

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Eric Bui, Bonnie Ohye, Sophie Palitz,
Bertrand Olliac, Nelly Goutaudier,
Jean-Philippe Raynaud, Kossi B Kounou,
Frederick J Stoddard Jr

Несмотря на то, что значительного прогресса в понимании и лечении травматических стрессовых состояний удалось достичь только в последние десятилетия, психологические стрессовые реакции на травму описывали, начиная с античных времен (Birnes et al, 2010). Плутарх в своих жизнеописаниях писал, что римский консул и полководец Гай Марий (157 – 86 до н. э), когда ему напоминали об одном из его злейших врагов, впадал в отчаяние, «его душа трепетала при мысли о новой войне и новых сражениях, весь ужас и тягость которых он знал по опыту», и что «его одолевали ночные страхи и кошмары» (Plutarch, 1920).

Слово «травма» (от греческого τραῦμα, то есть, «рана») веками использовалось как медицинский термин, обозначающий «физическое повреждение живой ткани под воздействием внешних факторов». И только после того, как в 1889 году Оппенгейм впервые описал «травматический невроз» у жертв железнодорожных катастроф, это слово обрело также и психологическое значение.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ

Исторически травматическое событие, как правило, описывается, как явление, обладающее тремя характеристиками:

- Наступает внезапно и неожиданно
- Связано с угрозой жизни или телесной неприкосновенности
- Находится за пределами диапазона нормального жизненного опыта.

Эти три признака отличают «травму» от других, вызывающих дистресс, событий, таких как соматическое заболевание или разрыв взаимоотношений. Lenore Terr выделил два типа психологической травмы:

- Тип I, связанная с ограниченным во времени единичным событием (несчастный случай, авария, катастрофа и т.п.)
- Тип II, вызванная продолжительным или повторяющимся воздействием травматического события (насилие, пытки, боевая обстановка, и т.п.) (Terr, 1991).

Данные в пользу типа II были расценены, как недостаточные для того чтобы можно было включить его в пятую редакцию Диагностического и статистического руко-

водства по психическим расстройствам – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013; Resick et al, 2012). Несмотря на то, что в четвертой редакции (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) травматические события были определены, как «события, которые представляют собой реальную смерть или угрозу смерти, или серьезной травмы, или угрозу телесной неприкосновенности в отношении себя или других людей», и которые



Герман Оппенгейм – немецкий врач-невропатолог, первым в 1891 использовал понятие психологическая травма в своем трактате о «травматическом неврозе» (Weitere Mitteilungen über die traumatischen Neurosen), основанном на клинических наблюдениях за жертвами несчастных случаев на железной дороге, производстве и строительстве

сопровождаются чувством «сильного страха, беспомощности или ужаса», в DSM-5 исключен критерий субъективной реакции на травму, который был обязательным в DSM-IV (критерий A2), так как необходимость в этом критерии при диагностике острой реакции на стресс (ОРС) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) не подтверждается данными научных исследований (Stoddard et al, в публикации). По определению DSM-5, травматическое событие подразумевает не только то, что человек находится под прямым воздействием (т.е. является жертвой) и является свидетелем травматического события, но также узнает о том, что травматическое событие(я) произошло с его родственником или близким другом. Определение DSM-5 включает также интенсивное и повторяющееся воздействие деталей травматических событий, вызывающих крайне неприятные чувства (например, сотрудники служб экстренного реагирования, собирающие человеческие останки), но исключает воздействие через средства массовой информации, если это не связано с выполнением служебных обязанностей (например, полицейские, многократно пересматривающие фотографии и видеозаписи совершенного нападения).

Что касается детей, то важным дополнением в DSM-5 стал новый критерий: «негативных изменений в мышлении и настроении, связанные с травматическим событием(ями)». Кластеры «вторжения», «избегания» и «повышенного возбуждения»

симптомов ПТСР сохранены (см. раздел клинических признаков и Таблицу F.4.1).

ОРС и ПТСР больше не входят в раздел тревожных расстройств, а выделены в отдельную категорию: *Расстройства, вызванные воздействием травмы и стрессора* (см. Главу А.9). Кроме ОРС и ПТСР в эту категорию вошли: *реактивное расстройство привязанности детского возраста, расстройство привязанности расторможенного типа* и, что важно, *расстройство адаптации*. Стойкое сложное расстройство, вызванное тяжелой утратой (известное также, как затяжная реакция горя или расстройство затянувшейся реакции горя) включено в DSM-5 в раздел состояний для дальнейшего изучения, но также считается возможным диагнозом «*специфического расстройства, вызванного реакцией на травму или стрессор*» (APA, 2013).

Представленные в этой главе данные эпидемиологических и клинических исследований были получены с использованием критериев DSM-IV или более ранних. Очень мало исследований, в которых использовались критерии DSM-5.

СПЕКТР РЕАКЦИЙ НА ТРАВМУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воздействие травматического события в этой возрастной группе может привести к возникновению различных реакций в диапазоне от относительно легких, приводящих к незначительным нарушениям в жизни ребенка, до тяжелых, и существенно влияющих на здоровье, последствий. У большинства детей и подростков, подвергнувшихся влиянию травматических событий возникнет незначительный психологический дистресс, как правило, кратковременный. Однако в некоторых случаях симптомы не исчезают спонтанно и, вместо этого, становятся клинически значимыми, стойкими и приводят к серьезному нарушению функционирования.

Реакции на травматические события подразделяют, в зависимости от их временных рамок, на: немедленные или перитравматические (длящиеся от нескольких минут до нескольких часов), ОСР (от двух дней до месяца) и ПТСР (когда симптомы присутствуют больше месяца).

В этой главе мы рассмотрим разные типы психопатологических реакций, специфичных для травмы. Тем не менее, у детей после травмы могут возникать другие психические нарушения, включая депрессию, паническое расстройство, специфические фобии (непосредственно связанные с некоторыми аспектами травмы), а также проблемы с поведением и вниманием (например, оппозиционно-вызывающее расстройство). У детей дошкольного возраста могут наблюдаться другие клинические проявления, в том числе проблемы, связанные с развитием, такие как потеря прежних навыков (регрессия), а также страхи, не связанные непосредственно с аспектами травмы. Важно то, что в DSM-5 дополнительно введена модифицированная возрастная подкатегория ПТСР – *посттравматическое стрессовое расстройство у детей в возрасте шести лет и меньше*, диагностические критерии которого существенно отличаются по многим параметрам от критериев ПТСР детей старше шести лет. В особенности это касается того, что для постановки диагноза ПТСР у детей в возрасте шести лет и более младших, вместо семи симптомов, требуемых для старших детей и взрослых, требуется наличие только трех симптомов, по одному из групп симптомов «вторжения», «избегания негативных мыслей» или «возбуждения» (см. Таблицу F.4.1).

РЕГРЕССИЯ

Регрессия – это защитный механизм, часто наблюдающийся у детей. При столкновении с событиями, вызывающими сильный стресс, они возвращаются к более ранним или менее зрелым паттернам поведения, совладания с собой и эмоциональных реакций.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Острое стрессовое расстройство (ОСР)

В соответствии с данными исследований подвергшихся воздействию травмы взрослых, распространенность ОСР колеблется в диапазоне от 7 до 59% (Bryant et al, 2008; Elklit & Christiansen, 2010), при этом средний показатель составляет 17.4% (Bryant, 2011). Однако среди детей эти показатели несколько ниже, при этом в экономически развитых странах опубликованные данные указывают на распространенности в 8–10% (Kassam-Adams & Winston, 2004; Bryant et al, 2007; Dalgleish et al, 2008).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

В США от 7 до 10% индивидов могут страдать ПТСР на протяжении своей жизни, при этом по опубликованным данным распространенность на протяжении 12 месяцев среди взрослых составляет в среднем 4% (Kessler et al, 2005). Среди взрослых, показатель заболеваемости ПТСР, вызванного травмой (процентное соотношение новых случаев), подвержен значительным колебаниям (Breslau et al, 1998), в зависимости от целого ряда факторов, таких как тип травмы, ее тяжесть, перенесенные травмы в прошлом, наличие предшествующих тревожных или эмоциональных расстройств и выраженные перитравматические реакции (Brewin et al, 2000; Ozer et al, 2003). Показатели заболеваемости ПТСР среди детей и подростков, уцелевших в катастрофах, широко варьируют, в зависимости от исследуемой популяции и используемых при диагностике инструментов, и составляют от 1 до 60% (Wang et al, 2013).

Несмотря на то, что в предыдущих исследованиях было обнаружено, что у около 36% детей и подростков, подвергшихся действию целого ряда травматических событий, диагностировано ПТСР (Fletcher, 1996с), недавний мета-анализ показал, что частота ПТСР среди детей после воздействия травмы составляет, в среднем, 16% (Alisic et al, в печати). При проведении большого эпидемиологического исследования в США установлено, что распространенность ПТСР на протяжении жизни составляет 4,7% среди подростков (McLaughlin et al, 2013), при этом более высокие показатели отмечаются среди девочек (7.3%), по сравнению с мальчиками (2.2%).

Течение и влияние

Установлено, что у взрослых, во многих случаях, симптомы ПТСР ослабевают в течение первых 12 месяцев после травматического события (Bui et al, 2010), однако данные исследований указывают на то, что без лечения течение ПТСР приобретает, в основном, хронический характер – индивиды могут испытывать выраженную симптоматику и нарушения функционирования даже на протяжении десятилетий (e.g., O'Toole et al, 2009).

Подобным образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что у детей дошкольного возраста течение ПТСР может быть хроническим, с незначительным улучшением состояния спустя два года после травматического события (Scheeringa et al, 2004; 2005; 2006). Однако данные, касающиеся детей школьного возраста, противоречивы, при этом в некоторых исследованиях указывается на отсутствие длительного влияния катастрофы на показатели ПТСР (Morgan et al, 2003). И наконец, имеются скудные данные об исследованиях среди подростков, указывающие на возможную хронификацию ПТСР в этой популяции (Yule et al, 2000).

Факторы риска

Мета-анализ 64 исследований, в которых оценивались факторы риска ПТСР среди детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет (Trickey et al, 2012), показал, что факторами, имеющими отношение к субъективному переживанию события (включая перитравматический страх и воспринимаемую угрозу жизни) и посттравматическими переменными (включая низкий уровень социальной поддержки,

социальную изоляцию, психиатрическую коморбидность, низкий уровень функционирования семьи, а также использование определенных когнитивных стратегий, таких как отвлечение внимания и попытки не думать о событии) объяснялась средняя – высокая величина эффекта в предупреждении ПТСР, тогда как предшествовавшими травме факторами (включая женский пол, низкий уровень интеллекта, низкий социально-экономический статус, дотравматические: жизненные события, низкую самооценку, психологические проблемы у детей и их родителей) объяснялась низкая – средняя величина эффекта.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Перитравматические реакции

При столкновении с травматическим событием у детей и подростков могут возникать немедленные психологические реакции. Реакции, испытываемые во время или непосредственно после травмы, называются *перитравматическими* и идентифицированы как устойчивые предикторы возникновения ПТСР у взрослых (Brewin et al, 2000; Ozer et al, 2003). Описаны два типа перитравматических реакций: перитравматический дистресс и перитравматическая диссоциация.

Перитравматический дистресс был представлен как показатель интенсивности ПТСР в DSM-IV (Brunet et al, 2001), и указывает на эмоциональные (например, страх, ужас) и физические (например, потеря контроля над работой кишечника) реакции во время или непосредственно после воздействия травматического события. Перитравматический дистресс может быть измерен с помощью состоящей из 13 элементов *Шкалы перитравматического дистресса* (англ. – Peritraumatic Distress Inventory (PDI) (Brunet et al, 2001. С использованием этой шкалы оценивают такие эмоции и симптомы, как безнадежность, печаль, вина, стыд, фрустрация, испуг, ужас, потеря чувствительности, беспокойство за других, потеря контроля над кишечником и мочевым пузырем, физические реакции и мысли о смерти (Приложение F.4.1).

Перитравматическая диссоциация касается нарушений восприятия времени, места и людей при воздействии травмы или непосредственно после нее (Marmar et al, 1994), и оценивается с помощью *Вопросника по перитравматическим диссоциативным переживаниям* – *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ). PDEQ содержит элементы, позволяющие оценить провалы в памяти, ощущения «как на автопилоте», извращение субъективной оценки времени («как в замедленной съемке»), деперсонализацию (ощущение наблюдения за своими действиями со стороны при

ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У 11-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

Алан – 11 – летний мальчик, проживающий со своими родителями и однолетней сестрой. Однажды вечером у него на глазах во время ссоры отец ударил мать в живот. Мать была доставлена в больницу, и Алан, который приехал вместе с ней, был осмотрен дежурным врачом-психиатром.

Алан рассказал врачу, свидетелем чего он оказался, и сообщил, что во время ссоры, он испытывал сильный страх и ощущение, что его сердце колотится в груди. Он помнил, что у него было чувство, что он должен что-то сделать, чтобы помочь матери, но не знал, как и что, и чувствовал, что не может пошевелить своими ногами. Он также рассказал, что все происшедшее казалось ему нереальным, почти как в кино. Он рассказал психиатру, что когда он снова вспоминает эту сцену, то видит происходящее в замедленном темпе и как-бы не в фокусе. Алан помнил, что очень громко кричал, когда увидел, как отец бьет его мать, но не мог вспомнить, что произошло сразу после этого.

отсутствии контроля над ситуацией), дереализацию (ощущение странности и нереальности окружающего мира), состояние спутанности сознания, амнезию и понижение уровня сознания (Приложение F.4.2).

Обе шкалы – PDI и PDEQ продемонстрировали свою надежность при диагностической оценке детей (Bui et al, 2011), и было доказано, что как перитравматический дистресс, так и диссоциация связаны с возникновением симптомов ПТСР у детей (Bui et al, 2010).

Острая реакция на стресс (МКБ-10)/ Острое стрессовое расстройство (DSM-5)

Ранние психологические реакции на травму описываются как «острая реакция на стресс» (ОРС) в десятой редакции Международной классификации болезней (МКБ – 10) (World Health Organization, 1992) и как «острое стрессовое расстройство» (ОСР) в DSM-5. Несмотря на то, что описания ОРС и ОСР очень похожи, они немного отличаются по временному параметру (начало в течение двух дней после воздействия травмы для ОРС, и трех дней для ОСР). Мы остановимся на ОСР, так как исследования и научно-обоснованные рекомендации были разработаны, главным образом, с использованием критериев DSM.

ОСР было включено в DSM-IV для того, чтобы кратковременные, преходящие, вызывающие дистресс и нарушение функционирования реакции на травму дифференцировать от ПТСР (Koortman et al, 1995), а также для того, чтобы выявлять лиц с риском возникновения ПТСР через месяц (Spiegel et al, 1996). В соответствии с DSM-5, диагноз ОСР требует воздействия травматического события (т.е. столкновение со смертью или угрозой жизни, реальной или потенциальной серьезной травмой, или реальным или потенциальным сексуальным насилием), а главный диагностический критерий требует присутствия 9 из 14 симптомов (в каждом конкретном кластере), включая симптомы *вторжения* (т.е. повторяющиеся дистрессовые сновидения, повторяющиеся дистрессовые воспоминания о травме, интенсивный или продолжительный дистресс при столкновении с чем-либо, напоминающим о травме, и психологические реакции на что-либо, напоминающее о травме); *симптомы диссоциации* (т.е. дереализация, эмоциональное онемение и неспособность вспомнить некоторые аспекты травмы (обычно диссоциативная амнезия); *симптомы избегания* (т.е. избегание внутренних или внешних стимулов, которые возбуждают воспоминания о травматическом событии); и *симптомы возбуждения* (т.е. раздражительное или агрессивное поведение, повышенный старт-рефлекс, нарушения сна, сверхбдительность и проблемы с концентрацией внимания). Симптомы могут длиться от трех дней до четырех недель после воздействия травматического события и приводить к клинически значимому дистрессу и нарушению функций (см. Таблицу F.4.1).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Диагноз ПТСР, первоначально зарезервированный для взрослых, в 1987 году в DSM-III был распространен на детей и подростков. В DSM-IV диагностические критерии ПТСР для детей и подростков идентичны критериям для

взрослых, с некоторыми оговорками. Относительно использования взрослых критериев ПТСР из DSM-IV для диагностики этого расстройства у детей постоянно шли интенсивные научные дискуссии, и последние данные свидетельствуют о том, что для детей и подростков может понадобиться меньшее количество критериев, основанных на функциональных нарушениях, связанных с симптомами ПТСР, и что у них может несколько по-другому проявляться дистресс, особенно у детей младшего возраста (Scheeringa et al, 2003).

В DSM-5 диагноз ПТСР включает тот же критерий подверженности воздействию, что и при ОСП (т.е. столкновение со смертью или угрозой жизни, реальной или потенциальной серьезной травмой, или реальным или потенциальным сексуальным насилием). Диагноз ПТСР у подростков и взрослых требует наличия:

- *Одного из симптомов вторжения* (критерий В), включая повторяющиеся дистрессовые сновидения, повторяющиеся дистрессовые воспоминания о травме, диссоциативные реакции (например, непроизвольное прокручивание в памяти произошедшего), или интенсивное психологическое или физиологическое реагирование на любые обстоятельства, напоминающие о травме;
- *Повторяющееся избегание внутренних или внешних стимулов*, связанных с травмой (критерий С);
- *Двух симптомов негативных нарушений в когнитивной и эмоциональной сфере*, связанных с травмой (критерий D), включая повторяющееся, необоснованное обвинение себя или других людей, постоянное негативное эмоциональное состояние (например, страх, ужас, злость, стыд и вина), заметно сниженный интерес к участию в значимых мероприятиях, отчуждение или отдаление от других людей или стойкая потеря способности испытывать положительные эмоции (например, эмоциональное онемение);
- *Двух симптомов изменений в сфере возбудимости и реактивности* (Критерий E), включая раздражительное или агрессивное поведение, необдуманное или аутодеструктивное поведение, сверхбдительность, повышенный старт-рефлекс, проблемы с концентрацией внимания или нарушения сна.

Диагноз также требует, чтобы симптомы присутствовали более одного месяца, приводили к клинически значимому дистрессу или нарушению функционирования и не были связаны с действием химических веществ или проявлениями нарушения

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОСП И ПТСР

Понятие ОСП было введено для идентификации индивидов с риском возникновения ПТСР. До сих пор в публикациях сообщалось, что симптомы ОСП значительно повышают вероятность развития ПТСР (McKibben et al, 2008; Bui et al, 2010b; Yasan et al, 2009). Однако недавно были получены эмпирические данные, свидетельствующие о том, что, несмотря на то, что прогнозирующая способность ОСП обоснована, его чувствительность (процентное соотношение людей, удовлетворяющих критериям ОСП, у которых в итоге развилось ПТСР) оказалась невысокой (20-72%), что позволяет предположить, что большинство людей, переживших травму, не удовлетворяли полностью критериям ОСП (Bryant, 2011).

Этим выводам соответствуют результаты большого исследования у детей и подростков, выживших после дорожно-транспортных происшествий, которые не подтвердили гипотезу о том, что симптомы диссоциации независимо прогнозируют возникновение в дальнейшем ПТСР (Dalgleish et al, 2008).

Таким образом, ОСП должно рассматриваться, как нозологическая единица, которая связана со значительным уровнем дистресса и нарушения функционирования и может указывать на возможное развитие ПТСР в дальнейшем. Такое понимание ОСП может помочь в выявлении лиц, требующих внимания клиницистов.



Участники первой встречи Руководящего комитета по сотрудничеству стран Азии в поддержке психической устойчивости в период кризиса. Джакарта. 19 сентября 2012 г.

соматического состояния. Кроме того, DSM-5 включает подтип ПТСР у детей шести лет и младше, что подчеркивает важность отличий, в том числе и все еще развивающихся способностей к абстрактному мышлению и вербальному выражению (Scheeringa et al, 2011a; Scheeringa et al, 2001b). Для этого подтипа были сделаны три основные поправки:

- Изменения, касающиеся повторного переживания симптомов, в том числе в формулировке критерия В1 (т.е. повторяющиеся и навязчивые дистрессовые воспоминания о событии), который в измененном варианте не требует, чтобы воспоминания были дистрессовыми, так как многие дети либо безразличны к воспоминаниям, либо испытывают незначительное волнение.
- Что касается симптомов избегания и негативных изменений в когнитивной и эмоциональной сфере, то критерии для детей дошкольного возраста требуют наличие одного симптома из этих двух кластеров, так как в этой популяции, как правило, сложно идентифицировать определенные симптомы, включая «суженный диапазон эмоций» и «отстраненность от родных и близких». Кроме того, исключены два симптома, так как они не обладают соответствующей уровню развития чувствительностью: «чувства перспективы на будущее» и «неспособность воспроизвести важный аспект события». И наконец, в этом кластере, в целях повышения надежности, были исключены два симптома: у детей дошкольного возраста уменьшение интереса к значимой ранее деятельности может приобретать форму сужения диапазона игровой активности, тогда как чувство отчуждения может проявляться социальной отгороженностью.
- Что касается повышенного возбуждения, то были внесены только небольшие изменения в формулировку «раздражительное поведение или вспышки раздражения» и добавлены «экстремальные по силе вспышки гнева (англ.: temper tantrums)» (см. Таблицу F.4.1).

Дифференциальный диагноз

В Таблице F.4.1 представлен обзор симптомов, используемых при диагностике ПТСР в соответствии с DSM-5. ПТСР имеет сходные симптомы с целым рядом других состояний, таких, как интоксикация, вызванная употреблением психоактивных веществ, которую следует исключить как возможную причину, и не входить в диагноз ПТСР. Посттравматическое стрессовое расстройство может наблюдаться одновременно с симптомами тревожного расстройства и расстройства настроения, поэтому необходимо установить наличие этих расстройств. К основным расстройствам, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику, относят:

- Расстройство адаптации
- ОСР
- Тревожное расстройство
- ОКР
- Большая депрессия
- Диссоциативные расстройства
- Конверсионное расстройство
- Психоз
- Интоксикация, вследствие употребления психоактивных веществ
- Черепно-мозговая травма.

В отличие от ПТСР, диагноз которого требует наличия симптомов, по меньшей мере, через месяц после перенесенной травмы, ОСР диагностируется в течение первого месяца. Кроме того, диагноз ПТСР требует присутствия как минимум шести симптомов из каждого из четырех кластеров (повторное переживание, избегание, наличие негативных изменений в когнитивной и эмоциональной сферах и повышенное возбуждение), тогда как диагноз ОСР требует наличия только девяти из 14 симптомов (см. Таблицу F.4.1)

Как и в случае с ПТСР и ОСР, при постановке диагноза расстройства адаптации обязательным критерием является подверженность влиянию стрессогенного события, которое приводит к выраженному дистрессу или нарушению функционирования. Тем не менее, при расстройствах адаптации стрессор не обязательно должен быть «травматическим» (т.е. таким же мощным, как и при ОСР или ПТСР). Более того, расстройство адаптации не определяет требуемые симптомы, и состояние пациента не должно объясняться наличием других расстройств.

Несмотря на то, что травматическое событие может предшествовать началу целого ряда тревожных расстройств или

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ШЕСТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

Долорес – шестилетняя девочка поступила в госпиталь с ожогами 40% тела, вследствие пожара у нее дома, во время которого погиб ее младший брат. Ее мама находится у постели пострадавшей, отец не проживает с семьей уже несколько лет. В раннем детстве она пережила депривацию, связанную с отсутствием постоянного места жительства, и в настоящее время учится в первом классе школы.

Долорес была в своей спальне, когда почувствовала запах дыма и увидела что загорелись двери. Она помнила, что сильно испугалась, помочилась и начала громко кричать. Она не помнила, что произошло потом.

После пересадки тканей на обожженные участки тела, ей сразу же были назначены седативные средства. Когда ей перестали вводить внутривенно морфин и мидазолам, Долорес стала плаксивой и начинала громко кричать, если ее мать покидала ее на короткое время. Она также выглядела тревожной всякий раз, когда в палату входила медсестра в халате, так как боялась, что ей могут причинить боль. Долорес страдала бессонницей, ее также беспокоили кошмарные сновидения, в которых она по-новому переживала пожар, а также эпизоды страха сна. Она сильно огорчалась, когда мать не находилась рядом с ней, даже ночью. Мама рассказала, что Долорес изменилась после пожара; ей было больше неинтересно играть с куклами, стала замкнутой, несдержанной и часто у нее возникали вспышки раздражения.

Состояние Долорес начало улучшаться, когда ей позволили контролировать некоторые ее перевязки, уделяя особое внимание поощрению умения справляться со страхами и болью, связанными со сменой повязок на ее ожогах, а также используя адекватную, хотя и менее интенсивную аналгезию.



Иранские солдаты во время ирано-иракской войны

расстройств настроения, эти заболевания не настолько тесно обусловлены травматическим событием, как в случае ОСР и ПТСР. Несмотря на то, что ОСР и ПТСР имеют общие симптомы с тревожными расстройствами (включая паническое расстройство, генерализованную тревогу и социальное тревожное расстройство) симптомы повышенной возбудимости и избегания, клинические проявления при ОСР и ПТСР включают как концентрацию внимания на травматическом событии, так и повторное переживание эмоций и представлений, связанных с травмой. Тяжелый депрессивный эпизод, спровоцированный стрессовым переживанием, может проявляться проблемами с концентрацией внимания, бессонницей, социальной изоляцией или отгороженностью, похожими на те, которые имеют место при ПТСР, однако в клинических проявлениях депрессии будет отсутствовать повторное переживание травмы или связанное с ней избегание.

Таблица F.4.1 Сравнение симптомов, используемых в соответствии с DSM-5 для диагностики ОСР, ПТСР и ПТСР у детей шести лет и младше

Группа симптомов	Описание симптомов	ОСР	ПТСР	ПТСР у детей ≤ 6 лет
Подверженность воздействию травматического события	• Непосредственная подверженность воздействию травматического события	√	√	√
	• Непосредственное восприятие травмы, переживаемой другими	√	√	√
	• Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями	√	√	√ [с кем-либо из родителей или опекуном]
	• Повторное или экстремальное воздействие отвратительных деталей травматического события	√	√	
Симптомы вторжения	• Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии	√	√	√ [напр., во время игры]
	• Повторяющиеся ночные кошмары, связанные с событием	√	√	√
	• Флешбеки или другие диссоциативные реакции	√	√	√ [напр., воспроизведение события в играх]
	• Дистресс, обусловленный внутренними или внешними стимулами, связанными с событием	√	√	√
	• Выраженные психологические реакции на внутренние и внешние стимулы		√	√

Группа симптомов	Описание симптомов	ОСР	ПТСР	ПТСР у детей ≤ 6 лет
Избегание	• Гнетущих воспоминаний или чувств, связанных с событием	√	√	√
	• Внешних обстоятельств, напоминающих о событии, таких как люди, места или ситуации	√	√	√
Негативные симптомы в когнитивной и эмоциональной сфере	• Невозможность вспомнить аспекты события		√	
	• Негативное восприятие мира, себя или других людей		√	
	• Искаженные впечатления о причинах или последствиях события		√	
	• Стойкие негативные эмоции, такие как ужас, злость или стыд		√	√
	• Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях или развлечениях		√	√
	• Чувство отстраненности		√	√ [напр., социальная самоизоляция]
	• Неспособность переживать положительные эмоции	√	√	√
Симптомы возбуждения	• Раздражительность и вспышки злости	√	√	√
	• (напр., экстремальные по силе вспышки гнева (temper tantrums))			
	• Безрассудное или аутоагрессивное поведение		√	
	• Повышенная настороженность	√	√	√
	• Повышенный старт-рефлекс	√	√	√
	• Проблемы с концентрацией внимания	√	√	√
	• Проблемы со сном	√	√	√
Диссоциативные симптомы	• Деперсонализация	√		
	• Дерезализация	√		

Группа симптомов	Описание симптомов	ОСР	ПТСР	ПТСР у детей ≤ 6 лет
Требования к диагностике		9 из 14 симптомов	Травма + 1 навязчивость + 1 избегание + 2 когнитивная/эмоциональная сфера + 2 возбуждение	Травма + 1 навязчивость + 1 избегание или когнитивная/эмоциональная сфера + 2 возбуждение
Длительность сохранения симптомов после подверженности воздействию травмы		от 3 дней до 1 месяца	>1 месяца	>1 месяца

Диагностическая оценка и лечение детей и подростков, оказавшихся беженцами, и подвергнутых воздействию травмы, связанной с военными событиями

Дети и подростки беженцы, покинувшие зону боевых действий, до того, как покинуть свой дом часто подвергались воздействию множественных травм (в том числе они были свидетелями того, как других людей ранили, пытали или убивали), а также переживали разнообразные потери (Rutter, 2003). Несмотря на то, что они часто не поддавались этому воздействию, у многих из них развивалось ПТСР, а также другие психические проблемы, включая депрессию, тревогу или затяжную реакцию горя. Статус беженца, проживание в лагере для беженцев, реакция принимающей страны, особенно если проникновение в эту страну было нелегальным, дополнительно осложняют эти проблемы. По всей видимости, между кумулятивной травмой и симптомами эмоционального дистресса у детей и подростков беженцев, попавших под влияние войны, возникает зависимость типа доза-эффект (Nertinstall et al, 2004; Mollica et al, 1997). Оставленные без сопровождения дети, в поисках убежища (например, индивиды в возрасте до 18 лет, разлученные с обоими родителями и лишённые присмотра ответственными взрослыми), демонстрируют более выраженный психологический дистресс, чем те, что находятся в сопровождении взрослых (Mckelvey & Webb, 1995).

Вопросы, связанные с утратой, приобретают особое значение у этих детей из-за социальной изоляции, в которой они оказываются в принимающей стране. К проблемам, имеющим отношение к оценке влияния травмы на детей и подростков беженцев, подвергнувшихся воздействию войны, относятся: работа с переводчиками, написание судебно-медицинских заключений, викарное воздействие травмы (среди работников здравоохранения) и кросс-культуральное разнообразие клинических проявлений (Ehnholt & Yule, 2006). Установлено, что среди взрослых дистресс, связанный с травмой, может проявляться культурально обусловленными симптомами. Например, в азиатских и южно-азиатских культурах, травмированные индивиды часто больше всего боятся нарушения циркуляции «воздушных энергетических потоков» в их теле. Было установлено, что такие, связанные с культурными особенностями, синдромы, равно как и соматические жалобы, оказались основными особенностями переживания ПТСР травмированными камбоджийскими беженцами, которые были гораздо менее заметными, чем большинство традиционных симптомов ПТСР (Hinton et al, 2013). Таким образом, клиницистам не следует ориентироваться только на диагностические критерии DSM или МКБ, как на единственно релевантные.

Несмотря на то, что научно доказанные подходы в лечении, в том числе и КПТ, адаптированы к культурально обусловленным синдромам, десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движений глазных яблок и нарративная терапия эффективно справляются с симптомами ПТСР, необходим также холистический подход (Papadopoulos, 1999). Поскольку дети и подростки беженцы находятся под влиянием значимого социального и материального стресса, они часто нуждаются в обсуждении текущих практических проблем, а не прошлых переживаний. И наконец, они могут хотеть, как можно скорее, сконцентрироваться на будущем, а не вспоминать о прошлом, и такому их желанию не следует препятствовать (Beiser & Hyman, 1997).



Рефрижератор, заполненный рыбой, повисший на дереве на переднем дворе разрушенного ураганом «Катрин» жилого дома в округе Плакемин (штат Луизиана), США. Фотография Федерального агентства по чрезвычайным ситуациям (США) (FEMA)/ Andrea Booher

ДИАГНОЗ

Проведение интервью

Для того, чтобы получить как можно более объективное описание воздействия травмы, диагностическую оценку детей и подростков с предполагаемым ПТСР, в большинстве случаев, следует начинать с открытых вопросов. Для детей младшего возраста лучше всего использовать контекст игры, в том числе и рисование; подросткам следует предоставить возможность рассказать обо всем своими словами, при минимальном вмешательстве интервьюера. Тогда как у взрослых такой ненаправленный сегмент может быть полезен в плане минимизации риска неправильного диагноза ПТСР у симулянтов, пытающихся извлечь из этого выгоду (например, материальную компенсацию), он может быть полезным также и при диагностике у детей. Установлено, что на рассказы детей о воздействии на них травмы и о симптомах может влиять способ постановки вопросов (Bruck & Ceci, 1999). В частности, это важно в контексте потенциального сексуального или физического насилия – задавать открытые вопросы, избегать внушения ответов, и даже избегать повторного задавания одного и того же вопроса, поскольку дети могут менять свой ответ, думая, что первый раз они ответили неправильно. Рекомендуется также вести видеозапись интервью, особенно если существует вероятность, что врач будет давать свидетельские показания по поводу насилия над ребенком, чтобы показать, что вопросы были ненаправленными.

AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY
WWW.AACAP.ORG

По данному адресу:
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS0890856710000821.pdf> можно получить доступ к «Практическим рекомендациям по диагностике и лечению детей и подростков с посттравматическим стрессовым расстройством» опубликованным Американской академией детской и подростковой психиатрии.

Послеродовой период матери, ПТСР и проблемы с развитием

Исследования показали, что рождение ребенка может быть стрессогенным событием, которое может приводить к негативным психологическим реакциям и психическим расстройствам, в том числе и к послеродовой депрессии (Robertson et al, 2004). Растущее число исследований направлено на изучение ПТСР, связанного с рождением ребенка. Показатель распространенности связанного с родами ПТСР, возникающего в первые шесть недель послеродового периода, колеблется в пределах от 2,8% до 5,6% (Creedy et al, 2000; Goutaudier et al, 2012). Если принять в расчет подпороговые варианты ПТСР (диагностированные на основании сообщений самих пациентов на 4 – 8 неделе послеродового периода), то этот показатель достигает 30% (van Son et al, 2005). Более того, осложнения в родах, такие как преждевременное родоразрешение, значительно повышают вероятность возникновения ПТСР (Jotzo & Poets, 2005). Однако показатели распространенности нельзя считать надежными, поскольку в большинстве исследований перинатального периода в диагностике ПТСР использовались инструменты, заполняемые самими испытуемыми, тогда как валидный диагноз не может быть установлен только на основании данных, полученных с помощью оценочных шкал. Более того, поскольку в некоторых исследованиях для обоснования диагноза используются минимально допустимые показатели заполняемых самими испытуемыми шкал и не подтверждается подверженность воздействию травмы (до тех пор, пока рождение ребенка само по себе не рассматривается как «травматическое событие», как требуется для ПТСР), вполне вероятно, что некоторые случаи могут быть неправильно диагностированными как ПТСР послеродового периода, тогда как пациентка, на самом деле, страдает другим расстройством, таким, как послеродовая депрессия. Важно также отметить, что более высокие показатели послеродового ПТСР были обнаружены в группах риска (например, женщины с гинекологическими проблемами или психическим расстройством в анамнезе).

Тем не менее, связанное с рождением ребенка ПТСР является потенциально важной проблемой, так как симптомы могут оказывать негативное влияние на взаимоотношения мать – ребенок (Ballard et al, 1995), на развитие младенцев и на их психическое здоровье в будущем (Pierrehumbert et al, 2003). В частности, установлено, что ПТСР после рождения ребенка ассоциировалось с расстройствами привязанности. Например, симптомы избегания могут приводить к тому, что мать не привязывается к своему ребенку, тогда как результатом повышенной бдительности может стать свертрвожная или гиперопекающая привязанность (Bailham & Joseph, 2003). Симптомы послеродового ПТСР ассоциировались также с менее нежной заботой о ребенке и более высокой обеспокоенностью по поводу близких отношений с ним (Schechter et al, 2004). Дети матерей, страдающих депрессией, оказались в группе риска возникновения проблем с поведением, социальных дефицитов и дефицитов возрастных уровней достижений (Anderson & Hammen, 1993). Некоторые авторы высказали предположение, что может существовать подобная зависимость между послеродовым ПТСР матери и социальным и поведенческим развитием младенца (e.g., Bailham & Joseph, 2003). И наконец, симптомы послеродового ПТСР могут оказывать также негативное влияние на когнитивное развитие младенца (Parfitt et al, 2013). Систематическая оценка психологического влияния родов на матерей может помочь идентифицировать тех из них, которые относятся к группе риска возникновения симптомов ПТСР и проблем с уходом за ребенком. Более того, поскольку отцы, как правило, не переживают роды как травмирующее событие, психотерапевтические подходы с привлечением отцов в послеродовой период могут быть эффективными в решении проблем с симптомами послеродового ПТСР у матерей.

Таблица Ф.4.2 Инструменты для оценки посттравматических реакций у детей и подростков

Инструменты	Диапазон возраста	Время, необходимое для применения (мин)	Психометрические свойства	В свободном доступе	Где могут быть найдены
Интервью					
Child PTSD Reaction Index (CPTS-RI) (Nader et al, 1990)	6 -17	15 - 20	Хорошие	Да	Связаться с автором: rrynoos@mednet.ucla.edu
Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA) (Nader et al, 1996)	7 - 18	30 - 120	Хорошие	Да	http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/ncptsd-instrument-request-form.asp
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-2) (Wolfe et al, 1991)	6 -18	30 - 45	Умеренные - хорошие	Да	http://www.clintools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory (CPTSDI) (Saigh et al, 2000)	7 - 18	15 - 20	Хорошие	Нет	http://www.pearsonclinical.com/
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996)	3 - 12	20-30	Хорошие	Нет	http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC
Traumatic Events Screening Inventory (TESI) (Ribbe, 1996)	4+	10 -30	Нет данных	Да	http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TESI-C.pdf
Самозаполняемые					
Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa et al, 2001)	8 - 18	10 -15	Хорошие	Нет	http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=500&cf_id=24
My Worst Experiences Survey (National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools, 1992)	9-18	20-30	Хорошие	Нет	http://www.wpspublish.com/app/
UCLA PTSD Index for DSM-IV (Pynoos et al, 1998)	7-12, 13+	15-20	Отличные	Нет	Связаться с автором: rrynoos@mednet.ucla.edu

Инструменты	Диапазон возраста	Время, необходимое для применения (мин)	Психометрические свойства	В свободном доступе	Где могут быть найдены
When Bad Things Happen Scale (WBTH) (Fletcher, 1996b)	8-13	10-20	От умеренных до хороших	Да	Связаться с автором: Kenneth.Fletcher@umassmed.edu
Заполняемые родителями					
Child Stress Disorders Checklist (CSDC) (Saxe et al, 2003)	2-18	10	Отличные	Да	http://www.nctsn.org/nctsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf
Parent Report of Child's Reaction to (Fletcher, 1996a)	Нет данных	30-45	Хорошие	Да	Связаться с автором: Kenneth.Fletcher@umassmed.edu
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere, 2005)	3-12	20-30	Хорошие	Нет	http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC

& Haslett, 2010; Egger et al, 2006). Например, *психиатрическая оценка дошкольного возраста (Preschool Age Psychiatric Assessment) (Egger et al, 2006)*, или *Инструменты диагностической оценки младенцев и дошкольников (Diagnostic Infant and Preschool Assessment Instruments)* могут быть использованы в диагностике детей дошкольного возраста (Scheeringa & Haslett, 2010), тогда как *Диагностическое интервью для детей и подростков (Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA))* может быть использовано как у детей, так и у подростков (Reich, 2000).

ЛЕЧЕНИЕ

Неотложные вмешательства для всех (первые 24 часа после травмы)

Психологические подходы

Большинство детей и подростков будут испытывать некоторые психологические или соматические симптомы сразу же после травмы. Эти симптомы не обязательно указывают на то, что необходимы вмешательства, поскольку, как правило, они спонтанно исчезают без профессиональной помощи.

Было установлено, что *психологический дебрифинг критических инцидентов*, проведение которого требует обсуждения деталей травмы с индивидами (иногда в условиях группы), приносит или небольшую пользу, или оказывается вовсе неэффективным (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). Данные некоторых исследований с участием взрослых, указывают на то, что групповой дебрифинг усиливает симптоматику ПТСР и может даже способствовать повышению частоты возникновения ПТСР (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). Данные двух рандомизированных контролируемых испытаний у детей показали, что дебрифинг не лучше общепринятых мер в снижении частоты ПТСР или других негативных последствий,

в том числе, проблем с поведением, депрессии или тревоги (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). Таким образом, несмотря на то, что детям и подросткам, переживающим дистресс или обратившимся за помощью должна быть предоставлена возможность индивидуально поговорить о травме, если они захотят это сделать, незагребованный дебрифинг (в особенности в условиях группы) не рекомендован.

Результаты одного из недавних исследований показали, что три сессии вмешательства, основанного на технике внешнего воздействия, проведенные в отделении неотложной помощи в первые 12 часов после травматического события, могут быть эффективными в снижении частоты ПТСР среди взрослых (Rothbaum et al, 2012), однако отсутствуют данные о применении такого подхода у детей и подростков.

В заключение необходимо отметить, что *не следует в обязательном порядке проводить дебрифинг с детьми и подростками с риском возникновения ПТСР*. Вмешательства, основанные на технике внешнего воздействия, реализованные непосредственно после травмы могут помочь в предотвращении ПТСР у детей и подростков, подвергшихся воздействию травмы, исходя из их эффективности в лечении ПТСР у детей и подростков (см. ниже) и предотвращении ПТСР у взрослых. И наконец, рекомендуется оказывать первую психологическую помощь, в том числе объясняя, как протекают нормальные реакции на травму, и гарантировать удовлетворение основных медицинских потребностей и потребностей в безопасности, включая предоставление крова и обеспечение питанием, повышение социальной поддержки и организовав соответствующее направление на обследование.

Фармакологические подходы

Возможным подходом, позволяющим предупредить развитие ПТСР, может быть назначение лекарственных препаратов непосредственно после воздействия травмы; однако мало опубликовано данных в поддержку эффективности каких-либо медикаментозных средств по данным показаниям. Неотложное лечение пропранололом привело к неоднозначным результатам у взрослых (Vaiva et al, 2003; Pitman et al, 2002; Hoge et al, 2012), а результаты исследований у детей и подростков оказались отрицательными (Nugent et al, 2010). Более перспективными являются данные нескольких исследований у травмированных детей и взрослых, которые свидетельствуют о превентивной пользе более высоких доз в отношении возникновения симптомов ПТСР в дальнейшем, при назначении опиатов в ранние сроки после травмы, как болеутоляющих (Saxe et al, 2001; Stoddard et al, 2009; Holbrook et al, 2010; Bryant et al, 2009).

Следует избегать назначения бензодиазепинов непосредственно после травмы

И наконец, бензодиазепины могут быть неэффективными непосредственно после травмы и даже способствовать неблагоприятному прогнозу у лиц, подвергшихся воздействию травматического события, несмотря на широкое клиническое применение этих препаратов с целью ослабления симптоматики острого стресса, о чем свидетельствует небольшое количество опубликованных исследований у взрослых, но значительно большее количество исследований на животных (Gelpin et al, 1996; Mellman et al, 2002). Как результат, в целом ряде руководств рекомендуется избегать применения бензодиазепинов непосредственно после травмы.

Раннее вмешательство при ОСР (симптомы длятся больше одного дня, но меньше месяца)

Психотерапевтические подходы

У взрослых, у которых не наблюдается быстрого исчезновения симптомов, в лечении ОСР и профилактике развития ПТСР, может быть эффективна короткая (от четырех до пяти сессий) сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая психотерапия (Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). Такие когнитивно-поведенческие вмешательства включают в себя психологическое обучение, дыхательный и релаксационный тренинг, технику внешнего воздействия и когнитивную обработку информации. У детей и подростков эти подходы могут быть эффективными в качестве раннего психологического вмешательства при ОСР, учитывая их доказанную эффективность в лечении ПТСР. В любом случае, применение этих ранних психологических вмешательств ограничено из-за нехватки специалистов, прошедших подготовку по этим методикам, особенно в странах с низким уровнем доходов.

К другим ранним вмешательствам с частичным или нестойким положительным эффектом, протестированным среди детей, относятся веб-сайты по самопомощи для детей и информационные буклеты для родителей (Cox et al, 2010), нарративная экспозиционная терапия и релаксационная медитация (Catani et al, 2009). В исследованиях сообщается, что психологические вмешательства и методики по управлению стрессом, направленные на взаимоотношения опекун – ребенок (вмешательства по работе с травматическим стрессом у ребенка и в семье) оказались более эффективными, чем поддерживающее консультирование для детей и психообразование, в плане снижения частоты ПТСР и тяжести симптомов этого расстройства у детей с, как минимум, одним кластером симптомов травматического стресса (Berkowitz et al, 2011).

Фармакологические подходы

Клинические исследования сертралина, назначенного в стационаре через несколько дней после травмы (продолжавшиеся до 24 недель) детям и подросткам, получившим ожоги (Stoddard et al, 2011), привели к неоднозначным результатам: отсутствие значимого улучшения симптомов ПТСР по сообщениям испытуемых, но значительное ослабление симптомов ПТСР у детей по сообщениям их родителей. Учитывая данные этого исследования, а также неоднозначные результаты применения антидепрессантов в лечении ПТСР, лекарственные препараты из этой группы, как правило, не рекомендуют для лечения ОСР.

Вмешательства при ПТСР (симптомы, длящиеся месяц и больше)

Фармакологическое лечение

На сегодняшний день отсутствуют данные о больших или эффективных фармакологических исследованиях при ПТСР у детей и подростков. В целом при ПТСР этой возрастной категории следует отдавать предпочтение психотерапевтическим подходам, сфокусированным на травме.

Антидепрессанты

У взрослых, страдающих ПТСР, рекомендованным фармакологическим лечением первого ряда являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Их эффективность хорошо доказана; эти препараты, как правило, неплохо переносятся и могут быть полезными в лечении коморбидной депрессии. Однако, мало данных в подтверждение эффективности СИОЗС в лечении ПТСР у детей и подростков. При этом, в исследовании сертралина и флуоксетина среди детей и подростков, оба эти препарата не превосходили по эффективности плацебо (Cohen et al, 2007; Robb et al, 2010; Robert et al, 2008). Таким образом, на сегодняшний день, доказательства в поддержку применения СИОЗС в лечении ПТСР у детей и подростков отсутствуют.

Эффективность других антидепрессантов не исследовалась в рандомизированных контролируемых исследованиях (например, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина), либо они привели к неполным или неопределенным результатам (например, ингибиторы моноаминоксидазы). Учитывая отсутствие эмпирических данных, а также неблагоприятный профиль побочных эффектов этих препаратов, включая беспокойство и раздражительность, они не рекомендованы для лечения ПТСР детского возраста.

Другие фармакологические методы лечения

Несмотря на то, что назначение бензодиазепинов при ПТСР может быть заманчивым, учитывая их анксиолитическое действие, отсутствуют надежные данные в поддержку их эффективности. Кроме того, принимая во внимание то, что они могут вмешиваться в процессы обучения, играющие важную роль в когнитивно поведенческой терапии, особенно, если бензодиазепины назначаются «при необходимости», а также то, что у индивидов с ПТСР высокий риск злоупотребления психоактивными веществами и зависимости, они, как правило, не рекомендованы для лечения ПТСР у детей и подростков.

Исходя из факта, что ПТСР связано с повышенным возбуждением вегетативной нервной системы, в недавних публикациях было высказано предположение, что могут быть эффективными антиадренергические лекарственные средства, включая блокаторы α - и β -адренергических рецепторов (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010). Результаты открытых клинических исследований у детей указывают на то, что блокатор α -адренергических рецепторов – клонидин (Harmon & Riggs, 1996) и β -адренергических рецепторов – пропранолол (Famularo et al, 1988) могут быть эффективными в лечении симптомов ПТСР, хотя все еще необходимы рандомизированные клинические испытания.

Были исследованы антипсихотические препараты второго поколения в отношении их потенциальной эффективности в лечении ПТСР у взрослых; обзор указывает на то, что они могут обладать умеренным эффектом (Ahearn et al, 2011). Однако до настоящего времени не было получено рандомизированных контролируемых данных в поддержку применения этих препаратов у детей с ПТСР, кроме того им свойственны выраженные побочные эффекты.

И наконец, было проведено несколько контролируемых исследований применения антиконвульсантов стабилизаторов настроения при ПТСР. В целом, результа-

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР

КПТ методы нацелены в основном на когнитивные процессы и избегание.

КОГНИТИВНЫЙ ПРОЦЕССИНГ

Ошибочные убеждения (когниции) травмированного человека о причинах и последствиях травмирующего события (например, «Я должен был знать, что автомобиль не сможет остановиться, когда мой друг пересекал улицу на велосипеде») играют важную роль в препятствовании естественному выздоровлению от последствий травмы. Когнитивный процессинг направлен на эти неадаптивные понятия и связанные с ними негативные эмоции для достижения более правильной оценки событий, таким образом, облегчая достижение прогресса в выздоровлении от травматических переживаний.

ИЗБЕГАНИЕ

Страх и избегание травмированными индивидами обстоятельств, напоминающих о травматическом событии (например, избегая места, в котором произошло травматическое событие), препятствует выздоровлению от травмы и поддержанию ПТСР в течение длительного времени. Внешнее воздействие состоит из двух процедур: столкновение с воспоминаниями о травме в воображении, и воздействие связанной с травмой ситуации *in vivo*. Воздействие осуществляется постепенно, после того, как пациент совместно с терапевтом составит иерархический список таких ситуаций. Целью систематического воздействия является ослабление тягостных эмоциональных и физиологических реакций, вызываемых травматическими воспоминаниями («триггеров»), посредством чего предотвращается избегающее поведение, подкрепляющее симптомы ПТСР

ты оказались противоречивыми. Некоторой эффективностью может обладать ламотриджин (Hertzberg et al, 1999), однако топирамат, тиагабин и дивальпроекс не продемонстрировали своей эффективности (например, Tucker et al, 2007; Hamner et al, 2009). Данные в отношении детей более ограничены. До настоящего времени, только в одном рандомизированном клиническом исследовании была продемонстрирована некоторая эффективность вальпроата натрия при симптомах ПТСР у подростков с коморбидным расстройством поведения (Steiner et al, 2007).

Подводя итог можно сказать, что, несмотря на важные достижения в фармакологическом лечении ПТСР у взрослых, на сегодняшний день отсутствуют данные поддерживающие применение психотропных лекарственных препаратов в лечении ПТСР у детей и подростков.

Психотерапевтические методы лечения

Наиболее эффективными психотерапевтическими подходами в лечении симптомов ПТСР являются методы, основанные на когнитивно-поведенческих принципах, в частности на внешнем воздействии и реконструкции когнитивных процессов. Впервые методы лечения, разработанные для детей и подростков, стали доступны в конце 90-х годов, и по результатам рандомизированных контролируемых исследований оказались более эффективными, чем поддерживающая и недирективная терапия (Gerson & Rappaport, 2013; Schneider et al, 2013).

Наиболее изученным и наиболее широко используемым методом лечения является Сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия – англ., Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) (Schneider et al, 2013). Было продемонстрировано, что TF-CBT способна редуцировать симптомы ПТСР, связанную с травмой депрессию и улучшать адаптационное функционирование в целом ряде популяций, включая детей и подростков, подверженных таким травматическим воздействиям, как сексуальное насилие, терроризм, бытовое насилие, а также травматические потери (Kowalik et al, 2011; Cary & McMillen, 2012). Одна из адаптированных версий TF-CBT (Терапия ПТСР у детей дошкольного возраста – англ., Pre-School PTSD Treatment) была протестирована в выборке детей в возрасте от трех до шести лет и привела к положительным результатам (Scheeringa et al, 2011a).

TF-CBT – это ограниченная по времени (12–16 сессий) терапия, которая сочетает в себе внешнее воздействие, реконструирование когнитивных процессов и усовершенствование навыков совладания, реализуемое последовательно

Компоненты сфокусированной на травме когнитивно-поведенческой терапии

• Психологическое обучение

Предоставление информации о текущих симптомах, наиболее распространенных эмоциональных и поведенческих реакциях, соответствующих типу переживаемой травмы, взаимосвязи между мыслями, чувствами и поведением, о текущем лечении и стратегиях работы над имеющимися у пациента симптомами.

• Навыки воспитания

Обучение опекунов эффективному использованию похвалы, избирательного внимания, тайм-аута и схем поведения, помогающих в ситуационном подкреплении

• Навыки релаксации

Обучение сосредоточенному дыханию, прогрессивному расслаблению мышц, позитивным мыслительным образам и аэробной нагрузке.

• Регулирование аффекта

Нацелено на оказание помощи молодым людям в более эффективной идентификации собственных эмоций, с помощью таких средств, как дневники чувств или игры, и, следовательно, на помощь в более эффективном регулировании эмоций с помощью приобретения навыков, таких как приостановка мыслей, позитивные мысленные образы, позитивный внутренний диалог, решение проблем и социальные навыки.

• Когнитивные навыки совладания

Проведение тренингов по «внутренним диалогам», взаимному влиянию мышления, эмоций и поведения и помощь в формировании альтернативных, более реалистичных мыслей с тем, чтобы исправить бесполезные убеждения о травматическом событии (например, «если бы я пошел в парк с моим братом, то я бы смог остановить автомобиль, который сбил его»).

• Описание травмы

Цель заключается в том, чтобы добиться более согласованного, последовательного понимания травматического опыта путем постепенного воздействия травматических воспоминаний через чтение, письмо и с помощью выразительных средств, таких как рисование, что в итоге приводит к ослаблению симптомов; с описанием травмы, как с вспомогательным источником воздействия, а также восстановления и улучшения взаимоотношений между родителями и ребенком.

• Когнитивный процессинг

Дальнейшая проработка и коррекция неправильных и бесполезных мыслей, отмеченных в описании травмы

• Воздействие на триггеры травмы в естественных условиях (in vivo)

Преследует цель ослабления тревоги и избегания, возникших как защитные реакции на, по сути, безобидные триггеры травмы, посредством постепенного воздействия самих ситуаций.

• Сессии родитель-ребенок

Направлены на усиление ощущения комфорта у ребенка при обсуждении с родителями травматических переживаний, путем проведения совместных встреч, которые обычно происходят после когнитивной переработки и приобретения детьми и их родителями навыков совладания.

• Повышение безопасности в будущем

Обучение навыкам, которые повысят их подготовленность и самоэффективность при столкновении с ситуациями с неминуемым риском для безопасности (например, обучение как сообщать родителям о пугающих или сбивающих с толку ситуациях и переживаниях; обращать внимание на «инстинктивные реакции»; идентифицировать заслуживающих доверия взрослых; как обращаться за помощью).

с помощью 10 компонентов: психологическое обучение, навыки воспитания (родители), навыки релаксации, навыки регулирования аффекта, когнитивные навыки преодоления трудностей, составление рассказа о травме, когнитивный процессинг, проработка триггеров травмы *in vivo*, совместные сессии родителей и детей и навыки повышения уровня безопасности при столкновении с травмой в будущем. Терапия ПТСР у детей дошкольного возраста состоит из 12 совместных сессий родителей и детей, и использует рисование, как соответствующее возрасту средство выражения, позволяющее ребенку идентифицировать мысли и чувства и проработать составленный ребенком рассказ о травме (см. Вкладку).

Как и в случае со взрослыми, у детей и подростков с ПТСР могут также быть сопутствующие психические нарушения, такие как злоупотребление психоактивными веществами, агрессия, преступность и психозы. TF-CBT может успешно сочетаться с терапией злоупотребления психоактивными веществами, способствуя ослаблению симптомов ПТСР у подростков, злоупотребляющих наркотиками и алкоголем (Cohen et al, 2006; 2010). На сегодняшний день отсутствуют какие-либо данные об использовании психотерапевтического лечения детей и подростков с ПТСР, сочетающимся с расстройством поведения, биполярным или психотическим расстройством. В практических руководствах рекомендуется сочетать лечение ПТСР с лечением сопутствующих состояний. (e.g., Cohen et al, 2010)

В отличие от взрослой психотерапии, перед психотерапевтами, занимающимися лечением детей и подростков, возникает вопрос, вовлекать ли в терапию родителей. Данные научных исследований подтверждают, что привлечение к процессу лечения родителей приводит к лучшим результатам, чем отдельное лечение детей и подростков (Cohen et al, 2010). Более того, привлечение родителей уменьшает количество случаев преждевременного прекращения лечения (Chowdhury & Pancha, 2011), и родители выступают в роли помощников при выполнении домашних заданий, в поддержании позитивной перспективы на будущее и в отработке навыков сохранения достижений после лечения. Вовлечение родителей в процесс лечения детей младшего возраста крайне важно, так как эмпатические, эмоционально гармоничные взаимоотношения с родителями или другими опекунами необходимы для выздоровления ребенка после травмы (Lieberman et al, 2011).

И наконец, несмотря на то, что механизм действия до конца не ясен, у взрослых с ПТСР оказалась эффективной методика *десенсибилизация и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок* (ДКПИПДГЯ). ДКПИПДГЯ интегрирует элементы психодинамической, когнитивно-бихевиоральной, когнитивной и интерперсональной систем и телесно-ориентированную терапию, а также компонент билатеральной стимуляции мозга (например, движения глазных яблок). Современные публикации свидетельствуют о том, что ДКПИПДГЯ эффективна у взрослых с ПТСР (Bisson et al, 2007). Данные об эффективности ДКПИПДГЯ у детей и подростков не такие убедительные, как данные о КПТ (Gillies et al, 2012).

ВЫВОДЫ

С момента официального представления диагноза ПТСР у детей в 1981, благодаря научным исследованиям, значительно возросло понимание нами факторов риска, феноменологии, нейробиологии, профилактики и лечения этого расстройства. На сегодняшний день общепризнанным является тот факт, что ПТСР – это распространенное состояние среди детей и подростков, которое может быть причиной выраженного дистресса и нарушения функционирования.

Несмотря на значительные успехи в лечении, в частности, при применении когнитивно-бихевиоральных методов, все еще существуют такие проблемы, как стигматизация и избегание, ассоциированные с ПТСР, а также зависимость детей от их взрослых в отношении обращения за помощью. В большинстве стран, особенно с низким уровнем экономического развития, еще одним, часто непреодолимым, препятствием является отсутствие подготовленных специалистов. Тем не менее, при продолжении исследований и достижении прогресса в этой сфере настоящие барьеры в лечении будут, очевидно, ослаблены.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.4.1

ОПРОСНИК ПО ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОМУ ДИСТРЕССУ У ДЕТЕЙ*
(PERITRAUMATIC DISTRESS INVENTORY-CHILD)

Пожалуйста, напротив каждого предложения отметьте значком (√) ячейку с вариантом ответа, который соответствует тому, насколько верно описание, приведенное в предложении, отражает то, что вы чувствовали сразу после события, которое послужило причиной вашего направления в госпиталь. Если предложение не соответствует тому, что вы чувствовали, отметьте «совершенно неверно»

	Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. Я чувствовал себя беспомощным, потрясенным	0	1	2	3	4
2. Я чувствовал печаль и горе	0	1	2	3	4
3. Я был расстроен и злился из-за того, что не смог ничего сделать	0	1	2	3	4
4. Я боялся за свою безопасность	0	1	2	3	4
5. Я чувствовал себя виноватым	0	1	2	3	4
6. Я чувствовал, что я виноват в своих эмоциях и в том, как я себя чувствовал	0	1	2	3	4
7. Я беспокоился о безопасности других людей (моих родителей, братьев, сестер, друзей ...)	0	1	2	3	4
8. Я чувствовал, что почти теряю контроль над своими эмоциями, что больше не смогу контролировать то, что чувствовал	0	1	2	3	4
9. Я чувствовал позывы помочиться (пописать), испражниться (сходить по большому)	0	1	2	3	4
10. Я испытывал ужас, был напуган	0	1	2	3	4
11. Я покрылся потом, меня всего трясло и мое сердце колотилось	0	1	2	3	4
12. Я чувствовал, что могу потерять сознание	0	1	2	3	4
13. Я чувствовал, что могу умереть	0	1	2	3	4
*Несколько модифицирован с разрешения Dr Alain Brunet http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf					

Общий бал подсчитывается путем суммирования значений по всем элементам. Высокий показатель указывает на повышенный риск возникновения ПТСР. У взрослых значение <7 баллов указывает на отсутствие необходимости в наблюдении; значение > 20 баллов указывает на то, что необходима неотложная помощь и дальнейшее наблюдение; итоговое значение в диапазоне от 7 до 20 баллов является основанием для наблюдения в течение нескольких недель (Guardia et al, 2013). Bui et al (2011) предоставляют дальнейшие психометрические данные.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.4.2

ОПРОСНИК ПО ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКИМ
ДИССОЦИАТИВНЫМ ПЕРЕЖИВАНИЯМ У ДЕТЕЙ*

Спасибо за ответы на представленные ниже вопросы. Отметьте значком (✓) те ответы, которые лучше всего описывают то, что с вами произошло и что вы чувствовали во время _____ и сразу же после этого. Если вопрос не касается того, что произошло с вами, выберите, пожалуйста, «Совершенно неверно».

1. Иногда я терял нить происходящего вокруг меня. Я чувствовал себя отстраненным, оторванным от действительности, временами «не понимал», где нахожусь, и не чувствовал себя частью происходящего.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

2. Я чувствовал себя, как на автопилоте и продолжал совершать действия, которые активно не намеревался совершать.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

3. У меня изменилось чувство времени, так как если бы все происходило в замедленном темпе.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

4. Происходящее выглядело нереальным, как будто во сне, или как будто я смотрел фильм или сам был участником фильма.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

5. У меня было ощущение, словно я был наблюдателем, будто я наблюдал сверху за тем, что происходило со мною, как будто я наблюдал все со стороны.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

6. Бывали моменты, когда у меня искажалось или изменялось ощущение собственного тела. Я ощущал, что не связан со своим телом, либо чувствовал себя необычно большим или маленьким.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

*Несколько модифицирован с разрешения Dr Alain Brunet <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>

7. Мне казалось, что то, что происходило на моих глазах с другими, происходило также и со мной, например, было ощущение, что я нахожусь в опасности, хотя на самом деле для меня никакой опасности не было.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

8. Я с удивлением увидел, когда все закончилось, что в моем присутствии произошло много событий, о которых я ничего не знаю, особенно таких, на которые я бы обязательно обратил внимание.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

9. Я был дезориентирован, то есть, временами я не был уверен в том, где я нахожусь и который сейчас час.

1	2	3	4	5
Совершенно неверно	Иногда верно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно

Общий бал подсчитывается путем суммирования значений по всем элементам. Повышенные показатели указывают на высокий риск возникновения ПТСР. Vui et al (2011) предоставляют дальнейшие психометрические данные.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.4.3

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА И САМОКОНТРОЛЯ

- Опросите ребенка или подростка, который был подвергнут воздействию психологически травмирующего события.
- Напишите письмо семейному врачу или направившему специалисту с кратким изложением и выводами по данному случаю (формулировка), включая предварительный диагноз и план лечения (в соответствии с Главой А.10).
- Чем отличаются диагностические критерии ОСР и ПТСР? (ответы см. в Таблице F.4.1).
- Напишите краткое эссе о факторах, которые способствуют повышению вероятности возникновения ПТСР у детей-беженцев.
- Перечислите пять групп симптомов, которые могут быть обнаружены у лиц, переживших травматическое событие (ответы см. в Таблице F.4.1).
- Перечислите некоторые из компонентов сфокусированной на травме когнитивно поведенческой терапии (см. соответствующую Вкладку).
- Вопросы с выбором варианта ответа из предложенных (англ., – Multiple choice question – MCQ).

MCQ F.4.1 Какой метод является лечением первого ряда при посттравматическом стрессовом расстройстве?

1. Дебрифинг критического инцидента
2. Трициклические антидепрессанты
3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
4. Бета блокаторы
5. Сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая психотерапия

MCQ F.4.2 Какой из приведенных ниже ответов верный в отношении посттравматического стрессового расстройства у детей до шестилетнего возраста?

1. Возникает только спустя 6 и более месяцев после травмы
2. Обычно сопровождается чувством отсутствия перспективы на будущее
3. Повторное переживание (например, повторяющиеся игры) может не вызывать дистресса у ребенка
4. Редко наблюдаются ночные кошмары, связанные по содержанию с травмой
5. Часто наблюдается аутодеструктивное поведение

MCQ F.4.3 Какой из перечисленных методов лечения, проведенный непосредственно после травматического события, способен ослабить развитие ПТСР?

1. Дебрифинг критического инцидента
2. Бензодиазепины
3. Неотложная психологическая помощь
4. Вальпроат натрия
5. Вмешательство, основанное на воздействии, начатое в отделении неотложной помощи.

MCQ F.4.4 Дебрифинг критического инцидента с жертвами травматического события:

- Не следует проводить систематически
- Следует проводить только в случае очень тяжелых травматических событий
- Должен проводиться только подготовленным персоналом
- Следует проводить только с людьми, подвергшимися повторным травматическим событиям
- Следует проводить во всех случаях.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ С ВЫБОРОМ ВАРИАНТА ОТВЕТА (MCQ)

- MCQ F.4.1 Ответ: 1
- MCQ F.4.2 Ответ: 3 (в отличие от взрослых, у детей до 6 лет повторное переживание события может не вызывать дистресса).
- MCQ F.4.3 Ответ: 5 Результаты одного из недавних исследований показали, что три сессии вмешательства, основанного на технике внешнего воздействия, проведенные в отделении неотложной помощи в первые 12 часов после травматического события, могут быть эффективными в снижении частоты ПТСР среди взрослых (Rothbaum et al, 2012), однако отсутствуют данные о применении такого подхода у детей и подростков.
- MCQ F.4.4 Ответ: 1. психологический дебрифинг критических инцидентов, проведение которого требует обсуждения деталей травмы с индивидами (иногда в условиях группы), приносит или небольшую пользу, или оказывается вовсе неэффективным (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). Данные некоторых исследований с участием взрослых, указывают на то, что групповой дебрифинг усиливает симптоматику ПТСР и может даже способствовать повышению частоты возникновения ПТСР (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). Данные двух рандомизированных контролируемых испытаний с участием детей показали, что дебрифинг не лучше общепринятых мер в снижении частоты ПТСР, или других негативных последствий, в том числе проблем с поведением, депрессии или тревоги (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). Таким образом, несмотря на то, что детям и подросткам, переживающим дистресс или ищущим помощи должна быть предоставлена возможность поговорить индивидуально о травме, если они захотят это сделать, незатребованный дебрифинг (в особенности в условиях группы) не рекомендован.