

УДК 368.18.32 (575.2) (04)

ПОСТСТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова, Р.Б. Сулайманов

Представлены наиболее часто встречающиеся на сегодняшний день в общесоматической сети психические нарушения у пациентов, перенесших стрессовые события. Приведены критерии диагностики, способы коррекции и терапии данных расстройств.

Ключевые слова: расстройства адаптации; соматизация; посттравматический стресс; коморбидность; психолог; психическое здоровье.

На сегодняшний день в Кыргызстане нет ни одного здравомыслящего человека, который бы в той или иной степени не испытал психологического потрясения после произошедших чрезвычайных событий в апреле и июне 2010 г., когда люди подвергались ситуациям угрожающего для жизни характера. Врачи и представители общественных организаций, занимающиеся реабилитацией пострадавших в результате чрезвычайных трагических событий на юге страны, считают, что 50 % из них нуждаются в помощи специалистов в области психического здоровья [1, 2].

В связи с этим нам представляется важным отметить, что в общесоматической сети в последние годы наблюдается высокий уровень обращаемости пациентов с развитием или обострением как соматических, так и психических заболеваний, при анализе которых определяется отчетливая связь начала расстройства или ухудшения состояния со стрессовыми ситуациями.

Таким образом, среди психической патологии, нередко коморбидной соматическим нарушениям, встречающимся в практике врача общесоматической сети [3–6], заслуживают внимания расстройства, относящиеся к рубрике F43: *“Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации”*. Согласно МКБ-10 [7], эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, определяющиеся не только на основе симптоматики и течения, но и на основании наличия исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительному сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации.

Постстрессовые расстройства имеют следующие варианты:

Острая реакция на стресс (ОРС) (F43.0) – транзиторное расстройство значительной тяжести, развивающееся у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс, и обычно проходящее в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных). В возникновении и тяжести ОРС играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности.

В помощь определения данного расстройства ниже приводятся *диагностические критерии*:

1) наличие временной связи между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики немедленно или через несколько минут;

2) симптомы имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность;

3) симптоматика проявляется от нескольких часов до 24–48 часов и сводится к минимуму в течение трех дней.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1) – отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут

вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, сражения, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления, природные или искусственные катастрофы). Личностные нарушения или предшествующее невротическое заболевание являются предрасполагающими факторами и могут утяжелить течение расстройства [7, 8].

Расстройство следует диагностировать при наличии следующих критериев:

- 1) симптоматика проявляется по прошествии латентного периода после тяжелого травматического события продолжительностью в среднем около шести месяцев;
- 2) повторяющиеся навязчивые воспоминания и представления о психотравмирующих событиях;
- 3) сны или кошмары, содержанием которых являются перенесенные ситуации дистресса;
- 4) состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей;
- 5) избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминания о травме, заметная эмоциональная отчужденность, оцепенение чувств.

С вышеперечисленными симптомами обычно сочетаются тревога и депрессия, нередко сопровождающиеся суицидальной настроенностью, употреблением алкоголя или других психоактивных веществ.

Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. Редко может обнаруживаться хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0).

Нарушения приспособительных реакций или расстройство адаптации (РА) (F43.2) – состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца).

В МКБ-10 [7], выделяют следующие виды РА: *кратковременная депрессивная реакция, обусловленная РА (F43.20)* – транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее одного месяца по длительности; *продолжительная де-*

прессивная реакция, обусловленная РА (F43.21) – легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более двух лет; *смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная РА (F43.22)* – отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, но их уровень не больше, чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3); *РА с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23)* – симптомы нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев; эта категория должна использоваться и у детей, когда имеется регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальца; *РА с преобладанием нарушения поведения (F43.24)* – подростковая реакция горя, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению; *смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное РА (F43.25)*.

Важную роль в риске возникновения и формирования проявлений адапционных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость.

Диагностические указания: диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

- 1) формой, содержанием и тяжестью симптомов;
- 2) анамнестическими данными и личностью;
- 3) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Страдающие постстрессовыми и адапционными расстройствами люди часто пытаются избавиться от повторяющихся болезненных переживаний, одиночества и приступов паники с помощью алкоголя или других психоактивных веществ, притупляющих эмоции и позволяющих на время забыть о травме. Из-за плохого контроля своей импульсивности у них повышается риск суицидов.

Какую первую помощь могут оказать окружающие?

Способы решения проблем индивидуальны для каждого. Многие пострадавшие отмечают, что самым полезным после травмы для них были практические советы, понимание, информация и поддержка в повседневных делах. Важно, чтобы у каждого была возможность выразить свои негативные переживания, если в этом есть необходимость. Родственникам или друзьям следует поощрять человека к разговору о произошедшем, позволять ему переживать (при этом не обязательно утешать). Необходимо способствовать общению с другими пострадавшими и обращению в организации, которые могут предложить профессиональную

помощь. Постараться не допускать, чтобы пострадавший принял модель избегания ситуаций, напоминающих ему о травмирующем событии [1, 2, 8, 9].

Важным как для самого пострадавшего, так и для его близкого окружения, является понимание необходимости обращения за специальной (специализированной) помощью к психологу и/или к психотерапевту, которые успешно корректируют и лечат последствия перенесенных стрессовых событий.

Психологическое консультирование и *психотерапия* направлены на:

- 1) коррекцию болезненных форм поведения;
- 2) избавление от навязчивостей;
- 3) обучение человека методикам расслабления и восстановление нормальных психических процессов.

Используются психотерапевтические методики, целью которых является:

- 1) разрешение сознательных и бессознательных конфликтов, которые были созданы в результате пережитой травмы;
- 2) развитие чувства собственного достоинства, самоуважения, личной ответственности и самоконтроля, работа с проблемами доверия и открытости.

Эффективным способом лечения является создание *психотерапевтических групп* для пациентов, подвергшихся насилию, или *групп взаимной поддержки*. В этих группах люди, перенесшие травматические события, помогают друг другу осознать, что многие прошли через это и что любой человек не одинок в своем горе или в чувстве вины. У людей меняется мнение о себе и о других, появляются новые взгляды на мир и вырабатывается позитивное чувство по отношению к самому себе и окружающим.

Нередко показанием для терапии является сочетание психотерапевтических методик с назначением препаратов антидепрессивного, противотревожного действия, которые назначают психотерапевт или психиатр индивидуально с учетом состояния каждого пациента. Указанные способы лечения могут применяться во внебольничных условиях. В случаях, когда болезненные расстройства настолько глубоки, что человек может представлять угрозу для себя или окружающих, рекомендуется стационарное лечение.

Следует выделить и тот факт, что многие медицинские работники сами подверглись воздействию мощнейшего стресса: в ситуации, представляющей угрозу для жизни, не теряя самообладания, они продолжали выполнять свой высокий профессиональный долг, помогая всем обратившимся за помощью. В случае выявления у себя симптомов аффективного спектра им также следует обращаться

за квалифицированной помощью. Создание же тренинговых (балинтовых) групп в медицинских коллективах окажет неоценимую помощь.

К сожалению, у большинства населения Кыргызстана по сей день сохраняется предубеждение в том, что визит к психотерапевту, психиатру или психологу повлечет негативные последствия для социальной адаптации в будущем: проблемы в карьерном росте, в создании удачного брака, осуждение среди коллег, родни, знакомых и другие проявления стигматизированного отношения к людям, обратившимся за психиатрической помощью. Поэтому пациенты прежде всего нацелены на поиск у себя *социально приемлемых соматических (физических) симптомов* [3, 10]. Кроме того следует иметь в виду, что *соматизация* таких психических нарушений, как тревога и депрессия, составляет, по данным авторитетных научных публикаций, до 80 % пациентов, обращающихся к врачам общесоматической сети [3–6, 10, 11]. Таким образом врач-интернист при дифференцированном подходе к диагностике и выбору стратегий терапии на сегодняшний день может стать *решающим звеном в маршруте пациента к выздоровлению*.

Литература

1. Молчанова Е.С. Хаос без порядка: События на юге Кыргызстана, броуновское движение международных организаций / сб. тр. Психологической лаборатории 2008–2011. С. 153–161.
2. Молчанова Е.С. Чрезвычайные ситуации: что происходит, как ведут себя люди, чем помочь и что ожидать: методич. пособие / Е.С. Молчанова, В.И. Тен. Бишкек, 2010.
3. Ким А.С. Соматоформный синдром и феномен соматизации / А.С. Ким. Бишкек: КГМА. 2007. 107 с.
4. Нелюбова Т.А. Актуальность психосоматического подхода в оценке симптома и синдрома в общесоматической сети / Т.А. Нелюбова, М.Р. Сулайманова, А.С. Ким // Вестник КРСУ. 2010. Т. 10. № 4. С. 125–127.
5. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности / В.В. Соложенкин. М., 1997. 264 с.
6. Сулайманова М.Р., Ким А.С. Теоретические предпосылки к психофармакотерапии органических соматизаций и соматоформных расстройств / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 125–127.
7. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация пси-

Медицина

- хических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. 300 с.
8. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика: новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. СПб.; М.: Сова–Эксмо, 2003.
 9. *Ромек В.Г.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. СПб.: Речь, 2004.
 10. *Смулевич А.Б.* Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) / А.Б. Смулевич, Б.А. Волель // Журнал неврологии и психиатрии. 2008; 108; 5: 4–12.
 11. *Bridges K.N., Goldberg D.P.* *Jorn. Psychosom. Res.*, 1985, 29, 563–569.