***Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)***

М.А.Тетюшкин, О.В.Гуськова, ГКУЗ «НПЦ ЭМП» ДЗ Москвы



***История вопроса***

Первые исследовательские работы на эту тему появились в Соединенных Штатах Америки. Они были направлены на изучение особенностей переживания стресса в ходе гражданской войны в США (Бэрд, 1869; Да Коста, 1871; Хартшорн, 1864; Лэвис, 1917). У разных авторов военный невроз назывался по разному: солдатское сердце, тревожный невроз, синдром Да Коста, тревожное сердце. Так, например, в 1889 г. Х.Опенгейм ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Вплоть до Первой мировой войны считалось, что этот клинический синдром связан с военным долгом и что подобное расстройство просто проявление плохой дисциплины и трусости.

Во время Первой мировой войны считалось, что высокое давление воздуха вследствие взрывов бомб является причиной возникновения ряда симптомов, которые часто называются «контузией». К концу войны были четко определены отличия между неврологическим расстройством «контузия от разрыва снаряда» и «снарядным шоком», как невротическим расстройством.

Контузия рассматривалась как результат физической травмы, тогда как «снарядный шок» рассматривался как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Майерс подчеркивал сходство между военными неврозами и истерией и считал эмоциональный фактор ведущим в объяснении происхождения военного невроза. Было отмечено, что пациенты, перенесшие тяжелый стресс, (А) не могут работать столько же, сколько и контрольная группа; (В) у них была снижена эффективность вентиляции легких; (С) имели место признаки метаболических дефектов; (D) был учащен пульс во время работы; (Е) отмечались «ненормальные» реакции на болезненные стимулы. Авторы исследования отмечали, что большинство их испытуемых имели хорошее здоровье до стресса. В 1945 г. Гринкер и Шпигель перечислили совокупность симптомов, которые они обозначили как «военный невроз». К этим симптомам относились: агрессивность, проблемы с памятью, утомляемость, низкая концентрация внимания, депрессия, фобии, ночные кошмары, подозрительность, алкоголизм и гиперактивация симпатический нервной системы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является заболеванием, развивающимся после перенесенной тяжелой психотравмы. На сегодняшний день можно выделить следующие группы травматических ситуаций: 1) стихийные (смерч, ураган) и антропогенные (техногенные аварии) катастрофы; 2) преступления и сексуальные насилия; 3) военные действия и ситуации, связанные с ними (плен, пытки, террористические акты); 4) жизнеугрожающие состояния и заболевания.

Научные данные свидетельствуют о том, что картина переживания ПТСР во всех представленных группах в целом схожа. Хотя и существуют определенные различия, обусловленные типом стрессора.

В соответствии с определением МКБ-X при ПТСР «возникает отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека». Отсюда очевидными являются две особенности этой патологии: психогенно детерминированная природа расстройства и, безусловно, особая тяжесть психогении.

***Распространенность***

Данные о распространенности посттравматического стрессового расстройства (посттравматического синдрома) у лиц, переживших экстремальные ситуации, обнаруживают колебания от 10% у свидетелей событий до 95% среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями). В отечественной литературе Ю.В.Попов и В.Д.Вид (1998) приводят показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50—85%.

***Предикторы развития ПТСР.***

Актуальным является вопрос, почему одни люди, попав в ситуацию, связанную со смертью или угрозой смерти, или серьезным ранением, начинают страдать от ПТСР, в то время как другие — нет. Другими словами, перед специалистами остро стоит проблема выделения «факторов риска» развития ПТСР.

В настоящее время факторы риска развития ПТСР разделяют на 4 категории: социально-средовые, индивидуально-психологические, биологические и психодинамические (формально-динамические). Вторая и третья категории тесно взаимосвязаны. Связующим звеном между ними являются психодинамические свойства человека (сенситивность, общие способности и темперамент).

1) Социально-средовые факторы. К этой группе могут быть отнесены все те факторы, которые являются результатом влияния среды и социума. Одним из первых выделенных факторов риска развития ПТСР является тяжесть стрессора. По имеющимся данным, чем тяжелее травматический опыт, тем выше риск развития ПТСР. 2) Индивидуально-психологические. Высокий уровень личностной тревожности, отсутствие чувства контроля и восприятие изменений как необратимых также способствует развитию ПТСР. Пессимистический стиль поведения, наличие тревожных, аффективных расстройств, зависимостей (наркомания, токсикомания) также способствует развитию ПТСР. 3) Биологические факторы. В ряде исследований было показано влияние генетических факторов на развитие ПТСР. Так, например, в исследовании В.Р.Труэ с соавторами показано, что 30% всех симптомов ПТСР имеют генетическую основу. Наличие психопатологий в семейном анамнезе увеличивает вероятность ПТСР. 4) Психодинамические (формально-динамические). Экстраверсия связана с более низким уровнем ПТСР. Так отмечается, что среди ветеранов Второй Мировой войны/ войны в Корее, страдающих ПТСР, преобладают интроверты.

***Клинические проявления***

***Посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический синдром)*** развивается после острой реакции на стресс (F43.0), которая характеризуется возникновением страха, психомоторного возбуждения, растерянностью, в ряде случаев — ступором, реакцией тревоги, паники, сужением сознания, расстройствами памяти. Иногда возникают острые психозы с дезориентировкой, слуховыми и зрительными галлюцинациями, отражающими пережитые события. В отличие от острой стрессовой реакции посттравматическое стрессовое расстройство возникает не в момент чрезвычайного события, а в отдаленные сроки. Специфическими для клиники ПТСР считаются постоянно повторяющиеся симптомы, связанные с содержанием психотравмирующей ситуации. В их число входят навязчивые воспоминания; угнетающие, тяжелые сновидения, в которых отражаются происходившие события; нарушения восприятия, ощущения, которые соответствуют постоянно возобновляющемуся событию трагедии или катастрофы. Возможно появление иллюзий, галлюцинаций психогенного содержания. Подобные явления могут возникать в просоночных состояниях.

У детей подобная симптоматика возникает аналогично тому, как это бывает у взрослых, но проявляется не так дифференцированно, преобладают неопределенные страхи, кошмарные сновидения. Характерным симптомом ПТСР, который определяет специфику заболевания, считается постоянно повторяющееся образное представление наиболее значимого психотравмирующего события с фотографической четкостью (флэшбек). Подобные феномены могут возникать без всякого внешнего стимула. Гораздо более тяжелые реакции возникают у больных с ПТСР в ответ на события, напоминающие пережитые ими в прошлом. Примером служат реакции узников немецких концлагерей на вид свастики, другие формы фашистской атрибутики и др. Во многих случаях на первый план выступают нарушения сна, раздражительность. Могут развиваться тяжелые депрессии, тревожные расстройства. Больные выглядят угрюмыми, отчужденными, замкнутыми, они становятся трудными для общения даже с родными и близкими из-за раздражительности, переходящей в агрессивность со вспышками немотивированной злобы. Обычные требования рабочей дисциплины и субординации для них становятся почти невыполнимыми, что часто заканчивается тяжелым конфликтом, приводящим к необходимости оставить работу. Подобные события могут происходить и в семье, что приводит к ее распаду. На фоне тяжелого психопатоподобного поведения у больных отмечается подавленность, тревога, тоскливость, мысли о полной бесперспективности. Пациенты не обращаются за помощью, полагая, что врачи не могут оказать нужную помощь, даже общение с товарищами по пережитому несчастью оказывается не столько успокаивающим, сколько тягостным, так как вновь заставляет вспоминать о пережитых событиях.

Стремясь ослабить внутреннее напряжение, больные могут прибегать к приему алкоголя и наркотиков, но это не приносит необходимого облегчения. Для всех больных характерны также вегетативные расстройства. На отдаленном этапе заболевания (через 12—14 лет) могут развиваться состояния с тяжелой бессонницей, отчаянием, безысходностью, суицидальными мыслями. Столь тяжелое состояние может приводить к утрате трудоспособности. Сексуальное насилие, случаи которого в настоящее время становятся довольно частыми, может стать очень тяжелым патогенным фактором, приводящим к развитию у лиц, перенесших его, на отдаленных этапах (по прошествии 9—10 лет) разнообразных посттравматических стрессовых симптомов, что свидетельствует о «долгожительстве» травмы изнасилования (Б.Д.Цыганков, А.И.Тюнева, 2006). Структурными составляющими данной нозологической формы у женщин являются два типа реакций на стресс: погружение и избегание, выраженность которых может быть оценена с помощью шкалы М.Горовиц. У женщин, подвергнувшихся изнасилованию, выявлялись оба типа реакций. Активное погружение в воспоминания о прошлых событиях наблюдается у большинства обследованных и включает в себя фиксацию на происшедшем. Подобная фиксация заключается в постоянном возвращении в мыслях к событиям, связанным с сексуальной агрессией, это сопровождается наплывом сильных душевных переживаний, включающих образы, чувства, мысли или восприятия, а также повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, ухудшение отношений в семье, ослабление социальных контактов. У пациентов отмечаются повторяющиеся депрессивные сны, отражающие пережитую ситуацию, с внезапными пробуждениями и вегетативными проявлениями. Характерной чертой при реакции погружения можно считать убежденность в связи своих болезненных переживаний и психологических проблем непосредственно с травмой изнасилования. Реакции избегания у перенесших изнасилование отличаются упорным, стойким игнорированием мыслей, чувств, разговоров, каким-либо образом ассоциирующихся с сексуальным насилием. В беседах такие больные стараются избегать описания подробностей травмы, ограничиваясь общими фразами, они сами признавали, что воспоминания об изнасиловании вызывают психологический дискомфорт. Разнообразные психотравматические симптомы у женщин, переживших изнасилование, встречались, по данным Б.Д.Цыганкова и А.И.Тюневой, в 69,8% наблюдений. В таких случаях отмечалось снижение общего уровня функционирования, уменьшение интереса к окружающему, повышенная раздражительность наряду с чрезмерной пугливостью, наличие вегетативных дисфункций, развитие внезапных ярких воспоминаний. Наиболее характерными симптомами ПТСР у жертв сексуального насилия являются высокий уровень тревоги и низкая самооценка. У женщин возникает ощущение безвозвратной потери значительной части своей предыдущей жизни, чувство вины, в ряде случаев (при истероидном защитном поведении) самоупреки могут быть использованы жертвой насилия для привлечения к себе внимания. Идеи самообвинения чрезвычайно распространены среди жертв сексуального насилия, они зачастую играют ведущую роль в клинической картине ПТСР. Многие страдающие ПТСР стремятся полностью изменить направленность своих стремлений, стараются изолировать себя от всего, что связывает их с общественными интересами, избегают разговоров на социальные темы. Лечение ÏТСÐ Лица, страдающие ПТСР, требуют медикаментозной (психофармакотерапия), психотерапевтической помощи, а также проведения реабилитационных мероприятий. Если пациенты попадают в стационар после воздействия психогенной травмы, должна осуществляться специализированная помощь, по возможности немедленно. Назначать психотропные препараты следует одновременно с другими лечебными мероприятиями терапевтического или хирургического характера. Чаще всего используют небольшие дозы транквилизаторов или антидепрессантов с целью снятия проявлений тревоги, гипотимии, нормализации сна (релиум, амитриптилин, ремерон). При выраженной возбудимости используют нейролептик седативного действия (неулептил, терален). При длительном течении ПТСР на более поздних этапах заболевания используют большие дозировки препаратов (амитриптилин до 300 мг/сут, леривон до 90—120 мг/ сут, сертралин до 200 мг/сут), нормотимики (карбамазепин до 1500 мг/сут). Самым сложным моментом является организация психиатрической помощи больным ПТСР на отдаленных этапах. Целесообразно создание специальных лечебнореабилитационных центров. Их преимуществом является возможность анонимного обращения, получения любого вида помощи (например, питания, физиотерапии и др.). Обязательно проведение психотерапевтической коррекции. С.Н.Ениколопов (1998) полагает, что восстановление здоровья до начального, предшествующего психотравме уровня, требует создания дополнительных ресурсов «Я», необходимых для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. В реализации лечебной стратегии необходимо формирование позитивного отношения к симптомам, уменьшение «избегания», создание у пациента ощущения «контроля над травмой».