

# Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, терапия, реабилитация

Посттравматическое стрессовое расстройство представляет серьезную медико-социальную проблему во всем мире. К сожалению, сегодня в Украине отмечено увеличение количества случаев данного заболевания. Проблемными остаются вопросы диагностики и терапии этого состояния, а также медико-психологической реабилитации таких пациентов. В ходе Научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к диагностике, терапии и реабилитации посттравматических стрессовых расстройств», состоявшейся 28–29 мая 2015 г. в Харькове, психиатры, медицинские психологи, психотерапевты, военные психиатры, представители общественных организаций, волонтеры обсудили наиболее актуальные вопросы, связанные с различными аспектами посттравматических стрессовых расстройств, поделившись собственным опытом ведения таких пациентов.



Вовступительном слове профессор **Петр Волошин**, президент Научно-практического общества неврологов, психиатров и наркологов Украины, директор ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», отметил чрезвычайную актуальность темы проводимой конференции. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) массово выявляли у военнослужащих и мирного населения в ходе боевых действий во Вьетнаме, Афганистане, Ираке, Чечне; на опыте этих войн уже проводили изучение стрессовых состояний, результаты которого свидетельствуют о длительности течения и серьезности медико-социальных последствий заболевания.

П. Волошин выразил надежду, что участникам конференции, используя накопленный опыт, удастся решить проблему оказания высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с ПТСР.



Профессор **Наталья Марута**, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», рассказала об особенностях этиологии, патогенеза, диагностики ПТСР, а также терапии и реабилитации пациентов с данным заболеванием. Она напомнила, что ПТСР — это отсроченная и/или затяжная реакция на экстремальное (травматическое) событие угрожающего или катастрофическо-

го характера, которое может обуславливать общий дистресс. Современные экстремальные события характеризуются длительностью, значительной вовлеченностью различных контингентов населения, наличием информационно-психологической составляющей «гибридной» войны. До 90% взрослого населения на протяжении жизни сталкиваются с травматическими событиями; через 4 нед после травмы симптомы ПТСР выявляют у 42 и 32% женщин и мужчин соответственно, у 1/3 перенесших экстремальное событие присутствуют различные проявления заболевания.

Медико-социальными последствиями ПТСР являются высокая коморбидность с психическими расстройствами, риск суицида, аддиктивное поведение, формирование личностных расстройств, нарушение социального взаимодействия, ухудшение качества жизни. Специфические критерии диагностики данного заболевания включают экстремальность события, вторжение, избегание; неспецифические — гиперактивацию, длительность течения (до 6 мес), нарушение социального функционирования.

Н. Марута обратила внимание на важность медико-психологической реабилитации (МПР) у пациентов с ПТСР, основными компонентами которой являются психотерапия, психосоциальная реабилитация, методы психологического воздействия, фармакотерапия, физиотерапия, немедикаментозные методы, психообразование. МПР должна проводиться мультидисциплинарной бригадой, а также иметь профилактическую направленность (психообразование, тренинги стрессоустойчивости к информационным атакам, психологическую поддержку и т.д. следует осуществлять до начала боевых действий). Этапность МПР включает: скрининг соматического и психологического состояния в условиях «карантинной зоны» с выявлением нарушений психического здоровья, первичную МПР в центрах (отделениях), МПР в лечебно-профилакти-

ческих учреждениях всех форм собственности, в том числе в госпиталях для ветеранов войны и участников боевых действий, вторичную МПР в санаторно-курортных учреждениях.

Важными компонентами МПР при ПТСР являются:

- непрерывность и преемственность (четкое взаимодействие медико-психологических служб всех министерств и ведомств, участвующих в реабилитации);
- создание реадaptационной атмосферы (публичное признание социального значения участия в боевых действиях, признание их высокого социального статуса, понимание ценностей боевого братства, создание условий для благоприятной психологической обстановки в семье и др.).



**Олег Друзь**, полковник медицинской службы, начальник Клиники психиатрии Главного военно-медицинского центра «Главный военный клинический госпиталь», главный психиатр

Министерства обороны (МО) Украины, ознакомил слушателей с состоянием психиатрической помощи в Вооруженных силах Украины, а также обратил внимание на существующие проблемы, среди которых основными являются: отсутствие в мобильных госпиталях штатных психиатров и психологов, а также предварительной специальной психологической подготовки бойцов и др. В настоящее время совместными усилиями МО Украины, Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, НАМН Украины ведется активная работа по усовершенствованию оказания специализированной медицинской помощи данному контингенту пациентов.



**Олег Чабан**, профессор кафедры общей и медицинской психологии и педагогики Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, подробно остановился на нейропсихологических аспектах ПТСР, их взаимодействии с коморбидными тревожными расстройствами. Согласно рекомендациям Национального института здоровья и качества медицинской помощи (National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE), Великобритания, психологические вмешательства при тревожных расстройствах должны быть предложены в качестве терапии 1-й линии.

Препаратом выбора у таких пациентов является прегабалин, обладающий анксиолитическим эффектом, высокой скоростью антитревожного действия, хорошим сомналентным эффектом без изменения структуры сна; он хорошо сочетается с другими антидепрессантами, не мешает психотерапии (не влияет на когнитивные функции).



Профессор **Герхард Дамманн**, директор психиатрической клиники Мюнстерлингена (Швейцария), в своем выступлении и уделил внимание психодинамике ПТСР, отметил, что данное заболевание является не просто нейропсихологическим нарушением — в его основе лежат когнитивные, психодинамические, социальные и культуральные аспекты.

Важную роль в развитии ПТСР играют генетическая предрасположенность, детский опыт, внешние нарушения, личностные характеристики, способы самоконтроля, посттравматическое окружение, жизненные стрессоры, самооценка, самовыражение в жизни, значимость травматического события.

**Елена Кирюхина**, специалист по уходу, IPT- и MBSR-тренер (Швейцария), поделилась опытом оказания психиатрической помощи больным с ПТСР на стадии госпитализации. Такой уход осуществляет команда специалистов, которая состоит из психолога, психиатра, специалиста по уходу, специалиста по социальной работе, арт-терапевта, спортивного терапевта, священника с обязательным участием самого пациента.



План действий медицинской сестры заключается в: сестринском обследовании больного, определении состояния его здоровья, установлении диагноза (сестринский диагноз), планировании сестринского ухода, реализации сестринского плана, оценке качества действий медицинской сестры.

Приоритет по уходу включает: установление причинных факторов и индивидуальных реакций (в острую и хроническую фазу), поддержку пациента в его попытках справиться с существующей ситуацией (в острую и хроническую фазу), способствование хорошему самочувствию (консультирование, психоэдукация, планирование выписки).



О принципах построения медико-психологического сопровождения участников антитеррористической операции шла речь в докладе профессора **Бориса Михайлова**, главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Медицинская психология» и «Психотерапия», заведующего кафедрой психотерапии Харьковской медицинской академии последилового образования. Он отметил, что главными принципами оказания помощи пострадавшим, перенесшим психологическую травму, являются неотложность, приближение к месту событий, ожидание того, что нормальное состояние возобновится, единство и простота психологического влияния.

МПР должна быть направлена на максимально возможное возобновление уровня социального функционирования и повышение качества жизни пациента.

**Б. Михайлов** подчеркнул, что основным видом медико-психологического реабилитационного процесса является психотерапия (индивидуальная, групповая). У данного контингента наиболее эффективен когнитивно-поведенческий метод. При проведении групповой психотерапии следует помнить, что в одну группу нельзя включать военнослужащих, субординационно зависящих друг от друга.



Профессор **Людмила Юрьева**, заведующая кафедрой психиатрии факультета последилового образования ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины», рассказала о динамике расстройств адаптации на модели стресса социальных изменений, коснувшись исторических вопросов динамики ПТСР. Она отметила, что до 90% жертв современных конфликтов —

это мирное население. Непсихотические, связанные со стрессом психические расстройства, возникают у подавляющего большинства беженцев и переселенцев. Кроме развития классических психосоматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет и др.), ПТСР проявляется в общем изменении психосоматического состояния человека (повышенная тревожность, общая напряженность и невозможность расслабиться, специфические телесные реакции, носящие характер сверхбдительности).

Фармакологическая коррекция психосоматических расстройств включает применение транквилизаторов (предпочтительно небензодиазепиновых анксиолитиков), антидепрессантов, блокаторов  $\beta$ -адренорецепторов, ноотропных препаратов, антипсихотиков.

**Л. Юрьева** отметила, что, несмотря на негативные последствия заболевания, отмечена позитивная динамика, заключающаяся в мобилизации скрытых возможностей личности, которые изменяют самоощущение человека и делают его более стойким перед лицом настоящих и будущих жизненных драм; травма укрепляет значимые взаимоотношения, меняет жизненную философию человека, его приоритеты.



Профессор **Анна Кожина**, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального университета, рассказала о современных под-

ходах к терапии депрессивных расстройств, возникших вследствие экстремальных событий. Диагностические критерии депрессии включают наличие основных (подавленное настроение, потеря интереса и ощущения удовольствия, повышенная утомляемость, недостаток энергии и снижение активности) и дополнительных (снижение самооценки, неуверенность в себе, трудности концентрации внимания, идея вины и неполноценности, ажитация или заторможенность, нарушения сна, потеря аппетита, суицидальные мысли и попытки) признаков. Для установления диагноза необходимо наличие  $\geq 2$  основных и  $\geq 2$  дополнительных симптомов в течение последних  $\geq 2$  нед.

Главными стратегическими задачами лечения, помимо достижения ремиссии, являются уменьшение выраженности симптомов, улучшение состояния пациента, восстановление психосоциального и профессионального функционирования. В их решении важен комплексный подход, включающий фармакотерапию, психотерапию и психообразование.

Начало терапевтического вмешательства должно быть, по возможности, максимально ранним (вслед за действием стрессора) и носить длительный характер. Фармакологическая терапия определяется особенностями клинической картины заболевания, наличием коморбидных расстройств, личностными характеристиками пациента и заключается в применении антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных препаратов, тимостабилизаторов, блокаторов β-адренорецепторов.

Психотерапия должна быть комплексной. Наиболее оптимальным является применение когнитивно-поведенческой, интерперсональной, проблемно-разрешающей и семейной терапии.



**Олег Сыропятов**, профессор кафедры военной терапии Украинской военной медицинской академии, обратил внимание на то, что в зависимости от характера стресса (боевой, небоевой)

течение ПТСР имеет свои особенности, что проявляется в формировании разных типов синдрома. Так, при регрессирующем течении заболевания формируется преимущественно апатический, при прогрессирующем — тревожный, при стационарном — соматоформный, при смешанно-прогрессирующем — дисфорический тип. Феномен ПТСР представляет собой сложное полисиндромальное образование, характеризующееся наличием стойких тревожно-депрессивных, тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств с формированием в процессе болезни избегающего поведения. Разная психопатологическая структура депрессии при ПТСР и соотношение ее с другими составляющими симптомокомплекса позволяет говорить о синдромообразующей роли доминирующего депрессивного аффекта при ПТСР.



**Профессор Наталья Пшук**, заведующая кафедрой медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, коснулась

вопросов психосоциальной терапии пациентов с шизофренией. Она отметила, что основной целью терапевтического вмешательства при шизофрении является купирование острых проявлений заболевания, предупреждение срыва ремиссии, активация социального функционирования пациента, повышение качества жизни как самого пациента, так и его семьи. Особое внимание уделяют роли близких род-

ственников, задачами которых являются оперативное обращение за профессиональной помощью, предоставление психиатру информации в полном объеме, наблюдение за выполнением назначений врача, создание способствующей выздоровлению обстановки, мотивация пациента.



Свое выступление **Дмитрий Мангуби**, заведующий отделением первичного психотического эпизода Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3, посвятил

теме биполярного аффективного расстройства (БАР) — хронического рецидивирующего заболевания со сложной этиологией и патогенезом, но с высоким вкладом генетического фактора, значительно снижающего уровень социального функционирования и качество жизни больных. В ежедневной клинической практике для повышения качества диагностики этого заболевания полезно использование самоопросников и стандартизованных интервью.

Выбор препарата осуществляют, прежде всего, с учетом особенностей течения заболевания, а именно преобладающей полярности фаз. Препараты лития и вальпроевой кислоты, согласно ведущим мировым руководствам, являются препаратами выбора в случае доминирования маниакальной симптоматики, антипсихотики и ламотригин — при преобладающей депрессивной симптоматике. При быстротечном течении приоритет отдают антиконвульсантам.



Говоря о когнитивных нарушениях при ПТСР, **Татьяна Панько**, ведущий научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии

НАМН Украины», отметила, что наиболее тяжелым по степени воздействия и негативным последствием не только для психики, но и для жизни является участие в военных действиях. По разным оценкам, у 20–70% участников боевых действий выявляют различные психические нарушения, часто имеющие отношение к ПТСР. Военный стресс имеет хроническую причину и тенденцию к постепенному ухудшению с течением времени. Одной из диагностических сложностей является то, что ПТСР может проявиться как через 1 мес, так и через 30–40 лет после травмы.

Особенностью когнитивных нарушений при ПТСР являются реакции человека на психологическую травматизацию в виде избегания мыслей и чувств, свя-

занных с психологической травмой, ощущение отгороженности от других, кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной проекции и т.д. Значимым признаком ПТСР выступают проявления, субъективно воспринимаемые как разнообразные нарушения памяти (затруднение запоминания, удерживания в памяти той или иной информации). Эти расстройства, как правило, не связаны с истинными нарушениями функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, снижением концентрации внимания на фактах, не имеющих отношения к травматическому событию и угрозе повторного возникновения.

Терапия ПТСР включает применение антидепрессантов и анксиолитиков, способствующих обратному развитию симптомов. Фармакотерапию следует сочетать с долгосрочной психотерапией, направленной на изменение поведения, и включать техники поддерживающей, рациональной, когнитивно-поведенческой, личностно- и телесно-ориентированной психотерапии, а также элементы гештальт-терапии. Для купирования когнитивных нарушений применяют сосудисто-ноотропные и метаболические препараты, не обладающие возбуждающим эффектом.

Длительность терапии при остром ПТСР должна составлять 6–12 мес, хроническом ПТСР — 12–24 мес, хроническом ПТСР с резидуальными симптомами — 24 мес.

Психообразование решает проблему социальной реинтеграции больного. Наиболее приемлемой является трехэтапная структура психообразовательной работы, включающая изучение информационными потребностей пациентов и их родственников, сбор доказательных данных и создание информационного модуля, апробацию и оценку эффективности. У пациентов с депрессивными расстройствами, возникшими вследствие экстремальных ситуаций, эффективна комплексная бифокальная (ориентированная как на пациента, так и на членов его семьи) поэтапно осуществляемая система информационных, психокоррекционных и социокоррекционных воздействий.

В ходе конференции особое внимание было также уделено фармакотерапии других расстройств, возникающих во время экстремальных событий, вопросам психообразования, реформирования психиатрической службы, организации медико-реабилитационных центров, международного опыта сотрудничества в оказании психологической помощи лицам, подвергшимся военной травме. Конференция вызвала большой интерес со стороны медицинской общественности, ученых, представителей различных ведомств. Участники конференции отметили ее высокую значимость и актуальность, подчеркнув, что подобные мероприятия необходимо проводить и в дальнейшем.

*Марина Колесник,  
фото автора*