

Человек в экстремальных условиях

© 1998 г. А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов

ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Осуществлен анализ динамики психического состояния лиц, принимавших участие в военных конфликтах, в зависимости от периода ведения боевых действий. Показано, что "слом" механизмов психической регуляции происходит в момент непосредственного ведения боевых действий, однако формирование устойчивого негативного психического состояния происходит после прекращения активных боевых действий.

Установлено, что степень проявления *PTSD*-симптоматики обусловлена у участников военного конфликта тремя основными факторами: уровнем перенесенных психоэмоциональных нагрузок; их психологическими и физиологическими особенностями; отношением государства и общества к ветеранам военного конфликта.

Ключевые слова: военный конфликт, психоэмоциональное напряжение, эмоциональное нарушение, *PTSD*-синдром.

Проблема сохранения здоровья и работоспособности лиц, подвергшихся воздействию факторов экстремальных ситуаций, в последнее время привлекает внимание большого числа исследователей. Подобное явление обусловлено тем, что ежегодно десятки и сотни тысяч людей становятся жертвами различных природных, технологических или социальных бедствий и катастроф.

Например, в сводных данных о крупнейших землетрясениях XX века приводятся сведения о 340 случаях, унесших свыше одного миллиона человеческих жизней. Не меньше жертв отмечается при наводнениях. Только одно наводнение 12–13 ноября 1970 года в районе островов и побережья Бенгальского залива сопровождалось гибелью более 500 тысяч человек [1, 20]. Однако в последние годы человечество пережило немало крупных технологических катастроф, явившихся результатом деятельности самих людей (введение опасных технологий или некомпетентного их использования и др.). К их числу можно отнести аварии на химических заводах в Италии, Индии и Германии, а также на атомных электростанциях Триэмайл Айленд (США) и Чернобыле. Сюда же можно включить взрывы на газопроводе в Башкирии, катастрофу в Арзамасе и др. В ряде случаев катастрофы подобного рода могут иметь более серьезные последствия по сравнению со стихийными бедствиями, вызванными явлениями природы.

Говоря о последствиях стихийных бедствий и технологических катастроф для здоровья людей, необходимо иметь в виду не только наличие прямых санитарных потерь, вызванных поражающими факторами (ударная волна, утопление, пожары и др.), но и психотравмирующие воздействия, приводящие к психическим нарушениям различной выраженности. Исследователи, изучавшие частоту психических нарушений при землетрясениях, пришли к выводу, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10–25% пострадавшего населения, а на последующих этапах

катастрофы нарушения выявляются у 35%. Более того, после прекращения катастроф или стихийных бедствий у значительной части пострадавших отмечается стойкое нарушение здоровья. Так, F. Ahearr [17] установил, что в течение года после землетрясения в Манагуа количество госпитализированных в психиатрической клинике увеличилось в два раза, а невротические и психосоматические нарушения у пострадавших отмечались на протяжении ряда лет.

Среди экстремальных ситуаций особое место занимают социальные катастрофы – результат общественно-политической деятельности группы лиц (политических деятелей, партий, сообществ и др.) или государственной власти, обусловивших снижение социально-политической стабильности в обществе или экономического благополучия населения, а в крайних случаях – приведших к массовой гибели людей. К категории социальных катастроф в первую очередь следует отнести военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий. Именно с изучения последствий военных конфликтов началось плановое исследование посттравматического стрессового синдрома (*PTSD*-синдрома), когда в середине 70-х годов американское общество столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов вьетнамской войны. Было установлено, что у 25% воевавших во Вьетнаме и не имеющих увечья, опыт боевых действий послужил причиной развития неблагоприятных психических последствий [13, 21, 26, 29]. Среди раненых и калек количество страдающих *PTSD* гораздо больше – до 42%. По имеющимся в настоящее время данным, "от 54 до 108 тысяч ветеранов в разное время покончили с собой, а от 35 до 45 тысяч ведут замкнутый образ жизни, почти не общаясь с внешним миром" [13]. Значительные трудности возникли и с социальной адаптацией ветеранов, особенно отчетливо это просматривается при анализе различных актов насилия, где наибольший процент приходится на их долю [23].

Следует отметить, что стрессовые явления, обусловленные участием в боевых действиях и других экстремальных ситуациях, стали предметом широкого изучения уже в ходе второй мировой войны [5, 7, 13, 25]. Все сведения о подобных расстройствах обязательно включали ряд общих элементов, наиболее полно впервые описанных в 1941 г. Кардинером [25]. В общих чертах выделенные им симптомы отмечались и в последующих массовых исследованиях. К 1980 году накопленная информация позволила сделать вывод, что подобные нарушения характерны не только для ветеранов боевых действий, но и лиц, перенесших различные катастрофы, аварии и стихийные бедствия, а также принимавших участие в ликвидации последствий подобных катастроф. Основной особенностью этого явления является тенденция не только не исчезать со временем, но и становиться более выраженным, а также проявляться внезапно на фоне общего благополучия. Обобщение полученных данных позволило с 1980 года официально говорить об объективном существовании посттравматического стрессового синдрома (*Post Traumatic Stress Disorder, PTSD* [18]).

В работах, посвященных психическим расстройствам военного времени, подчеркивается прямая связь возникших расстройств с многомерностью патофизиологических механизмов, полигенетичностью, полигенетичностью патогенных факторов военной обстановки [3, 4, 12]. Однако до настоящего времени нет общепринятой концепции, позволяющей объяснить причины, вызывающие стойкие нарушения психического и соматического здоровья большинства лиц, подвергшихся воздействию факторов различных экстремальных ситуаций, но бесспорным остается одно – психологические особенности личности играют значимую роль в формировании разнообразных психических и соматических нарушений.

Говоря о психологических особенностях лиц с *PTSD*, следует подчеркнуть, что в ряде работ отмечается роль воображения в развитии *PTSD*-синдрома [30, 33]. Некоторые авторы обращают внимание на то, что большинство лиц, страдающих *PTSD*, стремятся к поиску необычных, острых ощущений [32, 34]. Во многих исследованиях были обнаружены достоверные отличия физиологических характеристик лиц с признаками *PTSD* от здоровых людей [27, 28, 31].

В России изучению последствий ведения боевых действий серьезное внимание уделялось уже в годы второй мировой войны [5, 7]. В работах того времени нарушения, наблюдавшиеся у военнослужащих, чаще всего назывались "военная усталость" или "боевое истощение". Эти понятия включали симптомы, которые в последующем вошли в перечень признаков *PTSD*-синдрома. В конце 80-х – начале 90-х гг. проблема психических нарушений по типу *PTSD*-синдрома стала привлекать еще более пристальное внимание отечественных ученых. В значительной мере это было обусловлено тем, что проблемы вьетнамских и афганских ветеранов весьма схожи [6, 9]. В последние годы данной проблеме большое внимание уделяли В.В. Знаков [6], М.М. Решетников [10], Н.В. Тарабрина [14, 15] и др.

Однако несмотря на стремление ученых решить эту проблему, ее значимость для России не снижается, а в связи с известными событиями на Северном Кавказе 1994–1996 годов возрастает многократно.

Представленная работа посвящена изучению механизмов возникновения психических нарушений у военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях и может рассматриваться в качестве попытки спрогнозировать на основе анализа имеющихся у авторов экспериментальных материалов и практического опыта возможные социально-психологические и медико-психологические последствия перенесенных психотравмирующих ситуаций для лиц, участвовавших в боевых действиях на Северном Кавказе. В качестве основы прогноза в работе использован сравнительный анализ характеристик психического состояния участников войны в Афганистане и участников военного конфликта на Северном Кавказе.

МЕТОДИКА

Для решения поставленной задачи были проанализированы результаты проведенного нами обследования военнослужащих федеральных войск, принимавших участие в ведении боевых действий в январе-феврале 1995 г. в районе г. Грозный. Обследование проводилось в периоды подготовки к бою, непосредственного ведения боевых действий, прекращения боевых действий. Общее число обследованных составило 1024 человека. Кроме этого, были обследованы 423 военнослужащих, также принимавших участие в ведении боевых действий на территории Северного Кавказа, но уже через 4–5 месяцев после того, как они были выведены из района боевых действий.

Для сравнения проанализированы характеристики психического состояния 495 военнослужащих, принимавших участие в войне на территории Афганистана. Данные материалы были получены при обследовании военнослужащих в различные периоды ведения боевых действий: подготовки к рейду (межрейдовский период); возвращения из рейда; прекращения боевых действий и возвращения домой. Рассматриваемые периоды по своему содержанию близки к периодам ведения боевых действий на территории Северного Кавказа.

Помимо этого, при подготовке работы использованы результаты обследования 95 военнослужащих подразделений миротворческих сил. В качестве контрольных результатов использованы итоги обследования проходивших военную службу одновременно с рассматриваемыми выше категориями военнослужащих, но в обычных (не боевых) условиях. Общее количество контрольной группы – 362 человека.

В ходе обследования применялись тесты: СМИЛ, Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» [8], 16-факторный опросник Кетелла, тест Г. Айзенка, САН (самочувствие, активность, настроение) и его сокращенный вариант АСС. Также изучались физиологические характеристики военнослужащих.

Полученные результаты были обработаны на ПЭВМ с использованием прикладных программ: Excel 5,0 и CSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ психического состояния военнослужащих, выполнивших служебные обязанности в экстремальных условиях деятельности при значительных психоэмоциональных нагрузках, вызванных наличием реальной витальной угрозы, позволяет утверждать, что воздействие психогенных факторов такой угрозы вызывает негатив-

ные изменения в структуре личностных характеристик и психическом состоянии военнослужащих. Так, например, результаты обследования личного состава подразделений, принимавших участие в миротворческих операциях, и их сверстников, проходивших службу в обычных условиях, свидетельствуют о том, что военнослужащие, участвующие в ведении боевых действий, отличались от контрольной группы более высокими значениями по следующим шкалам теста СМИЛ: *F* (агравация, $p < 0,001$), *Hу* (истероидность, $p < 0,01$), *Pd* (психопатия, $p < 0,05$), *Mf* (мужественность-женственность, $p < 0,001$), *Pa* (паранойяльность, $p < 0,05$), *Pt* (психастения, $p < 0,001$), *Sc* (шизоидность, $p < 0,001$). Превышение показателей общепринятой нормы по выраженности астено-невротических характеристик отмечено у 20% обследованных. Выраженность депрессивного состояния наблюдалась у 27%, выраженность истероидных характеристик превышала норму у 7, а выраженность психопатических черт – у 48; психостенических характеристик – у 28, а паранойяльные и шизоидные черты превышали норму у 24%. В целом около 53% обследованных военнослужащих подразделений миротворческих сил имели различные превышения общепринятой нормы, что значительно превосходит результаты обследования контрольной группы. Следовательно, перенесенные психотравмирующие воздействия, вызванные участием в боевых операциях, не проходят бесследно для психического состояния участников.

Для того чтобы определить механизм формирования негативных состояний, в ходе проведенных исследований была проанализирована динамика психологических характеристик личности в процессе длительной адаптации к боевым условиям. С этой целью обследовалась группа военных летчиков (36 человек), проходивших службу на территории ДРА. Обследование проводилось ежемесячно в течение первого полугода их службы в экстремальных условиях.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что в процессе адаптации к экстремальным условиям деятельности отмечается устойчивая тенденция к повышению показателей по шкалам невротической триады: *Hs* (ипохондрия), *D* (депрессия), *Hу* (истероидность). Это свидетельствует о возникновении определенной невротической симптоматики и психологической усталости (различие между показателями, полученными на 5-м месяце адаптации и первоначальными замерами достигало достоверного уровня значимости – $p < 0,05$).

По психотическим шкалам – *Pa* (паранойяльность), *Pt* (психастения), *Sc* (шизоидность) в первые три месяца деятельности в экстремальных условиях не отмечалось существенного изменения показателей, а затем (4–5-й месяцы) наблюдалась тенденция к их повышению, что указывало на ухудшение психического состояния. Некоторое повышение значений отмечалось и по шкале *Pd* (психопатия), это может быть объяснено частичным изменением норм социального поведения в экстремальных условиях деятельности. В то же время отмечается устойчивая тенденция снижения показателей по шкале *Si* (социальная интроверсия), что свидетельствует о наличии у обследуемых потребности в общении и социальной поддержке. Снижение параметров психического состояния было отмечено и по результатам анализа динамики показателей обследуемых по тестам *16PF* и Айзенка. Это происходит вследствие снижения эмоциональной устойчивости (фактор *C*), возрастания тревожности (фактор *O*), психического напряжения (фактор *Q4*) и нейротизма.

Таким образом, анализ динамики психологических особенностей личности в процессе адаптации к экстремальным условиям деятельности и воздействию психогенных факторов витальной угрозы свидетельствует о том, что изменение структуры психологических характеристик в основном носит негативный характер. При этом чем больше длительность психоэмоциональных нагрузок и более интенсивно воздействие психогенных факторов реальной угрозы, тем более тяжелы последствия для психического состояния военнослужащих. С определенной уверенностью можно полагать, что у подавляющего большинства военнослужащих уровень удовлетворительной адаптированности к воздействию факторов реальной витальной

Результаты психофизиологического обследования военнослужащих до, во время и после ведения боевых действий

Период боевой деятельности	Количество обследованных	Практически здоровы	Астенодепрессивные реакции	Психотические реакции
Период подготовки к бою	83 (100%)	59 (71%)	24 (29%)	—
Период ведения боевых действий	300	47	148	105
Период отдыха	95 (100%)	16 (17%)	21 (22%)	58 (61%)
Всего (%)	478 (100%)	122 (25%)	193 (40%)	163 (35%)

угрозы не достигается, а эффективность деятельности в подобных условиях определяется уровнем психических и физиологических резервов. Следовательно, "ценой" эффективности военно-профессиональной деятельности в экстремальных условиях является истощение функциональных резервов организма, а также значительная астенизация и психопатизация личности. Можно предположить, что в подобных условиях рано или поздно должен произойти срыв адаптации.

Однако большинство участников боевых действий на Северном Кавказе не подвергались столь длительному воздействию факторов реальной витальной угрозы. Для подавляющего числа военнослужащих срок пребывания в зоне военного конфликта ограничивался тремя месяцами. С целью изучения динамики психического состояния были проанализированы состояния военнослужащих (группы) федеральных войск на основе результатов психологического обследования, проведенного в различные периоды боевых действий.

Общая характеристика психического состояния военнослужащих в зависимости от личностных особенностей и периода боевой деятельности представлена в таблице. Как следует из нее, среди военнослужащих, принимавших участие в ведении боевых действий, лишь 25% по результатам психологического обследования и осмотров специалистами могут быть признаны практически здоровыми. Остальные в определенной мере нуждались в специализированной медико-психологической помощи, так как у них были отмечены признаки различных нарушений. В меньшей степени нуждались в помощи военнослужащие, обследованные в период подготовки к бою, но, тем не менее, у 29% из них отмечена астено-депрессивная симптоматика. Среди военнослужащих, обследованных в период ведения боевых действий, астено-депрессивная симптоматика наблюдалась у 49% личного состава, признаки психотических реакций – у 35%. Среди военнослужащих, обследованных в период отдыха, астено-депрессивная симптоматика была у 22%, признаки психотических реакций у 61% личного состава.

Астено-депрессивные симптомы у военнослужащих выражались в постоянном чувстве тревоги, страха, нарушении сна, снижении физической работоспособности, подавленном настроении, в некоторых случаях – проявлении аутизма или повышенной возбужденности, предъявлении большого количества жалоб на самочувствие и др. Для психотической симптоматики было характерно наличие чувства страха, нервные тики, ступорозные или эксплозивные реакции, временное нарушение сознания вплоть до возникновения зрительных или слуховых галлюцинаций, нарушение адекватности восприятия происходящего, частичная деперсонализация и социальная дезадаптация.

Результаты психологических обследований, наблюдений и бесед с военнослужащими позволили определить динамику формирования и развития психических нарушений. Так, формирование предпосылок к психическим нарушениям происходит в период подготовки к ведению боевых действий. На данном этапе отмечается

перенапряжение механизмов нервно-эмоциональной регуляции, что приводит у некоторых военнослужащих к срыву адаптации и проявляется в разнообразных астено-невротических реакциях и состояниях. Наивысшего пика выраженность астенических состояний достигает в период ведения боевых действий, когда угроза смерти как никогда реальна, но на этом же этапе происходит трансформация невротических нарушений в психотические реакции. После завершения боевых действий или вывода из них военнослужащих на кратковременный отдых выраженность астенизации и возрастание признаков психотической симптоматики снижаются. Таким образом, воздействие психотравмирующих факторов боевых условий затрагивает прежде всего эмоциональную сферу, а затем в силу личностных особенностей у многих военнослужащих нарушается регуляция поведения, а также морально-нравственной и когнитивной сфер.

Следует обратить внимание на то, что среди обследованных военнослужащих психические нарушения (реактивные психозы) были отмечены лишь у 1,4% личного состава. У подавляющего большинства, нуждающегося в специализированной помощи, нарушения не выходили за пределы психической нормы и были связаны с состоянием эмоциональной сферы. По нашему мнению, эмоциональные расстройства в одинаковой мере обусловлены как объективными, так и субъективными (личностными) причинами. Среди основных субъективных, вызывающих эмоциональные нарушения, можно назвать низкий уровень адаптационных возможностей личности и, в первую очередь, низкую стрессовую устойчивость, что в экстремальных условиях приводит к снижению физиологической и психической сопротивляемости, нарушению способности отбора и усвоения информации, а также к подавлению информацией, с которой участник боя не сталкивался ранее, и в которой не содержится запаса возможных позитивных ответных реакций, исходящих из прошлого опыта.

К объективным условиям возникновения эмоциональных нарушений у военнослужащих федеральных войск следует отнести отсутствие социальной поддержки. Например, из бесед с участниками боевых действий следует, что подавляющее их большинство ощущало бессмысленность и ненужность всего происходящего. К сожалению, этому весьма активно способствовали средства массовой информации. Множество публикаций, посвященных происходившим на Северном Кавказе событиям (особенно на начальных этапах: декабрь 1994 – февраль 1995), вызывало у военнослужащих крайне негативные реакции и способствовало усилиению чувства бессмысленности всего происходящего, своей ненужности.

Не менее важной проблемой исследования механизмов постстрессовых нарушений является определение времени, в течение которого происходит формирование предпосылок к их развитию. Представленные выше результаты исследований позволяют установить значимость различных периодов боевых действий для формирования последующих психогенных нарушений.

С достаточной уверенностью, основываясь на изучении динамики психологических характеристик военнослужащих в процессе ведения боевых действий, можно утверждать, что "слом" механизма психической регуляции наступает в период непосредственного ведения боевых действий. Именно в этот момент отмечается трансформация астено-депрессивных состояний в психотические реакции и психопатологические состояния, но наиболее негативные изменения в психическом состоянии отмечаются после завершения боевых действий или в перерыве между активными боями. Следовательно, наибольшее истощение психических ресурсов участников военных конфликтов наблюдается после завершения боевых действий. Поэтому мы вправе полагать, что характеристики психического состояния военнослужащих в данный период в полной мере могут свидетельствовать о степени наличия функциональных резервов и сохранности психической сферы. Вполне вероятно, что чем более негативны характеристики психического состояния военнослужащих после завершения боев, тем более тяжело будет протекать адаптация к нормальным условиям жизни и деятельности, тем выше вероятность развития PTSD-симптоматики.

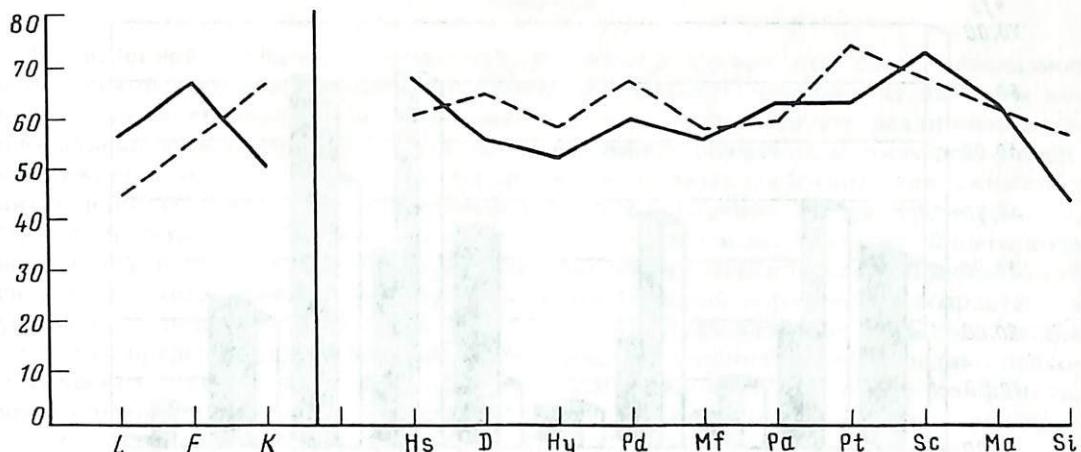


Рис. 1. Показатели теста СМИЛ у военнослужащих спустя 4–5 месяцев после прекращения боевых действий. Сплошная линия – военнослужащие, принимавшие участие в ведении боевых действий на территории Афганистана; прерывистая линия – военнослужащие, участвовавшие в боевых действиях на территории Чеченской республики

Чтобы представить возможные медицинские и социальные последствия для военнослужащих, участвовавших в ведении боевых действий на территории Чеченской республики, достаточно сопоставить психологические характеристики участников данных событий после завершения боевых действий и психологические характеристики воинов-афганцев в аналогичный период. Данное сопоставление приведено на рис. 1.

Представленные на рисунке усредненные профили, полученные по результатам обследования участников боевых действий через 4–5 месяцев после их завершения, имеют ряд отличий. Военнослужащие, которые вели боевые действия на территории Северного Кавказа, значительно отличались от участников афганских событий по 4-м шкалам: *D* (депрессия), *Pd* (психопатия), *Pt* (психастения), *Si* (социальная интроверсия). В то же время афганцы обладали более высокими значениями по 2-м шкалам: *Hs* (ипохондрия), *Sc* (шизоидность).

Полученные результаты позволяют охарактеризовать состояние участников афганских событий через 4–5 месяцев после прекращения боевых действий как состояние психологической усталости, наступившее вследствие перенесенных психотравмирующих обстоятельств и обусловленное снижением нервно-эмоционального напряжения в процессе реадаптации к обычным условиям жизни и деятельности. Вполне вероятно, что подобное состояние в определенной степени можно рассматривать как адекватное ситуации, в которой проводилось обследование.

В то же время для участников чеченских событий через 4–5 месяцев после завершения боевых действий было характерно значительное нервно-эмоциональное напряжение и высокий уровень тревоги (шкалы *D*, *Pt*), социальная отчужденность (*Si*) и затруднения в восприятии общепринятых социальных норм (*Pd*). Следовательно, можно утверждать, что несмотря на значительный период времени, прошедший после завершения боевых действий на территории Северного Кавказа, у лиц, принимавших в них участие, по-прежнему сохранялся высокий уровень нервно-эмоционального напряжения. Они испытывали значительные затруднения в социальной адаптации и построении контактов с окружающими.

Таким образом, есть все основания утверждать, что перенесенные участниками боевых действий на территории Чеченской республики психотравмирующие события имеют более выраженный негативный характер в сравнении с аналогичными событиями, пережитыми военнослужащими в Афганистане. Это подтверждает и анализ процентного превышения характеристик общепринятой психической нормы

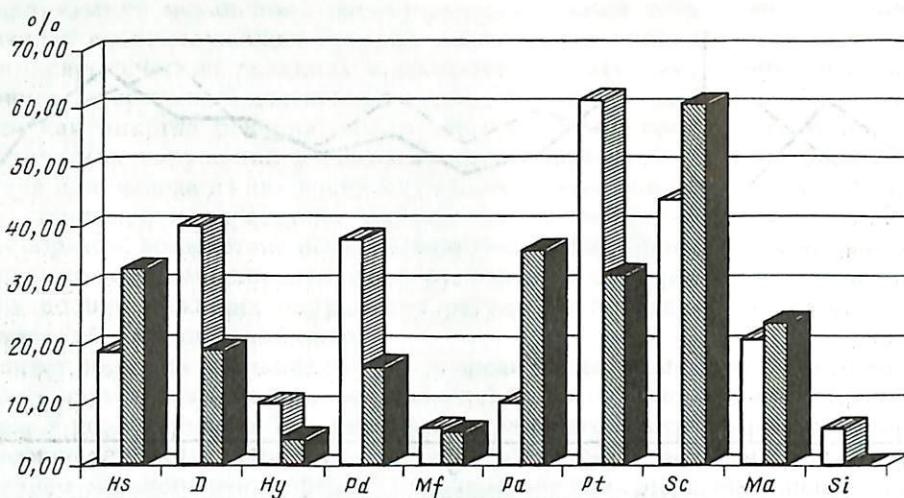


Рис. 2. Соотношение лиц с превышением значений по шкале теста СМИЛ среди военнослужащих, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Северного Кавказа и Афганистана. Светлые столбки – военнослужащие, участвовавшие в боевых действиях на территории Чеченской республики; темные столбки – военнослужащие, принимавшие участие в ведении боевых действий на территории Афганистана

(показатели шкал теста СМИЛ) у участников рассматриваемых событий. Так, у военнослужащих – участников ведения боевых действий на территории Северного Кавказа (рис. 2) – через 4–5 месяцев после их завершения превышение значений (свыше 70-ти T-баллов) по шкалам *D* (депрессия) и *Pd* (психопатия) отмечалось у 40% обследованных, что в два раза выше показателей, полученных при аналогичном обследовании военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях на территории Афганистана. Около 60% участников чеченских событий имели превышение по шкале *Pt* (психастения). Это также в два раза больше, чем среди военнослужащих, участвовавших в боевых действиях на территории Афганистана.

Таким образом, из 10 базовых шкал теста СМИЛ по 7 шкалам ветераны чеченских событий превосходят ветеранов Афганистана по количеству лиц, у которых отмечено превышение характеристик общепринятой нормы. Также следует заметить, что если у лиц, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Афганистана, превышение значений характеристик психической нормы через 4–5 месяцев после прекращения боев в целом наблюдалось у 72% обследованных, то у ветеранов чеченских событий подобное превышение отмечено у 96% военнослужащих.

Одна из основных задач проведенного исследования заключалась в том, чтобы сопоставить психологические характеристики военнослужащих, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Чеченской республики, с характеристиками ветеранов Афганистана, и на основе этого попытаться спрогнозировать вероятные социальные и медико-психологические последствия перенесенных психотравмирующих ситуаций. Актуальность данной проблемы связана с повышением риска возникновения разнообразных катастроф, среди которых наиболее опасны социальные, в том числе, военные конфликты или войны. Их последствия длительное время отражаются на состоянии здоровья участников этих событий. При этом следует учитывать, что у большинства ветеранов подобных военных конфликтов на момент завершения или прекращения боевых действий возраст едва достигает 20 лет и впереди у них целая жизнь. Поэтому для того чтобы иметь возможность оказывать действенную помощь ветеранам локальных войн и военных конфликтов, способствующую их возвращению к активной жизни и деятельности, необходимо в первую очередь иметь представление о возможных последствиях произошедших событий и о том, какова должна быть эта помощь.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что "слом" механизмов психической регуляции в условиях военного конфликта происходит на этапе непосредственного ведения боевых действий. Ему предшествуют различные эмоциональные нарушения. Однако основное негативное психическое состояние у военнослужащих отмечается после прекращения боевых действий или снижения интенсивности боев. Данный феномен изучался в научной литературе и раньше. Например, известно, что частота стрессовых реакций зависит как от общего хода войны, так и от стратегической инициативы войск. Психическая заболеваемость снижается, когда боевые действия носят динамичный характер, и возрастает в условиях позиционной войны [4, 11, 19, 22, 24]. Следовательно, для того чтобы получить представление о возможных социально-психологических и медико-психологических последствиях для участников того или иного военного конфликта, необходимо сопоставить характеристики психического состояния военнослужащих после прекращения боевых действий.

Представленный материал указывает на то, что характеристики психического состояния участников военного конфликта на Северном Кавказе после завершения боевых действий более негативны, чем аналогичные характеристики военнослужащих, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Афганистана. Даже через 4–5 месяцев после завершения боевых действий у ветеранов чеченских событий отмечается значительный уровень нервно-эмоционального напряжения и тревоги, что обычно характерно для стрессовых ситуаций. Следовательно, процесс реадаптации к обычным условиям жизни и деятельности у них протекает более тяжело.

Подобная характеристика процесса реадаптации, по нашему мнению, обусловлена тремя факторами. Во-первых, степенью интенсивности психотравмирующих нагрузок, перенесенных ветеранами чеченских событий во время ведения боевых действий. Во-вторых, социально-психологическими особенностями современного молодого поколения. В-третьих, отношением государства и общества к участникам этих событий.

Говоря об интенсивности перенесенных ветеранами чеченских событий психоэмоциональных и психотравмирующих нагрузок, обусловленных характером ведения боевых действий, следует отметить, что сила психоэмоциональных нагрузок военнослужащих федеральных войск, принимавших участие в военном конфликте на Северном Кавказе, была более значительна, нежели у военнослужащих, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Афганистана. Так, например, при опросах и собеседовании с офицерами и прaporщиками – афганцами и "кавказцами" – 100% респондентов на вопрос о соотношении интенсивности боевых действий и тяжести психического состояния показали, что интенсивность боевых действий и степень испытываемых психоэмоциональных нагрузок на Северном Кавказе была выше. Это было обусловлено не только интенсивностью боев, но и целым рядом субъективных факторов, среди которых в первую очередь надо назвать отсутствие обоснованной официальной версии целесообразности ведения боевых действий в данном регионе, в которую могли бы поверить и которую могли бы поддержать большинство военнослужащих, участвовавших в этих событиях.

Особенности социально-психологических характеристик современного молодого поколения, как следует из представленного материала, создают трудности адаптации к реальной витальной угрозе. Ценой эффективности деятельности в подобных условиях является истощение физиологических и психических ресурсов. Однако психологические особенности личности определяют не только время, в течение которого человек может успешно действовать в экстремальных условиях, но и насколько быстро и успешно он может вернуться к обычной жизни. По имеющимся у нас экспериментальным данным, в период с 1986 по 1995 гг. произошло определенное

ухудшение не только социальных, но и психологических характеристик молодых людей. Подобное явление, по нашему мнению, обусловлено переживаемым Россией социально-экономическим кризисом. К сожалению, за этот период отмечено снижение у лиц в возрасте 18–20 лет уровня нервно-психической устойчивости – характеристики, во многом определяющей степень стрессоустойчивости, а это, в свою очередь, значительно снижает вероятность успешной реадаптации после перенесенных психотравмирующих ситуаций. Следовательно, вероятность успешной реадаптации ветеранов чеченских событий после прекращения боевых действий с учетом их социально-психологических особенностей ниже, чем у поколения ветеранов Афганистана.

Немаловажную роль в развитии у ветеранов военных конфликтов постстрессовых нарушений играют отношения между ними, с одной стороны, и государством и обществом, с другой. Как известно, важнейшее условие предотвращения развития *PTSD*-симптоматики у участников боевых действий – это сохранение или быстрое восстановление и гармонизация морально-нравственной сферы, а этому в значительной степени способствуют отношение к ветеранам окружающих их людей и официальная политика государства.

К сожалению, сопоставление ситуации вокруг ветеранов чеченских и афганских событий свидетельствует о том, что участники боевых действий на Северном Кавказе, находятся в менее благоприятных условиях. Так, если ветераны Афганистана определенное время испытывали на себе ореол героев, что весьма благотворно сказалось на психическом состоянии в начальный период реадаптации [2, 8], а также имели определенные социальные и экономические льготы и поэтому чувствовали себя более уверенно, то ветераны чеченских событий после прекращения боевых действий сталкиваются с теми же проблемами, что и все население страны в период социально-экономического кризиса. Более того, их статус, прежде всего, – социально-правовой, до настоящего времени не определен. По-прежнему не только отсутствует официальное мнение о причинах, обусловивших необходимость ведения боевых действий на территории Северного Кавказа, но и самое главное – не определена политика государства по отношению к лицам, которые были привлечены к участию в этом военном конфликте.

Таким образом, проведенный анализ результатов экспериментальных исследований психологических особенностей ветеранов войны в Афганистане и чеченских событий 1994–1996 гг. позволяет утверждать, что последние будут для ее участников и общества в целом более негативны и более значимы. Если сегодня есть данные, что среди ветеранов войны на территории Афганистана *PTSD* диагностировано 10–15% участников этих событий, а частичные симптомы выявлены еще у 20–30% [16], то можно вполне обоснованно полагать, что у ветеранов чеченской войны эти показатели будут выше в 1,5–2 раза. Аналогичную картину, вероятно, можно будет наблюдать и в социальной сфере.

Для предотвращения последствий военного конфликта на Северном Кавказе или хотя бы частичного блокирования их проявлений, по нашему мнению, необходимо официально сформулировать отношение государства и общества к ветеранам этих событий и как можно быстрее разработать действенную систему мероприятий (на уровне государственной программы) по оказанию им специализированной медико-психологической, социальной и экономической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П. Психогенез в экстремальных условиях. М., Медицина. 1991. С. 96.
2. Боченков А.А., Маклаков А.Г., Мухин А.П., Чермянин С.В. Динамика социально-психологического и психофизиологического состояния моряков экипажа атомной

- подводной лодки "Комсомолец" в постстрессовый период // Психол. журн. Т. 16. № 1. 1995. С. 52–63.
3. Владычко С.Д. Душевные заболевания в Порт-Артуре во время осады // Воен.-мед. журн. 1907. Т. 218, кн. 1. С. 108–118; кн. 2. С. 318–326.
 4. Воробьев А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму // Воен.-мед. журн. 1991. № 8. С. 71–74.
 5. Гиляровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. М., 1946.
 6. Знаков В.В. Письмо в редакцию (сравнительный анализ психологических последствий участия в войне для ветеранов Вьетнама и Афганистана) // Психол. журн. 1990. Т. 11. № 5. С. 164.
 7. Лурия А.Р. Восстановление функции мозга после военной травмы // Афазия и восстановительное обучение: тексты. М., 1983. С. 143–148.
 8. Маклаков А.Г. Психологические основы обеспечения профессионального здоровья военнослужащих. Автореф. дис. док. психол. наук. СПб., 1996.
 9. Освальд Л. Вы не одиноки (письмо вьетнамского ветерана ветеранам Афганистана) // Журналист. МГУ. 1991. 17 июня. С. 143–148.
 10. Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С.В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Воен.-мед. журн. 1991. № 9. С. 11–15.
 11. Рончевский С.П. Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время // Вопросы психиатрической практики военного времени. Под ред. В.П. Осипова. Л., 1941. С. 38–91.
 12. Смирнов В.К., Шпилена Л.С., Руставович А.В. К структуре боевой психической патологии / Опыт советской медицины в Афганистане: Тез. докл. Всеарм. науч. конф. М., 1992. С. 111–112.
 13. Солдатенков Н. Война, которую не могут забыть // АиФ. 1991. № 28.
 14. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: Современное состояние проблем // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
 15. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Ласко Н.Б., Orr C.Ф., Pitman R.K. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 30–45.
 16. Якушкин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в Реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 5. С. 102–105.
 17. Ahearn F. Disaster and mental health: A pre-and postearthquake comparison of psychiatric admission rates // Urban and social change review. 1981. V. 14. P. 22–28.
 18. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Ed. 3. Washington, American Psychiatric Association, 1980.
 19. Belenky G.L., Tyner C.F., Sodetz F.G. Israeli battle shock casualties: 1973. and 1982. USA: Walter Reed Army Institute of Research. 1983.
 20. Booth B., Fitch F. Eatrtshok. London-Toronto-Melbourne., 1979.
 21. Egendorf A., Kadushin C., Laufer R., Rothbart G., Sloan L. Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of Veterans and their peers. N.Y.: Center for Policy Research, 1981.
 22. Jones F.D. Combat stress: tripartite model // Rev. Int. Serv. Sante Armees. 1982. T. 55. N hors ser. P. 247–254.
 23. Hendlin H., Haas A.P. Suicide and Guilt as Manifestations of PTSD // Am. J. Psychiatry. 1984. V. 148. № 5. P. 586–591.
 24. Hibler R.J. Battlefield stress: management techniques // Milit. Med. 1984. V. 149. № 1. P. 5–8.
 25. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. N.Y., 1941.
 26. Kulka R., Schlenger W., Fairbank J.A. National Vietnam Veteran Readjustment Study, 1988.
 27. Orr S.P. Psychophysiological Studies of PTSD // Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder / Ed. E.L. Giller. Washington, 1990. V. 52. P. 137–157.
 28. Orr S.P., Clainborn T.M., Altman B., Forgue D.F., De Jong J.B., Pitman R., Herz L. Psychometric profile of PTSD. Anxious and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with psychophysiological Responses // J. Consulting and Clin. Psychol. 1990. V. 58. № 3. P. 329–335.
 29. Penk W., Allen I. Clinical Assessment of PTSD among American Minorities who Served in Vietnam // J. Traumatic stress. 1991. V. 4. № 1. P. 41–66.

30. Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F., De Long J., Clairborn T.M. Psychophysiological assessment of PTSD in Vietnam combat veterans // Archives of General Psychiatry. 1987. V. 44. P. 970–975.
31. Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F., Altman D., De Jong J., Herz L. Psychophysiological Responses to combat Imagery of V.V. with PTSD versus Other Anxiety Disorders // J. Abnormal Psychol. 1990. V. 99. № 1. P. 1–6.
32. Solursh L. Combat addiction PTSD reexplorer // Psychiatric J. of the University of Ottawa. 1988. V. 13. P. 17–20.
33. Stutman R., Bliss E. PTSD, hypnotizability and imagery // Am. Psychiatry., 1985. V. 142. P. 741–743.
34. Van der Kolk B., Greenberg M., Boyd H., Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Toward a psychobiology of PTSD // Biological Psychiatry. 1985. V. 20. P. 314–325.

* * *

**ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ
ПРОВОДИТ ОБУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ПСИХОТЕРАПИИ ВРАЧЕЙ,
ПСИХОЛОГОВ И РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ**

7–13 апреля	Основы сексологии, сексопатологии, психотерапия сексуальных расстройств
8–12 апреля	Эриксоновский гипноз (1 цикл)
14–18 апреля	Эриксоновский гипноз (2 цикл)
10–13 апреля	Гештальттерапия (1 цикл)
15–18 апреля	Гештальттерапия (2 цикл)
14–18 апреля	Психодрама (1 цикл)
20–24 апреля	Психодрама (2 цикл)
20–23 апреля	Психосинтез (1 цикл)
24–27 апреля	Психосинтез (2 цикл)
11–15 мая	Эриксоновский гипноз (3 цикл)
17–21 мая	Эриксоновский гипноз (4 цикл)
23–27 мая	Психология женского обаяния
11–15 мая	Детский психоанализ (1 цикл)
17–21 мая	Детский психоанализ (2 цикл)
23–27 мая	Семейная терапия при работе с подростками
29 мая – 2 июня	Семейная терапия
29 мая – 2 июня	Арттерапия (1 цикл)
4–8 июня	Арттерапия (2 цикл)
10–14 июня	Арттерапия (3 цикл)
16–20 июня	Танце-двигательная терапия
5–8 июня	Гештальттерапия (3 цикл)
10–13 июня	Гештальттерапия (4 цикл)
10–19 июня	Лечение зависимостей: психотерапия, лекарственное лечение, кодирование и гипноанализ

**ЗАПИСЬ НА СЕМИНАРЫ ПО ТЕЛЕФОНАМ: (095) 492-66-33 (8–16 час.);
497-11-16 (16–22 час.)**