Психические расстройства, связанные с травмой.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – нарушение нормальной работы психики в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации. В числе обстоятельств, провоцирующих развитие ПТСР – участие в военных действиях, сексуальное насилие, тяжелые физические травмы, пребывание в опасных для жизни ситуациях, обусловленных природными или техногенными катастрофами и т. п. ПТСР характеризуется повышенной тревожностью и навязчивыми воспоминаниями о травмирующем событии при настойчивом избегании мыслей, чувств, разговоров и ситуаций, так или иначе связанных с травмой. Диагноз ПТСР устанавливается на основании беседы и анамнестических данных. Лечение – психотерапия, фармакотерапия.

Общие сведения

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, посттравматический стрессовый синдром) – [психическое расстройство](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric), обусловленное тяжелой психотравмирующей ситуацией, выходящей за рамки нормального человеческого опыта. В МКБ-10 относится к группе «Невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств». ПТСР чаще возникает в период военных действий. В мирное время наблюдается у 1,2% женщин и 0,5% мужчин. Попадание в тяжелую психотравмирующую ситуацию не обязательно влечет за собой развитие ПТСР – по данным статистики, этим расстройством страдает 50-80% граждан, переживших травмирующие события.

ПТСР больше подвержены дети и люди пожилого возраста. Специалисты предполагают, что низкая устойчивость юных пациентов обусловлена недостаточным развитием защитных механизмов в детском возрасте. Причиной частого развития ПТСР у пожилых, вероятно, является нарастающая ригидность психических процессов и постепенная утрата адаптационных возможностей психики. Лечение ПТСР осуществляют специалисты в области психотерапии, [психиатрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatry/) и клинической психологии.

Причины ПТСР

Причиной развития ПТСР обычно становятся массовые бедствия, представляющие непосредственную угрозу для жизни людей: военные действия, техногенные и природные катастрофы (землетрясения, ураганы, наводнения, взрывы, обрушения зданий, завалы в шахтах и пещерах), террористические акты (пребывание в заложниках, угрозы, пытки, присутствие при пытках и убийствах других заложников). ПТСР также может развиваться после трагических событий индивидуального масштаба: тяжелых травм, длительных болезней (своих или родственников), смерти близких, попытки убийства, грабежа, избиения или изнасилования.

В ряде случаев симптомы ПТСР появляются после психотравмирующих событий, имеющих высокую индивидуальную значимость для пациента. Травматические события, предшествующие ПТСР, могут быть одиночными (стихийное бедствие) или повторяющимися (участие в боях), кратковременными (криминальный инцидент) или длительными (долгая болезнь, продолжительное пребывание в заложниках). Большое значение имеет тяжесть переживаний во время психотравмирующей ситуации. ПТСР является следствием крайнего ужаса и острого ощущения беспомощности перед лицом обстоятельств.

Интенсивность переживаний зависит от индивидуальных особенностей больного ПТСР, его впечатлительности и эмоциональной восприимчивости, уровня психологической подготовки к ситуации, возраста, пола, физического и психологического состояния и других факторов. Определенное значение имеет повторяемость психотравмирующих обстоятельств – регулярное травматичное воздействие на психику влечет за собой истощение внутренних резервов. ПТСР нередко выявляется у женщин и детей, подвергавшихся домашнему насилию, а также у проституток, полицейских и других категорий граждан, часто становящихся жертвами или свидетелями насильственных действий.

В числе факторов риска развития ПТСР специалисты указывают так называемый «невротизм» - склонность к невротическим реакциям и избегающему поведению в стрессовых ситуациях, тенденцию к «застреванию», навязчивой потребности мысленно воспроизводить травмирующие обстоятельства, акцентируясь на возможных угрозах, предполагаемых негативных последствиях и других отрицательных аспектах события. Кроме того, [психиатры](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist) отмечают, что лица с [нарциссическими](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/narcissistic-personality-disorder), [зависимыми](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/dependent-personality-disorder) и избегающими чертами личности страдают ПТСР чаще людей с [асоциальным поведением](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/dissocial-personality-disorder). Риск возникновения посттравматического расстройства также повышается при наличии в анамнезе [депрессии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression), [алкоголизма](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/alcoholism), [наркомании](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/narcomania) или лекарственной зависимости.

Симптомы ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство – это затяжная отсроченная реакция на очень тяжелый стресс. Главными признаками ПТСР являются постоянное мысленное воспроизведение и повторное переживание травмирующего события; отстраненность, эмоциональное оцепенение, склонность к избеганию событий, людей и тем разговоров, способных напомнить о травмирующем событии; повышенная возбудимость, тревожность, [раздражительность](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/irritability) и физический дискомфорт.

Обычно ПТСР развивается не сразу, а спустя некоторое время (от нескольких недель до полугода) после психотравмирующей ситуации. Симптомы могут сохраняться в течение нескольких месяцев или лет. С учетом времени появления первых проявлений и продолжительности ПТСР различают три типа расстройства: острое, хроническое и отсроченное. Острое посттравматическое стрессовое расстройство длится не более 3 месяцев, при сохранении симптомов в течение более длительного времени говорят о хроническом ПТСР. При отсроченном типе расстройства симптомы появляются спустя 6 и более месяцев после психотравмирующего события.

Для ПТСР характерно постоянное чувство отчужденности от окружающих, отсутствие реакции или слабо выраженная реакция на актуальные события. Несмотря на то, что травмирующая ситуация осталась в прошлом, пациенты с ПТСР продолжают страдать от переживаний, связанных с этой ситуацией, и у психики не остается ресурсов для нормального восприятия и переработки новой информации. Больные ПТСР теряют способность получать удовольствие и радоваться жизни, становятся менее общительными, отдаляются от других людей. Эмоции притупляются, эмоциональный репертуар становится более скудным.

При ПТСР наблюдаются два вида навязчивостей: навязчивости прошлого и навязчивости будущего. Навязчивости прошлого при ПТСР проявляются в форме повторяющихся травмирующих переживаний, которые днем возникают в виде воспоминаний, а ночью в виде кошмаров. Навязчивости будущего при ПТСР характеризуются не полностью осознаваемыми, но частыми безосновательными предвидениями повторения травмирующей ситуации. При появлении таких навязчивостей возможны внешне немотивированная агрессия, тревога и страх. ПТСР может осложняться депрессией, [паническим расстройством](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/panic-disorder), [генерализованным тревожным расстройством](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/generalized-anxiety-disorder), алкоголизмом и наркоманией.

С учетом преобладающих психологических реакций различают четыре типа ПТСР: тревожный, астенический, дисфорический и соматоформный. При астеническом типе расстройства преобладают апатия, слабость и вялость. Больные ПТСР проявляют безразличие, как к окружающим, так и к самим себе. Ощущение собственной несостоятельности и невозможности вернуться к нормальной жизни оказывает гнетущее действие на психику и эмоциональное состояние пациентов. Снижается физическая активность, больные ПТСР иногда с трудом поднимаются с постели. В дневное время возможна тяжелая дремота. Пациенты легко соглашаются на терапию, охотно принимают помощью близких.

Тревожный тип ПТСР характеризуется приступами беспричинной тревоги, сопровождающимися ощутимыми соматическими реакциями. Наблюдаются эмоциональная неустойчивость, [бессонница](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/insomnia) и [ночные кошмары](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/nightmare). Возможны [панические атаки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/panic-attack). Тревога снижается во время общения, поэтому больные охотно контактируют с окружающими. Дисфорический тип ПТСР проявляется агрессивностью, мстительностью, обидчивостью, раздражительностью и недоверчивостью по отношению к окружающим. Пациенты часто инициируют конфликты, крайне неохотно принимают поддержку близких и обычно категорически отказываются от обращения к специалисту.

Для соматоформного типа ПТСР характерно преобладание неприятных соматических ощущений. Возможны головные боли, боли в животе и в области сердца. У многих больных появляются ипохондрические переживания. Как правило, такая симптоматика возникает при отсроченном ПТСР, что затрудняет диагностику. Пациенты, не потерявшие веру в медицину, обычно обращаются к врачам общего профиля. При сочетании соматических и психических нарушений поведение может варьироваться. При повышенной тревожности больные ПТСР проходят многочисленные исследования, многократно обращаются к различным специалистам в поисках «своего врача». При наличии дисфорического компонента пациенты с ПТСР могут предпринимать попытки самолечения, начать употреблять алкоголь, наркотики или обезболивающие препараты.

Диагностика и лечение ПТСР

Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» выставляют на основании жалоб больного, наличия тяжелой психологической травмы в недавнем прошлом и результатов специальных опросников. Диагностическими критериями ПТСР согласно МКБ-10 являются угрожающая ситуация, способная вызывать ужас и отчаяние у большинства людей; стойкие и яркие флеш-беки, которые возникают как в состоянии бодрствования, так и во сне, и усиливаются, если больной сознательно или невольно ассоциирует теперешние события с обстоятельствами психологической травмы; попытки избежать ситуаций, напоминающих о травматическом событии; повышенная возбудимость и частичная утрата воспоминаний о психотравмирующей ситуации.

Тактика лечения определяется индивидуально с учетом особенностей личности больного, типа ПТСР, уровня соматизации и наличия сопутствующих расстройств (депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, алкоголизма, наркомании, зависимости от лекарственных препаратов). Наиболее эффективным методом психотерапевтического воздействия считается [когнитивно-поведенческая терапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/cognitive-behavioral-therapy). При острой форме ПТСР также применяют [гипнотерапию](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hypnosis/), при хронической используют работу с метафорами и ДПДГ (десенсибилизацию и переработку движениями глаз).

При необходимости [психотерапию](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/psychotherapy) ПТСР проводят на фоне [медикаментозной терапии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mental-sphere/). Назначают адреноблокаторы, антидепрессанты, транквилизаторы и седативные нейролептики. Прогноз определяется индивидуально в зависимости от особенностей личностной организации больного, тяжести и типа ПТСР. Острые расстройства лучше поддаются лечению, хронические чаще переходят в патологическое развитие личности. Наличие выраженных зависимых, нарциссических и избегающих черт личности, наркомании и алкоголизма является прогностически неблагоприятным признаком.