**Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты**

Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является на сегодняшний день одной из наиболее актуальных для отечественной военной психиатрии, а психолого-психиатрические последствия боевой психической травмы (БПТ), особенно в контексте медико-реабилитационных задач, – зона взаимного научного и практического интересов как гражданских, так и военных специалистов.

Коллективом кафедры психиатрии Военно-медицинской академии на протяжении ряда лет ведется комплексная разработка проблемы психического здоровья комбатантов в условиях боевой обстановки и послевоенного периода, которая базируется на многолетнем опыте личного участия ряда сотрудников в медицинском обеспечении боевых действий. Это позволяет нам изложить некоторые собственные взгляды теоретического и практического порядка.

**Под *боевым стрессом* следует понимать многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.**

Состояние боевого стресса в условиях театра военных действий (ТВД) переносит каждый. Возникая еще до прямого контакта с реальной витальной угрозой, боевой стресс продолжается вплоть до выхода из зоны военных действий. Благодаря стрессовому механизму закрепляется памятный след новых эмоционально-поведенческих навыков и стереотипов, первостепенно значимых для сохранения жизни. Боевой стресс в то же время является состоянием дестабилизирующим, предпатологическим, ограничивающим функциональный резерв организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и стойких соматовегетативных дисфункций.

**Рис. 1. Схема формирования боевых стрессовых расстройств .**

Динамику состояний боевого стресса и выраженность их проявлений определяет взаимодействие стрессоров боевой обстановки с непрерывно меняющимся под их влиянием психобиологическим субстратом личности. Роль личностного адаптационного потенциала [1], как показали результаты нашего исследования, далеко не однозначна. Исходы реактивных состояний, развивающихся преимущественно в период срочной адаптации к боевой обстановке (в 32,8% случаев – в первые 3 мес), гораздо благоприятнее таковых с сформированным механизмом долговременной адаптации, возникающих на втором (23,9%) и особенно на третьем (18%) полугодиях службы в зоне военных действий. Совокупность экологических и психосоциальных факторов (интенсивность и продолжительность боевых действий, условия ТВД, переносимые болезни, травмы и ранения, оперативная обстановка, смысл войны, общественная поддержка, сплоченность подразделения, отношение местного населения и др.) оказывает модифицирующее влияние на состояние личностного адаптационного потенциала, на темп истощения функциональных резервов организма.

**Таблица 1. Клинические типы реактивных состояний боевой обстановки**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Типы реактивных состояний** | **Число наблюдений** | |
|  | **абс.** | **%** |
| **А. Реакции предпатологического уровня** | | |
| I. Острые аффективные реакции: | | |
| экстрапунитивные | 33 | 7,6 |
| демонстративные | 20 | 6,7 |
| импунитивные | 8 | 1,9 |
| интрапунитивные | 7 | 1,6 |
| Итого... | 68 | 15,7 |
| II. Преневротические реакции |  |  |
| Итого... | 33 | 7,6 |
| **Б. Реакции патологического уровня** | | |
| I. Невротические реакции: | | |
| астено-депрессивные | 98 | 22,7 |
| тревожно-обсессивные | 55 | 12,7 |
| истеро-невротические | 25 | 5,8 |
| конверсионные | 13 | 3,0 |
| Итого... | 191 | 44,2 |
| II. Патохарактерологические реакции: | | |
| неустойчивого типа | 42 | 9,7 |
| истероидного типа | 38 | 8,8 |
| аффективно-эксплозивного типа | 36 | 8,3 |
| Итого... | 116 | 26,9 |
| III. Острые транзиторные реактивные психозы: | | |
| с ганзеровским синдромом | 11 | 2,5 |
| с параноидными включениями | 7 | 1,6 |
| с диссоциативным возбуждением | 5 | 1,2 |
| в виде аффекторного ступора | 1 | 0,2 |
| Итого... | 24 | 5,6 |
| Всего... | 432 | 100 |

На угрозу срыва компенсации указывают нарастание личностной уязвимости, тревожности, снижения критики, склонности к реализации эмоционального напряжения в непосредственном поведении. Продолжающееся на этом фоне стрессорное воздействие может обусловить дисфункцию ответственных за адаптацию структур центральной нервной системы (ЦНС) с последующим запуском метаболических тканевых повреждений. Оптимальная физиологическая гомеостатическая саморегуляция переходит на патофизиологический уровень; адаптивная перестройка психологических процессов – в дизадаптирующие патопсихологические изменения. Формируется механизм боевого стрессорного повреждения психобиологического субстрата личности – боевой психической травмы, который проявляется болезненными расстройствами психического функционирования с частичной или полной утратой боеспособности (рис. 1).

На начальном этапе патофизиологические изменения носят динамический характер, а психопатологические симптомы имеют смешанную, транзиторную, синдромально неочерченную картину. Они могут включать сужение поля сознания, неполную ориентировку, тревогу, угнетенность, агрессивность, гиперактивность, нарушение способности адекватно реагировать на внешние стимулы и взаимодействовать с окружающими и др. Эти расстройства могут быть острыми или более длительными и диагностируются соответственно как острые аффективные реакции ("острые реакции на стресс" МКБ-10) или как преневротические состояния. В связи с неоформленностью болезненных проявлений в структурную систему синдрома эти расстройства также являются предпатологическими, но относятся к дизадаптивному регистру. Диагностика доклинических расстройств представляется важной с практической точки зрения, ибо на этом этапе естественные саногенетические механизмы преобладают над патогенетическими. Своевременная коррекция способствует восстановлению функционального резерва и предотвращению развития менее курабельных состояний.

**Таблица 2. Типы аддиктивных расстройств в условиях ТВД**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Типы аддиктивных расстройств | Число наблюдений | |
| абс. | % |
| **А. Аддиктивное поведение** | | |
| Моносубстантное аддиктивное поведение употребление гашиша | 101 | 45,7 |
| Моносуостантное аддиктивное поведение употребление опиатов | 30 | 13,6 |
| Полисубстантное аддиктивное поведение употребление гашиша и опиатов | 31 | 14,0 |
| Итого... | 162 | 73,3 |
| **Б. Наркомании** | | |
| Гашишизм | 25 | 11,3 |
| Опийная наркомания | 17 | 7,7 |
| Гашишно- опийная наркомания | 17 | 7,7 |
| Итого... | 59 | 26,7 |
| Всего... | 221 | 100 |

При накоплении морфологических изменений, достижении ими некоего критического объема психические расстройства переходят на следующий уровень, клинически квалифицируемый как патологический. Симптомы уже объединяются в статически и динамически закономерную совокупность – синдром. Но первичные синдромы крайне неустойчивы. Несмотря на отчетливый патологический радикал, предболезнь (донозология) отличается от болезни тем, что ей недостает одного или нескольких необходимых компонентов для постановки нозологического диагноза (С.Б. Семичов, 1987) [2]. Такие синдромально очерченные состояния, как невротические и патохарактерологические реакции ("расстройства адаптации" МКБ-10), острые транзиторные реактивные психозы ("диссоциативные состояния"), синдромы психической зависимости в рамках аддиктивного поведения ("поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ") протекают в тесной связи с вызвавшими их внешними условиями и не имеют определенного прогноза ни в отношении выздоровления, ни в отношении возможного перехода в нозоформу. Их следует относить к донозологическому регистру.

**Таблица 3. Распределение обследованных ветеранов по формам болезней**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Нозологические диагнозы** | **Количество** | |
| **абс.** | **%** |
| Невротические состояния | 38 | 37,5 |
| Шизофрения | 26 | 24,0 |
| Аффективные психозы | 4 | 3,0 |
| Алкоголизм | 12 | 11,8 |
| Наркомании | 7 | 6,0 |
| Психопатологические последствия черепно-мозговых травм | 17 | 16,8 |
| Итого.. | 104 | 100 |

Нозологическую специфичность психического расстройства определяют относительная стабилизация личностной патологии, кристаллизация стереотипа болезненного процесса, его "саморазвитие" с меньшей зависимостью от внешних влияний и снижением доли симптомов, отражающих первопричину. В условиях ТВД нозоспецифические психические расстройства встречаются довольно редко – тогда как значительная распространенность расстройств предпатологического и донозологического регистров является главным фактором снижения боеспособности войск. Зато нозоспецифические расстройства (хронические постреактивные изменения личности с синдромом посттравматического стрессового расстройства, аффективные и бредовые расстройства, наркомании и алкоголизм, органические психические расстройства, психосоматозы) приобретают значительную распространенность и нередко прогрессируют после выхода из жизнеопасной обстановки. Причина в том, что приспособительные изменения, полезные и целесообразные в боевых условиях, в условиях мирной жизни оказываются негативными, дизадаптирующими.

Выделенные уровни и регистры перехода симптоматики от физиологической нормы к состоянию болезни можно рассматривать как стадии формирования патологического процесса. В основе их лежат компенсаторные процессы, переводящие функционирование нарушенной психики на другой, патологический, но более совместимый с сохранением существования уровень регуляции [3, 4]. Между ними не существует жестких границ, возможны взаимопереходы, но все же по мере усложнения симптоматики нарастают нозонаправленные тенденции, а вероятность ее обратимости уменьшается. Мозг обладает исключительно выраженной способностью компенсировать структурные изменения, его морфологически измененные клетки – сохранять достаточно высокий уровень функциональной активности. Благодаря этому клинические проявления могут быть стертыми, разрозненными, латентными, даже при структурном прогрессировании патогенетического механизма. Клинические признаки болезни появляются лишь тогда, когда компенсация тканевых изменений оказывается в той или иной мере несостоятельной. Их появление и выраженность определяются не повреждением вообще, а соотношением числа измененных и мало или совсем не измененных нейронов и межнейронных связей (Д.С. Саркисов и соавт., 1988) [5]. Поэтому манифестация нозоспецифического заболевания может произойти остро, на фоне внешнего благополучия, но "по преформированному пути", будучи "реакцией измененной почвы" (С.Г. Жислин, 1965) [6].

Таким образом, **боевая психическая травма представляет собой патологическое состояние ЦНС, формируемое в результате боевого стресса, превысившего адаптационный потенциал конкретной личности, и образующее pathos боевой психической патологии.** Сущность БПТ состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию. Связанные с БПТ функциональные нарушения (боевые стрессовые расстройства) включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности – от кратковременных дизадаптивных реакций предпатологического, предсиндромального регистра до устойчивых, нозологически сложившихся болезненных процессов.

**Боевая психическая патология - это синдромально и нозологически структурированные клинические проявления БПТ, возникновение которых обусловлено срывом компенсации и генерализацией патогенетического механизма.**

Оба взаимосвязанных звена патогенеза – адаптации и повреждения – вносят свой вклад в специфику клинического оформления и динамики боевых стрессовых расстройств. Адаптационный механизм определяет типичные черты нажитых личностных трансформаций и нейрометаболических сдвигов, несоответствие закрепившихся в боевой обстановке защитно-приспособительных эмоционально-поведенческих стереотипов условиям мирной жизни. Высокий темп, большой объем и особая архитектура структурно-динамических изменений в функциональных системах головного мозга обусловливают известное своеобразие, однотипность и интернозоморфоз клинической симптоматики, ее "витализацию" и "эндогенизацию", тенденцию к затяжности. Эти специфические признаки присутствуют в клинических проявлениях БПТ независимо от нозологических форм, в рамках которых они в том или ином случае рассматриваются.

Формирование БПТ затрагивает не только глубинные эмоционально-аффективные "слои" психики, но и онтогенетически более поздние, а поэтому – более ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций, т.е. собственно структуру личности, ее адаптационный потенциал. Это сопровождается повышением личностной тревожности, напряженности и конфликтности, нарушением адекватности самооценки, снижением устойчивости к психогенным и иным внешним воздействиям. По существу, БПТ является тем самым "сенсибилизизирующим психику воинов" "приобретенным предрасположением", о котором говорили М.И. Аствацатуров (1912), В.К. Хорошко (1916), Н.М. Добротворский (1919), В.П. Осипов (1934), Н.И. Бондарев (1944) [9-11], другие психиатры.

В клиническом отношении БПТ проявляется в основном психогенно-реактивными состояниями и стресс-провоцированными аддиктивными расстройствами. Структура реактивных состояний, наблюдавшихся в условиях ТВД, включала клинические варианты, представленные в табл. 1.

Типология и структура аддиктивных расстройств боевой обстановки показаны в табл. 2.

Особый интерес представляет клинико-динамический аспект отдаленных последствий БПТ, которые проявляются более широким спектром нервно-психических нарушений. Так, при изучении катамнеза комбатантов, перенесших в условиях боевой обстановки реактивные состояния (71 человек) спустя 4 – 5 лет после возвращения с войны в 46,5% случаев (33 человека) прослеживалась выраженная социально-психологическая дезадаптация с симптоматикой посттравматического стрессового расстройства в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности.

В 38% случаев (27 человек) пациенты отметили, что по возвращении домой они несколько месяцев привыкали к обычной жизни, "продолжали воевать", вздрагивали от внезапного шума, страдали от кошмаров и бессонницы, нередко конфликтовали с окружающими. В дальнейшем подобные нарушения купировались, и к моменту сбора катамнеза уровень социальной адаптированности этих лиц был достаточно удовлетворительным и устойчивым. 15.5% (11 человек) указали на то, что благодаря службе в боевых условиях они приобрели большую уверенность в себе, настойчивость и целеустремленность, появилось иное, зрелое понимание жизни, личный смысл которой стал видеться исключительно в принесении добра и пользы окружающим. Их мотивация приобрела гиперсоциальную и альтруистическую направленность.

Таким образом, отдаленные исходы реактивных состояний можно сгруппировать по трем вариантам: повышение адаптивности личности; отсутствие долгосрочных психологических последствий; развитие стойкой социально-психологической дизадаптации (в плане посттравматических стрессовых расстройств).

Особенности клинической диагностики психических нарушений у комбатантов обусловлены, в первую очередь, сложным взаимодействием приобретенных в боевой обстановке дефензивно-эпилептоидных изменений личности, постреактивного симптомокомплекса (ПТСР) и вторичных психопатологических образований, определяющих окончательное нозологическое оформление болезненного процесса. При этом перенесенная БПТ играет роль своеобразного фона, на котором спонтанно или под влиянием дополнительных экзогенных вредностей формируется конкретная нозоформа.

Распределение ветеранов локальных войн по нозоформам представлено в табл. 3.

Анализ причин и условий формирования боевой психической травмы позволяет утверждать, что развитие у комбатантов необратимых личностных деформаций и затяжных стрессовых расстройств в значительной мере связано с недочетами в организации психиатрической помощи. Ни высокоэффективные препараты, ни новейшие методы лечения не смогут исправить положения дел без налаженной еще в мирное время полноценной системы охраны психического здоровья военнослужащих.

Ориентированность военной психиатрии на "санитарные потери", особенно в последнее время, себя не оправдала. Боеспособность действующей армии снижается прежде всего за счет высокой распространенности доболезненных стрессовых расстройств. Кроме того, в категорию "санитарных потерь психиатрического профиля" не входят раненые и соматически больные, тогда как нуждаемость многих из них в помощи психиатров и психологов вполне очевидна.

Высокая вероятность перехода доболезненных расстройств в патологические и хронические делает проблему своевременного оказания психиатрической помощи еще более актуальной. Во многих случаях патология сформированной в военных условиях БПТ манифестирует уже после возвращения ветеранов к обычной жизни. Следовательно, на первый план выдвигается задача реабилитации, реадаптации и ресоциализации участников войн. Поэтому наряду с совершенствованием лечебно-эвакуационных мероприятий психиатрической помощи, в настоящее время акцент должен быть перенесен на профилактическую и реабилитационную работу.

Накопленный со времен русско-японской войны опыт военной психиатрии доказал насущную необходимость войскового, профилактического звена психиатрической помощи. Наиболее приемлемым вариантом нам представляется создание штатных отделов (групп) психического здоровья, призванных объединить усилия представителей трех дисциплин: психиатров, медицинских и военных психологов.

Тем самым можно будет обеспечить создание комплексной системы реальной психопрофилактики и реабилитации военнослужащих как в мирных условиях, так и в условиях боевой обстановки. В мирное время на специалистов названных отделов (групп) возлагается обеспечение полного комплекса мероприятий по психолого-психиатрическому обследованию молодого пополнения войск, своевременной диагностике психических расстройств, изучению причин и условий психической дизадаптации, подготовке предложений командованию по их устранению. На этом этапе должен осуществляться профессиональный отбор, цель которого - определение конституциональных особенностей реактивности, копинг-ресурсов, вероятности развития стрессовых расстройств, прогнозирование риска дисфункциональных состояний в экстремальных условиях. Лица с низкими показателями стрессоустойчивости не могут направляться в части, предназначенные для выполнения боевых задач.

Следует подчеркнуть, что проблема боевой психической травмы затрагивает не только интересы боеспособности армии, но и интересы сохранения здоровья нации. Решение вытекающих научных и практических задач станет возможным лишь в случае поддержки со стороны государства и органов гражданского и военного здравоохранения.

**Литература:**

1. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. - СПб., 1996. - С.37.

2. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. - С.184.

3. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. - Л.: Медицина, 1988. - С.264.

4. Тупицын Ю.Я. Клинико-патогенетические основы оптимизации диагностики, лечения неврозов и организации психотерапевтической помощи: Науч. докл. ... д-ра мед. наук. - СПб., 1992. - С.48.

5. Саркисов Д.С., Гельфанд В.Б., Туманов В.П. Теоретические и практические аспекты соотношения структуры и функции // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. - В 2 т. - М.: Медицина, 1988. -T.1. -С. 51-74.

6. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. - М.: Медицина, 1965. - С.320.

7. Аствацатуров М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Воен.-мед. журн. - 1912. - Т. CCXXXV. - С.68-88.

8. Хорошко В. К. О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне // Психиатр. газета -1916. -N 1. -С. 3-10.