

УДК: 616.89-008.486

*А.В. Абрамов***КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОЙКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: стойкие изменения личности, клинико-диагностические особенности, сотрудники правоохранительных органов

Определенную роль в формировании пограничных психических расстройств, в т.ч. изменении личности, у сотрудников спец.подразделений милиции играют длительная агрессивность социальной среды, переживание большого количества стрессогенных событий, постоянно возникающих на протяжении значительного периода жизни [1, 2]. Существует несколько типов тяжелых жизненных событий (ТЖС): события утраты; события угрозы; антисоциальные события; события, связанные с безнадежностью; события, предполагающие выбор действий и неопределенный исход [3,4].

События, представляющие угрозу жизни, характерные для работников спецподразделений, как показывают многие исследования [5,6], способствуют формированию постоянного психического напряжения, состояний психической дезадаптации, а также снижению самооценки как главного механизма возникновения невротических и поведенческих расстройств.

Профессиональная деятельность сотрудников спецподразделений МВД связана с постоянным ожиданием (переживанием) чрезвычайных ситуаций, пребыванием в состоянии боевой готовности, непредсказуемостью последствий

травматических событий. Специфика их работы заключается в регулярных оперативных дежурствах на объектах с повышенной опасностью нападения. Их служба проходит с постоянным ношением боевого оружия и бронежилетов, что позволяет считать ее максимально приближенной к боевой и сопровождающейся множественными психотравмирующими эффектами. В этой связи актуальным является изучение влияния ТЖС, сопровождающихся реальным риском для жизни, на особенности личности указанного контингента лиц.

С этой целью было обследовано 232 сотрудника группы задержания государственной службы охраны. Стойкие изменения личности (отклонения от общетипических стандартов) были у них выявлены при неоднократных психологических обследованиях в процессе ежегодных профосмотров. Последующее клинико-психопатологическое исследование, дополненное инструментальной оценкой уровня стрессоустойчивости (методика Холмса и Раге) позволило объективизировать структурно-динамические особенности личности испытуемых с различной продолжительностью работы в эмоционально-стрессовых условиях.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту все обследуемые распределились следующим образом: до 30 лет — 67 человек (28,9%), 31-44 года — 86 человек (37,0%), 45 лет и старше — 79 человек (34,1%). Все испытуемые положительно характеризовались по службе, имели хорошие показатели боевой подготовки, неоднократно принимали участие в сложных оперативных ситуациях. Характер выявленных у них стойких изменений личности позволил рассматривать их в континууме от субклинических до болезненных состояний.

Оценка преморбидных качеств у больных со стойкими изменениями личности (СИЛ), развившимися в результате постоянного напряжения и стресса, не выявила патологических черт характера. Подавляющее большинство обследованных определяющими чертами своего характера считали «доброту, жизнерадостность», «уравновешенность», что позволило отнести их к синтонным личностям. Длительность СИЛ составляла от 2 до 8 лет: в среднем — 3,5 года.

Общие симптомы стойкого изменения лич-

ности после перенесенного хронического стресса были представлены следующим образом:

- притупленность эмоций с трудностями в установлении близких и дружеских связей с окружающими, недоступностью чувства радости, любви, творческого подъема;

- агрессивность со стремлением решать проблемы с помощью грубой силы. Как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность, с применением силового давления на окружающих всякий раз, когда хочется добиться своего, даже если цель не является жизненно важной;

- нарушения памяти и концентрации внимания;

- депрессия, достигающая степени отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни («отрицательная жизненная перспектива»);

- общая тревожность, проявляющаяся на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления — например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины);

- непроизвольные воспоминания, жутких сцен, связанных с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся во время травмирующего события. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические «непрощенные воспоминания» сопровождаются сильным чувством тревоги и страха;

- бессонница с трудностями засыпания, прерывистым сном и ночными кошмарами. Есть основания считать, что пациент сам невольно противится засыпанию (боится вновь увидеть этот сон) и именно в этом причина его бессонницы. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также непреходящим чувством физической или душевной боли.

Клинический анализ позволил выделить не-

сколько типов стойкого изменения личности после перенесенного хронического стресса.

Астенический тип СИЛ (82 чел., 35%) отличался доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен с переживанием безразличия к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушия к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличалось пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминировали мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз возникало непроизвольное чувство беспричинной угрозы. Однако в отличие от тревожного типа в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются большими как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризовались гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, эти лица редко скрывают свои переживания но, как правило, самостоятельно не обращаются за помощью из-за страха быть уволенными по состоянию здоровья из органов внутренних дел.

Тревожный тип СИЛ (63 чел., 27%) характеризовался высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно-окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непроизвольных, с оттенком навязчивости представлений, отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризовались трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия). Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Отмечается стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, они избегают контактов не связанных с работой, ведут уединенный образ жизни, замкнуты, отмечают недоверчивое отношение к окружающим.

Соматоформный тип СИЛ (53 чел., 23%) характеризовался массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией телесных ощущений в кардиологической

(57%), гастроэнтерологической (30%) и церебральной (22%) анатомических областях, сочетающихся с психовегетативными пароксизмами. Собственно симптомы стойкого изменения личности возникали спустя 10-15 лет работы в состоянии хронического стрессового напряжения. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак внутреннего напряжения и ощущения нависшей угрозы, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены «существования на грани» встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психотравмирующей ситуации. Такие больные обычно состояли в диспансерной группе часто и длительно болеющих у врачей-интернистов и предъявляли жалобы на различные соматические заболевания, плохо поддающиеся медикаментозному лечению.

Дисфорический тип СИЛ (34 чел., 15%) характеризовался постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Отмечались высокий уровень агрессивности, стремление выместить на окружающих бушевавшие их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминировали представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугало больных и заставляло сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую эти лица не могли сдержаться и на замечания окружающих давали бурные реакции, о которых впоследствии сожалели. Наряду с этим возникали произвольные представления психотравмирующих ситуаций, сценopodobного характера. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Постоянное чувство опустошенности или безнадежности чередовалось с чувством «существования на грани». Внешне пациенты были мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличалось отгороженностью, замкнутостью, малословностью. Они активно жалоб не предъявляли и попадали в поле зрения врачей психиатров и психологов

в связи с поведенческими расстройствами.

Состояния компенсации и неустойчивой компенсации, выявленные у 96,6% лиц со стойкими изменениями личности, не выходили за пороговый критерий диагноза «хроническое изменение личности после переживания стресса» (F62.0) и не идентифицировались нами как патологические. Эти состояния, хотя и ограничивали уровень функциональных возможностей человека, однако не сопровождались ощущением болезненной измененности и необходимости обратиться за медицинской помощью. Главная их особенность – постепенный, малозаметный характер дестабилизации личности [7] под влиянием многочисленных стрессогенных факторов («накопительная модель дестабилизации»). Под дестабилизацией в этих случаях понимается появление признаков «размыwania контуров личности» в условиях длительно существующей агрессивной социальной среды, сопровождающихся затяжными переживаниями тяжелых жизненных событий.

Первые признаки дестабилизации привычной структуры и особенностей реагирования личности появляются не ранее, чем через 5 лет работы в спецподразделениях милиции, по мере кумуляции переживаний, обусловленных ТЖС. Эти переживания обычно продолжаются достаточно длительный срок, который зависит от интенсивности негативных (угрожающих) воздействий и степени восприимчивости конкретного человека к стрессогенным ситуациям.

Среди 232 обследованных сотрудников милиции у 166 чел. (71,6%) проявления личностной дисгармонии не выходили за рамки компенсаторного уровня и не сопровождались ощущением субъективного дискомфорта. Эти состояния проявлялись эпизодами чрезмерной настойчивости, беспричинной раздражительности, бессонницы на фоне жалоб соматического характера и легкой астении. Сохранялся круг постоянного общения, хотя и отмечалось чувство растущего недоверия к окружающим, желание вести более уединенный образ жизни. Перманентное чувство беспокойства маскировалось ощущением физического переутомления после обычного трудового дня. Уровень сопротивляемости стрессу составил $161 \pm 11,4$ балла (высокий уровень стрессоустойчивости).

У 58 чел. (25,0%) изменения личности достигали уровня неустойчивой компенсации (субкомпенсации). Они характеризовались преходящими состояниями личностной дестабилизации, риск которых возрастал пропорционально частоте и

глубине действующих на них жизненных стрессоров, и главным образом у лиц, с пороговым уровнем стрессоустойчивости ($261 \pm 14,6$ балла).

У лиц этой группы наблюдалась умеренная эмоциональная лабильность, истощаемость, раздражительность, реакции избегания в виде нежелания обсуждать стрессовые ситуации в прошлом, увеличение аффектации при настойчивых расспросах, агрессивность, усиливающаяся в состоянии алкогольного опьянения. Постоянно удерживались состояние внутренней напряженности и ощущение приближающейся угрозы. Круг их общения становился уже и постепенно ограничивался людьми с такими же профессиональными обязанностями и близкими родственниками. Сохранялась продуктивность трудовой деятельности, однако свои обязанности они выполняли как бы «по инерции», безынициативно, а при обострении чувства собственной неполноценности увеличивались конфликты. Однако и в этих случаях не было достаточных клинических оснований для диагностирования психического расстройства.

Наиболее малочисленной оказалась группа пациентов с клинически выраженными признаками стойкого изменения личности (8 человек, 3,4%), требующих психиатрического вмешательства. У них отмечались значительно выраженная эмоциональная лабильность, склонность к аффективным вспышкам в обыденных ситуациях, брутальность аффекта, высокая раздражительность и истощаемость, которые приводили к затруднениям в общении с людьми, смене места работы. Как правило, у них имели место стойкие нарушения сна, ночные кошмары, часто связанные с фабулой стрессовой ситуации.

Большую часть времени они отмечали усталость и сниженное настроение. Все для них становилось трудным, угнеталась мотивация не только к достижениям, но и к сохранению стабильности в профессиональной деятельности, сужался круг жизненных ситуаций и обстоятельств, доставляющих удовольствие. Длительная дискомфортность ощущений склоняла их к мрачным размышлениям, однако в целом они справлялись с основными требованиями повседневной жизни.

Аффективные проявления (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм) обычно перекрывались соматоформными расстройствами. В клинической картине, начиная с инициальных этапов, проявлялись соматовегетативные и астенические симптомокомплексы. Типичны жалобы на общее плохое самочувствие,

сердцебиение, одышку, запоры, плохой сон с частыми пробуждениями, слезливость. Собственно аффективные расстройства, как правило, были лишены витальности, отсутствовали первичное чувство вины и идеаторное торможение. В ряде случаев сочетание аффективных и соматоформных симптомов приводило к формированию общих симптомокомплексов. При этом подавленность, тоскливость приобретали физикальный оттенок: жжение в области гортани или кишечника, «ледянящий холод» под ложечкой и т.п.

У всех испытуемых этой группы отмечались семейные проблемы, а также значительное ограничение жизнедеятельности в сферах контроля за поведением и способности к труду. Уровень сопротивляемости стрессу у этих лиц достигал $330,5 \pm 17,5$ балла, что соответствовало крайне низкой стрессоустойчивости.

В основе возникающей на фоне неблагоприятной динамики личностных расстройств, по нашему мнению, лежит три механизма:

1) повышенная чувствительность к обстоятельствам, не раз приводившим к возникновению эпизодов дистресса при отсутствии нейтрализующего действия последующих позитивных жизненных событий;

2) отсутствие у пациентов адекватной «стратегии преодоления» (coping strategies) ТЖС с преобладанием бессилия, покорности судьбе, ослаблением (истощением) внутренних ресурсов сопротивления трудностям и проблемам; основным фактором здесь является т.н. «заученная негибкость», представляющая собой общее нарушение социальных навыков преодоления;

3) отсутствие социальной поддержки (главным образом со стороны семьи и близких родственников) или неадекватное отношение к ней самого пациента. Как известно, поддержка близких самым положительным образом сказывается на прогнозе выраженности и длительности изменений личности. В то же время у пациентов анализируемой группы, переживших распад семьи, разрушение индивидуального микросоциума дестабилизировало их общую социальную сеть, по сути блокируя важнейший защитный механизм личностного и социального функционирования.

Учитывая, что изменения личности у этих пациентов носили постоянный характер, нарушали обычный стереотип жизни и прослеживались глубокие и экзистенциально экстремальные переживания, мы квалифицировали их в рамках хронического изменения личности (F62.0) как результат многочисленных стрессов и травми-

рующих переживаний. В этих случаях изменения личности проявлялись ригидными и дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушениям в микросоциальном, межперсональном и профессиональном функционировании, что исключало возможность продолжения ими трудовой деятельности в системе МВД.

Проведенное исследование позволило установить определенную зависимость степени компенсации личностных изменений у сотрудников спец-

подразделений милиции от длительности работы в экстремальных условиях (табл. 1). В частности, у лиц со стажем работы до 5 лет изменения личности не носили дезадаптивного характера и отличались устойчивой компенсацией. Первые признаки дестабилизации личности начинали проявляться и усугубляться по мере увеличения стажа работы, а клинически выраженные состояния хронического изменения личности формируются при стаже работы 16 и более лет ($p < 0,01$).

Таблица 1

Зависимость уровня компенсации стойких изменений личности от длительности хронического стресса

Длительность работы в условиях эмоционального стресса	Состояние компенсации		Состояние неустойчивой компенсации		Состояние декомпенсации		Всего
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
1-5 лет	30	100,0	-	-	-	-	30
6-10 лет	30	81,1	7	18,9	-	-	37
11-15 лет	42	75,0	14	25,0	-	-	56
16-20 лет	18	60,0	10	33,4	2	6,6	30
Свыше 20 лет	46	58,2	27	34,2	6	7,6	79
Итого	166	71,6	58	25,0	8	3,4	232

Установлено также, что по мере увеличения длительности профессиональной деятельности в эмоционально-стрессовых условиях достоверно ($p < 0,05$) снижается уровень стрессоустойчивости обследован-

ных, достигая максимальной выраженности у лиц со стажем работы 16 лет и старше и являясь одним из факторов, способствующих стойкой декомпенсации личностных изменений (табл. 2).

Таблица 2

Уровень компенсации стойких изменений личности в зависимости от длительности стрессовых воздействий и стрессоустойчивости пациентов

Длительность работы в условиях эмоционального стресса	Состояние компенсации	Состояние неустойчивой компенсации	Состояние декомпенсации	Достоверность различий	
1-5 лет	145±12,3	-	-	-	-
6-10 лет	140±11,7	230±17,6	-	$P_1 < 0,05$	-
11-15 лет	161±14,1	256±15,8	-	$P_1 < 0,05$	-
16-20 лет	175±15,2	264±14,3	320±18,7	$P_1 < 0,05$	$P_2 < 0,05$
Свыше 20 лет	187±16,5	295±17,1	341±19,3	$P_1 < 0,05$	$P_2 < 0,05$

Примечание: P1 – достоверность различий показателей при состояниях компенсации и неустойчивой компенсации; P2 – достоверность различий показателей при состояниях компенсации и декомпенсации.

Таким образом, проведенное исследование позволило систематизировать структурно-динамические особенности стойких изменений личности у работников спецподразделений милиции

и установить предикторы их неблагоприятной динамики. Это открывает возможность для разработки конкретных психопрофилактических мероприятий.

О.В. Абрамов

КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІЙКИХ ЗМІН ОСОБИСТОСТІ В ОСІБ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

Проведене дослідження дозволило авторам систематизувати структурно-динамічні особливості стійких змін особистості у працівників спеціальних підрозділів міліції та установити предиктори їхньої несприятливої динаміки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 1 (11). — С. 24-29)

A.V. Abramov

CLINICODYNAMIC FEATURES OF NONPERISHABLE CHANGES OF THE PERSON FOR FACES WORKING IN CONDITIONS OF A CHRONIC EMOTIONAL STRESS

Donetsk state medical university, Ukraine

The conducted research has allowed the writers to systematize structural - dynamic features of nonperishable changes of the person for the workers of special divisions of militia and to establish precursors of their unfavorable dynamics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 1 (11). — P. 24-29)

Литература

1. Фролова А.А. Клинические особенности пограничных психических расстройств у работников опасных профессий. Российский психиатрический журнал. 1998, 4. — С. 49-51.
2. Никонов В.П., Козловский И.И., Славнов С.В. Особенности психической адаптации сотрудников МВД России, несущих службу в районах вооруженных конфликтов (Северо-Кавказский регион). Русский медицинский журнал. 1996. — 4,11. — С.35-42.
3. Miller P., Ingham J. Dimensions of experience. Psychological Medicine. 1983, 13. — P. 417-429.
4. Miller P., Ingham J. Dimensions of experience and symptomatology. Journal of Psychiatric Research. 1985, 29. — P. 475-488.
5. Brown G.W., Harris T.O. Social origins of depression: a reply. Psychological Medicine. 1978, 8. — P. 577-588.
6. Pearlin L.I. et al. The stress process. Journal of Health and Social Behavior. 1981, 22. — P. 337-356.
7. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. Сфера, Киев, 1999. — 255 с.
8. Kohn M. Class, family and schizophrenia. Social Forcer. 1972, 50. — P. 295-302.

Поступила в редакцию 30.08.03