

## **«Направления в профилактике посттравматического стрессового расстройства»**

Исследования по изучению феномена посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) не теряют своей актуальности в современном мире. Самые различные травматические ситуации могут запускать болезненные переживания у человека: стихийные (землетрясения, ураганы, наводнения), антропогенные (техногенные аварии) катастрофы, преступления и сексуальное насилие, военные действия и ситуации связанные с ними, заболевания, связанные с угрозой для жизни. Особенно остро стоит вопрос определения факторов риска развития ПТСР, ответ на который значительно расширит диапазон превентивных мероприятий по данному нарушению.

Посттравматическое стрессовое расстройство - нарушение, связанное с переживанием травматического стресса. Возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого (F<sub>viii.1</sub> в МКБ-10).

ПТСР проявляется рядом симптомов и синдромов.

Типичные симптомы ПТСР:

- эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях ("кадрах"), мыслях или кошмарах;
- нарушения сна (ночные кошмары, трудности засыпания, бессонница);
- устойчивый фон чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме;
- перевозбуждение, выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг;
- повышенная тревожность, страхи;
- депрессивное состояние;
- мысли о самоубийстве;
- злоупотребление алкогольными, наркотическими и лекарственными средствами, мысли о самоубийстве;
- ощущение несправедливости, безысходности и беспомощности;
- обострение инстинкта самосохранения увеличивает и поддерживает высокий уровень внутреннего психоэмоционального напряжения.

Среди синдромов ПТСР выделяют:

**1. Тревожное расстройство** отражающееся в симптомах:

а) собственно тревога, опасения по поводу будущего, волнение, ожидание неудач и неприятностей, затруднения при попытке отвлечься от беспокоящих мыслей;

б) моторное напряжение — невозможность расслабиться, суетливость, нервная дрожь, трудности с засыпанием и т.д.;

в) физические проявления: потливость, учащенное сердцебиение, головокружение, сухость во рту и т. д.

**ii. Тревожно-фобическое расстройство** — состояние, возникшее после переживания травматической ситуации, для которого характерны интенсивные страхи перед обычными, достаточно безопасными объектами и ситуациями. Подобного рода страхи не несут приспособительной, охранительной функции и становятся вредны для человека, мешают ему жить. Зачастую страх сопровождается неприятными телесными ощущениями: головокружением, учащенным сердцебиением, повышенной потливостью и т. д.

**iii. Депрессия** — стойкое снижение настроения в течение длительного времени (не менее нескольких недель), характеризующееся наличием не менее их симптомов из ниже перечисленных:

а) сниженная способность к сосредоточению, проблемы с концентрацией внимания;

б) сниженная самооценка и неуверенность в себе;

в) идеи виновности и унижения;

г) мрачное и пессимистичное видение будущего;

д) идеи и действия, направленные на самоповреждение или самоубийство;

е) нарушенный сон;

ж) нарушенный аппетит;

з) снижение сексуального влечения;

и) чувство безнадежности;

к) утрата интересов ко всему, что ранее радовало;

л) слезливость.

#### **v. Суицидальное поведение.**

Формы суицидальной активности:

i) внутренняя форма — суицидальные мысли, представления, переживания, суицидальные тенденции, состоящие из замыслов и намерений.

ii) внешние формы суицидальной активности — суицидальные действия — включающие суицидальные попытки и завершенные суициды.

Суицидальные намерения формируются под влиянием внешних (социальная изоляция, потеря значимого другого, смерть близких, развод, несправедливое отношение со стороны родных и окружения и пр.) и внутренних (комплексы вины, тяжелые болезни, реальные или мнимые неудачи, резкое изменение социального статуса) факторов.

Общие характеристики суицида (Э. Шнейдман):

А) цель - поиск решения. Самоубийство всегда представляется выходом из создавшегося положения, способом решения проблемы, кризиса, конфликта, невыносимой ситуации.

Б) задача - прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли.

В) стимул - невыносимая душевная боль. Суицид, как бегство от нестерпимых чувств, невыносимой боли, неприемлемых страданий.

Г) стрессор - фрустрированные психологические потребности (нереализованные психологические потребности в заботе, понимании, любви, прощении).

Д) суицидальной эмоцией является беспомощность—безнадежность.

Е) внутреннее отношение к суициду — амбивалентность. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли.

Ж) состояние психики - сужение сознания — резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации. — «все или ничего».

З) коммуникативное действие при суициде - сообщение о своем намерении, в виде прямых или косвенных словесных сообщений или поведенческих проявлений.

Наиболее характерным видом суицида у людей с ПТСР является истинный суицид, как способ облегчения от интенсивного страдания. Сопровождается ощущением, что не существует никого, кто бы мог помочь с этим страданием.

**х. Саморазрушительное поведение** - злоупотребление алкоголем, наркотиками, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, намеренная рабочая перегрузка, упорное нежелание лечиться и т. п.

**л. Психосоматические расстройства** — заболевания (гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, гипертиреоз, ревматоидный артрит, онкологические заболевания, туберкулез и др.), в возникновении и динамике которых выявляется роль психологического фактора.

### **Направления профилактической деятельности в отношении ПТСР**

Учитывая особенности проявлений и протекания ПТСР, в качестве одного из направлений профилактических мероприятий данного расстройства следует рассмотреть информационно-просветительскую деятельность среди населения. Цель данного направления формирование ценностного отношения к психическому здоровью, активизация ответственного отношения к собственному здоровью. В частности, знакомство с диагностической симптоматикой ПТСР, факторами риска развития расстройства и пр. Особенно уделить внимание способам и методам повышения стрессоустойчивости; механизмам снижения психоэмоционального напряжения; взаимосвязи способов структурирования ситуаций и событий с аффективными состояниями и поведением.

Психологическое консультирование, как превентивное мероприятие для ПТСР, позволит расширить представления индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуаций,

информирование и обучение способам и методам нормализации собственного эмоционального состояния.

Психотерапию, в качестве превенции ПТСР, следует рассматривать при наличии психопатологической симптоматики в рамках невротических, личностных и психосоматических расстройств, наличие которых само по себе представляет риск для развития ПТСР и дальнейшую хронификацию данного нарушения.

Психологическая коррекция, особенно тренинги, в процессе которых происходит выработка оптимальных навыков: овладение навыками психической саморегуляции, обучение индивида контролировать состояние мышц и вызыванию релаксации в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения; формирование адекватных навыков поведения, взамен вредным привычкам.

Итак, подводя итоги выделим два направления превентивных мероприятий ПТСР: информационно-просветительские, и собственно психологическая помощь, направленная на гармонизацию личности, формирование фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости, повышения адаптационных возможностей и внутренних ресурсов личности.