

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСА КОМПЕНСАЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЗАТРАТ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СИЛ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОМОЩИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ

Ю.Н. Депутат, О.В. Горишная

Резюме. В статье рассмотрены и проанализированы литературные данные относительно особых потребностей в энергии для военнослужащих Сил Специальных Операций и возможности адекватной компенсации энергетических затрат соответствующими пищевыми рационами.

Ключевые слова: силы специальных операций, энергетические затраты, рационы питания.

STUDY OF QUESTION OF INDEMNIFICATION OF POWER LOSSES OF SERVICEMEN OF FORCES OF THE SPECIAL OPERATIONS BY MEANS OF FOOD RATIONS

Yu. Deputat, O. Horishna

Summary. The article considers and analyzes the literature data on the specific energy needs for the Special Operations Forces and the possibility of adequate compensation of energy costs by the appropriate food rations.

Key words: Special Operations Forces, energy costs, diet rations.

УДК 616.895–02:613.861.3

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДИНАМІКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ (КАТАМНЕСТИЧНІ ДАНІ)

О.В. Богомолец, І.С.Трінька, М.М.Дорошенко, О.О.Копчак,

В.В.Нечипоренко, А.В.Сергієнко, С.Г.Сукіасян

Парламентський комітет з питань охорони здоров'я

Українська військово-медична академія

Київський медичний університет

Комітет військових ветеранів Чорнобиля ВГО «Асоціація «Афганці»

Чорнобиля

Резюме. У статті представлені дані катамнестичного дослідження психічної травми, пов'язаної з участю в бойових діях, і психічних порушеннях, обумовлених нею. У статті розглядаються такі аспекти формування ПТСР, як динаміка середовища (суспільства), психічна травма і викликані нею психічні розлади, динаміка травмованої особистості. Аналізувати ланки патогенетичної ланцюга, що зумовлюють розвиток постстресових розладів. Розмежовано коло психічних порушень, виявлених у учасників бойових дій: органічні розлади з психопатизацією особистості, з

афективними розладами і психоорганічного синдромом; соматоформні розлади, посттравматичний стресовий розлад; порушення адаптації, хронічні зміни особистості після переживання катастрофи. Показано особливості посттравматичних розладів в різні періоди розвитку травми, основні клінічні феномени - психопатологічні, психологічні, вегетативно-судинні, поведінкові та соматичні, що дозволяють розмежовувати різні клінічні форми ПТСР. Виділено основні типи «психопатологічної» динаміки ПТСР: соматоформна, психопатична, психоорганічна, залежна або токсикоманічна, асоціальна і конструктивна.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад.*

Вступ. Термін «стрес» з повним правом можна вважати одним із символів нашого часу. І це не стільки данина моді, скільки відображення нагальної потреби зрозуміти, що ж рухає розвитком людини, який його зв'язок зі світом і як вона виживає в мінливому середовищі, від чого залежить його здоров'я і благополуччя. Однією з невід'ємних складових цієї концепції є проблема «травматичного стресу» або, як прийнято в міжнародних класифікаціях - проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Людина завжди і всюди долала травми і своєрідно їх переживала. Перші відомі нам наукові відомості про це (так званий щоденник Samuel Pepys) сягають корінням в далекий 1666 рік [цит. по R.J.Daly, 19]. Тоді, після великої пожежі в Лондоні, був зроблений перший науковий опис психічної травми і показаний зв'язок розладів з зовнішніми середовищними факторами. Через 200 років (в 1863 році) Da Costa вперше описав психічні розлади у учасників громадянської війни в США в результаті «небуденних переживань» і назвав їх «синдромом подразненого серця». Трохи пізніше Е. Крепелін [9], потім Е. Блейлер [2] після першої світової війни описали психічні розлади, що виникають в результаті бойових дій, і виділили їх відповідно під назвами «травматичний невроз» і «невроз переляку».

Під час другої світової війни військовий «синдром напруги» описувався радянськими вченими: Є.К. Краснушкин в 1944 році з цього ряду розладів описав «травматичний військовий невроз» [8].

Все ХХ століття і вже початок ХХІ століття дають нам великий матеріал з вивчення і розуміння ролі та місця психічної травми у формуванні психічної патології: це майже безперервні невеликі і локальні війни в тій чи іншій частині світу, різні військові конфлікти, постійні погрози з боку бойовиків і терористів, активізація кримінальних сил, слабкість і неспроможність силових структур. В силу цього проблема травми і посттравматичних (постстресових) розладів є актуальною проблемою. Якщо додати сюди ще й численні природні та інші антропогенні катастрофи, то значимість цієї проблеми стає незаперечною.

Дане повідомлення базується на дослідженнях, які проводилися протягом 1989-2007 років військовими психіатрами.

Об'єктом дослідження були люди, які пережили землетрус, депортацію, війни, економічну і соціально-політичну кризу.

У цьому повідомленні мова піде про травму, пов'язану з участю в бойових діях, і психічних порушеннях, обумовлених нею. Суттєвою особливістю цих порушень є їх розвиток на несприятливому соціальному ґрунті. У зв'язку з цим весь блок проблем розділений на три складові: динаміка середовища (суспільства), психічна травма і викликані нею психічні розлади, динаміка травмованої особистості.

Середовище і його динаміка. Сформована в середині 90-х років ХХ століття в пострадянських республіках соціально-психологічна ситуація призвела до корінного зламу суспільної свідомості, домінуючого способу життя і морально-етичних орієнтирів всього населення. Загострилися наявні до цього життєві проблеми, стали виникати нові, незвичні проблеми. Особливістю цього періоду став стан тотальної дизадаптації населення.

Мало місце практично повне руйнування духовної, культурної, середовищної організації життя суспільства, властивої СРСР. Проблеми зростання національної самосвідомості і самовизначення в умовах реформації СРСР трансформувалися в міжнаціональні конфлікти періоду розвалу країни і формування незалежних держав. Затяжний, безперервний характер реконструкції політичної системи, розвалу економіки, нецивілізованого розшарування суспільства створили ситуацію крайньої напруги, яка привела до різних суперечностей, конфліктів і пертурбацій на рівні особистості, сім'ї та самого суспільства. В їх основі лежали крах усталених норм і традицій, переосмислення життєвих орієнтирів, зміна або відсутність ідеологічних, національних, культуральних норм, цінностей і уявлень, відсутність перспективи. У суспільстві нарастала нігілізм; поведінку людей визначалося містичковими і субгруповими структурами та інтересами; в мисленні людей домінували містичні і міфологічні судження; цінність життя обмежувалася «сьогодні і тут», а майбутнє «укорочувалось» до поточного моменту з втратою перспективи [12].

Найбільш важливі зміни, з точки зору первинності даного соціального інституту, відбулися в сім'ї. Намітилося значне зростання конфліктності і нестійкості в сім'ї. В умовах кризи латентний конфлікт в сім'ях перейшов на рівень відкритого, який виявляв конструктивну або деструктивну тенденцію в залежності від перерозподілу ролей у сім'ї, характеру несумісності подружжя [5]. Ця ситуація стала фоном, на якому в подальшому розгорталася особистісна динаміка людей, які пережили бойову травму.

Психічна травма та викликані нею розлади

Коли ми говоримо, що та чи інша людина «хвора» посттравматичним стресовим розладом, то ми маємо на увазі, що ця людина пережила

травмуючу подію, тобто, відчула щось емоційно насичене і жахливе, що не є звичним і не так часто трапляється з людьми. Травмуючою ми називаємо подію, яка за своїм смисловим змістом і аксіологічною значущістю виходить за межі повсякденного, буденного, нормального людського досвіду. До цього ряду належить і бойова травма.

Ми не будемо зупинятися на аналізі поняття «психічна травма», оскільки це не є нашим завданням. Але відзначимо, що за характером психічної травми ми виділяємо наступні основні групи населення: постраждалі від землетрусу; учасники бойових дій; біженці з районів бойових дій; населення прикордонних районів, де відбувалися бойові дії; жертви соціально-політичної та економічної кризи в країні.

Виділені групи відрізняються за чисельністю і досить умовні, оскільки дуже часто перекривають одна одну настільки, що часом важко розмежувати ці патологічні стани. Тому ми вважаємо за краще говорити про поліфакторні постстресові розлади з домінуванням того чи іншого стресового чинника.

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проводилася на підставі критеріїв МКХ-10. Психопатологічні розлади, що виникли в результаті бойової травми, багато в чому схожі на ті, які розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності, зумовлені як етіопатогенезом захворювання, так і його динамікою: а) причина захворювання характеризується екстремальністю виникнення, афективною насиченістю і небуденністю переживання; б) розлад виникає одночасно у великої кількості людей, і постраждалі вимушено продовжують активну боротьбу з наслідками травми, щоб вижити самому і захистити співслужбовців; в) пережита аномалія постає перед суб'єктом як безглузда і викликає відчуття провини за смерть або важку травму іншої людини [14].

Перераховані особливості визначають характер психопатологічного реагування на бойовий травматичний стрес, який в залежності від зовнішніх і внутрішніх умов (спадковість, преморбідна особистість, перенесені захворювання і т.д.), а також додаткових патогенних впливів, формує досить поліморфну клінічну картину від невротичного рівня до екзогенно-органічного. Наш, більш ніж 25-річний досвід роботи з даним контингентом хворих, дозволяє розмежувати коло психічних порушень, виявлених у учасників бойових дій: органічні розлади з психопатизацією особистості, з афективними розладами і психоорганічним синдромом (F06, F07); соматоформні розлади (F45), посттравматичний стресовий розлад (F43.1); порушення адаптації (F43.2), хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Якщо в середині 90-х років домінували порушення адаптації, посттравматичні стресові розлади, то через 13-14 років все більш значущими стали органічні психічні зміни.

Клініка посттравматичних розладів в наших спостереженнях протягом цих років визначалася широким колом психопатологічних, психологічних, вегетативно-судинних, поведінкових і соматичних феноменів, які дозволяли нам розмежовувати різні клінічні форми: синдром «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, переривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром «людини, яка вижила» (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»), флешбек-синдром (насилено вриваються в свідомість спогади про «непереносимі» події), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді психічної млявості і прагнення до спокою, швидкого старіння, втрату ваги), а також розлади, характерні для більш віддалених періодів ПТСР – прояви «комбатантної» психопатії (агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживанням алкоголем і наркотиками, замкнутість і підозрілість, уникнення контактів), посттравматичні рентні стани (набута інвалідність з усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції).

Паралельно цим розладам розвивалися органічні симптоми, які, однак, дещо нівелювали типову клініку ПТСР, але повністю не «знімали» її. Практично всі учасники бойових дій піддавалися церебральним травмам з порушенням свідомості тієї чи іншої тривалості і тяжкості, що в подальшому виявлялося різними екзогенно-органічними синдромами: церебрастенічними, психопатоподібними, посткоммоціонними, психоорганічними.

Співіснування екзогенно-органічної і психогенно-реактивної симптоматики в умовах несприятливої соціальної (зовнішньої) середовища призводило до певної динаміці особистості комбатантів.

Динаміка травмованої особистості

Під динамікою травмованої особистості у колишніх військовослужбовців ми маємо на увазі сукупність характерних реакцій, заснованих на преморбідних особистісно-характерологічних особливостях, і придбаних в результаті участі в бойових діях «нажитих» особливостей, динаміка яких визначається специфікою бойових і мирних умов існування, а прояв - різними варіантами взаємодії власне комбатантних і споконвічно притаманних індивідуумам характерологічних рис, що обумовлюють їх різну соціальну адаптацію.

Такі стани в літературі визначаються під назвою «комбатантна акцентуація» (у відносно невиражених випадках) і «комбатантна особистість» (у випадках вираженої психопатизації) [10].

У наших спостереженнях під розладами особистості (в контексті динаміки особистості, яка зазнала бойової психічної травми) ми розуміємо сукупність психопатологічних феноменів і грубої соціальної дезадаптації, що виражається,

в першу чергу, в алкоголізмі, наркоманії, агресивній поведінці, суїциди, кримінальних діях, що цілком узгоджується з розладами особистості за критеріями DSM-III-R, DSM-IV, МКХ-10 [25-27].

Хворі на ПТСР, обстежені нами на початку 90-х років (1991-1994) відзначали, що після повернення додому вони кілька місяців «звикали» до звичайного життя: «продовжували воювати», здригалися від раптового шуму, страждали від кошмарів, безсоння і нав'язливих спогадів, нерідко конфліктували з оточенням.

Надалі гострота подібних кататимно-забарвлених реактивних порушень поступово редукувати у відносно невеликої частини цього контингенту. У більшості ж випадків ця симптоматика набувала форми нав'язливих, надцінних, диссоціативних, тривожно-фобічних розладів, які, проте, до моменту збору катамнезу (2007 г.) забезпечували незадовільний рівень соціальної адаптації цих осіб.

В аспекті вивчення динаміки ПТСР проводилося вивчення смислової сфери [15]. Було показано, що специфіка, гострота і динаміка ПТСР детерміновані особистісними і ситуативними факторами. Аналіз даних 42-х пацієнтів з ампутацією кінцівки, проведений за такими параметрами, як «мотив участі у війні», «ставлення в даний момент до факту участі у війні», «зміст основної травми», показав, що учасники бойових дій виявляють два види мотивації участі у війні: пряму (67%) («якщо не я, то хто?», «інакше неможливо», «у мене були б проблеми з самим собою, якби не пішов» і т.д.) і непряму (33%) (мотивації, пов'язані з проблемами самоактуалізації - відчути себе чоловіком, носити зброю, довести собі щось і т.д.).

Було встановлено, що з придбанням нових смислів в ході участі в бойових діях відбувається зсув мотиву - непряма причинна обумовленість заміщається прямий. Це підтверджується кореляцією між мотивом і параметром «ставлення до ситуації на даний момент». 44% пацієнтів з непрямої причинного зумовленою не шкодують про свою участь у війні, 28% не змогли відповісти, 28% шкодують про це. Інакше кажучи, у перших стався зсув мотиву, у других триває сенс освітній процес, у третіх мотив не змінився. У 93% пацієнтів з прямого причинного обумовленістю зсуву мотиву не відзначається. Все ж 7% шкодували про участь в бойових діях. Тобто, відбулася зворотна зміна мотиву: початковий мотив втратив сенс і особистісні проблеми замінили його.

За описами обстежених, повернення до нормальних умов життя є не меншим випробуванням, ніж травматичні переживання. Немає відчуття повної безпеки, ні з ким «поговорити по душам», важче пригнічувати емоції, є ризик втратити самоконтроль. У такій ситуації психічна напруга довгий час не може розрядитися. Тоді тіло і психіка знаходять спосіб якось «примиритися»

з цим напруженням. У цьому, в принципі, і полягає механізм посттравматичного стресу.

Його симптоми, які в комплексі виглядають як психічне відхилення, насправді являють собою не що інше, як глибоко вкорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями в минулому.

У цих випадках формується так звана «психопатологічна» динаміка ПТСР, що виявляється різними клінічними формами: «соматоформна» - страждання душі виливаються в тілесні симптоми [13]; «Психопатична» - йде формування патологічних особистісних ознак, переважно експлозивного типу, що призводить до дезадаптації комбатантів, навіть в звичному середовищі; «Психоорганічний» - на тлі органічної неповноцінності (результат травм і струсів мозку) формуються органічні церебральні синдроми аж до когнітивно-мнестичних симптомів.

В інших випадках колишні комбатанти, з метою зняття напруги, вдавалися до вживання алкоголю або наркотиків, що, врешті-решт, приводило до формування залежних розладів («залежна» або токсикоманічної динаміки).

Окрему групу становили пацієнти з асоціальною динамікою (безхатьки і кримінальні елементи).

Невелика частина пацієнтів переживає конструктивну динаміку - набувають впевненість в собі, наполегливість і цілеспрямованість; у них з'являється інше розуміння і сенс життя. За даними Є.В. Снедкова і співавт. [11] вони складають приблизно 15 % всіх, хто пережив бойову травму. У переважній більшості вони знаходять «місце під сонцем» в силових структурах. Про можливості розвитку стійких змін характеру і психопатичних нахилів під впливом психічної травматизації писали ще В.А. Гіляровський (1946), Є. К. Краснушкин (1948). П.Б. Ганнушкін описував «набуті» особистісні зміни, виникнення яких пов'язував з перенесеними психічними травмами.

Типологізація особистості комбатантів через майже 15 років є досить складною проблемою. Найсуттєвіші диференційно-діагностичні проблеми створювалися наявністю органічної церебральної патології. У всіх пацієнтів виявлялися ознаки психоорганічного синдрому, в основному за експлозивним типом. Практично всі в період обстеження або в післявоєнний період зловживали алкоголем. У всіх обстежених в анамнезі відзначалися епізодичні депресивні фази і стану, часто переходять у дисфоричні. На тлі афективних проявів у обстежуваних відмічалися суїцидальні тенденції (думки, часто спроби і дії), що супроводжувалися нанесенням собі поверхневих самопошкоджень.

Переживши бойову травму людина поступово обмежує свої контакти колом бойових товаришів, одночасно знижується соціальний і професійний рівень функціонування. У структурі особистості починають виявлятися особливості, не властиві людині в період до переживання травматичної події.

Цю особливість підкреслюють всі пацієнти. Разом з тим, практично всі відзначають нестабільність стану, що проявляється наявністю повторюваних в залежності від різних факторів своєрідних афективних фаз. Своєрідність цих проявів полягає в тому, що, крім суто афективні порушення (депресії, дисфорії, дистимії і т.д.), відмічаються патологічні поведінкові патерни, а також переміжні «продуктивні» стани. Серед них вороже або недовірливе ставлення до навколишнього світу; невмотивовані спалахи агресії з деструктивними і аутодеструктивного тенденціями; обмеження соціальних контактів аж до соціальної ізоляції; вони виявляють високий рівень тривоги і низький рівень суб'єктивного контролю. У «клінічній картині» особистісних розладів у комбатантів відзначаються відчуття спустошеності і безнадії, постійне відчуття зміни власної особистості; життя протікає «на межі», «при постійній загрозі»; мало систематизовані маячні і надцінні ідеї, минущі елементарні галюцинації. Все це є результатом перенесеного стресу, з одного боку, і тих соціально-політичних і економічних умов, в яких в подальшому протікає життя хворих.

Дослідження рівня стресу в учасників війни показав достовірно високий рівень «стресонасиченості» Досліджувалися рівні суб'єктивного (СС) і об'єктивного стресів (ОС). Наведені дані, на наш погляд, свідчать про тяжкість суб'єктивних переживань стресу в учасників війни, їх нездатності до конструктивного подолання стресу. Він достовірно вище в порівнянні з контрольною групою чоловіків, які не брали участі в бойових діях, в той час як об'єктивний стрес був виражений менше в порівнянні з групою контролю. Дані по контрольній групі чоловіків є непрямым свідченням високого рівня стресового впливу на чоловіче населення в середині 90-х років.

Висока суб'єктивна «стресонасиченість» з нашої точки зору призводить до наростання особистісної тривоги, напруженості і конфліктності, порушує адекватність самооцінки, знижує стійкість до психогенних і інших зовнішніх впливів. Це говорить про те, що травма зачіпає не тільки глибинні емоційні «шари» психіки, але і онтогенетично більш пізні і ранимі когнітивно-ідеаторні рівні, світоглядні установки, систему мотивацій.

Дослідження особистісних змін у учасників бойових дій в виявило певні зміни вже через чотири місяці після повернення з районів бойових дій. Були проаналізовані дані 32-х комбатантів. Практично всі були схильні до зловживання алкоголем, причому у 6-ти пацієнтів (18,8%) це мало явний патологічний характер. 8 (25%) пацієнтів були змушені залишити свою роботу «через невживчивий характер», «через принципи і честь»; 9 (28,8%) - змінили профіль роботи з тих же причин. З 21 (65,6%), які перебували у шлюбі колишні учасники війни за минулі місяці розлучилися 5 (23,8%), ще двоє збиралися розлучатися. Причому на напружені сімейні стосунки вказували практично всі.

Намагаючись зрозуміти закономірності формування зазначених вище варіантів динаміки ПТСР, ми на основі нашого клініко-експериментального досвіду висунули гіпотезу про роль психологічних радикалів тривоги, агресії і соматизації в їх генезі [13]. Ми застосовували комплексний психолого-психіатричний метод обстеження, що включає ряд методик, з яких тут будуть представлені дані психодіагностичного тесту SCL-90.

Були проаналізовані дані 105-ти пацієнтів, колишніх учасників бойових дій. Тривалість хворобливого анамнезу у комбатантів на період обстеження становила $13,56 \pm 1,17$ років. Середній вік обстежених пацієнтів склав $44,59 \pm 8,37$ року. З них не працювали 95 (90,48%).

Причому, практично всі пацієнти основною причиною їх не працевлаштованості вважали свій «конфліктний, нетерплячий і агресивний характер». Професійний список працюючих 10 пацієнтів включав «професії» нічного сторожа, чорнороба, слюсаря, але практично ніхто з них не виконував повністю свої професійні обов'язки - їх просто «терпіли на роботі», оскільки вони знаходилися в штаті у своїх колишніх більш щасливих бойових соратників.

При цьому 28 (26,7%) пацієнтів не мали будь-якої групи інвалідності, незважаючи на досить тривалий анамнез хвороби (тривалість хвороби в середньому становила 13,56 років). Решта 77 (73,3%) мали інвалідність 1-ї (3 чол., 2,9%), 2-ї (42 чол., 40%) і 3-ї (32 чол., 30,5%) груп. Важливо зауважити, що всі 28 пацієнтів, які не мають групи інвалідності, раніше відмовлялися від неї з різних морально-етичних причин («соромно», «я ще молодий, і мені треба працювати», «мені не потрібні подачки» і т.д.). З 23 пацієнтів 12 (51,2%) не мали інвалідності, 10 пацієнтів (43,5%) мали II групу: перші не приховували свого бажання отримати будь-яку групу інвалідності, другі - були незадоволені матеріальним змістом пенсії по інвалідності. Всього лише 1 пацієнт (4,3%) мав III групу інвалідності. Аналіз психологічного і психопатологічного стану пацієнтів, динаміки їх життя і характеру за післявоєнні роки дозволяє припустити, що важкі соціально-економічні умови життя відсунули на задній план моральні мотивації, висунувши вперед «завдання живота», іншими словами мотивації пацієнтів схилилися до рентних взаємин.

Обстежена група не відрізнялася в цілому високим рівнем освіти, переважали особи із середньою та середньою професійною освітою (55%).

75 пацієнтів (71,43%) були одружені ще до війни і продовжували залишатися в шлюбі. Ще 7 осіб (6,7%) одружилися в післявоєнні роки. Розлучилися з дружиною 8 пацієнтів (7,62%), а двоє (1,9%) одружилися повторно. Не були одружені 13 пацієнтів (12,4%).

Таким чином, поза шлюбними відносинами перебував 21 пацієнт (20%), тобто кожен п'ятий. При цьому як самі пацієнти, які перебувають у шлюбі, так члени їх сімей, відзначали вкрай важкий, нестерпний, фізично і психічно

травмуючий характер стосунків у сім'ї. Цікаво зауважити, що з 84 пацієнтів (80%), які перебувають у шлюбі, тільки в 2-х випадках пацієнти поступали в госпіталь в супроводі дружини, в 2-х випадках - сина, в 1-му випадку - онука. У більшості випадків вони приходили або в супроводі бойових друзів (лікувалися раніше), або (за їхньою порадою) самостійно без супроводу. За весь термін перебування в госпіталі (від 8 до 32-х днів) практично в половині випадків дружини пацієнтів їх не відвідували. Ця обставина, на наш погляд, свідчить про характер і рівень взаємин в сім'ях комбатантів.

Рівень агресії (ворожості по SCL-90) за минулі роки значно перевищує не тільки рівень контрольної групи, але і рівень агресії у комбатантів протягом 90-х років минулого століття. Та ж тенденція намічається і щодо такого параметру SCL-90, як соматизація.

Рівні депресії і тривожності істотних змін не зазнали. З нашої точки зору, отримані дані і їх динаміка відображають динаміку адаптації до мирного життя і соціального оточення осіб, які пережили важкий стрес і мають серйозні психологічні проблеми. Необхідність адаптуватися в умовах, відмінних від військових, необхідність «пригнічувати» внутрішню агресію і тривогу, обумовлюють різні варіанти динаміки - алкоголізація, токсикоманія, рентна поведінка, анти- і асоціальна поведінка, в тому числі і соматизація.

Цікаво зауважити, що у тих же екс-комбатантів з соматоформними психічними розладами в динаміці ПТСР рівень агресії був найменший ($1,71 \pm 0,14$) в порівнянні з іншими параметрами SCL-90, в той час як найбільш високим був рівень депресії ($2,01 \pm 0,12$).

З нашої точки зору низький рівень агресії не є випадковістю, а свідчить на користь більш глибоких кореляцій між структурою (типом) характеру і клінічними проявами.

Згодом, на відповідному «ґрунті» агресія трансформується в «невмотивовану нудьгу». Про це свідчать підвищені, порівняно з агресією, рівні депресії ($2,01 \pm 0,12$) і тривожності ($1,82 \pm 0,12$). Зниження агресії супроводжується збільшенням частоти та інтенсивності клінічних симптомів, що може спостерігатися, на наш погляд, в двох випадках. По-перше, коли в результаті бойової психічної травми особистість «перериває» відносини з середовищем, відгороджується від людей і «вступає» у відносини з самим собою. По-друге, це випадки, коли особистість, вступаючи в певні симбіотичні взаємини із середовищем, акцентує своє «Я» і намагається підпорядкувати всіх собі. Уже саме поверхневе порівняння цих результатів з результатами клініко-психопатологічного аналізу преморбідних хворих показало, що в першому випадку це тривожно-недовірливі, сенситивно-шизоїдні, астенічні особистості, в другому - істеричні і істероформні. Звісно ж не випадковим, що саме це коло особистісних відхилень акцентується і психопатичного

рівнів виявлялися у хворих з соматоформними розладами. Певну специфічність особистості у пацієнтів з соматоформною динамікою відзначають і інші дослідники [16, 21, 23], розглядаючи її як один з патогенетичних і патопластичних факторів. У той же час у пацієнтів з «психопатичним» варіантом динаміки ПТСР преморбідна особистість на рівні психопатологічного діатезу [7] визначається частіше екстравертованістю, гіпертимністю, диссоціативними проявами в рамках «пошукового типу» по С.Р. Cloninger [18].

Через кілька років після завершення бойових дій поряд з агресією відбувається наростання рівня соматизації, який наближається до рівня агресії (ворожості). Імовірність формування соматоформних розладів, як було показано в наших попередніх роботах [13], вище в тих випадках, де відсутні сильні емоційні переживання, та має місце несвідома «пригнічена» тривога, тривалі і важко вирішуються екзистенційні проблеми.

Отримані результати щодо зростання параметру агресії підтверджуються даними клініко-катамнестичних досліджень, які свідчать про наростаючу психопатизацію комбатантів і соціальної дезадаптації, що супроводжуються особистісною кризою і певним спектром психопатологічних розладів у вигляді тривожності, дратівливості, емоційної відчуженості, ангедонії, нав'язливих переживань, безсоння, жахливих сновидінь, імпульсивності, ворожості і злоби, конфліктності, виражених церебрастенічних і алгічних скарг, замкнутості і пасивності, підозріливості та ідей самозвинувачення [11]. У деяких випадках на тлі зазначених порушень виявлялися пароксизмальні розлади, афективні спалахи, напади дисфорії, епілептиформні припадки, минущі маячні і галюцинаторні порушення, амнестичні симптоми.

Розвиток агресії пояснюється різними факторами - від біологічних предикторів агресивної поведінки до соціальних впливів: це і зв'язок агресії зі спадковістю і вродженими чинниками, і зміни медіаторного обміну, і зв'язок агресивної поведінки з мікроанатомічними порушеннями мозку, і ряд соціально-психологічних факторів, які беруть участь в розвитку психопатій [2, 4, 6, 14, 20, 22, 24].

Нав'язана середовищем система соціалізованої поведінки переплітається з особливостями особистості. Зовнішні форми поведінки, які виявляють наші пацієнти в післявоєнний період, в переважній більшості випадків є наслідком «пройденого ними життєвого шляху», не властивими тільки особистості. Нове середовище нав'язує їм нові функції, ролі, обов'язки. І якщо вони не відповідають внутрішньої суті першого (або колишнього) «Я», то неминучі конфлікти, якщо це «Я» виявляється недостатньо гнучким, конформним, багатим. Конфлікти в родині або з суспільством носять переважно рольовий характер і сприймаються як «фаталістично зумовлені».

Саме такого роду конфлікти частіше спостерігаються в суспільстві. Деякі з конфліктів призводять до клінічного результату - це конфлікт між своєю суттю і поведінковими стереотипами, між стереотипами раннього дитинства (батьківського дому, колишньої країни) і набутими пізніше (нова сім'я, нова країна), між почуттям обов'язку і реальними обставинами, що склалися, між усталеними цінностями, орієнтирами і нав'язуються новим чужим світоглядом, між динамікою самої особистості і динамікою соціально-психологічних характеристик суспільства і т.д.

Висновки

1. Травмована і «психопатизована» особистість з часом в тій чи іншій мірі адаптується на тому рівні здоров'я, якого вдається досягти. Вище зазначена динаміка хвороби зумовлює напрямок терапевтичної і реабілітаційної тактики: по-перше, купірування гостроти хворобливих симптомів методами біологічної і психологічної терапії; по-друге, соціально-психологічна підтримка і допомога, розумні компенсації і пільги, створення соціальних механізмів викоренення задавлених стресів.

2. Отримані дані актуалізують проблему терапії, реабілітації та ресоціалізації колишніх воїнів, яка крім суто медичного, включає також гуманістичний і соціальний аспекти.

Література

1. Бакунц А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе // Обозр. 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 НИИ: 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: клинико-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 г.г. // Вестник МАНЭБ.- 1999.- № 7.- 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 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

**О.В.Богомолец, Т.И.С.ринька, М.Н.Дорошенко, О.О.Копчак,
В.В.Нечипоренко, С.А.В.ергиенко, С. Г.Сукиасян**

Резюме. *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. Анализированы 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, посттравматическое 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 («бомжествующие» и криминальные) и конструктивная.*

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство.*

DYNAMICS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN COMBATANTS

O.V. Bogomolets, I.S. Trin'ka, M.M. Doroshenko, O.O. Kopchak, V.V. Nechyporenko, A.V. Sergiienko, S. G. Soukiasyan,

Summary. *The article presents data of a follow-up study of a trauma related to participation in hostilities and mental disorders caused by it. The article deals with such aspects of the formation of PTSD as the dynamics of the environment (society), the mental trauma and the mental disorders caused by it, the dynamics of the traumatized personality. The links of the pathogenetic chain, which determine the development of post-stress disorders, are analyzed. The range of mental disorders revealed in combatants is delineated: organic disorders with psychopathic personality, with affective disorders and psycho-organic syndrome; somatoform disorders, post-traumatic stress disorder; adaptation disorders, chronic personality changes after the experience of the disaster. Peculiarities of posttraumatic disorders in various periods of trauma development are shown, the main clinical phenomena are psychopathological, psychological, vegetative-vascular, behavioral and somatic, allowing differentiate different clinical forms of PTSD. The main types of “psychopathological” dynamics of PTSD are identified: somatoform, psychopathic, psycho-organic, dependent or toxicomaniac, asocial (“homeless” and criminal) and constructive.*

Key words: *posttraumatic stress disorder.*

УДК 614.2

ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ АДАПТАЦІЇ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ У СЛУЖБУ ПРЕВЕНТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

В.Л.Савицький, С.Л.Литовка, Ю.М.Депутат, В.В.Риженко, В.В. Нарожнов
Українська військово-медична академія

Резюме. *У статті розглядаються проблеми співпраці з медичною службою країн НАТО з питань санітарного та епідеміологічного нагляду. Показано, що важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення і критична оцінка досвіду санітарно-епідеміологічної служби МО України та Служби превентивної медицини НАТО. Адаптація санітарно-епідеміологічної служби МО України у Службу превентивної медицини на зразок НАТО має бути зваженою, вибірковою і повинно враховувати специфіку вітчизняних збройних сил та їх медичного забезпечення, а також реальні економічні можливості держави.*