

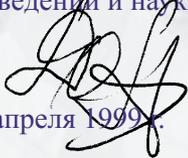
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста

14 апреля 1999 г.



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский

14 апреля 1999 г.

Регистрационный № 50-9904



ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Минск 1999

Учреждения-разработчики:

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИИЭТИН)

Белорусский государственный институт усовершенствования врачей (БелГИУВ)

Авторы: канд. мед. наук А.Л. Пушкарев, д-р мед. наук, проф. Р.А. Евсегнеев , канд. мед. наук Н.Г. Аринчина, канд. мед. наук В.А. Доморацкий

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Л.С. Гиткина, д-р мед. наук, проф. Ф.М. Гайдук

В настоящих методических рекомендациях изложены вопросы диагностики и оценки посттравматических стрессовых расстройств у участников военных действий с учетом диагностических подходов МКБ-10 и DSM-IV. Представлены результаты изучения особенностей психического и соматического здоровья 550 воинов-интернационалистов, проживающих в Республике Беларусь.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, невропатологов, врачей-реабилитологов и экспертов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ЭТИОЛОГИЯ	7
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	9
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР	10
Диагностические критерии ПТСР по DSM-IV	10
Клиническая картина	12
Первичные симптомы ПТСР	15
Вторичные симптомы ПТСР	21
Влияние ПТСР на характер психопатологических нарушений у ветеранов	24
ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ В АФГАНИСТАНЕ	28
МИССИСИПСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ БОЕВОГО ПТСР (США, 1985)	31

ВВЕДЕНИЕ

Проблема социально-психологической адаптации ветеранов войн, которые перенесли психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, является чрезвычайно актуальной практической, научной и социальной проблемой как в Республике Беларусь и странах СНГ, так и за рубежом.

Психический и психологический травматический стресс, возникший во время военных действий, является одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к мирной жизни. После возвращения к мирной обстановке на уже имеющееся стрессовое расстройство (связанное с войной) наслаиваются новые стрессы, связанные с социальной адаптацией ветеранов. Они сталкиваются с непониманием, осуждением, сложностями в общении и профессиональном самоопределении, с проблемами – экономическими, образования, создания или сохранения семьи и др.

Выводы исследователей часто противоречат друг другу: с одной стороны встречаются утверждения об отсутствии у ветеранов проблем с психическим здоровьем, а с другой — признание наличия у всех ветеранов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Это связано с отсутствием единого методологического подхода к обследованию и анализу результатов, с расширенной трактовкой термина ПТСР, который является относительно новым для отечественной психиатрии и психологии; недостаточным использованием для диагностики МКБ-10 в Республике Беларусь, в которой существуют четкие конкретные критерии этого синдрома.

Впервые ПТСР было описано в США на основе длительного изучения психического состояния солдат американской армии, вернувшихся после войны во Вьетнаме. В 1980 г. понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» было принято как отчетливая и обоснованная диагностическая категория. ПТСР можно определить как состояние, которое развивается у человека, испытавшего психоэмоциональный стресс достаточной выраженности, способный быть травматическим практически для любого человека.

По воздействиям на психику человека и их последствиям, война в Афганистане очень похожа на войну во Вьетнаме. По данным национального исследования ветеранов войны во Вьетнаме, в 1988 г. у 30,6% участвовавших в ней американцев наблюдались посттравматические стрессовые расстройства, частичные ПТСР — у 22,5%. У 55,8% лиц, имеющих ПТСР, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства; вероятность оказаться безработным (по сравнению с другими) у них в 5 раз больше, разводы были у 70% ветеранов, родительские проблемы — у 35%; крайние формы изоляции от людей — у 47,3%, выраженная враждебность — у 40%, совершение более 6 актов насилия в год — у 36,8%, попали в тюрьму или были арестованы 50% участников войны во Вьетнаме.

В Республике Беларусь воинов-интернационалистов насчитывается 29526. Из них 870 — инвалиды, 1059 — раненые, 335 — контужены, 224 человека находились в тюрьме. Отсутствие данных о количестве ветеранов в Республике Беларусь, страдающих ПТСР, о выраженности его не позволяло получить до сих пор полного представления о масштабах необходимых организационных мероприятий по оказанию научно обоснованной медицинской и социально-психологической помощи ветеранам. Выделение ПТСР как особой нозологической группы имеет значение для прогнозирования их развития у участников военных действий и для разработки необходимых в этих случаях специальных профилактических и реабилитационных программ.

Внедрение в Республике Беларусь современных, общепринятых в странах СНГ и за рубежом критериев ПТСР, позволит приступить к решению актуальной проблемы — оказанию необходимой конкретной психиатрической, медико-психологической помощи ветеранам военных конфликтов.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологическим фактором психосоматической патологии у участников войны является боевой стресс. Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других стрессоров, участие в войне является пролонгированной психотравматизацией.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием на человека ряда факторов: 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; 2) ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у человека, непосредственно участвующего в боевом действии; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника; 3) воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна); 4) невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, особенности водного режима и питания); 5) характерный для участников войны в Афганистане жаркий климат в горно-пустынной местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

В свете современных учений стресс представляет собой совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма при воздействии на него экстремальных факторов. Возникающие реакции организма являются по своей начальной сути адаптационными. Они могут рассматриваться под разными углами зрения на системном, органном, клеточном уровнях; с позиций психолога, патофизиолога, биохимика. Общепринято, что возникающие адаптационные реакции при воздействии экстремальных факторов всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями.

К важным факторам риска развития ПТСР относятся характерологические особенности личности, включая черты социопатического поведения, а также развитие алкогольной или наркотической зависимости. Это снижает способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психологических травм (например, физическое насилие в детстве, несчастные случаи в прошлом) может увеличивать риск того, что после очередного травматического события разовьется ПТСР. Определенный риск составляет также несчастное детство и психическая патология у членов семьи. Следует к тому же учитывать и возраст больного. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается очень молодым и очень старым людям. Дополнительным фактором риска развития ПТСР является и наличие психических заболеваний в анамнезе. К числу факторов, облегчающих защиту от ПТСР, относятся способность больного к эмоциональному самоконтролю, наличие хорошей самооценки, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свою жизнь, а также наличие хорошей социальной поддержки.

Травмы, нанесенные людьми, часто сопровождаются большими чувствами недоверия и горечи, мстительностью и сутяжничеством. Риск ПТСР возрастает также в случае изоляции больного во время травмы.

Реакция на травму связана также с посттравматическими факторами, такими как доступность систем поддержки или доверенных лиц. В этом может скрываться одна из причин того, почему на жертв травмы столь разрушительное действие производит утрата семьи и близкого окружения. Исход заболевания во многом зависит от того, насколько быстро больному была оказана помощь. Следует также обращать внимание на реакцию семьи больного, поскольку процессу выздоровления могут помешать родственники, поощряющие некоторые проявления болезненного поведения пациента.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПТСР — нередкое явление. На протяжении жизни им заболевает 1% населения, а у 15% населения после тяжелых травм (таких как физическое нападение или военные действия) могут возникать отдельные симптомы ПТСР (Дмитриева Т.Б., 1998). У значительного числа лиц ПТСР хронифицируется. В общей популяции они часто сочетаются с другими психическими заболеваниями, включая аффективные расстройства и злоупотребление алкоголем или другими наркотиками.

Если рассматривать только контингент участников войны, то ПТСР — синдром отсроченных во времени от пребывания в травматической ситуации специфических реакций с наложением вторичных стрессов — отмечается среди практически здоровых ветеранов войны в Афганистане в 18,6% случаев; хронически больных — 41,7%; инвалидов — 56,2% (Демченкова Г.З., 1999). Полученные репрезентативные данные о распространенности ПТСР у воинов-интернационалистов, проживающих на территории Республики Беларусь, свидетельствуют о том, что признаки ПТСР (различной степени выраженности) имеют место у 62,3% обследованных (Пушкарев А.Л., 1999).

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, ПТСР может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта. Пациентами могут стать как непосредственные жертвы травм, так и свидетели.

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1. Эти диагностические критерии ПТСР соответствуют критериям по DSM-IV, которые более детализированы и позволяют дифференцировать тип расстройства.

По DSM-IV ПТСР рассматривается в рубрике «Тревожные расстройства» (300.xx), хотя диагностический код (309.81 Посттравматическое стрессовое расстройство: острое, хроническое, с отставленным началом) соответствует «Расстройствам адаптации» (309.xx).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР ПО DSM-IV

А. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти, серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

Б. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (*интрузия*):

1) повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения;

- 2) повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии;
- 3) такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения);
- 4) сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события;
- 5) физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

В. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих (*избегание*):

- 1) попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой;
- 2) попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме;
- 3) частичная или полная амнезия важных аспектов травмы;
- 4) выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них;
- 5) чувство отрешенности или отчужденности от окружающих;
- 6) сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь);
- 7) неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

Г. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее 2-х симптомов из следующих (*гиперактивность*):

- 1) трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) трудность концентрации внимания;
- 4) сверхнастороженность;
- 5) усиленная реакция на испуг.

Д. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев **Б, В, и Г**) более 1 мес.

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Уточните тип расстройства:

- острое — если симптомы сохраняются менее 3 мес.
- хроническое — если симптомы сохраняются 3 мес. и более.
- отсроченное — если симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес. после окончания воздействия стрессора.

В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: F62.0).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Врачу важно понимать, что больной с ПТСР не обязательно первично обращается с жалобами на вышеописанную симптоматику. Даже если это и происходит, ему не свойственно находить связь между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувства стыда, вины, стремление к вытеснению тягостных воспоминаний и недопонимание их важности.

При подозрении на ПТСР врачу следует тактично и сочувственно расспросить больного о возникавших в прошлом травматичных событиях. При первом же затрагивании этой темы больной может дать аффективную реакцию, которая скажет врачу по меньшей мере столько же, сколько можно сказать словами. Эта реакция может состоять в нарастающей слезливости, свидетельствующей о довольно глубоком внутреннем чувстве стыда. Слезливость нередко дополняется избеганием контакта глазами, возбуждением, появлении враждебности. Клиническая картина обычно включает в себя:

- Нарушение сна. Любого больного, обращающегося по поводу нарушений сна, следует спросить о кошмарных сновидениях. Поскольку для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, то это заболевание следует заподозрить у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно крича или издавая иные звуки, стискивая или нападая на своих партнеров в постели.
- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи. При несоответствии прежнему складу личности, такого рода поведение должно наводить на подозрение о наличии ПТСР.
- Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми.
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.
- Антисоциальное поведение или противоправные действия. При отсутствии такого поведения в подростковом возрасте, следует думать о диагнозе ПТСР.
- Депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству.
- Высокие уровни тревожной напряженности или психологической неустойчивости.

• Неспецифические соматические жалобы (например, головная боль). У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе Horowitz с соавт. (1994) по изучению пациентов с ПТСР было выявлено, что у 75% пациентов наблюдаются головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56% отмечались тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле» и, наконец, 40% обследованных беспокоило затруднение дыхания.

ПТСР рассматриваются не как однородная диагностическая категория, а как проявляющаяся различными подвидами.

Острые ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 мес. после травмы и сохраняются не более 6 мес. Прогноз хороший. О *хронических* ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 мес. И, наконец, для *отсроченных* ПТСР характерно появление симптомов после латентного периода (месяцы, годы). При отсроченных и хронических ПТСР симптоматология появляется через 6 мес. после травмы и длится более 6 мес.

Для ПТСР у ветеранов войны характерны пять фаз:

- 1) начальное воздействие;
- 2) сопротивление/отрицание;
- 3) допущение/подавление;
- 4) декомпенсация;
- 5) совладание с травмой и выздоровление.

Отличительная черта данной схемы — наличие периода декомпенсации перед совладанием. Однако существует значительно большее разнообразие ответных реакций на травматическое событие, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому более точно следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания.

Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Второй путь — дезадаптивное разрешение ПТСР в виде одной из следующих форм:

- основанное на генерализованной реакции страха;
- основанное на генерализованной реакции гнева;
- базирующееся на диссоциации;
- основанное на реакции ухода в себя;
- базирующееся на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническими ПТСР не «просто застряли» между 2 и 3-й фазами. В попытке «прийти к соглашению с травмой» у них изменяется представление о себе и окружающем мире. Личностные изменения, наблюдаемые у лиц с ПТСР, являются отражением достигнутого типа разрешения.

Первичные симптомы ПТСР

У всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР (Шанин В.Ю., Стрельников А.А., 1997).

Повторное переживание травмы.

Имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно одной формы.

Самый частый (у 80%) вариант повторного переживания травмы — *повторяющиеся ночные кошмары*, — которые в первые 2–4 г. после войны беспокоили всех до единого ветеранов. Для снов ветеранов характерны чувство беспомощности, одиночество в потенциально фатальной ситуации, преследование врагами с выстрелами и попытками убить, ощущение отсутствия оружия для защиты. Подобного рода сны часто являются частью общих сновидений о войне. В наибольшей степени ночные кошмары являются проблемой для пациентов с последствиями контузии головного мозга. Из бесед с матерями, женами, сожительницами ветеранов установлено, что часто во время кошмарных сновидений они совершают во сне движения различной интенсивности.

Вторым по выраженности проявлением повторных переживаний травмы был *психологический дистресс* под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая годовщину войны. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70% обследованных. Многие эпизоды являются триггерами, напоминая боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (вертолет, летающий над головой; информация о войне; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Ветераны имеют повышенную чувствительность к стимулам, имеющим отношение к войне, вследствие своего предыдущего боевого опыта, и эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие *воспоминания о военных событиях* (еще одна форма интрузии) отмечаются более чем у 50% ветеранов. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери с острой эмоциональной болью, проигрыш заново проблематичных аспектов травматических событий.

Представленность основных клинических симптомов у обследованных ветеранов Афганской войны (n = 300), имеющих признаки ПТСР и без них (по степени выраженности)

№ п/п	Симптомы	Более выражено при ПТСР на N%	Более выражено при ПТСР в N раз	Без ПТСР	При ПТСР	Достоверность различий в выраженности симптоматики у ветеранов без ПТСР и с ПТСР
		> на N%	> в N раз	M±m	M±m	p <
1	2	3	4	5	6	7
1.	Боли в пояснице или спине	17	1,2	1,76 ± 0,13	2,06 ± 0,10	0,05
2.	Боли в суставах и конечностях	60	1,6	1,19 ± 0,13	1,90 ± 0,10	0,001
3.	Усталость	62	1,6	1,07 ± 0,10	1,74 ± 0,09	0,001
4.	Частая смена настроения	194	2,9	0,56 ± 0,08	1,65 ± 0,09	0,001
5.	Расстройства сна	181	2,8	0,58 ± 0,09	1,64 ± 0,10	0,001
6.	Беспокоящие мысли, воспоминания и др. перед засыпанием	167	2,7	0,60 ± 0,08	1,60 ± 0,09	0,001
7.	Повышенная чувствительность к холоду	62	1,6	0,99 ± 0,12	1,60 ± 0,11	0,001
8.	Головные боли	63	1,6	0,96 ± 0,12	1,56 ± 0,10	0,001
9.	Чувство тяжести или усталости в ногах	102	2,0	0,77 ± 0,10	1,55 ± 0,09	0,001
10.	Чувствительность к перемене погоды	62	1,6	0,93 ± 0,10	1,51 ± 0,10	0,001
11.	Тоска	161	2,6	0,58 ± 0,08	1,51 ± 0,10	0,001
12.	Онемение конечностей (омертвление, жжение или мурашки, покалывание в кистях рук и стопах)	131	2,3	0,64 ± 0,10	1,48 ± 0,09	0,001
13.	Болезненная чувствительность к любым раздражителям	173	2,7	0,54 ± 0,07	1,47 ± 0,09	0,001
14.	Боли в желудке	121	2,2	0,65 ± 0,10	1,44 ± 0,10	0,001
15.	Сильная потливость	50	1,5	0,95 ± 0,13	1,42 ± 0,11	0,01
16.	Боли в шее (затылке) или плечевых суставах	39	1,4	0,98 ± 0,12	1,36 ± 0,10	0,01
17.	Ощущение слабости	54	1,5	0,88 ± 0,09	1,36 ± 0,08	0,001
18.	Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца	30	1,3	1,03 ± 0,15	1,35 ± 0,11	0,05

1	2	3	4	5	6	7
19.	Ощущение давления в голове	80	1,8	0,74 ± 11	1,34 ± 0,10	0,001
20.	Изжога или кислая отрыжка	94	1,9	0,67 ± 0,10	1,30 ± 0,10	0,001
21.	Беспредметная тревога	268	3,7	0,35 ± 0,06	1,29 ± 0,09	0,001
22.	Периодическое мрачное злобное настроение	304	4,0	0,32 ± 0,06	1,29 ± 0,09	0,001
23.	Колебания артериального давления	45	1,5	0,89 ± 0,11	1,28 ± 0,09	0,01
24.	Кашель	99	2,0	0,63 ± 0,10	1,26 ± 0,10	0,001
25.	Непереносимость жары, духоты, езды в транспорте	182	2,8	0,44 ± 0,07	1,25 ± 0,10	0,001
26.	Вялость	119	2,2	0,56 ± 0,08	1,23 ± 0,08	0,001
27.	Ничего не хочется	126	2,3	0,54 ± 0,07	1,21 ± 0,08	0,001
28.	Беспокоящие мысли, воспоминания и др. после пробуждения	281	3,8	0,29 ± 0,07	1,11 ± 0,09	0,001
29.	Чувство давления или переполнения в животе	92	1,9	0,58 ± 0,10	1,11 ± 0,10	0,001
30.	Колющие или тянущие боли в груди	128	2,3	0,45 ± 0,09	1,02 ± 0,09	0,001
31.	Неясные, неопределенные мучительные ощущения	270	3,7	0,27 ± 0,05	1,01 ± 0,08	0,001
32.	Быстрая истощаемость	111	2,1	0,47 ± 0,09	1,00 ± 0,21	0,05
33.	Повышенная сонливость	46	1,5	0,65 ± 0,10	0,94 ± 0,09	0,05
34.	Отрыжка	153	2,5	0,37 ± 0,07	0,94 ± 0,09	0,001
35.	Повышенная чувствительность к теплу	84	1,8	0,47 ± 0,09	0,87 ± 0,10	0,01
36.	Навязчивые действия и мысли	355	4,6	0,19 ± 0,06	0,85 ± 0,08	0,001
37.	Нарушения памяти	96	2,0	0,43 ± 0,07	0,84 ± 0,08	0,001
38.	Сердечные приступы	66	1,7	0,51 ± 0,09	0,84 ± 0,08	0,01
39.	Быстрое утомление от умственной нагрузки	126	2,3	0,36 ± 0,06	0,82 ± 0,07	0,001
40.	Неприятные ощущения в области носа, горла, при дыхании	72	1,7	0,48 ± 0,10	0,82 ± 0,09	0,01
41.	Озноб	301	4,0	0,20 ± 0,06	0,80 ± 0,08	0,001
42.	Боли в нижней части живота	174	2,7	0,29 ± 0,07	0,79 ± 0,09	0,001
43.	Головокружение	43	1,4	0,54 ± 0,09	0,77 ± 0,08	0,05
44.	Трудно концентрировать внимание	147	2,5	0,30 ± 0,06	0,74 ± 0,07	0,001
45.	Приступы одышки (удушья)	139	2,4	0,28 ± 0,08	0,68 ± 0,08	0,001

1	2	3	4	5	6	7
46.	Зуд	112	2,1	0,32 ± 0,07	0,67 ± 0,08	0,001
47.	Дрожание пальцев рук	178	2,8	0,24 ± 0,06	0,67 ± 0,07	0,001
48.	Повышенная боязнь чего-то (радиации, закрытых помещений, света, звуков, болезней, возможностей умереть и др.)	285	3,9	0,17 ± 0,05	0,65 ± 0,08	0,001
49.	Ощущение кома в горле, сужения горла или спазма	97	2,0	0,32 ± 0,08	0,62 ± 0,08	0,01
50.	Повышенная половая возбудимость	159	2,6	0,24 ± 0,07	0,61 ± 0,08	0,001
51.	Периодическое ощущение физического страха	278	3,8	0,15 ± 0,05	0,58 ± 0,07	0,001
52.	Склонность к плачу	175	2,7	0,20 ± 0,06	0,56 ± 0,07	0,001
53.	Боли в горле	223	3,2	0,17 ± 0,05	0,56 ± 0,07	0,001
54.	Приступы жара, приливы крови	293	3,9	0,14 ± 0,05	0,55 ± 0,07	0,001
55.	Отсутствие аппетита	178	2,8	0,20 ± 0,05	0,55 ± 0,07	0,001
56.	Спазм в руке при письме	156	2,6	0,2 ± 0,06	0,54 ± 0,08	0,001
57.	Чувство оглушенности (помрачения сознания)	874	9,7	0,0 ± 0,02	0,52 ± 0,08	0,001
58.	Уменьшение веса	144	2,4	0,21 ± 0,06	0,51 ± 0,07	0,001
59.	Позывы к мочеиспусканию	96	2,0	0,26 ± 0,06	0,51 ± 0,07	0,01
60.	Дрожание	215	3,2	0,16 ± 0,05	0,50 ± 0,06	0,001
61.	Поносы	96	2,0	0,25 ± 0,06	0,49 ± 0,06	0,01
62.	Легкое покраснение	444	5,4	0,09 ± 0,04	0,47 ± 0,06	0,001
63.	Волчий голод	92	1,9	0,24 ± 0,07	0,46 ± 0,07	0,05
64.	Нарушение равновесия	174	2,7	0,14 ± 0,05	0,38 ± 0,06	0,001
65.	Тошнота	162	2,6	0,14 ± 0,05	0,37 ± 0,06	0,01
66.	Мысли о самоубийстве	1340	14,4	0,02 ± 0,01	0,30 ± 0,05	0,001
67.	Рвота	283	3,8	0,08 ± 0,04	0,29 ± 0,06	0,001
68.	Затруднения при глотании	321	4,2	0,07 ± 0,03	0,27 ± 0,05	0,001
69.	Нарушение координации движений	326	4,3	0,06 ± 0,03	0,27 ± 0,05	0,001
70.	Речевые расстройства	278	3,8	0,06 ± 0,04	0,24 ± 0,05	0,001
71.	Припадки (приступы, судороги)	226	3,3	0,07 ± 0,03	0,24 ± 0,05	0,01
72.	Обмороки	228	3,3	0,05 ± 0,03	0,18 ± 0,05	0,05
73.	Параличи	450	5,5	0,01 ± 0,01	0,06 ± 0,02	0,05

Считается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятные повторные переживания травмы ведут к патологическому разрешению.

Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой.

Второй важной клинической чертой ПТСР являются «эмоциональное оскудение», «эмоциональная гипостезия». Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность в личной жизни у значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до армии и сразу после войны, отмечается большое число разводов.

У ветеранов также отмечается чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой по продолжительности жизни, ожидания несчастья в будущем.

Симптомы повышенной возбудимости.

Они проявляются прежде всего *расстройствами сна*, связанными или не связанными с ночными кошмарами. Выделяются следующие варианты нарушения сна у обследованных ветеранов: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические (ночные кошмары)).

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95% случаев наблюдается выраженное снижение показателя устойчивости внимания. О повышенной осторожности, бдительности сообщают 80% обследованных ветеранов. Данные симптомы являются также отражением повышенной возбудимости.

Вторичные симптомы ПТСР

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение его функционирования.

Нами анализировались основные клинические симптомы, отмечающиеся у обследованных ветеранов (300 чел.). Признаки ПТСР имели 187 чел., признаки ПТСР отсутствовали у 113 чел. Выраженность каждого симптома оценивалась в баллах по шкале:

нет = 0 баллов

слегка = 1 балл

несколько = 2 балла

значительно = 3 балла

сильно = 4 балла

Как видно из таблицы, у ветеранов с признаками ПТСР четко отмечаются достоверные различия по частоте и выраженности большинства клинических симптомов.

В структуре жалоб, которая анализировалась по Гиссенскому психосоматическому опроснику, у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, связанные с состоянием сердечно-сосудистой системы (сердечный фактор «С»), они составляют 36% среди всех жалоб; несколько меньше жалоб связано с проявлением нервного истощения (фактор истощения «И»), они составляют 24,6%; жалобы, связанные с болями различной этиологии и локализации (болевого фактор «Б»), составляют 20,2%; жалобы, связанные с состоянием желудочно-кишечного тракта (желудочный фактор «Ж»), составляют 19,1%.

На рис. 1. представлена выраженность соматических жалоб у ветеранов с признаками ПТСР и без этих признаков в сопоставлении с уровнем обычных жалоб у практически здоровых лиц.

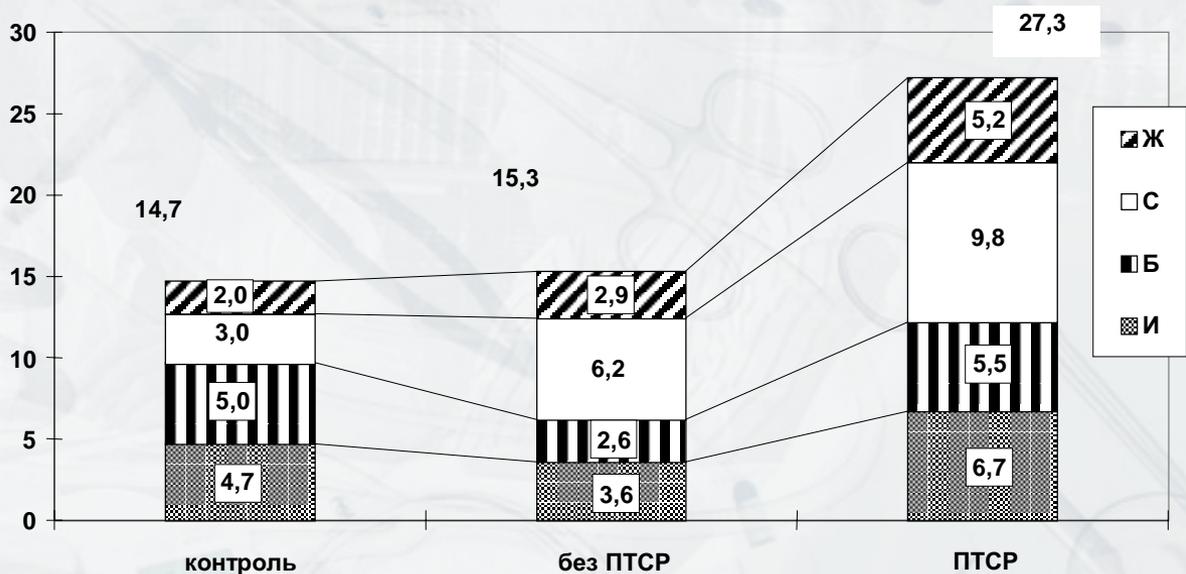


Рис. 1. Выраженность психосоматического компонента жалоб в зависимости от наличия ПТСР

Как видно из рисунка, общая интенсивность жалоб (высота столбиков) — давление жалоб у ветеранов с признаками ПТСР почти в 2 раза больше, чем у ветеранов без ПТСР (высота столбика складывается из баллов по Гиссенскому опроснику, соответствующих «сердечному», «болевному», «желудочному» фактору, а также фактору «нервного истощения»). В то же время у ветеранов, не имеющих признаков ПТСР, общая интенсивность жалоб практически не отличается от данных здорового контингента, не участвовавшего в военных действиях. Особенностью группы ветеранов без ПТСР является (в отличие от здорового контингента) превалирование жалоб — 40,5%, связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы (в норме этот фактор не более 20%).

ВЛИЯНИЕ ПТСР НА ХАРАКТЕР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ВЕТЕРАНОВ

Психопатологические нарушения у ветеранов афганской войны были представлены следующими синдромами: истероипохондрический (у 32%); астеноипохондрический (у 35%); обсессивно-фобический (у 33%); астенодепрессивный (у 26%); астеноневротический (у 38%).

Выявлена четкая зависимость характера и выраженности психопатологических нарушений от наличия признаков ПТСР у воинов-интернационалистов.

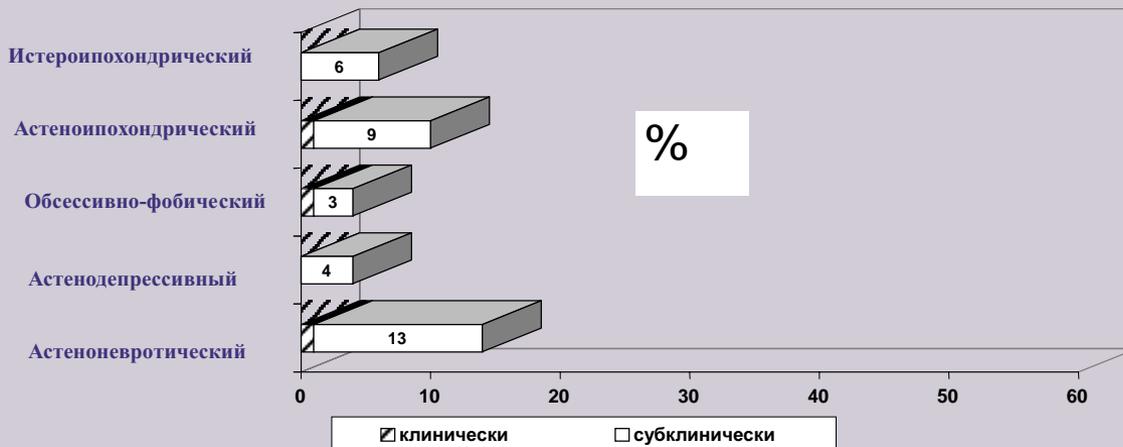


Рис. 2. Соотношения клинических и субклинических форм невротических синдромов у ветеранов без признаков ПТСР

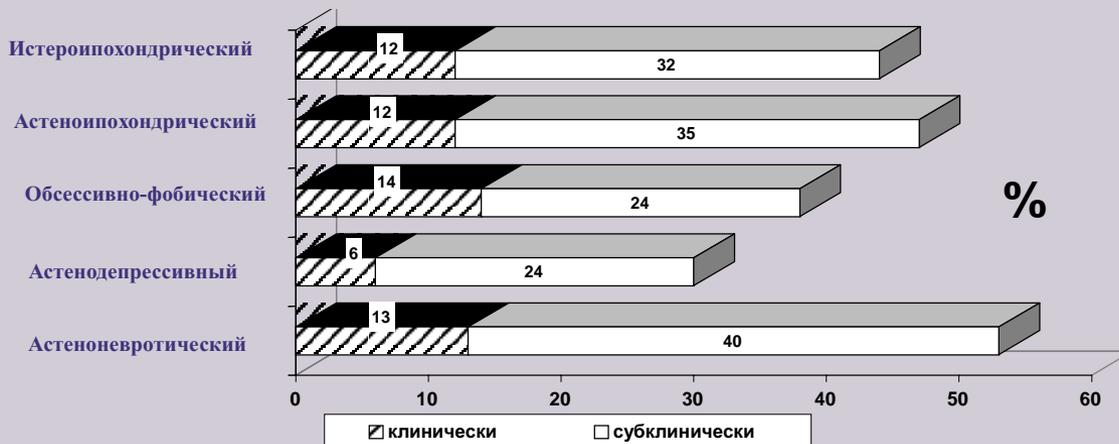


Рис. 3. Соотношения клинических и субклинических форм невротических синдромов у ветеранов, имеющих признаки ПТСР

На рис. 2 и 3 представлено соотношение клинических и субклинических форм вышеперечисленных синдромов у ветеранов, без признаков и с признаками ПТСР.

Как видно из рисунков, у ветеранов с признаками ПТСР в 3,7 раза более выражен астеноневротический синдром (особенно его субклинические формы); в 4,7 раза более выражен астеноипохондрический синдром; в 9,5 раза более выражен обсессивно-фобический; в 7,3 раза более выражен истероипохондрический синдром; в 7,5 раза более выражен астенодепрессивный синдром по сравнению с ветеранами, не имеющими признаков ПТСР.

В отечественной литературе описываются выявленные типы психической дезадаптации у ветеранов, показателем которых является целостная поведенческая стратегия поведения (Карвасарский Б.Д. и соавт., 1990).

Первый тип — *активно-оборонительный* (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У части ветеранов прослеживается стремление обследоваться и лечиться амбулаторно. Второй тип — *пассивно-оборонительный* (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе — отступление, примирение с болезнью. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться с болезнью, нередко ориентация на «выигрыш» от нее. Психический дискомфорт — в жалобах соматического характера. Третий тип — *деструктивный* (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для разрядки отрицательных аффектов пациенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидным попыткам.

Описаны разнообразные психопатологические симптомокомплексы, наблюдаемые у ветеранов (Цыганков Б.Д., 1992).

Для *астенического* симптомокомплекса характерны выраженные возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость. *Обсессивно-фобический* симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. При *истерическом* симптомокомплексе наблюдаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения. Для *депрессивного* симптомокомплекса характерны пониженное настроение, чувство пессимизма. Для *эксплозивного* симптомокомплекса характерны повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность. *Психоорганический* симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна). Возможны кратковременные дереализационные и делириозно-онейроидные расстройства.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ В АФГАНИСТАНЕ

Одним из важных показателей качества жизни человека является благополучие в сфере интимных отношений. Наличие сексуальных проблем затрудняет создание семьи либо нарушает стабильность брака, отрицательно влияет на душевное равновесие и самочувствие людей.

Известно, что лица, находившиеся в экстремальных ситуациях военных действий, впоследствии могут обнаруживать различные психогенные реакции вплоть до развития посттравматического стрессового расстройства, что потенциально способствует сексуальным затруднениям. Анкетирование 300 мужчин, участников Афганской войны, показало, что в сексологической помощи активно нуждается 11%, причем около 60% из них приходится на возраст до 50 лет. Дальнейшее исследование показало, что мужчины до 50 лет имели сексуальные расстройства преимущественно функционально-психогенного характера, а у лиц после 50 лет преобладали органические (большой частью сосудистые) нарушения, часто сочетающиеся с невротической симптоматикой.

Полученные результаты в целом соответствуют данным популяционных исследований о распространенности сексологических проблем у мужчин. Это позволяет сделать предварительный вывод об отсутствии жестко детерминированной связи между имеющимися у части ветеранов половыми расстройствами и эмоциональными стрессами, перенесенными ими в период участия в военном конфликте.

Вместе с тем, обращает внимание, что среди участников военных действий, обнаруживающих ПТСР, половые нарушения встречаются несколько чаще, чем среди обследованных воинов-афганцев без ПТСР: 12,5% против 9% ($p < 0,05$).

Выявляемые у ветеранов с ПТСР сексуальные нарушения носили психогенный характер и феноменологически проявлялись преимущественно эрекционными дисфункциями, реже — снижением полового влечения и сглаженностью оргастических ощущений, а также ускоренной эякуляцией.

Наиболее типичный вариант развития половых расстройств в этой группе — невротическая фиксация пациентов на половой сфере после повторных неудачных попыток осуществить коитус на фоне усиления симптомов ПТСР. Речь идет о вегетативной лабильности, эмоциональных колебаниях с преобладанием депрессивного аффекта, пессимистическом взгляде на настоящее и будущее, наплывах воспоминаний о войне, нарушениях сна, что облегчает возможность сексуального срыва и способствует быстрому формированию тревожного ожидания неудачи при коитусе. Тревожные опасения возможного фиаско блокируют генитальные реакции в ситуации интимной близости, что приводит к очередной неудаче, замыкая таким образом порочный круг и подтверждая самые пессимистические прогнозы пациентов.

Дополнительным фактором, облегчающим возникновение половых расстройств на фоне ПТСР, являются характерологические особенности этих пациентов: их отчужденность и отгороженность, неспособность проявлять нежность и любовь по отношению к близким, конфликтность, склонность к вспышкам гнева, эгоцентризм. Естественно, эти качества крайне затрудняют коммуникации с другими людьми и препятствуют гармоничным семейным и сексуальным отношениям.

Таким образом, к особенностям половых нарушений у рассматриваемого контингента следует отнести существенную роль в их развитии сочетания ряда негативных психических факторов: неблагоприятные личностные особенности, включая эмоциональную неустойчивость; раздражительная и неадекватная самооценка; нарушения межличностных отношений с супругой; склонность к возникновению тревожного ожидания сексуальной неудачи. Установлено, что наличие половых расстройств у бывших участников военных конфликтов, может значительно нарушать их социально-психологическую адаптацию, приводит к росту аффективной напряженности и увеличивает вероятность алкоголизации, а также конфликтного поведения.

МИССИСИПСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ БОЕВОГО ПТСР (США, 1985)

//Медицинская реабилитация раненых и больных / Под. ред. Ю.Н. Шанина. — СПб.:
Специальная литература, 1997.

В случае, когда не удастся определить признаки ПТСР по клиническим признакам, можно воспользоваться Миссисипским опросником.

Оценка по каждому пункту от 1 до 5 баллов.

Пункты 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 оцениваются в обратном порядке.

Сложите все баллы, это позволит вам получить сумму, по которой с достоверностью до 90% можно разделить испытуемых на ПТСР и не ПТСР.

Данные для контрольных групп:

ПТСР	112 баллов и больше
психические расстройства	86 ± 26 баллов
хорошо адаптированные	96 баллов и менее

Инструкция:

Диагностика посттравматического стрессового расстройства у участников военных действий

Ниже приводятся высказывания, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. К каждому утверждению дается шкала от «1» до «5». Обведите кружком те высказывания, которые наиболее соответствуют Вашему ощущению по поводу данного высказывания.

Не совсем так — 1, почти так — 2, верно — 3,
довольно верно — 4, совершенно верно — 5.

Диагностика посттравматического стрессового расстройства у участников военных действий

1.	До военной службы у меня было больше близких друзей, чем сейчас.	1	2	3	4	5
2.	Я никогда не чувствую никакой вины за то, что я делал в армии.	1	2	3	4	5
3.	Если кто-нибудь толкнет меня, это может легко привести меня в бешенство.	1	2	3	4	5
4.	Если происходит что-либо, что напоминает мне о военной службе, я становлюсь расстроенным и угнетенным.	1	2	3	4	5
5.	Люди, которые хорошо меня знают, боятся меня.	1	2	3	4	5
6.	Я способен на эмоциональную близость с другим человеком.	1	2	3	4	5
7.	Мне снятся по ночам кошмары о событиях в армии, которые действительно имели место.	1	2	3	4	5
8.	Когда я думаю о некоторых из вещей, которые я делал в армии, я думаю, что лучше бы я умер.	1	2	3	4	5
9.	Кажется, что у меня нет чувств.	1	2	3	4	5
10.	Недавно у меня были мысли о самоубийстве.	1	2	3	4	5
11.	Я засыпаю, сплю и просыпаюсь только тогда, когда приходит тревога.	1	2	3	4	5
12.	Я удивлен, почему я до сих пор жив, когда все другие погибли на войне.	1	2	3	4	5
13.	В некоторых ситуациях я чувствую себя, как будто я опять на войне.	1	2	3	4	5
14.	Мои ночные сновидения так реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя бодрствовать.	1	2	3	4	5
15.	У меня такое чувство, словно я не могу двигаться.	1	2	3	4	5
16.	Я не смеюсь и не плачу над тем, что обычно смешит или вызывает плач у других людей.	1	2	3	4	5
17.	Мне по-прежнему нравится делать те вещи, которые я любил делать раньше.	1	2	3	4	5
18.	Мои мечты, фантазии реальны и пугающи.	1	2	3	4	5
19.	После увольнения из армии мне легко было работать.	1	2	3	4	5
20.	У меня были затруднения с тем, чтобы сосредоточиться на задании.	1	2	3	4	5
21.	Я могу заплакать без причины.	1	2	3	4	5
22.	Я люблю бывать в компании.	1	2	3	4	5
23.	Меня пугают мои внезапные желания.	1	2	3	4	5
24.	Я легко засыпаю по ночам.	1	2	3	4	5
25.	Неожиданный шум заставляет меня вскрикивать.	1	2	3	4	5
26.	Никто, даже члены моей семьи, не понимают, каково мне.	1	2	3	4	5
27.	Я мягкий, добродушный человек.	1	2	3	4	5
28.	Есть такие вещи, которые я делал на военной службе, о которых я никому бы не смог рассказать, так как считаю, что этого никому не понять.	1	2	3	4	5
29.	Временами я вынужден употреблять алкоголь или лекарства (наркотики), чтобы уснуть или забыть на время о том, что произошло со мной в армии.	1	2	3	4	5
30.	Я чувствую себя удобно в толпе.	1	2	3	4	5
31.	Я теряю спокойствие и взрываюсь по мелочам каждый день.	1	2	3	4	5
32.	Я боюсь засыпать по ночам.	1	2	3	4	5
33.	Я стараюсь избежать всего, что мне напоминало бы о моей службе в армии и о том, что там происходило.	1	2	3	4	5
34.	Моя память такая же хорошая, как и всегда.	1	2	3	4	5
35.	Мне трудно выразить свои чувства даже людям, к которым я хорошо отношусь и о которых я забочусь.	1	2	3	4	5