) французькі солдати вперше зіткнулися з марихуаною, яка згодом була завезена в Європу. Болезаспокійливі засоби (опій і виділений з його складу алкалоїд морфін) з'явилися в США під час війни за незалежність (1861–1865), а їх надмірне застосування називалося «солдатською хворобою». В Іспанії у період громадянської війни 1936–1939 рр. вперше були використані амфетаміни, щоб позбавити солдатів від втоми і млявості. Впродовж Другої світової війни вживання наркотичних речовин військовослужбовцями відзначено практично в усіх арміях країн-учасниць. Починаючи з 70-х років XX сторіччя наркотичні речовини набули значної популярності в багатьох державах, і насамперед у США. Не останню роль у цьому відіграла В'єтнамська війна. Доведено, що близько 50% військовослужбовців, що спробували героїн у В'єтнамі, надалі стали залежними від нього. Війни на Балканах, в Афганістані та Іраку тільки загострили проблему застосування наркотичних речовин в армійському середовищі [6].

Умови виконання і характер військових завдань є системою психотравмівних впливів підвищеної інтенсивності. Тривалий вплив несприятливих факторів бойової обстановки, «бойова психічна травма», ризик отримання якої існує у значної частини контингенту, викликають появу психічних відхилень і захворювань, які являють собою один з надзвичайно значущих предиспозиційних факторів для залучення до вживання психоактивних речовин, що підтверджується результатами досліджень у всьому світі, починаючи з Першої світової війни до сьогодення. Вже у тридцяті роки XX століття в числі найважливіших причин вживання наркотичних речовин був зазначений «вплив війни», масова психічна травма, яку у воєнний час одержують великі групи населення і, головним чином, військовослужбовці [21].

Сучасні дані психіатричної практики дозволяють стверджувати, що від 20 до 70% учасників бойових дій страждають на психічні розлади [27], серед яких переважає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [31]. Крім того, досліджувалася залежність інтенсивності вираженості негативних наслідків у психічному статусі від тривалості психоемоційних навантажень. А.Л. Пушкарьов [20] зазначає, що чим довше ветерани чеченської війни відчували психоемоційні навантаження і інтенсивний вплив психогенного фактора реальної загрози, тим більш тяжкі наслідки для психічного стану у них виявлялися. Закономірним у зв'язку з вищевикладеними фактами є те, що провідною і найбільш вираженою психопатологією в учасників бойових дій є реакція на важкий стрес і порушення адаптації (МКХ 10, клас F43): F43.0 гостра реакція на стрес; F43.1 посттравматичний стресовий розлад; F43.2 розлад пристосувальних реакцій; F43.8 інші реакції на важкий стрес; F43.9 реакція на важкий стрес неуточнена. Причому F43.1 посттравматичний стресовий розлад є одним з провідних. Підтвердженням тому служать дані, представлені Є.Г. Ічітовкіною в 2011 р., згідно з якими після участі в бойових діях у 57,5% воїнів виявлені прикордонні психічні розлади, нозоло-

гічна структура яких представлена розладами адаптації (38,1%), посттравматичним стресовим розладом (28,2%), розладами особистості (13,4%) і неврастенією (20,3%). Соціально-психологічна дезадаптація проявляється частим споживанням алкоголю (54,7%), конфліктною і агресивною поведінкою у побуті і на службі (50,2%), проміскуїтетом (50,1%), розлученнями (45,7%). Найсуворіших випробувань зазнають військовослужбовці строкової служби – по суті, підлітки, які в найкоротшій термін стають військовими людьми, потрапляючи у жорсткі умови збройного протистояння. Для них основою стресорного впливу бойових умов є такі об›єктивні і суб›єктивні труднощі військової служби, як максимальна регламентація службової діяльності та побуту, відірваність від близьких, звичних умов життя, праці та відпочинку, вимушене перебування в одностатевій замкнутій соціальній групі, проблеми міжособистісного спілкування у військовому колективі тощо [2].

Прикладами значного негативного впливу на здоров'я і боєздатність військ стресогенних реакцій є статистичні показники психогенних втрат. Так, під час Другої світової війни із 11 млн військовослужбовців армії США, які брали участь у бойових операціях, 407 тис. загинуло, а 504 тис. виведено зі строю й евакуйовано з діючої армії через психічні проблеми. Ще у 1393 тис. осіб діагностовано стресогенні психічні розлади і проведено лікування в медичних підрозділах діючої армії. Тобто, психогенні втрати армії США під час Другої світової війни становили понад 17% [1].

Як стверджує C.R. Figley (1985), у лікувальні заклади США під час Другої світової війни поступило більше 1 млн осіб з нервово-психічними захворюваннями, зокрема 64% з психоневрозами і 7% з психозами [33]. Під час війни у Кореї мало місце 24,2%, а у В'єтнамі – 30% психогенних втрат армії США [1]. C.W. Hoge зі співавторами (2004) на підставі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані наводять дані, що вже після введення в район бойових дій, але без участі в них, виявляється до 6% військовослужбовців з ознаками бойової психічної травми (БПТ). Після бойових дій у 40% безпосередніх учасників боїв і у 25% загального контингенту діагностують прояви БПТ [29]. Під час війни 1973 р. у військах Ізраїлю психогенні втрати становили 25%. І.М. Чиж і Є.Г. Жиляєв (1998) відзначають, що при обстеженні учасників бойових дій у Чеченській Республіці, у 60–80% військовослужбовців виявлена надмірна нервово-емоційна напруга, яка в 25% випадків призводить до дезорганізації психічної діяльності та різкого зниження психофізіологічних резервів організму [25].

Висвітлюючи проблему постачання наркотичних засобів до військовослужбовців зазначимо, що найпоширеніше джерело надходження наркотичних речовин – від населення місцевості, де проводяться бойові дії (табл. 1)

Найчастіше придбання наркотичних речовин відбувається при виконанні різних господарських робіт за межами території частини. Тому, відправляючи військових на господарські роботи, слід приділяти більше уваги призначенню старшого команди та інструктажу військовослужбовців, а також перевіряти особовий склад після виконання робіт.

Необхідно зазначити, що самостійне виготовлення наркотичних речовин передбачає спілкування із збувальниками первинної сировини, а це також, як правило, місцеві жителі [14].

Таблиця 1. Канали надходження наркотиків у військову частину

Канали придбання наркотиків	%
Пересилка поштою	4
Викрадення з медичних установ	10
Виготовлення кустарним способом	22
Отримання у цивільних осіб	51
Привезення родичами військовослужбовців	8
Інші канали	5

Основними причинами та умовами, які сприяють поширенню незаконного обігу наркотиків серед військовослужбовців, є такі:

1. У зв'язку із низьким рівнем фінансування органи внутрішніх справ не в змозі проводити повномасштабні операції із затримання заготівельників і постачальників наркотиків, знищення виявлених природних і штучних плантацій наркосировини.

2. Призов військовослужбовців із регіонів з традиційно високим рівнем вживання наркотиків та незаконним культивуванням наркосировини. Переважна більшість з них до військової служби систематично вживали наркотики. Після прибуття на військові об›єкти дана категорія військовослужбовців активно поширює наявний досвід, активно йде на контакт з місцевим зацікавленим населенням, нерідко сприяючи в зборі наркосировини, яка зростає у закритій для цивільних осіб прикордонній смузі, її вивезенні на цивільному автотранспорті та поширенні продуктів її переробки в армійському середовищі.

3. Високий рівень безробіття серед місцевого населення, у зв›язку з чим багато хто з них розглядає культивування нарковмісних рослин як основне джерело існування.

Одночасно значна частина молоді призовного віку потрапляє під вплив кримінальних структур, причетних до незаконного обігу наркотиків, або самі є споживачами наркотичних засобів. Призов такої молоді для проходження служби у тому ж регіоні сприяє збереженню кримінальних зв›язків в оточенні об›єктів та формуванню каналів проникнення наркотиків у війська. Необхідно зазначити, що останнім часом відзначається тенденція до зростання числа молодих офіцерів, схильних до наркотичної залежності або причетних до незаконного обігу наркотиків [24, 26].

Вживання наркотичних речовин військовослужбовцями у бойовій обстановці пов›язане з реалізацією потреби в адаптації до екстремальних умов військової служби. Проведене експертне опитування учасників бойових дій у Чечні показало, що однією з основних причин поширеності наркоманії є прагнення учасників бойових дій знизити рівень тривоги (52%). Друге місце серед мотивів вживання наркотичних речовин за ступенем вираженості займає мотив гіперактивації (24%), при якому складні бойові умови, постійні переживання змушують військовослужбовців шукати додатковий

приплив сил і енергії в наркотичних речовинах. Третє місце займає мотив «отримання задоволення» (20%) [13].

Доктор C.W. Hoge в 2011 р описав ПТСР, який був діагностований в учасників бойових дій. Відзначено, що реакції людини, які після її повернення додому лікар трактує як «симптоми», можуть бути високоадаптивні в бою і сприяти гарній підготовці та набуттю досвіду. Наприклад, на війні адаптивними є підвищена збудливість, надмірна настороженість, вміння володіти собою і контролювати свої емоції, зіткнувшись з непередбаченими обставинами, реакції у відповідь на повторювані психотравмівні події, а також уміння функціонувати в умовах недосипання. Незалежно від методу лікування, високий відсоток пацієнтів з бойовим ПТСР зрештою відмовляються від терапії. Було виявлено, що лікування ефективне не більш ніж у 20% учасників бойових дій з ПТСР [7].

Milliken та ін. (2011) провели оцінку проблем з психічним здоров'ям серед учасників бойових дій, які повернулися з війни в Іраку, відразу після повернення і через кілька місяців. В результаті у значної частки осіб виявлений ПТСР, не діагностований при первинній оцінці, проте ідентифікований при повторній. Крім того, стан багатьох військовослужбовців з вираженими симптомами ПТСР при початковому скринінгу покращився без проведення лікування. Так, з 88 235 осіб 14 213 (16%) були спрямовані на корекцію психічного здоров'я. У результаті дослідники зробили висновок, що бойовий ПТСР може бути стійкішою формою захворювання, порівняно з ПТСР внаслідок інших травматичних подій, можливо, через виниклі згодом супутні захворювання [12].

Специфічні ознаки ПТСР, описані в DSM-III-R (наявність екстраординарної психотравми, її вперте переживання, постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, стійкі прояви підвищеної активації) є основою, на якій формуються особистісні зміни різних рівнів. Цим особистісним девіаціям притаманні характерні «комбатантні» риси, обумовлені глибинною переробкою зіткнення, що сформувалося на війні, з суб›єктивним поглядом на норми поведінки та ієрархію життєвих цінностей, реальною дійсністю, що не здатна сприймати їх морально-психологічні та соціально-психологічні проблеми. Не секрет, що практична реалізація гасла «відокремити війну від солдата» залишається на декларативному рівні. З певними застереженнями ПТСР можна розглядати як процес хронізації БПТ, що має різні варіанти розвитку. Клінічні прояви ПТСР залежать від багатьох факторів, серед яких виділяють преморбідні особистісні особливості, тяжкість БПТ, характеристики стресорів тощо. Разом з тим, їх сукупність створює для наркоманії та алкоголізму такі ж біологічні передумови, які і хронічний емоційний стрес у варіанті формування наркоманії у бойових умовах. Мабуть в окремих випадках різне поєднання факторів ПТСР, і, відповідно, реалізація адиктивної патології буде залежати від рівня проявів особистісних розладів комбатантів [4].

Результати соціальних і медичних досліджень переконують нас у тому, що надмірне навантаження, особливо нервове перевантаження, знижує поріг опірності особистості небезпечним формам зняття напруги, однією з яких є зловживання наркотичними засобами та психотропними речовинами. Перебування у стані перманентної перенапруги обумовлює формування мотивації до споживання психоактивних речовин, що сприяють, з одного боку, підвищенню фізичної і розумової працездатності, мобілізації психофізіологічних ресурсів, вгамування голоду і спраги в періоди активних військових операцій, а з іншого – зняттю зайвого психоемоційного напруження, купіруванню больового синдрому в періоди відпочинку, лікування. Відповідно, у першому випадку, як правило, інтенсифікується немедичне споживання стимулювальних наркотичних засобів або психотропних речовин, у другому – антидепресантів, анальгетиків [19].

Більшість авторів одностайні в думці, що вплив стресорних факторів екстремальної обстановки, різного роду гнітючих обставин сприяють формуванню мотивації до споживання наркотиків. Слід однак зауважити, що кожен учасник збройного конфлікту використовує індивідуальні стратегії адаптації до бойових екстремальних умов. Вибір цих стратегій обумовлений характеристиками, які склалися в період ведення бойових дій, внутрішніх і зовнішніх факторів і зовсім не обов'язково призводить до самодеструктивного рішення застосувати наркотики [10].

Психоактивні речовини мають властивість не тільки викликати емоційно-позитивні реакції, але і нейтралізувати емоційно-негативні стани. А.Г. Софронов (1990) припустив, що прикордонна психічна патологія пов'язана з вродженим або набутим дефіцитом протитривожних, ейфоригенних, антиноцицептивних та інших лігандів ЦНС, які мають стресопротективні функції. У цих випадках наркотик виступає не тільки як ейфоризатор, але і як засіб, що компенсує медіаторний дефект. Цей механізм може лежати в основі зазначеного нами феномена підвищення адаптоспроможності у психопатичних особистостей на тлі регулярної наркотизації, тоді як скасування наркотику сприяє декомпенсації психопатії [8].

Очевидно, що бойова психічна травма є хронічним емоційним стресом, прояви та тяжкість якого визначаються особливостями індивіда. Тому різниться і ступінь впливу психоактивної речовини на стан учасника бойових дій. Можна припустити, що психогенії істотно інтенсифікують дію психоактивних речовин в якості стресопротекторів, що сприяє появі «фармакологічної адаптації», штучної і патологічної за своєю суттю. «Фармакологічна адаптація» вимагає регулярного введення наркотику, що неминуче призводить до формування залежності, яка остаточно виснажує власні біологічні адаптаційні ресурси. Відсутність або слабка вираженість психогенних реакцій у комбатантів при однаковому навантаженні свідчить не стільки про характерологічні особливості, скільки про збереження та ефективність біологічно детермінованих саногенетичних механізмів. Скасування наркотику у наркоманів з неускладненим преморбідом не супроводжується психопатичними реакціями, що доводить наявність резерву для природної адаптації [3].

Зарубіжні автори [32] відзначають, що у ветеранів В›єтнамської війни, які звернулися за допомогою у зв›язку зі зловживанням психоактивними речовинами (46 047 респондентів або 8,3% усіх звернень), у багатьох випадках мала місце коморбідна або поєднана патологія,

що включає, поряд із наркоманією, психічні розлади інших регістрів. Не більше 2,3% від усіх спостережень випадків наркоманії і не більше 3,4% від числа звернень за психоневрологічною допомогою з приводу зловживання психоактивними речовинами в період з 1987 по 1994 рік зареєстровано серед учасників бойових дій в Афганістані. Більшість хворих на момент звернення зловживали героїном, у частини виявлена полінаркоманія зі складною структурою (поєднане вживання опіатів, ефедрону, алкоголю, барбітуратів та ін.)

L.N. Robins [11] довів, що механізми формування залежності в період війни і після неї були різними. Для «військової» наркоманії була характерна відносно швидка редукція зловживання наркотиками у мирних умовах. Автор вважає, що клінічна картина зловживання наркотиками у комбатантів не вкладається в рамки звичайних уявлень про наркоманію.

M.A. Moyer (1988) [28] вказує на наявність взаємозв'язку між військовою психічною травмою і зловживанням наркотиками. Kleinman (1998) [25] розглядає випадки наркоманії у інвалідів В'єтнамської війни і вважає, що труднощі соціальної адаптації цього контингенту хворих є однією із спонукальних причин до зловживання наркотиками. Автор повідомляє також про добрі результати лікування, яке проводилося в рамках комплексної програми соціальної та медичної допомоги інвалідам війни.

Поширення наркоманії серед ветеранів значно поступається аналогічному показнику, який мав місце на театрі військових дій. Так, у структурі бойової психічної патології у рядового складу наркоманії становили 31,1%, за даними анонімного анкетування, наркотиками зловживали 7,5% особового складу. Структура вживання психоактивних речовин в післявоєнний період учасниками бойових дій в Чеченській республіці представлена таким чином: курили тютюн – 74,8%, вживали алкоголь – 85%, вживали наркотичні речовини – 5,5% [17].

За даними Т.Г. Погодіної, для зняття психоемоційної напруги більшість опитаних (62% ветеранів Афганістану та 43% учасників бойових дій у Чечні) використовували психоактивні речовини, насамперед алкоголь. Масова психічна травма мала місце і під час участі солдатів у бойових діях в Республіці Афганістан (1979–1989 рр.), про що достовірно свідчать результати проведених соціологічних досліджень [22]. Афганістан є одним з основних центрів виробництва наркотичних речовин, що безпосередньо вплинуло на поширення наркоманії серед осіб, які брали участь в Афганській війні (в основному серед військовослужбовців, які проходили строкову службу). Так, більшість хворих ветеранів Афганської війни на момент звернення за психоневрологічною допомогою зловживали героїном. У деяких була виявлена полінаркоманія зі складною структурою (поєднане споживання опіатів, канабіноїдів, ефедрону, алкоголю, барбітуратів та ін.) [5]. Аналіз структури наркоспоживання серед осіб, які брали участь у бойових діях в Афганістані, виявив факт помітного домінування героїну навіть у той час, коли цей високоактивний наркотичний засіб ще не був поширений на європейській території так широко, як сьогодні на пострадянському просторі (за деякими даними, у структурі споживання наркотиків особами, що долучилися до них під час Афганської війни, співвідношення героїну і гашишу становило 55,5% і 22% відповідно, тоді як серед решти наркоманів героїн використовувався вкрай рідко) [16]. Н. Дзеружинська і О. Сироп›ятов зі співавторами також вказують на те, що в роки війни у Кабулі у 13,1% рядового складу та у 3,33% – офіцерського, від загальної кількості військовослужбовців, що надійшли на лікування у військовий шпиталь, діагностували наркотичну залежність [15]. Війна у Чеченській республіці значною мірою сприяла формуванню несприятливих тенденцій у питаннях вживання наркотичних речовин: 25% військовослужбовців, що воювали, зловживали наркотичними засобами [18, 23]. 25% від усього контингенту, який брав участь у бойових діях – це повністю сформовані наркозалежні ветерани бойових дій. Специфіка вживання наркотиків полягає в тому, що розвиток цього антисоціального явища відбувається не тільки згідно з формулою «попит породжує пропозицію», але і відповідно з новою – «попит, породжений пропозицією». Цим можна пояснити той факт, що процес наркотизації збройних формувань помітно прискорюється у разі дислокації частин і ведення бойових дій в регіонах, де традиції використання нарковмісних рослин та виготовлених з них наркотичних засобів сягають своїм корінням в далеке минуле, де повсюдно поширена «побутова» наркоманія та сильні позиції наркобізнесу. Близькість до «нарковиробничого» сектору призводить до так званого «ефекту надмірності», який сприяє зростанню зловживання психоактивними речовинами. У таких регіонах полегшене встановлення контактів і злочинних зв›язків зі споживачами та розповсюджувачами наркопродукції з числа цивільного населення, розширені можливості для придбання наркотичних засобів практично в необмежених кількостях [9].

Висновки

Аналіз науково-медичної літератури дає підставу стверджувати, що проблема поширеності вживання наркотичних речовин має загрозливий характер, шкодить психічному і фізичному здоров›ю значної кількості військовослужбовців кожної із сторін воєнного конфлікту, що визначає необхідність подальшого вивчення та розробки даної проблеми.

Список використаної літератури

1. *Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат : методичний посібник / О. А. Блінов. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – 36 с.*
2. *Ичитовкина Е. Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки : автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Е. Г. Ичитовкина. – Архангельск, 2011.*
3. *Керими А. Н. Наркомания: социально-психологические причины развития и пути профилактики / А. Н. Керими. – Ашхабад, 1987. – 20 с.*
4. *Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн / Г. А. Фастовцов, А. М. Резник, О. Ф. Савина, В. Г. Василевский // Журнал социальной и клинической-психиатрии. – 2009. – № 2. – С. 20–25.*
5. *Код доступа* http://www.narcom.ru/cabinet/online/1.html
6. *Код доступа:* http://militaryarticle.ru/zarubezhnoe-voennoe-obozrenie/2007-zvo/7486-o-probleme-primenenija-narkoticheskih-preparatov-v
7. *Код доступа:* http://onceawarrior.com/wp-content/uploads/2012/01/Dr.-Hoge-PTSDArticle.pdf
8. *Код доступа:* http://www.narcom.ru/cabinet/online/1.html
9. *Код доступа:* http://www.narcom.ru/publ/info/218
10. *Код доступа:* http://www.narkotiki.ru/5_6963.htm
11. *Код доступа:* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1775687/ *23*
12. *Код доступа:* http://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/newsletters/researchquarterly/V20N1.pdf
13. *Код доступа:* http://www.voenprav.ru/doc-4227-1.htm

14. *Код доступа:* http://www.voenprav.ru/doc-4227-1.htm
15. *Код доступа: https://books.google.com.ua/books?id=ofteAAAAQBAJ&pg=PT243&lpg=PT243&dq =false*
16. *Кушхов А. А. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступным оборотом наркотических средств (по материалам республик Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / А. А. Кушхов. – М, 2000.*
17. *Литвинцев С. В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М. : ОАО Изд-во «Медицина», 2005. – 345 с.*
18. *Меретуков Г. М. Расследование незаконного изготовления, приобретения, хранения, перевозки или сбыта наркотических средств (по материалам органов внутренних дел Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / Г. М. Меретуков. – М., 2002.*
19. *Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) : метод. рек. / Б. Д. Циганков, А. И. Белкин, В. А. Вяткина, А. А. Меланин. – М., 1992. – 16 с.*
20. *Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева / под ред. Б. Д. Казаченко. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.*
21. *Рappопорт А. М. Кокаинизм и уголовный закон. Сборник 1 / А. М. Рappопорт. – М., 1926. – С. 95.*
22. *Социологические исследования. – 1989. – № 4. – С. 58–60.*
23. *Транснациональный наркобизнес: новая глобальная угроза. – М. : Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2002. – С. 187.*
24. *Целинский Б. П. Незаконный оборот наркотиков и связанная с ним преступность в Российской Федерации: обзорно-аналитическая оценка / Б. П. Целинский, А. В. Коробов // Вопросы наркологии. – 1996. –№ 3. – 20 с.*
25. *Чиж И. М. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жиляев // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4–10.*
26. *Эминов В. Е. Преступность военнослужащих / В. Е. Эминов, И. М. Мацкевич. – Москва, 1999 – 101 с.*
27. *Boer A. Treatment for chronic PTSD Text. / A. Boer, P. J. Hovens, J. H. De Groen // H. Psychother Psychosom. – 1997. – P. 55–63.*
28. *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring. – P. 229.*
29. *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351, № 1. – P. 13–22.*
30. *Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience / A. Kleinman. – N. Y. : Free Press, 1998. – P. 12.*
31. *Marsella A. J. Ethnocultural aspects of PTSD: some closing thoughts Text. / A. J. Marsella, M. J. Friedman, Er T. Gerrity, R. Ml Scurfield: Washington DG : American Psychological Association, 1996. – P. 58–60.*
32. *Spencer C. Tucker Encyclopedia of the Vietnam War: A Political, Social, and Military History / Spencer C. Tucker. – P. 789.*
33. *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. – New York: Brunner / Mazel, 1985. – P. XVII–XXVI.*

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ

Е.С. Осуховская, С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Я.В. Орловская, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная

В статье представлен анализ научной литературы по распространенности психоактивных веществ, в частности наркотических, среди участников боевых действий, сделан вывод, согласно которому проблема употребления психоактивных веществ является компексной, затрагивающей этно-культуральный, криминогенный, географический, педагогический, медико-социальный аспекты, что определяет необходимость дальнейшего ее изучения и разработки.

Ключевые слова: наркотические вещества, участники боевых действий, комбатанты, посттравматические психические нарушения.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DRUG USE AMONG THE COMBATANTS AS A RESULT OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS

E. Osuhovskaya, S. Tabachnikov, E. Harchenko, Y. Orlovskaya, T. Sinitskaya, A. Chepurnaya

The article presents an analysis of the scientific literature on the prevalence of psychoactive substances, in particular, drugs among combatants, concluded, according to which the problem of substance abuse, particularly drug is kompeksnoy that affects ethno-culture, the crime, geographical, educational , medical and social aspects, and determine the need for further research and development.

Key words: drugs, involved in the fighting, the combatants, post-traumatic mental disorders.

УДК 616.816:001.8–061.3

В.О. Процик[1], В.В. Бабич[1], С.А. Грязєв[2], Т.О. Михеєва[2]

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОГЕННИХ ПАРАНОЇДНИХ ПСИХОЗІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З АНТИТЕРОРИСТИЧНОЮ ОПЕРАЦІЄЮ, У МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ

[1]Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
[2]ТМО «ПСИХІАТРІЯ», м. Київ
val.alex.p@gmail.com

Ключові слова: АТО (антитерористична операція), мирне населення, психогенні параноїдні психози, клінічні та соціально-правові аспекти.

Досліджено особливості психогенних параноїдних психозів, асоційованих з антитерористичною операцією на Сході України, у мирних жителів. Представлено два клінічних випадки психозів у жінок із різних регіонів з аутоагресивною поведінкою, які лікувалися в психіатричному стаціонарі. Вивчалися психогенні чинники, обговорено питання діагностики, лікування, соціально-психологічної допомоги, диспансерного нагляду.

Однією із найактуальніших проблем у психіатрії є проблема психогенних захворювань, як непсихотичного, так і психотичного рівня. Фундаментальні дослідження реактивних психозів були проведені під час воєн, а саме – російсько-японської війни (1904–1905 рр.), війни 1911–1918 рр., війни 1941–1945 рр. Якщо якісна структура групи реактивних психозів характеризувалася відносною сталістю, то загальне їх число зростало з кожною новою війною [7, 9]. Найдетальніше проблема психогенних параноїдів була досліджена під час війни 19941–1945 рр., зазна-