

УДК 616.891:[355.422/.424:612.014.31]

БОЕВОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО.

Хилькевич С.О.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
УО «Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

В концепции стресса (от англ. stress – напряжение), впервые сформулированной в 1936 году канадским физиологом Гансом Селье, выделяется два типа стресса – эустресс, как что-то оптимально переносимое психикой и необходимое для её благополучного функционирования, и дистресс - стресс, превосходящий индивидуальные ресурсы переносимости. Один и тот же стрессор может вызвать различные последствия у разных людей, что связано, по мнению Селье, с «факторами обусловливания», которые избирательно усиливают или тормозят то или иное проявление стресса.

Более радикальные стрессоры, находящиеся за пределами обычного человеческого опыта, являются для индивида травматическим событием. В современном понимании это - опыт столкновения субъекта с событием или ситуацией, представляющей угрозу для него самого (или его близких) и сопровождающейся интенсивным страхом, ужасом, беспомощностью (Heim, Nemeroff, 2009). При неблагоприятных обстоятельствах переживание травматического стресса может приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1].

Травматические события, которые могут вызвать боевое ПТСР, связаны с военными действиями и включают: массовые сцены убийства, международные, гражданские, политические, этнические и религиозные войны, геноциды, нахождение в плену и т.д. Главенствующую роль в развитии боевых ПТСР отводят непосредственной продолжительности нахождения в боевой ситуации и недостатку семейной и дружеской поддержки после окончания военных действий [7].

Впервые ПТСР было описано в США и включено в системы классификации психических расстройств в 1980 году на основе длительного изучения психического состояния военнослужащих американской армии, вернувшихся после войны во Вьетнаме.

Общий синдромогенез этого расстройства характеризуется следующими признаками:

1. Установление факта возникновения расстройства в связи с психической травмой.
2. Связь психических нарушений с сохранённой актуальностью для больного психотравмирующей ситуации.
3. Отражения в болезненных переживаниях больного психической травмы (критерии психологически понятных связей) [5].

В клиническом аспекте для ПТСР свойственно наличие трех основных симптомокомплексов (The Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2011) [3]:

1. Повторные переживания. У больных отмечается постоянное ощущение повторного переживания травмирующего события в виде навязчивых дистрессовых воспоминаний и мыслей. Ощущение того, что подобные события могут снова повториться, а также напоминание о них могут вызвать сильный психологический дистресс у пациента.

2. Избегание. Пациент настойчиво пытается избегать стимулов, ассоциирующихся с травмой, которые могут включать избегание мыслей, чувств, разговоров о травмирующем событии, а также деятельности, мест или людей, напоминающих о травме.

3. Повышенная возбужденность. У пациентов могут наблюдаться трудности с засыпанием или поддержанием сна, раздражительность со вспышками гнева, сверхнастороженность и чрезмерное реагирование на стимулы.

Различают острое, хроническое и отсроченное ПТСР. При остром ПТСР симптомы возникают и сохраняются в пределах 3 месяцев с момента травматического события. Хроническое характеризуется сохранением симптомов более 3 месяцев. Отсроченное ПТСР возникает после латентного периода (не менее 6 месяцев с момента жизнеопасного события), иногда длящегося годами [5].

Особенностью боевого ПТСР является то, что реакции, которые интерпретируются как клинические симптомы, являются показателями высокой адаптивности к боевым действиям. Например, в военной обстановке адаптивными являются повышенная возбудимость, сверхнастороженность, умение владеть собой и контролировать свои эмоции, столкнувшись с непредвиденными обстоятельствами, умение функционировать в условиях недосыпания (C.W. Hoge, 2011). Кроме того, проведенные исследования показали, что боевое ПТСР может представлять более устойчивую форму заболевания по сравнению с ПТСР вследствие других травматических событий, возможно, из-за возникающих впоследствии сопутствующих заболеваний (Milliken et al., 2007).

ПТСР характеризуется нарушениями функционирования, частыми суицидальными мыслями и высокими показателями коморбидности [8]. Чаще всего сопровождается трудностями в межличностных отношениях, хроническими болями, вегето-сосудистой симптоматикой, расстройством сна и сопутствующими психическими расстройствами. Из последних, наиболее частыми являются депрессия (66,7%), злоупотребление алкоголем и/или зависимость (33,3%), высокий риск суицидального поведения (25,6%), паническое расстройство (12,8%), дистимическое расстройство (10,3%) и генерализованное тревожное расстройство (10,3%) [7]. Именно эта симптоматика и позволяет выделить следующие клинко-психопатологические типы ПТСР: тревожный, астенический, дисфорический, диссоциативный, ипохондрический и смешанный [2].

Клиническое проявление ПТСР достаточно многообразно и условно может быть разделено на четыре группы симптомов: соматические, психические, эмоциональные и поведенческие (табл. 1) [3].

Таблица 1 — Основные проявления и симптомы ПТСР.

Затрудненное дыхание Головокружение Повышенное артериальное давление Обмороки Повышенная утомляемость Скрежетание зубами Головные боли Тремор Тошнота Болевые симптомы Обильное потоотделение Учащенное сердцебиение Судороги	Обвинение других людей Снижение умственных способностей Эпизоды спутанности сознания Чрезмерная настороженность Усиление или ухудшение возможностей ориентации в окружающей обстановке Навязчивые образы Ночные кошмары Нарушение абстрактного мышления Нарушение памяти Снижение концентрации внимания Трудности с принятием решений
СОМАТИЧЕСКИЕ	ПСИХИЧЕСКИЕ
▲ СИМПТОМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ▼	
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
Злоупотребление алкоголем Антисоциальное поведение Изменение повседневной активности Изменения в сексуальном поведении Изменение речевого поведения Невозможность расслабиться Изменение аппетита Высокий темп жизни Чрезмерное реагирование на стимулы Подозрительность Социальная самоизоляция	Ажитация Тревога Повышенная настороженность Избегание Депрессия Страх Состояние подавленности Грусть Чувство вины Неадекватная эмоциональная реакция Раздражительность Потеря контроля над эмоциями

Из общей популяции 90% взрослых, по крайней мере, один раз в жизни сталкивались с травматическими событиями (например, нападение, стихийное бедствие, дорожно-транспортное происшествие, военные действия, утрата близких), но лишь у 8% из них развивается ПТСР [7].

Согласно статистическим данным, частота развития боевого ПТСР значительно выше. Эпидемиологические исследования среди ветеранов Вьетнамской войны, позволили установить развитие ПТСР у 30% лиц, парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22% участников боевых действий. У 19 % ветеранов войны в Афганистане был выявлен клинический вариант ПТСР, отдельные симптомы - у 25 % (Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С., 2004). Согласно обследованию военнослужащих из Беларуси, принимавших участие в военной компании в Афганистане, признаки ПТСР выявлялись у 62,5 %, а клинически хроническое ПТСР диагностировалось у 35 % (Близнюк А.И., 2005). Данные об оценке функционального состояния и боеспособности военнослужащих Российской Федерации в различные периоды боевых действий в Чеченской Республике показали, что у 72 % воинов выявлены астено-депрессивные состояния и психотические реакции, которые в большинстве случаев приводили к развитию ПТСР (Ена А.И., Маслюк В.В., Нерода В.И, 2000) [6].

Актуальным на сегодняшний день является военный конфликт на территории восточной части Украины.

Достаточно показательными (в том числе и относительно перспектив последующего развития ПТСР) являются результаты исследования, проведенного Украинским научно-исследовательским институтом социальной и судебной психиатрии МОЗ Украины.

Участниками исследования было проанкетировано 279 переселенцев из зон военных действий, проживающих на момент обследования в пяти регионах Украины (Днепропетровской, Львовской, Винницкой, Киевской областях и в Киеве). Подавляющее большинство из опрошенных выезжали из зоны военного конфликта с детьми (57%), значительно меньше - с другими членами семьи (18%), без членов семьи (15%) или с супругом / супругой (10%). В половине случаев (51%) переселялись к родственникам, а в 19% случаев размещались в местах временного переселения социальными службами. По отношению к себе подавляющее большинство (87%) ощущало приветливое или положительное отношение со стороны местных жителей принимающих их регионов. Около половины (48%) опрошенных ответили, что не нуждались в медицинской помощи.

Тем не менее, среди всех опрошенных наблюдался ряд психопатологических состояний: подавленное настроение (24%), тревога (24%), нарушение сна (16%), усталость, упадок сил (12%) и раздражительность (12%) (рис. 1) [4].



Современные взгляды на профилактические и лечебные мероприятия относительно ПТСР сводятся к необходимости максимально раннего (желательно - вслед за травматическим событием) мультидисциплинарного воздействия, с проведением комплекса медицинских, психологических и социальных мероприятий [2].

Лишь 26% респондентов обратилось за психологической помощью в виде работы в группах (более пяти занятий), 11% - в виде индивидуальной консультаций, но в большинстве случаев (57%) обращений за психологической помощью не осуществлялось [4], тем самым, не позволив принять необходимые лечебно-профилактические меры относительно развития ПТСР.

Интенсивная динамика геополитических событий сохраняет актуальность в увеличении информированности населения относительно последствий психотравмирующих событий, совершенствовании скрининговых программ раннего выявления психических расстройств у жертв экстремальных событий и дальнейший мониторинг состояния здоровья контингентов, которые являются группами повышенного риска.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Боголюбова, О. Н. Посттравматический стресс и принятие решений: перспективы исследований в парадигме нейроэкономики / О.Н. Боголюбова, А.Н. Шестакова // Экспериментальная психология. — 2015. — Т. 8. — № 2. — С. 60–76.

2. Волошин, П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // Международный медицинский журнал — 2004. — № 1. — С. 33-37.
3. Коробка, Е. Фармакотерапия ПТСР у участников боевых действий / Е.Коробка // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2015. — № 2 (66). — С. 31-36.
4. Пінчук, І.Я. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я / І.Я. Пінчук, Н.М. Степанова, О.О. Суховій, Г.С. Сулімовська // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2015. — № 1 (65). — С. 8-11.
5. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
6. Фельдман, Д.А. Исследование психоэмоциональных нарушений у людей-переселенцев из зоны АТО / Д.А. Фельдман, В.Б. Михайлов // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2015». Запоріжжя. — 2015. — С. 124-125.
7. Чабан, О.С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства / О.С. Чабан, И.А. Франкова // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2015. — № 2 (66). — С. 8-18.
8. Posttraumatic Stress Disorder / Ricardo E. Jorge // CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. — 2015. — Vol. 21, Issue 3. — P. 789–805.