

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

И. Брызгунов, доктор медицинских наук, профессор,
А. Кизева, кандидат медицинских наук
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва
E-mail: allakizeva@yahoo.com

Рассматриваются клиническая симптоматика, диагностика, лечение посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков.

Ключевые слова: дети, подростки, посттравматическое стрессовое расстройство.

В современном геополитическом мире постоянно происходят стрессовые события (боевые действия, терроризм, природные катаклизмы, техногенные катастрофы, аварии, физические, психологические, сексуальные воздействия), которые кардинально меняют как взрослых людей (не только военных, но и мирных профессий), так и детей.

Анализ многолетнего накопленного клинического опыта показал, что у пострадавших после стресса появляются характерные симптомы с выраженной очерченностью и специфическими чертами, которые не укладываются в нозологические формы. Поэтому в качестве самостоятельного заболевания было выделено посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); до недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная форма существовал только в США. В 1987 г. ПТСР вводят в применительно к детскому и подростковому возрасту.

Общепризнанно, что ПТСР — это психопатологическое состояние, которое возникает как отдаленная реакция на стрессовое воздействие у детей любого возраста. Латентный период может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев (как правило, не более 6 мес). ПТСР является хроническим заболеванием и у ряда людей сохраняется в течение всей жизни.

Первое упоминание о военной психотравме принадлежит Геродоту, описавшему психическое потрясение участника марафонской битвы. В период Второй мировой войны был описан невроз военного времени, но серьезное описание ПТСР у ветеранов появилось после окончания вьетнамской войны.

В зависимости от прогноза, течения ПТСР, преморбидного фона выделяются различные его варианты. Существует несколько классификаций ПТСР.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) представлена классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков, в которой в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» выделено ПТСР (F43.1).

Диагностическими критериями ПТСР по МКБ-10 являются:

- А. Отставленная и/или затяжная реакция на:
- 1) исключительно сильное, но непродолжительное (несколько часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности;

- 2) резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря имущества и т.д.)

Б. Типичные признаки ПТСР:

1. Повторное переживание психотравмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений, фантазий и представлений.
2. Чувство оцепенения, эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, пониженная реакция на окружающих.
3. Избегание ситуаций, напоминающих о психотравме.
4. Острые эпизоды страха, агрессии.
- В. Повышенная вегетативная возбудимость, уровень бодрствования с бессонницей и реакцией испуга.

Г. Начало расстройства после латентного периода.

В соответствии с классификационным психиатрическим стандартом DSM-IV Американской психиатрической ассоциации критериями ПТСР являются:

А. Наличие у переживших травматическое событие 2 следующих признаков:

- 1) индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), включающими смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, физической целостности (в отношении других людей либо собственной);
- 2) личностные реакции в виде страха, беспомощности, ужаса. Особенность ПТСР в детском возрасте в том, что данная реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизованным поведением.

В. Травматическое событие постоянно переживается вновь по одному или нескольким из следующих путей:

1. Повторяющиеся и навязчивые воспоминания, события, включающие образы, мысли и восприятия. У маленьких детей возможны игры, отражающие пережитое.
2. Повторяющиеся сны на тему события. У детей это могут быть сны без распознаваемого содержания, ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.
3. Действия или переживания, как если бы травматическое событие повторилось сейчас. У маленьких детей это может быть проигрывание пережитого события.
4. Интенсивный психологический дистресс в ответ на внешние и внутренние намеки, символизирующие или напоминающие какие-то аспекты травматического события.
5. Физиологические реакции на указанное в п. 4.

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой, застывшие стереотипы общей реактивности (которых не было до травмы, характеризующиеся 3 или более из перечисленных признаков):

1. Стремление избегать мыслей, чувств, разговоров, ассоциирующихся с травмой.
2. Стремление избегать действий, мест или людей, возбуждающих воспоминания о травме.
3. Неспособность вспомнить важный аспект темы.
4. Заметное снижение интереса к значимым событиям или участия в них.
5. Чувство отдаления и отчуждения от других.
6. Сужение эффективного спектра (например, неспособность переживать чувство любви).
7. Чувство ограничения перспектив.

Д. Постоянные симптомы нарастающего возбуждения (отсутствовавшие до травмы) — 2 или более из перечисленных:

- 1) трудности засыпания и сохранения сна;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;

- 3) трудности концентрации;
- 4) сверхбдительность;
- 5) преувеличение реакции испуга.

E. Длительность нарушений (симптомы групп В–D) >1 мес.

F. Расстройство вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, рабочей или значимых сферах функционирования.

Острое ПТСР – продолжительность симптомов <3 мес.

Хроническое ПТСР – продолжительность симптомов >3 мес.

Частота ПТСР в первую очередь зависит от частоты травматических событий, а также их интенсивности, длительности и наличия других факторов риска, к которым относятся: социальное положение, низкий уровень образования, имеющиеся ранние психиатрические и поведенческие проблемы, наследственная отягощенность по психическим расстройствам, наличие хронического психоэмоционального стресса.

У детей школьного возраста более высокий уровень чувствительности к стрессорам отмечается у мальчиков, а также у детей дошкольного и подросткового возраста независимо от пола.

Среди причин, приводящих к ПТСР у детей, могут быть землетрясение, сексуальное насилие, смерть или угроза жизни близких родственников, операции, госпитализация, несчастный случай, эмоциональные травмы (конфликты или развод родителей, конфликты с учителями, смерть домашнего животного).

В зависимости от причины, вызвавшей ПТСР, все пациенты делятся на 2 группы:

- 1) дети, у которых ПТСР вызвано конкретным травматическим событием;
- 2) дети, у которых ПТСР вызвано накопленными стрессовыми реакциями.

В клинике ПТСР выделяют 3 группы симптомов: многократные переживания стрессового события; реакции избегания; повышенная возбудимость.

Многократное переживание психотравмирующего события проявляется повторными навязчивыми воспоминаниями о нем и в повседневной жизни, и во снах. Для ребенка пережитое ранее стрессовое событие будто происходит снова и снова. Причиной повторных переживаний могут быть обстоятельства, которые ассоциируются с пережитой травмой.

Реакции избегания характеризуются тем, что ребенок с ПТСР избегает любых напоминаний о пережитой ситуации. У него снижается интерес к учебе, семье, друзьям, он начинает сторониться всех.

Повышенная возбудимость у детей с ПТСР проявляется раздражительностью, низким самоконтролем. Ребенку трудно сосредоточиться на выполнении задания, он легко

отвлекается или бурно реагирует на малейшие раздражители. Часто у детей повышенная возбудимость сопровождается соматоформными расстройствами: учащенное дыхание, сердцебиение, головокружения, головная и абдоминальная боли.

При обследовании детей, пострадавших при захвате заложников в Буденновске, при террористическом акте в Москве («Норд-Ост») были выделены 2 клинических варианта ПТСР: фобический и астенодепрессивный.

В лечении детей с ПТСР используется комбинированная терапия: медикаментозная и немедикаментозная. Поскольку в основе ПТСР лежит высокий уровень тревоги, основным подходом в лечении ПТСР является его снижение. С этой целью применяются различные релаксационные методики, в том числе аутогенная тренировка, неглубокий гипноз, поведенческая и познавательная терапия. Целью гипнотерапии является освобождение «бессознательного» травматического события. Важно для успокоения ребенка уделять ему как можно больше внимания, необходимо по возможности скорее вернуться к обычной повседневной жизни. Проблема не должна умалчиваться, наоборот, следует больше обсуждать с ребенком его чувства и переживания по поводу случившегося.

Лечение ПТСР проводят психотерапевты индивидуально или в группе. Психокоррекционная программа состоит из 3 компонентов: 1) терапия психической травмы; 2) контроль физиологических и биологических стрессовых реакций; 3) обеспечение социальной адаптации и межличностных отношений. С 1-го сеанса ребенка учат расслабляться. Используют методики фосфена, аудена и флудинга.

Медикаментозное лечение должно использоваться при отдельных симптомах ПТСР и сопутствующих заболеваниях. Уменьшить выраженность симптомов ПТСР помогает использование антидепрессантов, в том числе трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы. В педиатрической практике хорошо зарекомендовали себя препараты растительного происхождения.

Необходимо отметить, что медикаментозная терапия является дополнением к психотерапии как основному методу лечения ПТСР.

Следует иметь в виду, что чем раньше диагностировано ПТСР и начато лечение, тем более благоприятным будет прогноз.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN A PEDIATRICIAN'S PRACTICE

*Professor I. Bryazgunov, MD; A. Kizeva, Candidate of Medical Sciences
Children's Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences,
Moscow*

The paper considers the clinical symptomatology, diagnosis, and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents.

Key words: children, adolescents, posttraumatic stress disorder.