

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

© *Погосов А.В., Сочивко Ю.Н.*

Кафедра психиатрии и психосоматики
Курского государственного медицинского университета, Курск;
кафедра психиатрии ФПК ППС
Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар
E-mail: albertpogosov@yandex.ru

В статье приведены результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий. Выявлена высокая распространенность среди них ПТСР. Обозначено три клинических варианта заболевания: неврозоподобный, психопатоподобный, аддиктивный. Несмотря на длительный период после участия в боевых действиях (более 10 лет), сохраняется средняя тяжесть течения заболевания более чем у половины больных. Оценка параметров образования, трудового статуса и семейного положения комбатантов свидетельствует о более низком уровне социального функционирования у больных хроническим ПТСР, по сравнению с контрольной группой. Показатели социального функционирования при психопатоподобном и аддиктивном вариантах достоверно ниже, чем при неврозоподобном.

Ключевые слова: комбатанты, посттравматические стрессовые расстройства, медицинские и социальные последствия.

MEDICAL AND SOCIAL CONSEQUENCES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS IN COMBATANTS

Pogosov A.V., Sochivko Yu.N.

Department of Psychiatry and Psychosomatics of the Kursk State Medical University, Kursk;
Psychiatry Department of Faculty of Teaching staff
Professional Development of the Kuban State Medical University, Krasnodar

The article introduces the results of the clinical psychopathological, socio-demographic and statistical survey of 315 combatants. The prevalence of PTSD was revealed among them. Three clinical variants of the disease were identified: neurosis-like, psychopathy-like, and addictive. The moderately severe disease persisted in more than half of the patients, despite the long period after active service (more than 10 years). The patients with chronic PTSD were revealed to have low social status (employment status, marital status, education). The indicators of social functioning in psychopathic and addictive variants of PTSD are significantly lower, than those in neurosis-like variant.

Keywords: combatants, posttraumatic stress disorder, health and social consequences.

Психическое здоровье военнослужащих, участвующих в локальных войнах, относится к числу актуальных проблем современной психиатрии [10, 12]. Медико-социальные последствия боевой психической травмы, её клинико-психопатологические и лечебно-реабилитационные аспекты являются предметом многочисленных исследований, проведенных в России и за рубежом [2, 6, 7, 15]. Несмотря на повышенный интерес ученых к проблеме боевых посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), многие её аспекты остаются неразрешенными, а сведения, содержащиеся в специальной литературе, несистематизированными и противоречивыми [1, 8]. В русскоязычной литературе отсутствуют работы, изучающие длительный катамнез больных ПТСР. Данные зарубежных авторов, посвященные этому вопросу, значительно разнятся: выздоровление при ПТСР колеблется в пределах от 10% до 70% случаев [3, 13]. Лишь единичные работы оценивают отдаленные медико-социальные последствия ПТСР [4, 5]. В то же время рассмотрение этого вопроса ста-

новится важным, так как подавляющее большинство ветеранов боевых действий принимало участие в военных конфликтах на территории России более 10 лет назад. До настоящего времени не разработаны комплексные лечебные программы, рассчитанные на продолжительный период реабилитации лиц, страдающих хроническими боевыми ПТСР.

Целью исследования является изучение медицинских и социальных последствий боевых ПТСР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей статье приводятся результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий при проведении контртеррористической операции в Чеченской республике в период с 1993 по 2003 гг. Они проходили срочную службу, службу по контрак-

ту, либо были командированными в зону боевых действий на длительные сроки. Все участники боевых действий (комбатанты) состояли на воинском учете в военном комиссариате Выселковского района Краснодарского края. Для проведения обследования комбатанты приглашались в психиатрический кабинет МУЗ ЦРБ Выселковского района. После ознакомления с целью исследования они давали добровольное согласие на участие в его проведении. Определенное количество комбатантов из числа состоящих на воинском учете в районном военном комиссариате приглашение игнорировали.

Диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-III-R. Для выделения вариантов течения ПТСР (острое и хроническое) использовали DSM-IV. Оценка тяжести ПТСР проводилась «Вопросником для выявления симптомов посттравматического стрессового синдрома (PTSD)» [17].

Интерпретация результатов исследования включала эмпирическое описание, выявление статистических и динамических закономерностей. Применяли следующие статистические технологии: 1) описательная статистика – определялись абсолютные и относительные показатели; 2) t-статистика – использовался метод сравнения относительных величин, с помощью которого анализировалась значимость разности показателей двух групп (t-критерий Стьюдента). Достоверными считались различия при $p < 0,05$ [11]. Результаты исследования обрабатывались с помощью пакета прикладных программ «Statistica».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 315 обследованных 68 комбатантов (21,6%) признаны здоровыми. У остальных 247 (78,4%) диагностировано ПТСР, в том числе острое – в 47 (19,0%), хроническое – в 200 (81,0%) случаях. Больные острым ПТСР обнаруживали проявления заболевания только в анамнезе.

Об однородности обозначенных групп свидетельствует распределение обследованных по возрасту на момент участия в боевых действиях. Наибольший удельный вес во всех группах приходился на военнослужащих в возрасте до 21 года (здоровые – 72,0%; острое ПТСР – 68,1%; хроническое ПТСР – 67,5%). Примерно четверть составляла возрастная группа 21-25 лет (здоровые – 23,5%; острое ПТСР – 27,7%; хроническое ПТСР – 28,0%). Доля военнослужащих старше 25 лет в обозначенных группах была невысокой. Достоверных отличий долевого распределения обследованных по возрасту на момент участия в бое-

вых действиях в выделенных группах не установлено ($p > 0,05$).

Продолжительность временного периода, прошедшего после окончания участия обследованных в боевых действиях, в анализируемых группах была примерно одинаковой. Значительно преобладала продолжительность до 13 лет (здоровые – 75,0%; острое ПТСР – 78,7%; хроническое ПТСР – 76,0%). Продолжительность 13 лет и более составила соответственно 25,0%, 21,3% и 24,0% ($p > 0,05$).

Во всех группах на момент участия в боевых действиях преобладали военнослужащие рядового и сержантского состава (здоровые – 95,6%; острое ПТСР – 95,7%; хроническое ПТСР – 95,5%; $p < 0,05$).

Таким образом, по параметрам возраст и звание на момент участия в боевых действиях и продолжительность временного периода, прошедшего после окончания участия в боевых действиях, обозначенные группы были сходными.

Оценка медицинских и социальных последствий ПТСР осуществлялась между группами больных с острым и хроническим ПТСР. Учитывая то обстоятельство, что больные острым ПТСР обнаруживали проявления заболевания только в анамнезе и на момент обследования были практически здоровые, они составили контрольную группу. Из больных хроническим ПТСР была сформирована основная группа. Кроме этого, медицинские и социальные последствия заболевания оценивались при различных вариантах хронического ПТСР. Для чего больные, страдающие хроническим ПТСР, были разделены на 3 подгруппы. Разновидность факультативного синдрома заболевания определяла клинический вариант хронического ПТСР у комбатантов: невротоподобный (конверсионные, ипохондрические, тревожные и депрессивные симптомы), психопатоподобный (аффективно-неустойчивые, истерические симптомы) и аддиктивный (синдром алкогольной зависимости). Преобладали больные с невротоподобным вариантом ПТСР (114 – 57,0%). Далее следовал аддиктивный вариант (54 – 27,0%). Наименьший удельный вес приходился на психопатоподобный вариант (32 – 16,0%).

Изучение образовательного уровня на момент обследования показало, что в контрольной группе он был выше, чем в основной. Среди больных хроническим ПТСР преобладали лица с неполным средним и средним образованием (51,5%; $p < 0,05$). В то же время военнослужащие, перенесшие острое ПТСР, преимущественно имели среднее специальное образование (91,5%; $p < 0,05$). Доля лиц с незаконченным высшим и высшим образованием в контрольной и основной группах была невысокой (8,5% и 9,0% соответственно).

Таблица 1

Уровень образования обследованных в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР

Образование Варианты ПТСР	Неполное среднее и среднее		Среднее специальное		Незаконченное высшее и высшее		Всего:
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Неврозоподобный (1-я подгруппа)	39	34,2#•	59	51,8#•	16	14,0#•	114
Психопатоподобный (2-я подгруппа)	32	100,0	–	–	–	–	32
Аддиктивный (3-я подгруппа)	32	59,3■	20	37,0■	2	3,7	54
Итого:	103	51,5	79	39,5	18	9	200

Примечание: # – здесь и далее в табл. 1 – 5 знак, свидетельствующий о достоверности различий показателей 1-й и 2-й подгрупп ($p_1 < 0,05$); знак • – 1-й и 3-й подгрупп ($p_2 < 0,05$); знак ■ – 2-й и 3-й подгрупп ($p_3 < 0,05$)

Анализ уровня образования в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР свидетельствует о его более высоком уровне у больных с неврозоподобным вариантом хронического ПТСР (табл. 1). Среди них был достоверно выше удельный вес лиц с высшим и незаконченным высшим образованием (14,0%; $p_{1,2} < 0,05$). Доля больных, имеющих среднее специальное образование, здесь была также выше, чем у больных аддиктивным вариантом ПТСР (51,8 % и 37,0% соответственно; $p_{1,2} < 0,05$). Больные с психопатоподобным вариантом ПТСР не имели среднего специального образования ($p_3 < 0,05$). У больных с психопатоподобным и аддиктивным клиническими вариантами ПТСР наибольший удельный вес составляло неполное среднее и среднее образование (100,0% и 59,3% соответственно; $p_{1,2,3} < 0,05$).

Оценка трудового статуса обследованных свидетельствует о лучшей социальной адаптации лиц, перенесших острое ПТСР, по сравнению со страдающими хроническими ПТСР.

Все военнослужащие, перенесшие острое ПТСР, работали (100,0%; $p < 0,05$). Речь идет преимущественно о высококвалифицированном труде. Служащих государственных и муниципальных органов и учреждений, предпринимателей среди них было 78,7% ($p < 0,05$). Среди лиц, страдающих хроническим ПТСР, больший удельный вес занимали безработные (18,5%) и занятые неквалифицированным трудом (42,9%; $p < 0,05$).

Среди лиц с неврозоподобным и аддиктивным клиническими вариантами хронического ПТСР преобладали работающие (100,0% и 90,8% соответственно; $p_{1,2,3} < 0,05$). Все обследованные психопатоподобным вариантом заболевания не работали (табл. 2).

При неврозоподобном варианте хронического ПТСР зарегистрирована наибольшая доля служа-

щих и предпринимателей (53,5%; $p_{1,2,3} < 0,05$), в то время как среди больных с аддиктивным вариантом – неквалифицированных рабочих (65,3%; $p_{1,2,3} < 0,05$). Удельный вес квалифицированных рабочих в обеих группах был примерно одинаковый: неврозоподобный вариант – 13,2%, аддиктивный – 12,9% (табл. 3).

Семейный статус обследованных характеризовался более высоким уровнем в контрольной группе. Все больные, перенесшие острое ПТСР, состояли в браке. В основной группе (хроническое ПТСР) доля женатых составила 70,0% ($p < 0,05$). Удельный вес холостых и разведенных был 19,5% и 10,5% соответственно ($p < 0,05$).

В анализируемых группах наибольший удельный вес приходился на лиц, имеющих одного ребенка, однако доля таковых была достоверно выше ($p < 0,05$) в контрольной группе (87,2%). У 34,0% больных хроническим ПТСР детей не было ($p < 0,05$).

Более высокий семейный статус отмечен у больных неврозоподобным вариантом хронического ПТСР (табл. 4). 92,1% лиц указанной группы состояли в браке ($p_{1,2} < 0,05$). Среди больных с аддиктивным вариантом женатых было 64,8% ($p_2 < 0,05$). Наиболее низкий семейный статус отмечен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР: 71,9% из них были холосты ($p_{1,3} < 0,05$), 28,1% – разведены ($p_{1,3} < 0,05$). Бездетные достоверно преобладали среди больных психопатоподобным вариантом ПТСР (75,0%; $p_{1,3} < 0,05$). Среди больных неврозоподобным и аддиктивным вариантами ПТСР отмечался большой удельный вес лиц, имеющих одного ребенка (64,9% и 51,8% соответственно; $p_{1,3} < 0,05$). Двое детей было в семьях 14,9% больных неврозоподобным вариантом и 9,3% – аддиктивным вариантом хронического ПТСР (табл. 5).

Таблица 2

Занятость трудом обследованных в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР

Варианты ПТСР	Занятость трудом	Работают		Не работают		Всего:
		Абс.	%	Абс.	%	
Неврозоподобный (1-я подгруппа)		114	100,0#•	–	–	114
Психопатоподобный (2-я подгруппа)		–	–	32	100,0#	32
Аддиктивный (3-я подгруппа)		49	90,8■	5	9,2■	54
Итого:		163	81,5	37	18,5	200

Таблица 3

Разновидность трудовой деятельности обследованных в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР

Вариант ПТСР	Трудовая деятельность	Служащий и предприниматель		Квалифицированный рабочий		Неквалифицированный рабочий		Всего:
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Неврозоподобный (1-я подгруппа)		61	53,5#•	15	13,2#	38	33,3#•	114
Психопатоподобный (2-я подгруппа)		–	–	–	–	–	–	–
Аддиктивный (3-я подгруппа)		11	22,4■	6	12,3	32	65,3■	49
Итого:		72	44,2	21	12,9	70	42,9	163

Таблица 4

Семейное положение обследованных в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР

Вариант ПТСР	Семейное положение	Женатый		Холостой		Разведенный		Всего:
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Неврозоподобный (1-я подгруппа)		105	92,1#•	6	5,3#•	3	2,6#•	114
Психопатоподобный (2-я подгруппа)		–	–	23	71,9	9	28,1	32
Аддиктивный (3-я подгруппа)		35	64,8■	10	18,5■	9	16,7■	54
Итого:		140	70,0	39	19,5	21	10,5	200

Таким образом, социальное положение обследованных, оцененное по параметрам образование, трудовой и семейный статус, было выше у лиц, перенесших острое ПТСР, по сравнению с таковым в случаях хронического ПТСР. Анализ социального положения больных с хроническим ПТСР показал, что наиболее высокий социальный

статус имели больные неврозоподобным клиническим вариантом заболевания. Наиболее низкий – больные с психопатоподобным клиническим вариантом хронического ПТСР.

Полученные результаты согласуются с отдельными указаниями, содержащимися в специальной литературе, об уровне социальной адапта-

Количество детей в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР

Количество детей Вариант ПТСР	Нет		Один		Два		Всего:
	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%	
Неврозоподобный (1-я подгруппа)	23	20,2#•	74	64,9#•	17	14,9#	114
Психопатоподобный (2-я подгруппа)	24	75,0	8	25,0	–	–	32
Аддиктивный (3-я подгруппа)	21	38,9■	28	51,8■	5	9,3■	54
Итого:	68	34,0	111	55,5	21	10,5	200

ции больных с хроническим течением ПТСР. О снижении работоспособности, безработице, доходах ниже прожиточного минимума, инвалидизации при хроническом ПТСР у комбатантов сообщается в работах отечественных и зарубежных исследователей [9,16]. Для таких больных характерны чувство отчуждения в общении с родственниками, отсутствие семьи, невозможность получения образования, противоправные действия [14]. На выраженность социальной дезадаптации оказывает влияние отсутствие семьи и низкий образовательный уровень [5].

Наряду с социально-демографическими показателями изучена динамика клинических проявлений ПТСР. Для оценки ее выраженности было выделено 3 степени тяжести течения заболевания. У лиц с острым ПТСР практически все проявления заболевания на момент обследования не выявлялись. В единичных случаях наблюдались отдельные признаки, которые по оценке обследованных встречались крайне редко, что можно было рассматривать как практическое выздоровление. У лиц с хроническим ПТСР отмечалась другая динамика. Если на начальном этапе заболевания у 46 (23,0%) из них отмечались проявления ПТСР легкой степени, у 104 (52,0%) – средней степени тяжести и у 50 (25,0%) – тяжелой степени, то на момент обследования легкая степень установлена у 68 (34,0%; $p < 0,05$), средняя степень тяжести – у 118 (59,0%; $p < 0,05$), тяжелая – у 14 (7,0%; $p < 0,05$). У лиц, страдающих хроническим ПТСР, в динамике выросла доля лиц с легкой и средней степенью тяжести заболевания (на 11,0% и 7% соответственно) за счет уменьшения удельного веса лиц с тяжелой (на 18,0%) степенью тяжести заболевания. Как видно, несмотря на длительный период, прошедший после участия в боевых действиях, более половины больных (59,0%) с хроническим ПТСР обнаруживает среднюю степень тяжести заболевания.

Таким образом, у военнослужащих (315 обследованных) – участников боевых действий в Чеченской республике в период с 1993-2003 гг. наблюдается высокий удельный вес боевого ПТСР (247 обследованных – 78,4%). В 81,0% случаев ПТСР принимает хроническое течение. Клинические варианты хронического ПТСР представлены неврозоподобной, аддиктивной и психопатоподобной разновидностями. Социальное положение больных хроническим ПТСР (оцененное по параметрам образование, трудовой и семейный статус) ниже такового у больных, перенесших острое ПТСР (практически здоровые). Наихудший социальный прогноз установлен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР. Результаты исследования используются при разработке программ медико-социальной реабилитации больных, страдающих хроническим боевым посттравматическим стрессовым расстройством. В мероприятиях по реабилитации больных хроническим боевым ПТСР участвует полипрофессиональная бригада: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддиктивного варианта заболевания), клинический психолог, специалист по социальной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е.О., Красильников Г.Т. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 29–31.
2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). – М.: «Анахарсис», 2005. – 200 с.
3. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордський посібник з психіатрії: Пер. з англ.: У 2 т. – К.: «Сфера», 1999. – Т. 1. – 300 с. – Рос. мовою.
4. Киндрас Г.П., Туроходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на

- адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане // Соц. и клин. психиатр. – 1992. – № 1 – С. 33–36.
5. Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Социально-психиатрическая оценка качества жизни гражданских лиц, пострадавших в результате минно-взрывной травмы // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С. 63–67.
 6. Погосов А.В., Смирнова Л.В., Погосова И.А. Клинико-динамические и прогностические особенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) // Курский научно-практический вестник «Человек и здоровье». – 2003. – № 1. – С. 66–70.
 7. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 250 с.
 8. Погосов А.В. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия). – Курск: КГМУ, 2006. – 207 с.
 9. Рыбников О.Н., Маныхин В.В. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших ранение в боевых действиях // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 24–27.
 10. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. – Томск: Изд-во Томского университета, 2005. – 212 с.
 11. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2002. – 350 с.
 12. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Соц. и клин. психиатр. – 2009. – № 1. – С. 12–18.
 13. Solomon Z., Neria Y., Ohry A. et al. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study // Amer. J. Psychiat. – 1994. – Vol. 151, N 4. – P. 554–559.
 14. Taft C.T., Willing S.M., Howard J.M. et al. Trauma, PTSD and Partner Violence in Military Families // Risk and Resilience in U.S. Military Families. – 2011. – N 3. – P. 195–212.
 15. Trappler B., Braunstein J.W., Moskowitz G. et al. Holocaust survivors in a primary care setting: fifty years later // Psychol. Rep. – 2002. – Vol. 91, N 2. – P. 545–552.
 16. Wald J., Taylor S. Work Impairment and Disability in Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Recommendations for Psychological Injury research and Practice // Psychological Injury and Law. – 2009. – Vol. 2, N 3–4. – P. 254–262.
 17. Watson G.G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version // J. Clin. Psychol. – 1991. – N 47. – P. 186–188.