Актуальная тема

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

М.А. Тетюшкин, О.В. Гуськова, НПЦ ЭМП

Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар. Систематически этими расстройствами первоначально вынуждены были заниматься военные психиатры. Первое психиатрическое описание (DaCosta, 1871) восходит к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Состояние обозначалось тогда как «солдатское сердце» — основное внимание привлекали кардиологические симптомы. Во время первой мировой войны его называли «снарядным шоком» — предполагалось, что оно является следствием черепно-мозговой травмы в результате артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов.

В послевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления не только об острой реакции на стресс, но и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторных ситуативных расстройствах и нарушениях адаптации — патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем.

Эпидемиология

Распространенность расстройств естественно варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Синдром развивается у 50—80% перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин.

Этиология

Этиопатогенез расстройства определяется действием ряда факторов: интенсивность стресса, социальная ситуация, в которой он действует, личностные особенности жертвы и ее биологическая ранимость. Социальная поддержка играет большую роль в предотвращении стрессовых реакций. Ранимость к стрессу особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастной группе. После тяжелых ожогов ПТСР развивается в 80% у детей и лишь в 30% у взрослых. Это связано с несформированностью механизмов копинга в детском возрасте. Ранимость в старшей возрастной группе объясняется чрезмерной ригидностью копинг-механизмов, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы, а также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой системы. В любом возрасте предрасполагающим фактором является физическое истощение. Характерологическими особенностями, предрасполагающими к развитию ПТСР, являются эмоциональная неустойчивость,

повышенная тревожность и незрелость личности. В отличие от ПТСР, при нарушениях адаптации интенсивность стресса не всегда обусловливает собой тяжесть расстройства. Стрессы могут быть одиночными или накладываться друг на друга, быть периодическими (авралы на производстве) или постоянными (бедность). Разным этапам жизни свойственна своя специфика стрессовых ситуаций (начало учебы, уход из родительского дома, вступление в брак, появление детей и их уход из дома, недостижение профессиональных целей, уход на пенсию).

Клиника

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

Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование. Более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (изнасилование), чем на природную катастрофу (наводнение). В затяжных случаях пациент становится фиксированным уже не на самой травме, а на ее последствиях (инвалидность и т. д.). Появление симптоматики иногда бывает отставленным на разный период времени, это касается и нарушений адаптации, где симптомы не обязательно снижаются при прекращении стресса.

Интенсивность симптоматики может меняться, усиливаясь при дополнительном стрессе. Хороший прогноз коррелирует с быстрым развертыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний.

Диагноз

Острая реакция на стресс диагностируется при соответствии состояния следующим критериям: 1) переживание тяжелого психического или физического стресса; 2) развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа; 3) в зависимости от представленности приведенных ниже двух групп симптомов А и Б, острая реакция на стресс подразделяется на легкую, имеются лишь симптомы группы А средней тяжести, имеются симптомы группы А и не менее 2 симптомов из группы Б и тяжелую, симптомы группы А и не менее 4 симптомов группы Б или диссоциативный ступор. Группа А включает критерии 2, 3 и 4 генерализованного тревожного расстройства — внутреннее напряжение, гипотимия, повышенные озабоченность и опасения относительно повседневных событий и проблем; физические проявления тревоги, страха; отсутствие органических причин тревожной симптоматики. Группа Б включает следующие симптомы: а) отход от ожидаемого социального взаимодействия, б) сужение внимания, в) очевидная дезориентировка, г) гнев или вербальная агрессия, д) отчаяние или безнадежность, е) неадекватная или бессмысленная гиперактивность, ж) неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культурных норм) грусть; 4) при смягчении или устранении стресса симптомы начинают редуци-

роваться не ранее чем через 8 часов, при сохранении стресса — не ранее, чем через 48 часов; 5) отсутствие признаков какого-либо другого психического расстройства за исключением генерализованного тревожного, эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершен не менее, чем за 3 месяца до действия стресса. Расстройства адаптации в зависимости от доминирующих в клинической картине проявлений дифференцируются следующим образом: кратковременная депрессивная реакция преходящее состояние легкой депрессии, длящееся не свыше месяца; пролонгированная депрессивная реакция — легкое депрессивное состояние как реакция на затяжную стрессовую ситуацию, длящееся не свыше двух лет; смешанная тревожная и депрессивная реакция — представлена как тревожная, так и депрессивная симптоматика, по интенсивности не превышающая смешанное тревожное и депрессивное расстройство или другие смешанные тревожные расстройства.

Лечение

Препаратами «первого выбора» в терапии расстройств адаптации являются антидепрессанты. Особенно показано их применение при выраженности в клинической картине тревожно-депрессивных проявлений, затягивании и «эндогенизации» депрессии, что также способствует снижению повторяющихся воспоминаний травмы, нормализации сна. Существует представление о том, что для ограниченной группы больных эффективными могут оказаться ингибиторы МАО. При значительной дезорганизации поведения в течение короткого времени плегирование может достигаться седативными нейролептиками. Лекарственная терапия всегда должна идти рука об руку с разрешением психотравмирующей ситуации и психотерапией. Кризисное вмешательство, по возможности, вскоре после травмы, позволяет предотвратить хронизацию реакции и отставленные ее проявления. Для этого же с успехом применяется краткосрочная психодинамическая психотерапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к постстрессовым расстройствам. Наиболее часто применяется сочетание ситуативной защиты, эмоциональной поддержки и методов когнитивной психотерапии, желательно в групповых условиях. Психотерапия должна ориентироваться на этап динамики расстройства, с преобладанием щадящего, поддерживающего подхода в остром периоде и возрастанием проработки травматического материала на дальнейших этапах с установлением доверительных отношений с врачом, переоценкой травмирующей ситуации, ревизией самооценки больного и его восприятия окружающего мира. В лечении сопутствующей фобической симптоматики используются методы поведенческой терапии (прогрессивная релаксация, градуированное погружение в стимульный материал, техника кондиционирования остановки мысли). Следует избегать затягивания курса психосоциальных вмешательств во избежание формирования эффекта вторичной выгоды от болезни.