

ЭРГОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ-БЕЖЕНЦЕВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Х.АХМЕДОВА*

Введение

Одним из неизбежных последствий, вызванных военными действиями, развернувшимися на территории Чеченской республики в 1994-1996 и 1999-2001 гг., стали различные психические нарушения у детей. Исследование посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у детей само по себе проблематично ввиду отсутствия точного диагностического инструментария. Диагностические критерии данного феномена, представленные в МКБ-10, не учитывают его возрастных аспектов, а те критерии, которые даются в DSM-IV, хотя и включают ряд дополнительных указаний для детского возраста, остаются все же недостаточными, ибо не отражают всего клинического многообразия психических нарушений, которые возникают у детей в результате травматического стресса (см.: МКБ, 1994; Тарабрина, Соколова и др., 1996). Тем не менее, с посттравматическими расстройствами у детей приходится работать, и важность исследований в этой области лишь возрастает – с точки зрения, прежде всего, адекватности и эффективности оказания помощи пострадавшим (Тарабрина, Лазебная, 1992; Тарабрина, Соколова, *op.cit.*; Цыганков, Былим, 1998). С другой стороны, хотелось бы подчеркнуть и другую сторону дела: ценность как можно более точных сведений о психическом состоянии детей, переживших войну, – в противовес наметившейся тенденции к преувеличению имеющихся на этот счет данных. Вывод о всеобщей, тотальной травматизации не только детей, но и взрослых, с которым нередко приходится сталкиваться, на мой взгляд, можно объяснить именно отсутствием профессионального подхода к диагностике и лечению ПТСР, поскольку в регионах военных конфликтов работает немало парапрофессионалов (справедливости ради, надо заметить, что упрек в непрофессионализме не умаляет значимости деятельности парапрофессионалов в рамках психосоциальной помощи).

* Ахмедова Х.Б. – Международная Ассоциация “Врачи мира”.

Материал и методы исследования

Данное исследование проводилось в 2000г. в лагере “Спутник” – наиболее крупном из палаточных лагерей для чеченских беженцев, расположенных на территории Ингушетии. Его население составляет свыше 9 000 человек, из них – более 3,5 тысяч детей и подростков. Нами было обследовано 605 детей от 6 до 15 лет. Все они являлись вынужденными переселенцами.

Согласно имеющейся в литературе точке зрения (*Terr, 1991*), существует два типа психотравматизма у детей, обусловленных воздействием:

- 1) единичного, но достаточно сильного психотравматического события;
- 2) многократных и длительных тяжелых травматических событий.

У большинства детей, обследованных нами, отмечался психотравматизм второго типа: они пережили военные события дважды – как в 1994-1996, так и в 1999-2000 годах, что привело к *психическому поли-травматизму*.

Эти дети обращались в Центр медико-психологической реабилитации либо сами, либо их приводили туда родители, а чаще всего они направлялись сюда педиатрами лагерных медпунктов, школьными учителями, социальными работниками. Обоснование: наличие тех или иных симптомов психических расстройств.

После первичного обследования дети включались в эрготерапевтические группы. Длительность группового терапевтического процесса составляла два месяца (в среднем – 16 сеансов), но при необходимости продлевалась. В некоторых случаях использовалась психофармакотерапия. Динамика состояния пациентов отражалась в картах наблюдения.

В исследовании использовались клиничко-катамнестический метод обследования, клиническое интервью по DSM-IV, специально разработанные анкета для идентификации стресс-факторов и карта наблюдения.

Результаты и их обсуждение

Анализ стресс-факторов показал, что все обследованные дети пережили одно или целый ряд экстраординарных психотравмирующих событий, которые вызвали у них страх, ужас, чувства беспомощности и отчаяния. У абсолютного большинства детей в результате военных действий разрушены дома. Подавляющее большинство обследованных находились в зоне бомбардировок и артобстрелов от одной недели до 6 месяцев. Зону военных действий покидали, как правило, только после потери дома. Выход из зоны военных действий был не менее травматичным, чем пребывание в ней: дороги обстреливались, на блокпостах скапливались огромные очереди, несколько суток кряду приходилось проводить под открытым небом. Учитывая, что эвакуация происходила осенью и зимой, тяжелые последствия затронули и психическое, и физическое состояние детей-беженцев.

Среди обследованных ребят были и такие, кто не только стал свидетелем гибели своих близких, но и длительное время находился среди убитых и раненых. Некоторые дети остались сиротами, потеряв во время военных действий обоих родителей, многие утратили одного из них. Ряд детей получили ранения во время бомбардировок и обстрелов.

Таблица 1

Факторы, вызвавшие ПТСР и другие психические расстройства у детей-беженцев (n=605)

№	Стресс-факторы	абс.	%
1	Гибель родителей или близких родственников во время военных действий	142	23,4
2	Пребывание в зоне бомбардировок и артобстрелов	568	93,8
3	Был свидетелем убийства других людей	126	20,8
4	Находился среди раненых и погибших	104	17,2
5	Разрушен дом	592	97,8
6	Физическая травма, полученная во время военных действий	23	3,8
7	Проблемы эвакуации	447	73,8

Следует отметить, что проблема восприятия ребенком психотравмирующего события (*критерий А* по *DSM-IV*) – чрезвычайно актуальна и в то же время мало изучена. Многочисленные исследования ПТСР у детей посвящены, главным образом, описанию феноменологии симптомов (*критерии В, С и D* по *DSM-IV*), хотя именно критерий А определяет природу события, ставшего причиной психического травматизма и обусловившего последующие реакции ребенка. Речь идет о восприятии ребенком, прежде всего, угрозы физической целостности его самого и окружающих людей (*Eth, Pynoos, 1985; Stress., 1992*).

Переживание ребенком угрозы жизни связано с тем, как он понимает явление смерти, как оценивает ее значимость. Концепция смерти создается ребенком постепенно по мере взросления, когда он начинает постигать факт полной ее необратимости. К 10-11 годам дети воспринимают смерть как нечто, присущее всем живым существам, как противоположность жизни. При этом у ребенка сохраняется иллюзия собственного бессмертия. Постепенно, с годами, к нему приходит понимание, что каждый человек подвластен смерти. Так происходит в обычных – мирных – условиях. В ситуации войны дети испытывают потрясение, столкнувшись с массовой гибелью людей: иллюзия собственного бессмертия рассыпается в прах. Такого рода потрясение, будучи болезненным даже для взрослых, в условиях

войны становится одним из ведущих факторов формирования в детской популяции психического травматизма.

Определенное значение имеет и возраст ребенка. До шести лет то, как дети воспринимают травматическое событие, зависит от родительских реакций, поскольку абстрактное мышление в этом возрасте в полной мере еще не развито. У ребенка старше шести относительная зрелость познавательных процессов приводит к тому, что он уже способен осилить идею смерти, и это понимание оказывается для него травмирующим (*Freud A., Burlingem, 1991; Pfefferbaum, 1997*).

Формирование ПТСР зависит также от характеристик травматического события, таких как внезапность и неожиданность, длительность, интенсивность, повторяемость (*Цыганков, Былим, 1998*). Полученные нами результаты показывают, что травматические события, пережитые детьми, отвечают всем указанным характеристикам.

Ввиду многообразия психопатологических проявлений, которые мы наблюдали у детей, пытаюсь установить структуру и механизмы нарушений или выявить факторы, влияющие на клиническое оформление, течение и исход расстройств, вызванных психическими травмами, составить их исчерпывающую феноменологическую картину – очень не простая задача.

С помощью клинического интервью по DSM-IV была выявлена выраженность симптомов посттравматических стрессовых расстройств у обследованных детей (см. табл. 2). Учитывая, что специфика ПТСР в детском возрасте заключается не столько в сути расстройства, сколько в форме проявлений тех или иных симптомов (*Тарабрина, Соколова и др., op.cit.*), мы наблюдали и фиксировали данные проявления не только в течение первичного обследования, но и в процессе работы эрготерапевтической группы, особенно на первых сеансах.

Таблица 2

Выраженность симптомов ПТСР у детей-беженцев (n=605)

№	Критерии ПТСР по DSM-IV	абс.	%
A	<i>Воздействие травматического события, при котором имели место следующие явления:</i>		
1	Был свидетелем события(ий), которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому человеку или окружающим.	605	100
2	Реакция человека проявлялась в виде страха, беспо-	605	100

	мощности или ужаса. (У детей эти симптомы могут проявляться в виде дезорганизованного или ажитированного поведения.)		
В	<i>Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений:</i>		
1	Повторные, навязчивые воспоминания о событии, включая образы, мысли и ощущения. (У детей младшего возраста – повторяющиеся игры, в которых выражаются темы или подробности травмы.)	261	43,1
2	Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии. (У детей пугающие сны без определенного содержания.)	232	38,3
3	Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова. (У детей младшего возраста может возникать драматизация, связанная с травмирующим событием.)	57	9,4
4	Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.	332	54,9
5	Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.	265	43,8
С	<i>Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствуют, по меньшей мере, 3 симптома из следующих:</i>		
1	Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.	128	21,2
2	Попытки избежать действий, мест, людей, которые вызывают воспоминания о травме.	102	16,9
3	Невозможность вспомнить важные аспекты травмы.	156	25,8
4	Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или участию в них.	66	10,9
5	Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.	70	11,6
6	Сужение диапазона аффективной реакции.	193	31,9
7	Неспособность ориентироваться на длительную жизнь	367	60,6

	ненную перспективу.		
D	<i>Устойчивые симптомы повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствуют не менее 2 симптомов из следующих:</i>		
1	Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.	249	41,1
2	Раздражительность или вспышки гнева.	301	49,7
3	Трудности концентрации внимания.	182	30,1
4	Гипербдительность.	342	56,5
5	Усиленная реакция на испуг.	63	10,4

Анализ полученных данных показывает, что проявления повторения, произвольные попытки воспроизвести травмирующее событие встречаются у детей чаще, чем проявления избегания. В рамках синдрома повторения чаще наблюдается психологический дистресс (54,9%), возникший при столкновении с чем-то, напоминающим пережитое. При этом состояния *flash-back* – внезапные, ничем не мотивированные вспышки в памяти различных аспектов травматических событий, либо иллюзии, воспроизводящие эти события, у детей отмечаются относительно редко (9,4%).

Изучение проявлений синдрома избегания, в рамках которого значительное место занимают депрессивные явления, приводит к выводу, что наиболее часто у детей и подростков нарушается ощущение будущего (60,6%). Представления о будущем у детей-беженцев либо отсутствуют вообще, либо приобретают форму укороченной перспективы (длительностью не более одного года). В тех случаях, когда у детей и, особенно, у подростков, жизненная перспектива сохраняет длительность, сопутствующие ей представления носят травматический деструктивный характер, окрашиваясь идеями мести (5,1%). Как правило, подобное явление наблюдается у детей и подростков, утративших родителей или других членов семьи. Неспособность испытывать положительные эмоции, сверхсерьезность, состояния оцепенения мы отмечаем у 31,9% детей. Значительно реже встречаются чувство отчужденности от окружающих (11,6%) или выраженное снижение интереса к ранее важным увлечениям, играм (10,9%).

Достаточно часто избегание проявляется в неспособности ребенка вспомнить существенные аспекты травмы (25,8% обследуемых), особенно это касается тяжелых и неприятных моментов, которые выявлялись впоследствии, когда те же события описывали родители ребят. Несмотря на попытки избежать всего, что напоминает о травме, дети произвольно выражают травматический опыт в символической, замаскированной форме во время игр, рисования и других видов деятельности.

Среди симптомов повышенной возбудимости наиболее распространены гипербдительность (56,5%) и раздражительность или вспышки гнева (49,7%). Реже встречается усиленная реакция на испуг (10,4%).

В целом, обследование свидетельствует о средней или даже слабой выраженности симптомов *ПТСР* у большинства детей-беженцев, причем у 11,3% обследованных они отсутствовали совсем (см. табл. 3).

Таблица 3

Степень выраженности симптомов *ПТСР* у детей-беженцев (n=605)

№	Степень выраженности	абс.	%
1	Сильная	79	13,1
2	Средняя	267	44,1
3	Слабая	191	31,5
4	Отсутствие симптомов	68	11,2

Помимо симптомов *ПТСР*, у обследованных детей выявлены другие психические нарушения, которые в некоторых случаях сочетались с *ПТСР* (см. табл. 4).

Таблица 4

Другие психические расстройства у детей-беженцев (n=605)

№	Виды расстройств	Всего		с <i>ПТСР</i>		без <i>ПТСР</i>	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Энурез (психогенный)	65	10,7	41	6,7	24	4
2	Тики	72	11,9	54	8,9	18	3
3	Гиперактивность	132	21,8	104	17,2	28	4,6
4	Агрессивность	217	35,8	182	30,1	35	5,7
5	Депрессия	37	6,1	35	5,8	2	0,3

Диагноз других психических расстройств ставился врачом-психиатром в результате клинического интервью по МКБ-10. При обследовании установлена четкая временная связь между психотравматическими событиями и появлением указанных расстройств, что позволяет считать их последствиями психических травм. До травматических событий у детей соответствующих отклонений не отмечалось. Как показывают результаты, приведенные в табл. 4, данные расстройства чаще всего сочетаются с *ПТСР*, и лишь в редких случаях носят изолированный характер.

Дети, у которых *ПТСР* сочетается с *энурезом* (6,7%), чаще всего одновременно отличаются замкнутостью, подавленностью; у них наблюдаются практически все симптомы избегания, а из симптомов повторения отмечается, главным образом, физиологическая реактивность при воспроизведении тех или иных аспектов травмы.

Сочетание *тикозных* расстройств с *ПТСР* выявлено у 8,9% детей, в основном, мальчиков 10-12 лет, которые длительное время находились в психотравмирующей ситуации. Родители подтверждали возникновение тиков во время пребывания в зоне военных действий. У ребят отмечались частое мигание, подергивания мышц лица, либо головы и плеч. Из симптомов *ПТСР* наблюдаются ночные кошмары, раздражительность, гипербдительность, стремление избегать всего, что напоминает о травме, а также эмоциональная лабильность, чувство собственной неполноценности.

Гиперкинетические расстройства в сочетании с *ПТСР* выявлены у 17,2% обследованных детей, при почти равном количестве мальчиков и девочек. Гиперактивность сопровождается нарушениями внимания, быстрой психической истощаемостью, неожиданными вспышками раздражения. Дети этой группы отличаются неспособностью завершить игру или любой другой вид деятельности. Они реагировали выраженным психологическим дистрессом на раздражители, напоминающие или символизирующие травму.

Агрессивность в сочетании с *ПТСР* отмечается у 30,1% детей и подростков, как мальчиков, так и девочек. Она выступает в драчливости, частых и тяжелых вспышках гнева, оппозиционном поведении, повышенной раздражительности, враждебности, недоверчивости. Во время терапевтических сеансов дети этой группы разрушали и ломали то, что строили из конструкторов другие ребята или же они сами. Агрессивности часто сопутствуют ночные кошмары, содержащие аспекты травмы.

У 5,8% детей наряду с *ПТСР* отмечались депрессивные симптомы, такие как подавленность, нарушение аппетита, соматические жалобы, бессонница или беспокойный сон, замкнутость, печаль, чувство обреченности, мысли о смерти. У этих детей нередко наблюдается тревога разлуки, они гиперзависимы от родителей, особенно от матери, без сопровождения которой отказываются приходить на сеансы. Во время групповых сеансов эти дети стремятся к уединению, практически не участвуя в групповой деятельности и избегая общения с товарищами по группе.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что у 68,7% детей и подростков *ПТСР* сопровождается другими психическими расстройствами.

Заключение

Результаты данного исследования подтверждают, что пережитые детьми и подростками психотравмирующие события вызывают у них не только *ПТСР*, но и другие психические нарушения, выходящие за рамки первых. Несмотря на то, что со всеми обследованными детьми проводилось и проводится комплексное лечение с использованием психофармакотерапии, эрготерапевтической групповой работы и индивидуальной психотерапии, мы наблюдаем у них тенденцию к неблагоприятной динамике и дальнейшему развитию *ПТСР*. Факторами, подкрепляющими данную тенденцию, являются крайне тяжелые условия жизни в лагере, материальное неблагополучие беженцев, драматизм ситуации, постоянное ожидание конца войны и возвращения домой.

ЛИТЕРАТУРА

- Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.* – ВОЗ, СПб, “Оверлайд”, 1994.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы. // *Психологический журнал*, т.13, № 2, 1992, с.14-29.
- Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности. *Вопросы терапии*. // *Materia Medika*, № 1(9), 1996, с.57-68.
- Хохлов Л.К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности. // *Социальная и клиническая психиатрия*, 1998, №2, с.116-122.
- Цыганков Б.Д., Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: Руководство для врачей. Кисловодск, 1998.
- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.*

Eth S., Pynoos R. Posttraumatic stress disorder in children. – Washington D.S.: APA Press, 1985.

Freud A., Burlingem D. Children and war. NY, Ernst Willard, 1943.

Lipovsky J. Posttraumatic stress disorder in children. Community Health, 14, 42-51, 1991.

Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 36(11):1503-11, 1997 Nov.

Stress. Psychiatry and war. International symposium. – Paris. Val de Grace, 26-27 Juin, 1992.

Terr L.C. Childhood traumas: an outline and overview. America Journal of Psychiatry, 148, 10-20, 1991.