

**ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МАССОВЫХ СТИХИЙНЫХ
БЕДСТВИЯХ И КАТАСТРОФАХ
В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД
(НА ПРИМЕРЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

Дашковский И.А., Матюшков П.И., Дворкин М.И., Валид Зиб,
Мартынова Л., Ардашева Е., Искабулова А.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
ЦСМ № 6,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: впервые в Киргизии посттравматические стрессовые расстройства и расстройства адаптации стали проявляться паническим расстройством, что является прогностически крайне неблагоприятным фактором.

Ключевые слова: психогенные нарушения, посттравматическое стрессовое расстройство, паническая атака, паническое расстройство.

**АЛЫСКЫ МӨӨНОТТОГУ (МИСАЛЫ КЫРГЫЗСТАНДА)
МАССАЛЫК ЖАРАТЫЛЫШ КЫРСЫКТАР ЖАНА
КЫЙРӨӨЛӨРДӨ ПСИХОГЕНДИК БУЗУЛУУЛАРДЫН ИЗИЛДӨӨ**

Дашковский И.А., Матюшков П.И., Дворкин М.И., Валид Зиб,
Мартынова Л., Ардашева Е., Искабулова А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
№ 6 УМБ

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Кыргызстанда алгачкыдан болуп травмадан кийин стресстик жана ийкемделиш бузулуулар куткачыруучу бузулгандык менен белгиленип баштады, ал болсо өтө эле жагымсыз прогноздук фактору катары эсептелет.

Ключевые слова: психогендик бузулуулар, травмадан кийин стресстик бузулуулар, куткачыруучу атакасы, куткачыруучу бузулгандык.

**TO THE QUESTION OF INVESTIGATION OF SOME ASPECTS
OF PSYCHOGENIC DISTURBANCES IN MASS ELEMENTAL
DISASTERS AND CATASTROPHES DURING LONG PERIOD
(EXAPLE - KYRGYZSTAN)**

Dashkovsky I.A., Matushkov P.I., Dvorkin M.I., Valid Zib,
Martynova L., Ardasheva E., Iskbulova A.

Kyrgyz state medical academy named after Ahunbaev I.K.,
CFM № 6,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Rezume: for the first in Kyrgyzstan post traumatic stress and adaptation disorders are manifested by panic disorder and according to our prognosis it is extremely unfavorable factor.

Key words: psychogenic disorders, posttraumatic stress disorder, impairment, panic attack, panic disorder.

Целью данной статьи является:

1) выявление особенностей психогенной патологии при стихийных бедствиях и катастрофах применительно к Киргизии;

2) выявление особенностей посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации, возникшие в Киргизии в отдаленный период.

Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах занимают особое место, в связи с тем, что они могут одновременно возникать у большого числа людей, внеся дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза

выявляемых расстройств, а также применение необходимых и возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий (Александровский Ю.А.).

Первыми с последствиями данных расстройств столкнуться представители общепольничной сети, врачи общей практики, врачи ГСВ, а только позже, в отсроченный период, после медицинской сортировки и снятия острой психотической симптоматики – лечения психогенной патологии возьмут на себя врачи-психиатры, врачи-психотерапевты.

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психогенных расстройств, а также анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дает возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которой наблюдаются различные психогенные нарушения (Александровский Ю.А.).

Первый период – острый.

Он характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала возникновения катастрофы до организации спасательных работ. В это время преимущественно наблюдается психогенные реакции психотического и не психотического уровня, в ряде случаев возможно развитие паники и реакции бегства.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается «нормальная жизнь в экстремальных условиях». Развиваются так называемые расстройства адаптации. Важным элементом пролонгированного стресса в этот период является ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников и т.д. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенодепрессивными проявлениями.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка

ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений. Развиваются посттравматические стрессовые расстройства (Александровский Ю.А.). Для Киргизии характерно развитие посттравматических стрессовых расстройств начинающихся с панических атак.

Результаты собственных исследований:

За период с января по июнь 2011 года психотерапевтом ЦСМ № 6 г. Бишкек было выявлено и пролечено больных по нозологическим единицам:

Гинерализованное тревожное расстройство – 26
Паническое расстройство – 14
Посттравматическое стрессовое расстройство – 8
Расстройство адаптации – 36
Депрессивное рекуррентное расстройство – 1

При этом ПТСР в 2-х случаях проявлялись только реакциями паники, без другой типичной симптоматики (пациенты мужчины).

Расстройства адаптации в одном случае проявлялось паническими атаками (пациент женщина).

Депрессивное рекуррентное расстройство проявлялось только паническими атаками (пациент мужчина).

Исходя из вышеизложенного, наблюдается тревожная тенденция изменения типичной психопатологической симптоматики на панические атаки, а по критериям МКБ-10 на паническое расстройство.

Так как психопатологическая симптоматика изменилась в своих основных клинических проявлениях (ПТСР и расстройства адаптации), то возникает проблема правильной постановки диагноза врачами-клиницистами – будь-то врачи общей практики, так и врачи психиатры.

Кроме того, отчетливое доминирование в клинической картине панических атак, затрудняет лечение данной психопатологии, как с помощью психофармакологических средств, так и с помощью психотерапии.

К сожалению, во всем мире отмечается рост числа невротических расстройств с

преобладанием панических атак.

Некоторые авторы, например профессор Вейн А.М, с соавторами, предлагает выставлять клинические диагнозы основываясь на различных классификациях панических атак. (Вейн А.М., 2004).

Ретроспективный нозологический анализ показал, что приблизительно у 60 % больных с паническим расстройством, клинические проявления сегодня могли бы быть отнесены к невротическим расстройствам (соответственно критериям МКБ-10), причем речь идет преимущественно о невротической травме и депрессии, а в остальных случаях это – нарушение адаптации, личностные расстройства и психотические нарушения (Вейн А.М. с соавт., 2004).

Не совсем понятны критерии выставления клинических диагнозов, распределения панических атак на типичные и атипичные. Ведь врач ГСВ, врач-психиатр или психотерапевт должен выставлять диагнозы в соответствии с МКБ-10, где есть диагноз – «Паническое расстройство» F – 48.0, а нет диагноза в виде отдельной нозологической формы – паническая атака.

Проявление расстройств адаптации и посттравматических стрессовых расстройств только паническими атаками, а по клиническим критериям соответствующих паническому расстройству (МКБ -10), делает желательным рассматривать течение, прогноз и патогенез панического расстройства.

Паническое расстройство является хроническим рецидивирующим расстройством. По литературным данным случаи полной ремиссии составляют 10-20 % в течение 3-5 лет от дебюта заболевания (Ronillon F., 1996). При адекватном лечении как фармацевтическими так и психотерапевтическими методами для большинства (две недели) больных паническим расстройством прогноз является относительно хорошим. В тоже время большое лонгитудальное исследование 85 пациентов, включенных в исследование между 1990-1995 годом и повторно осмотренных в 1997-1998 году, оказалось не столь оптимистичным. Мягкие панические симптомы и фобическое избегание

было обнаружено у 71 % пациентов без агарофобии и у 57% пациентов с агарофобией.

Приблизительно 60% больных отмечали трудности в выполнении данной нагрузки и 40 % были не удовлетворены качеством жизни. 72% обследованных больных продолжали принимать фармакологическое лечение (Вейн А.М. с соавт., 2004). Хронизация процесса панического расстройства определялась личностными особенностями пациента в большинстве своем акцентуализациями характера.

Длительность панического расстройства по данным психотерапевтического кабинета ЦСМ № 6 в среднем составляет 3-5 лет без заметного улучшения. Около 80% пациентов с паническим расстройством составляют мужчины, 20 % женщины.

Большинство пациентов после прохождения основного курса психотерапии и психофармакотерапии и снятия приступов паники, продолжает периодически принимать антидепрессанты и транквилизаторы. Все это позволяет говорить не только о хронизации процесса, но и о лекарственной зависимости.

Исходя из вышеизложенного, можно говорить о том, что клинические проявления посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации только паническими атаками без каких-то других клинических проявлений, являются прогностически неблагоприятными.

Нами наблюдались трое больных, у которых ПТСР возникло как паническая атака и далее течение заболевания проходило как паническое расстройство.

У одного пациента ПТСР носило характер типичного ПТСР, с типичными механизмами психической защиты и явлениями частичной амнезии. Использовались механизмы психологической защиты репрессии, смещения, избегания. У второго пациента ПТСР носило характер типичного панического расстройства. Данный пациент получил сверхсильное стрессовое воздействие (угроза жизни, огнестрельное ранение в ногу), но типичные панические приступы стали развиваться после занятий медитацией спустя 6-8 месяцев после самого факта пребывания в угрожающей жизни

ситуации.

В данном конкретном случае при развитии ПТСР имела место быстрая модификация памяти по типу импринтинга на высоте сильной психоэмоциональной реакции. Что является по нашему мнению основным механизмом возникновения посттравматического стрессового расстройства (Дашковский И.А., 2002).

Выводы:

Впервые в Киргизии выявлены случаи проявления посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации как панического расстройства.

Данные проявления посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации являются прогностически неблагоприятными, плохо поддаются лечению, как психофармакологическими препаратами, так

и психотерапевтическими методами.

Остается до конца не ясным – почему ПТСР и расстройства адаптации стали проявляться паническими атаками.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (Руководство для врачей).- М. Медицина, 1993. – 400 с.
2. Вейн А.М., Дюкова Г.М. и др. Панические атаки. М. «Эйдос Медиа», 2004.- 408 с.
3. Дашковский И.А. Исследование формирования личностных установок с точки зрения психофизиологии и НЛП.// Социальные и гуманитарные науки – Бишкек КГНУ, 2002, № 1-2, с.33-39.