

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК СЛЕДСТВИЕ УЧАСТИЯ В ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ

***Е. В. Куцобина, к. ф. н., доцент кафедры природообустройства
БрГТУ, Брест, Беларусь***

Аннотация. В работе рассматривается проблема психологических последствий войны в форме посттравматического стрессового расстройства и методике социально-психологической реабилитации участников войны.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, участник войны.

К сожалению, военные конфликты существовали на протяжении всей известной нам истории. Войны и конфликты – это нерешенная проблема человечества. Помимо гибели людей и разрушений территорий, войны/вооруженные конфликты разрушают и психику вернувшихся из этих конфликтов. Огромное количество людей возвращаются с ПТСР.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) психологи/психиатры определяют как тяжелое нарушение психики, отсроченную и/или затянувшуюся реакцию на краткое или продолжительное стрессовое событие. Посттравматическое стрессовое расстройство – это психическое расстройство, обусловленное тяжелой психотравмирующей ситуацией, выходящей за рамки неестественного человеческого опыта.

По статистическим данным и данным исследователей, которые занимаются проблемами ПТСР – это одна из причин роста преступности в странах – участницах вооруженных конфликтов. Например, в отчете МВД о состоянии преступности в России только в январе – сентябре 2023 г. говорится о том, что тяжких и особо тяжких преступлений стало на 9,8 % больше в сравнении с аналогичным периодом 2022 года [1].

Впервые об этом синдроме заговорили в 70-х годов в США. Тогда американское общество впервые вплотную столкнулось с проблемами в поведении ветеранов Вьетнама, так называемым дезадаптивным поведением. Статистика показала, что у 25 % воевавших во Вьетнаме солдат произошли определенные неблагоприятные изменения личности под воздействием психической травмы. А к началу 90-х годов около 100 тысяч ветеранов Вьетнама совершили самоубийство, 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни.

В семьях ветеранов отмечен высокий уровень актов насилия и социальных конфликтов. Также есть данные, среди раненых и калек ПТСР значительно выше (до 42 %), чем среди физически здоровых ветеранов (от 10 до 20 %). Нужно отметить, что исследования ветеранов войны в Афганистане (физически здоровых), которые проводились во времена позднего СССР и потом в Российской Федерации подтверждают результаты американских исследований [2, с. 24].

Также в процессе мировых исследований был выявлен и подтвержден рост актов насилия лицами с ПТСР, рост процента самоубийств, рост выявленных проблем в семейных и производственных отношениях. Ученые обозначили и сформулированы стрессоры, которые дают такой рост – ненужность обществу

человека с боевым опытом, непопулярность войны и непопулярность ее участников; взаимное непонимание между теми, кто был на войне, и теми, кто не был; комплекс вины у участников боевых действий, который формировался обществом. Столкновение с этими новыми, но вторичными по отношению к военному опыту, стрессорами, очень часто приводит к ухудшению эмоционального состояния участников вооруженных конфликтов.

Исследования показали, что вероятность ПТСР увеличивает время пребывания в горячей точке. У служивших в Афганистане 6 месяцев риск развития психопатии был 15 %, а 1,5 года – уже 29 % [3, с. 123]. Причем негативный эффект дает не только непосредственная угроза жизни, но и ожидание угрозы. Поэтому для военных были рекомендации, что ротация рядового состава должна быть каждые 6 месяцев.

Ученые НМИЦ психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева отмечают, что участники боевых действий с вероятностью от 3 % до 11 % получают посттравматическое стрессовое расстройство [4]. Если военный получил ранение и тем более увечье, вероятность ПТСР уже от 14 % до 17 %, а расстройства пограничного уровня – 30 %. Другие ученые оценивают риск ПТСР у комбатантов разных войн еще выше: от 11 % до 33 % [5].

В международной статистической классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) этот синдром относится к группе «Невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств».

Однако, все же следует отметить несмотря на то, что ПТСР чаще возникает в период военных действий, в мирное время он наблюдается у 1,2 % женщин и 0,5 % мужчин. Причин для развития этого заболевания довольно много – это и катастрофы, и террористические акты, и несчастные случаи, и пережитое насилие, и тяжелые заболевания, и употребление наркотических средств из группы психоделиков и галлюциногенов и много других факторов.

Все эти факторы, приводят у лиц с ПТСР к формированию коморбидной патологии, среди которой наиболее часто встречаются: рекуррентное депрессивное расстройство (48 %), злоупотребление/зависимость алкоголем (40 %) и прочими психоактивными веществами (29 %), генерализованное тревожное расстройство (16 %) [4, с. 8].

Следует отметить, что данные о заболеваемости ПТСР зависят от различных факторов – пола, возраста, социально-культурных особенностей, характера психотравмы – и составляют от 2,6 % от общего числа обследуемого населения до 73–92 % в группах риска (жители областей, пострадавших от военных конфликтов, катастроф, бедствий).

Психическая травма приводит к развитию ПТСР приблизительно в 25–35 % случаев. Приблизительно 60 % людей, переживших травматические ситуации, продолжают страдать от значительных симптомов ПТСР через год после травмы. Предполагается, что в целом в популяции приблизительно 7–10 % лиц имеет симптомы ПТСР [4, с. 15].

Специалисты, которые вплотную занимаются изучением посттравматического расстройства выделяют психологические и физиологические симптомы

К психологическим симптомам можно отнести следующие: повторное «переживание» ситуации, вспышки гнева и агрессии (особенно, если ситуация была

напрямую связана с защитой своей жизни), навязчивые мысли и воспоминания, избегание воспоминаний и разговоров о травме, приступы паники и тревоги, эмоциональная отрешенность, депрессия, бессонница и кошмарные сновидения, подавленность, ангедония (неспособность ощущать радость), тяга к алкоголю и наркотикам как попытка справиться с переживаниями, суицидальные мысли.

Физиологические симптомы чаще всего проявляются следующим образом: головокружение, головная боль, повышенная потливость, диспептические явления, тошнота, рвота, дрожь в конечностях, одышка, звон в ушах, нарушение сердечного ритма и давления, неровное дыхание, чувство кома в горле.

Согласно международной классификации заболеваний ПТСР может иметь разные типы в зависимости от клинической картины.

Тревожный. Человек часто испытывает приступы повышенной беспричинной тревожности, его преследуют навязчивые тревожные мысли. нарушен сон. Он раздражителен, однако ищет общение с другими людьми, это помогает снизить напряжение и ослабить степень выраженности остальных симптомов.

Астенический. Человек безразличен к окружающей действительности и людям, апатичный, пассивный, отрешенный, испытывает безразличие к социальной жизни, семье, работе, увлечениям и т. д., он утрачивает способность ощущать радость, постоянно хочет спать. Следует отметить, что при этом типе заболевания, человек понимает, что ему требуется медицинская помощь.

Дисфорический. У человека нестабильный эмоциональный фон, перепады настроения – резкие перепады от умиротворенного состояния до агрессивного могут занять несколько секунд. Испытывает подавленно-мрачное состояние, раздражителен. Именно при этом типе чаще проявляется агрессия. Больной отказывается обращаться к врачу, отказывается от помощи близких.

Соматоформный. При этом типе ПТСР особенно проявляются физиологические симптомы, а психологические – частично или могут отсутствовать. Человек испытывает боли в разных органах, часто связанные с нарушениями работы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, головного мозга. Обычно сам обращается за помощью.

Истерический. Человек проявляется демонстративное поведение, попытки привлечь к себе внимание, для него характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость.

Важно отметить, что расстройство формируется далеко не сразу. Специалисты выделяют определенные стадии или формы развития ПТСР: острый кризис, хроническая форма, отсроченная форма, комплексное расстройство.

Последствия посттравматического стрессового расстройства могут нанести серьезный вред как самому человеку, его физическому и психическому здоровью, так и окружающим его людям, и обществу в целом.

Выявлены основные осложнения этой патологии: появление новых страхов или реактивация старых (боязнь темноты, высоты, одиночества); несчастные случаи и безрассудное поведение (агрессия, самоповреждение, рискованные действия); депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства; злоупотребление алкоголем или наркотиками (для уменьшения тревоги, боли или воспоминаний); расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, переедание);

соматические заболевания (головные боли, боли в животе, сердечно-сосудистые патологии); проблемы в обучении, работе и социальных отношениях (снижение концентрации внимания, памяти, мотивации).

Телесные видимые реакции индивидов с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы; они страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы [2, с. 24].

Специалистами в криминологии и психологии уже собрано достаточно данных, указывающих на высокую корреляционную связь между ПТСР и асоциальным поведением.

Клиника посттравматических расстройств и у участников боевых действий, и у людей переживших другие травмы ПТСР проявляется следующим образом [4]: синдром «солдатского сердца» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость); синдром прогрессирующей астении (астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде психической вялости и стремления к покою, быстрого старения, падения веса); флэшбеки (яркие навязчивые воспоминания о травмирующем событии) и кошмары; «комбатантная психопатия» (агрессивность и импульсивность со вспышками насилия, замкнутость и подозрительность, бурные фантазии о мести); синдром выжившего (хроническое чувство вины); склонность к саморазрушению и риску для жизни.

Неконтролируемый гнев, неспособность поддерживать стабильные социальные отношения, справляться с проблемами, приспосабливаться к меняющейся окружающей среде, неспособность должным образом общаться с представителями различных общественных и социальных институтов – все эти факторы осложняют отношения между людьми с ПТСР и теми, кто соприкасается с ними в жизни. В числе наиболее неблагоприятных социальных последствий ПТСР для человека и для общества в целом – высокий уровень суицидов, криминальное поведение, насильственные действия в отношении ближайшего окружения и незнакомых лиц, безработица [4, с. 4].

Список использованных источников

1. Струкова, Т. После любой войны идет всплеск насилия». Захлестнет ли Россию волна преступности / Т. Струкова, А. Менибаева // Интернет-издание RTVI. – URL: <https://rtvi.com/stories/posle-lyuboj-vojny-idet-vsplesk-nasiliya-zahlestnet-li-rossiyu-volna-prestupnosti/> (дата обращения: 28.12.2023).

2. Ковачев, О. В. Посттравматические стрессовые расстройства потерпевших от преступлений и других экстремальных ситуаций / О. В. Ковачев // Прикладная юридическая психология. – 2009. – № 2. – С. 24–37.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В. А. Солдаткина ; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д : РостГМУ, 2015. – 624 с.

4. Семенова, Н. В. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н. В. Семенова, А. Ю. Гончаренко, С. В. Ляшкова [и др.]. – СПб. : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2022. – 36 с.

5. Таблица ПТСР / Google Sheets (дата обращения: 24.12.2024).