# Посттравматические стрессовые расстройства

Люди, пережившие разнообразные стихийные бедствия (землетрясения, наводнения, оползни, цунами), транспортные катастрофы, войны или случаи насилия по отношению конкретно к ним (разбойные нападения, изнасилования, концлагеря, тюрьмы) испытали глубокие психические потрясения. Длительную реакцию на такого рода события принято называть **посттравматическим стрессом (ПТС).**

Клинически диагностированным ПТС страдают около 10% населения, но психиатры полагают, что отдельные симптомы этого заболевания встречаются значительно чаще**. Эти расстройства часто встречаются у ветеранов войн и участников боевых действий, но могут проявляться и у гражданских лиц, переживших различные катастрофы. ПТС чаще возникает у женщин, чем у мужчин, может . ПТС может возникнуть и у ребенка.** Причиной его может быть родовая травма, семейные скандалы, насилие над детьми, потеря родителей, бедствия войны.

В одних случаях симптомы ПТС со временем угасают и могут исчезнуть совсем, в других они сохраняются на протяжении многих лет и тогда к ним могут присоединиться симптомы других психических расстройств, например, депрессии, алкоголизм, наркомании.

Не надо думать, что все люди, перенесшие травму, нуждаются в лечении. Многие достаточно помощи родных, друзей, религии. Но если в результате участия или наблюдения за каким-либо чрезмерно травмирующем событием у человека произошел психологический надлом, нужна профессиональная помощь.

## Фазы развития

1. Отчаяние
2. Отрицание
3. Навязчивость
4. Прорабатывание
5. Завершение

#### Симптомы

**Обычно ПТС развивается в течение первых трех месяцев после травмы, но бывает, что расстройства проявляются через многие месяцы и годы**.

Психиатры выделяют четыре основных группы симптомов ПТС: навязчивые состояния, реакции избегания, симптомы повышенной раздражительности и неспецифические симптомы.

#### Навязчивые состояния

У людей, страдающих ПТС, часто возникают состояния, когда **они вновь и вновь очень ярко и глубоко переживают травмировавшее их событие,** оно словно внедряется в их повседневную жизнь. Внезапно нахлынувшие яркие воспоминания, окрашенные болезненными эмоциями, могут полностью овладеть вниманием человека. И тогда ему кажется, будто он вновь переживает психотравмирующее событие и видит его как реальное. Состояние человека во время такой вспышки воспоминаний иногда ошибочно принимают за снохождение. У детей это может проявляться в виде повторяющихся, стереотипных игр.

В случаях выраженных эпизодов возвращения в прошлое человек ведет себя так, будто вновь переживает перенесенную ситуацию, не осознавая при этом полностью своих действий. Например, ветеран войны может, крадучись, передвигаться по улице, будто он в разведке на вражеской территории.

Временами **повторное переживание травмы проявляется в ночных кошмарах**. Эти кошмары столь реальны, что человек вскакивает с криками ужаса. У маленьких детей последствия травматического события проявляются в генерализованных ночных кошмарах с чудовищами, картинами спасения окружающих или угрозами по отношению к себе и окружающим.

Повторное переживание **может проявляться внезапными болезненными эмоциональными вспышками**, казалось бы, не имеющими причины. Это может быть чувство горя, страха или гнева, которое сопровождается слезами и спазмами в горле, или злобностью и еле сдерживаемой агрессивностью. Такие вспышки повторяются много раз, сопровождая воспоминания или сны о травмирующем событии.

#### Симптомы избегания

**При так называемом феномене избегания нарушаются взаимоотношения человека с окружающими, он или она зачастую избегают тесных эмоциональных связей с семьей, коллегами, друзьями. Человек чувствует себя скованным, его эмоции невыразительны** и он способен выполнять только рутинную, механическую работу. Позже, когда начинаются повторные переживания событий травмы, **человек разрывается между потоком эмоций, вызванным повторным переживанием и невозможностью в реальной жизни переживать и выражать эмоции.** Люди, страдающие ПТС часто говорят, что они не могут испытывать эмоций, особенно в отношении тех, кто им наиболее близок. Даже если они испытывают эмоции, они зачастую не способны их выразить. Пока продолжается это избегание человек внешне представляется холодным или загруженным своими переживаниями. Члены семьи чувствуют себя отвергнутыми этими людьми. У детей эмоциональная скованность и сниженный интерес к определенной деятельности не всегда могут быть правильно расценены врачом, здесь очень важны сведения полученные от родителей, учителей и других людей, наблюдающих за ребенком. **Человек с ПТС избегает ситуации, которая напоминает ему о травмирующем событии**. Потому что симптомы ПТС как бы утяжеляются, когда ситуация или деятельность даже частично напоминают травму. Например, человек который выжил в концлагере может неадекватно среагировать на людей в форме, похожей на форму охранников. Со временем человек может стать настолько боязливым в отношении определенных ситуаций, что вся его повседневная жизнь регулируется попытками избежать этих ситуаций. Другие, особенно ветераны войн, **избегают брать на себя ответственность,** так как считают, что не смогли обеспечить безопасность тех, кто был ранен или погиб в сражениях. В результате многие, страдающие ПТС, не достигают больших успехов в работе, не могут найти общего контакта с начальством, а контакты с членами семьи и друзьями обеднены. У детей, страдающих ПТС, могут возникать затруднения относительно ориентировки в своем будущем. Ребенок может, например, не надеяться на семейную жизнь и удачную карьеру. Иногда люди начинают верить, что могут предсказывать неблагоприятные события в будущем. Часто следствием неспособности переработать болезненные эмоции становится депрессия. Некоторые испытывают чувство вины за то, что они пережили катастрофу в то время как другие, особенно друзья и члены семьи, не смогли. У ветеранов войны или тех, кто выжил в гражданских катастрофах, чувство вины может усугубляться, если их поведение, которое было необходимым для выживания, осуждается в обществе. Такое чувство вины может углубить депрессию, человек начинает смотреть на себя как на недостойного, осквернившего свои собственные ценности.

#### Симптомы повышенной возбудимости

В состоянии ПТС люди ведут себя так, как будто им постоянно продолжает угрожать то событие, что вызвало травму. Страдающие ПТС могут без видимой причины внезапно приходить в **состояние раздражения или взрывчатости**. У них могут возникать **проблемы с концентрацией внимания и памятью.** Из-за частых кошмарных сновидений у них может развиться **бессонница.** Постоянное ощущение близкой опасности приводит к **гипертрофированным реакциям:** ветераны войны кидаются в укрытие, услышав хлопки из глушителя машины или взрывы фейерверков. Временами у страдающих ПТС возникают **приступы паники**, являющиеся следствием пережитого и так и не переработанного чрезвычайного страха. Во время приступа у них сжимается горло, учащается дыхание и сердцебиение, появляются головокружение и тошнота. У детей в дополнение к симптомам повышенной возбудимости могут появляться боли в желудке и головные боли.

#### Неспецифические симптомы

Страдающие от ПТС часто пытаются избавиться от повторяющихся болезненных переживаний, одиночества и приступов паники с помощью алкоголя или наркотиков, притупляющих эмоции и позволяющих на время забыть о травме. Из-за плохого контроля своей импульсивности у них повышается риск самоубийства.

#### Что делать?

Многие пострадавшие отмечают, что самым полезным после травмы для них были практические советы, информация и поддержка в повседневных делах, понимание окружающих. Способы решения проблем сугубо индивидуальны для каждого. Есть друзья, родственники, коллеги с которыми пострадавшие могут поговорить о том, что пришлось пережить. Важно, чтобы у каждого была возможность выразить свои негативные переживания, если в этом есть необходимость.

**Чем вы можете помочь своему родственнику или другу?**

Поощряйте человека к разговору о происшедшем.

Позволяйте ему переживать (при этом не обязательно утешать).

Поощряйте общение с другими пострадавшими и обращение в организации, которые могут предложить профессиональную помощь.

Постарайтесь не допустить, чтобы пострадавший принял модель избегания ситуаций, напоминающих ему о травмирующем событии.

**Безусловно, важным шагом является обращение за помощью к специалистам – психиатру, психологу.**

#### Лечение

В настоящее время психиатры и другие специалисты в области психического здоровья успешно лечат болезненные проявления ПТС. Используя разнообразные терапевтические методы, они помогают людям преодолевать свою тревогу и боль, избавляя их от невыносимых мучений.

Наиболее эффективным в лечении ПТС является **сочетание психотерапевтических методик с лекарственной терапией.** При лечении симптомов ПТС применяются антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики и другие препараты, которые должен назначить врач-психиатр индивидуально с учетом состояния каждого пациента.

Одним из важных видов лечения ПТС является **психотерапия.** Она направлена на коррекцию болезненных форм поведения, избавление от навязчивостей, обучение человека методикам расслабления и восстановление нормальных психических процессов. Используя другие методики такого рода, врач совместно с пациентом исследуют окружение больного с тем, чтобы определить, что может обострить симптомы ПТС и работать над тем, чтобы снизить чувствительность к этим факторам или обучить больного навыкам владения собой. Используется психиатрами и другие психотерапевтические методики. Целью является разрешение сознательных и бессознательных конфликтов, которые были созданы в результате пережитой травмы. Кроме того человек работает над развитием чувства собственного достоинства и самоконтроля, личной ответственности.

Врачи могут рекомендовать и семейную психотерапию, во время которой врач по необходимости вносит изменения во внутрисемейные отношения.

Еще одним из эффективных способов лечения страдающих ПТС является **создание групп подвергшихся насилию или групп взаимной поддержки**. В этих группах люди, перенесшие травматические события, делятся опытом друг с другом. Члены группы помогают друг другу осознать, что многие прошли через это и что любой человек не одинок в своем горе или в чувстве вины. У людей изменяется мнение о себе и о других, появляются новые взгляды на мир, и вырабатывается позитивное чувство по отношению к самому себе.

Такие способы лечения могут применяться во внебольничных условиях, и лишь когда болезненные расстройства настолько глубоки, что человек может нести угрозу для себя или для окружающих, должно быть рекомендовано стационарное лечение.

11. 6. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА Посттравматические стрессовые расстройства развиваются у лиц, которые пережили эмоциональный или физический стресс, который является в высшей степени травмирующим практически для каждого человека. Такие травмы могут возникать в сражениях, естественных катастрофах, при нападениях бандитов, изнасиловании и таких несчастьях, как пожар в доме. При этих нарушениях имеют место три основные особенности: переживание травмы вновь и вновь, во сне и в мыслях в бодрствующем состоянии; эмоциональная глухота ко всем остальным переживаниям в жизни, включая отношения с другими людьми, и сопутствующие симптомы в виде вегетативной лабильности, депрессии и когнитивных нарушений в виде трудности сосредоточить внимание.

ИСТОРИЯ Синдром, очень сходный с тем, который в настоящее время мы называем посттравматическим стрессовым расстройством, был отмечен у солдат во время Гражданской войны в Америке. Он был назван <солдатским сердцем> из - за наличия вегетативных симптомов со стороны сердца. DaCosta написал работу <О взволнованном сердце> в 1871 г. , в которой он описывает этих солдат. Во время первой мировой войны синдром был назван <шоком от снарядов> и было высказано предположение о том, что он наблюдается в результате травмы, наносимой взрывами снарядов. Затем посттравматический стресс был отмечен в нацистских концентрационных лагерях и у тех, кто пережил атомную бомбардировку Японии Соединенными Штатами. В 1941 г. люди, оставшиеся в живых после пожара в переполненном ночном клубе <Кокосовая Аллея> в Бостоне, обнаруживали повышенную нервозность, утомляемость и ночные кошмары. Во всех этих ситуациях появление патологических симптомов коррелиловало с тяжестью стресса - наиболее тяжелые стрессы (например, в концентрационном лагере) вызвали появление синдрома более чем у 75% жертв. DSM - I включала диагноз тяжелой реакции на стресс, который был исключен из DSM - II. Возвращение диагноза в DSM - III было результатом его наличия у ветеранов Вьетнамской войны, как описано в следующей истории болезни.

Больной 26 лет, женат, ветеран Вьетнамской войны, оставил работу, которую выполнял в течение 3 лет. Он поступил в клинику по поводу тяжелой тревожности, которая возникла после того, как он оставил работу и оказался дома, где смотрел по телевизору передачи о провале в Южном Вьетнаме. Он рассказал, что прежде был хорошо приспособленным и общительным. Хотя сначала он находил, что убивать людей омерзительно, постепенно он научился переносить это и как - то оправдывать. У него наблюдалось несколько эпизодов, которые он находил болезненными и неприятными. Однажды это случилось, когда ему устроили засаду вьетнамские партизаны; его ружье заело, и он вынужден был убить врага кровавым ударом дубинкой по голове. Спустя много лет он все еще продолжал слышать страшный крик. Другой чрезвычайно тяжелый случай произошел с его близким другом, который был убит из миномета. Так как они лежали рядом, кровь друга заливала нашего больного.

Хотя первые несколько лет после возвращения из Вьетнама больному было трудно приспособиться к жизни, в конце концов это ему удалось. Он строил планы о возвращении в колледж к тому времени, когда он бросил работу. Находясь дома и имея в распоряжении много времени, он стал смотреть телевизор о неудаче во Вьетнаме, и его против воли охватили воспоминания о перенесенных им самим переживаниях во Вьетнаме; воспоминания имели навязчивый характер. В частности, он вспоминал партизана, которого убил, и смерть своего друга. Его стали мучить раздумья обо всех людях, убитых во Вьетнаме, или раненых, и он пытался понять, с какой целью все это нужно было делать. У него появились ночные кошмары, во время которых он почти ощущал, что сам ранен. Во время одного из таких ночных кошмаров он . прыгнул с кровати в поисках защиты и сломал себе плечо. В другой раз он ехал на велосипеде по дорожке через траву и сорняки, что внезапно напомнило ему ландшафт Вьетнама, и он бросился с велосипеда, ища защиты, и получил несколько повреждений, падая на траву. Он проявлял также крайнюю раздражительность по отношению к своей жене, и поступил в клинику из - за того, что она очень обеспокоена его состоянием. Он лечился сибазоном (диазепамом) и психотерапией, которая помогала ему эмоционально отреагировать и обсудить все. Он хорошо реагировал на лечение и был выписан через 3 нед. Через 6 мес у него практически не было патологических проявлений, и он вернулся в колледж.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ Эпидемиология посттравматического стрессового расстройства естественно очень разнообразна у множества людей, испытавших тяжелые страдания и переживших травматизирующие ситуации. После разрушительного несчастья у 50 - 80% лиц, оставшихся в живых, может развиться этот синдром. Частота посттравматических стрессовых расстройств составляет в целом 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин; это расстройство может наблюдаться также и у детей. Для мужчин травмой обычно являются переживания, перенесенные в сраженьях, а тяжесть синдрома обусловливается степенью травмы. У женщин травмой чаще всего является нападение и изнасилование. Хотя посттравматическое стрессовое расстройство может появиться в любом возрасте, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще бывает в молодом возрасте.

ЭТИОЛОГИЯ Основными этиологическими факторами этого расстройства являются стрессоры, социальное окружение стрессора и жертвы, а также особенности характера и биологическая предрасположенность жертвы. Чем тяжелее стрессор, тем у большего числа людей он обусловил этот синдром, и тем тяжелее будет протекать расстройство. Когда травма является сравнительно легкой, например, автокатастрофа без смертельных исходов, посттравматический стресс развивается у меньшего числа людей. Если пациент принадлежит к группе лиц, вместе с ним переживших травму, он иногда лучше справляется с ней, так как другие разделяют его переживания.

В целом очень молодым и очень старым труднее справиться с травматизирующими событиями, чем людям, у которых травма возникает в середине жизни. Например, приблизительно у 80% детей, получивших ожоги, через 1 - 2 года после ожоговых поражений развивается посттравматическое стрессовое расстройство. С другой стороны, примерно только у 30% взрослых после ожогов развивается подобное расстройство. Вероятнее всего, у маленьких детей еще не развиты механизмы, позволяющие справиться с физическими и эмоциональными повреждениями, наносимыми травмой. Подобно этому, пожилые люди, так же как маленькие дети, имеют более ригидные механизмы борьбы с травмой и не могут применить достаточно гибкого подхода против ее воздействия. Более того, воздействие травмы может быть усилено физической инвалидностью, характерной для жизни стариков, особенно с нарушениями со стороны нервной и сердечнососудистой систем, например, снижением мозгового кровотока, ослаблением зрения, пальпитацией и аритмиями. Наличие психических отклонений в период, предшествовавший травме, расстройств личности или более серьезных нарушений увеличивает силу воздействия стрессора. Оказание социальной помощи также может влиять на развитие, тяжесть и продолжительность посттравматического стрессового расстройства. В целом больные, которым оказывается хорошая социальная помощь, менее подвержены развитию этого расстройства или же, если оно и развивается, то протекает в менее тяжелой форме. Более часто данное расстройство развивается у одиноких, разведенных, вдовствующих, экономически бедствующих или социально изолированных лиц.

*Г.И. Каплан. Клиническая психиатрия. М., 1994.*