

Диагностика и коррекция посттравматических стрессовых расстройств у детей

Важность психотерапевтической помощи ребенку подчеркивается многими известными специалистами в области детской психологии и психотерапии.

Ю.В. Попов, В.Д. Вид (научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург) в статье "Практический комментарий к 5-ой главе Международной классификации болезней МКБ –10", отмечают, что характерной чертой этой группы расстройств являются их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы.

Говоря о эпидемиологии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), авторы подразумевают следующие данные: синдром развивается у 50 – 80% перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки.

Ранимость к стрессу особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастной группе. Например, 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 копингмеханизмов, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы, а также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой системы.

Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10% у свидетелей события до 95% среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями).

По данным J.R.Davidson (1995), распространенность (показатель life-time prevalence) ПТСР колеблется от 3,6 до 75% (у переживших экстремальные события). Соответствующие эпидемиологические исследования, проведенные в США среди ветеранов вьетнамской войны, позволили установить ПТСР у 30% лиц; парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22% участников войны.

В отечественной литературе Ю.В.Поповым и В.Д. Вид (1998) был представлен показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50-80%. Случаи ПТСР в мирное время, по данным авторов, составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1, 2% для женщин. Но менее выраженные расстройства адаптации констатируются в 1,2-2,6 случаев на 1000 населения.

Исходя из вышесказанного, главная цель деятельности Психологической службы определяется, как выявление у больных стрессовых состояний (вызванных как фактом травмы, так и фактом пребывания в больнице) и оказание им первичной психологической помощи с целью предотвращения качественных негативных изменений в личности больного ребенка.

Основные направления работы Психологической Службы.

Экстремальная психология:

диагностика эмоционально-волевой сферы больных, получивших травмы в результате катастроф и несчастных случаев (автотравмы, падения с большой высоты, укусы собак, физическое насилие);

элиминация стресса травмы, первичная психологическая реабилитация и психотерапевтическое сопровождение больных;

консультации врачей и родителей по психологическим аспектам выздоровления и терапевтического отношения к больным.

Превентивная психология:

наблюдение за детьми, не имеющих острых травм, но, тем не менее, находящихся в состоянии эмоциональной подавленности, волевой угнетенности и личностного дискомфорта;

выявление ситуационных причин подобных состояний;

проведение психотерапевтических бесед, направленных на улучшение состояния больных;

оказание консультационной помощи родителям.

Методическое направление:

отбор методов психологической диагностики и реабилитации, наиболее эффективно зарекомендовавших себя в условиях больницы;

консультации медицинского персонала по вопросам прикладной психологии.

С целью улучшения взаимодействия ПС и отделениями больницы одним из первых мероприятий стал семинар, на котором психологи ознакомили врачей с методами прикладной психологии, диагностики и коррекции, обосновали необходимость и особенности психологического подхода в лечении детей. Иллюстрацией сказанному стал учебный видеофильм.

В настоящее время ПС открыта для контактов, по мере необходимости проводятся консультации для врачей, например, в случае пост-реанимационной реабилитации больного.

Критерии отбора детей в группу психологической помощи являются ключевым моментом.

Лечащий врач направляет ребенка к специалистам ПС, основываясь на типе полученной травмы (боль, опасность для жизни ребенка, наблюдение ребенком гибели окружающих: автоавария, падение с большой высоты, укусы собак и т.п.) и эмоциональной реакции ребенка на травму (плаксивость, тревожность, паника, замкнутость).

Одновременно и сами психологи производят осмотр больных, получившие сильные телесные травмы – согласно записи в истории болезни. В ходе осмотра используется индексирование реакций ребенка при Посттравматическом Стрессовом Расстройстве (ПТСР) - шкале, основанной на критериях DSM III - R .

Отбор детей в группу психологической помощи происходит в ходе общения с ребенком, отмечается присутствие или отсутствие нижеописанных симптомов (Пинус, 1986).

Травма воспринимается, как сильный стрессогенный фактор.

Ребенок расстраивается при мыслях о травме.

Боится повторения травмы.

Пугается, когда думает о травме.

Избегает того, что напоминает о травме.

Возбужденный, нервный, легко пугается.

Избегает проявлений телесных ощущений и переживаний.

У ребенка возникают навязчивые мысли по поводу травмы.

Ребенок видит плохие сны, отмечаются нарушения сна.

У ребенка возникают негативные фантазии о травме, которые вмешиваются в повседневную жизнь.

Ребенок потерял интерес к ранее значимой деятельности.

У ребенка возникают трудности с концентрацией внимания.

Ребенок проявляет отстраненность (увеличение межличностной дистанции с собеседником).

Ребенок имеет негативный образ своего будущего.

У ребенка актуализировано чувство вины.

Психологическая служба (ПС) создана в 1998 г .

Предпосылками для создания Психологической Службы явились:

Сам факт контакта психики ребенка с физической травмой, которая имеет очевидное стрессовое влияние на психику. После психологической травмы, вызванной событием, выходящим за рамки обычного человеческого опыта (угроза жизни, разрушение телесной идентичности, потеря дома или близких и т.д.) у ребенка развивается интенсивный стресс, при котором личность поражается на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях. В свою очередь психическое состояние человека может влиять на механизмы иммунитета. Эмоции влияют на секрецию определенных гормонов, в частности щитовидной железы и надпочечников. Эндокринологи говорят о существовании прямой взаимосвязи между желанием жить и химическом балансе в мозге.

Негативные психологические последствия травмы . В случае не оказания психологической помощи личность ребенка начинает формироваться на основе болезненных переживаний. Как показывает опыт, в этом случае ребенок становится эмоционально взрывным, неуправляемо агрессивным, мстительным, подозрительным, замкнутым. Его отношение к миру и окружающими людям отягощено болезненным опытом и поэтому априори негативно. Часто в поисках компенсации за боль ребенок останавливается на девиантных формах поведения. Кроме того, у него развивается комплекс “выключенного тела”: физическая и эмоциональная боль порождают мышечный панцирь, ребенок становится бесчувственным, обесценивающим переживания окружающих его людей циником. Чтобы расслабиться, такому человеку необходимо пережить еще более острое состояние – либо прибегнуть к алкоголю или наркотикам.

Необходимость предотвращения негативных последствий травмы путем создания службы, сферой компетенции которой являлась психотерапевтическая помощь больным детям, чья психика наравне с телом подверглась травмирующему воздействию.

Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи",

Инструментарий Психологической Службы.

Для диагностики состояния больного используются методы:

Невербальное наблюдение за реакцией больного во время общения с психологом, телесными сигналами бессознательных процессов (скрытые эмоции, вытесненные, но актуальные переживания).

Наблюдение за движениями глаз , позволяющее выявить специфику опыта травмы (что видел, слышал, чувствовал ребенок).

Анализ высказываний ребенка помогает зафиксировать личное отношение ребенка к травме и ее значение.

Проективная рисуночная диагностика проявляет актуальные процессы эмоционально-волевой сферы, позволяет понять насколько травма исказила восприятие себя и окружающего мира, выявить особенности реакции на произошедшее.

Для элиминации травматического стресса используются методы, успешно зарекомендовавшие себя в практике:

Эмпатийное слушание. Если ребенку необходимо проговорить, эмоционально отреагировать накопившиеся переживания по поводу травмы – использование этого приема помогает ребенку почувствовать себя услышанным, легализовать травмирующее переживание, в ответ получить эмоциональную поддержку и принятие со стороны психолога. Последнее необходимо больному в качестве средства, снимающего часть внутреннего эмоционального напряжения.

Фиксация травмирующих переживаний в форме рисунка, метафоры, составленной ребенком про себя истории - позволяют направить в определенное русло эмоциональную энергию, снизить ее разрушительный потенциал, сделать управляемой и доступной для терапевтического понимания сознания больного.

Техника ГДД (глазодвигательная десенсибилизация, Шапиро, 1989) позволяет десенсибилизировать память в короткий период времени, изменить отношение к событию и снизить интенсивность воспоминаний о нем. Техника основана на теории Павлова о психотерапевтическом эффекте и на теории невротиков, как дисбалансе процессов возбуждения и торможения. Влияние травматического события возбуждающе по своей природе и вызывает дисбаланс элементов. Ритмические билатеральные движения глаз моделируют фазу быстрых движений глаз во время сна (REM -фаза), что приводит к естественной десенсибилизации памяти. ГД ингибирует фазу возбуждения, с которой связаны симптомы тревоги, что приводит к восстановлению нейробиологического баланса.

Техника ВКД (визуально-кинестетической диссоциации) позволяет качественно изменить восприятие запечатленной травмирующей ситуации. Техника основана на работе с визуальной, аудиальной и кинестетической составляющими системы восприятия человека, а также на методе реимпринта Р. Дилтса. Интенсивность кинестетической составляющей определяет особенности травмирующих переживаний. Посредством изменения модальности систем восприятия ВКД позволяет снять негативный “заряд” событий прошлого, изменить внутренние стереотипы.

Способы психологической реабилитации, эффективные в условиях больницы:

Личностный рефрейминг - метод согласования частей личности, позволяющий утилизировать внутренний конфликт, который типичен для жертв катастроф и несчастных случаев. Этот конфликт порожден оппозиционными друг другу частями личности, например “слабой” и “сильной”, которые постоянно противостоят друг с другом за место в сознании ребенка. Ликвидация противостояния частей устраняет индуцированное ими внутреннее напряжение. Изменение значения частей личности в ходе рефрейминга помогает перейти от внутренней борьбы к сотрудничеству и личностной целостности.

Контекстуальный рефрейминг, с помощью которого изменяется стереотип восприятия происходящего. Изменяется значение событий, произошедших с больным. Они видятся иначе, чем прежде, и превращаются в позитивные и адаптивные ресурсы выздоровления. То что раньше было поводом к личностному бегству, теперь становится поводом к личностному развитию.

Изменение личностной истории позволяет быстро оценить адаптивные поведенческие ресурсы и интегрировать их для достижения личной позитивной цели. Кроме того, объектом изменения являются и представления травмированного ребенка о своем будущем – в сторону позитивизма, реализма и повышения значимости. Такой шаг необходим, чтобы избежать

типичной для жертв тяжелых травм негативной мотивации к выздоровлению в следствие негативного представления о будущем. Как только ребенок узнает, зачем ему выздоравливать – пребывание в больнице и сам факт лечения становятся факторами, не вызывающими прежний стресс и отторжение.

Метафорирование – посредством специально подобранных историй ребенок погружается в мир образов и символов, и находит то символическое значение, которое интегрирует внутренние ресурсы, позитивно определяет его “я” как во внутреннем, так и в окружающем мире. Метафорирование прекрасно работает с детьми, которые отвергают себя и реальность на основании факта травмы, имеют негативную модель мира.

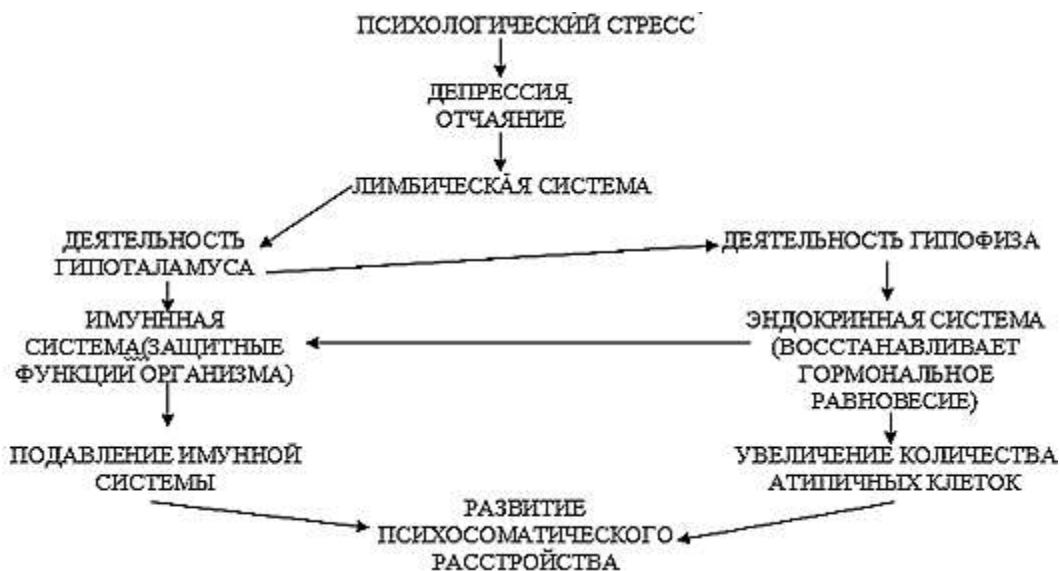
Основные принципы работы Психологической Службы

Творчество, как проявление воли к жизни является источником важных импульсов, образующихся в мозге и стимулирующих гипофиз, а это в свою очередь, воздействует на всю эндокринную систему. Гипофиз выделяет гормоны эндорфины, некоторые из них действуют как наркотические препараты – притупляют или снимают боль. Происходящие в организме под влиянием психических процессов биохимические изменения неоднократно исследовались учеными. Данные лабораторных и клинических исследований подтверждают, что психика человека способна помочь преодолеть болезнь. Сейчас все больше специалистов-психологов говорят об ответственности больного за свое здоровье, о возможности самому воздействовать на него.

Настроение – это сравнительно продолжительное, устойчивое психическое состояние умеренной интенсивности, которое проявляется как положительный или отрицательный эмоциональный фон психической жизни человека. Для настроения важна не только ситуация, в которой находится человек, но и то, как он к этой ситуации относится. Если специалисту не всегда удастся повлиять на ситуацию (хотя во многих случаях такая возможность есть), то на отношение больного к ней влиять можно. Настроение соответствует тому, что думает человек, каковы его мысли.

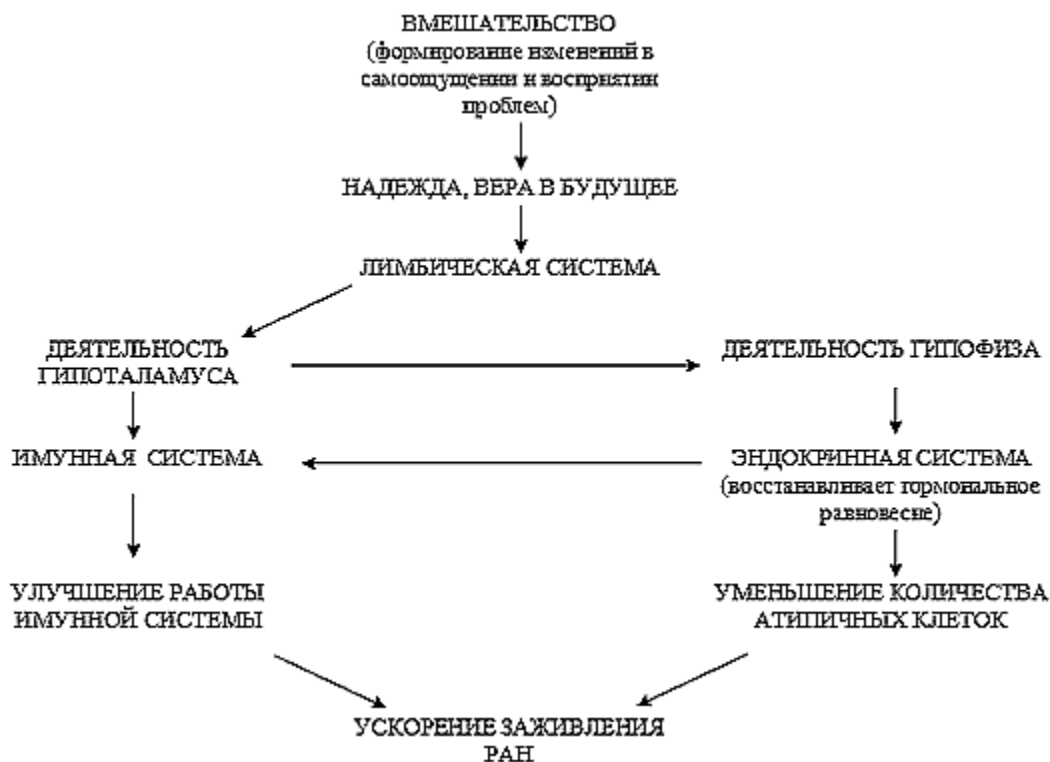
Не только ход мыслей сказывается на настроении, но и характер текущей деятельности. Именно благодаря своей деятельности можно изменить ситуацию, в которой находится больной. Полезно помочь ему выбрать то, что любит делать, и заниматься этим. Занятие любимым делом повышает качество жизни, способствует здоровью. Творчество, получение удовольствия от самого процесса жизни повышают настроение. Вмешательство психолога помогает привить интерес к таким делам, которые ребенок в данный момент в состоянии делать. Тем самым сохранив ему движущую силу психики, а значит и здоровья – творчество.

Схема развития соматического заболевания вызванного нервным перенапряжением (стрессом)



Следуя приведенной логике развития заболевания влияющего на скорость заживления травм, была выстроена модель психологического вмешательства с целью ускорения процесса выздоровления:

Психофизиологическая модель ускорения выздоровления



В связи с этим специалисты Психологической Службы используют следующую тактику

1. Помощь в воздействии на свое здоровье

Осознание и поиск затаенных обид, чувства вины, с целью переосмысления и высвобождения.

2. Поддержка душевного состояния при осознании больным вторичных выгод от болезни

болезнь “дает разрешение” уйти от неприятной ситуации, от сложной проблемы;

она предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

появляются условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации;

появляется стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;

отпадает необходимость соответствовать требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

3. Обучение навыкам расслабления, релаксации и визуализации здоровья

Этот процесс приводит к формированию положительных ожиданий и отвлечению от болезненных ощущений.

4. Формирование положительных мысленных образов у ребенка

Создание образов-процессов, облегчающих выздоровление.

5. Помощь в преодолении затаенных обид

Затаенная обида оказывает постоянное стрессовое воздействие. Ребенок обучается канализации обиды и приемлемому прощению.

6. Постановка целей, формирующих будущее

Цель как смыслообразующий фактор. Создание новых целей в жизни с учетом полученной травмы или болезни.

При невозможности повлиять на такую окружающую ситуацию, используются приемы создания, специальными методами, “философского” взгляда на жизнь, некоторой отстраненности от суеты, что помогает даже в кризисных ситуациях.

Методы психокоррекционной помощи больному позволяют ускорить процесс выздоровления. Одним из важных составляющих психокоррекции, являлось создание позитивного видения будущего и хорошего настроения у больного. Формирование самостоятельного, творческого поиска своего места в жизни.

На состояние больного влияют и отношения с людьми, которые его окружают. К окружающим людям стоит отнести не только близких родственников больного, но и медицинский персонал, который не всегда учитывает эмоциональное состояние пострадавшего.

В результате наблюдений за работой медицинского персонала больницы выявились некоторые недостатки общения с больными. Персонал забывает, что перед ними не просто больные дети, а маленькие люди с эмоциональной болью. Поэтому, стоит напомнить что врачу, кроме выдачи таблеток, необходимо еще и повышать настроение пациентам.

Считаем необходимым напомнить руководителям больниц и разных медицинских центров, кто по закону имеет право проводить психокоррекцию ПтСР

Приложение.

Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г . N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи", часть 1 "психолог, психотерапевт, медицинский, правила, методические, положение, закон, приказ"

Положение о медицинском психологе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи

См. Положение о подготовке медицинских психологов, утвержденное приказом Минздрава РФ от 26 ноября 1996 г . N 391 Приложение 3 к Приказу Минздрава РФ от 26 ноября 1996 г . N 391

1. Общие положения

1.1. Медицинский психолог - специалист с высшим психологическим образованием по специальности "психология" и получивший дополнительную подготовку на факультете последиplomного образования по медицинской психологии, владеющий различными методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат по медицинской психологии.

1.2. В своей работе руководствуется Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", другими нормативными документами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья населения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения или его заместителю.

1.4. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

2. Обязанности медицинского психолога

2.1. По направлению врача проводит психодиагностические исследования и длящиеся диагностические наблюдения за пациентами, уделяя особое внимание лицам с факторами риска психических расстройств, в основе которых лежат патопсихологические и патогенные поведенческие стереотипы.

2.2. Совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов, выполняет работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов.

2.3. По направлению врача проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности пациента, выявляя условия, способствующие формированию этих отклонений.

2.4. По направлению врача осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

2.5. Проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии и деонтологии.

2.6. Совместно с врачом оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.

2.7. Оформляет документацию установленного образца в соответствии с требованиями Минздравмедпрома России.

2.8. Повышает свою квалификацию по медицинской психологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.9. Внедряет в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования.

3. Права медицинского психолога

3.1. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.

3.2. Вступает в различные общественные и профессиональные организации.

3.3. Проводит в установленном порядке экспертизу качества оказания медико-психологической помощи пациенту другими медицинскими психологами.

4. Ответственность медицинского психолога

Несет административную и юридическую ответственность за последствия своих заключений, действий и высказываний в отношении пациентов и их родственников в соответствии с действующим законодательством.