

Рекаева М.И., Шлейфер С.Г.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВETERАНОВ
АФГАНСКОЙ ВОЙНЫ**

M.I. Rekaeva, S.G. Shleifer

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VETERANS
OF THE AFGHANISTAN'S WAR**

Боевая черепно-мозговая травма (БЧМТ) и ее последствия становятся в настоящее время все более актуальной проблемой не только современной медицины, но и общества в целом. Многие из бывших бойцов после демобилизации не получили в достаточном объеме реабилитационной помощи и социальной поддержки, в результате чего оказались социально дезадаптированными. Это отразилось не только на состоянии здоровья самих ветеранов, но и на благополучии общества в целом.

Ключевые слова: *последствия боевой черепно-мозговой травмы, посттравматическое стрессовое расстройство, ветераны Афганской войны.*

Now fighting brain injury and its consequences are growing problem not only modern medicines but also society as a whole. Many ex-combatants after demobilization have not received adequate rehabilitative in care and social support, which turned out to be socially maladjusted. This is reflected the health of veterans themselves and the welfare of society as a whole.

Key words: *consequences of fighting brain injury, posttraumatic stress disorders, veterans of the Afghanistan's war.*

По данным Национального статистического комитета, численность ветеранов Афганской войны (АВ) в Кыргызской Республике составляет 5867 человек, из них больные с последствиями боевой ЧМТ - 7,3% [4]. Выраженность последствий БЧМТ зависит от тяжести поражения мозга [8,10,11] и от стрессовых реакций, возникающих у 10-25% военнослужащих при ведении интенсивных боев [3,5,6,9]. Психобиологическая сущность боевого стресса заключается в перепрограммировании ресурсов человеческого организма на выживание в экстремальных, жизнеопасных условиях [1,2,12]. Этот процесс сопровождается напряжением адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые могут оказывать повреждающий эффект и становиться причиной стрессогенной дезинтеграции психической деятельности - боевой психической травмы [7,10,11].

Исследование психологического состояния участников АВ, проживающих в Кыргызской Республике, представляет как научный, так и практический интерес, так как это люди трудоспособного возраста, которым необходима профессиональная помощь для предотвращения их дальнейшей инвалидизации и дезадаптации.

Цель исследования: оценка психологических характеристик ветеранов АВ с последствиями боевой психической и физической травмы, проживающих в Кыргызской Республике.

Материалы и методы исследования.

Работа проводилась в отделении неврологии для инвалидов Отечественной войны и приравненных к ним лиц Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Обследовано 49 ветеранов АВ в возрасте от 39 до 55 лет с клиническим диагнозом: последствия боевой черепно-мозговой травмы. Диагноз верифицировался на основании данных о полученной ЧМТ в боевых условиях (имеются выписки и справки), неврологического и соматического обследования, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования: магнитно-резонансной и компьютерной томографии (МРТ, КТ), рентгенографии черепа, электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхоэнцефалографии (Эхо-ЭГ) глазного дна, ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга (УЗДГ), реоэнцефалографии (РЭГ). В стационаре больные получали стандартный комплекс медикаментозного лечения, необходимый при данной патологии.

Обследовались также ветераны АВ (35 человек), не получившие ранений и травм, ведущие активный образ жизни и не нуждающиеся в госпитализации на момент обследования. Контрольная группа (45 человек) представлена относительно здоровыми работоспособными мужчинами той же возрастной категории, не участвовавшими в вооруженных конфликтах.

В нашем исследовании использованы следующие методики:

1. Методика самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, с помощью которой оценивается уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) [6]. Личностная тревожность указывает на склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

2.Методика "Самочувствие. Активность. Настроение" (САН) используется для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние [6].

3.Стандартный многофакторный опросник личности (СМОЛ) представляет собой сокращенный вариант ММРІ [6]. Первые три оценочные шкалы определяют искренность ответов, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью (шкала лжи /L/; шкала достоверности /F/; шкала коррекции /K/. Остальные 9 шкал являются базисными и оценивают свойства личности (шкалы: Ипохондрии /1/, Депрессии /2/, Истории /3/, Психопатии /4/, Паранойальности /6/, Психастении /7/, Шизоидности /8/, Гипомании /9/.

Кроме этого, все ветераны Афганской войны (ВАВ) консультированы психиатром инейропсихологом Республиканского центра психического здоровья.

Результаты.

Все ветераны Афганской войны I и II групп отмечали тяжелые психотравмирующие ситуации, пережитые ими во время службы. Тщательное изучение анамнеза показало, что в первые 2-3 месяца по возвращении из зоны боевых действий у 93±8,9% ветеранов основной группы и у 77±7,6% ветеранов II группы были явные признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (P<0,05). В клинических проявлениях последствий боевой травмы преобладают следующие симптомы: агрессивная и асоциальная формы поведения, враждебность по отношению к окружающим, которая часто проявляется на невербальном уровне и характеризуется брутальностью, импульсивностью, жестокостью, подчас бессмысленностью, что представляет огромную проблему, значимую не только в медицинском, но и в широком социальном аспекте.

Анализ результатов психодиагностического обследования ветеранов войн показал, что по показателям личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) существуют статистически достоверные различия между комбатантами I и II групп и контрольной группой (табл. 1).

Таблица 1

Результаты самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина (M±m).

Группы	Личностная тревожность		Ситуативная тревожность	
	M	P	M	P
Группа I; N=49	48,3±2,4	P>0,05	64,2±5,4	P>0,05
Группа II; N=35	45,7±5,2	P>0,05	53,4±5,9	P<0,05
Контрольная группа; N=45	39,5±4,3	P>0,05	40,4±2,6	P>0,05

У пациентов с последствиями БЧМТ был обнаружен более высокий уровень ситуативной тревожности, что отражает напряжение, беспокойство, нервозность в данный момент, а также склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагирование на такие ситуации состоянием тревоги. Личностная тревожность является более устойчивым показателем, обусловленным генетическими факторами (темпераментом), поэтому не столь подвержена ситуационным влияниям. Для комбатантов, не получавших травм, характерен умеренный уровень реактивной и личностной тревожности.

По всем шкалам методики САН у ветеранов I группы резко снижены средние значения (табл. 2), что отражает их неблагоприятное психологическое состояние.

Таблица 2

Результаты экспериментально-психологической методики САН (M±m).

Показатель	Группа I; N=4,9	Группа II; N=35	Контрольная группа N=45
Самочувствие	3,09±0,1*	4,07±0,2*	4,9±0,05
Активность	3,4±0,2*	4,0±0,07*	5,2±0,02
Настроение	3,6±0,9*	4,2±0,04*	5,1±0,1

Примечание:

- 1.* - достоверные различия между показателями контрольной и I, II групп.
2. - достоверные различия между показателями I и II групп.

У ветеранов II группы по всем шкалам методики САН имеется тенденция к понижению значений, что указывает на субкомпенсацию испытуемых. Оценки, свидетельствующие о благоприятном состоянии, находятся в диапазоне от 5,0 до 5,5 баллов, как у здоровых людей контрольной группы.

Сравнение средних значений СМОЛ (табл. 3) у испытуемых групп позволило выявить несколько характерных тенденций. При анализе оценочных шкал было установлено, что все испытуемые дают достаточно искренние ответы. Степень достоверности ответов также соответствует норме; результаты по шкале коррекции говорят о неосознанной тенденции к контролю поведения, осторожности.

Анализ результатов базисных шкал у ветеранов с последствиями БЧМТ показал наличие тенденций к: ипохондрии (испытуемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, близки к астеноневротическому типу); депрессии (склонны к тревогам, неуверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние). Высокие значения по шкале 2 (Депрессия) говорят о чувствитель-

ности и сенситивности, а также по шкале 7 (Психастения), указывающей на тревожно-мнительный тип характера ветеранов I группы, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность и постоянные сомнения. Все остальные значения шкал лежат в пределах среднестатистической нормы. У ветеранов с последствиями БЧМТ значительное место занимали признаки посттравматической астении (37±5%): замедление и повышенная истощаемость психических процессов, инертность, обстоятельность мышления, в ряде случаев со снижением уровня суждений и умозаключений. Имели место аффективная неустойчивость, значительная утомляемость, затрудняющая выполнение повседневных бытовых или служебных обязанностей, повышенная раздражительность.

Таблица 3

Данные статистического анализа результатов СМОЛ (M±m).

Показатель	Группа I; N=4,9	Группа II; N=35	Контрольная группа N=45
Шкала лжи (L)	49,9±5,0*	45,2±4,9*	42,6±5,2
Достоверность (F)	50,2±5,1*	48,2±4,5*	47,4±4,9
Коррекция (K)	54,5±2,9*	54,9±2,3*	49,8±2,6
Ипохондрия (1)	56,5±6,8*	57,5±4,9*	50,3±3,4*
Депрессия (2)	60,3±5,9*	58±6,1*	51,6±5,7*
Истерия (3)	52,4±4,5*	53,3±4,3*	48,5±3,9*
Психопатия (4)	48,0±6,2*	48,1±2,9*	48,5±2,6*
Паранояльность (6)	51,4±4,7*	51±3,7*	46,3±4,2*
Психоастения (7)	58±3,8*	54,9±6,1*	47,8±3,9*
Шизодность (8)	54±3,9*	56±4,2*	51,5±5,8*
Гипомания (9)	52±6,1*	49±5,3*	47,9±4,5*

Примечание:

1.* - достоверные различия между показателями контрольной группы и I, II групп.

2. - достоверные различия между показателями между I и II групп.

Для ветеранов II группы характерно наличие таких особенностей индивидуально-личностной сферы, как эмоциональный дискомфорт, выявились тенденции к ипохондрии и депрессии. Чаще всего психопатологическая симптоматика была представлена эмоционально-волевыми расстройствами (повышенная возбудимость, раздражительность, слабодушие), дисмнестическими нарушениями, склонностью к депрессивным реакциям. Эксплозивность сочеталась с несвойственным ранее слабодушием в ответ на конкретный раздражитель - военные воспоминания и сопровождалась приступами раздражительности со злобой, агрессией, иногда истерической окраской. Общительные в прошлом люди отмечали вялость, пассивность,

апатию, замедленность движений, отсутствие побуждений к активной деятельности.

Выводы.

1. У ветеранов с последствиями БЧМТ психосоматическая патология выражена грубее и характеризуется наличием таких особенностей индивидуально-личностной сферы, как высокий уровень реактивной тревожности, сниженное настроение; они имеют тенденции к депрессии, ипохондрии, агрессии; в отношении к своей болезни у комбатантов преобладает страх стать обузой для окружающих и боязнь их неблагоприятного отношения к себе; тревожная мнительность относительно реабилитации.

2. Для ветеранов-афганцев, не получавших физических травм, характерно наличие умеренного уровня реактивной тревожности, эмоциональный дискомфорт; выявились тенденции к ипохондрии и депрессии.

3. При оценке последствий перенесенной боевой психической и физической травм установлено, что на первый план выступают вегетативные и эмоционально-личностные нарушения, которые служат причиной социальной дезадаптации больных.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастос, Л. И. Спивак. -М.: Медицина, 1991.-96 с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация /Ю.А. Александровский. - М.: Медицина, 1976.- 271 с.
3. Влияние состояний организма и психологических особенностей личности на динамику реабилитационного периода после перенесенной катастрофы / А.И.Клиорин, А.А. Боченков, А.Г. Маклаков, А.П.Мухин, С.В. Чермянин // Международные медицинские обзоры. - СПб. -1994. - Т. 2, № 4. - С. 267 - 272.
4. Демографический ежегодник Кыргызской республики / Годовая публикация 2003-2007 гг. Национальный статистический комитет КР. - Бишкек, 2008. -С. 392.
5. Емелин А.Ю. Организационная и сравнительная характеристика боевой черепно-мозговой травмы в локальных вооруженных конфликтах современности / А.Ю.Емелин: Дис. ... канд. мед.наук. СПб., 1996. - 143 с.
6. Емельянов А.Ю. Последствия взрывных травм головного мозга // А.Ю. Емельянов // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб.: ВМедА., 1995. - С. 111 - 112.
7. Маклаков А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих / А.Г. Маклаков: Автореф. дис. ... д-ра.мед. наук. - СПб.: ЛГУ, 1996. - 37 с.
8. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика /Ф.З. Меерсон. - М.: Наука, 1981. - 278 с.

9. Погодина Т.Г., Трошин В.Д. Неврологические и психические расстройства у участников боевых действий /Т.Г. Погодина, В.Д. Трошин //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2004. - Т.104, №12 - С. 16-20.
10. Appel J.W. Incidence of neuropsychiatric disorders in the United States Army in World War II / J. W. Appel // American Journal of Psychiatry. - 1946. - Vol. 102, № 4. - P. 433-436.
11. Haley S.A. Treatment implications of post-combat stress response syndromes for mental health professionals / S.A. Haley // Stress disorders among Vietnam veterans, Ed. Ch. R. Figley. - New York: Brunner, 1978. - P. 254-267.
12. Polovina N., Divac L. Posttraumatic stress disorders and psychotherapeutic approach / N. Polovina, L. Divac // Voenosanit. Pregl. - 1992. - Vol. 49, № 2. - P. 115-125.