

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ У СОЛДАТ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ УЧАСТИЯ В ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Наукові праці МАУП, 2012, вип. 1(32), с. 256–263

В любой деятельности человека могут возникать трудные ситуации, однако, в случае катастрофы, такой как война, происходит их количественное и качественное накопление, изучение основных закономерностей которых весьма актуально как с теоретической, так и с практической точки зрения.

В случае катастрофы, которую являет собой война, актуализирующая угрозу жизни человека, происходит количественное и качественное нарастание психических нарушений [1, 170].

Многие важнейшие аспекты проблемы рассмотрены в работах *W. Gruszczyński, K. Korzeniewski, J. Siuta, Z. Skorny* и других исследователей.

С психиатрической точки зрения военные действия можно сравнить с катастрофической ситуацией, которую следует рассматривать, по крайней мере, в двух аспектах:

- 1) действия психического фактора, связанного с ситуацией опасности;
- 2) влияние физического фактора на центральную нервную систему, из которого следуют психические нарушения.

На современном поле сражения можно выделить не менее чем семь основных причин стресса:

- 1) использование разрушающих средств с необычайной силой и точностью действия; таким примером были действия американских войск в бывшей Югославии и Ираке;
- 2) насыщение поля сражения техническими средствами и боевым оборудованием, неожиданным даже для хорошо вооруженного противника;

- 3) сильная динамика действий при постоянно меняющейся ситуации, где время и скорость зачастую играют основную роль;
- 4) постоянная опасность для собственного тыла и вытекающая отсюда необходимость в его защите; часто тыл может находиться в большей опасности, чем части на передовой линии;
- 5) большая вероятность использования оружия массового уничтожения (ядерного) и опасности для окружающей среды приводит к состоянию, когда солдат должен учитывать продолжительность использования различного защитного оборудования; это вызывает физическую и психическую усталость, а одно лишь ожидание возможного ядерного удара составляет стрессогенный фактор;
- 6) интенсивность сражений и жестокость вызывают постоянный психологический стрессор, даже в условиях относительного снижения динамики действий;
- 7) увеличение интенсивности ночных сражений (благодаря тепловизионной технике и использованию компьютеров) приводит к серьезным нарушениям суточного цикла, что, как известно, стано-

вится причиной нарушений ритма сна и серьезной патологизации психики между сновидениями и переживаниями наяву (депривация сна) [1].

По мнению американских специалистов, учитывая примеры последних вооруженных конфликтов (Персидский залив, Балканы), одним из основных отличий будущих войн от прошедших будет военное воздействие на районы в тылу. Современные концепции военных действий предусматривают, что тыловые вспомогательные части составят цель интенсивных ударов ракетного оружия, артиллерии и авиации, с применением, как правило, обычных (не стоит исключать, также, ядерных, биологических и химических) средств уничтожения. Части в тылу будут более легкой целью для оружия массового уничтожения, чем передовые части сражающихся войск, так как они тщательней сосредоточены и более уязвимы вследствие сильного насыщения различным оборудованием. Этому способствует также значительная отдаленность от войск противника. На уязвимость тыловых частей влияет более слабое обучение и снабжение средствами защиты от оружия массового уничтожения. Разрушение частей обеспечения, в том числе медицинских частей, а также точек командования и узлов связи дивизии или армии серьезно уменьшает возможность снабжения сражающихся войск продовольствием и боеприпасами, затрудняет управление и связь, работу медицинской службы и эвакуацию. Серьезно изменились возможности использования на поле сражения средств электронной связи из-за деятельности специальных частей радиоэлектронной войны, которые искажают или перехватывают радиосигналы. Эти и другие упомянутые факторы, характеризующие современную войну, будут вызывать у военнослужащих психические нарушения, характерные для состояния максимальной опасности [1].

Специфическое поведение человека в опасной ситуации Ганс Селье определил через понятие стресса. Термин “стресс” определяет сумму всех неспецифических последствий действия разных факторов. Эти факторы,

если они способны вызвать стресс, называют стрессорами. Стресс невозможен без одновременного проявления специфических симптомов, характерных для отдельных факторов, которыми он был вызван. Синдром, через который проявляется состояние стресса, был назван Селье “общим синдромом приспособления” (*GAS – General Adaption Syndrom*) [1].

В его типичном ходе имеются три фазы:

- 1) **тревожная реакция** – охватывающая начальную фазу шока, отличающаяся сниженной устойчивостью организма и “противошоковой” фазой, в которой начинают действовать защитные механизмы;
- 2) **стадия устойчивости** – в которой приспособление достигает оптимального уровня;
- 3) **стадия истощения** – симптомом которой является срыв приспособленческих реакций.

Тревожная реакция проявляется резким повышением возбудимости вегетативной системы, увеличением количества выделенного адреналина, ускорением работы сердца и дыхания, усилением напряжения мышц, изменениями в составе крови, временным повышением уровня сахара в крови. Если действие стрессора продолжается, но оно не очень сильно, наступает “противошоковая” фаза. Эта вторая фаза тревожной реакции отличается увеличением и чрезмерной активностью коры надпочечников и инволюционными изменениями в тимусе и лимфатических узлах.

В фазе устойчивости симптомы тревожной реакции как будто исчезают. Однако, возможно, что они только маскируются приспособленческими реакциями (например, через совместную активность гипофиза и коры надпочечников), и, если возбуждение продолжается после стадии устойчивости, может наступить стадия истощения, в которой иногда появляются симптомы тревожной реакции. Сильный и сокрушительный стрессовый фактор может вызвать смещения в обычном ходе GAS. Тогда стадия устойчивости не разовьется и организм перейдет от фазы шока тревожной реакции к стадии истощения.

Стадия истощения – продолжительность этого состояния зависит от силы и упорности действия стрессового фактора и от состояния организма. В стрессовой реакции участвует каждый орган и все его биохимические компоненты [1, 171–172].

Стрессовая реакция – типичный набор симптомов, однако в каждом случае это состояние протекает своеобразно. Независимо от того, в каком месте воздействует стрессор, он вызывает во всем организме обобщенную реакцию. Этот обобщенный ответ проявляется через содействующие системы коммуникации – гормональную и нервную. Суть стресса содержится в утверждении, что организм противостоит разнообразным нападениям с использованием одного и того же приспособительного защитного механизма. Понятие стрессовой реакции тесно связано с понятием трудных ситуаций. В литературе особенно часто употребляется это определение при описании действия психогенных стрессоров. Вооруженный конфликт – специфическая трудная ситуация особой интенсивности. С психологической точки зрения одним из основных свидетельств правильного приспособления человека к действиям в трудной ситуации является владение навыками проницательного контроля механизмов функционирования собственной психики. Действует правило: чем меньше контроль, тем больше психопатологических элементов. Чувствительным индикатором является сознание совершения действий, хотя, с другой стороны, известно, что можно выполнять очень сложные и точные действия вне сознания, по принципу автоматизма [1, 172].

Прежние исследования, проводимые в лабораторных условиях, и военный опыт наблюдения отдельных людей и человеческих масс в катастрофических (военных) ситуациях показывают, что чаще всего проявленные психопатологические синдромы можно разделить на две большие группы:

1. Отдельные лица (военнослужащие) переживают:

- состояние напряжения с бессонницей и чувством беспокойства;
- тревогу;

- неконтролируемую агрессивность;
- снижение настроения и движущей силы;
- чувство смирения;
- неврастенический синдром;
- остоленение (ступор);
- психомоторное возбуждение с нарушениями сознания (например, амок);
- бредовые состояния;
- маниакальные и депрессивные состояния.

2. Поведение человеческих групп (боевых расчетов или подразделений) характеризуется:

- увеличением активности;
- тревожностью;
- податливостью к слухам;
- непостоянным поведением;
- паникой;
- терроризмом;
- кафардом;
- смирением и учащением проявлений общественной патологии;
- психическим истощением;
- реакцией остоленения;
- групповыми драками (например, линчем);
- групповыми галлюцинациями и иллюзиями;
- массовыми состояниями мании и депрессии [1].

Синдром истощения борьбой. Одним из сильнейших нарушений, имеющих очень большое влияние на психику военнослужащих, является нарушение, характеризуемое синдромом истощения борьбой, так называемым ZWW. После продолжительных боев даже у опытных и хорошо обученных военнослужащих наблюдался с разной интенсивностью синдром истощения борьбой. Основным патогенетическим фактором является не столько страх смерти или увечья, сколько огромное физическое усилие и эмоциональное напряжение, непрерывно напряженное внимание, продолжительная бдительность, невозможность отдыха и сна, трудности с утолением голода по объективным и субъективным причинам, трудности с утолением жажды. После выхода за определенную

(“личную”) границу, этот синдром может развиваться у каждого, а конституциональный фактор или пройденные в гражданской жизни невротические состояния имеют, скорее, относительное влияние на появление или скорость проявления этого синдрома. Следует также подчеркнуть, что нередко ZWW развивался у солдат не в ходе самой борьбы, а только после выхода из зоны боевых действий подразделения, сражавшегося продолжительное время.

В развитии синдрома истощения борьбой выделяются три периода:

- предварительный период;
- период заметной дезорганизации психики;
- период полной дезорганизации психики.

Предварительный период. Для этого периода самыми типичными являются симптомы эмоционального напряжения. Вначале военнослужащие жалуются на непрерывную усталость, потом появляется страх в форме чувства неспособности, а также: опасение принятия любого задания, чувство опасности, склонность к изоляции и страх толпы. Люди в этом состоянии опасаются выйти из помещения или укрытия, в котором находятся. Их поведение становится странным, неадекватным ситуации. Одни из них становятся обидчивыми, вспыльчивыми, крикливыми, агрессивными, другие – психомоторно заторможенными, замкнутыми, молчаливыми, неожиданно веселыми, смеющимися без причины. Одним из основных симптомов является нарушение сна, состоящее в трудностях с засыпанием, неглубоком, беспокойном сне, легкости внезапного пробуждения, ночных кошмарах, содержанием которых являются военные действия [1, 173].

Период заметной дезорганизации психики. Солдаты неспособны участвовать в бою, а их психическое состояние и поведение заставляют эвакуировать их из подразделения. Симптомы этого периода отличаются большим разнообразием и значительной интенсивностью. В эмоциональном отношении эти нарушения напоминают тяжелые депрессивные эпизоды. Это сопровождается

общей психомоторной заторможенностью, неспособностью к выполнению приказов, тревожным и растерянным выражением лица, изоляцией, поисками одиночества, полным отсутствием интереса к окружающим. Кроме того, появляются приступы помутнения сознания с заметной дезориентацией, ложными мнениями и др.

Период полной дезорганизации психики отличается очень большой интенсивностью психопатологических симптомов. Больной беспокоен, возбужден, явно дезориентирован, часто задирист, его высказывания являются нелепыми. В этот период чаще всего случаются диссоциативные нарушения. В этих нарушениях способность сознательного и селективного контроля ограничена и это может меняться изо дня в день или из часа в час. Обычно трудно определить, в какой степени потеря функции остается под сознательным контролем. Во время вооруженного конфликта могут проявляться такие диссоциативные нарушения, как амнезия, остолбенение и др. [1, 174].

Синдром истощения борьбой с вышеописанным течением не является специфическим исключительно для военных действий. Он может также проявляться в мирных условиях, когда человек функционирует в условиях стрессовой реакции, вызванной неприятными эмоциональными ощущениями. Психосоциальные стимулы, вызывающие стрессовую реакцию, действуют хронически и обыкновенно ведут к очень интенсивному износу (выгоранию) организма, что впоследствии ведет к росту заболеваемости и даже смертности от разных болезней, как психических, так и соматических [1, 174–175].

Большинство классификаций психических нарушений различают тревожные нарушения прежде всего по их продолжительности. По этому признаку выделяются две основные формы страха: продолжительный страх, обычно не достигающий крайней интенсивности, называемый также хроническим, обобщенным страхом, и страх, проявляющийся эпизодически, в форме приступов, интенсивность которых обычно максимальна, называемый также приступным

страхом или приступами паники, а если он сопровождается другими симптомами, то приобретает название панического нарушения. Тревожные нарушения могут характеризоваться только страхом, но в них могут проявляться и другие симптомы, например, фобии, навязчивые мысли, которые составляют выражение страха даже тогда, когда первоначальный симптом невидим [1, 175].

С точки зрения военных действий, особую форму нарушений, составляющих реакцию на стрессовые события или на исключительные, опасные или катастрофические ситуации, составляет синдром посттравматического стресса *PTSD*. Он может протекать в разных формах, таких как:

- острой – симптомы продолжаются до трех месяцев;
- хронической – симптомы продолжаются больше трех месяцев;
- с замедленным началом – симптомы проявляются шесть месяцев спустя после травмы [1, 177].

В американской классификации DSM-IV существуют следующие диагностические критерии синдрома посттравматического стресса:

1. Человек пережил события, выходящие за пределы обычного человеческого опыта, которые почти для каждого были бы тяжелой травмой (ситуация поля сражения).

2. Психическая травма многократно воспроизводится и переживается, по крайней мере, одним из нижеперечисленных способов:

- навязчивые и упорные, и при этом неприятные воспоминания о событии;
- навязчивые, неприятные сны на тему психической травмы;
- внезапные смены формы поведения или чувств, вызванные как будто возвращением травматического события, галлюцинации, иллюзии и отдельные картины сцен, связанных с подобными событиями, которые появляются наяву или тогда, когда человек находится в состоянии отравления;
- чувство сильного психического страдания, появляющееся как в минуты по-

двержения ситуациям, символизирующим или напоминающим элементы психической травмы, так и в годовщины такого события.

3. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, или уменьшение общей чувствительности к стимулам, происходящим из окружающей среды (не проявленным до травмы), что выражается, по крайней мере, тремя из нижеперечисленных симптомов:

- попытки избегания мыслей и чувств, связанных с травмой;
- попытки избегания действий и ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме;
- забывание важных обстоятельств, связанных с травмой (психогенная амнезия);
- значительное снижение интереса к важным ежедневным заданиям;
- чувство отдаления и отчуждения в отношениях с другими людьми;
- ограничение диапазона чувств;
- чувство отсутствия перспектив в будущем.

4. Упорные симптомы повышенного уровня возбуждения (не проявляется до травмы), которые выражаются, по крайней мере, двумя из нижеперечисленных симптомов:

- трудности с засыпанием и с продолжительностью сна;
- обидчивость или вспышки гнева;
- трудности с сосредоточением внимания;
- чрезмерная бдительность;
- испуганное выражение лица;
- появление вегетативных симптомов во время ситуаций, которые символизируют определенные аспекты травматического события или напоминают о них.

Острая реакция на стресс или появление синдрома посттравматического стресса не исчерпывает всех возможных психиатрических последствий катастрофической ситуации, какую, несомненно, составляют военные действия [1, 178].

В планировании операций кризисного вмешательства, предусматривающих ведение боевых действий, главное внимание сле-

дует обратить на четыре направления: обучение, распознавание, ход вмешательства и так называемое дополнение. Представляется, что основным выводом, следующим из анализа известных теоретических и практических достижений в области психиатрико-психологической проблематики вооруженного конфликта (войны), было бы создание в польских вооруженных силах Центра кризисного вмешательства. Его задачами на первом этапе были бы: организация обучения, комплектование групп, планирование научных исследований, участие в катастрофических ситуациях и разработка единой доктрины психиатрической помощи на поле сражения, приспособленной к стандартам НАТО [1, 180].

В современных военных операциях часть военнослужащих, выполняющих задания в экстремальных ситуациях, не в состоянии приспособиться к господствующим в зоне операции условиям и они эвакуируются в родную страну, что следует из психиатрических показаний. Причину в таких случаях составляет не только характер военных действий, тяжелые климатические условия или чувство изоляции, но и слишком поверхностный отбор кандидатов для несения службы в экстремальных условиях. Речь идет как о состоянии физического здоровья (хронические болезни), так и психического здоровья будущих участников военных операций в зарубежных странах. Отсутствие правильной психологической оценки кандидата приводит к тому, что тяжелые условия службы, военные действия обнаруживают или усиливают нарушения в виде неврозов, состояний тревожности и депрессий [2, 572].

Вследствие пережитой психической травмы, то есть сильных переживаний, вызванных кратковременным происшествием или продолжительным событием, могут появиться временные или продолжительные психические нарушения в виде острой реакции на стресс (*ASD*) или синдрома посттравматического стресса (*PTSD*). На психическое состояние солдат влияет, прежде всего, вид поля сражения, раненых и убитых, также товарищей по оружию, и огромные материальные

разрушения. Эти факторы непосредственно воздействуют на солдат, которые выполняют исключительно трудные и опасные задания (десантно-штурмовые, специальные подразделения) или пребывающих в специфических условиях (например в окружении). Психологи и врачи, участвующие в иракской миссии, считают, что не у каждого солдата, заявляющего о проблемах психической природы, диагностируется синдром посттравматического стресса. Отмечают также, что некоторые военнослужащие охотно пользуются психиатрическими консультациями и записями в книжке здоровья, свидетельствующими о психических нарушениях, относясь к ним как к хорошему капиталу на будущее, который может быть учтен для более раннего выхода на пенсию. Среди военнослужащих, возвращающихся из военных миссий в Ираке и Афганистане, которые пережили психотравматические события во время службы, можно наблюдать нарушения психогенной сферы в форме депрессивных состояний и тревожности. Психические нарушения могут появиться как у солдат, которые перенесли серьезные телесные повреждения, вызванные боевыми травмами, так и у тех, кто не перенес физических повреждений, но был подвержен опасности потери здоровья или жизни. Они проявляются не только у личного состава боевых расчетов, но и среди персонала, обеспечивающего боевые действия, например, медицинских служб [2, 573].

В настоящее время психические нарушения составляют 10 % оснований для всех медицинских эвакуаций военного персонала США из района обеих военных операций. Представители американского военного здравоохранения считают, что самым частым психическим нарушением, проявляющимся у солдат, эвакуированных или возвращающихся после окончания службы в Ираке и Афганистане, является синдром посттравматического стресса *PTSD* [2]. Синдром посттравматического стресса является психическим нарушением, которое проявляется упорными и неожиданными возвратами поведения, составляющего результат пережитого травматического события. Неизле-

ченное заболевание может привести солдата даже к мыслям о самоубийстве. В 2003–2004 гг. официально были отмечены 24 случая самоубийств солдат американской армии, служащих в Ираке и Кувейте во время действий в пределах операции Iraqi Freedom. Предполагается, что их количество значительно выше, так как причины некоторых смертных случаев у солдат не были однозначно определенными [2].

Ход вооруженного конфликта связан с постоянной опасностью для здоровья и жизни, что составляет, несомненно, самый существенный травматический фактор в районе действия стабилизационных миссий. Однако, имеются многие другие стрессоры, такие как: быстрый темп проводимых операционных действий; тяжелые атмосферные и местные условия и психические нарушения вследствие употребления психоактивных средств, что иногда практикуется при выполнении разведывательных заданий. Такие средства вызывают потерю или изменение чувства собственной полноценности, что впоследствии приводит к состояниям тревожности, депрессии, раздражения [2, 574].

Существенным фактором является умелое командование и авторитет командных кадров среди подчиненных, служащих в армии за рубежами своих стран, в местах, где наступает вооруженный конфликт. Опытный командир может существенным образом повлиять на уменьшение потерь своих подчиненных, вызванных психическими нарушениями. Многие солдаты, которые пережили травматическое событие на поле сражения, могут быстро вернуться на службу и продолжать ее. Очень важную роль в этом процессе играют также психологи, работающие в зоне военных действий, которые относятся к наступившему нарушению как к естественной реакции в ситуации постоянной опасности, а не к трусливости, проявляющейся в избегании службы в армии. При исследовании статистики психических нарушений, случившихся в зоне военных действий, распознанных и излеченных непосредственно после травматического события, установлено, что в не менее чем 90 % таких случаев

оказанная психологическая помощь позволяет солдатам вернуться к исходной психической форме без негативных последствий для здоровья. Проблемой остается, однако, стремление избегать многими солдатами контакта с психологом или психиатром.

Военные операции в Ираке и Афганистане проводятся во время и в месте, где скопилось много стрессогенных факторов, касающихся каждого участника стабилизационной миссии. Среди подобных факторов – частое ощущение бессилия, беззащитности, отсутствие влияния на происходящие вокруг события, опасные для жизни и здоровья, участие в боях, в которых человек был свидетелем смерти или серьезных телесных повреждений, убийство противника, так называемого другого человека, подвержение неожиданным нападениям, опасным для жизни (засады, взрывы). Вид массовых потерь собственных войск, войск противника или мирных жителей, прежде всего изуродованных тел женщин и детей – такие ситуации серьезным образом влияют на человеческую психику.

Чувство эйфории, вызванной счастливым возвращением с войны, преимущественно кратковременно. На родине солдаты часто сталкиваются с новыми проблемами, трудностями, с которыми они должны мириться, например, семейные проблемы, распад брака, вызванный долговременным отсутствием. В таких случаях бывшие солдаты могут представлять опасность для общества, если они начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, случайными связями с другими женщинами (повышая опасность инфекционных заражений) и не обращаются за психологической помощью к специалистам [2, 574–575].

Еще одной проблемой является то обстоятельство, что значительная группа ветеранов войны не попадает на диагностику и эвентуальное лечение к психиатрам, а направляется к домашним врачам, которые зачастую не распознают нарушений или недооценивают проблему. Реакции ветеранов войны с психическими нарушениями бывают разными – от чувства бессилия и страха до приступов агрессии. Причем не у каждого,

кто пережил сильное, травмирующее психику событие, разовьется синдром посттравматического стресса *PTSD* или другие психические нарушения [2, 575].

Психиатрическо-психологические проблемы в ситуации катастрофы (войны, вооруженного конфликта) были замечены и оценены многими армиями мира, особенно командующими американской армией. Южный штаб Соединенных Штатов создал и многократно использовал Группы быстрого реагирования (кризисного вмешательства), состоящие из профессионалов в области психического здоровья (психиатров, психологов, социальных ассистентов, медсестер и др.). Эти группы привлекались к участию в мероприятиях по

снижению острых реакций на стресс и предотвращению посттравматических стрессовых нарушений в группах высокого риска [1, 179].



Литература

1. Gruszczyński W. Zaburzenia psychiczne w czasie wojny u żołnierzy, (в:) Florkowski A., Gruszczyński W.: Zdrowie psychiczne żołnierzy, wyd. Wojskowa Akademia Medyczna, Лодзь, 2000. – С. 170.
2. Korzeniewski K. Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki, Polski Merkurusz Lekarski, 2008. – № 144. – Т. XXIV. – С. 572 (pml.strefa.pl – Archiwum).
3. Siuta J. Słownik Psychologii, wyd. Zielona Sowa. – Краков, 2005.
4. Skorny Z. Metody badań i diagnostyka psychologiczna, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. – Вроцлав, 1974.

Приведен анализ причин и стрессогенных факторов, вследствие которых возникают психические нарушения у военнослужащих, которые принимали участие в боевых действиях. Систематизированы стрессогенные факторы и условия проявления.

Наведено аналіз причин і стрессогенних факторів, внаслідок яких виникають психічні порушення у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Систематизовано стрессогенні чинники та умови їх прояву.

An analysis of the causes and stressors that result in mental disorders arise from soldiers who took part in the hostilities. Systematized stressors and conditions of exposure.

Надійшла 12 листопада 2011 р.