

5. *Чикинова Л.Н.* Социально-гигиенические и клинико-экспертные аспекты инвалидности вследствие травм, полученных в Афганистане: Дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1998.
6. *Шанин Ю.Н., Шанин В.Ю., Захаров В.И., Цыган В.Н.* Вопросы патофизиологии боевой травмы // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: Сб. СПб., 1995.
7. *Якунин К.А.* Головная боль в отдаленном периоде легкой ЧМТ: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
8. *Amcheslavski V.O., Gaitur E.I.* Механизмы вторичных повреждений головного мозга у больных с черепно-мозговыми травмами // Symp. Cruise Moscow-Volga River. July, 12-17, 1997.
9. *Bohnen N., Jolles J.* Neurobehavioral aspects of postconcussive symptoms after mild head injury (Review) // J. Nerv. Ment. Dis. 1992. Vol. 180, №11.
10. *Caron M.J., Hovda D.A., Becker D.P.* Changes in the treatment of head injury (Review) // Neurosurg. Clin. North Amer. 1991. Vol. 2, № 2.
11. *Kingma J.* Severity of injuries in trauma patients // Percept. Mot. Skills. 1995. Vol. 30, № 1.
12. *Miller H.B., Paniak C.E.* MMPI and MMPI-2 profile and code type congruence in a brain-injured sample // J. Clin., Exp. Neuropsychol. 1995. Vol. 17, № 1.
13. *Nusholtz G.S., Wylie B., Glascoe L.G.* Cavitation-boundary effects in a simple head impact model // Aviat. Space Environ. Med. 1995. Vol. 66, № 7.
14. *Shigemori M., Kikuchi N., Tokutomi T. et al.* Coexisting' diffuse axonal injury (DAD and outcome of severe head injury) // Acta Neurochir. Suppl. 1992. № 55.
15. *Shoemaker W.C., Ch. C.J. Wo, Bishop M.H. et al.* Physiology and therapy of traumatic shock // Intern. Rev. Armed Forces Med. Serv. 1994. Vol.17.
16. *Sosin D.M., Sniezek J.E., Waxweiler R.J.* Trends in death associated with traumatic brain injury, 1979 through 1992. Success and failure // J.A.M.A. 1995. Vol. 273, № 22.

*В.С. Мякотных, С.И. Спектор, Н.З. Таланкина (Екатеринбург)*

### **Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов современных вооруженных конфликтов**

Проблеме посттравматического стресса посвящено много сообщений и публикаций, но до сего времени не выработано единого определения и единого диагностического и лечебного подхода в отношении этого страдания. Проводя в течение многих лет динамическое наблюдение более чем 4 тыс. лиц, принимавших участие в боевых действиях на территории Афганистана и пролеченных в течение 20 лет в стационаре Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн, мы позволили себе составить собственное мнение о патогенетических, клинических, социальных моментах формирования и течения посттравматического стресс-синдрома как медико-социальной проблемы.

Мы рассматриваем посттравматический стресс-синдром не только как осложнение полученных в период боевых действий психологических, экологических, физических воздействий на центральную нервную систему. По нашему мнению, на первичный стресс военного времени, полученный например в Афганистане, накладываются вторичные стрессы мирного времени, стрессы «непризнанных героев войны», которые суммируясь с травматическим стрессом войны, формируют в целом посттравматические стрессовые расстройства.

Подобная точка зрения вполне совпадает с мнением других отечественных авторов [1].

Большинство бывших воинов - «афганцев» до призыва на военную службу вообще не имели мирной профессии, либо она носила «временный» характер. Вернувшись с войны и не находя себе применения в мирной жизни, многие люди просто растерялись, затаили в себе обиду на окружающих, на начальников и руководителей всех рангов, на тех, кто «хорошо устроился, пока мы там воевали». Подобные лица, вышедшие из войны, зачастую не понимали, что они просто больны, что их переживания, притязания несут болезненный характер. По данным, приводимым D.Dodwell [10], социальные осложнения травм головы должны рассматриваться как основное проявление болезни. Простейшим и наиболее общим путем оценки социальных исходов травм головы является время прекращения трудовой деятельности. Но, с другой стороны, «афганцы» зачастую не хотели и не хотят признавать себя больными, и это не является чем-то исключительным, характерным только для них. Частота отказов от лечения возрастает по мере удаления во времени от перенесенной физической или психотравмы. По результатам исследования, проведенного A. Burstein [8], при начале лечения в первые 9 недель после стресса отказ от лечения наблюдался всего в 26,9% случаев, через 40 и более недель этот показатель равнялся уже 81,8%.

Крайне негативные последствия в плане состояния здоровья может вызвать предпринимательская деятельность, которой занялись многие бывшие воины-интернационалисты. Ветеран Афганистана выбирает себе сферу деятельности, но вместе с ней он вступает в сферу выраженной потенциальной опасности для своего здоровья, вновь возникает ситуация хронического стресса, напоминающего стресс военного времени, и здесь психосоциальные факторы вновь играют решающую роль [14, 15]. Это тем более важно, исходя из того, что у лиц, вернувшихся из зоны военных действий, остается привычка оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности [11]. Возникающая дисфория снижает работоспособность и может приводить к алкоголизации и внезапной агрессии, в том числе по отношению к близким. Только постоянное лечение, контакты с психологом помогут избежать при этом выраженных психосоциальных конфликтов. Даже при малейшей возможности возникновения антисоциальных тенденций необходимо как можно быстрее прибегнуть к стационарному лечению, психотерапии как основе комплексного лечения [9]. Вопросы выбора профессии, сферы социальной деятельности бывшими воинами-интернационалистами должны в большинстве случаев обсуждаться с медиками, психологами.

Высокий уровень социальных притязаний, часто наблюдающийся в среде бывших «афганцев», приводит к конфликтам с администрацией предприятий и учреждений, где они работают. Поэтому многие руководители с неохотой берут на работу ветеранов. Именно это является одной из причин создания бывшими воинами-интернационалистами «своих» корпоративных объединений различной направленности в различных сферах деятельности. Подобный же высокий уровень социальных притязаний создает прецеденты, мягко говоря, с не совсем законным захватом квартир, домов, перераспределением доходов и т.д. При этом, конечно, нельзя сбрасывать со счетов и вину властных структур, которыми в свое время были совершенно определенно обещаны известные льготы и привилегии бывшим воинам-интернационалистам, а затем данные обещания забыты либо остались невыполненными в силу объективно сложившейся ситуации в стране.

При психологическом и социальном обследовании больных бросаются в глаза отчетливые различия между лицами, попавшими в Афганистан в возрасте 18 лет, не имевшими специального образования и «прочной» гражданской специальности, и людьми, окончившими к моменту призыва в армию средние специальные учебные заведения и старшими по возрасту на 2-3 года. Последние значительно легче пережили социально-психологическую адаптацию перехода к мирной жизни, среди них у значительного меньшего числа лиц отмечаются выраженные характерологические сдвиги, они зачастую успешно продолжают начатое до службы продвижение вверх по социальной лестнице. К сожалению, подобного рода возможные различия в последствиях не были учтены в свое время при призыве на военную службу с целью ведения боевых действий за пределами нашей страны.

Очень актуальными для ветеранов Афганистана являются проблемы семьи. Характерными стали многочисленные браки и разводы. Мы наблюдали пациентов, которые всего за 6-10 лет успевали официально вступить в четыре-пять браков и столько же раз развестись [5]. Социопатии и депрессии в семьях часто сочетаются с алкоголизмом, причем первичность тех или иных нарушений не ясна, в чем мы полностью согласны с мнением D.W. Goodwin [12]. В 1970-1980-е гг. за рубежом появились публикации, в которых указывалось, что стрессы военной жизни могут вызывать психические заболевания в семьях военнослужащих [16, 17]. Нам думается, что болезненные проявления, имеющие место у бывших воинов-интернационалистов, все же накладывают отпечаток на формирование отношений в семье, причем в самом широком понимании ее [3]. Совершенно прав А.В. Hatfield, утверждая, что в языке профессионалов часто смешиваются факты и их интерпретация, в нем отражается тенденция оценивать любую семью по типу «плохая» - «хорошая» (без промежуточных оценок) и отмечается преобладание негативных оценок [13]. Семья в этом случае обычно оказывается подавленной авторитетом врача, что затрудняет развитие активности родственников по отношению к больному в дальнейшем. Помощь родственникам в лечении больного, в сохранении семьи может оказаться неоценимой. Z. Waryszak, например, считает, что улучшение состояния больных не всегда приводит к более активной социальной деятельности [17]. Указанные трудности, вероятно, были бы значительно меньшими при условии хорошо налаженного контакта не только с самим больным, но и с членами его семьи.

Важной медико-социальной проблемой является симптоматический или истинный алкоголизм и политоксикомании. Подобного рода патология, по нашим данным, встречается среди ветеранов Афганистана не менее чем в 30 - 35% [2]. Это значительно превышает данные московских авторов - 15% [4], но пока значительно уступает частоте подобного рода расстройств у американских ветеранов войны во Вьетнаме - до 80%. Агрессивность, легко возникающая у ветеранов Афганистана в симптомокомплексе патологического опьянения, по данным M. Berglund, K. Tuvning, увеличивает риск смертности у больных алкоголизмом в 3,3 раза [7].

Определенный интерес представляет проблема суицидов. В. Armbruster считает, что суицидальный риск повышают определенные стадии болезни, сопровождающиеся депрессивными расстройствами; опасен и период интенсивной реабилитации, когда возрастает самостоятельность и активность больных, к ним предъявляются значительные требования, что может приводить к переживанию своей неполноценности [6]. Наличие в семье больного случаев суи-

цидального поведения также должно насторожить клинициста в отношении повышенного суицидального риска для данного больного [7, 16].

В нашем госпитале накоплен достаточный опыт лечения ветеранов Афганистана, страдающих синдромом посттравматического стресса. Мы считаем, что наиболее оптимальные результаты можно получить только на фоне постоянного заинтересованного сотрудничества медиков и психологов при условии достижения ими полного взаимопонимания с пациентами.

#### Библиографический список

1. *Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М.* Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 1.
2. *Мякотных В.С.* Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. Екатеринбург, 1994.
3. *Таланкина Н.З.* Особенности развития и течения травматической болезни головного мозга у лиц, перенесших современную легкую боевую черепно-мозговую травму: Дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2001.
4. *Цыганков Б.Д., Белкин А.И., Вяткина В.А., Меланин А.А.* Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения): Метод. реком. М., 1992.
5. *Югова Л.И.* Медико-социальные проблемы ветеранов Афганистана // Медицинская реабилитация ветеранов войн: Тез. докл. междунар. конф. Екатеринбург, 1994.
6. *Armbruster B.* Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung // *Neuermarzt*. 1986. Bd. 57. № 9.
7. *Berglund M., Tunving K.* Assaultive alcoholics 20 years later // *Acta psychiatr. scand.* 1985. Vol. 71. № 27.
8. *Burstein A.* Treatment noncompliance in patient with posttraumatic stress disorder // *Psychosomatics*. 1986. Vol. 27. № 1.
9. *Dittert J.* Indicationen zur klinischen (stationären) Psychotherapie nach nosologischen Gesichtspunkten // *Therapiewoche*. 1981. Bd. 30. № 7.
10. *Dodwell D.* The heterogeneity of social outcome following head injury // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1988. Vol. 51. № 6.
11. *Goderez B.I.* The survivor syndrome: Massive psychic trauma and posttraumatic stress disorder // *Bull. Menninger Clin.* 1987. Vol. 51. № 1.
12. *Goodwin D.W.* Family studies of alcoholism // *J. Stud. Alcohol*. 1981. Vol. 42. № 1.
13. *Hasfield A.B.* Semantic barriers to family and professional collaboration // *Schizophrenia Bull.* 1986. Vol. 12. № 3.
14. *Kafka J., Nawka P.* Beitrag zur Ätiopathogenese und Diagnostik psychoreaktiver Störungen // *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, Leipzig. 1990. Bd. 42. № 3.
15. *Kringlen E.* Psychosocial aspects of coronary heart disease // *Acta psychiatr. scand.* 1986. Vol. 74. № 3.
16. *Murphy G. E., Wetzel R.D.* Family history of suicidal behavior among suicide attempters // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982. Vol. 170. № 2.
17. *Waryszak Z.* Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalisation // *Soc. Psychiatr.* 1982. Vol. 17. № 3.