

Глава 12 СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Эта глава касается диагностируемых расстройств, которые возникают после отдельных тяжелых потрясений, а не повреждений, вызванных продолжительными стрессами. Типичное продолжающееся неблагополучие - проживание с родителями, которые постоянно дерутся или страдают от серьезного психического расстройства; наличие инвалидизирующего заболевания у ребенка; подвержение травле или дискриминации; а также многократно разрушенный личностный мир, например насилием или войной. Все это и процессы совладания обсуждаются в главе 30, которую следует читать в связке с этой главой.

В МКБ-10 и DSM-IV описаны три расстройства, возникающие после отдельных потрясений. У *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР) наиболее точно определенный профиль симптомов, которые должны присутствовать, по меньшей мере месяц; у *острого стрессового расстройства* профиль симптомов немного больше, но оно длится менее месяца. И то и другое – вполне понятные реакции на ужасные события, которые бы явно расстроили почти любого; главное различие между ними – в том, как долго длится реакция. Можно спросить, почему понятные реакции классифицируют как психические заболевания? Ответ отчасти заключается в чрезмерности и устойчивости психических феноменов, которые находятся за пределами обычного личного опыта и поэтому являются «ненормальными», а отчасти – в степени вызванных ими страданий и нарушений. С другой стороны, *расстройство приспособления (адаптации)*⁹ – непомерная реакция, более значительная, чем можно ожидать у большинства людей. Оно включает очень широкий спектр возможных симптомов, которые не настолько выражены, чтобы соответствовать критериям какого-либо специфического расстройства, и эти симптомы могут продолжаться вплоть до шести месяцев после того, как прекратилось расстраивающее событие. Тяжелая утрата явным образом исключена из расстройства приспособления и обсуждается отдельно.

Оценка

При оценке тяжести реакции ребенка, помимо интервьюирования родителей и получения сведений от учителей, решающее значение имеет разговор с самим ребенком. В прошлом с детьми часто не разговаривали, и до 1970-х годов в авторитетных учебниках по детской психиатрии утверждалось, что дети мало реагируют на острый стресс. Потом, в результате тщательной оценки эмоций, познания и поведения подвергшихся стрессу детей, картина разительно изменилась. Сейчас признается, что нужно принимать во внимание специфические ограниченные страхи, а не только общую боязливость, спросить о навязчивых мыслях и образах, а также об избегании. Дети их часто раскрывают, если спрашивать с сочувствием, и могут сказать, что они не говорили своим родителям, потому что не хотели их расстраивать. Важно также учитывать все последствия для психосоциального функционирования, заметные в дружеских отношениях и школьных занятиях. Обычные психиатрические шкалы детских симптомов, такие как SDQ (ССТ) или CBCL¹⁰, заполненные учителями или родителями, могут не обнаружить никаких проблем у пораженных детей; более того, взрослым может показаться, что озабоченные и оцепеневшие дети особенно хорошо себя ведут. Детские опросники для самоотчетов также могут пропустить ПТСР, поскольку их общие скрининговые вопросы плохо улавливают симптомы ПТСР. Однако при специфических расспросах пораженные дети обычно способны уже с трехлетнего возраста дать ясный отчет.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

ПТСР впервые было признано расстройством Американской Психиатрической Ассоциацией в DSM-III в 1980 году в результате опыта, накопленного с ветеранами Вьетнамской войны, которые предъявляли характерную триаду - навязчивые мысли, эмоциональное оцепенение и избегание, а также физиологическое гипервозбуждение. С тех пор все больше и больше признается, что ПТСР в определенно сходной форме возникает у детей. Оно возникает после того, как ребе-

нок испытал бедствие или грубое насилие или был свидетелем этого, а также может возникать после сексуального или физического плохого обращения, угрожающих жизни заболеваний, медицинских процедур и автомобильных катастроф. И если бедствия встречаются редко, то физическое и сексуальное насилие – нет. Дети также часто бывают свидетелями серьезного домашнего насилия; например подсчитано, что дети являются свидетелями 10-20% убийств (большинство убийств происходит в результате домашних споров). У детей, находящихся в больнице с серьезными травмами или заболеваниями, риск тоже повышен, как и у беженцев из стран, разорванных войной. Как предел в одном исследовании с использованием критериев DSM, ПТСР обнаружили у 100% сексуально растленных детей, у 70% подвергшихся физическому насилию и у 60% вовлеченных в бедствия. Таким образом, ПТСР развивается у значимого меньшинства или даже у большинства, и эта доля тем больше, чем более шокирующей, по внешним оценкам, является травма. Во многих случаях ПТСР не распознается и не лечится. И хотя распознавать и лечить симптомы ПТСР важно, часто бывает необходимо, чтобы это вошло в состав широкого плана ведения, соответствующим образом учитывающего широкий спектр проблем ребенка и семьи, и в этом плане образование и социальные службы могут играть большую роль, чем службы здравоохранения.

Диагностические критерии ПТСР

По прошествии события, которое бы расстроило почти любого, ребенок, по меньшей мере месяц испытывает некоторые симптомы каждой из следующих трех групп:

- (1) Травмирующее событие *постоянно переживается повторно*, например, навязчивые образы, травмирующие сны, повторяющееся проигрывание в игре, страдание при напоминании.
- (2) Продолжающееся *избегание* связанных с травмой стимулов или *оцепенение* реагирования: избегание мыслей, чувств, мест и ситуаций; ощущение пребывания в одиночестве или оторванности, интересы редуцированы и эмоциональный диапазон ограничен; плохая память на важные аспекты травмы; потеря веры в будущее: некоторые считают, что им надо жить одним днем и не загадывать наперед.
- (3) Новые симптомы *повышенного возбуждения*, включающие нарушение сна, раздражительность, плохую концентрацию внимания, проблемы с памятью при обучении новому материалу и при воспоминании выученных ранее фактов и навыков, сверхбдительность и настороженность по отношению к любой воспринимаемой опасности и чрезмерную стартл-реакцию.

Навязчивые мысли обычно поражают детей в тихое время, например, когда они ложатся спать; они также могут быть вызваны напоминанием в окружающей обстановке. Часто встречаются ночные кошмары и ночное пробуждение, а также страх темноты. Помимо строгих критериев ПТСР, часто встречается повышенный уровень общих страхов и тревога; нередко возникают панические атаки. Часто бывают трудности при разлуке, даже у подростков; дети могут захотеть спать в родительской постели. Многие дети становятся гораздо более сердитыми и раздражительными, чем раньше, - и с родителями и со сверстниками. Если в бедствиях были убиты или ранены друзья, многие дети чувствуют себя виноватыми за то, что уцелели: за то, что живут, за то, что недостаточно сделали, чтобы спасти других, или за то, что сделали для того, чтобы выжить.

Степень воздействия травмы влияет на выраженность симптомов: те, кто непосредственно испытал боль или вплотную приблизился к смерти, как правило, поражены наиболее сильно. Обычно наиболее заметны избегание и страх предметов и событий, непосредственно относящихся к травме, а избегание и страх стимулов, опосредованно связанных с травмой, выражены меньше. Например, у детей, оказавшихся на тонущем корабле, впоследствии, скорее всего, будут выраженные страхи, относящиеся к лодкам, а также могут быть менее выраженные страхи, связанные с путешествием поездом или самолетом, но предметов и событий, не относящихся к

бедствию, они будут бояться не больше других детей. В то время как общая тревога и депрессия имеют тенденцию со временем идти на убыль, специфические страхи и избегание могут быть удивительно устойчивы. Все больше документальных подтверждений тому, что эти симптомы сопровождаются длительными внутренними физиологическими эффектами: так, через пять лет после землетрясения в Армении у детей с симптомами навязчивого повторного переживания травмы все еще был повышен уровень кортизола в покое.

Модерирующие переменные

И в детстве и во взрослом возрасте определенно сходные травмы могут оказывать совершенно разное действие на разных индивидуумов. Отчасти это может отражать различия в темпераменте, личности или генетическую подверженность специфическим расстройствам. Могут также иметь значение некоторые когнитивные свойства, такие как хорошие навыки решения проблем. Из литературы по устойчивости³⁵ представляется также вероятным, что дети лучше смогут амортизировать стресс, если у них хорошие взаимоотношения с одним родителем, сплоченная и гармоничная семья, и поддержка более широкой социальной сети сверстников и учителей. И напротив, дисфункция семьи, проблемы со сверстниками и серьезное социальное неблагополучие, - все это, вероятно, нарушает устойчивость. Эти факторы более полно обсуждаются в главе 30.

Лечение

У многих травмированных детей никогда не было возможности свободно говорить о том, что они пережили, с информированным и сочувствующим взрослым. Возможно, что когда их начали одолевать навязчивые мысли, они стали бояться, что сходят с ума, и возможно, что они были очень напуганы казавшимися им необъяснимыми паническими атаками. Если такие дети услышат, что это нормальные реакции на ненормальный опыт, это может помочь им осмыслить свой мир и этим положит начало утешению.

Родители и учителя также могут нуждаться в помощи, чтобы признать то, что случилось, и успокоить ребенка. Когда взрослые считают, что о травме и ее последствиях не следует говорить, «чтобы не расстраивать ребенка», или сами боятся того, что может быть сказано, дети часто догадываются об этом и хранят молчание в угоду им.

С детьми можно также применять несколько когнитивных подходов и воздействий, успешность которых доказана у взрослых. Механизмы, запускающие приступы тревоги, могут быть выявлены, а затем на них воздействуют, обучая релаксации и другим методикам снижения тревоги. Затем за ними может следовать ступенчатое воздействие обстановкой бедствия; для того, чтобы преодолеть избегание, воздействие, как правило, должно быть живым и долгим. Другие когнитивные методики представляют оспаривание дизадаптивных мыслей и применение направленных образов, чтобы приобрести власть над мучительными чувствами. Могут быть полезны групповые обсуждения с товарищами по несчастью и их родителями, но они должны продвигаться дальше выражения чувств (которое может только возобновить тревогу) и принять более терапевтическое направление. Результаты контролируемых испытаний у детей и подростков начинают появляться в печати, но, по существу, данных больших рандомизированных контролируемых испытаний на сегодняшний день немного.

В начале 1990-х был разработан метод десенситизации и переработки движением глаз (ДПДГ) в соответствии с которым детей просят вызывать в воображении образ травмирующего события и одновременно с этим следить движениями глаз за рукой психотерапевта, которая перемещается в поле зрения на значительные расстояния. В отличие от когнитивно-поведенческих подходов, здесь почти не предлагается словесных вмешательств и интерпретаций. У некоторых детей образы теряют способность вызывать тревогу, и наблюдается существенное улучшение. У взрослых ДПДГ проверена в испытаниях и теперь изучается механизм ее действия; у детей на сегодняшний день испытаний по существу не было.

При трудностях с засыпанием могут помочь простые методики, например слушать в кровати запись музыки или сказки, чтобы отогнать неприятные навязчивые мысли. Плохие сны можно в течение дня рассказать снова, чтобы ребенок сделал окончание счастливым. Помимо лечения специфических симптомов ПТСР, может оказаться необходимым обратиться к более широким вопросам. Например, если родители детей во время бедствия были убиты, может быть жизненно важным помочь детям и их новым воспитателям приспособиться к потребностям каждого из них. Им может понадобиться помощь, чтобы отличить горе от страха, вызванного происшедшим.

Предупреждение

Предупреждение ПТСР посредством дебрифинга в ближайшее время после травмирующего события (в пределах двух недель) вызывает сомнения, поскольку у взрослых было проведено несколько рандомизированных контролируемых испытаний, и они не показали однозначной пользы, а некоторые обнаружили пагубный результат – возможно потому, что концентрация на симптомах в начальном периоде прерывает процесс нормальной здоровой обработки. Тем не менее, листки, предупреждающие молодых людей и их родителей о возможных эмоциональных последствиях, вероятно полезны, и их все больше и больше предоставляют благотворительные организации, такие как траст Предупреждения несчастных случаев с детьми (Child Accident Prevention Trust).

ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Этот диагноз применяется, когда спектр симптомов присутствует, по меньшей мере, два дня, но не более месяца после травмирующего события, в которое была вовлечена смерть или тяжелая травма, или их угроза. Реакция должна включать интенсивный страх, беспомощность или ужас. Помимо симптомов типа повторного переживания, избегания и возбуждения, которые наблюдаются при ПТСР, присутствуют диссоциативные симптомы, такие как эмоциональное оцепенение, редуцированное осознание окружающего («пребывание в оцепенении»), дереализация, деперсонализация, отрицание или амнезия. Исследований острых реакций на стресс в детском возрасте мало; эти симптомы обычно рассматривают как вероятные предшественники ПТСР и соответственно с ними обращаются.

РАССТРОЙСТВО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ⁹

Этот термин используется для обозначения широкого спектра симптомов, которые не соответствуют полностью критериям какого-либо другого расстройства, но представляются непомерными относительно того, насколько расстраивающим было событие. Важный критерий при постановке диагноза - нарушения. Могут встречаться симптомы, характерные для наиболее распространенных расстройств, хотя преобладают депрессия и смешанная с депрессией тревога; дети, претерпевающие негативные события жизни, страдают от этих расстройств примерно в пять раз чаще. Чрезмерные реакции на острый стресс встречаются гораздо чаще, когда ребенок уже испытывает несколько продолжающихся несчастий – как «соломинка, сломавшая спину верблюда». Лежащие в их основе механизмы более полно обсуждаются в главе 30. Помимо того, чтобы помочь ребенку понять стресс и совладать с ним, при лечении следует попытаться уменьшить продолжающееся неблагополучие, например предложить родителям попробовать семейную терапию, чтобы уменьшить разлад; обратиться к учителям, чтобы попытаться преодолеть издевательства со стороны сверстников, а также способствовать переезду из опасного района. Может существенно помочь содействие факторам защиты: например побуждать ребенка вступить в спортивную команду или записаться в танцевальный класс, чтобы способствовать развитию навыков, уверенности в себе и положительных отношений со сверстниками.

ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА

Три основные стадии горя у детей описаны такими писателями, как Анна Фрейд (Anna Freud) и Джон Боулби (John Bowlby), и эмпирические наблюдения подтвердили их в общих чертах. Во-первых, *первоначальная кризисная реакция* с потрясением, отрицанием и неверием, эмоциональным оцепенением и чувством оторванности; мысли и поведение направлены главным образом на того, кого потеряли. Затем следует *эмоциональная дезорганизация* с грустью и плачем, гневом и обидой, чувствами отчаяния, обманутых надежд, безнадежности и никчемности, плохим сном и аппетитом, а иногда с чувством вины и самообвинением. *Приспособление* к потере, в конечном счете, проявляется снижением тревоги, нарастающим наслаждением жизнью, большей вовлеченностью в каждодневные занятия и образованием новых привязанностей. Эти стадии сливаются друг с другом и могут сосуществовать. Скорость продвижения от одной стадии к другой очень разнообразна и переходы не являются необратимыми: под влиянием нового стресса ребенок может временно вернуться на прежнюю стадию.

На групповом уровне, у детей, перенесших тяжелую утрату, частота психопатологии в течение года, следующего за потерей, выше, чем у контрольных детей. До известной степени реакции на тяжелую утрату - неизбежное следствие взаимоотношений привязанности. Тем не менее, когда возникают пагубные долгосрочные последствия, то обычно это бывает не в результате психологического влияния потери, а потому, что также имели место нарушение хорошего качества эмоционального и общего попечения, потеря занятий, изменения в школьном обучении, ухудшение жилищных условий и т.п. Психиатрическая оценка может быть показана, когда детям меньше десяти лет, у них трудности при обучении, они перед этим перенесли потери, если в личной или семейной истории имеется психическое расстройство, если смерть была неожиданной или иным образом травматичной, если имеется множественное неблагополучие и если переживший родитель недостаточно заботится о ребенке. Вмешательство включает следующее: поддержать родителя в том, чтобы чутко присматривать за ребенком, помочь ребенку понять потерю, навещать могилу и отмечать годовщины, таким образом участвуя в трауре. Испытания таких вмешательств показывают, что они снижают психопатологию и улучшают функционирование.

Обзоры по теме

- Black D. (2002) Bereavement In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 299-308.
- Hill P. (2002) Adjustment disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 510-519.
- Perrin S. et al. (2000) The assessment and treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 277-289
- Yule W. (2002) Post-traumatic stress disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 520-528.

Дополнительное чтение

- King N.J. et al. (2000) Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Sandler I.N. et al. (1992) Linking empirically based theory and evaluation: the family bereavement program. *American Journal of Community Psychology* 20, 491-521
- Strain J.J. et al (1998) Adjustment disorder: the MacArthur reanalysis. In: Widiger T.A. et al (eds) *DSM-IV Source book*, Vol. 4. pp 403-424. Washington DC: American Psychiatric Association
- Yule W. et al (2000) The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 503-511