

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР) У КОМБАТАНТОВ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в БГМУ

Статья посвящена актуальной медико-социальной проблеме современности — посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР). Изложены современные представления о ПТСР, механизмах его развития, клинических и социальных проявлениях у комбатантов. Приведены диагностические критерии ПТСР. Особое внимание уделено рассмотрению роли психологических расстройств и соматических болезней в формировании социальной декомпенсации. Обсуждаются методы психологической коррекции.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) относится согласно МКБ-10 к пограничной психической патологии и включено в рубрику «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43.1). Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар [5].

По определению Тарабриной Н.В. (2001), ПТСР — это отсроченная реакция на травматический стресс (природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.) способный вызывать психические нарушения практически у любого человека.

Систематически этими расстройствами первоначально вынуждены были заниматься военные психиатры. Первое психиатрическое описание (Da Costa, 1871) восходит к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Состояние обозначалось тогда как «солдатское сердце» — основное внимание привлекали кардиоло-

гические симптомы. Во время первой мировой войны его называли «снарядным шоком» — предполагалось, что оно является результатом черепно-мозговой травмы в результате артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. В послевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления не только об острой реакции на стресс, но и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторных ситуативных расстройствах и нарушениях адаптации — патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем [5].

Впервые ПТСР было описано в США на основе длительного изучения психического состояния солдат американской армии, вернувшихся после войны во Вьетнаме. В 1980 г. понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) было принято как отчетливая и обоснованная диагностическая категория. По данным американских авторов, 95% военнослужащих, подвергшихся боевому стрессу, в той или иной сфере испытывают его влияние практически на протяжении всей жизни, а у 20% ветеранов наблюдается резкое ухудшение здоровья и развитие болезненного состояния, определяемого как синдром посттравматического стресса [14].

По воздействиям на психику человека и их последствиям, война в Афганистане очень похожа на войну во Вьетнаме. Согласно данным американского национального исследования ветеранов войны во Вьетнаме (1988) у 30,6% участвовавших в ней американцев наблюдались посттравматические стрессовые расстройства, частичные ПТСР-у 22,5%. У 55,8% лиц, имеющих ПТСР, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства; вероятность оказаться безработным (по сравнению с другими) у них в 5 раз больше, разводы были у 70%, родительские проблемы у 35%; крайние формы изоляции от людей у 47,3%, выраженная враждебность-у 40%, совершение более 6 актов насилия в год у 36,8%, попали в тюрьму или были арестованы 50% [13, 14].

Согласно официальным данным на 1996 год, 31 453 жителя Беларуси принимало участие в афганской войне, 771 из них погиб, 860 вернулись с войны инвалидами, 13 пропали без вести. После возвращения из Афганистана 257 человек умерло и 29 покончили жизнь самоубийством [11]. В настоящее время в Республике Беларусь воинов-интернационалистов насчитывается 29526 человек. Из них 870-инвалиды, 1059-раненые, 335-контужены. Признаки ПТСР выявляются у 62,5% воинов-интернационалистов, а клинически хроническое ПТСР диагностируется у 35% [6]. Выделение ПТСР как особой нозологической группы име-

ет значение для прогнозирования их развития у участников военных действий и для разработки необходимых в этих случаях специальных профилактических и реабилитационных программ.

Распространенность расстройств естественно варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Синдром развивается у 50 — 80% перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин. Сходные психотравмирующие ситуации взрослые женщины описывают как более болезненные по сравнению с мужчинами, но среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Расстройства адаптации достаточно распространены, они составляют 1,1 — 2,6 случаев на 1000 населения с тенденцией к большей представленности в малообеспеченной части населения. Они составляют около 5% обслуживаемых психиатрическими учреждениями; встречаются в любом возрасте, но наиболее часто у детей и подростков [5].

Основной причиной отдаленных расстройств здоровья, по мнению многих авторов, является стрессогенное воздействие факторов и условий боевой деятельности военнослужащих [12,14]. Так, И.М. Чиж и Е.Г. Жиляев (1998) отмечают, что при обследовании участников боевых действий в Чеченской Республике у 60-80% военнослужащих выявлено чрезмерное нервно-эмоциональное напряжение, которое в 25% случаев приводит к дезорганизации психической деятельности и резкому снижению психофизиологических резервов организма [3]. В.С. Новиков (1996) приводит данные об оценке функционального состояния и боеспособности военнослужащих в различные периоды боевых действий в Чеченской Республике, из чего следует, что у 72% воинов выявлены астено-депрессивные состояния и психотические реакции, которые в большинстве случаев приводили к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [3]. Уровень начальной адаптации к условиям боевых действий, интенсивность и частота боев, особенности служебной деятельности, личные переживания событий боевого периода оказывали определяющее влияние на дальнейшую реадaptацию к условиям мирной жизни, в том числе, и на развитие и протекание патологических процессов (ПТСР и психосоматических расстройств). Выявлена прямая зависимость выраженности ПТСР и психосоматических расстройств от длительности пребывания в районе активных боевых действий, при этом критическим временем является период свыше 6 месяцев [3].

Инвалидизация среди участников войн имеет тенденцию к возрастанию за счет поздних осложнений боевых травм и нервно-психических расстройств, как следствия пребывания на войне. Поэтому прогнозирование, предупреждение и ликвидация последствий ранений, травм, перенесенных

заболеваний и пребывания в экстремальных ситуациях относятся к числу проблем, актуальность которых с годами не уменьшается. На современном этапе проблема медико-социальной экспертизы бывших воинов-интернационалистов приобретает особую актуальность. Социальная значимость данной проблемы требует изучения особенностей клиники отдаленного периода травм, заболеваний и увечий, полученных при исполнении обязанностей военной службы, а также разработки с учетом этого клинико-социальных критериев медико-социальной экспертизы и индивидуальных программ реабилитации [6].

Этиология и патогенез ПТСР. Конкретным этиологическим фактором психосоматических расстройств является боевой стресс в объективном его проявлении и субъективном его восприятии. Стрессогенное действие боевых обстоятельств слагается как из прямого воздействия ряда факторов, так из опосредованного влияния, связанного с ожиданием угрозы и субъективного восприятия значимости факторов. Основными стрессогенными факторами при этом являются: информационная неопределенность, угроза существованию, эмоциональная напряженность, слом установленного психофизиологического функционирования (стереотипа), когнитивная перестройка личностных ценностей, моральная оценка происходящих событий [3].

Формирование расстройства определяется действием ряда факторов: интенсивности стресса, социальная ситуация, в которой он действует, личностные особенности жертвы и ее биологическая ранимость. Социальная поддержка играет большую роль в предотвращении стрессовых реакций. Давно замечено, что постстрессовая болезненность обратно пропорциональна боевому духу в воинской части. Сознание, что то же страдание разделяют и другие люди, помогает его легче переносить; в то же время чувство вины оставшегося в живых, когда другие погибли, может существенно осложнить картину ПТСР. Ранимость к стрессу особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастной группе. После тяжелых ожогов ПТСР развивается в 80% у детей и лишь в 30% у взрослых. Это связано с несформированностью механизмов копинга (психологической защиты) в детском возрасте. Ранимость в старшей возрастной группе объясняется чрезмерной ригидностью копинг-механизмов, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы, а также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой системы. В любом возрасте предрасполагающим фактором является физическое истощение [5].

Характерологическими особенностями, предрасполагающими к развитию ПТСР, являются эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и незрелость личности. К этим данным следует, однако, относиться с известной осторожностью, поскольку характерологические изменения могут быть следствием травмы, а не предшество-

вать ей. Согласно психоаналитической гипотезе, симптомы ПТСР являются следствием оживления травмой неразрешенных конфликтов раннего детства. Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на 3 году жизни и последующими нарушениями адаптации. Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка выносливости к стрессу. Концепция «достаточно хорошей матери» (Winnicott) исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к правильно распознанным нуждам ребенка создают наиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты. Внимание обращается также на вторичную выгоду от болезни. Так, финансовая компенсация, состоящая «особой значимости» могут способствовать фиксации проявлений заболевания [5].

Пусковым механизмом развития психосоматических расстройств является влияние пролонгированного воздействия стрессоров боевой обстановки. Под их влиянием включаются в действие механизмы долгосрочной адаптации на физиологическом, психологическом и социальном уровнях, что приводит к глубокой перестройке функционального состояния организма. Происходит реорганизация психофизиологических и нейрогуморальных процессов, которая направлена на приспособление к экстремальным условиям существования, то есть формированием особого функционального состояния. В патологическом процессе задействованы не только психофизиологические уровни, но и личностные (эмоционально-волевые, когнитивные, мотивационные и мировоззренческие). При продолжающемся воздействии (критический период 6 месяцев), происходит истощение механизмов регуляции переход в стадию дезадаптации. В широком значении психосоматическая патология есть выраженная в конкретной нозологической форме «психофизиологическая цена, которой организм «расплачивается» за адаптацию к экстремальным условиям [3].»

Феноменологически под воздействием боевого стресса выявляются повышение артериального давления, обморочные состояния, тошнота, рвота, различные спазмы, ощущение жара или холода, судорожные подергивания мышц, обострение имеющихся соматических заболеваний и т.д., что можно охарактеризовать как стенические и астенические реакции (мобилизации и истощения). Физиологическими коррелятами психосоматических расстройств, возникающих под воздействием факторов боевого стресса, становится повышение артериального давления, учащение дыхания, изменение тонуса мочевого пузыря, секреторной и моторной активности пищеварительного тракта, напряжение скелетной мускулатуры, укорочение времени свертываемости крови, изменение уровня активности центральной нервной системы [3].

Наиболее важная роль в развитии боевых ПТСР отводится двум факторам: недостатку семейной и дружеской поддержки после окончания войны и

☆ Лечебно-профилактические вопросы

продолжительности пребывания в боевой ситуации.

Клинические проявления ПТСР

Особую картину представляют собой состояния, наблюдаемые после близкого разрыва снаряда или сильного страха в ходе боевых действий. В типичном виде они сопровождаются затяжным пассивным или негативистичным ступором с мутизмом, полной обездвиженностью, нечувствительностью к боли, неспособностью принимать пищу и контролировать физиологические отправления, полным отсутствием сознания вначале, дезориентировкой в месте и времени и безучастностью к своей судьбе позднее. Все функции сознания и моторики восстанавливаются медленно. Большинство больных сохраняют память о травмировавшей ситуации, что позволяет предположить активацию всех, в том числе бессознательных механизмов защиты от стресса, аггравирующую психическую реакцию на травму [5].

В картине заболевания могут быть представлены общее притупление чувств (эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, потеря интереса к прежним занятиям, невозможность испытывать радость, нежность, оргазм) или чувство унижения, вины, стыда, злобы. Возможны диссоциативные состояния (вплоть до ступора), в которых вновь переживается травматическая ситуация, приступы тревоги, рудиментарные иллюзии и галлюцинации, транзиторные снижения памяти, сосредоточения и контроля побуждений. При острой реакции возможна частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода (F44.0). Могут быть последствия в виде суицидных тенденций, а также злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Жертвы изнасилований и разбойных нападений не отваживаются в течение разного по длительности периода выходить на улицу без сопровождения [5].

Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование. Более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (изнасилование), чем на природную катастрофу (наводнение). В затяжных случаях пациент становится фиксированным уже не на самой травме, а на ее последствиях (инвалидность и т. д.). Появление симптоматики иногда бывает отставленным на разный период времени, это касается и нарушений адаптации, где симптомы не обязательно снижаются при прекращении стресса. Flash-backs (повторные непроизвольные переживания психотравмирующей ситуации) могут появляться только через несколько лет после перенесенной травмы. Интенсивность симптоматики может меняться, усиливаясь при дополнительном стрессе. Хороший прогноз коррелирует с быстрым развертыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний [5].

Острые ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 мес. после травмы и со-

храняются не более 6 мес. Прогноз хороший. О хронических ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 мес. Для отсроченных ПТСР характерно появление симптомов после латентного периода (месяцы, годы). При отсроченных и хронических ПТСР симптоматология появляется через 6 мес. после травмы и длится более 6 мес. [7].

Для ветеранов войн характерно развитие хронического ПТСР. У всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР. Повторное переживание травмы, имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно одной формы. Самый частый (у 80%) вариант повторного переживания травмы-повторяющиеся ночные кошмары, которые в первые 2-4 г. после войны беспокоили всех до единого ветеранов. Для снов ветеранов характерны чувство беспомощности, одиночество в потенциально фатальной ситуации, преследование врагами с выстрелами и попытками убить, ощущение отсутствия оружия для защиты. Подобного рода сны часто являются частью общих сновидений о войне. В наибольшей степени ночные кошмары являются проблемой для пациентов с последствиями контузии головного мозга. Из бесед с матерями, женами, сожительницами ветеранов установлено, что часто во время кошмарных сновидений они совершают во сне движения различной интенсивности [7].

Вторым по выраженности проявлением повторных переживаний травмы был психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая годовщину войны. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70% обследованных. Многие эпизоды являются триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (вертолет, летающий над головой; информация о войне; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Ветераны имеют повышенную чувствительность к стимулам, имеющим отношение к войне, вследствие своего предыдущего боевого опыта и эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс [7].

Периодически возникающие воспоминания о военных событиях (еще одна форма интрузии) отмечаются более чем у 50%. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери с острой эмоциональной болью, проигрыш заново проблематичных аспектов травматических событий. Считается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятные повторные переживания травмы ведут к патологическому разрешению [7].

Второй важной клинической чертой ПТСР являются «эмоциональное оскудение», «эмоциональная гипостезия», а также избегание стимулов, связанных с травмой. Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю ин-

тереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность в личной жизни у значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до армии и сразу после войны, отмечается большое число разводов [7].

У ветеранов также отмечается чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой по продолжительности жизни, ожидания несчастья в будущем. Характерны симптомы повышенной возбудимости. Они проявляются прежде всего расстройствами сна, связанными или не связанными с ночными кошмарами. Выделяются следующие варианты нарушения сна у обследованных ветеранов: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические), ночные кошмары [7].

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95% случаев наблюдается выраженное снижение показателя устойчивости внимания. О повышенной осторожности, бдительности сообщают 80% обследованных ветеранов. Данные симптомы являются также отражением повышенной возбудимости [7].

Вторичные симптомы посттравматического стрессового расстройства. К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО-функционирования [7].

У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной и головной боли, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе Horowitz с соавт. (1994) по изучению пациентов с ПТСР было выявлено, что у 75% пациентов наблюдаются головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56% отмечались тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле» и, наконец, 40% обследованных беспокоило затруднение дыхания [6].

В структуре жалоб у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, связанные с состоянием сердечно-сосудистой системы, они составляют 36% среди всех жалоб; несколько меньше жалоб связано с проявлением не-

равного истощения, они составляют 24,6%; жалобы, связанные с болями различной этиологии и локализации составляют 20,2%; жалобы, связанные с состоянием желудочно-кишечного тракта составляют 19,1% [7].

Социальные и психологические характеристики пациентов с ПТСР.

Согласно исследованиям сотрудников Украинской военно-медицинской академии [3], в реальных условиях жизни 100% обследованных пациентов с ПТСР отмечают проблемы взаимоотношений с окружающими, в первую очередь в семье. До 90% из них разведены или находятся на грани развода, что значительно превышает показатели контрольной группы. Большинство обследованных участников боевых действий после возвращения к мирной жизни не желают устроиться на работу по ранее приобретенной специальности (если имели), а проявляют желание работать вне коллектива («без начальников и подчиненных»). У 80% выражены рентные установки-желание получить группу инвалидности, льготы и т.д., что подкрепляется узконаправленной активностью на защиту групповых интересов воинов-интернационалистов. В то же время, отсутствует стремление занимать активную жизненную и социальную позицию. В эмоциональном статусе у 100% обследованных отмечают разные по периодичности вспышки немотивированной ярости, дисфории, а у 62% снижено чувство самосохранения, нет психологического барьера перед опасностью. 77% обследованных периодически обращались за нетрадиционной помощью (целители, знахари, бабки). Практически все обследованные высказывают потребность в психотерапевтической помощи.

У вьетнамских ветеранов были описаны реакции «застывшей вины», проявляющиеся в эмоциональной холодности, вспыльчивости, подозрительности, враждебности и нарастающей аутизации, а также так называемым «поствьетнамским синдромом»-сочетание апатии, депрессии, тревоги с навязчивыми воспоминаниями, ночными кошмарами, неконтролируемой враждебностью и чувством «предательства страной», нарастанием само-и общественного отчуждения и неспособности адаптироваться к банальным условиям мирной жизни [13].

Психологические исследования 73 ветеранов войны в Афганистане (средний возраст-41,0±0,8 год), проведены в клинике БелНИИ МСЭР с применением комплексной психодиагностической компьютерной системы «Статус-И» (индивидуальный статус) включающей в себя следующие методики: САН (оценка самочувствия, активности, настроения); вопросник Спилбергера-Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности); оценка семисекундного временного интервала; тест цветовых выборов М. Люшера [1]. Из общей выборки выделено 3 группы: ветераны с ПТСР; ветераны с ПТСР, перенесшие черепно-мозговую травму (ЧМТ) и ветераны с ЧМТ. Контрольную группу составили больные с ЧМТ, соответствующего возраста и пола.

☆ Лечебно-профилактические вопросы

По результатам методики САН не выявлено достоверных различий между ветеранами и контрольной группой. Во всех выделенных группах отмечалось плохое самочувствие и настроение, пониженная активность.

Результаты, полученные по вопроснику Спилбергера-Ханина, свидетельствуют о достоверно высоком уровне личностной тревожности у двух групп ветеранов с ПТСР и ветеранов с ПТСР и ЧМТ по сравнению с контрольной группой. Это указывает на то, что большинство ситуаций, в которых оказываются ветераны с ПТСР, могут восприниматься как угрожающие их престижу или самооценке. Их высокая эмоциональная чувствительность сочетается с повышенной ранимостью, обидчивостью, конфликтные ситуации или избегаются, или вызывают чувство собственной вины [1].

Анализ характерологических особенностей эмоционально-волевой сферы (тест Люшера) участников военных действий показал, что выраженность стрессового состояния, достоверно более высокая у ветеранов с ПТСР и ЧМТ, чем у лиц из контрольной группы. Это свидетельствует о нестабильности эмоционального фона и неготовности их к активной деятельности. Достоверное снижение вегетативного коэффициента у ветеранов с ПТСР свидетельствует об общем истощении психических функций. Оценка семисекундного временного интервала достоверно ниже у группы ветеранов с ПТСР, чем у ветеранов с ЧМТ. Это свидетельствует о повышенной невротизации и большей нервно-психической дезадаптации ветеранов с ПТСР [1].

Пограничные психические и психосоматические нарушения у участников боевых действий являются источником хронической психотравмирующей ситуации в их семьях, способствуя развитию у членов семей индуцированных психопатологических расстройств.

Исследование состояния сексуального здоровья и супружеских отношений у 90 мужчин-ветеранов Афганской войны показало наличие сексуальных дисфункций в 23,3% случаев, а еще в 15,6% пациенты были недовольны своими сексуальными возможностями, хотя и не имели сексологических нарушений [2]. Даже при наличии той или иной органической патологии (сосудистые и неврологические поражения, эндокринный дисбаланс и т.п.), существенную роль в формировании интимных проблем пациентов играли неблагоприятные психические факторы. К ним относятся, в первую очередь, симптомы ПТСР, церебральные и психоорганические нарушения, возникшие, как последствия ЧМТ. Легко наступающая декомпенсация под влиянием внешних факторов (физическое и психическое переутомление, длительное эмоциональное напряжение, перепады барометрического давления, алкоголизация) быстро приводит пациентов к повышенной истощаемости, аффективной неустойчивости с вспышками дисфории с периодами тревоги, утратой вкуса к жизни и прежних интересов, ограничению и предельной формализации контактов с окружающими, в том числе близкими людьми,

асоциальным действиям. Все это создает крайне неблагоприятный фон для супружеских отношений и повышает вероятность сексуальных срывов у мужчин. В свою очередь, специфические особенности личностного реагирования больных, страдающих ПТСР и последствиями ЧМТ на стрессовые ситуации, к которым, в полной мере, можно отнести безуспешные попытки сексуальных контактов, способствуют невротической фиксации на половой сфере и развитию тревожного ожидания новых неудач. Ситуация усугубляется реальными предпосылками для возникновения сексуальных дисфункций, связанными с имеющейся у пациентов первой группы сомато-неврологической патологией и их склонностью к алкоголизации.

Конфликтные межличностные отношения с супругой или постоянной партнершей, использование дезадаптивных стратегий совладения с ситуацией, например, стремление переложить всю ответственность за сексуальные неудачи на женщину, обесценивание ее как личности и сексуального партнера, провоцирование ссор вплоть до разрыва супружеской связи или частое употребление алкоголя в больших «депотенцирующих» дозах, чтобы избежать близости, дополняют сложную и полиморфную картину половых расстройств в исследованной группе ветеранов. Поскольку, среди пациентов с половыми расстройствами преобладали лица с ПТСР, терапия сексуальных дисфункций и дисгармоний в интимной жизни, а также психотерапевтические приемы, направленные на предотвращение и смягчение семейных конфликтов и супружеских ссор, улучшение внутрисемейного климата, явились важной составной частью лечебно-реабилитационных мероприятий у данного контингента ветеранов афганской войны [2].

На основании изучения социально-психологических факторов риска возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств у участников военных действий выделены и операционализированы следующие характеристики [4].

1. Общий уровень социально-психологической адаптации.

2. Личностные факторы, влияющие на устойчивость к возникновению нервно-психических и психосоматических расстройств.

3. Факторы макросреды, влияющие на возникновение нервно-психических и психосоматических расстройств.

4. Факторы микросреды, влияющие на возникновение нервно-психических и психосоматических расстройств.

В итоге был сформирован следующий инструментарий «Анкета бывшего участника военных действий», позволяющий измерить наиболее существенные для изучаемой проблемы личностные характеристики, представляющие собой субъективное видение респондентами выделенных проблем [4].

Диагностика ПТСР

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (DSM-IV)

А. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

Б. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (интрузия):

1. Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения (flash-backs).

2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).

4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

В. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих (избегание):

1. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой;

2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме;

3. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы;

4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них;

5. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих;

6. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь);

7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь);

Г. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее 2-х симптомов из следующих (гиперактивность):

1. Трудность при засыпании или нарушение продолжительности сна;

2. Раздражительность или вспышки гнева;

3. Трудность концентрации внимания;

4. Сверхнастороженность;

5. Усиленная реакция на испуг;

Д. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев Б, В, и Г) более 1 мес.

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Заболевание диагностируется врачом психиатром. Врачу важно понимать, что больному с ПТСР не обязательно первично обращаться с жалобами на вышеописанную симптоматику. Даже если это и происходит, ему не свойственно находить связь между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувства стыда, вины, стремление к вытеснению тягостных воспоминаний и недопонимание их важности.

При подозрении на ПТСР врачу следует тактично и сочувственно расспросить больного о возникших в прошлом психотравматических событиях. При первом же затрагивании этой темы больной может дать аффективную реакцию, которая скажет врачу по меньшей мере столько же, сколько можно сказать словами. Эта реакция может состоять в нарастающей слезливости, свидетельствующей о довольно глубоком внутреннем чувстве стыда. Слезливость нередко дополняется избеганием контакта глазами, возбуждением, появлением враждебности. Клиническая картина обычно включает в себя следующие симптомы [7]:

- Нарушения сна. Любого больного, обращающегося по поводу нарушений сна, следует спросить о кошмарных сновидениях. Поскольку для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, то это заболевание следует заподозрить у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно крича или издавая иные звуки, стискивая или нападая на своих партнеров в постели.

- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи. При несоответствии прежнему складу личности, такого рода поведение должно наводить на подозрение о наличии ПТСР.

- Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми.

- Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.

- Антисоциальное поведение или противоправные действия. При отсутствии такого поведения в подростковом возрасте, следует думать о диагнозе ПТСР.

- Депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству.

☆ Лечебно-профилактические вопросы

- Высокие уровни тревожной напряженности или психологической неустойчивости.

- Неспецифические соматические жалобы (например: головная боль, боли в области сердца, кишечные расстройства, общая слабость и др.).

Медико-социальная экспертиза актуальна только для хронического ПТСР. Зачастую на незначительные по выраженности проявления отдаленных последствий черепно-мозговых травм, последствий минно-взрывных травм и т.п. накладываются множественные первичные и вторичные симптомы ПТСР, которые приводят к заметным ограничениям жизнедеятельности у ветеранов.

Оценка ограничений жизнедеятельности при ПТСР, с точки зрения психической адаптации требует выделения нескольких степеней хронического течения посттравматического стрессового расстройства [7]:

1. ПТСР, хроническое течение, степень компенсации.

2. ПТСР, хроническое течение, степень субкомпенсации.

3. ПТСР, хроническое течение, степень декомпенсации.

Такое разделение позволяет учесть весь спектр динамики ПТСР, а не просто свести диагностику к констатации факта наличия или отсутствия данного расстройства. Основными сферами ограничения жизнедеятельности, которые должны учитываться при проведении медико-социальной экспертизы ПТСР, являются сфера контроля за своим поведением и сфера способности к труду [7].

В группе ветеранов с ПТСР в степени компенсации отмечаются рудиментарные проявления стрессового расстройства в виде эпизодов навязчивых воспоминаний и сновидений без выраженной аффективной окраски. Психические нарушения выявляются в виде легких и умеренных астенических проявлений невротического регистра на фоне преобладания жалоб соматического характера. Круг общения достаточно широк и включает значительное количество лиц из разных социальных слоев. Группа инвалидности, связанная с ПТСР, не определяется.

Ветераны с ПТСР в степени субкомпенсации составляют большую часть контингента ветеранов с хроническим ПТСР. У них отмечаются умеренные: эмоциональная лабильность, истощаемость, раздражительность; реакции избегания в виде явного нежелания общаться на тему боевого прошлого, усиление аффектации при настойчивых расспросах, а также проявления агрессии в состоянии алкогольного опьянения. Достаточно часто отмечаются нарушения сна в виде пресомнии и раннего пробуждения, появление тревожных сновидений и наплывов воспоминаний о службе после встреч с сослуживцами и юбилейных дат. Многие из них состоят в повторном браке, а круг общения ограничен людьми с боевым прошлым. В этой группе отмечается значительный удельный вес соматических жалоб и психосоматических наруше-

ний (артериальная гипертензия, ИБС). При наличии сопутствующей инвалидизирующей соматической патологии наблюдаются стойкие рентные установки. Многие отмечают недовольство своим социальным статусом и работой, объясняя это состоянием своего здоровья и предвзятым отношением со стороны государства. Большинство из них по совокупности имеющихся соматических и психических нарушений признаются инвалидами 3 группы.

У ветеранов войн с ПТСР в степени декомпенсации отмечаются: значительно выраженная эмоциональная лабильность, склонность к аффективным вспышкам в обыденных ситуациях, брутальность, высокая раздражительность и истощаемость, приводящие к невозможности сколько-нибудь длительное время находиться среди людей, перемещаться в общественном транспорте, общаться в коллективе, что вынуждает их отказываться от работы или избирать виды социальной активности, практически исключая межличностное общение. У них отмечаются стойкие нарушения сна, ночные кошмары, постоянные тревожные сны, часто с фабулой боевых действий, утренняя астения. Практически все они имеют семейные проблемы в виде отсутствия взаимопонимания с родными и, даже состоя в браке, предпочитают большую часть времени проводить в одиночестве, вдали от семьи. В психическом статусе на фоне выраженной эмоциональной лабильности преобладает стойкая астено-депрессивная и астено-ипохондрическая симптоматика. У ветеранов этой группы часты ежегодные госпитализации в соматические и психиатрические стационары, практически постоянный прием препаратов бензодиазепинового ряда. Алкоголизация не характерна для этой группы в связи с усилением имеющейся психопатологической симптоматики в состоянии опьянения. У всех ветеранов этой группы установлено значительное ограничение жизнедеятельности в сферах контроля за поведением (ФК-3), способности к труду (ФК-3), стойкая социальная дезадаптация и им определяется 2-я группа инвалидности [7].

Собственные наблюдения за 26 ветеранами войны в Афганистане показали, что основными факторами развития декомпенсации ПТСР являются тяжесть перенесенной психической и физической травмы, наличие черепно-мозговой травмы, тяжесть и множественность соматической патологии и увечия. Исследования, проведенные с применением Гиссенского психосоматического вопросника показали, что декомпенсация ПТСР может проявляться двумя путями: психосоциальной дезадаптацией и соматической полиморбидностью. В обоих случаях у пациентов определяются высокие показатели нервного истощения и депрессии, проявляющиеся болевым, астено-депрессивным, астено-ипохондрическим, истеро-ипохондрическим, обсессивно-фобическим и астено-невротическим синдромами. Органоспецифические жалобы на первых порах носят соматоформ-

ный характер и проявляются лабильностью и истощаемостью сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и других систем организма. Позднее развивается психосоматическая патология: артериальная гипертензия, ИБС, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.

У пациентов с ПТСР в стадии компенсации показатели психической деятельности и соматического функционирования не отличаются достоверно от таковых обычных пациентов с аналогичной соматической патологией. Различия проявляются при предъявлении стрессорирующих нагрузок.

Проведенные исследования указывают на наличие достоверно более высоких показателей патологии (не здоровья) у пациентов с ПТСР в стадии декомпенсации как по сравнению с контрольной группой соматических больных, так и с пациентами в стадии компенсации ПТСР. Особенно выраженные различия при декомпенсации ПТСР отмечаются по показателям тревожности и депрессии, что свидетельствует, прежде всего, о психологической декомпенсации.

Лечение и психологическая коррекция ПТСР

Лечение ПТСР является весьма трудной и практически нерешенной проблемой. Для купирования депрессии назначают антидепрессанты (золофт, прозак, феварин, леривон, ладисан). Вегетативные расстройства корректируются с помощью бета-адреноблокаторы (пропранолол, метапролол, бисопролол, карведилол), антагонисты кальция (верапамил, нифедипин, дилтиазем).

Однако основная роль в купировании психосоциальной дезадаптации отводится психотерапии. В лечении ПТСР апробировались многочисленные методики различных направлений психотерапии. Большинство из них оказались малоэффективными, а некоторые оказывали отрицательное действие.

Психотерапевтическая работа с пациентами с ПТСР по современным представлениям должна быть направлена на:

- создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;
- аффективную переработку и переоценку травматического опыта;
- восстановление ощущения целостности собственной личности;
- восстановление способности дальнейшего существования в мире.

Поиск и разработка эффективных методик продолжается. Наиболее убедительными оказались методики когнитивной, поведенческой, экзистенциальной и семейной психотерапии, эриксоновский гипноз.

Когнитивный подход к ПТСР. С точки зрения когнитивного подхода, базовые понимания самости и социума, на которых обычно основываются наши представления, ожидания и поведение, могут оказаться неадекватными, несоответствующими вследствие травматических событий (опыта). Такие критические события могут впоследствии привести к появлению неадаптивных мыслей и,

как следствие, к депрессии, тревожности и ПТСР. Когнитивная психология предполагает, что знания на протяжении всей жизни накапливаются в памяти человека в виде когнитивных структур (иначе говоря, схем), которые отвечают за кодирование и интерпретацию новой информации. Когнитивные схемы позволяют человеку плавно адаптироваться к меняющимся условиям, в то же время соблюдая личностные особенности и ценности. У здоровых индивидуумов когнитивные схемы формируются постоянной ассимиляцией нового опыта [9].

Травматическое событие, напротив, может повлечь за собой нарушения в уже сформированных понятиях, так что новое событие может резко контрастировать с имеющимися схемами и не может быть включено в систему. Например, представление о чье-то силе может быть замещено крайней уязвимостью. Представление о способности логически предсказывать (предвидеть) реальность может превратиться в тревожное ожидание неопределенной опасности (вреда). Наконец, ранее существовавшие негативные представления о собственном «Я» могут подкрепиться травматическим событием. Положение жертвы (ощущение себя жертвой) особенно разрушает представления о мире как о значимом и благосклонном, а также представление о ценности своего «Я» [9].

Восприятие мира как крайне опасного и оценка себя как постоянно некомпетентного и уязвимого препятствует восстановлению после травмы. Когнитивный терапевт исследует и исправляет такие неадекватные схемы или разрушает их и способствует формированию у человека чувства собственной ценности, компетенции и безопасности, используя методики: «прививка против стресса», тренинг асертивности, поддерживающая психотерапия.

Семейная терапия. ПТСР оказывает воздействие не только на самих пациентов, но также на их супругов, детей, других родственников, друзей, сослуживцев. Близкие семейные и социальные отношения могут пострадать из-за несоответствующего взаимодействия с людьми, имеющих диагноз ПТСР. В частности изоляция, сверхрастороженность, раздражительность и склонность к потере контроля над импульсами может способствовать разрушению межличностного функционирования. Кроме того, проявление жестокости, страха, подозрительности, напряженности может перениматься (распространяться) на следующие поколения. Реакции членов семьи могут быть взаимно обостряющими состояние пациента.

Семейная терапия предлагает помощь, как самому пациенту, так и его семье. Большинство литературы по семейной и терапии и терапии пар описывает отдельные случаи и теоретические формулировки. Из-за очень высокого уровня разводов среди ветеранов Вьетнамской войны и больших ПТСР, терапия пар может быть существенной для спасения неустойчивых супружеских

☆ Лечебно-профилактические вопросы

уз. Недавние программы предусматривают применение бихевиоральной семейной терапии, к пациентам с ПТСР и их супругам [9].

Стационарное лечение. Для некоторых пациентов с ПТСР. Особенно с ярко выраженной симптоматикой, может требоваться госпитализация, часто в ответ на депрессию, наркотическую зависимость, жестокость, суицидальное поведение. Описаны четыре исследования стационарного лечения, и два исследования, в которых изучалась эффективность поведенческой терапии в ходе госпитализации ветеранов Вьетнамской войны с хронической формой ПТСР. Программы включали различные интервенции, такие как групповая терапия, индивидуальная терапия, консультирование, поведенческая терапия и фармакотерапия. Продолжительность госпитализации варьировалась, достигая в некоторых исследованиях 140 дней. Были отмечены положительные изменения в самооценке, межличностных взаимоотношениях и симптомах заторможенности и патологического возбуждения. Тем не менее, в исследованиях, проведенных Perconte спустя 12 и 26 месяцев после выписки пациентов, как правило, обнаруживались симптомы рецидива [9]. Однако все-таки имели место некоторые улучшения, например, в трудовом статусе. Следовательно, стационарное лечение не оказывает особого влияния на течение ПТСР, однако может быть показано в периоды обострений.

Наш собственный небольшой опыт реабилитационной работы с пациентами, страдающими ПТСР позволяет обосновать два основных направления в проведении психологической и социальной реабилитации пациентов с ПТСР. Первое – снижение внутреннего напряжения, тревоги и депрессии посредством понимания, семейной и социальной поддержки, проведения экзистенциальной и суггестивной (эриксонский гипноз) психотерапии, музыкотерапии. Причем, для решения данной задачи наиболее эффективной считаем экзистенциальную психотерапию. Второе направление – формирование образа достижения-конкретной, реальной, достижимой личностной цели, направленной на социально полезную и востребованную деятельность. Без формирования образа деятельного будущего нельзя устранить рентные установки, уход в болезнь, алкоголизм, социальную самоизоляцию, агрессивное поведение.

Таким образом, проведенные на сегодняшний день исследования и полученный опыт психокоррекционной работы с пациентами с ПТСР не выявили надежных и эффективных психотерапевтических методик для лечения и профилактики данной патологии. Вопрос о психологической и социальной коррекции ПТСР остается открытым.

Выводы

1. Посттравматическое стрессовое расстройство – это новая нозология, развивающаяся как отсроченная реакция на витальный травматичес-

кий стресс, связанный, преимущественно, с участием в боевых действиях, имеющая клинические, психологические и социальные проявления и ведущая к личностно-социальной дезадаптации.

2. Степень социальной дезадаптации при ПТСР определяется выраженностью тревожного, фобического и депрессивного синдромов.

3. Прогрессирующая соматическая патология у пациентов с ПТСР отражает психосоматическую декомпенсацию данного расстройства.

4. Психосоциальная и психосоматическая коррекция ПТСР должна проводиться специально подготовленными и высокопрофессиональными психотерапевтами и психосоматиками.

Литература

1. Белая Е.И.. Потребность в психологической помощи участников военных действий/ Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации ветеранов войн. (Сборник докладов межгосударственного научно-практического семинара).-Мн.-2002. – С 63-66.
2. Доморацкий В.А., Пушкарев А.Л., Прилищ О.Н., Турбал. И.В. Особенности супружеских отношений и состояние сексуального здоровья у ветеранов войны в Афганистане // Диагностика состояния здоровья и современные подходы к организации медико-социальной помощи участникам боевых действий. (Материалы межгосударственного научно-практического семинара).-Мн.-2000.-С. 69-73.
3. Ена А.И., Маслюк В.В., Нерода В.И., Селина О.Г., Скалецкий Ю.Н., Фартушный Е.Н. Психосоматические расстройства у участников боевых действий/ Диагностика состояния здоровья и современные подходы к организации медико-социальной помощи участникам боевых действий. (Материалы межгосударственного научно-практического семинара).-Мн.-2000-С. 37-42.
4. Поликарпов В.А., Чернобай Н.Р. Социально-психологические факторы риска возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств у участников военных действий/ Диагностика состояния здоровья и современные подходы к организации медико-социальной помощи участникам боевых действий. (Материалы межгосударственного научно-практического семинара). Мн.-2000-С. 30-36.
5. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. «Речь». – 2002. С 164-173
6. Пушкарев А.Л. Современные подходы к медико-социальной экспертизе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий/ Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации ветеранов войн. (Сборник докладов межгосударственного научно-практического семинара).-Мн.-2002.-С. 9-22.
7. Пушкарев А.Л., Аринчина, Катько Е.В. и др. Диагностика и медико-социальная экспертиза ПТСР у участников военных действий. (Метод. рекомендации).-Мн.-2002. – 22 с.
8. Пушкарев А.Л., Аринчина Н.Г., Прилищ О.Н. и др. Особенности состояния здоровья воинов-интернационалистов, проживающих в республике Беларусь. Диагностика состояния здоровья и современные подходы к организации медико-социальной помощи участникам боевых действий. (Материалы межгосударственного научно-практического семинара).-Мн.-2000. – С. 12-21.
9. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Крылова Н.Е. и др. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. (Метод. рекомендации).-Мн.-2000. – 45с.
10. Фомин Ю.А., Прилепин В.П. Посттравматический стресс: современная проблема ветеранов афганцев в Республике Беларусь/ III Международная конференция «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф».-Мн. – 1996. – С. 101.
11. Тарабина Н.В. и соавт. Синдром посттравматических стрессовых нарушений// Психологический журнал.-1992. – т.13.-№ 2. – С. 17-25.
12. Lasko N.B., Gurvits T.V., Kuhne A.A., et al. Posttraumatic stress disorder: an overview //Compr. Psychiatry. – 1994.-№ 35 (5). – P. 373-381.
13. Fortana A., Rosenheck R., Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis. – 1994.-№ 182 (12). – P. 677-684.
14. Friedman M.J., Schnurr P. P., McDonagh Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran //Psychiatr. Clin. North. Am.-1994.-№ 17 (2)-P. 265 – 277.