

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков

Дети подвержены воздействию разнообразных травмирующих событий, и у каждого ребенка своя особенная реакция на травму. Некоторые относительно безболезненно переносят потрясения, тогда как у других могут развиваться посттравматическое расстройство (ПТСР), тревога, депрессия и другие проблемы с поведением. В статье G. Hornor «Posttraumatic Stress Disorder», опубликованной в журнале *Journal of Pediatric Health Care* (2013; 27 (3): e29-e38), приведены данные, которые помогут специалистам, работающим с детьми, лучше понимать диагностику, распространенность, факторы риска и коморбидность ПТСР, а также разобраться в методах лечения данного расстройства.

В соответствии с критериями DSM-IV, характерные для ПТСР симптомы развиваются у человека, подвергшегося воздействию чрезмерной травмы. Травма может возникнуть, если человек (APA, 1994): лично пережил событие, которое непосредственно угрожало жизни или здоровью; стал свидетелем смерти, травм или угрозы жизни другим людям; узнал о внезапной или трагической смерти, нанесении серьезных повреждений или угрозе кому-то из близких.

Ответная реакция на травму включает интенсивный страх, чувство безнадежности, ужас, неадекватное или ажитированное поведение. При ПТСР в результате травмы развиваются характерные симптомы, такие как повторяющиеся ощущения переживания травмы вновь, избегание напоминаний о травме, бесчувственность и равнодушие, постоянные признаки повышенной возбудимости (APA, 1994). Для того чтобы поставить диагноз ПТСР, необходимо наличие у пациента симптомов более одного месяца, связанных с клинически значимым дистрессом или ухудшением функционирования в социальной, учебной или других сферах. Пережитое травмирующее событие может произойти в очень раннем возрасте. В частности, дети подвержены риску физического злоупотребления или могут стать свидетелями насилия в семье (Hornor, 2011). Дети, в силу обстоятельств, определяемых этой стадией развития, большую часть времени проводят дома со своими родителями и часто не могут избежать ситуации насилия. У маленьких детей способности справляться с трудностями ограничены (De Young et al., 2011).

Основываясь на результатах исследований, известно, что у детей младенческого и дошкольного возраста могут проявляться три традиционных кластера симптомов ПТСР: повторные переживания, избегание, бесчувственность и повышенная возбудимость (Scheeringa et al., 2003). Маленькие дети могут повторно переживать травму в своих играх, которые включают жестокость, однообразность и тревожность, когда аспекты травмы воспроизводятся снова и снова (Lieberman, Knorr, 2007). Дети могут разговаривать на темы травмы, что не всегда сопровождается дискомфортом, а также страдать от тревожных ночных кошмаров, часто без осознания содержания. Подобно старшим детям и подросткам, у маленьких детей могут проявляться интенсивные эмоциональные или физиологические реакции, если внутренние или внешние стимулы напоминают о травме. Дети реже испытывают приступы возвращения события (флешбек) или диссоциативные эпизоды (De Young et al., 2011).

У маленьких детей, перенесших травмирующее событие, повышенная возбудимость может проявляться тревожным сном, раздражительностью, приступами гнева, беспокойством, постоянной готовностью к опасности, чрезмерной реакцией на раздражители, трудностями концентрации

внимания и снижением активности (Руноос et al., 2009). У детей иногда обнаруживается легкое или очевидное избегание разговоров, людей, мест, предметов или ситуаций, которые напоминают им о травме. Бесчувственность может проявляться отстраненностью от семьи и друзей или ограниченностью в играх или другой деятельности.

Рассматриваемая в настоящее время новая редакция DSM-5 включает пересмотр диагностических критериев у детей. Приоритетом является отражение в критериях влияния фаз развития ребенка на проявления ПТСР. У детей школьного возраста и подростков Scheeringa et al. (2011) предлагают включить в определение травмы тяжелые заболевания или смерть одного из родителей или помещение в интернат. Поскольку дети могут подвергаться постоянному воздействию травмирующего события, в таких случаях невозможно определить время начала симптомов ПТСР.

Эпидемиология и факторы риска

Распространенность ПТСР среди детей и подростков определить нелегко. Blom и Oberink (2012) рассмотрели 17 исследований, в которых сообщалось об уровне распространенности ПТСР среди лиц молодого возраста, переживших различные травмирующие события. Было выявлено, что данный показатель составляет от 5,3 до 98% в зависимости от типа события. Самый высокий уровень определялся у детей и подростков, переживших войны, политические преследования или репрессии, а самый низкий – среди перенесших серьезные заболевания или повреждения.

К сожалению, дети подвержены риску травмирующих событий в обществе, школах и даже в своих семьях. Исторически сложилось, что под травмами чаще всего подразумевают катастрофические события, например терроризм, войны, голод и геноцид. Многие дети живут в условиях насилия, опасности и нищеты. Миллионы становятся объектами травм, жестокости и плохого обращения. Также существуют травмы, которые невозможно предотвратить, такие как серьезные повреждения или заболевания, потеря родителей по причине болезни, смерти, тюремного заключения или стихийного бедствия.

У детей, переживших травмирующее событие, вероятно, чаще, чем у взрослых, развивается ПТСР (Fletcher, 1996). Даже если травма в детском возрасте не привела к ПТСР, во взрослом повышается риск данного расстройства, а также других проблем со здоровьем (Widom, 1999; Dube et al., 2003). Copeland et al. (2007) выявили, что у подростков в возрасте 14-16 лет при сравнении с детьми 9-13 лет вследствие травмирующего события значимыми детерминантами развития ПТСР на протяжении последующего года являются ранее существовавшая тревога и семейное неблагополучие.

Suliman et al. (2009) определили, что у подростков, перенесших множественные травмирующие события, наблюдается больше симптомов ПТСР, чем у тех, кто пережил только одно. Однако после единственной травмы у девочек чаще, чем у мальчиков, имело место ПТСР.

Коморбидность

Перенесенное травмирующее событие может иметь разнообразные негативные последствия у детей. Поэтому не является необычным тот факт, что ПТСР могут сопутствовать другие психические расстройства. Согласно De Young et al. (2011), уровень сопутствующих оппозиционного протестного расстройства (ОПР) и расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РГДВ) возрастает при наличии диагноза ПТСР.

Депрессия и тревога также могут возникать вследствие перенесенного в детстве травмирующего события и сопутствовать ПТСР (Suliman et al., 2009). Расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ, значительно коррелируют с травмами в детском возрасте, а также сопутствующим ПТСР. Khoury et al. (2010) обсуждали взаимосвязь между ПТСР и нарушениями, связанными со злоупотреблением психоактивных веществ у взрослых, которые пережили травмирующие события в детстве. Так, наличие симптомов ПТСР в детском возрасте с большей вероятностью приводило к развитию расстройств, вызванных злоупотреблением

Характерные симптомы ПТСР в соответствии с DSM-IV

Постоянное ощущение повторного переживания травмирующего события

Настойчивые и повторяющиеся неприятные воспоминания о травмирующем событии:

- в том числе, представления, мысли и ощущения
- в играх у детей могут обыгрываться различные аспекты травмы

Продолжающиеся дискомфортные сновидения о событии: дети могут испытывать пугающие сновидения с неясным содержанием

Действия/ощущение, словно событие повторяется:

- ощущение возвращения события
- иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды повторяющегося события
- у детей может происходить повторение события

Внутренние и внешние стимулы, напоминающие о событии, приводят к:

- интенсивному психологическому дискомфорту
- физиологической реакции

Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, равнодушие и бесчувственность, что выражается 3 или более признаками из следующих:

- избегание мыслей, чувств или разговоров о травмирующем событии
- избегание деятельности, мест или людей, напоминающих о травме
- неспособность вспомнить важный аспект травмирующего события
- значительно сниженный интерес к участию в различной деятельности
- избегание других людей
- ограниченный спектр аффективных проявлений или неспособность к нормальным чувствам
- ощущение обреченности и бесперспективности будущего

Постоянные симптомы повышенной возбужденности должны проявляться, как минимум, двумя из следующих признаков:

- трудности с засыпанием или поддержанием сна
- гнев или раздражительность
- трудности концентрации
- чрезмерная настороженность
- чрезмерное реагирование на стимулы

Примечание. Модифицировано из DSM-IV, American Psychiatric Association (1994).

психоактивных веществ, во взрослом по сравнению с перенесенными травмирующими событиями в детстве без симптомов ПТСР.

Seng et al. (2005) изучали коморбидность ПТСР и соматических заболеваний у девочек (возраст: 0-8 и 9-17 лет), выявив взаимосвязь между ПТСР и широким спектром причин плохого состояния здоровья. У девочек с ПТСР, вероятно, чаще имели место проблемы кровообращения, инфекционные и желудочно-кишечные заболевания, а также такие субъективные болезненные состояния, как слабость, боль в мышцах и хроническая усталость. Коморбидное влияние ПТСР распространяется и на взрослый возраст, ПТСР может влиять на течение и исход беременности (Seng et al., 2011).

Landolt et al. (2011) изучали коморбидность при ПТСР с особой точки зрения, а именно влияния ПТСР у родителей на реакцию у детей на травмирующие события. У 4,3% детей и 16,5% родителей тяжесть симптомов ПТСР была умеренной и тяжелой через 5-6 недель после постановки диагноза серьезного заболевания или повреждения, а спустя один год эти показатели составили 1,6 и 17,4% соответственно. У детей с диагнозом сахарного диабета уровень симптомов ПТСР был наименьшим, а с травматическими повреждениями – наибольшим. У детей с диагнозом рака симптомы ПТСР наблюдались реже, чем сообщалось в предыдущих исследованиях (Bruce, 2006). У матерей и отцов детей обнаружен более высокий уровень симптомов ПТСР по всем методикам обследования. Концепция взаимосвязи не была поддержана данными

исследования: симптомы ПТСР у родителей влияли на выздоровление детей, однако у детей они не оказывали влияние на выздоровление родителей.

Диагностика и лечение

Диагностическая оценка влияния травмы на детей представляет ряд трудностей, поскольку у детей, особенно маленьких, вербальные способности ограничены, им трудно описать свои симптомы (Loeb et al., 2011). Родители склонны недооценивать симптомы у своего ребенка, им нелегко дать точную и четкую информацию о его поведении. Дети в условиях домов-интернатов с большим количеством воспитателей могут составлять отдельную группу риска насилия над детьми, заброшенности и других форм травматизации, их анамнестические сведения иногда сложно подтвердить (Oswald et al., 2010). В клинической практике очень важно иметь соответствующие инструменты и/или навыки, чтобы своевременно и эффективно выявлять детей, подвергшихся травмам.

Опросник «Перечень педиатрических симптомов» (PSC-17), который заполняется родителями, используется в качестве инструмента для скрининга симптомов эмоциональных и поведенческих расстройств в условиях оказания первичной помощи (Gardner et al., 2007). В нем имеются три субшкалы, по которым проводится оценка внимания, экстернализированных (разрушительное поведение) и интернализированных (тревога и депрессия) проблем у ребенка (Gardner et al., 1999). PSC-17 был разработан для применения у детей в возрасте от 6 до 18 лет, для того чтобы более точно выявлять указанные проблемы (Gardner et al., 2007).

Для оценки травм в жизни детей и подростков существует большое количество скрининговых и диагностических инструментов. Strand et al., (2005) в своем обзоре рассмотрели 25 из таких опубликованных методик с психометрическими свойствами. Существующие методы различны, в одних источником информации являются сообщения ребенка или родителей, другие выполняются профессионалами. Эти методики считаются полезными инструментами и широко используются в условиях служб охраны психического здоровья и оказания первичной помощи. При применении большинства таких методик необходимы опыт и навыки работы с детьми, пережившими травму.

Для лечения ПТСР у детей и подростков чаще всего применяется когнитивно-поведенческая терапия, сосредоточенная на травме (КПТ-Т). Ее доказанная эффективность поддерживается большой базой данных (Silverman et al., 2008). Первоначально КПТ-Т была разработана для использования у детей, переживших сексуальное злоупотребление, а позднее ее адаптировали для детей, которые перенесли различные травмирующие события, таких как насилие в семье, уличная преступность, горе, стихийные бедствия (Lang et al., 2010). КПТ-Т является стандартизированным, но в тоже время гибким методом лечения детей с диагнозом ПТСР (Cohen et al., 2006). Она включает интервенции, в основе которых лежат когнитивно-поведенческие, семейные и гуманистические принципы. Эффективность КПТ-Т поддерживается данными исследований, проведенных среди детей школьного и подросткового возраста (Cohen et al., 2004; Cohen, Mannarino, 1996, 1998; Deblinger et al., 1996, King et al., 2000).

Scheeringa et al. (2010) изучали эффективность КПТ-Т в лечении очень маленьких детей (возраст от 3 до 6 лет), переживших травмирующее событие. Дети случайным образом распределялись для прохождения 12 сессий КПТ-Т или в очередь ожидания без лечения (12 недель). У прошедших КПТ-Т отмечалось значимое улучшение симптомов ПТСР по сравнению с очередью ожидания, но не сопутствующих симптомов депрессии, тревоги разлучения, ОПР или РДВГ. Спустя 12 недель всем участникам, в том числе из очереди ожидания, была предложена КПТ-Т. К 6-му месяцу катамнестического наблюдения у пациентов продолжало наблюдаться улучшение симптомов ПТСР, однако оценки симптомов сопутствующих расстройств оставались посредственными.

Валидизированным успешным вариантом лечения ПТСР у взрослых, подростков и детей является длительная экспозиционная терапия (Rothbaum et al., 2000; Aderka et al., 2011;

Диагностическая оценка травмы

Родители

1. Начертите семейное дерево с именами и возрастом родителей, братьев сестер и других родственников.
2. Определите, кто из них проживает вместе с ребенком.
3. Кого из родственников посещает ребенок, кто живет там?
4. Контактует ли ребенок с обоими родителями? Если нет, почему, как давно, с какого времени родители не контактируют друг с другом?
5. Изменилось ли что-либо в жизни ребенка за последнее время?
 - серьезные заболевания, повреждения или смерть родителей/близких
 - развод родителей
 - уход из дома кого-либо из родителей
 - военная служба одного из родителей
 - тюремное заключение кого-либо из родителей
6. Приходилось ли ранее обращаться в службы опеки над детьми? Если да, почему?
7. Применялись ли к родителям меры со стороны правоохранительной системы? Если да, почему?
8. Есть ли у кого-либо из родителей анамнестические указания на сексуальное или физическое злоупотребление, плохое обращение, заброшенность или опеку социальных служб в детском возрасте?
9. Есть ли опасения по поводу сексуального, физического или эмоционального насилия у ребенка или других детей в семье?
10. Подвергался ли ранее ребенок сексуальному или физическому злоупотреблению?

11. Злоупотребляет ли кто-либо из родителей алкоголем или наркотиками?
12. Обращался ли кто-либо из родителей ранее в службы психического здоровья в связи с психическим расстройством или умственной отсталостью?
13. Есть ли в семейном анамнезе указания на насилие в семье? Если да, подвергался ли ребенок насилию?
14. Возникало ли у родителей беспокойство по поводу кого-либо в семье или кого-то из соседей/соседских детей? Если да, почему?

Ребенок

1. Беспокоит или раздражает ли ребенка что-либо?
2. Боится ли ребенок находиться дома? В школе? Среди соседей? Если да, почему?
3. Бывает ли ребенок печальным? Если да, почему?
4. Используя слова ребенка, расспросите: кто-либо, чем-либо касался, трогал, повредил ли его интимные места.
5. Расспросите у подростка, вступал ли с ним/ней кто-либо в сексуальный контакт без его/ее воли, или касался его/ее сексуальным образом, когда он/она не желал(-а) этого.
6. Что случается, если ребенок создает проблемы? Бьет ли кто-нибудь его, толкает, наказывает? Если да, как именно?
7. Что случается, когда мать с отцом ругаются? Видел ли ребенок, что кто-нибудь бил, толкал мать или отца?

Gilboa-Schechtman et al., 2010). В основе этой модальности терапии лежит концепция ослабления случайных звеньев, связывающих симптомы ПТСР.

Психотерапия ребенок – родитель использовалась в качестве метода лечения у детей дошкольного возраста, переживших травмирующие события. Совместное участие в сессиях ребенка, родителей и профессионала с целью улучшения родительских навыков обеспечивает условия для безопасного и адекватного оказания помощи ребенку. Irpen et al. (2011) выявили, что данный метод был эффективен в лечении дошкольников, перенесших множество травм. Дети группы высокого риска демонстрировали значительное улучшение симптомов ПТСР после психотерапии ребенок – родитель и с меньшей вероятностью соответствовали критериям ПТСР после лечения. У матерей, участвовавших в терапии, также отмечалось улучшение симптомов ПТСР и депрессии.

Исследователи из Кокрановского сотрудничества (Hetrick et al., 2010) изучали вопрос о том, насколько сочетание психологических и фармакологических методов лечения улучшает терапевтический ответ при ПТСР по сравнению с самостоятельным использованием каждого по отдельности. В современных руководствах по лечению рекомендуется использовать оба вида терапии, особенно в случаях резистентного ПТСР. Несмотря на исчерпывающий поиск литературы, было выявлено лишь четыре исследования при участии 124 человек, которые удовлетворяли критериям включения для кокрановского обзора, и лишь одно из них было проведено среди детей и подростков. Так, Cohen et al. (2007) изучали возможную пользу добавления селективного ингибитора обратного захвата серотонина сертралина или плацебо к КПТ-Т для улучшения симптомов ПТСР у детей, подвергшихся сексуальному насилию. Участниками исследования были 24 девочки в возрасте от 10 до 17 лет. Доказательства, поддерживавшие пользу дополнения сертралином психотерапии, были минимальными. Впоследствии схожие результаты были получены в исследовании Robb et al. (2010). Таким образом, выявлено недостаточно испытаний, для того чтобы сделать определенный вывод о результатах лечения пациентов с ПТСР при сочетании психологических и фармакологических методов терапии.

Практическая значимость

Очень важно понимать, что в результате травмы дети, даже очень маленькие, могут иметь симптомы ПТСР или других психических и поведенческих расстройств. Если результаты диагностического скрининга указывают на травмирующее событие в анамнезе, особенно если их несколько, следует рассмотреть направление к специалисту в области психического здоровья или терапевту, обладающему навыками работы с детьми и подростками, пережившими травму. В случае, если выявлено плохое обращение с ребенком, целесообразно проинформировать службы опеки над детьми. Перед выпиской ребенка необходимо удостовериться, что план безопасности ребенка соответствует требованиям служб опеки.

В случае предъявления жалоб эмоционального и/или поведенческого характера пациента следует оценить на предмет перенесенной травмы. Необходимо расспросить ребенка и родителей о насилии в семье, сексуальном злоупотреблении, практиках воспитания и физическом насилии. Рекомендуется выяснить, имели ли место любые серьезные заболевания или утрата кого-либо из близких. Важно помнить, что ПТСР могут сопутствовать РДВГ, ОНР, депрессия и тревога. Дети, подвергшиеся травме, могут быть не единственными членами семьи, нуждающимися в психиатрической помощи. Если скрининг указывает на пережитую травму у родителей или близких, необходимо провести и их короткую оценку. Целесообразно выяснить, обращался ли кто-либо из родителей за психиатрической помощью в прошлом по причине злоупотребления или утраты? Следует информировать родителей о том, как их стресс может влиять на ребенка.

Все, что может нанести травму ребенку, должно быть устранено, например насилие в семье, сексуальное и физическое злоупотребление. То, что нельзя устранить, необходимо минимизировать, в том числе посредством терапии, к примеру последствия уличной преступности, утраты или серьезных заболеваний или повреждений.

Подготовил Станислав Костюченко