

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Научная статья

УДК 616.89

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Марина Анатольевна Демина¹, Юлия Анатольевна Козырева²

¹⁻² Санкт-Петербургский военный ордена Жукова институт войск национальной гвардии,
г. Санкт-Петербург, Россия

¹ maridem74@mail.ru

² monia.67@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена описанию клинической картины посттравматического стрессового расстройства и профилактике посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дезадаптивное поведение, боевая психическая травма, социальная адаптация, Международная классификация болезней, стрессоустойчивость

Для цитирования: Демина М.А., Козырева Ю.А. Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2021. № 4 (17). С. 76–78. URL: <https://vestnik-spvi.ru/2021/12/016.pdf>

PSYCHOLOGICAL SCIENCES

Original article

CLINICAL PICTURE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Marina A. Demina¹, Yulia A. Kozyreva²

¹⁻² Saint-Petersburg Military Order of Zhukov Institute of the National Guard Troops, Saint-Petersburg, Russia

¹ maridem74@mail.ru

² monia.67@mail.ru

Annotation. The article is devoted to the description of the clinical picture of post-traumatic stress disorder and the prevention of PTSD.

Keywords: post-traumatic stress disorder, maladaptive behavior, combat mental trauma, social adaptation, International Classification of Diseases, stress resistance

For citation: Demina M.A., Kozyreva Yu.A. Clinical picture of post-traumatic stress disorder // Vestnik of Saint-Petersburg Military Institute of the National Guard Troops. 2021. № 4 (17). P. 76–78. (In Russ.). URL: <https://vestnik-spvi.ru/2021/12/016.pdf>

Психическая травма нарушает нормальное течение жизни человека, делит ее на «до» и «после», она может иметь разные виды – война, катастрофа, физическое и сексуальное насилие. До недавнего времени учеными явно снижалась роль психической травмы в развитии различных изменений в психике человека, и лишь в 2000-х годах психотравме стало уделяться должное внимание.

Посттравматическое стрессовое расстройство имеет множество синонимов: эмоциональная травма, психологическая травма, эмоцио-

нальный стресс. Военные психологи выделяют «боевую психическую травму». При всей схожести этих терминов, между ними имеются различия по степени воздействия на человека и последствиям как незамедлительным, так и отдаленным. «Психическая Травма» – выходящее за рамки обычных человеческих переживаний некое событие в жизни человека, которое вызывает сильные страдания. Оно включает в себя беспомощность, интенсивный страх, ужас. Например, реальная опасность для детей и близких людей, угроза для собственной жизни, какая-либо катастрофа,

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

присутствие при чьей-либо трагической гибели, ситуация боевых действий [5].

В Международной классификации болезней (МКБ-10) раздел, посвященный последствиям психической травмы, выглядят следующим образом:

F43. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации;

F43.0 Острая реакция на стресс;

F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство;

F43.2. Расстройства адаптации;

20. Кратковременная депрессивная реакция;

21. Пролонгированная депрессивная реакция;

22. Смешанная тревожная и депрессивная реакции;

23. С преобладанием нарушения других эмоций;

24. С преобладанием нарушения поведения;

25. Смешанное расстройство эмоций и поведения;

28. Другие специфические преобладающие симптомы;

F43.8. Другие реакции на тяжелый стресс;

F43.9. Реакция на тяжелый стресс неуточненная [1].

Такая классификация дает простор для диагностики специалисту с любой точкой зрения на проблему и конкретного субъекта, но в практике наблюдается некий «перекос» в сторону диагноза - «нарушений адаптации», именно этот диагноз встречается чаще всего. Конечно, при любом посттравматическом расстройстве, нарушения адаптации присутствуют, т.к. они являются проявлениями клинической картины посттравматического стрессового расстройства (далее – ПТСР). Нарушения адаптации – это только часть проблемы ПТСР. В приоритетах отечественной психиатрии на первом месте стоит диагностика. Уровень развития диагностики в нашей психиатрии один из самых высоких в мире, чего нельзя сказать про лечение, т.к. оно в основном сводится к медикаментозной терапии.

Если обратиться к исторической справке, одно из первых систематизированных исследований было проведено в 1941 году А. Кардинером, который назвал изменения, вызванные военным стрессом, хроническим военным неврозом. Он считал, что военный невроз имеет физиологические и психологические причины, и практически полностью описал весь комплекс симптомов:

- возбудимость и раздражительность;
- безудержный тип реагирования на внезапные раздражители;
- фиксация на обстоятельствах травмировавшего события;
- уход от реальности;
- предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В середине 70-х годов, когда американское общество столкнулось с дезадаптивным поведением ветеранов Вьетнамской войны, интерес к проблеме последствий боевой психической травмы усилился. Среди раненых и покалечен-

ных ПТСР развилось у 42 % [3].

В СССР практический интерес к данной проблеме возник во время и после войны в Афганистане. У 109 из 195 обследованных ветеранов этой войны наблюдались случаи проявления неврозов и невротических реакций. Публикации на тему ПТСР появляются в России в конце 80-х годов, диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» окончательно оформился к 1987 году и вошел в третье исправленное издание Американской психиатрической Ассоциации «Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям».

Боевые действия в Чечне по сравнению с таковыми в Афганистане признаны более негативными и психотравмирующими для участников и общества в целом. По данным А.Г. Маклакова, среди ветеранов Афганистана ПТСР выявлено у 10–15 % военнослужащих, а у ветеранов боевых действий в Чечне эти показатели в 1,5–2 раза выше [4].

Характер расстройств и их длительность определяется личностными особенностями, а также величиной и восполнимостью утрат. Независимо от причины, проявления ПТСР начинается чаще всего через 7–10 дней после окончания травматического события. На фоне депрессии, психологического напряжения и других проявлений психологического дискомфорта, появляются навязчивые воспоминания произошедшего, многократно прокручиваются эпизоды данного события [2].

Если говорить о «боевой психической травме», то надо учитывать, что это многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки в ответ на воздействие множества острых однократных психотравм. В данном случае необходимо учитывать множество психотравмирующих факторов: длительность воздействия, тревожные ожидания, физическое и психическое перенапряжение, недосыпание, голодание, а так же плен и нахождение в заложниках.

Военные психологи считают, что чем лучше происходит адаптация к боевым условиям у человека, тем выше риск последующей дезадаптации. Реакция на боевую психическую травму – запоздалая, начало проявляется после вывода из зоны боевых действий и попадания в спокойную обстановку, может проявиться через несколько месяцев или даже лет. В период участия в боевых действиях высвобождаются витальные аффекты и активизируются подкорковые инстинктивные механизмы с последующим их закреплением. Последующие расстройства характеризуются однотипностью клинических проявлений. Содержания переживаний – навязчивые мысли и воспоминания об эпизодах прошедших событий. Впоследствии формируются достаточно специфические черты личности дефензивно-эпилептоидного типа. Возврат к миру является дезадаптивным фактором, а при попадании вновь в экстремальные условия многие проявления ПТСР редуцируются.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Люди, страдающие ПТСР, достаточно редко самостоятельно обращаются за помощью. Ветераны – не исключение. Исследование мотивации обращения в отделение реабилитации «ветеранов Чеченских событий» проведенное психотерапевтом Е.О. Александровым показывает, что 77,08 % ветеранов обращаются за помощью по настоянию родственников. Самостоятельно, из-за проблем со здоровьем, обращаются 16,67 % ветеранов и 3 % всех обращений происходят из-за проблем с законом [4].

Несмотря на множество теорий и методик лечения посттравматического стрессового расстройства, продолжают поиски и наработки все новых и новых подходов к повышению эффективности посттравматической терапии т.к. каждая методика или теория берет во внимание только одну часть процесса, оставляя без внимания все остальное.

Для того чтобы помочь человеку с посттравматическим стрессовым расстройством, необходим комплексный, интегральный подход к терапии, и чем раньше и профессиональнее будет оказываться помощь, тем лучше прогноз.

Цель лечения – душевное здоровье и социальная адаптация человека, перенесшего психическую травму. Сложность вопроса в том, что людям с бое-

вой психической травмой данное определение цели терапии не совсем подходит. Ветераны, зачастую, сами определяют цели терапии, и они чаще всего не совпадают с целями терапевта. Льва невозможно сделать декоративной собачкой. Душевное здоровье и социальную адаптацию они понимают по-своему. «Отнять» память о пережитом у них все равно, что убить. Целью терапии ветеранов войн является максимальное ослабление болезненных явлений посттравматического синдрома, таких как депрессии, болезненные эхомнезии, чрезмерная агрессивность и т. д.

Основной критерий успешности терапии – способность пациента свободно, без патологических реакций, говорить о пережитом.

Почему ПТСР развивается у многих, но не у всех? До конца не известно, но по утверждению американского ученого, специалиста по ПТСР Р. Фленери существует три фактора свойственных стрессоустойчивым людям:

- использование разумного контроля,
- развитие и укрепление связей с другими людьми,
- установление жизненных целей.

В сложных ситуациях стрессоустойчивые люди ищут социальную поддержку, обладают чувством юмора и заботятся о других людях.

Список источников

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Изд-во Медицина, 1993. 398 с.
2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани норм и патологий. М.: Наука, 1987. 125 с.
3. Преморбидные состояния в экстремальной медицине и экстремальной психологии: монография / Довгуша В.В., Кудрин И.В., Кудрин А.И. [и др.]. СПб.: ГУП НИИ пром. и морской медицины, 2003. 282 с.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы // Военно-медицинский журнал. 1997. № 4. С. 22–26.
5. Патопсихология экстремальных состояний: учебное пособие / Н.И. Лосев, Н.К. Хитров, С.В. Грачев. М.: ММИ, 1988. 71 с.

Информация об авторах

М.А. Демина – кандидат педагогических наук

Статья поступила в редакцию 22.11.2021;
одобрена после рецензирования 17.11.2021;
принята к публикации 27.12.2021.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикаций. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the authors

M.A. Demina – Candidate of Sciences (Pedagogy)

The article was submitted 22.11.2021;
approved after reviewing 17.11.2021;
accepted for publication 27.12.2021.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.