

Таблица 5 — Показатели кардиореспираторного резерва в зависимости от уровня тревоги в группе студенток экологического профиля

Уровень тревоги (баллы)	N	Проба Штанге		Проба Генчи	
		с	пульсовая разница	с	пульсовая разница
< 20	58	50,3 ± 1,7	1,04 ± 0,02	36,7 ± 0,8	1,01 ± 0,02
20–30	19	50,2 ± 2,9	1,02 ± 0,03	31,9 ± 2,2*	0,99 ± 0,03
> 30	45	44,3 ± 1,7*	1,02 ± 0,03	32,8 ± 1,4*	0,99 ± 0,02

* — $p < 0,05$ достоверность различий по отношению к группе с низким уровнем тревоги

Выводы.

Таким образом, проведенное исследование выявило следующие особенности девушек-студенток экологического профиля, обучающиеся на IV курсе.

1. Около 80 % студенток экологического профиля, обучающихся на IV курсе, имеют признаки дезадаптации.

2. Установлено, что показатели шкал астении, депрессии и тревоги тем выше, чем выше уровень психологического стресса.

3. Студенткам со средним и высоким уровнем стресса требуется консультация психолога (психотерапевта) для получения соответствующих рекомендаций.

4. Имеется достоверное снижение времени задержки дыхания при проведении гипоксемических проб, что косвенно свидетельствует либо о недостаточной физической активности обследованных, либо является проявлением развившейся дезадаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гора, Е. П. Экология человека: учеб. пособие для вузов / Е. П. Гора. — М.: Дрофа, 2007. — 540 с.
2. Храмелашвили, В. В. Астения как раннее проявление дезадаптации / В. В. Храмелашвили // Гуманитарный вестник МГТУ им Н. Э. Баумана. — 2013. — № 12 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://hmbul.bmstu.ru/catalog/prmed/hidden/143.html>.
3. Психологическая дезадаптации у студентов среднего и высшего профессионального образования: сравнительный анализ / В. А. Горчакова [и др.] // Психологическая наука и образование. — 2013. — № 4. — С. 5–13.
4. Оценка функциональных возможностей студентов / С. В. Михайлова [и др.] // Исследования в области естественных наук. — 2014. — № 4 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://science.snauka.ru/2014/04/6766>.
5. Алексеев, В. В. Специфика адаптации студентов к условиям обучения в вузе в зависимости от разных состояний здоровья и двигательной активности / В. В. Алексеев, Т. В. Дмитриева, А. В. Агафонов // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. — 2011. — № 3. — С. 9–13.

УДК 616.892-02

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

Хилькевич С. О.

Учреждение образования
Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В концепции стресса (от англ. *stress* — «напряжение»), впервые сформулированной в 1936 г. канадским физиологом Гансом Селье, выделяется два типа стресса — эустресс, как что-то оптимально переносимое психикой и необходимое для ее 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) [2].

Цель

Провести краткий обзор современных воззрений на этиологические предпосылки и клинические варианты посттравматического стрессового расстройства.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ и обобщение современных научных исследований в области посттравматического стрессового расстройства.

Результаты исследования и их обсуждение

Впервые ПТСР было описано в США и включено в системы классификации психических расстройств в 1980 г. на основе длительного изучения психического состояния ветеранов Вьетнамской войны. Дальнейшие исследования в области ПТСР существенно расширили возможные этиологические предпосылки для его развития. Наиболее масштабным в данном плане стало Американское Национальное исследование коморбидности (US National comorbidity Survey (Kessler, Sonnega, Bromet & Hughes, 1995)), в котором приняло участие 5977 человек в возрасте от 15 до 54 лет (таблица 1) [3].

Таблица 1 — Частота различных травматических событий и последующего развития ПТСР (без учета половых различий) в репрезентативной американской выборке (Kessler и соавт., 1995; цитируется по Н. В. Тарабриной, 2001).

Характер травмы	Частота развития ПТСР (%)
Изнасилование	55,5
Сексуальное домогательство	19,3
Война	38,8
Угроза применения оружия	17,2
Телесное насилие	11,5
Несчастные случаи	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	7,0
Пожар/стихийное бедствие	4,5
Плохое обращение в детстве	35,4
Пренебрежение в детстве	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	7,4
Другие травмы	23,5
Наличие какой-либо травмы	14,2

Проведенное исследование определило тройку наиболее предполагающих для развития ПТСР причин — изнасилование, военные действия и плохое обращение в детстве. Именно эти виды травматических стрессовых событий чаще всего обуславливают феномены повторного бессознательного переживания травмы или компульсивного повторения травматического опыта, а также случаи девиантного поведения, развития вторичных психических расстройств и значительного ухудшения качества жизни [3].

Общий синдромогенез ПТСР 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) [2].

Современные позиции относительно нейробиологических характеристик ПТСР сводятся к следующему: а) изменения в функционировании ГГАС, б) изменение нейрохимических параметров, в) сдвиги в работе серотонинэргической, ГАМК-эргической, глутаматэргической, нейропептида Y и опиоидных систем, г) структурные изменения гиппокампа и передней поясной коры, а также д) повышенная реактивность амигдалы и е) сниженная активность префронтальной коры (Heim, Nemeroff, 2009).

В клиническом аспекте для ПТСР свойственно наличие трех основных симптомокомплексов (The Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2011) [1]:

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.

Клиническое проявление ПТСР достаточно многообразно и условно может быть разделено на четыре группы симптомов: соматические, психические, эмоциональные и поведенческие (таблица 2) [1].

Таблица 2 — 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	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
<p>▲</p> <p>СИМПТОМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА</p> <p>▼</p>	
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
Злоупотребление алкоголем Антисоциальное поведение Изменение повседневной активности Изменения в сексуальном поведении Изменение речевого поведения Невозможность расслабиться Изменение аппетита Чрезмерное реагирование на стимулы Подозрительность Социальная самоизоляция	Ажитация Тревога, страх Повышенная настороженность Избегание Депрессия Состояние подавленности Грусть Чувство вины Неадекватная эмоциональная реакция Раздражительность

ПТСР характеризуется нарушениями функционирования, частыми суицидальными мыслями и высокими показателями коморбидности [5]. 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%) [4]. Именно эта симптоматика и позволяет выделить следующие клинико-психопатологические типы ПТСР: тревожный, астенический, дисфорический, диссоциативный, ипохондрический и смешанный.

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 [2]. Все варианты ПТСР приводят к социально-трудовой дезадаптации на различные временные периоды.

Выводы

Вопреки мнению, что ПТСР — редкое расстройство, связанное с «необычными» событиями (изнасилование, в военные действия и пр.), проведенные в США исследования показывают, что различные виды травматического опыта весьма распространены. Из общей популяции 90 % взрослых, по крайней мере, один раз в жизни сталкивались с травматическими событиями, достаточными для развития ПТСР [4]. Более того, развитие информационных технологий привело к появлению новых видов стресса, угроза которого воспринимается не непосредственно органами чувств, а приходит к индивиду только через информацию о возможности негативного влияния на жизнь и здоровье [3].

Учитывая клинические особенности, высокие показатели коморбидности и варианты негативных последствий в клиническом и социальном отношениях, исследования в области превенции и терапии ПТСР являются актуальным вопросом современной науки. Разработка специализированных психообразовательных программ и мероприятий, направленных на дестигматизацию психиатрической службы, позволит более своевременно и полноценно оказывать помощь лицам, перенесшим травматические стресс-события.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коробка, Е. Фармакотерапия ПТСР у участников боевых действий / Е. Коробка // *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия*. — 2015. — № 2 (66). — С. 31–36.
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
3. Румянцева, Г. М. Клинико-психопатологические особенности посттравматического стрессового расстройства при разных типах стрессового воздействия и некоторые терапевтические подходы / Г. М. Румянцева, А. Л. Степанов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2006. — Т. 8, № 6. — С. 44–48.
4. 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.
5. Posttraumatic Stress Disorder / R. E. Jorge // *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. — 2015. — Vol. 21, Is. 3. — P. 789–805.