

Украинская военно-медицинская академия

Профессор О.Г. СЫРОПЯТОВ

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

(Пособие для самоподготовки)



Киев - 2014

Олег Сыропятов

**Посттравматическое  
стрессовое расстройство.  
Пособие для самоподготовки**

«Автор»

2014

**Сыропятов О. Г.**

Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки / О. Г. Сыропятов — «Автор», 2014

Пособие для самоподготовки курсу «Посттравматическое стрессовое расстройство». Система реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой рассматривается с позиций системного подхода. Нашей концепцией реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой и ПТСР является многоосевой (многовекторный) подход с выделением следующих осей (векторов) 1) медико-биологический вектор (ось) реабилитации; 2) медико-психологический вектор (ось) реабилитации; 3) социально-психологический вектор (ось) реабилитации.

© Сыропятов О. Г., 2014

© Автор, 2014

# Содержание

I. Введение к «психиатрии особого периода»	5
Конец ознакомительного фрагмента.	8

# О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская

## Посттравматическое стрессовое расстройство: пособие для самоподготовки

### І. Введение к «психиатрии особого периода»

В ранних публикациях симптоматика посттравматических стрессовых расстройств обозначалась как «солдатское сердце», «сердечно – сосудистый невроз», «нervоз боя», «операционная» или «боевая усталость», «посттравматическое реактивное состояние», «железнодорожный синдром спинного мозга» (F.E. Erichsen., 1866), «синдром напряжения» (M. Hamilton, 1972), «военный невроз» (A. Oppenheim, 1889), «травматический невроз» (Л.О. Даршкевич, 1916; Е. Блейлер, 1920; О.Бумке, 1928), «травматические неврозы войны» (A. Kardiner, 1941), «нervоз испуга» (Е. Краепелін, 1923), «психогенные реакции военного времени» (Г.Е Сухарева, 1943), «неврастенический психоз» (Г.Е Сухарева, 1945), «реактивный психоз» (НИ. Фелинская, 1965), «посттравматическое реактивное состояние» (М.О. Гуревич, 1949), «постреактивное развитие личности» (В. А. Гиляровский, 1943; 1946; О.В. Кербинов, 1955; К.Л. Иммерман, 1970).

Наиболее распространенным термином, которым определялись психические расстройства у комбатантов был термин **«военный невроз»**

Военный невроз (war neurosis). Травматический невроз, связанный с переживаниями во время войны. Симптоматика невротических состояний этого типа сходна с таковой при травматическом неврозе – самоотчужденность, социальное одиночество, раздражительность, повторяющиеся сновидения и внезапно возникающие образы, воспроизводящие пережитые события, выраженная тревога. Основным катализатором (или стрессором) обычно выступает смертельная опасность. Подобные переживания типичны для участника боя – индивид оказывается в ситуации, когда спасение и выживание представляются ему маловероятными. Другие оказываются свидетелями внезапной, непредвиденной смерти товарища, насильственного разрушения привычной среды обитания, на основании чего прогнозируют собственную близкую кончину.

При рассмотрении посттравматических симптомов часто упускают из виду «подъем», переживаемый в пылу боя. Он аналогичен «подъему» при использовании наркотиков и даже превышает последний по интенсивности. Пациенты жаждут этого «подъема», и воспроизводящие ситуацию образы могут служить цели повторного переживания.

У пациентов, переживших столь острую и сильную психическую травму, нередко наблюдаются трудности в межличностных отношениях. Они часто провоцируют драки и допускают иные нарушения, воспроизводя тем самым в миниатюре схватки, в которых участвовали. Поступая так, они часто вновь переживают «подъем», но чувствуют также неодолимое чувство вины и стыда. Подобные явления влияют на возникновение чувства измененной Самости.

Основные проявления данного расстройства были отмечены Кэглем после Первой мировой войны, а в дальнейшем уточнены Гринкером, Кардинером и другими во время и после Второй мировой войны. Попытки отнести расстройство к структуре и функциям личности и объяснить симптоматику с точки зрения защит, обретений и соматизации не были вполне успешными, хотя Гринкер указывал, что «реакция индивида на стресс несет на себе колорит его предшествующей личности» (с. 729), но при этом «независимо от того, сколь силен, здоров и устойчив человек, если он был вынужден пережить стресс, превысивший его индивидуальный порог, военный невроз одержит верх» (с. 731).

Фрейд указывал, что в этиологии неврозов провоцирующая причина и невротическая предрасположенность (конституция плюс инфантильный опыт) дополняют друг друга. Тот, кто в силу своей конституции и инфантильной фиксации предрасположен к неврозу, среагирует активацией инфантильных конфликтов даже на малейшие затруднения, и поэтому у него возникнет невроз. У индивида с меньшей предрасположенностью тоже может возникнуть невроз, но при тяжелых жизненных обстоятельствах. Существует этиологический континуум, на одном конце которого реальная провоцирующая причина практически не имеет значения, на другом – играет решающую роль.

См. *Психоаналитические термины и понятия: Словарь/ Под ред. Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Фаина/Перев, с англ. А.М. Боковой, И.Б. Гриншпун, А. Фильца. – М., 2000.*

Понятие **«посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР)** – новая диагностическая единица, введенная в МКБ-10 по примеру из DSM-III (1960) на основании критериев выделенных М. Horowitz et al.

Необходимым условием возникновения ПТСР считается фактор вовлеченности индивидуума в экстраординарные ситуационные события со сверхмощным воздействием на психику. По мнению некоторых исследователей (Girolamo, 1992, и др.), хотя посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический синдром) у большинства пострадавших связан с подобными травматическими в отношении психики событиями, это не значит, что такое же расстройство не может возникнуть у некоторых людей в ситуациях, не относящихся к «экстраординарным», но в силу разных причин являющихся для них серьезной психотравмой.

Описывая одну из форм «нажитой психической инвалидности» у молодых людей, не имевших опыта и знаний, которых время выдвинуло на ответственные посты, что требовало полной самоотдачи, не считаясь с силами, П.Б. Ганнушкин выделил три группы симптомов. К первой он относил большую возбудимость и раздражительность, которая выходит за пределы астенической раздражительной слабости. Ко второй более распространенной группе симптомов он отнес приступы депрессии различной интенсивности и длительности, что связывалось с особенностями конституциональной основы, реакцией пациента на то или иное тягостное переживание, имевшее место в прошлом. Наконец, третья группа симптомов, как самое частое проявление, представляет различного рода психогенные истерические расстройства. Болезнь развивается в течение двух-четырех лет и приводит «к стойкому, неизлечимому ослаблению интеллектуальной деятельности» (П.Б. Ганнушкин, 1927). В результате тяжелого переутомления – физического, интеллектуального, морального, по П.Б. Ганнушкину, – у больных развивается поражение мелких сосудов мозговой коры и, таким образом, функциональное (невротическое) расстройство переходит в органическое.

В.М. Морозов, ученик П.Б. Ганнушкина, описал прогрессирующую астению и прогерию узников немецких концентрационных лагерей (1958). У них развиваются различные приступы эмоциональной экмнезии с наплывами мыслей (идеорея) и преобладанием тягостных воспоминаний о прошлом.

В соответствии с определением МКБ-10 при ПТСР «возникает отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека». Отсюда очевидными являются две особенности этой патологии: психогенно детерминированная природа расстройства и, безусловно, особая тяжесть психогении.

Факторами риска развития ПТСР являются: перенесенный ранее опыт расставания с близкими, предшествующие психические и серьезные соматические заболевания; невротизм и отсутствие поддержки со стороны семьи. Нейробиологические параметры: наличие атрофии гиппокампа, а также колебания уровня гормонов стресса.

Данные о распространенности посттравматического стрессового расстройства (посттравматического синдрома) у лиц, переживших экстремальные ситуации, обнаруживают колеба-

ния от 10 % у свидетелей событий до 95 % среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями). В отечественной литературе Ю.В. Попов и В.Д. Вид (1998) дали показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50–85 %. У 1/3 людей через 10 лет после травмы сохраняются симптомы ПТСР, что составляет 1–3% в популяции. Таким образом, ПТСР встречается чаще других психических заболеваний, что делает проблему стресса сопоставимой с эпидемиями. Множественные травмирующие события увеличивают заболеваемость ПТСР (Elklit A., 2002).

Современные источники предлагают рассматривать ПТСР не как пролонгированную острую реакцию на стресс, а как качественно иное состояние, которое проистекает из острой реакции на стресс, но базируется на множестве других факторов. Феномен ПТСР представляет собой сложное полисиндромальное образование, которое характеризуется наличием стойких тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных расстройств с формированием в процессе болезни избегающего поведения. Характерной особенностью ПТСР, выделяющей его среди иных психогенно обусловленных тревожных, депрессивных и невротических нарушений, является наличие стойких многолетних переживаний психотравмирующей ситуации.

Выделяют два типа ПТСР:

- Тип I: короткая продолжительность, единичная травма.
- Тип II: долговременный, множественные травмы.

### **Патогенез посттравматических реакций**

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.