

УДК 159.9.015

## ИСТОРИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПТСР

*Киркитадзе Эка Елвардиевна,  
Башкирский государственный университет, г. Уфа  
Халфина Регина Робертовна,  
Башкирский государственный университет, г. Уфа  
E-mail: ekkirkkitadze@gmail.com,  
E-mail: riga23@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматривается история происхождения посттравматического стрессового расстройства. На современном этапе развития общества, человечество столкнулось с ростом «горячих точек» и антропогенных катастроф. Эти ситуации сверхэкстремально воздействуют на психику человека, что, в свою очередь, может вызвать травматический стресс, крайнее проявление которого выражается посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). Были рассмотрены известные теории и модели происхождения посттравматического стрессового расстройства в целях дальнейшего исследования данной проблемы.*

***Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, история ПТСР, комбатанты.*

***Abstract.** The article deals with the history of the origin of post-traumatic stress disorder. At the present stage of the development of society, mankind has faced the growth of "hot spots" and man-made disasters. These situations have a super-extreme effect on the human psyche, which, in turn, can cause traumatic stress, the extreme manifestation, which is expressed by post-traumatic stress disorder (PTSD). The latest theories and models of the origin of posttraumatic stress disorder were examined for further investigation of this disorder.*

***Key words:** posttraumatic stress disorder, PTSD, history of PTSD, combatants.*

Современный мир и нестабильная международная обстановка выдвигают перед учеными и исследователями всего мира крупные задачи, которые нельзя оставлять без внимания.

Согласно многочисленным исследованиям [1] современный социум таков, что человек практически постоянно находится в стрессогенных ситуациях, которые могут приводить к психическим травмам. Непрерывающиеся локальные войны по всему миру, внутренняя социальная и экономическая нестабильность внутри стран – это все, в совокупности с психологически стрессовой жизнью в больших мегаполисах, является почвой для развития посттравматического стрессового расстройства. Интенсивность стрессовой

ситуации может быть настолько велика и ставить существование человека под прямую угрозу, что прошлые невротические состояния и личностная предрасположенность не имеет большого значения. Главным в развитии ПТСР является то, что экстремальные события переходили черту обычных человеческих переживаний и внушали ужас, страх и ощущение беспомощности на всю жизнь [1-5].

Проблема урегулирования вооруженных конфликтов имеет также социально-психологическую сторону, помимо политической, так как в них участвуют граждане тех или иных стран.

Как и любые критические ситуации, вооруженные конфликты не проходят бесследно и осложнения могут преследовать комбатантов в условиях мирного времени, создавая большие трудности в социальной адаптации, в сохранении трудоспособности и здоровья. Более того, они могут возникнуть не сразу, а по прошествии многих лет после окончания конфликта.

Первое систематизированное описание симптомов, появляющихся вследствие тяжелых психических травм и похожих на современные посттравматические состояния, было предложено J. Erichsen в 1867 году в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы». К таким симптомам он отнес расстройства внимания и памяти, тяжелые сны с переживаниями травмирующей ситуации, душевный дискомфорт [6].

В 1889 г. вводится понятие «травматический невроз». Здесь Н. Oppenheim особое внимание уделяет психологическому и эмоциональному компоненту психической боевой травмы. Также, важные исследования стали появляться с началом Первой Мировой войны. Большое количество военнослужащих, у которых появились проблемы со сном, беспричинный тремор, судороги, амнезия, звон в ушах во время и после войны стало проблемой для командования [7].

В 1916 году военные медики стали искать методы лечения подобных солдат, которые не имели видимых травм или ранений, но, тем не менее, не могли более продолжать воевать и нормально жить в тылу. Впервые попробовал обобщить данные симптомы в 1915 году британский психолог Ч. Майерс в своей статье для журнала "Lancet", где ввел термин "shell shock" ("военный невроз", "снарядный шок"). Полагалось, что нарушения у военных были вызваны действием высокого давления во время долгих артиллерийских стрельб. Это первая гипотеза на причины возникновения "военного невроза". Вторая гипотеза включала в себя две точки зрения. Первая точка зрения основана на том, что психопатологические синдромы возникают только у тех, кто предрасположен к этому, кто имеет какие-либо личностные аномалии/дефекты. И, следовательно, война рассматривалась как фактор, который провоцирует возникновение психического заболевания. Сторонники второй берут в качестве основного фактора развития военного невроза саму психическую травматизацию во время

боевых действий (момент страха и неожиданности) [8].

Большим развитием в изучении травматического невроза стал период Второй Мировой войны. А. Кардинер в 1941 году, исследуя данную проблему, назвал изменения, вызванные стрессом во время вооруженного конфликта, хроническим военным неврозом. Он включал в себя, по его мнению, как психические, так и вегетативные симптомы. То есть, представления о механизмах и характере воздействия боевых действий на их участников значительно расширились. Кардинер предложил первое комплексное описание симптоматики данного нарушения:

- возбудимость и раздражительность;
- фиксированность на травмирующих обстоятельствах прошлых событий;
- предрасположенность к агрессии и неспособность управлять ею;
- уход от реальности;
- острое реагирование на внезапные раздражители [9].

В. Гиляровский в конце 40-х гг. ввел понятие о тимогениях, как состояния, вызванные воздействием на чувства. Вторая мировая война снова задалась вопросом о роли психической травмы, об отношении психического и соматического. Здесь имеет значение возможность применять знания и достижения в области патологии нервной системы, физиологии и общей медицины. Главным образом успехи психиатрии в советское время зависят от ее сближения с другими медицинскими дисциплинами. Благодаря новым данным психическую травму нужно рассматривать как воздействие на организм в целом: на биохимические и даже вегетативные процессы. Здесь она может приравняться к иным экзогенным воздействиям, таким как интоксикации и инфекции. Имеет значение тот факт, что внешний раздражитель может запустить перестройку всего организма и изменить его реакции на внешние воздействия.

Принцип второго удара А.Д. Сперанского, установленный на экспериментальных интоксикациях и инфекциях, влияет и на клинику. Психотравматизирующее переживание, ничем внешне не проявляясь, может надолго сохранить свое патогенное действие, что и может сказаться впоследствии в каких-либо реакциях. Тем самым, термин "травматический невроз" использовался психиатрами вплоть до конца Второй Мировой войны, но вскоре был убран из официальной классификации по причине не адекватности в этиологическом смысле [10-13].

Большую роль в изучении ПТСР сыграло исследование изменений личности у участников локальных войн. Благодаря наблюдениям, сделанным в период войны в Корее, где участвовали американские военные, удалось выделить ряд психических расстройств, которые вскоре получили название в рамках одной группы, как "большая стрессовая реакция" ("gross stress reactions") [14].

Актуальность исследований в этой области возникла в середине 70-х гг XX

века, когда американское общество впервые столкнулось с дезадаптивным поведением участников Вьетнамской войны. Среди данного контингента людей были выявлены большое количество суицидов, акты насилия и неблагополучие в семейной и социальной жизни. Все это заставило государство принять меры по реабилитации ветеранов Вьетнама. Так, были созданы специальные исследовательские центры социальной помощи ветеранам войны во Вьетнаме [15].

Одним из первых исследование обобщающего характера сделал P. Bourne. Им был выделен один из частых симптомов - "повторяющиеся навязчивые воспоминания", которые в основном приобретали форму ярких эмоционально-чувственных представлений ("flashbacks"). Обычно они сопровождались страхом, угнетенным состоянием, сомато-вегетативными расстройствами, страшными сновидениями боевого характера, чувством вины, а также, безразличием и отчуждением к прошлым интересам [16].

Так как, данное и подобные расстройства с одинаковыми симптомами не соответствовали ни одной нозологической единице, M. Horowitz было предложено выделить их в один синдром под названием "посттравматическое стрессовое расстройство". Тем самым, с 1980 года, данный синдром включен в официальный американский диагностический стандарт DSM-3 [17].

Период после Второй мировой войны несколько замедлил процесс изучения влияния экстремальных факторов на личность отечественными учеными. В последующий послевоенный период изучение проблемы не развивалось вплоть до конца 80-х гг, когда отечественные психологи стали все больше уделять внимание пограничным расстройствам, симптомы которых имели общее с симптоматикой ПТСР. Новый политико-социальный устоя позволил выйти на новую качественную ступень получения информации, что дало возможность более профессионально подойти к изучению социальных проблем. Интерес отечественных исследователей в рамках изучаемой нами проблемы был вызван благодаря схожести симптомов у ветеранов Вьетнамской и Афганской войн благодаря большому накопленному опыту зарубежных психологов. Несмотря на то, что печальные события, произошедшие на Северном Кавказе подтолкнули исследователей к более активному изучению данной проблемы, до сих пор нет единой концепции, которая позволила бы объяснить причины возникновения нарушений соматического и психического здоровья у лиц, попавших в экстремальные ситуации. Также как и нет комплексной лечебной программы, которая могла бы позволить более длительную реабилитацию лиц страдающих ПТСР [18].

Современная психологическая наука выделяет два основных направления в природе ПТСР. В западной психологии любые травматические расстройства рассматривают как нормальную реакцию на сверхинтенсивные, то есть ненормальные внешние воздействия. Согласно таким авторам, как В.

Гиляровский, Калмыкова Е.С., Миско Е.А., Тарабрина Н.В. в отечественной психологии сложилась иная теория, что нарушения, вызванные травматическими событиями, считаются болезнью и ее надо лечить. Либо рассматриваются в качестве аномальных изменений в психике, которые нуждаются в коррекции.

М. Магомед-Эминов (1996) выделил несколько моделей, объясняющие происхождение ПТСР:

- а) реактивная (бихевиоральная концепция: теория Б.Колодзина, нейропсихологическая теория Л.Колба);
- б) диспозиционная (теория переживания Ф.Васшижа);
- в) интеракционная (нейропсихологическая теория эриксоновского гипноза);
- г) личностно-средовой подход (J.Wilson) на стыке нескольких концепций.

Но так как не существует единой концепции на вопрос об этиологии и механизмах развития ПТСР, рассмотрим обобщенные теоретические модели посттравматического стрессового расстройства. Исследователями выделено две группы:

- а) психологическая модель;
- б) биологическая модель.

К психологическим моделям обычно относят психосоциальные, психодинамические и когнитивные модели (Тарабрина Н.В., 2001).

Что касается биологической модели, которая в последнее время приобретает научную популярность, то здесь исследования направлены на изучение нейроэндокринных, нейроанатомических и других особенностей данного расстройства.

На основе обзора вышеизложенных концепций мы можем сделать следующие выводы.

Последние несколько десятилетий дали существенный толчок в развитии концепций ПТСР и его систематизации. Отечественными и зарубежными учеными проведено большое количество исследований, касающихся различных посттравматических состояний.

На современном этапе необходимо использовать новые знания, чтобы прийти к полному пониманию природы и развития посттравматического расстройства.

Также, необходимо использовать комплексный подход, который бы опирался на психологические, социальные и биологические процессы. Все это нужно для создания эффективной психокоррекционной программы, которая позволит скорректировать все уровни функционирования травматической личности.

**Список используемых источников:**

1. Решетников М.М. Психологическая травма, СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
2. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика, М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.— 304 с.
3. Felman Sh. The juridical unconscious: trials and traumas in the twentieth century. Cambridge: Harvard University Press, 2002 [Электронный ресурс]. - URL: [http://www.ihc.ucsb.edu/research/identity\\_articles/Felman2002Ghost%20in%20the%20house%20of%20justice.pdf](http://www.ihc.ucsb.edu/research/identity_articles/Felman2002Ghost%20in%20the%20house%20of%20justice.pdf) (дата обращения: 29.10.17)
4. Figueira I., da Lus M., Braga R.J., Mauro M.C., Mendloowich V., The Increasing Internationalization of Mainstream Postraumatic Stress Disorder Research // A Bibliomatic Study J. of Traumatic Stress . 2007. V. 20. № 1. P. 89-95.
5. Luckhurst R. The trauma question. London; New York: Routledge, 2008 [Электронный ресурс]. - URL: <http://complit.utoronto.ca/wp-content/uploads/COL1000-Week06-Oct21-RogerLuckhurst.pdf> (дата обращения: 29.10.17)
6. Erichsen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. — London, 1867. – 103 p.
7. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. – Berlin, 1889. – 176 p.
8. Myers C.S. II Lancet. - 1915. - Vol. 1 - P. 316-320.
9. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of war, in Psychosomatic Medicine Monographs. – N.Y.: Paul Hoeber, 1941. 258 p.
10. Гиляровский В.А. Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения // Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. – Киев; Харьков: Гос. мед. изд-во, УССР, 1946. – С. 285-288.
11. Пограничная психиатрия. Под ред. Александровского Ю.А. Антология отечественной медицины. – Москва, 2006. – 1280 с.
12. Рончевский С.П. Вопросы психопатологии военного времени (по материалам войны 1914-1918 гг.) // Психозы и психоневрозы войны / Под ред. В.П.Осипова. - М.; Л.: ОГИЗ, 1934. - С. 14-66.
13. Сухарева Г.Е. Психогенные типы реакций военного времени // Невропатология и психиатрия. - 1943. – Т. 12. - № 4. - С. 3-10.
14. Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (1952).
15. Figley Ch. R. (Ed.) Stress disorder among Vietnam Veterans. – N.Y.: Brunner / Mosel, 1978. 358 p.
16. Bourne P.G. Men, stress and Vietnam. - Boston: Little, Brown, 1970.
17. Horowitz M. J. II Arch. Gen. Psychiatry. - 1974. - Vol. 31. P. 768-781.
18. Тимофеев Ю.П., Эжиева М.Х. Основные психологические направления в изучении посттравматических стрессовых состояний личности // Вестник АГТУ. 2006. № 5. С. 283-292.