

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ
СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО.
ЕГО ДИАГНОСТИКА И
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**



Историческая справка

1. Исследования Х. Опенгейма, где был введён в практику широко известный диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР.
2. Появление большого количество работ, после значительных военных конфликтов. Это было связано с возникновением первой (1914-1918) и второй (1939 – 1945) мировых войн. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований. Так, в 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований А. Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Он считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу.

Историческая справка

3. Исследования М. Горовиц в 1980 г. Здесь он предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав его «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. Горовицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-IV).

Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10.



Психотравмирующие факторы, способствующие возникновению ПТСР

- Участие в боевых действиях;
- природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы;
- пожары;
- террористические действия;
- присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения;
- несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях;
- сексуальное насилие;
- манифестирование угрожающих жизни заболеваний;
- семейные драмы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Это комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас и беспомощность.



Выделяют следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс:

1. Происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
2. Это состояние обусловлено внешними причинами;
3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;
4. Происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы

1. фаза психологического шока - содержит два основных компонента:
 - Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
 - Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

2. фаза воздействие - характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение - эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример - описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередко достигающее до уровня глубокой депрессии.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

Классификация ПТСР

В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвида посттравматических стрессовых расстройств:

- **Острое** – развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);
- **Хроническое** – имеющее продолжительность более трех месяцев;
- **Отсроченное** – возникающее спустя шесть и более месяцев после травматизации;

Кроме того выделяют

посттравматическое личностное расстройство (или РТРД - posttraumatic personality disorder) – длящееся на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массированную психотравму.

Критерии диагностики ПТСР по DSM-IV

- A. После пережитого воздействия на индивида, где он был свидетелем травмирующего события, которое включает угрозу смерти, или серьезных повреждений, или угрозу физической целостности. Реакция пострадавшего может включать интенсивный страх, беспомощность или ужас;
- B. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживаниях, снах, воспоминаниях;
- C. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение;
- D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы): нарушение сна, раздражительность, вспышки гнева, повышенная настороженность, ожидание угрозы;
- E. Длительность протекания расстройства (симптомы критериев выше перечисленных симптомов) более чем 1 месяц;
- F. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Критерии диагностики ПТСР по МКБ-10

- А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума;
- Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором;
- В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором;
- Г. Любое из двух;
- Д. Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), которая может проявляться в появлении кошмаров со своим участием, тревожностью появлением, флеш-бэк симптома (повторное переживание травмы) и т. д.

В зависимости от преобладания симптомов
выделяют следующие типы ПТСР

1. Тревожный;
2. Астенический;
3. Дисфорический;
4. Саматоформный.

Тревожный тип ПТСР

характеризуется 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 характеризуются 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, зачастую расправы с самими пациентами).

Астенический тип ПТСР

Отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

Дисфорический тип ПТСР

Характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих обуревающую их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим непроизвольно представляются сценарии неадекватного характера эпизоды психотравмирующих ситуаций. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типичны избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.

Соматоформный тип ПТСР

Характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, желудочно-кишечного тракта и головы. Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами. Классические симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как Отсроченный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены флэшбэк встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями.

Методы диагностики ПТСР

1. Наблюдение.
2. Структурированное интервью;
3. Проективные методы исследования личности (Тест Роршаха, Тематический апперцептивный тест, цветовой тест Люшера);
4. Стандартизированные личностные опросники (ММРІ, СМІЛЛ, шестнадцатифакторный личностный опросник Кетела).

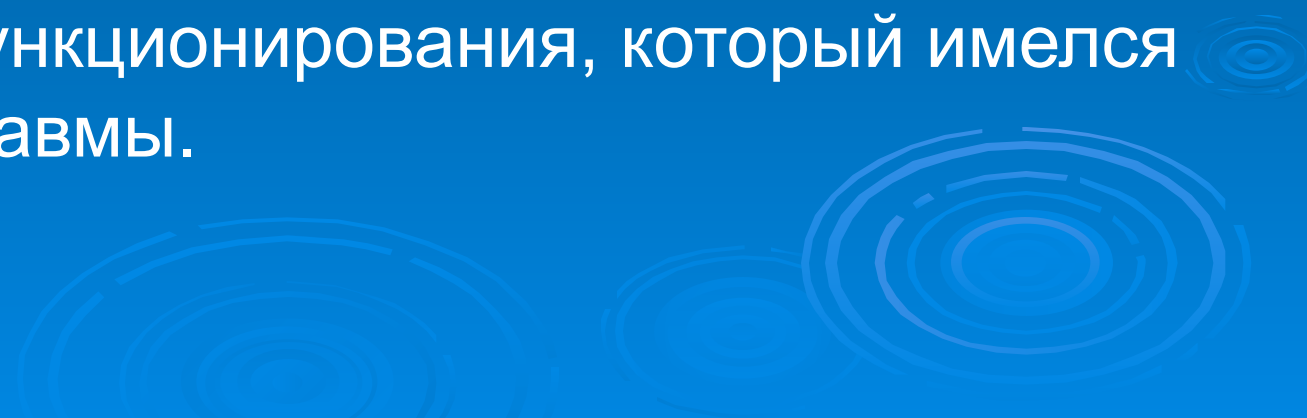
Методы диагностики ПТСР

5. Специальные психологические опросники (шкалы):
 - шкала оценки тяжести воздействия травматического события;
 - шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина, разработана для ветеранов войн, заложников и общегражданской версии для жертв несчастных случаев, катастроф, стихийных бедствий;
 - опросник травматического стресса, методика А. А. Кучера, разработанная в рамках МВД РФ;
 - опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Шкала Дерогатиса;
6. Опросники, диагностирующие психическое состояние личности. (САН, опросник депрессивности Бека, опросник тревожности Спилбергера – Ханина).

Психологическая коррекция и терапия ПТСР

В лечении ПТСР существенное место занимают как психофармакотерапия, так и психотерапевтические методы.

Основная цель работы с пациентами заключается в том, чтобы вернуть их на тот уровень функционирования, который имелся у них до травмы.



Методы психологической коррекции ПТСР

- Арт-терапия;
- Бихевиорально-когнитивная терапия;
- Гештальт-терапия;
- Психодрама;

Так практикующий психотерапевт Ениколапов С. Н. предлагает выделить четыре стратегии терапии, к которым могут быть сведены фактически все формы психокоррекции и терапии **посттравматических стрессовых расстройств.**

1. Поддержка адаптивных навыков Я.

Существует множество Я-поддерживающих аспектов терапии посттравматических стрессовых расстройств. Одним из наиболее важных являются позитивные терапевтические взаимоотношения. Необходимо обеспечить развитие терапевтического альянса, особенно если пациенту придется столкнуться с мучительными воспоминаниями и переживаниями. Разумное объяснение предстоящих терапевтических вмешательств дает пациентам чувство контроля над ситуацией, необходимое для поддержки нормального функционирования

1. Поддержка адаптивных навыков Я.

Цель терапии заключается в том, чтобы удерживать индивида в оптимальных пределах между симптомами чрезмерного отвержения и чрезмерной навязчивости. Данные вмешательства могут использоваться для многих целей. Существует также ряд специфических терапевтических вмешательств, которые используются только для поддержки, например, уменьшение внешних требований и отдых, тренинг релаксации, систематическая десенсибилизация, образы, разговоры с самим собой, гипнотическое восстановление ресурсов, гипнотические Я-поддерживающие внушения и медикаментозное лечение.

2. Формирование позитивного отношения к симптомам

- Лица, страдающие посттравматическими стрессовыми расстройствами, по определению, пережили событие, выходящее за рамки нормального человеческого опыта. Они испытывают реакции, которые им непонятны. Многие терапевтические системы явно или неявно помогают пациентам признать, что их реакции, учитывая экстремальные обстоятельства, нормальны. Эти стратегии имеют две основные цели:
 1. Предотвращение дальнейшей травматизации пациентов этими симптомами (помощь в подавлении негативного цикла развития отклонения);
 2. Создание для пациентов такой атмосферы, когда они имели бы возможность использовать свои собственные ресурсы (которые иначе бы не использовались);Терапевтические вмешательства, сосредоточенные на формировании позитивного отношения к симптомам, как правило, используют как аспекты Я-поддерживающих вмешательств, так и аспекты терапевтических вмешательств для изменения атрибуции смысла.

3. Снижение избегания

Практически все обсуждаемые терапевтические подходы основаны на снижении избегания как главной стратегии лечения. Избегание может происходить на нескольких уровнях:

1. избегание аффектов или чувств (оцепенение);
2. избегание воспоминаний о травмировавшем событии (амнезия);
3. поведенческое избегание (фобические реакции);
4. избегание обсуждения произошедшего.

3. Снижение избегания

Тенденция к избеганию столкновения с травмой и всем, что с ней связано, должна быть нейтрализована по двум причинам: во-первых, пациенты не могут переработать травматический опыт сами, в связи с тем, что они избегают все, связанное с ним, и поэтому этот опыт продолжает оставаться болезненным. Во-вторых, избегание само по себе становится проблемой, которая в дальнейшем обостряет ситуацию. Например, избегание может стать более генерализованным, оно может привести к нарушению общения с членами семьи и т. д.

4.Изменение атрибуции смысла

Поскольку атрибуция смысла травматической ситуации и реакций пациента на нее является составной частью расстройства, неудивительно, что одна из терапевтических стратегий должна изменить смысл, придаваемый травматической ситуации и ее последствиям. Для некоторых моделей (тренинг устойчивости к стрессу, семейная терапия, гипноз, психодинамическая терапия) существуют прямые терапевтические вмешательства, которые способствуют изменению смысла, придаваемого пациентом травматическому переживанию. Некоторые из этих вмешательств включают в себя интерпретацию, создание подобной ситуации, развитие теории исцеления, когнитивное реструктурирование, перемещения внимания с прошлого на будущее.

Список литературы

- Андрющенко А. В. Психология и психотерапия - Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости. <http://www.nedug.ru>
- Бакунц А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе // Обзор психиатр. и мед. психол. 1994. № 2. С. 77-79.
- Горшков И.В., Горинов В.В. Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) // Росс. психиатр. журн. 1998. № 5. С. 68-73.
- Егоян В.Л. Семья в экстремальных условиях общественного кризиса // Стрессология - наука о страдаНИИ: сб. науч. трудов. Ереван, 1996. С. 184-189.
- Ениколопов С. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство: Некоторые проблемы.
- Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез: сообщение 1 // Психиатрия. 2006. № 4-6. С. 69-74.
- Краснушкин Е.К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960. 608 с.
- Крепелин Э. Краткое руководство по психиатрии для врачей и студентов. Пер. с нем. СПб., 1891.
- Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Синенченко А.Г. Диагностика расстройств личности у военнослужащих // Обзор психиатрии и мед. психологии. 2004. Т. 1, № 2 (интернет-журнал).
- Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // Современная психиатрия. 1998. Т. 1, № 1 (интернет-журнал).
- Сукиасян С.Г. Психопатологический анализ периода «экстремальности» в Армении: 1988-1998 г.г. // Вестник МаНЭБ. 1999. № 7 (19). С. 83-87.
- Шавердян Г.М. Травматический стресс: психические расстройства и развитие личности. Ереван: Зангак-97, 1998. 296 с.
- Тарабрина Н. В. Критерии диагностики ПТСР. http://psychology.net.ru/articles/content/ptsd_diags.html

Спасибо за внимание

