

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (лекция)

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)

Психогенные расстройства при стихийных бедствиях, массовых катастрофах и военных конфликтах занимают особое место в пограничной психиатрии в связи с тем, что они могут одновременно возникать у большого числа людей.

К таким расстройствам, возникающим по механизму реактивного состояния, но протекающим преимущественно на невротическом уровне, относятся посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), при которых значение психической травмы признается бесспорным. Рост интереса к изучению этих состояний обусловлен тем, что в современном мире к всегда существовавшим источникам эмоциональных потрясений, таким как природные катаклизмы, военные действия и индивидуальные насильственные акты, лавинообразно прибавляются обусловленные урбанизацией и развитием техники техногенные катастрофы, а уровень средств вооружения делает различные формы социальной агрессии все более массовыми и жестокими.

Проблема медико-психологических и психосоциальных последствий воздействия на психику человека экстремальных условий военного времени или других событий катастрофического характера изучается уже в течение двух тысячелетий.

Под экстремальными условиями в этих случаях понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья или благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, вооруженными конфликтами. Всемирная организация здравоохранения определяет катастрофы как ситуации, характеризующиеся непредсказуемыми, серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью.

Считается, что диагностическая категория ПТСР возникла в результате наблюдений, сделанных в период военных действий США в Корее, но первое упоминание о военной психотравме принадлежит Геродоту, описавшему психическое потрясение участника марафонской битвы. Клиническое понятие «травматический невроз» появилось в 1884 г. в связи с описанием психических последствий железнодорожной катастрофы. Вопросы о последствиях психической травматизации, связанной с переживаниями военного времени, изучались такими авторами, как В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, Л.О. Даршкевич, В.М. Морозов. Многие отечественные исследователи занимались изучением психических нарушений, возникающих вследствие стихийных бедствий. В последние годы появился целый ряд работ Ю.А. Александровского (1989, 1991, 1993), в которых описываются психические расстройства жертв катастроф мирного времени в рамках психогений.

Эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР заметно варьируют от 0,5% до 3,6% общей выборки населения без учета групп риска и от 44% до 90% для групп риска в зависимости от различных факторов – пола, возраста, социально-культурных различий, характера психотравмы и др. Также причиной такого разброса данных может быть отсутствие единого четкого подхода к определению диагностических критериев ПТСР.

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» является признанной во всем мире нозологической единицей, выделенной в современных классификациях МКБ-10 и DSM-III-R. В них описаны критерии диагностики ПТСР: распознаваемый стрессор; наличие повторного переживания (в виде воспоминаний, кошмаров, сновидений, воспроизводящих психотравмирующее событие); снижение активности и ответственности в повседневной жизни (социальная апатия, аффект «зажатости»); и последующие симптомы, не наблюдавшиеся перед травмой – чувство вины выжившего, трудность концентрации внимания, тревожность, повышенная агрессивность, гиперакузия, психотические проявления. Необходимым условием для постановки диагноза ПТСР является возникновение заболевания не позднее 6 мес. после психотравмы. Течение болезни признается хроническим, если перечисленные симптомы наблюдались более 6 месяцев. Необходимым условием

возникновения ПТСР признается фактор вовлеченности индивидуума в экстраординарные травматические события.

Шоковые психотравмирующие факторы отличаются большой силой и внезапностью воздействия. Как правило, они связаны с угрозой жизни или благополучию, воздействуя непосредственно на инстинкт самосохранения и практически неизбежно связаны с теми или иными психическими нарушениями (В.В. Ковалев, 1979). Эти факторы ввиду непосредственного их воздействия на инстинктивную и низшую аффективные сферы не осознаются в полной мере и в силу быстроты их действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения.

Одним из основных направлений теоретических дискуссий является выяснение той роли, которую играют любые травмирующие жизненные события в генезе психических расстройств. Существуют три основные точки зрения. Первая из них состоит в том, что травмирующие события играют незначительную роль в этиологии психических расстройств и что необходимо провести грань между нормальными стрессовыми реакциями и собственно патологией. Другие авторы полностью отождествляют психиатрические синдромы и симптомы с проявлениями дистресса, тем самым прямо связывая их возникновение с психотравмирующим жизненным событием. С третьей точки зрения, дистресс и психические расстройства – совершенно разные феномены, т.е. чрезвычайные обстоятельства могут являться причиной дистресса, но не психической патологии.

Внешние патогенные факторы можно подразделить на внешнюю агрессию и эмоциональную травму. Внешняя агрессия характеризуется внезапной непредвиденной опасностью и угрозой смерти. Второй фактор – эмоциональная травма – является не менее важным аспектом, так как стрессовое расстройство очень часто появляется у людей, которые не получили ранений, но интенсивно переживали потенциальный риск физической опасности. Многие авторы считают различие между физической и эмоциональной травмой несущественным и полагают, что между этими двумя компонентами всегда существует сильное взаимодействие.

В теории стрессового расстройства, разработанной М.Ж. Horowitz, утверждается, что после экстремальных, экстраординарных событий душа человека пытается произвести и осмыслить происшедшее, другими словами – понять собственные переживания. Пока индивидуум в состоянии понять переживания, происходят две психологические реакции: реакция избегания стрессов и навязчивая реакция воспроизведения/воспоминания психотравмирующих событий.

Важным этиологическим фактором является невозможность заключить свои переживания в рамки прежних схем. Агрессия может разрушить нормы и ценности индивидуума, на базе которых он строит свое представление о самом себе, о мире и о своем месте в нем. Таким образом, психотравма оказывает разрушительное влияние на целостное и прочное самосознание и структуру личности.

Стрессовые расстройства могут развиваться от одного или нескольких травмирующих событий. Дополнительные психотравмирующие факторы способствуют затяжному течению ПТСР. Существует зависимость клинической картины от характера психотравмы – была ли она острой или хронической, непосредственной или потенциальной, а также от ее содержания.

Помимо самой травмы, существуют дополнительные факторы, определяющие в известной мере то, как индивидуум переживает полученную травму. Важным внутренним условием возникновения реактивных состояний является наличие особых черт личности, обозначенных как «невротическая структура личности» и развивающихся вследствие нарушения процесса ее формирования. К внутренним факторам также относятся чувство изоляции и потеря доверия к окружающим и властям. Не менее важным является физическое состояние в момент стресса, особенно физическое истощение, недосыпание. Подобные факторы, будучи источником постоянного эмоционального напряжения, облегчают возникновение психогенных расстройств под влиянием более четко очерченных травм.

Таким образом, основными этиологическими факторами в развитии ПТСР могут быть: длительность психотравмирующего события, степень вовлеченности в психотрав-

мирующие события и личностные особенности индивидуума.

Общим патогенетическим механизмом развития неврозов является нарушение деятельности структур мозга, обеспечивающих адаптацию к ситуациям, препятствующим удовлетворению потребностей. Результатом такого рассогласования является развитие широкого спектра эмоциональных нарушений, за которые в наибольшей степени ответственны структуры лимбико-ретикулярного комплекса. Необходимо подчеркнуть, что развитие невротической симптоматики обусловлено не патологией данных структур, а рассогласованием их отношений.

В связи с трудностями объективной диагностики ПТСР, многие зарубежные исследователи высказывают мнение о необходимости использования в диагностике биологических маркеров, например, таких, как уровень кортизола в слюне человека.

Установлены определенные зависимости между характером эмоционального стресса – острого или хронического – и функциональной активностью системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники, а также щитовидной железы. Существует взаимосвязь между клинико-психопатологическими проявлениями и изменением в иммунном статусе.

Но в настоящее время единого подхода к патогенезу ПТСР не существует.

С клинической точки зрения, характерной особенностью ПТСР является то, что психотравмирующие события переживаются длительное время спустя после травмы в виде повторяющихся, болезненных, навязчивых воспоминаний, мыслей и ночных кошмаров. При определенных обстоятельствах эти эмоциональные реакции могут повторяться и впоследствии.

Другим основным симптомом является снижение активности и ответственности в повседневной жизни, представленные нерезко выраженными апатическими расстройствами, отказом от общения, деятельности, чувством отчуждения, чувством собственной несостоятельности, отказом от ответственности за свое здоровье.

Выраженными симптомами ПТСР считаются страх и переполняющая тревога. Возникновение тревоги можно расценить как реакцию на угрозу личности в среде обитания, т.е. опасность психологического или физического воздействия. При этом в понятие «среда обитания» включаются семья, школа, друзья, дом, государство. Беспокойство или тревога могут возникать или усиливаться пониманием своей беспомощности, неожиданностью или непредсказуемостью возникновения психотравмы, постоянным и временами нарастающим ожиданием неотвратимой травматизации.

Отечественными авторами выделяются 2 типа реагирования на экстраординарные события:

1 (астенический), свойственный психастеникам, ананкастам, сенситивным шизоидам, – длительная пролонгированная реакция на стресс с невысоким уровнем жизненной компенсации, с трудом поддающаяся терапии и с малооптимистичным прогнозом;

2 (стенический), характерный для стеничных, гипертимных, паранойяльных личностей с активной тенденцией к преодолению стресса и благоприятным исходом (А.Н. Краснянский, В.П. Морозов, 1995; И.В. Боев с соавт., 1996).

Анализ широкого круга проблем, связанных с клиникой ПТСР, свидетельствует о том, что либо ПТСР представляет болезнь с полиморфными клиническими проявлениями, либо существуют различные клинические типы этого расстройства.

Многочисленные подробные описания реактивных состояний и неврозов, страхов у детей и подростков появились в отечественной литературе после Великой отечественной войны. Многообразные и чрезвычайные по силе раздражители военного времени, такие как артиллерийский обстрел, воздушное нападение, гибель близких на глазах у ребенка, обуславливали массивность проявлений и глубину реактивных состояний военного периода у детей. В работах Т.П. Симсон (1958) и Г.Е. Сухаревой (1955) отчетливо обозначены возрастные особенности, свойственные клинической структуре реактивных состояний на различных этапах развития ребенка, отмечена склонность этих состояний к затяжному течению и их влияние на формирование личности ребенка или подростка.

Проблема ПТСР в детском и подростковой возрасте освещена достаточно скудно, большинство исследований по этой теме появилось в последние годы.

Важными факторами, которые необходимо учитывать при исследовании ПТСР, особенно у детей и подростков, являются возрастной фактор и резидуальная церебрально-органическая недостаточность (В.В. Ковалев, 1979; Г.Е. Сухарева, 1959; Т.П. Симсон, 1958). Возрастной фактор может играть роль не только патопластическую, но и предрасполагающую, предрасполагающую или не предрасполагающую к развитию определенных психогенно-реактивных переживаний. Так, например, психотравмирующий фактор проживания на радиационно загрязненной территории в результате аварии на Чернобыльской АЭС оказался для взрослых чрезвычайно патогенным, вызывая общеневротические расстройства, в то же время у детей практически не было выявлено расстройств психогенного характера.

При ПТСР у детей обычно наблюдается широкий круг аффективных расстройств – от эмоциональной лабильности до устойчивых депрессивных состояний, в некоторых случаях достигающих психотического уровня. Часто аффективные нарушения сопровождаются сенестопатиями и психосоматическими расстройствами (Т.П. Симсон, 1958; В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993).

Кроме того, для детского возраста характерны следующие симптомы ПТСР:

патологические воспоминания, образы и мысли, связанные с событием;

избегание ситуаций, связанных с травмой;

стереотипная игра, постоянное воспроизведение поведения, имевшего место во время психотравмирующего события;

снижение интересов к игре и общению.

Многие дети до 7 лет слабо выражают свое состояние в речевой форме. По этой причине необходимо особенно внимательно наблюдать за их невербальной коммуникацией, выражением лица и позой, а также за выражением детьми себя в рисунках.

Одним из факторов, влияющих на психическое здоровье детей и подростков, являются психологические травмы детского возраста, которые нередко оказываются следствием жестокости и насилия со стороны взрослых. Социальные и криминальные аспекты жестокого обращения с детьми подтверждаются формированием «цикла насилия» в виде передачи агрессивного поведения из поколения в поколение и существования прямых корреляций между суровостью наказания и выраженностью агрессивности у ребенка.

Одной из причин возникновения ПТСР у детей и подростков может быть сексуальное насилие. Клиническая структура реактивных симптомокомплексов у детей и подростков-жертв сексуального насилия отличается малой выраженностью расстройств и полиморфизмом. Преобладают малодифференцированные реакции по типу шоковых и стертые атипичные депрессивные состояния.

В клинической практике ПТСР часто встречается под симптоматикой депрессии, что требует тщательной дифференциальной диагностики. С возрастом реактивные синдромы имеют тенденцию к усложнению и большей клинической дифференциации с наибольшей выраженностью психотравмирующего эффекта к старшему подростковому возрасту. Эти состояния могут принимать затяжное рецидивирующее течение под влиянием дополнительных психотравмирующих факторов.

В структуре этих реактивных состояний наблюдаются депрессивные расстройства, нарушения сна с кошмарными сновидениями, отражающими содержание пережитого насилия, возникают идеи самообвинения, страхи сверхценного характера и суицидальные мысли и попытки. При этом формируется негативно окрашенное представление о жизни, пессимистическая концепция будущего, часто развивается чувство неполноценности, собственной несостоятельности и пониженной самооценки, характерное для депрессивного синдрома.

У детей, побывавших в катастрофах, стресс приводит к возникновению тревоги в структуре депрессивных состояний, наиболее характерных для ПТСР в детском возрасте. В течение первого года после катастрофы преобладают симптомы тревоги, фобии, разнообразные вегетативные расстройства. Описанные психические нарушения приводили к снижению школьной адаптации, а в ряде случаев и к полному отказу детей от занятий. Воспоминания и обсуждения психотравмирующего события оказывали на детей дополни-

тельное стрессовое действие и способствовали возникновению панических реакций, затяжному характеру переживаний (В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993).

Одним из ярких симптомов ПТСР являются нарушения сна, которые могут носить разнообразный характер и сочетаться между собой. Клинически нарушения сна представлены при ПТСР удлинением засыпания, сокращением продолжительности ночного сна, появлением сновидений угрожающего характера, чувством тревоги, беспокойства перед засыпанием, отказом от сна.

Дети, пережившие психотравмирующие события в ходе военных действий, характеризуются повышенным уровнем тревоги и деформацией отношения к самим себе (заниженная самооценка, негативное отношение к себе). Причем, у мальчиков выявляется более высокий уровень тревоги, нежели у девочек.

Изучение анамнеза детей, перенесших лишения военного времени, показало, что неблагоприятные жизненные события предрасполагают к отдаленному риску психических отклонений, но оценка самих событий не может сама по себе определить их долговременный эффект, при этом должны браться в соображение особенности развития ребенка – как психологические, так и физиологические.

Обследуя детей в возрасте от 1,5 до 16 лет, пострадавших в результате терактов в городах Буденновске и Кизляре, нами были выделены следующие клинические варианты ПТСР: 1) с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей; и 2) астенодепрессивный.

Для варианта с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей характерно доминирование в сознании детей образных и идеаторных переживаний (страхов), связанных с содержанием психотравмирующей ситуации, воспоминаниями и устрашающими сновидениями того же содержания, стремлением избежать ситуаций, способствующих возобновлению психотравмирующих переживаний. Также при этом варианте в единичных случаях наблюдались компульсии в виде навязчивых лицевых тиков, морганий, подергиваний.

Для детей раннего возраста характерны страхи сверхценного содержания, такие как страх резких звуков, выстрелов, оружия, людей в военной форме, самолетов, больших машин. Страхи часто возникают внезапно или при незначительных провоцирующих факторах и в некоторых случаях достигают панического состояния – дети стремятся убежать, спрятаться, кричат, плачут. Настроение у детей лабильно, со склонностью к капризности, плаксивости, раздражительности. Преобладает психомоторная расторможенность, в то же время дети отказываются от общения, не отрываются от матери. Следует отметить, что в этом возрасте данная симптоматика зачастую индуцировалась матерью.

Марина К., 3 г.

Жалобы: на страхи «больших мужчин с бородами», резких звуков, игрушечных пистолетов, частые ночные пробуждения – просыпается, кричит, долго не успокаивается.

Из анамнеза: раннее развитие своевременное. Попала в заложники вместе с бабушкой, боевики выбили дверь и забрали их из дома. Девочка была сильно напугана, в течение первых 2-3 часов плакала, кричала. Затем «застыла», выглядела оцепеневшей, в течение 3 дней не спала, практически ничего не ела. По возвращении отказывалась заходить в дом, кричала, плакала, стремилась убежать. Спустя 2 дня девочку увезли в Ставрополь, «чтобы все забыла». В Ставрополе, проходя мимо тира, она увидела стенд с изображением мужчины с винтовкой, после чего вновь сильно испугалась, закрыла руками уши, присела, кричала, плакала, не успокаивалась в течение 3 часов. Последующие 3 мес. подобные реакции возникали при виде самолетов, машин, вахтовых автобусов («раненых привезли»). Затем состояние несколько улучшилось – страхи уменьшились, стала более спокойной, реже просыпалась по ночам. В январе 1996 г., увидев по телевизору события в Кизляре, вновь была сильно испугана, долго не успокаивалась, подробно рассказывала, как они с бабушкой находились в заложниках. Опять усилились страхи, капризность, раздражительность, плаксивость, участились ночные пробуждения. Такое состояние наблюдалось до июля 1996 г.

Психический статус: контакту доступна, ориентирована. Застенчива, улыбчива. Чрез-

мерно подвижна, с трудом удерживается на месте. На вопросы отвечает скупой, часто вместо ответа улыбается или кивает, при вопросах о теракте скучнеет, на глазах появляются слезы, затем отказывается отвечать. Голос тихий. Рассказала, что часто бывает «страшно и скучно, хочется плакать». Такое состояние бывает, когда «вспоминает войну». Часто снятся страшные сны про «войну», из-за них просыпается и плачет по ночам. Настроение лабильно, фон его несколько снижен. Мышление без особенностей. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствует возрасту. Внимание отвлекаемо, память в норме.

Диагноз: ПТСР, вариант с преобладанием сверхценных страхов.

Лечение: возрастные дозировки тералена, успокаивающий сбор, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, игровая психотерапия.

Спустя 2 недели после проводимого лечения состояние улучшилось – уменьшились страхи, девочка стала спокойнее, менее капризной, раздражительной, реже просыпалась по ночам.

В старшем дошкольном возрасте также преобладают страхи сверхценного содержания, возникающие внезапно или при незначительных раздражителях, иногда достигающие уровня паники; страхи разворачиваются на фоне сниженного настроения, глубиной от субдепрессивного до депрессий, иногда доходящих до психотического уровня, с преобладанием аффекта скуки. Из психомоторных нарушений преобладает расторможенность. Соматовегетативные расстройства представлены нарушениями сна в виде затрудненного засыпания, частых ночных пробуждений; гипергидрозом; жалобами на боли в животе и мышечные боли. В единичных случаях встречались моносимптомные нарушения в виде заикания, энуреза.

Виктор М., 5 лет.

Жалобы: на капризность, раздражительность, сниженное настроение, плаксивость, беспокойный сон, сниженный аппетит, частые жалобы на боли в животе и мышечные боли.

Из анамнеза: раннее развитие своевременное. 14.04.95 г. семья находилась в центре г. Буденновска, ждали возвращения отца. Утром услышали выстрелы, взрывы, увидели бегущих людей, машины с боевиками, от соседей узнали, что напали чеченцы. Мальчик был испуган, метался, прятался, отказывался от еды. Вечером сообщили, что отца тяжело ранили и он находится в реанимации. В последующие дни теракта был пугливым, прятался при резких звуках, плакал. Часто спрашивал об отце, матери. Сон стал очень беспокойным – во сне разговаривал, плакал, кричал. Аппетит был снижен. Спустя неделю состояние несколько улучшилось – уменьшились страхи, стал менее плаксивым. Через месяц умер отец. Ребенок присутствовал на похоронах, плакал, переживал, уговаривал папу «встать», не мог понять, что происходит. В течение последующих 2 недель мать водила его на кладбище, плакала, разговаривала с отцом. На кладбище находились целыми днями. Мальчик плакал, уговаривал мать уйти. В этот период стал раздражительным, беспокойным, агрессивным по отношению к родным, двигательного расторможенным. Отказывался отрываться от матери, кричал, если мать пыталась куда-нибудь уйти без него. Вновь усилились страхи, ухудшился сон, снизился аппетит. Стал малоигривым, плаксивым, настроение все время снижено.

Психический статус: сознание ясное, ориентирован. На беседу пошел неохотно, отказался сесть, прижимается к матери, стремится скорее уйти, дергает мать. Двигательно расторможен. Выражение лица печальное, глаза грустные. К игрушкам интереса не проявляет. Рассказал, что очень скучает по отцу, ждет, что отец вернется. Сказал, что был сильно испуган во время «войны», что боится нападения, выстрелов, резких звуков, самолетов. «Играл в похороны» – хоронил воробья. Сказал, что «часто стал болеть живот и все остальное», «стало скучно и не играется». Себя характеризует «больше плохим, злым». Фон настроения снижен, аффект скуки с дисфорическими включениями. Внимание отвлекаемо, память в пределах нормы. Запас знаний и представлений, словарный запас в пределах высокой возрастной нормы.

Диагноз: ПТСР, депрессивно-фобический синдром, вариант с преобладанием сверх-

ценных страхов и навязчивостей.

Лечение: возрастные дозы амитриптилина, тералена, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, игровая психотерапия.

В младшем школьном возрасте преобладали навязчивые страхи с активным желанием избавиться от них. Страхи приводили к отказам от общения, нежеланию выходить из дома. Эмоциональные нарушения были представлены депрессивными расстройствами разной глубины с преобладанием аффектов скуки и печали, с частыми дисфорическими включениями. Психомоторные нарушения в равной степени могли быть представлены как заторможенностью, так и расторможенностью. Часто встречались жалобы на головную боль, боли в мышцах. Также наблюдались нарушения сна в виде затрудненного засыпания, ночных пробуждений.

Светлана С., 9 лет.

Жалобы: на страхи резких звуков, нападения, боязнь выйти на улицу, беспокойный сон, частые ночные пробуждения, кошмарные сновидения, воспоминания о теракте, тревогу, плаксивость, раздражительность, сниженное настроение.

Из анамнеза: во время нападения на Буденновск девочка с матерью попали под обстрел. Девочка сильно испугалась, ее бил озноб, она кричала, плакала, переживала за родных. Все дни теракта была напряжена, появился страх резких звуков, выстрелов, отказывалась выходить из дома, перестала играть, постоянно смотрела новости, настроение было сниженным. Пропадал аппетит, в течение первых 2 суток ничего не ела, затем стала есть, но аппетит был снижен. Сон был кратковременным и беспокойным, с частыми пробуждениями. Такое состояние длилось около 4 недель, затем незначительно улучшилось – девочка стала менее напряженной, удлинился сон, стала выходить на улицу. Сохраняются сниженное настроение, раздражительность, конфликтность, некоторая напряженность, тревога, страхи, частные ночные пробуждения, сниженный аппетит. Появились головные боли, возникающие после испуга. Отказывается общаться с подругами, ничего не хочет делать, пассивна.

Психический статус: сознание ясное, ориентирована. На беседу пошла спокойно, подвижна. Мимика и жесты адекватны ситуации. Выражение лица настороженное, с оттенком грусти. Ищет помощи, подробно рассказывает о своих переживаниях. Рассказала, что была сильно испугана во время теракта, «особенно, когда попали под обстрел». В последующие дни ничего делать не хотелось, «страшно было выходить на улицу, засыпать», часто просыпалась из-за страшных снов, повторяющих теракт. Постоянно чувствует тревогу, беспокоится о родных. Часто возникают страхи из-за резких звуков, летающих самолетов, в эти моменты начинает болеть голова. Боится повторного нападения, войны, смерти. Свой отказ от общения с подругами объясняет тем, что «они своими разговорами напоминают о войне». Страхи усиливаются к вечеру, проверяет дома все запоры. Настроение снижено, характеризует его как «печальное и злое», ухудшается к вечеру. Самооценка снижена, иногда возникают суицидальные мысли. Пессимистическое отношение к будущему. Мышление без особенностей. Внимание, память в норме. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствует возрасту. К своему состоянию критична, стремится избавиться от страхов и «плохого» настроения.

Диагноз: ПТСР, вариант с преобладанием навязчивых страхов, депрессивно-фобический синдром.

Лечение: возрастные дозы амитриптилина, тералена, феназепам, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, рациональная психотерапия.

В подростковом возрасте вариант с преобладанием сверхценных страхов и фобий встречается в единичных случаях и клинически близок к варианту, встречаемому в младшем школьном возрасте.

Астенодепрессивный вариант преимущественно характерен для детей младшего школьного возраста и подростков. Ему присуще чувство упадка сил, переутомления, повышенной возбудимости и истощаемости, ослабления внимания, сниженного настроения с аффектом скуки или печали, часто с оттенком раздражительности, недовольства, ка-

призности. Вспышки раздражительности, вспыльчивости непродолжительны и часто заканчиваются слезами. Способность к концентрации внимания снижена, внимание истощаемо, отвлекаемо. Среди нарушений сна преобладают затрудненное позднее засыпание, частые ночные пробуждения, ощущение разбитости после сна, даже достаточного по продолжительности. Часто встречаются соматовегетативные симптомы в виде слабости, гипергидроза, болевых ощущений в области сердца, в животе, мигренеподобные головные боли, миалгии. Дети заторможены, малоактивны. Часты отказы от общения, деятельности, стремление не отрываться от родных.

Маргарита П., 11 лет.

Жалобы: на плаксивость, обидчивость, раздражительность, утомляемость, снижение аппетита (похудела на 3 кг), затрудненное засыпание, разбитость при пробуждении, сонливость днем, напряженность, тревогу, сердцебиения, головные боли, появившиеся после теракта, частые воспоминания о пережитых событиях.

Из анамнеза: в начале теракта девочка с матерью находились на рынке, услышав стрельбу, убежали к знакомым, отсиделись в подвале. Девочка была сильно испугана, напряжена, но «держалась молодцом». Вечером вернулись домой, у нее поднялась температура до 39° С, держалась в течение 4 суток. В эти дни девочка не спала, стала «ватной», отказывалась от еды, побледнела. Говорила, что «все будет только хуже», боялась неизвестности, была напряжена. Жаловалась на постоянную тошноту, несколько раз была рвота. После теракта оставалась напряженной в течение 2 недель, спала на полу, сон стал беспокойным, аппетит был снижен, похудела, стала плаксивой, обидчивой, раздражительной. В дальнейшем появились головные боли, сердцебиения, утомляемость, ощущение постоянной слабости; остается плаксивой, обидчивой, раздражительной, долго переживает все ссоры, конфликты, часто вспоминает пережитые события, в эти моменты становится печальной, слезливой. Впервые за все годы не хочет идти в школу, говорит, что «совсем не отдохнула», стала очень «взрослой», скучной.

Психический статус: сознание ясное, ориентирована. На беседу пошла спокойно, охотно. Выражение лица грустное. Малоподвижна, сидит ссутулившись, не меняя позы. Мимика и жесты адекватны ситуации. Голос тихий, выразительный, склонна к драматизации, в речи много «взрослых» штампов. Подробно рассказала о пережитых событиях, о том, что во время теракта «все время был страх, не могла осознать, что происходит, беспokoилась о родных, не могла найти себе места». В первые дни ничего не болело, но ощущала слабость, разбитость. Считает, что стала раздражительной, плаксивой, тревожной. Рассказала, что в поминальный день, идя по улице, «чувствовала, что если увижу цветы, венки – расплачусь, не смогу удержаться», «очень жаль всех погибших, ведь так нельзя, это не справедливо». Часто вспоминает теракт. Рассказала, что настроение «все время печальное, особенно к вечеру, печаль сердце сжимает». Говорит, что стала утомляемой, быстро устает, «даже читать трудно». Появились головные боли – «как тубетейка, сжимает». Считает, что стала «хуже, более сердитой, стала часто ругаться с мамой». Настроение снижено, с оттенком печали, лабильно, во время беседы несколько раз начинает плакать. Внимание истощаемо, память в пределах нормы. Мышление без особенностей. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствуют возрасту. К своему состоянию критична.

Диагноз: ПТСР, астенодепрессивный вариант у личности с истероидными чертами характера.

Лечение: возрастные дозы сонапакса, мелипрамина, феназепама, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, рациональная психотерапия, психокоррекция.

Хотя психопатологические нарушения у детей различны, они зависят от определенного этапа заболевания.

На первом этапе состояние детей и подростков можно определить как острую психогенную реакцию, для которой характерными являются психомоторная расторможенность или, наоборот, оцепенение, ярко выраженные соматовегетативные расстройства, панические реакции, фобии, аффективные нарушения. Длительность этих состояний от несколь-

ких часов до нескольких суток.

На втором этапе клинико-патологические проявления понимают более очерченные формы, которые мы разделили на варианты либо с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей, либо астенодепрессивный с соответствующей симптоматикой. Длительность этого этапа от 1 до 6 мес.

В последующем наблюдается некоторая редукция симптоматики со склонностью к затяжному рецидивирующему течению и тенденцией к усилению характерологических черт, возможному патохарактерологическому развитию личности.

Проявления ПТСР оказывают сильное разрушительное воздействие на психические функции и, несомненно, нуждаются в коррекции. Для предотвращения хронических форм ПТСР необходимо немедленное лечение непосредственно сразу после психотравмы. В лечении ПТСР существенную роль играет фармакотерапия.

Очень эффективны препараты бензодиазепинового ряда, особенно при тревожных состояниях. Эти препараты успешно используются для улучшения коммуникабельности у тревожных больных, имеющих трудности в общении, а также для облегчения проведения с ними сеансов психотерапии. Для купирования приступов паники в структуре тревожно-фобических состояний рекомендуется использование альпрозолама и клоназепама. К другим анксиолитическим препаратам относятся антигистаминные средства. Причем, для лечения тревоги они используются в связи с побочным седативным эффектом. Следующая группа анксиолитических препаратов – бета-адреноблокаторы (пропранолол, анаприлин). Их целесообразно применять в тех случаях, когда тревога и психофизиологические стрессовые расстройства проявляются в первую очередь вегетосоматической симптоматикой! Показанием для применения бета-блокаторов также считаются социальные фобии.

Другая группа препаратов – трициклические антидепрессанты – с успехом применяется для лечения как тревожного, так и депрессивного компонентов у больных ПТСР. Одно из основных показаний к применению трициклических антидепрессантов – приступы паники, когда их использование может прекратить появление приступов.

Фенотиазины нашли широкое у пациентов с тревогой, гиперактивностью, растерянностью и расстройствами психотического уровня. Для пациентов, тяжело переносящих побочные действия данных препаратов, возможно применение бутирофенонов.

Определенный эффект дает сочетание медикаментозной и психотерапии, индивидуальной и семейной.

В военной психиатрии рекомендуются 3 классических принципа лечения острой реакции на военный стресс: безотлагательность, приближенность и надежда. В комплексной системе реабилитации детей и подростков с ПТСР семейная психотерапия является одним из главных методов (В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993). Основными задачами семейной психотерапии являются помощь семье в решении проблем, возникших перед ней в связи с нервно-психическими расстройствами у ребенка или подростка, содействие развитию взаимоотношений в семье по конструктивному пути, ослабление напряженности, отвлечение ребенка от психотравмирующих переживаний. Положительный семейный опыт и последующее высокое качество межперсональных отношений оставляют возможность облегчения последствий психотравмы.

Цель индивидуальной психокоррекционной работы с детьми, пострадавшими в результате военных конфликтов, стихийных бедствий, катастроф, должна состоять в уменьшении тревоги и внутреннего напряжения путем отреагирования переживаний в рисунках, фантазиях, играх. У подростков возможно проведение кратковременной психотерапии, направленной на преодоление пациентом травматических воспоминаний и болезненных переживаний путем превращения их в нормальное, контролируемое содержание человеческого жизненного опыта.

К сожалению, в настоящее время не выработано единого подхода к лечению ПТСР. Проводимое лечение – как медикаментозное, так и психотерапевтическое – направлено в основном на снятие отдельных симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1993. – 400 с.
2. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991. – 97 с.
3. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П., Юров В.В. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на Чернобыльской АЭС). Журн. невропатол. и психиатр. М., 1989. Т. 89, вып. 5. – С.111-117.
4. Боев И.В., Зубов А.А., Чайкина Л.И. и др. Тактика антистрессовой терапии у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами – заложников и лиц, пострадавших в результате террористического акта в июне 1995 г. в г. Буденновске: Семинар. Ставрополь, 1995. – 13 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М., 1979. – 607 с.
6. Ковалев В.В., Асанова Н.К. Формы и методы лечебно-реабилитационных мероприятий при нервно-психических расстройствах у детей и подростков, перенесших катастрофы: Метод. М., 1993. – 18 с.
7. Краснянский А.Н., Морозов П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны. // Мат. 12 съезда психиатров России. М., 1995. – С. 161-162.
8. Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958. – 216 с.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т. 1. – 458 с.
10. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. – Т. 2. – 406 с.