

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА: ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Профессор П.В. ВОЛОШИН, профессор Л.Ф. ШЕСТОПАЛОВА, профессор В.С. ПОДКОРЫТОВ

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков*

**Описаны принципы и методы психофармакологического и психотерапевтического лечения посттравматических стрессовых расстройств, а также мероприятия по первичной и вторичной их профилактике.**

Различные экстремальные ситуации, стихийные бедствия и катастрофы, как правило, оказывают выраженное негативное влияние на психику пострадавших в них людей. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) являются одной из наиболее частых и неблагоприятных форм психических нарушений у лиц, которые пережили жизнеопасные ситуации, и занимают центральное место в числе так называемых новых пограничных психических расстройств, выделяемых в последние десятилетия [1].

В настоящее время в Украине существуют значительные группы населения, которые пережили те или иные экстремальные ситуации (воины-афганцы, участники других локальных военных конфликтов; лица, пострадавшие в результате аварии на ЧАЭС; жители Закарпатья, пережившие два катастрофических наводнения; население других регионов экологических катастроф; участники миротворческих операций ООН; пострадавшие в результате авиакатастрофы во Львове и др.) и имеют различные психические расстройства, в том числе и ПТСР. Существующая возможность повторения различных антропогенных или природных катастроф (аварии на шахтах, пожары в общественных местах, наводнения и т.п.), а также развитие любых других экстремальных ситуаций (террористические акты, авиакатастрофы и т.п.) определяет актуальность проблемы профилактики, диагностики и лечения ПТСР.

По статистическим данным, ПТСР развивается у 25–80% лиц, которые пострадали в результате чрезвычайных событий. Распространенность этого расстройства в популяции зависит от частоты психотравматизирующих событий. В настоящее время показатели частоты возникновения ПТСР существенно возросли: если в 80-е годы XX ст. они отмечались у 1–3% всего населения, то сейчас — у 7–8%, причем существуют выраженные расхождения по полу — 10,4% женского и 5,0% мужского населения [1–5].

Результаты исследований, проведенных в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, свидетельствуют о том, что у всех лиц, которые пережили тяжелую психическую травму в виде насилия против личности (покушение на убийство, нанесение тяжелых телесных повреждений, изнасилование, торговля людьми и др.), возникали нарушения психического здоровья либо в виде полного варианта ПТСР (56% обследованных), либо его отдельных признаков (44%). У женщин — жертв торговли людьми — эти показатели были самыми высокими: у 60% — ПТСР, у 40% — отдельные симптомы. У 19%

ветеранов войны в Афганистане был выявлен клинический вариант ПТСР, отдельные симптомы — у 25%. Соответственно у 14% ликвидаторов аварии на ЧАЭС диагностировалось ПТСР, у 21% — отдельные симптомы [6].

Спектр возможных психических расстройств, связанных с переживанием жизнеопасных ситуаций, включает острую реакцию на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, острые и транзиторные психотические расстройства, депрессивные и тревожные расстройства, хронические изменения личности после переживания катастрофы [7].

К ПТСР относятся психические расстройства, которые возникают как отсроченная и/или затяжная реакция на экстремальное (травматическое) событие или ситуацию (кратковременную либо затяжную) угрожающего или катастрофического характера, которая может вызывать общий дистресс практически у любого человека. ПТСР обычно возникают вслед за психотравмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель (2–4) до месяцев (но, за исключением особых случаев, не более 6 мес) [6–9]. Необходимо подчеркнуть, что дистресс, возникающий практически у любого человека во время пребывания в экстремальной ситуации, и психические расстройства у пострадавших являются разными феноменами. Дистресс выступает в качестве необходимого звена, выполняющего функцию опосредования в механизмах возникновения психической патологии у человека, пережившего жизнеопасную ситуацию [5; 10; 11].

Как свидетельствуют результаты проведенных нами исследований, возникновение ПТСР детерминировано сложным взаимовлиянием различных факторов и условий, основными из которых являются следующие.

1. Особенности пережитой экстремальной ситуации:

1) содержание: природные, техногенные, антропогенные катастрофы, войны, террористические акты, насилие и др. (экстремальные ситуации, порожденные человеком, в целом оказываются более травматичными, чем природные); 2) внезапность; 3) длительность; 4) интенсивность (чем внезапнее возникновение экстремальных событий, длительнее и интенсивнее их действие, тем больше вероятность развития ПТСР); 5) массовый или индивидуальный характер; 6) организация спасательных работ (хорошая организация спасательных работ уменьшает риск

ПТСР); 7) информированность (достаточный уровень информированности пострадавшего населения снижает травматизацию); 8) наличие «вторичных» психотравмирующих факторов (их наличие увеличивает риск развития ПТСР).

II. «Профессиональные» факторы (для профессий повышенного риска):

1) эффективность профотбора (особое значение имеет выявление лиц с определенными личностными особенностями, такими как акцентуация характера, низкая стрессоустойчивость, высокий уровень тревожности и др., которые могут явиться личностными факторами риска развития ПТСР); 2) уровень профессиональной подготовки (высокий уровень профессиональной подготовки является фактором антириска); 3) степень сформированности готовности к деятельности в экстремальных условиях (является необходимым элементом эффективной профессиональной деятельности); 4) общий стаж службы (чем больше стаж, тем выше вероятность формирования ПТСР); 5) уровень «стрессогенности» профессиональной деятельности (чем он выше, тем выше риск ПТСР); 6) уровень психопрофилактического обеспечения профессиональной деятельности (адекватная психопрофилактика является фактором, снижающим риск ПТСР).

III. Социально-демографические факторы:

1) возраст (дети и подростки более уязвимы в отношении возникновения у них психопатологических реакций на стресс); 2) пол (у женщин частота ПТСР в среднем в 2 раза выше, чем у мужчин); 3) семейное положение; 4) профессиональный статус (наличие удовлетворительных семейных отношений и работы является фактором антириска ПТСР); 5) принадлежность к профессиям повышенного риска.

IV. Факторы, связанные с состоянием здоровья:

1) наличие соматических заболеваний; 2) наличие нервно-психических заболеваний; 3) наличие психотравмирующих факторов в анамнезе (наличие соматических, нервно-психических заболеваний, а также психотравмирующих факторов в анамнезе повышает риск развития ПТСР).

V. Социальные факторы:

1) социальная поддержка и защита на государственном уровне; 2) доступность медицинской помощи и реабилитационных программ; 3) социально-экономический статус пострадавшего (достаточный уровень социальной поддержки, доступность медицинской помощи и реабилитационных программ, удовлетворительный социально-экономический статус пострадавших снижают риск развития ПТСР).

VI. Социально-психологические факторы:

1) этнокультурные особенности (имеет значение принятое в тех или иных этнических, религиозных сообществах отношение к смерти и страданиям); 2) религиозность (религиозность отдельного человека или групп населения в целом выступает как фактор антириска); 3) развитость и характер микросоциальных связей (чем более они развиты у жертвы катастрофического события, тем меньше риск ПТСР); 4) отношение общества к тому или иному экстремальному событию (содержание сформированных и функцио-

нирующих общественных стереотипов относительно конкретных экстремальных событий, катастроф и их жертв могут выступать как в качестве факторов риска, так и факторов антириска развития ПТСР — известно положение, что «раны победителей заживают быстрее», в данном случае речь идет не только о физических, но и о душевных ранах).

VII. Индивидуально-психологические факторы:

1) индивидуальная значимость экстремального события; 2) эмоциональные особенности; 3) индивидуально-типологические особенности; 4) ведущие личностные тенденции; 5) мотивационная и ценностно-смысловая сферы; 6) фрустрационная толерантность (стрессоустойчивость); 7) особенности жизненного стиля и стратегий преодоления, механизмов психологической защиты (преморбидные личностные особенности, степень вовлечения личности в экстремальное событие и развитость стратегий преодоления могут являться как факторами риска, так и факторами антириска) [6; 12].

Возникновение ПТСР у каждого конкретного человека определяется сложным взаимовлиянием перечисленных выше факторов. Факторы I группы имеют универсальное внеличностное значение, а факторы, относящиеся к II–VII группам, образуют блок так называемой «персональной уязвимости» [1; 12].

Основными психопатологическими кластерами ПТСР являются: 1) кластер «вторжения» — травматическое событие навязчиво повторяется в виде воспоминаний, кошмарных сновидений и флэшбек-эффектов и сопровождается интенсивными негативными переживаниями и вегетативной гиперреактивностью; 2) кластер «избегания» — избегание стимулов, связанных с травмой, в сочетании с симптомами эмоционального отчуждения, реакцией эмоционального «оцепенения», частичной психогенной амнезией и чувством отдаленности от других людей; 3) кластер «гиперактивации» — наличие симптомов постоянного психоэмоционального возбуждения в виде нарушений сна, снижения концентрации внимания, чувства постоянной угрозы, раздражительности, вспышек гнева и т.п.

Исходя из особенностей клинико-психопатологической картины заболевания, можно выделить следующие клинические типы ПТСР: тревожный (21,0% обследованных), астенический (18,4%), дисфорический (16,3%), диссоциативный (14,0%), ипохондрический (16,3%) и смешанный (14,0%) [6].

Система лечебно-реабилитационных мероприятий для больных с ПТСР должна носить комплексный характер и включать в себя медикаментозную и немедикаментозную терапию, психотерапию и психологическую коррекцию. Начало терапевтического воздействия должно быть по возможности максимально ранним, вслед за действием стрессора, и носить продолжительный характер.

Фармакологическое лечение определяется особенностями клинической картины ПТСР, наличием коморбидных расстройств, физиологическими и личностными характеристиками пациента. Базисная фармакотерапия ПТСР состоит в применении антидепрессантов. В настоящее время среди всего

спектра антидепрессантов предпочтение отдается группе препаратов, по фармакологическому действию относящихся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина [6; 9; 13; 14].

В зависимости от клинических особенностей и наличия коморбидных расстройств базисная терапия может дополняться назначением транквилизаторов, снотворных препаратов, тимостабилизаторов, ноотропных и ГАМК-эргических препаратов,  $\beta$ -адреноблокаторов.

Назначение транквилизаторов носит симптоматический характер и применяется с целью быстрой редукции астеноневротических, астенодепрессивных, а также тревожно-фобических симптомов. Лечение ими должно быть кратковременным — желательнее не более 3 нед, пока не наступит терапевтический эффект от применения антидепрессантов. Применение снотворных препаратов обусловлено наличием в клинической картине любых проявлений инсомнии. При их выборе предпочтение следует отдавать препаратам, не имеющим миорелаксирующего и седативного эффекта. Выбор антиконвульсантов определяется их выраженным тимостабилизирующим действием. Назначение нейролептиков ограничивается малыми дозами и выбором тех препаратов, которые оказывают сбалансированное тимоаналептическое, антипсихотическое, психостимулирующее и транквилизирующее действие. Применение атипичных антипсихотических препаратов определяется возможностью купирования с их помощью резистентной к терапии антидепрессантами тревожно-фобической и ипохондрической симптоматики. Выбор ноотропных и ГАМК-эргических препаратов обусловлен их церебропротекторным, вегетостабилизирующим, стресс-протективным и адаптогенным действием. Назначение  $\beta$ -адреноблокаторов определяется их быстрым противотревожным и вегетостабилизирующим эффектом.

В целом психофармакотерапия должна носить дифференцированный характер и учитывать клинические типы ПТСР:

при тревожном типе ПТСР базисная терапия антидепрессантами дополняется назначением транквилизаторов и  $\beta$ -адреноблокаторов, а также мягких нейролептиков с седативным и противотревожным действием (тиоридазин, сонатакс);

при астеническом типе ПТСР к базисной терапии антидепрессантами со стимулирующим действием присоединяют церебропротекторы, при наличии показаний — снотворные препараты;

при дисфорическом типе ПТСР базисная терапия дополняется назначением нормотимиков (карбамазепин, депакин, ламотриджин) и/или нейролептиков (эглонил, ридазин, малые дозы атипичных антипсихотиков);

при ипохондрическом типе ПТСР базисная терапия антидепрессантами дополняется назначением нейролептиков в малых дозах (эглонил, ридазин, малые дозы атипичных антипсихотиков);

при диссоциативном типе ПТСР к базисной терапии присоединяют мягкие нейролептики (эглонил, ридазин),  $\beta$ -адреноблокаторы и транквилизаторы (альпрозалам, клоназепам).

В современной психотерапии и психокоррекции ПТСР доминирует интегративный подход. Во всех реабилитационных мероприятиях необходима апелляция к личности пострадавших, поскольку при интенсивном влиянии травматического стресса страдает именно и прежде всего личность. ПТСР по сути представляют собой взаимодействие личности с пережитым стрессовым опытом, при этом феноменология тех или других психических нарушений, возникающих вследствие переживания экстремальной ситуации, в определенной мере отражает качество постстрессовой адаптации личности [6; 9; 15; 16].

Основными принципами психотерапии ПТСР являются: обязательность психотерапевтического вмешательства; максимально раннее начало после психотравмы в целях предотвращения развития и хронизации ПТСР; комплексное длительное лечение в сочетании с фармакотерапией.

Цель психотерапевтической работы с лицами, которые испытали воздействие факторов экстремальных событий, заключается в том, чтобы максимально полно восстановить преморбидный уровень социального и личностного функционирования пострадавших. При этом психотерапия должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности; аффективную переоценку травматического опыта; восстановление ощущения ценности собственной личности; восстановление способности дальнейшего существования в мире [11; 15].

Наиболее эффективными подходами в психотерапии ПТСР следует считать бихевиоральный, когнитивный (либо когнитивно-бихевиоральный) и психодинамический. По форме проведения психотерапевтические воздействия подразделяются на индивидуальные, групповые и сочетанные.

К основным психокоррекционным методам, используемым у больных с ПТСР, относятся: поддержка адаптивных навыков Я; формирование позитивного отношения к симптому; уменьшение избегания; изменение атрибуции смысла. Необходимым условием эффективного лечения является формирование чувства «контроля над психотравмой» [3; 15].

Известно, что профилактическая медицинская помощь является наиболее действенным средством предупреждения негативного влияния тяжелой психической травмы на здоровье человека. Одним из существенных факторов, обуславливающих увеличение распространенности ПТСР, является практически полное отсутствие специальных профилактических программ [17].

Под первичной профилактикой ПТСР понимается работа с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определенное количество лиц из группы риска. Используется система мероприятий, направленных на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения, развитие личностных ресурсов и копинг-механизмов с одновременной коррекцией дезадаптивных ее форм. Вторичная профилактика используется у больных с ПТСР с целью предупреждения рецидивов заболевания и его хронизации, а также предотвращения развития коморбидных расстройств (депрессии, химические зависимости),

формирования хронических изменений личности в результате пережитой катастрофы.

Построение профилактических программ должно проводиться с учетом основных факторов и условий формирования ПТСР: особенностей самого травматического события, наличия негативных профессиональных факторов, социально-демографических и социально-экономических характеристик, анамнестических данных, социально-психологических и индивидуально-психологических особенностей.

Идентификация стресс-факторов является актуальной при решении проблем организации медицинской, психосоциальной и других видов помощи пострадавшему населению. Выделение «пусковых» — наиболее патогенных факторов, которые с большей вероятностью способны вызвать негативные психические нарушения, в том числе развитие ПТСР, определяет группу первичных стресс-факторов, которые необходимо преодолеть (или уменьшить их влияние) в первую очередь. Эти мероприятия должны проводиться непосредственно с момента начала оказания помощи пострадавшему населению.

Выделение так называемых поддерживающих патогенных факторов позволит определить группу вторичных стресс-факторов, которые связаны с экстремальными ситуациями, но самостоятельно не приводят к формированию ПТСР. Мероприятия, направленные на преодоление негативного влияния этих факторов, должны проводиться как в процессе ликвидации последствий катастрофических событий, так и сразу после их завершения. Определение антистрессовых факторов, которые приводят к снижению патогенного влияния экстремальных ситуаций, необходимо также при построении реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Профилактика ПТСР у лиц, переживших экстремальные события, должна носить комплексный характер, базироваться на мультидисциплинарном подходе и включать в себя медицинские, психологические и социальные мероприятия. Основными направлениями профилактики ПТСР являются: 1) разработка и внедрение скрининговых программ раннего выявления психических расстройств у жертв экстремальных событий; 2) дальнейший мониторинг состояния здоровья контингентов, которые являются группами повышенного риска.

Конкретные профилактические мероприятия могут быть разделены на три основных блока: мероприятия, осуществляемые в период, предшествующий экстремальной ситуации; во время самого чрезвычайного события; после завершения действия факторов жизнеопасного события.

Профилактические мероприятия должны быть дифференцированными в зависимости от групп населения, к которым они адресуются. Условно можно выделить несколько групп:

представители профессий повышенного риска: работники системы МЧС (спасатели, медицинские работники системы медицины катастроф, пожарные и др.), работники МВД, МО и других силовых структур, шахтеры;

профессиональные группы, которые в случае возникновения чрезвычайной ситуации в первую очередь могут быть привлечены к ликвидации ее последствий (медработники, работники силовых структур, военнослужащие запаса);

население, проживающее в регионах повышенного риска возникновения природных катаклизмов (наводнения, землетрясения и др.);

остальное население.

Для представителей профессий повышенного риска наиболее значимыми профилактическими мероприятиями являются: эффективный профессиональный отбор; высокий уровень профессиональной подготовки; мероприятия, направленные на формирование готовности к деятельности в экстремальных условиях; развитие нервно-психической устойчивости в стрессовых ситуациях; современное психопрофилактическое обеспечение профессиональной деятельности (специальные организационные, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия); обучение навыкам психопрофилактической помощи пострадавшему населению; обучение способам психогигиены с целью уменьшения риска возникновения психических расстройств; обязательная медико-психологическая реабилитация по окончании работы в зоне поражения [18].

Для специалистов, которые могут быть дополнительно привлечены к ликвидации последствий того или иного чрезвычайного события, основными профилактическими мероприятиями являются: специальная подготовка перед выездом на место происшествия (получение информации об особенностях очага поражения, количестве пострадавших и др.); обучение способам психогигиены с целью уменьшения риска возникновения психических расстройств у самих спасателей; обучение навыкам психопрофилактической работы по предупреждению психических расстройств у населения), медико-психологическая реабилитация по окончании работы в очаге поражения.

Население, проживающее на территориях повышенного риска природных катастроф, необходимо своевременно информировать о возможности той или иной природной катастрофы, оно должно знать телефоны и адреса местных структур МЧС, места возможной эвакуации, адреса медицинских учреждений и др. Люди должны быть осведомлены о негативном влиянии на психическое здоровье пережитых чрезвычайных событий, о необходимости в этом случае своевременного обращения к соответствующим специалистам. По окончании экстремальной ситуации пострадавшим должна быть обеспечена социальная поддержка и защита на государственном уровне; доступность медицинской помощи и реабилитационных программ.

Остальное население должно быть охвачено широким кругом образовательных и просветительских программ относительно экстремальных событий и их влияния на здоровье человека. Эти программы должны касаться всех возрастных групп и обязательно — детей и подростков. Дети школьного возраста могут получать эту информацию в рамках учебных предметов «Валеология» и «Основы безопасности жизнедея-

тельности». Соответственно в программах этих курсов детям в доступной для них форме предоставляется информация о возможном негативном изменении здоровья в результате тяжелого стресса. Важной задачей этих курсов является профилактика попадания ребенка в жизнеопасную ситуацию в повседневной жизни. С этой целью используют специальные тренинги (для детей младшего возраста — в игровой форме), направленные на формирование асертивного поведения.

Важным каналом профилактической работы с населением являются средства массовой информации. В рамках соответствующих программ и публикаций

целесообразно проводить информирование населения относительно влияния экстремальных событий на психику человека, об особенностях отношений в семье, в которой имеется пострадавший от той или иной катастрофы, о необходимости обращения за специализированной помощью к специалистам и т.п.

В общечеловеческом плане универсальной профилактической стратегией является формирование социальной компетентности человека и развитие личности в целом, в том числе развитие адекватных копинг-механизмов, фрустрационной толерантности и стрессоустойчивости.

#### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие.— М.: Медицина, 2000.— 496 с.
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Междунар. мед. журн.— 2000.— Т. 6, № 3.— С. 31–34.
3. Тарабрина Н.В. Психологические исследования войны // Психол. обозрение.— 1996.— № 1 (2).— С. 26–29.
4. Юрвева Л.М. История. Культура. Психические расстройства и расстройства поведения.— К.: Сфера, 2002.— 314 с.
5. Pitman R.K. PTSD, Conditioning and Network Theory // Psychiatr. Ann.— 1998.— P. 182–189.
6. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Метод. рек. / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Підкоритов та ін.— Харків, 2002.— 47 с.
7. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике.— К.: Факт, 1999.— 272 с.
8. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клін. посібник.— Харків: Арсіс, 2001.— 303 с.
9. Михайлов Б.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В. Медикаментозная терапия и организационные принципы оказания медицинской помощи больным с посттравматическим стрессовым расстройством // Арх. психіатр.— 2001.— № 3(26).— С. 42–44.
10. Напреенко А.К., Марчук Т.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство: Обзор литературы // Там же.— С. 33–42.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса.— С.Пб.: Питер, 2001.— 272 с.
12. Шестопалова Л.Ф. Клинико-психологическое исследование факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств у лиц, переживших экстремальные события // Укр. вісн. психоневрол.— 2002.— Т. 10, вип. 2 (31).— С. 158–159.
13. Александровский Ю.А., Бардеништейн Л.М., Аведисова А.С. Психотерапия пограничных расстройств.— М.: ГЭОТАР-медицина, 2000.— 250 с.
14. Принципы и практика психотерапии / Пер. с англ. / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл.— К.: Ника-Центр, 1999.— 728 с.
15. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Рос. психіатр. журн.— 1998.— № 3.— С. 50–56.
16. Шестопалова Л.Ф. Реабилитация больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами: принципы и подходы к психокоррекционной работе // Арх. психіатр.— 2001.— № 4 (27).— С. 83–86.
17. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств.— М.: Смысл, 2002.— 127 с.
18. Деятельность гражданской полиции ООН на территории бывшей Югославии / Н.И. Ануфриев, Л.Ф. Шестопалова, Г.А. Свислоцкий, А.А. Теличкин.— К.: Преса України, 1999.— 192 с.

Поступила 27.01.2003

#### POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS: QUESTIONS OF TREATMENT AND PREVENTION

P.V. Voloshin, L.F. Shestopalova, V.S. Podkorytov

#### Summary

The principles and methods of psychopharmacological and psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress disorders as well as the measures of primary and secondary prevention are described.