

БУ ВО ХМАО-Югры «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Медицинский институт



Проблема ПТСР и пути её решения

Студент IV курса:
Чупахин Кирилл Сергеевич
Научный руководитель:
Чернова Наталья Анатольевна



Сургут, 2023.

Определение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом.

Основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности.



Клинические рекомендации

Посттравматическое стрессовое расстройство

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: F43.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2023

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2025

ID: 753

Разработчик клинической рекомендации

- Общественная организация "Российское общество психиатров"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Актуальность проблемы

С 24.02.2022 вся страна находится в условиях специальной военной операции



Военнослужащие в зоне спецоперации



Беженцы, семьи военнослужащих, население РФ



Проблемы в сфере организации социально-психологической помощи

- Сложности в организации системной поддержки государством;
- Наличие ведомственной разобщённости;
- Недостаток обученных специализированных кадров;
- Отсутствие организованных групп помощи, комплексного подхода;
- Добровольность оказания специализированной психиатрической помощи
- Необходимость супервизии самих терапевтов с целью предупреждение проф. выгорания;



Проблемы в сфере организации социально-психологической помощи

В нашем обществе культура обращения за психологической помощью практически не развита:

В большей мере это связано со стигматизацией.

Это вынуждает военнослужащих на формальный характер беседы с психологом, что ведет к умалчиванию психологических проблем (страх сломать карьеру, потерять работу).

Следует учесть также замкнутость военных сообществ в виде формирования боевых братств, они мало доверяют гражданским, психологам, и тем более психиатрам.

Они часто не опознают своих чувств, проблем (Алекситимия).



Опыт РФ

После Афганской и двух Чеченских кампаний произошел рост количества лиц с ПТСР, который был диагностирован на поздних этапах.

Несмотря на то, что тогда уже существовали центры реабилитации комбатантов, многие, в силу ранее описанных факторов, не обратились и не получили вовремя специализированную помощь, это в дальнейшем проявилось тем, что многие комбатанты либо влились в криминальные группировки, либо начали активно употреблять алкоголь и наркотики, что также способствовало росту криминогенности.



Коморбидность с алкогольной зависимостью

В исследовании А.В. Позосова, И.А. Позосовой выявлено, что предшествующее ПТСР у военных служивших в Афганистане, Чечне, Абхазии, оказывало существенное влияние на основные клинико-динамические параметры алкогольной зависимости.

По сравнению с контрольной группой - более тяжелое течение алкогольной зависимости проявлялось у лиц с ПТСР. Алкоголь - на начальных стадиях заболевания принимался с целью воздействия на симптомы «реперевиваний» и «избегания», расширял и улучшал контакты больного с окружающими, способствовал появлению интереса к повседневной деятельности, планов на будущее.

По механизму патологического синергизма (О.В. Кербинов) - **формировалась коморбидная связь** между синдромами реперевиваний, избегания и синдромом патологического влечения к алкоголю.

Этот механизм поддерживал непрерывную алкоголизацию больных ПТСР.

Показательной у этих больных была клиника алкогольного абстинентного синдрома с включениями дисфорического характера (75,75%).

При ПТСР преимущественно диагностировались взрывчатая (69,69%) и эпилептоидная (21,21%) разновидности алкогольного опьянения, взрывчатый тип алкогольного характера (93,93%).

Таким образом ПТСР приводил к алкогольной зависимости и усугублял её течение, алкогольная зависимость в свою очередь - осложняла синдром вегетативной дисфункции обеих нозологий (синтропический эффект)

Опыт США

В США проблемой ПТСР занимаются с 1918 года, и в большей степени внимание уделяется профилактике развития боевого стресса в ПТСР.

В структуре армии существуют мультидисциплинарные подразделения такие как:

1. Команды помощи при боевом стрессе (Combat and Operational Stress Control — COSC);
2. Специалисты по оказанию мед. помощи при психических расстройствах (Mental Health Section «MHS»).

Существует система реабилитации комбатантов, имеется свыше 500 специализированных центров, где ветераны с ПТСР получают курсы амбулаторного и стационарного лечения.

При этом в США тоже есть проблема стигматизации, которая, несмотря на проведенные мероприятия, сохраняется и по сей день.



Опыт Израиля

В отличие от США, в Израиле нет ни одного человека, которого не коснулись бы терроризм или война; солдаты являются неотъемлемой частью израильского общества. Израиль постоянно находится в состоянии войны.

В Израиле сделан упор на систему районных/местных реабилитационных пунктов адаптации, основная работа в которых может вестись социальными работниками, адвокатами-добровольцами, которые смогут параллельно выявлять тех, кому необходима специализированная помощь.



Опыт Израиля

1. Система диагностики и профориентации;

Строится на предкризисном и посткризисном тестировании. Оно является обязательным после проведения любой воинской операции или учений.

2. Система центров психологической поддержки военнослужащего;

3. Реабилитация и работа с демобилизованными;

Существуют программы реабилитации, функционирует система сопровождения военнослужащих, получивших инвалидность.

На данном этапе осуществляется оказание социальной помощи, в форме профориентации и помощи в трудоустройстве, открытии бизнеса, помощь одиноким солдатам и семьям военнослужащих, специализированные программы для лиц с девиантным поведением.

Выработан стройный механизм взаимодействия между психологической помощью, социальной помощью и психиатрическим лечением.



Опыт Израиля

4. Поддержка гражданского населения в кризисных ситуациях;

Этим занимается одноименная служба. В каждом микрорайоне населенных пунктов созданы добровольные штабы кризисных ситуаций, а также пункты оповещения и срочной помощи.

5. Служба по работе с семьями пострадавших.

Созданы бригады информирования и ургентной поддержки семей раненых и погибших, служба психологической поддержки семей раненых и погибших, социальная служба реабилитации родственников жертв боевых действий.



Что можно сделать у нас

Учитывая опыт РФ и других стран, мы считаем, что в нашем городе возможно создание системы помощи на базе социальных центров таких как, например, Сургутский социально-оздоровительный центр (“Сыновья”).

Эта система должна соблюдать принцип “презумпции психического здоровья” и включать в себя: информационно-профилактическую работу, комплексную, достаточную социально - психологическую помощь с возможностью вовлечения более узких специалистов; привлечь социальных работников, студентов-медиков и психологов, волонтеров, осуществлять сопровождение, консультацию и лечение комбатантов, вернувшихся с зоны СВО.

Сформировать систему обучения специалистов – в форме вебинаров, практических курсов.

Также предлагается в обязательном порядке создать супервизорские и балнтовские группы для тех, кто будет работать в этом центре в целях профилактики профессионального выгорания.

Предоставить возможность организовывать комбатантам группы самопомощи по типу «Анонимные алкоголики».

Современная действительность потребует создания сети регионарных центров реабилитации людей с ПТСР.



Сургутский социально-оздоровительный центр (“Сыновья”)

Как это может выглядеть

1 Этап - “Активная интервенция” - осуществляется в соц. центре.

В путьку комбатанта (21 день) по возвращению из зоны СВО внедряется:

1. Скрининг при поступлении – на уровне соц. работников, где будет осуществлен отбор тех, у кого повышен риск возникновения ПТСР или имеется острая реакция на стресс;
2. Соц. работники привлекают социального психолога, который оценивает, нужна ли человеку более специализированная помощь, мотивирует на удержание в программе;
3. При решении соц.психолога о необходимости специализированной помощи, в таком случае привлекается клинический психолог, осуществляющий патопсихологическую диагностику и психологическую помощь в рамках своих компетенций (индивидуальная / групповая/ семейная);
4. При необходимости клинический психолог по результатам диагностики направляет к психиатру или к психиатру-наркологу*,

*Примечание - вся работа , в том числе врачей психиатра и психиатра-нарколога происходит на базе соц. центра в рамках консультирования.

5. Психиатр / психиатр-нарколог, решают об ином уровне помощи: амбулаторный / стационарный. Если такой уровень помощи необходим - эти специалисты должны провести мотивацию на госпитализацию в специализированный стационар;

Как это может выглядеть

6. Параллельно вовлечь военнослужащего в:
- Группы адаптации/взаимопомощи - боевые братства с привлечением ветеранов, прошедших Афганскую/Чеченские кампании;
 - Правовая консультация;
 - Курс физиотерапии/консультация других специалистов при необходимости.

По окончании путевки 1 этап завершается, и те специалисты, которые участвовали в нем, дают подробные рекомендации для продолжения работы и контроля по месту жительства. При необходимости этап 1 можно повторить.

2 Этап “Длительное сопровождение”

Заключается в комплексном социально-психологическом сопровождении по месту жительства на основании полученных рекомендаций.

Спасибо за внимание!