

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: СИМПТОМЫ, ПРИЧИНЫ, ПРЕДИКТЫ УЯЗВИМОСТИ

**Судилова Ирина Анатольевна**

аспирант, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва  
7720632@mail.ru

## POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: SYMPTOMS, CAUSES, VULNERABILITY PREDICT

*I. Sudilovskaya*

*Summary:* Despite the relatively prevalence of post-traumatic stress disorder, diagnostic criteria are still the subject of scientific discussion and disputes are intensively studied and clarified. This article is dedicated to some problems of diagnosis post-traumatic stress disorder contains a description of the symptoms, risk factors and individual predicts of vulnerability: gender, age, profession, and it affects some aspects that aggravate the course of post-traumatic stress disorder.

The problems of people diagnosed with post-traumatic stress disorder, are considered, and compared with people who simply have experienced psychological trauma but do not have signs of post-traumatic stress disorder, they are in a worse position in terms of quality of life and, therefore, this disorder is not only medical. There is an urgent need for a whole range of measures to support and restore the functional, professional and social adaptation of such people.

*Keywords:* traumatic event, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, vulnerability predicts, adaptation, age features, stress, lifestyle.

*Аннотация:* Несмотря на довольно широкую распространенность посттравматического стрессового расстройства, диагностические критерии все еще остаются предметом научных дискуссий и споров, интенсивно изучаются и уточняются. Статья посвящается некоторым проблемам диагностики посттравматического расстройства, содержит описание симптомов и отдельных предиктов уязвимости: пол, возраст профессия, а также затрагивает некоторые аспекты, отягощающие течение ПТСР. Рассмотрены проблемы людей с диагнозом ПТСР, которые в сравнении с людьми, пережившими психологическую травму, но не имеющие признаки ПТСР, находятся в худшем положении по качеству жизни, что выводит это расстройство из области исключительно медицинского подхода. Есть острая необходимость в целом комплексе мер по поддержке и восстановлению функциональной, профессиональной и социальной адаптации таких людей.

*Ключевые слова:* травматическое событие, психологическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, предикты уязвимости, адаптация, возрастные особенности, стресс, образ жизни.

**П**ервый исторический этап изучения ПТСР, давший науке основной массив материала по специфике и содержанию посттравматического стрессового расстройства (далее ПТСР) связан с изучением последствий войн и боевых действий. ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с переживанием чувства страха и беспомощности. В DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) дано определение ПТСР и принят классификационный стандарт. А в соответствии со стандартом DSM-V можно применить обновленные критерии ПТСР в диагностическом процессе анализа случая. DSM-V - второй международный справочник, наряду с МКБ (ICD) (международный справочник болезней), принятый в Европе, по классификационным стандартам которого, в наше время, диагностируются все психические болезни.

ПТСР - термин малой психиатрии, но у этого расстройства существует доклиническая форма, и в классификации есть четкие указания на то, что заболевание ПТСР приводит к серьезным нарушениям социального функционирования, и, как следствие этого, к значительному снижению показателей качества жизни. Это объясняет интерес к этому расстройству не только психиатров, но

и психологов. Интенсивность стрессогенных событий в жизни современного человека подразумевает рост количества причин, которые могут вызвать стресс. И, как следствие, все больше людей в обществе с деструктивными последствиями травматического опыта могут обращаться в первую очередь к психологу по поводу снижения различных показателей личного благополучия.

Факторы риска, называемые предиктами (предшественниками) и влияющими на предрасположенность человека к развитию ПТСР, можно классифицировать следующим образом:

- личностные;
- психологические;
- социальные;
- биологические;
- гендерные;
- возрастные факторы;
- наличие психической травмы в опыте;
- условия воздействия травмы;
- характеристики первичной реакции на психогенное событие.

Стоит особо выделить несколько наиболее значимых

предиктов.

К ним, в первую очередь, относятся: характер стрессора, его содержание, длительность, тяжесть, внезапность травматического события. Сами психические реакции, возникающие в ответ на тяжелый стрессор до сегодняшнего дня, не получили должного внимания, что сильно обусловлено отсутствием единой теории стресса. Добавление травматического события, в качестве ведущего критерия при ПТСР, расширяет спектр психологических травм, из-за воздействия которых может начаться данное заболевание.

К настоящему времени, уже бесспорно доказано наличие психогенного воздействия не только в условиях прямой угрозы жизни человека, но и в связи с ожиданием предполагаемой травмы, а также от лично значимых последствий «невидимых стрессоров», в которых угрожающее событие исходит не из внешней среды, а вызвано чисто психическими причинами [3].

Сегодня любое из нижеперечисленных событий «обыденной жизни», но выходящее за рамки обычного опыта: смерть близкого, утрата значимых отношений, заболевания с витальной угрозой жизни, физические повреждения с потерей трудоспособности, ДТП, физическое и сексуальное насилие, хроническое нервное перенапряжение, связанное со страхом, униженностью, переживанием чувства сильной беспомощности, сопереживанием при наблюдении страдания близких или окружающих людей и т.д., и вызывающие крайнее перенапряжение всей эмоциональной и волевой сферы, может стать причиной развития ПТСР.

Наиболее изучены причинные факторы развития ПТСР у участников боевых действий, широко известные в литературе, как феномен «военный невроз», «вьетнамский» или «афганский синдром», в которых проблематика адаптации к мирной жизни достаточно раскрыта. А наиболее частой причиной развития ПТСР в мирное время (31% населения), в силу своей распространенности признаны события, связанные с переживаниями смерти, что составляет порядка 60 % от общего числа событий [1]. Воздействие этого стрессора проявляется спустя месяцы и годы в виде пролонгированной, болезненной реакции горя, с потерей трудоспособности и изменением привычного образа жизни при этом осложняясь симптомами переживания утраты.

Наиболее травмирующими психику являются события, связанные со смертью близких, тяжелые заболевания близких, сексуальное насилие во взрослом возрасте. Для событий, связанных с природными катастрофами, пожарами, транспортными авариями последствия определяются тяжестью и величиной личного ущерба. При этом наблюдается «синдром выживших», вызывающим,

часто надуманное, чувство вины в гибели близких или посторонних людей. Большое значение здесь имеет степень вовлеченности человека в ситуацию, либо в качестве свидетеля, активного участника или пострадавшего.

Фактор наличия предшествующей травмы - еще один существенный предикт возможного развития ПТСР. Так, в ряде работ особенно выделяют присутствие в истории человека похожей травмы или наличие ранних травм. Во многих случаях посттравматическая реакция может быть вызвана единичным тяжелым стрессором, но чаще отмечается сочетание воздействия хронического или одновременное действие разных стрессоров, соединяющих череду нескольких неблагоприятных для личности событий в течении периода жизни. Ситуация может быть усложнена тем, что само событие, идентифицируемое при ПТСР, может иметь косвенной причиной более раннюю травму, которая субъектом не идентифицируется, как травматическое событие. Так, например, можно предположить более острую форму дезадаптации и последующую возможность развития ПТСР при различных стихийных и социальных бедствиях у людей, имеющих след травмы раннего детства [9].

Во многих источниках есть указание на уровень острого стрессового расстройства (ОСР), как значимого предикта ПТСР. В настоящее время ОСР также выделено в отдельную группу расстройств, вызванных влиянием стрессора. В период от 2 недель до месяца после травмы, симптомы ОСР и ПТСР: непроизвольное повторное проживание травмы, избегающее поведение, повышенная возбудимость и нарушение обычного функционирования будут ничем не отличаться, кроме наличия диссоциативных симптомов. По разным источникам, количество развития ПТСР в отдаленном периоде у военных, перенесших ОСР составляет 47% [7]. Важно отметить, что устойчивость наличия 3 или более симптомов в течении 3 недель и ОСР является наиболее значимым предиктом развития ПТСР спустя 6 месяцев после травмы [9].

Диссоциация - существенный фактор, определяющий возможности посттравматической адаптации. Известно, что в ситуациях тяжелых травм, с неоднократно повторяющимися эпизодами физического насилия, пыток, могут появиться диссоциативные симптомы. Отмечается, что перитравматическая диссоциация является лучшим предиктом ПТСР через 6 месяцев после травмы и объясняет 30% симптомов ПТСР [9]. К основным характеристикам диссоциативных состояний относятся изменение мышления, с преобладанием архаичных форм, изменение восприятия времени, реакции типа флеш-бэка, феномены «негативного прошлого» и «фаталистического настоящего», утрата контроля над поведением, изменения в эмоциональной регуляции, регресс, нарушения связности протекания психических процессов, деструктивные изменения сознания, идентичности.

Индивидуально-личностные особенностей человека: убеждения, характер, устойчивые паттерны поведения, акцентуации так же значительно определяют ход дальнейшей адаптации человека. Предрасположенность к самим психическим расстройствам зависит от типа личности. Так есть данные о том, что наиболее благоприятные реакции на стресс демонстрируют неустойчивые конформные, гипертимные личности, но в отдаленном периоде именно у них чаще всего развивалось ПТСР [4]. У мирных жителей, проживающих в зоне военных конфликтов были отмечены эмотивная дистимная, возбудимая и застревающая акцентуация [1]. А Субъективные критерии оценки психического состояния в отличие от экспертных оказались более информативными для прогнозирования отдаленных последствий боевой психической травмы [4]. Предикторами затяжной формы ПТСР часто выделяют: высокую личностную тревожность, депрессивные тенденции, вытеснение факторов, вызывающих тревогу.

В пятом пересмотре DSM, ПТСР было отнесено к расстройствам, непосредственно относящимся к влиянию травмы, были учтены генетические предпосылки ПТСР, опосредованное влияние вследствие травмы родных и близких, а также профессиональная деятельность, потенциально связанная со стрессом. Добавлены еще 3 критерия к существующим 17, 8 из них были существенно изменены, а кластер уклоняющегося поведения разделен на 2 отдельных: избегание и негативные изменения когнитивных функций и настроения. Так суммируя, не перечисленные ранее симптомы ПТСР, можно выделить следующее: спустя три недели и более после события, расстройство проявляется в виде навязчивости 3 или более симптомов и затрагивают когнитивные функции и изменения настроения, области поведения, эмоциональную, телесную саморегуляцию. В ситуациях, напоминающих эпизоды травмирующего события, могут присутствовать физиологические реакции интенсивного и пролонгированного дистресса, повторяющиеся сны тревожного характера, непроизвольные навязчивые воспоминания о событии. Повышенная возбудимость, безрассудное поведение, настороженность, расстройства сна и памяти также входят в симптоматику заболевания. Важным показателем является также наличие характерного, постоянного и преувеличенного отрицательного убеждения по отношению к себе и другим, например, «чувство утраты перспективы в будущем» (склонность не рассчитывать на карьеру, брак, возможность иметь детей или нормальную продолжительность жизни) было изменено на «постоянные и преувеличенные негативные убеждения или ожидания от себя, других или окружающего мира (например, «я плохой», «никому нельзя доверять», «мир полностью опасный», «вся моя нервная система полностью разрушена»); наличие устойчивого негативного состояния страха, ужаса, гнева, вины или стыда. Классический симптом эмоционального онемения

– «ограниченный диапазон доступных для переживания эмоций» (например, невозможность испытывать чувство влюбленности, любви) был изменен на «стойкая неспособность испытывать положительные эмоции» (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любящие чувства).[10]. Были добавлены такие симптомы, как приписывание вины (себе или другим). Симптомы ПТСР могут проявляться в форме многих нарушений самой психической активности, таких как паранойдные идеи, слуховые псевдогаллюцинации и другие расстройства психической саморегуляции. Среди телесных симптомов часто присутствуют соматические нарушения. Многие авторы находят, что типичная картина ПТСР крайне редко встречается при хроническом течении расстройства. По этой причине хронический ПТСР часто не диагностируется, поскольку невылеченный острый посттравматический синдром развивается со временем и может проявляться совсем другими патологическими признаками, дающие возможность ставить различные диагнозы.

ПТСР вызывает нарушение в социальной и профессиональной сфере, при этом людям свойственно отсутствие какой-либо стратегии совладания, есть сложности в планировании жизни. Затруднения в поддержании межличностных связей и нарушения в сфере привязанностей сильно осложняет социальную адаптацию.

Категории некоторых профессий, представители которых вынужденные в силу характера деятельности каждый день сталкиваться с различными стрессогенными ситуациями, оказываются в особой группе риска: медицинские работники, пожарники, спасатели, военные, работники правоохранительных органов. В качестве примера, можно привести данные статистики одного из исследований: на 100 исследуемых работников полиции у 54% был выявлен средний, у 45% повышенный и у 1% процента высокий уровень показателей ПТСР. У сотрудников ОВД длительная (15 и более лет) профессиональная деятельность в мирное время вызывает психические изменения сходные с теми что которые происходят под влиянием кратковременной (4-5) месяцев боевой деятельности при этом кратковременное влияние боевых стресс-факторов носит менее негативный характер, чем продолжительная деятельность в мирное время [5]. Часто и при наличии феномена профессионального выгорания и ПТСР симптоматика похожа: появление тревоги, нарушение сна, вегетативные реакции, неудовлетворенность собой, чувство безысходности, что требует дополнительного дифференцирования состояний [3]. Таким образом профессиональные стрессоры, с одной стороны, являются пусковым условием адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, а с другой - ситуационно-психогенные и личностные факторы являются предиктами психической дезадаптации, в том числе развития ПТСР. Личностные особенности

существенно влияют на когнитивную оценку ситуации, как привычно профессиональную, стрессовую или психотравмирующую, во многом определяют тип эмоционально поведенческого стрессового реагирования и результативность адаптационных процессов, как в период ЧС, так и в разные различные сроки реадaptации к обычной жизни. Последствия экстремальной деятельности экстремального профиля не ограничиваются развитием ОСР или ПТСР, они гораздо шире, включая большое число разнообразных адаптационных (донозологических) форм и требуют дальнейших комплексных и междисциплинарных мер [5].

В последнее время все больше исследований посвящено травмам, связанным с домашним насилием. Полученные данные отчетливо показали, что максимально чувствительными к развитию ПТСР являются старики, женщины и дети. А возраст является одним из наиболее значимых личных предикторов уязвимости для ПТСР. Попадание в травматическую ситуацию ведёт к разрушению внутренних убеждений ребёнка о доброжелательности, справедливости окружающего мира и о ценности и значимости собственного «я», что переживается ребёнком значительно тяжелее, чем взрослым [7].

При обзоре работ по ПТСР можно найти множество данных, указывающих на разницу и в гендерной предрасположенности. ПТСР чаще развивается у мужчин в ответ на боевую травму, несчастные случаи, драки, физическое насилие, угрозу жизни, связанную с применением оружия, пожаров, других природных катаклизмов, плохого обращения в детстве, у женщин чаще встречаются исследования, где описывают развитие расстройства, связанного с сексуальным и физическим насилием. Согласно выводам многих исследований устойчивости мужчин к воздействию стрессоров в отдаленном периоде выше, но с проявлением тенденции к более тяжелым его проявлениям. У женщин риск развития ПТСР выше, но менее выражена интенсивность клинических и психологических проявлений расстройства, с преобладанием признаков соматизации при выходе из фрустрации [6].

Нельзя не упомянуть и социальные факторы в период отдалённых последствий травмы. Наличие и качество ближайшего окружения непосредственно после травмы, присутствие профессиональной помощи и поддержки также оказывает существенное влияние на протекание адаптационного периода. Также, процесс переживания последствий травмы может сопровождаться исключением индивида из привычных социальных групп. Значительные сужение социальных и, как следствие этого, большей вероятности развития такого негативного социального феномена, как потеря социальной и индивидуальной идентичности вносит дополнительные сложности.

Итак, обзор исследований людей с диагнозом ПТСР, в сравнении с людьми, пережившими травму, но без признаков ПТСР, свидетельствует об значительном ухудшении качества жизни людей в целом и выводит данное расстройство из области исключительно медицинского подхода, определяя необходимость в целом комплекс мер помощи по восстановлению функциональной, профессиональной и социальной адаптации, поддержании интереса к дальнейшему изучению отношения между ПТСР и общим функционированием и качеством жизни (К.Ж.) пациентов.

В последнее время появилось много работ, в которых была предпринята попытка систематизировать и дифференцировать клинические признаки хронического ПТСР. В тоже время, ряд аспектов остаются пока дискуссионными. В настоящее время врачи и исследователи, работающие с ПТСР, сталкиваются с проблемами перехода от DSM-IV-TR к DSM-5, так как отсутствует систематизированное сравнение последних опубликованных критериев ПТСР с предыдущим определением; также рекомендованные новые версии скрининговых шкал (PLC-5, CAPS-5 – Clinical-administered PTSD Scale) прошли исключительно предварительную валидизацию, остается до конца неизвестным, как повлияет их применение на изменение уровня распространенности ПТСР среди населения. Неизвестно, улучшит ли использование новых критериев клиническую эффективность, и сколько людей, которые отвечали критериям ПТСР, в соответствии с предыдущим определением будут отвечать новым критериям. [10] Многовариативность сочетаний из 17 симптомов ПТСР, неспецифичность многих единичных проявлений, сложности разграничения на нормальной и аномальную реакции на стресс и часто зависимость реакции от культуральных особенностей человека, значительно затрудняют выявление ПТСР на ранних этапах и размывает картину заболевания при хронической форме.

Сегодня, с появлением исследований, в которых прослеживается связь ПТСР с расстройством пищевого поведения, трудностями социализации, наркотической и алкогольной зависимостями, указывает на значительное отягощение протекания ПТСР. На отдаленных этапах воздействия травмы адаптация человека может также быть сильно осложнена возрастом, полом, жизненным опытом, психическими расстройствами в прошлом, соматическими нарушениями, наличием позитивных и негативных поведенческих комплексов, качеством работы самого человека по согласованию различных эмоций, представлений, информации, интеграции опыта, тем самым существенно определяя качество и содержание форм и агентов психологической помощи. Дальнейшее изучение факторов риска могут служить базой для разработки программы раннего вмешательства и предотвращения развития или обострения проблем, напри-

мер, связанных с приемом алкоголя или психоактивных веществ, поскольку психические расстройства, связанные с их употреблением, приводят к возникновению аутодеструктивного поведения и повышают суицидальный риск. Современные исследования показывают, что пациенты с ПТСР имеют более низкий уровень образования и больше сопутствующих психических расстройств, демонстрируют значительно более высокий уровень снижения К.Ж. в целом, а также отдельно по пунктам: общее состояние здоровья, физическое, психологическое благополучие, социальные отношения. [10]

Анализ научной литературы и эмпирических данных, полученных в результате исследований ПТСР, также позволяет предположить, что люди, которые входят в категорию максимального риска развития ПРСТ в отдаленном периоде травмы - те, кто испытывал некоторые симптомы ПТСР после травматического события, но они оказались недостаточными для постановки диагноза ПТСР. И с большей вероятностью свидетельствует об осложнении или ухудшении существующих симптомов, или их повторении, возможно, принявшим хроническую форму течения. Последствия нераспознанного ПТСР, тяжесть и деструктивность этого отдаленного последствия травмы на самого человека и его окружение являются

одним из важнейших факторов в определении качества жизни и требуют современных, дифференцированных подходов. Страдания, связанные с данным расстройством выходят за рамки признаков и симптомов психиатрических заболеваний, затрагивая обширные области функциональной, профессиональной и социальной адаптации индивида.

Целенаправленное изучение ПТСР, выявление его клинических особенностей, закономерностей и динамики психологической, социальной феноменологии, позволит получить более полное представление о ПТСР, что значительно продвинет возможность оказания более комплексного и качественного объема психологической помощи людям, страдающим данной психической патологией. Проблема дополнения ранее созданных и разработка новой программы помощи, включающую не только клиническую форму лечения, но и целый комплекс научно обоснованных и взаимообусловленных психологических мер, направленных на социально – психологическую, личностную адаптацию пострадавшего человека, сохраняет до сегодняшнего дня высокую социально-экономическую значимость, актуальность и большую востребованность среди специалистов помогающих профессий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедова Х.Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации. // Психол. ж. 2003. Т. 24, № 3. С. 37-44.
2. Волошин В.М. Типология посттравматического стрессового расстройства // Журн. невропатол. и психиатр. 2001. № 1. С. 17-23.
3. Глушенко О.П., Петрова Н.В. Эмоциональное выгорание, как детерминанта посттравматического стрессового расстройства. Вестник Краснодарского университета МВД России, №3. 2016. С.33.
4. Епутаев Е.Ю., Иконникова М.Е. Взаимосвязь формально-динамических свойств индивидуальности с выраженностью признаков посттравматического стрессового расстройства // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Материалы конференции / Под ред. А. Журавлева и Н. Тарабриной. М.: ИП РАН, 2003. С. 220-236.
5. Ичитовкина Е.Г. Психическое здоровье комбатантов Министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 2016. 41
6. Курицина А.А., Бундало Н.Л. Гендерные особенности проявлений агрессивности и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве// Сиб. Медицин. обозр, 2007. №1. С.33.
7. Обознов А.А. Психологические механизмы формирования профессиональной пригодности и надежности человека в социотехнических системах // Психол. журн. Т. 28, № 5. С. 15-21.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство/под ред. Солдаткина. А.В. -Ростов н/Д: Изд-во Рост РГМ, 2015. С.39-41.
9. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Фoa Э. и др. М.: Когито-Центр, 2005. 467 с. 9.
10. Франкова И.А. Современные тенденции диагностики и лечения посттравматического расстройства. Психиатрия и фармакология. 2016 .№ 1.

© Судилова Ирина Анатольевна (7720632@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»