

# МЕДИЦИНСКАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.922.7/15.21.45

М. М. Аксёнов, Н. В. Жигинас, Ю. В. Петрова

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Дается клинический анализ влияния хронического эмоционального напряжения в условиях профессиональной деятельности на развитие посттравматических стрессовых расстройств. Обосновывается адекватность применения персонологического подхода в консультировании лиц стрессогенных профессий.

**Ключевые слова:** *стресс, психическая адаптация, посттравматические стрессовые расстройства, психологический конфликт, персонологическое консультирование.*

Согласно современным литературным данным и наблюдениям в клинической практике, условия жизни нашего общества последних десятилетий характеризуются отчетливым возрастанием распространённости в населении различных по интенсивности и длительности стрессовых воздействий, что существенным образом отражается на состоянии психического здоровья. По МКБ-10, психические нарушения, возникающие в связи со стрессом, определяются как «острая реакция на стресс» (F43.0), «посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1) или как «расстройство адаптации» (F43.2). К расстройствам адаптации относятся те нарушения, возникающие непосредственно после психоэмоциональных стрессов, не достигающих чрезвычайного размаха.

Среди стрессовых факторов выделяют не только острые ситуации чрезвычайных происшествий, но и стрессорные воздействия, возникающие при некоторых видах профессиональной деятельности с повышенной физической и психической нагрузкой. Они вызывают хроническое эмоциональное напряжение, связанное с постоянной опасностью как для жизни, так и для профессиональной деятельности и здоровья индивида. В качестве важных, обуславливающих развитие нарушений, факторов выступают субъективное отношение к травмирующей ситуации и факторы внезапности, изменчивости и интенсивности стрессовых воздействий. К подобным видам человеческой деятельности, которые характеризуются отмеченными психоэмоциональными факторами, относятся профессии летчиков, подводников, служба личной охраны, инкассаторов, спасателей, коммерсантов (российских). Однако особое значение среди профессий с экстремальными условиями труда занимают военнослужащие, в том числе оперативные сотрудники МЧС. Ознакомление с литературой, посвященной последствиям стрессовых воздействий, дает основание для вывода о том, что основ-

ное внимание исследований в данном направлении уделяется острым стрессовым реакциям и ПТСР.

В то же время, несмотря на важность изучения влияния хронического эмоционального напряжения в условиях профессиональной деятельности, когда экстремальные ситуации или их ожидание становятся повседневной обыденностью, они остаются недостаточно изученными, а их исследование ограничивается психологическими разработками. Из клинических же наблюдений за состоянием психической адаптации известно, что в первое время стрессовое воздействие обычно сопровождается мобилизацией психофизических возможностей организма и, как следствие, повышением работоспособности. При более длительном пребывании в условиях действия стрессовых факторов наступает истощение адаптационных ресурсов. У тех лиц, которые работают в особых условиях, по роду профессии часто пребывающих в ситуациях, связанных с опасностью для жизни, может сказываться массивное истощающее действие на организм. Такой человек формально продолжает справляться со своими обязанностями, но становится повышено чувствительным и уязвимым к незначительным стрессам обыденной жизни. В ряде случаев подобный психологический стресс приводит к временному снижению или ухудшению трудоспособности.

Если в развитии острой стрессовой реакции и ПТСР основное значение придается интенсивности воздействия стрессового фактора, то возникновение расстройства адаптации в значительной степени обуславливается преморбидными особенностями личности, фоновым состоянием и реактивностью организма, а также ситуационными обстоятельствами. Поэтому клиническое оформление расстройств адаптации оказывается более разнообразным и по МКБ-10 идентифицируется в дифференцированные подтипы как по длительности – «кратковременная депрессивная реакция» (F43.20)

длительностью не более одного месяца и «продолжительная депрессивная реакция» (F43.21) длительностью не более двух лет, так и по структуре – «смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22), «с преобладанием расстройств других эмоций» (F43.23), «с преобладанием нарушения поведения» (F43.24), «со смешанными расстройствами эмоций и поведения» (F43.25), «с другими уточненными преобладающими симптомами» (F43.28).

Психогении последнего времени приобретают сложную структуру, представленную в фасадных и более глубинных жалобах, отражающих содержание и динамику персонологических реакций.

Из разнообразия психогенных нарушений, вызванных воздействием необычных по силе и значимости макросоциальных вредностей, выделена диагностическая категория «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Среди причин его возникновения выделяют психогении при массовых бедствиях: природные – климатические (ураганы, смерчи, наводнения) и сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами), а также вызванные человеком – взрывы, пожары, несчастные случаи на транспорте и в промышленности, биологические, химические и ядерные катастрофы; к числу «умышленных» бедствий отнесены террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны. ПТСР возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовые события и ситуацию «исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека» [1].

Клиническая картина ПТСР складывается из описаний психогений, возникающих и формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций боевой обстановки, в том числе у участников боевых действий (комбатантов). Речь идет о совокупной характеристике военных конфликтов в рамках «поствьетнамского», «афганского», «чеченского» синдромов. В отличие от острой стрессовой реакции они возникают не в момент психотравмирующего воздействия, а в более отдаленные сроки, после выхода комбатанта из боевой ситуации. Клиническое содержание психопатологического состояния наполнено переживаниями сцен военных действий, насилия, пыток, воспоминаниями о боевых друзьях, чувством страха за свою жизнь, кошмарными сновидениями, плаксивостью, депрессивными реакциями с конверсионными симптомами, снижением некоторых когнитивных функций и ослаблением контактов с ближайшим окружением. Пугающие сны в деталях воспроизводят все пережитое, сопровождаясь ощущениями «липкого пота», сердцебиениями, чувством «спирания в гру-

ди». К облигатным симптомам ПТСР может быть отнесено повторное переживание боевого события по типу навязчивых проявлений (интрузии), носящих характер стойких, произвольных, чрезвычайно живых реминисценций при напоминании или попадании в ситуации, хотя бы опосредованно напоминающих стрессовую. Характерны тревожные руминации (с напряженным «прокручиванием» в сознании актуальных аспектов травматического стресса и «упущенных» возможностей предотвратить перенесенное) и переживания чувства вины перед погибшими, их родными. Реже наблюдаются реакции избегания (стремление к уклонению от разговоров, пребыванию в местах боевых действий) с усилением вялости, безынициативности или же, напротив, признаки повышенной активности, раздражительности, затрудненной концентрации, внимания и т. д. Аддитивное поведение объясняется желанием «снять напряжение», «забыться», «наладить сон».

Формирование ПТСР является важным, но не единственным феноменологическим проявлением реакции на боевой стресс и возникающее при этом адаптационное (или психозадаптационное) состояние. Пока человек пребывает в условиях боевых действий, собственно психопатологической картины не возникает: необходима его многоуровневая личностная «переработка» в обстановке мирной жизни. Психогенно-травматический опыт не всегда воспринимается личностью как негативный, дестабилизирующий, дезорганизирующий основные жизненные функции. Даже при отрицательном отношении к своему непосредственному участию в боевых действиях преморбидно адаптированным, гармоничным натурам удается преодолеть естественные, психологически объяснимые реакции на интенсивный стресс.

Расстройства адаптации определяются в случаях, когда идентифицированный психосоциальный стресс не достигает крупномасштабного, катастрофического размаха, а возникающие при этом невротические, аффективные и личностные реакции легко выражены и кратковременны (не свыше 2–3 мес.). Острая реакция на стресс развивается вслед за психическим или физическим потрясением (в первые часы психотравмирующего воздействия) и характеризуется генерализованными тревожными расстройствами, чувством отчаяния или безнадежности, бессмысленной гиперактивностью, быстрой обратной, регрессионной динамикой. Психогенные непатологические реакции протекают на уровне физиологически сохранных вегетативно-сосудистых и психологически объяснимых симптомов: преобладание эмоциональной напряженности, соматовегетативных, гипотимических проявлений (при критической оценке происходящего

и адекватной целенаправленной деятельности). Психогенные невротические состояния представлены структурированными и относительно стабильными пограничными расстройствами в их «классических» формах проявления (истерические, диссоциативные, депрессивные, навязчивые, тревожно-фобические, астенические картины, «невроз истощения»). Острые реактивные психозы сопровождаются аффективными «шоковыми» реакциями, кратковременными изменениями сознания, состояниями двигательного возбуждения (или заторможенности). Затяжные психогенные психозы клинически оформлены в структурированные депрессивные, параноидные, истерические симптокомплексы (среди последних типичны псевдодеменция, пуэрилизм, синдром Ганзера). Их прогностическая оценка и исход (при несомненном учете фактора чрезвычайного, кризисного влияния на индивида) зависят от особенности психотравмирующего воздействия, индивидуально-типологической личностной реакции на случившееся, организационных (социальных, медико-психологических) мероприятий на разных этапах кризисной ситуации.

К «факторам риска» возникновения расстройства адаптации отнесены эмоциональный тип акцентированных черт личности, высокий уровень тревожности, синдром вегетативной дистонии. Наряду с клинико-психопатологическими и динамическими закономерностями обнаруживаются феноменологические, диагностические и прогностические отличия, зависящие от формы психической патологии, при которой они развиваются. Их рассмотрение в условиях формирования поведенческих расстройств определяет психотерапевтическую, психофармакологическую и психопрофилактическую тактику [1].

В основе стрессозависимых пограничных нервно-психических расстройств всегда находится психологический конфликт, неизбежно возникающий в процессе переработки любой внешней психологической травмы. Этот конфликт возникает в результате противодействия следующих диаметрально противоположных внутриличностных тенденций: чувство долга, моральные обязательства; целесообразное, исходя из конкретной ситуации, поведение; внутренние желания и жизненно необходимые потребности индивидуума [2].

Эти внутриличностные противоречия сопровождают жизнь каждого человека. Обычно они осознаются, и здоровая личность способна их конструктивно разрешать без ущерба для психического и соматического здоровья, сохраняя нормальное социальное функционирование. При этом присутствующие здоровому человеку защитные психологические механизмы («механизмы совладания») помо-

гают выработать адекватные поведенческие стратегии и сохранить здоровье.

Психологический конфликт может быть окружен избыточным «валом» патологических защит. Задача психологических защит в этом случае – выключить или исказить осознание своей внутренней проблематики, поскольку осознание не всегда приятно и безболезненно для человека. В медицине давно известно, что любая защитная функция может быть во благо и во вред организму, приводя при этом к губительным, порой катастрофическим, последствиям (таким, как, например, гиперергическая воспалительная реакция). Точно так же и избыточные психологические механизмы ограничивают диапазон адаптации человека, сужают поле его сознания. Смысл избыточно работающих психологических защит – создать видимость благополучия и спокойствия за счет «выключения» таких сигналов, как тревога. При этом внутренние противоречия, «раздирающие» на части целостность личности индивидуума, перестают осознаваться. Для преодоления возможных внутриличностных конфликтов в подстерегающих индивида «кризисных» ситуациях важно постичь причины их возникновения с последующим пониманием путей их преодоления. Социально-психологическое понимание конфликтных и кризисных состояний облегчает избегание «подводных рифов» подстерегающей опасной ситуации, способствует расширению возможностей личности, смягчает и даже предупреждает психотравмирующие ситуации, возможные при столкновении с непредвиденными interpersonalными обстоятельствами.

Персонализированное консультирование означает переход от идеологии субъектности и личностной ориентированности психологии к соответствующей консультационной практике. Персонализацию необходимо рассматривать как антитезу двум распространенным психолого-педагогическим подходам, которые можно условно назвать «формирующим» и «средовым» [3].

Персоналогическое медико-психологическое консультирование в качестве методологического подхода основывает свою деятельность на общегуманистических принципах и понимает сопровождение как проектирование консультационной среды, создание условий для максимально успешного развития личности (Битянова, 2001; Жигинас, 2009) [4].

Суть эффективной психотерапевтической работы в рамках персоналогического медико-психологического консультирования – в конструктивном разрешении внутреннего психологического конфликта и освобождении от избыточных психологических защит. При этом важнейшую задачу психотерапии мы видим в расширении границ сознания

пациента. Неслучайно со страниц многих руководств по психотерапии звучит призыв интегрировать опыт, полученный в процессе психотерапии, осознать получаемые переживания. Осознание в более широком смысле означает также формирование адекватного понимания других людей и окружающего мира. Именно ясное, осознанное понимание себя и мира делает человека адаптивным, возрастает его эффективность на производстве, он обретает возможность быть творческим и счастливым [5]. Мы пришли к необходимости структурировать проводимую психотерапевтическую работу, исходя из модифицированной модели сознания К. Уилбера (1998), которая представлена на рисунке.



Модифицированная схема спектра сознания

В процессе работы Б. Ю. Приленский отмечает важность положения о многомерности внутриличностных конфликтов [6]. В связи с этим невротический конфликт проявляется в зависимости от степени осознания пациентом и психотерапевтом, на разных уровнях его сознания. Подобный системный подход в психотерапевтической работе позволяет нам более четко понимать психотерапевтическую стратегию.

Когнитивно-поведенческая психотерапия ставит перед собой преимущественно цели симптоматического улучшения, которое при этом достигается достаточно быстро и эффективно. Это улучшение можно объективно наблюдать, регистрируя изменения поведения в виде исчезновения тех или иных симптомов. Мы полностью отдаем себе отчет в том, что психологические механизмы при этом затрагиваются поверхностно. Важно помнить, что избавление от симптомов является одновременно достижением и предпосылкой новых мучений. Поэтому избавление от симптома – обоюдоострый меч (Витакер, 1998). Психотерапевтические подходы, направленные на работу с личностью, ставят

целью восстановление ее целостности. В процессе личностноориентированной психотерапии мы обеспечиваем возможность свободного выражения подавляемых симптомов и негативных эмоций. Второй шаг – это перевод симптомов в исходные влечения. Важно помочь пациенту осознать собственные внутриличностные противоречия, которые являются источником его страданий. Задача психотерапии, направленной на работу с телом, – помочь пациенту избавиться от «телесной анестезии». Большинство пациентов не чувствуют своих мышечных зажимов и воображают при этом, что у них все хорошо. Снятие мышечных блоков – важный шаг к восстановлению здорового функционирования тела и активизации обменных процессов. Способность чувствовать тело – это также важная предпосылка для осознания собственных потребностей.

Реконструкция нарушенных межличностных отношений пациента чрезвычайно важна. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений больного в целом, его отношение к миру, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки. В психотерапии мы считаем обоснованным применение технологий, использующих состояния измененного сознания. В. Ю. Завьялов (1999) считает, что изменение сознания происходит во всех случаях реорганизации взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому измененное состояние сознания можно рассматривать как вполне естественное и необходимое для обновления нервно-психической картины мира, обеспечивающее доступ к собственным резервам и позволяющее восстановить эффективную систему личностных защит [7]. Трансперсональная психотерапия, входящая в структуру персонологического подхода, позволяет глубоко прорабатывать и интегрировать личностные и надличностные проблемы. Для восстановления психического здоровья человеку важно научиться решать собственные экзистенциальные проблемы для восстановления целостного, осмысленного, пронизанного духовностью отношения к миру.

В предлагаемом персонологическом подходе реализованы изложенные в свое время С. Л. Рубинштейном (1946) методологические принципы научного исследования, стремящегося к целостному и гуманистическому подходу в изучении человека. Он подчеркивал, что научная психология должна исходить из следующих принципиальных положений: 1) психика человека изучается «в единстве внутренних и внешних проявлений»; 2) методика психологического исследования должна опи-



ратся на социально-исторический анализ деятельности человека, сохраняя свою специфичность и самостоятельность, не растворяясь в нем, а лишь основываясь на предварительном социологическом анализе человеческой деятельности и ее продуктов в общественно-исторических закономерностях их развития.

Концептуальная модель первичной профилактики в направлении предупреждения патогенного развития кризисов конструируется как медико-психологическая проблема, рассматриваемая согласно персонологическому подходу, должна выстраиваться как многомерная и многоуровневая система психологического сопровождения согласно научным критериям теории психологических систем В. Е. Клочко (2005), концепции коммуникативных миров В. И. Кабина (2006). В ней рассматриваются индивидуально-психологические, социокультурные и трансперсональные измерения стрессозависимых пограничных нервно-психических расстройств; феноменологическое разнообразие причин кризисов и их индикаторы; переживание кри-

зиса и факторы, способствующие разрешению кризисной ситуации (защитные механизмы и копинг-стратегии). Персонологическое медико-психологическое сопровождение как особая культура социализации индивидуальности, формируемая и культивируемая на основе реализации принципа соответствия возможностей человека такой среде, которая этим возможностям отвечает [2].

Таким образом, персонологический подход в консультировании и психокоррекции позволяет осмысленно и эффективно проводить психотерапию и психологическую коррекцию пограничных нервно-психических расстройств. Персонологический подход в психологическом консультировании и психотерапии позволяет интегрировать различные подходы и организовать эффективную разноуровневую помощь и поддержку лиц, профессиональная деятельность которых связана с переживаниями острых ситуаций, чрезвычайных происшествий, различного рода стрессорных воздействий, с повышенной физической и психической нагрузкой [8].

### Список литературы

1. Наров М. Ю., Аксенов М. М. Нарушения адаптации при некоторых стрессогенных профессиях. Мониторинг психического здоровья // Материалы межрегион. науч.-практ. конференции (Новокузнецк, 17–18 октября 2006 г.) / под науч. ред. акад. РАМН В. Я. Семке. Томск: Типография «Иван Федоров». С. 125–128.
2. Жигинас Н. В., Семке В. Я. Персонологический подход в консультировании кризисных состояний. Томск: Изд-во ТГПУ, 2012. 244 с.
3. Жигинас Н. В. Кризис идентичности студентов в свете проблемы психического здоровья // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2009. Вып. 4 (82). С. 61–65.
4. Жигинас Н. В. Психология студенческого кризиса: методология, феноменология, типология, профилактика. Томск: Изд-во ТГПУ, 2008. 272 с.
5. Уилбер К. Никаких границ. М., 1998. 175 с.
6. Приленский Б. Ю. Спектральный анализ невротического конфликта // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2002. Т. 8. № 1. С. 46–54.
7. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. М., 1999. 250 с.
8. Санников А. Ф., Жигинас Н. В. Персонализированный подход в организации учебно-образовательного процесса студентов заочного отделения педагогического вуза // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2012. Вып. 12. С. 218–222.

Аксёнов М. М., доктор медицинских наук, профессор.

**НИИ психического здоровья СО ТНЦ РАМН.**

Ул. Алеутская, 4, Томск, Россия, 636014.

E-mail: mn@tspu.edu.ru

**Томский государственный педагогический университет.**

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

E-mail: max1957@mail.ru

Жигинас Н. В., доктор психологических наук, зав. кафедрой.

**Томский государственный педагогический университет.**

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

E-mail: zhiginas@mail.ru

Петрова Ю. В., ассистент.

**Томский государственный педагогический университет.**

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

E-mail: zajka.84@mail.ru

Материал поступил в редакцию 07.03.2014.

M. M. Aksenov, N. V. Zhiginas, Yu. V. Petrov

## POST-TRAUMATIC STRESSFUL FRUSTRATION AT SOME TYPES OF PROFESSIONAL ACTIVITY: PROBLEM STATEMENT.

The clinical analysis of influence of a chronic emotional pressure in the conditions of professional activity on development of post-traumatic stressful frustration is given. Adequacy of application of personological approach lies in consultation of persons of the stressor professions.

**Key words:** *stress, mental adaptation, post-traumatic stressful frustration, psychological conflict, personological consultation.*

### References

1. Narov M. Yu, Aksenov M. M. Adaptation disorders in some stressful occupations. Monitoring of mental health. *Materials of interregional scientific conference* (Novokuznetsk, 17–18 October 2006) / under scientific. ed. acad. RAMS V. Ya. Semke. Tomsk, Typography "Ivan Fedorov" Publ., pp. 125–128 (in Russian).
2. Zhiginas N. V., Semke V. Ya. *Personological approach in advising the crisis conditions*. Tomsk, TSPU Publ., 2012. 244 p. (in Russian).
3. Zhiginas N. V. Crisis of professional educational identity of the students as the problem of mental health. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2009, vol. 4 (82), pp. 61–65 (in Russian).
4. Zhiginas N. V. *Psychology of the student crisis: methodology, phenomenology, typology, prevention*. Tomsk, TSPU Publ., 2008. 272 p. (in Russian).
5. Wilber K. *No boundaries*. Moscow, 1998. 175 p. (in Russian).
6. Prilenskiy B. Yu. Spectral analysis of neurotic conflict. *Questions of mental medicine and ecology*, 2002, vol. 8, no. 1, pp. 46–54 (in Russian).
7. Zav'yalov V. Yu. *Incomprehensible psychotherapy*. Moscow, 1999. 250 p. (in Russian).
8. Sannikov A. F., Zhiginas N. V. Personalized approach to the organization of teaching and educational process extramural students of pedagogical high school. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2012, vol. 12, pp. 218–222 (in Russian).

Aksenov M. M.

**FGBI Mental Health Research TSC SB RAMS.**

Ul. Aleutskaya, 4, Tomsk, Russia, 636014.

E-mail: mn@tspu.edu.ru

**Tomsk State Pedagogical University.**

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

E-mail: max1957@mail.ru

Zhiginas N. V.

**Tomsk State Pedagogical University.**

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

E-mail: zhiginas@mail.ru

Petrova Yu. V.

**Tomsk State Pedagogical University.**

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

E-mail: zajka.84@mail.ru