

Учение о «травматических неврозах» связано с несколькими факторами. Прежде всего – это (как ни парадоксально) прогресс цивилизации и научно-техническая революция. Однако самыми тяжелыми психотравмами (дистрессами) являются боевые действия, пытки, присутствие при насильственной смерти, транспортные катастрофы, пожары т.е. практически почти всё присущее стихийным бедствиям и катастрофам.

Начало учения о травматических неврозах можно отнести к концу 18-го века. В Англии (чуть позже в САСШ и Германии) в это время начинается научно-техническая революция, механизация производства, развитие транспортной сети, что в свою очередь привело к росту пострадавших от несчастных случаев (аварий, катастроф и пр.). В 1866 году английский хирург Эриксен описывает «сотрясение спинного мозга, нервный шок и другие невыясненные повреждения нервной системы» или «железнодорожный спинной мозг». Эриксен связывал психические расстройства, проявляющиеся у пострадавших от катастроф, с изменениями в «мозговых оболочках и веществе спинного и головного мозга».

Немецкий психиатр Мели (1881), находившийся (по мнению А.И.Ющенко) под влиянием взглядов Брикке (1859) и Шарко (1878) на истерию пытался объяснить происхождение «травматического невроза» влиянием только психического воздействия, душевного возбуждения, испуга. Его идеи нашли своё подтверждение в трудах американских врачей Уилкса, Уолтона и Петнема. Они поддержали идею функциональной, истерической природы травматического невроза.

Первоначально «травматическими» расстройствами занимались преимущественно военные психиатры, исследующие эмоциональные реакции у жертв и участников искусственно созданной катастрофы – войны. Первое психиатрическое описание («солдатское сердце»), которое сделал Da Costa в 1871 году относится к боевым действиям времен гражданской войны в Америке (Попов Ю.В. и соавт., 1997). Во время гражданской войны в Америке психические нарушения рассматривались как проявления «ностальгии», что считалось разновидностью «меланхолии» или «слабо выраженным психозом» вследствие разочарования, недовольства и тоски («ностальгии») по дому (Glass A.J., 1966).

В 1884 году Шарко и его ученики (Рише, Бербез, Гиньон, Буверет) выдвинули в качестве основной причины «травматического невроза» эмоцию и шок.

Взгляды Бирда на неврастение и Шарко на истерию повлияли на подход французских, английских и американских врачей к травматическому неврозу, как к заболеванию, имеющему психогенно-эмотивное происхождение.

В Германии невролог Оппенгейм в 1889 году выпустил монографию «Травматические неврозы», которая повлияла на взгляды врачей в Германии и России (психоневрология России всегда чувствовала влияние психоневрологии Германии более, чем любой другой страны). В частности, по мнению Оппенгейма «травматические неврозы» имеют в основе изменения всей нервной системы и, даже, всего организма. Оппенгейм утверждал, что в патогенезе травматического невроза не менее важен происходящий при этом шок периферических нервов с молекулярными изменениями в них, передающимися с периферии на различные части ЦНС и парализующими как периферические, так и центральные части последней (Ющенко А.И., 1934).

Другой подход в понимании сущности человека в наиболее завершённом виде

содержится в концепции психоанализа Зигмунда Фрейда, которая оказала значительное влияние на разработку проблемы психогенных расстройств в ряде западных стран. В классической трактовке этой концепции полностью игнорируются социальные факторы и индивидуальное сознание. Это послужило источником пересмотра «классического» психоанализа и появлением различных модификаций, названных впоследствии «неофрейдизмом».

В период первой мировой войны, согласно источникам, цитируемым Jaspers K. (1997), после воздушных атак английской авиацией в психиатрические клиники Берлина попадали люди страдающие бессонницей и страхами, которые прекращались в плохую непригодную для полетов бомбардировщиков погоду. Jaspers K. впервые классифицировал реактивные состояния согласно:

1. поводам, приводящим к возникновению реакции
2. психической структуре реактивных состояний
3. типу и психической конституции, предопределяющей реактивность личности.

Он же цитирует Christoffer (1919), который впервые выделяет «неврозы материальной компенсации» («рентные неврозы») после несчастного случая, «психоза землетрясения» и других катастрофических психозов. Повод, по мнению Jaspers K., должен быть адекватен состоянию, содержание переживания должно быть связано с содержанием аномальной реакции, а аномальная реакция должна кончиться после ликвидации ее первопричины или постепенно сойти на нет.

В годы первой и второй мировых войн такими терминами как «контузионный шок», «боевое истощение», «артиллерийский шок» и «боевой (военный) невроз» чаще всего объясняли эмоциональное состояние при (после) физических травмах и ранениях. В начале 20 века у врачей не было уже сомнений в существовании особой группы психических расстройств, обязанных тяжелым переживаниям. Интересно, что одни из первых клинически верных описаний острых реакций на стресс и расстройств адаптации дали нам писатели Э. Хемингуэй, Р. Олдингтон, Э.М. Ремарк, которые описывали состояние солдат относящихся к «потерянному поколению» (*generatione perdu*), по определению Гертруды Стайн. В романе Эриха Марии Ремарк «Возвращение» так описываются переживания главного героя романа Эрнста Биркхольца, который вернувшись из окопов первой мировой войны пытается вернуться к мирной жизни: «...Тьма подкрадывается снова, и с ней – рокот артиллерийской пальбы. А откуда-то из далека, как-будто нас разделяют леса и горы, доносятся каплями падающие слова, которые мало-помалу приобретают смысл и проникают в сознание... Я слышу голос матери среди отдаленного грохота орудий ... опять я падаю, падаю, и опять вторгаются тени, и бесконечные волны их заливают меня, они все темнее и темнее... Медленно возвращается ко мне сознание, и я открываю глаза. Рядом стоит моя мать с побледневшим от ужаса лицом и смотрит на меня.». Не менее сильное описание «симптомов повторного переживания» дается в следующем отрывке этого произведения: «...Дует ветер, на горизонте синеют горы. И вдруг меня пронзает дикий страх. Вниз...вниз...под прикрытие...Ведь я совершенно не защищен, местность со всех сторон просматривается!...Я судорожно вздрагиваю, в ужасе раскинув руки, как безумный бросаюсь вперед, спешу спрятаться за дерево, дрожу, задыхаюсь...Через секунду перевожу дыхание. Прошло...только через несколько минут прихожу в себя.». Герой романа Ричарда Олдингтона «Все люди – враги» Энтони Кларендон после возвращения домой с фронта каждую ночь испытывает кошмары и ночные ужасы

сопровожденные выраженной нейровегетативной дисфункцией: «...Он обернулся, не помня себя от ужаса, увидел оскаленные черепа и немецкие шлемы... Все кончено, они одолели его. Он попытался вскрикнуть, но язык беспомощно ворочался в пересохшем рту, и у него вырвался какой-то хриплый стон...Энтони лежал неподвижно поперек кровати, с трудом переводя дыхание и прислушиваясь к частым глухим ударам своего сердца...Суставы правой руки нестерпимо болели...Пижама его насквозь промокла от пота...он не в состоянии был что-либо отчетливо сознавать...».

Исследования несчастий и катастроф всё чаще стали проводить и психиатры. В Америке были тщательно исследованы самые разнообразные трагические события, которые остались в памяти потомков только благодаря научному описанию врачей-психиатров, такие как «пожар в ночном клубе в Кокосовой роще» в 1942 г. (Adler A., 1943; Lindermann E., 1944), наводнение 1972 г. (Erikson K.T., 1976; Gleser G.C., 1981), извержение вулкана в 1980 г. (Shore J.H. et al., 1986; Shore J.H. et al., 1989), авария на атомной станции Three Mile Island (по данным World Health Organization, 1991).

Но именно войны, как уже упоминалось давали самый обширный материал для исследований. Стрессовые реакции развивающиеся у участников вооруженных конфликтов получали самые различные названия: «травматический военный невроз» (Kardiner A., 1941; Kardiner A., Spiegel H., 1947), «военная усталость» (Swank R.L., 1949), «боевое истощение» (Grinker R.R. et al., 1946). В 1947 году A. Kardiner впервые дал всеобъемлющее клиническое описание стрессовых реакций («хронический военный невроз») обусловленных участием в боевых действиях:

1. возбудимость и раздражительность
2. безудержный тип реагирования на внезапные раздражители
3. фиксация на обстоятельствах травмировавшего события
4. уход от реальности
5. предрасположенность к неуправляемым, агрессивным реакциям.

Теоретические положения науки о ПТСР основываются прежде всего на работах Ганса Селье об общем адаптационном синдроме (Selye H., 1936), теории когнитивного диссонанса Леона Фестингера (Festinger L., 1957), на модели Horowitz M.J. (1975). На его работах следует остановиться несколько подробнее. Он выделил три основных группы симптомов:

1. чрезмерное возбуждение, включая вегетативную лабильность, диссомнии, тревогу, навязчивые воспоминания, избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической.
2. периодические приступы депрессивного настроения с ангедонией, алекситимией, эмоциональной оцепенелостью, отчаянием и чувством безысходности.
3. черты истерического реагирования в виде астазии-абазии, мутизма, амблиопии, параличей.

В том или ином варианте эти симптомы проходят через большинство работ посвящённых ПТСР.

Кроме того Horowitz M.J. (1985) описал фазы ПТСР:

1. Отчаяние – острая тревога без ясного осознания значимости произошедшего
2. Отрицание – бессонница, амнезия, реакция ухода, оцепенение, соматические симптомы
3. Навязчивость – взрывные реакции, эмоциональная лабильность, хроническое состояние гиперактивности с нарушениями сна
4. Прорабатывание – понимание причин травмы и горя

5. Завершение – новые планы на будущее.

Из других работ положивших основу изучения ПТСР следует упомянуть работы Neiderland W. (1968) о синдроме выживания и работы Kristal H. (1986) о массовой травме. В дальнейшем изучение проблемы психического здоровья военнослужащих и гражданских лиц, участвовавших в вооруженных конфликтах, было продолжено в связи с войной в Корее и впервые была предпринята попытка включить эти расстройства в DSM (Dobbs D., Wilson W.P., 1960; Archibald H.C., Tuddenham R.D., 1965; Beebe G.W., 1975; Sutker P.B. et al., 1991).

Войну в Корее и психические расстройства у солдат олицетворяет стихотворение – песня из кинофильма «Последний дюйм»:

«Тяжёлым басом гудит фугас,
Ударил фонтан огня.
А Боб Кеннеди пустился в пляс:
Какое мне дело, до всех до вас,
А вам до меня» и т.д.

Но самый большой пик изучения психогений пришелся на годы войны во Вьетнаме и возвращения военнослужащих к мирной жизни. Не даром основным синонимом ПТСР является термин «Вьетнамский синдром» (Bourne P.S., 1970; Blum M.D. et al., 1984; Baker R.R. et al., 1989; Allen J.M., 1986; Escobar J.I. et al., 1983). Перечень работ посвященных различным аспектам стрессовых реакций очень велик. Когда американцы, воевавшие во Вьетнаме, вернулись домой, они создали большую проблему своим дезадаптивным поведением (гротескное изображение такого поведения мы видим в кинофильме «Рембо» у героя фильма в исполнении актера С. Сталлоне).

Особенно следует отметить важность коллективных работ Эгендорфа и Боуландера (1981). Эгендорф изучал сравнительный анализ особенностей адаптационного процесса на материале ветеранов вьетнамской компании и их невоевавших сверстников.

Боуландер изучал отсроченные реакции на стресс. Их работы легли в основу критериев диагностики посттравматических стрессовых расстройств.

Богатый материал для исследования дают изучение состояния жертв геноцида (начиная с Холокоста), изнасилований, аварий, узников концлагерей («синдром колючей проволоки», «синдром KZ»).

Война в Персидском заливе породила «синдром Персидского залива» или «синдром войны в заливе», т.к. проходила в чрезвычайно сложных для западных солдат условиях: длительное отсутствие передвижения, загрязненная среда, применение новых ранее не испытанных видов оружия (Shumacher H.Ralph., 1998). Симптомы поражения описаны самые разнообразные: от хронической усталости, одышки, учащенного сердцебиения, головной боли, головокружения, болей в суставах и нарушений пищеварения до хромоты и паралича. Подобные стрессовые ситуации вызывают физические симптомы не сразу, а по прошествии нескольких месяцев или даже лет, так же как это было с «отсроченным снарядным шоком» во время первой мировой войны.

Вышеизложенные проблемы послужили тому, что в начале в США (1980г.) в DSM-III были внесены диагностические критерии для определения нарушений, вызванных травмирующим воздействием стрессоров на психику человека. По мере изучения проблемы дальнейшие изменения были внесены в DSM-III-R, DSM-IV и DSM-IVTR.

В России изучение последствий катастроф и войн имеет свою историю. До русско-японской войны и революции (бунтов) 1905 года работ по изучению последствий

катастроф в России не было – использовалась в основном немецкая научная литература, в частности, тот же Оппенгейм.

Во время русско-японской войны 1904-1905 гг. М.О. Шейкович и С.А. Суханов обратили внимание на особую группу психогенных расстройств в структуре которых отразились напряженные события военного времени (Боброва И.Н., 1988). В 1910 году вышла фактически первая монография Л. Станиловского «Травматические невроты». До сих пор научный интерес представляет статья С.А. Суханова «Психоневроты военного времени» (1915). В своей работе Суханов выделяет 2 разновидности «травматического психонейроза». Первая разновидность – «та форма его, где в картине страдания дают о себе знать главным образом результаты общего сотрясения центральной нервной системы с тем или иным поражением периферических приборов органов чувств». Вторая разновидность – это «психогенная форма, фигурирующая обычно под видом травматической истерии».

В статье Козловской Г.В. и соавт. (1990) цитируется труд Л.Я. Брусиловского и соавт. (1928) о землетрясении в Крыму, который часто цитируется и упоминается и в других научных работах, в частности, в обзоре З.И. Кекелидзе, Б.П. Щукина (1997) и описывает «пандемию нервно-психического травматизма, который являясь шоком исключительного своеобразия и несравнимой силы, поражающей всю совокупность живых тканей организма и каждую систему в отдельности». Эта маленькая статья (или даже тезисы) до сих пор поражает своей актуальностью и заслуживает того, чтобы привести её текст полностью в приложениях.

В отечественной психиатрической литературе практически нет данных о последствиях воздействия на психику участия в Великой Отечественной войне. Даже в художественной литературе до периода т.н. «перестройки» не было принято показывать бывших фронтовиков «потерянным поколениям». Одно из интересных описаний ПТСР у бывшего фронтовика мы нашли в повести Радия Погодина «Боль». Герой повести Василий Егоров вернувшись с фронта испытывал непсихотические психические расстройства описываемые так: «...иногда Васька начинал заикаться, хотя обычно в разговоре не заикался...иногда, и это было самым тяжелым, все чернело вокруг...в момент тьмы он мог переходить улицу, не замечая транспорта...Солдаты приносили с войны боль души. Почему он иногда заикается... Васька не знал, не задумывался, он вообще мало о чем задумывался...».

После Великой Отечественной войны исследованиями военного стресса и его последствий занимались Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский.

В России стимулом к изучению посттравматических психогений послужили трагедии к которым привели ураган 09.06.84г. в Иваново, землетрясение в Хорго и Ленинабаде в 1985 г., авария на Чернобыльской АЭС 26.04.86г., кораблекрушение в Новороссийске («Адмирал Нахимов») 31.08.86г., взрыв на железной дороге в Арзамасе 04.07.88г., землетрясение в Армении 07.12.88г., железнодорожная катастрофа в Уфе 04.06.89г., последствия войны в Афганистане, Таджикистане, Абхазии, Приднестровье и Чечне, а так же многие другие трагические события нашедшие свое отражение в работах отечественных психиатров: Либермана Ю.И. и соавт. (1990), Александровского Ю.А., Щукина Б.П. (1991), Александровского Ю.А., Румянцевой Г.М. и соавт. (1991), Панченко О.А. и соавт. (1996), Сидорова П.И. и соавт. (1997) и отечественных психологов Мухиной В.С. (1989), Решетникова М.М. (1990), Ольшанского Д.В. (1991), Абдурахманова Р.А. (1992), Боченкова А.А. и соавт. (1995) и многих других.

Участие нашего «ограниченного контингента» в войне в Афганистане и, особенно, война в Чечне принесли новое в изучение травматических расстройств, хотя, по прежнему, считалось, что чаще всего это «непатологические психоэмоциональные реакции» и значительного внимания не заслуживают. Чаще всего эти расстройства изучали психологи (Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова Н.Е. и соавт., 1992,1997). Основой этих работ послужили реальные сложности, которые испытывали при возвращении к условиям мирной жизни «афганцы и их близкие». В вышеперечисленных работах было доказано, что в целом боевой травматический опыт, полученный участниками локальных войн (Афганистан, Таджикистан, Чечня и т.д.) имеет такую же структуру, как и боевой опыт тех, кто воевал во Вьетнаме. У обследованных «афганцев» проявилась та же закономерность, что и у американских ветеранов войны во Вьетнаме – те из них у кого было диагностировано ПТСР, имели более тяжелый боевой опыт, чем здоровые испытуемые. По данным этих работ известно что ветераны Войны в Афганистане страдают от постоянного навязчивого вторжения в сознание неприятных воспоминаний, связанных с их военным опытом, а так же от чрезмерной раздражительности по различным поводам, что приводит у них к значительной алкоголизации или употреблению наркотиков. Они переживают чувства «отделенности», «отчужденности», психологической изолированности. Похожие проблемы испытывают участники боевых действий в Чеченской республике (Баранников А.С. и соавт., 2000; Епанчинцева Е.М., 2000; Набиркин Г.А., 2000; Сидоров П.И., 2000; Требухов С.Н. и соавт., 2000). Большой проблемой, порожденной локальными войнами является проблема беженцев, заложников, людей испытавших пытки (Насруллаев Ф.С. и соавт., 2000; Jacobsen L. et al., 1996; Arcel Libbi Tata et al., 1998; Боев И.В. и соавт., 1999; Якшин В.А. и соавт., 1999). В России впервые эти нарушения были внесены в МКБ-10 (The ICD-10 (1992) адаптированная для России).

Сформировались представления об острой реакции на стресс, посттравматическом стрессовом расстройстве, социально-стрессовых расстройствах (Александровский Ю.А., 1989-2000; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1998). Появилось много синонимов обозначающих клинические расстройства, таких как: травматический синдром, травматическая замкнутость, синдром катастроф, синдром переживших бедствие, афганский, чеченский синдромы, комбатантная акцентуация (комбатантная психопатия).