

УДК 612.17+612.8+612.2

UDC 612.17+612.8+612.2

19.00.00 Психологические науки

Psychology

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ НАВОДНЕНИЯ В ГОРОДЕ КРЫМСКЕ

THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CARE PROVIDED FOR THE PATIENTS WHO SUFFERED FROM STRESS DURING THE FLOOD IN THE CITY OF KRYMSK

Мальшева Елена Александровна
Муниципальное бюджетное учреждение
«Славянское ЦРБ», г.Славянск на Кубани, Россия

Malysheva Elena Aleksandrovna
Municipal budget-funded institution "Slavyanskoe
CRB", Slavyansk-na-Kubani, Russia

В статье показано, что оценка эффективности лечения и реабилитации больных с посттравматическими стрессорными расстройствами наиболее информативна по регуляторно- адаптивному статусу

It is shown in the article that the most effective way to evaluate the effectiveness of post traumatic stress disorder patients rehabilitation is via their regulation and adaptive status

Ключевые слова: ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОРНОЕ РАССТРОЙСТВО, ЗОНА НАВОДНЕНИЯ

Keywords: POST TRAUMATIC STRESS DISORDER, FLOODED AREA

Оценка эффективности оказания помощи больным, перенесшим стресс во время наводнения в городе Крымске

В современном мире происходит громадное количество бедствий и катастроф [3]. Одно из них - наводнение в городе Крымске. Оказавшиеся в экстремальных ситуациях люди наряду с воздействием природных, травмирующих факторов, испытывают действие факторов, вызывающих психоэмоциональный стресс.

Вслед за травмирующими событиями может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство, которое представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Предполагается, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в

травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет – в этом особая каверзность посттравматического стрессового расстройства [5].

Наряду с общеклиническими методами для оценки эффективности проводимого лечения, в том числе психотерапии, посттравматического стрессового расстройства используют громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale) [6]. К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам оценки эффективности лечения посттравматического стрессового расстройства относятся: шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник Бека для оценки депрессии; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из ММПИ. В отечественной психологии разработан и успешно зарекомендовал себя, – Опросник травматического стресса [1]. Однако все эти методы имеют существенный недостаток. Они субъективны. Поэтому не во всех случаях оценка проводимого лечения посттравматического стрессорного расстройства корректна. При недостаточно эффективном лечении могут возникать последствия.

Цель исследования - оценить эффективность проводимого лечения посттравматического стрессорного расстройства и разработать мероприятия по его коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены в неврологическом отделении в муниципальном бюджетном учреждении «Славянское ЦРБ» в течение первого месяца после наводнения в городе Крымске и лечения на 94 пострадавших с симптомами острого стрессорного расстройства, через три месяца после катастрофы и реабилитации на 66 пациентах с посттравматическими стрессорными расстройствами и через шесть месяцев после катастрофы и реабилитации на 34 пациентах с посттравматическими стрессорными расстройствами.

Прогноз исхода лечения больных с посттравматическими стрессорными расстройствами проводили по регуляторно-адаптивному статусу [4], (В.М. вариабельности ритма сердца [2], по опроснику травматического стресса [1]).

Статистический анализ результатов исследования был проведен с использованием программ: «STATISTIKA 6,0» Вычисляли M – среднюю арифметическую, m – стандартную ошибку средней арифметической, P – показатель достоверности различий. За достоверные различия в сравнении средних величин в парных сравнениях брали t -критерий Стьюдента при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивать эффективность лечения можно по исчезновению симптомов посттравматического стрессорного расстройства

У наблюдаемых нами 94 больных при поступлении в клинику имели место следующие симптомы посттравматического стрессорного расстройства:

1. Навязчивые воспоминания - пациенты, перенесшие психологическую травму, не могли справиться с болезненными воспоминаниями о травмирующем событии, они всплывали в сознании в какие-то моменты времени (55 человек)

2. Ночные кошмары, бессонница (63 пациента)

3. Депрессия - чувство досады, безнадежности и одиночества (67 человек).

4. Отсутствие интереса - пациент не испытывает удовлетворения от семейной жизни, работы, хобби, общения с друзьями (84 пациента)

5. “Вина за выживание” - испытывает чувство вины за собственное выживание, вину перед теми, кто не сумел выжить (12 человек)

6. Эмоциональные всплески - люди часто испытывают сильные эмоции (напряженность, страх, злобу), которые выходят из-под контроля (18 человек).

7. Раздражительность или повышенная возбудимость - характеризуется потерей человеком способности к расслаблению и отдыху, он постоянно “на страже” старается избежать всего, что напоминает ему о травме (92 человека).

После проведенного лечения (психотерапии, фармакотерапии) пациенты перестали предъявлять жалобы и были выписаны из стационара.

Однако, через три месяца после перенесенного лечения у большинства пациентов вновь возникли симптомы посттравматического стрессорного расстройства.

Это связано с тем, что симптомы посттравматического стрессорного расстройства обычно могут исчезать на некоторое время и появляться снова, даже спустя годы. Кроме того, присутствие указанных симптомов является необходимым, но не достаточным условием для постановки диагноза посттравматического стрессорного расстройства. Имеется еще один критерий, дополняющий картину постстрессового состояния. Он состоит в том, что расстройства обуславливают клинически выраженный дистресс или нарушают социальную, профессиональную или иную значимую деятельность. Этот критерий связан с нарушением психологической адаптации, снижением работоспособности, ухудшением

качества жизнедеятельности в целом в связи с перенесенной психологической травмой.

Поэтому возникает необходимость оценивать эффективность проводимого лечения и другими методами

Для выявления постстрессовых расстройств используют широко известные методы: структурированная клиническая беседа, ММРІ – опросник, опросник тревоги Ч. Спилбергера, шкала депрессии Бека. Известен также ряд специализированных методик: шкала воздействия события (IOES), шкала PTSD ММРІ. И.О. Котеневым (1996) был разработан оригинальный опросник травматического стресса (ОТС).

В наблюдениях на наших пациентах мы использовали опросник травматического стресса.

Опросник травматического стресса включает 110 пунктов-утверждений. Пациентам предлагали с помощью пятибалльной шкалы. (от значений “абсолютно верно” до “абсолютно неверно”) оценивать каждое из утверждений в зависимости от его соответствия собственному состоянию. 56 пунктов являются ключевыми для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 15 - входят в дополнительную шкалу депрессии, 9 - составляют три оценочных шкалы: лжи, аггравации и диссимуляции, позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем.

В опросник включены резервные и маскирующие утверждения, препятствующие пониманию испытуемым основной направленности теста. Помимо прямых утверждений, согласие с которыми оценивается как наличие у него того или иного искомого признака (симптома), в опроснике имеются так называемые “обратные” пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми.

Процедура занимала от 15 до 25 мин.

Результаты обрабатывали наложением заранее изготовленных ключей на заполненные бланки с ответами. Затем простым суммированием подсчитывали значения контрольных и основных субшкал ПТСР и ОСР (острые стрессовые расстройства).

В начале ответы всех пациентов определяли на ложь – значения L , аггравацию – значения Ag и диссимуляцию – значения Di . Значения шкал ниже 50 Т-баллов у наблюдаемых указывало на возможность использования их ответов.

В стационаре после лечения в конце первого месяца после катастрофы определяли острые стрессорные расстройства. Для этого использовали субшкалы: a (событие травмы), b (диссоциативные симптомы), c (повторное переживание травмы - “вторжения”), d (симптомы “избегания”), e (симптомы гиперактивации), f (дистресс и дезадаптация).

По результатам этих данных были выделены две группы пациентов: первая и вторая. У первой группы пациентов (23 человека) на момент выписки из стационара симптомы постстрессорных состояний отсутствовали, а у второй группы составляли от 65 до 70 баллов, что означало острые стрессорные расстройства. График сравнения показателей представлен на рисунке 1.

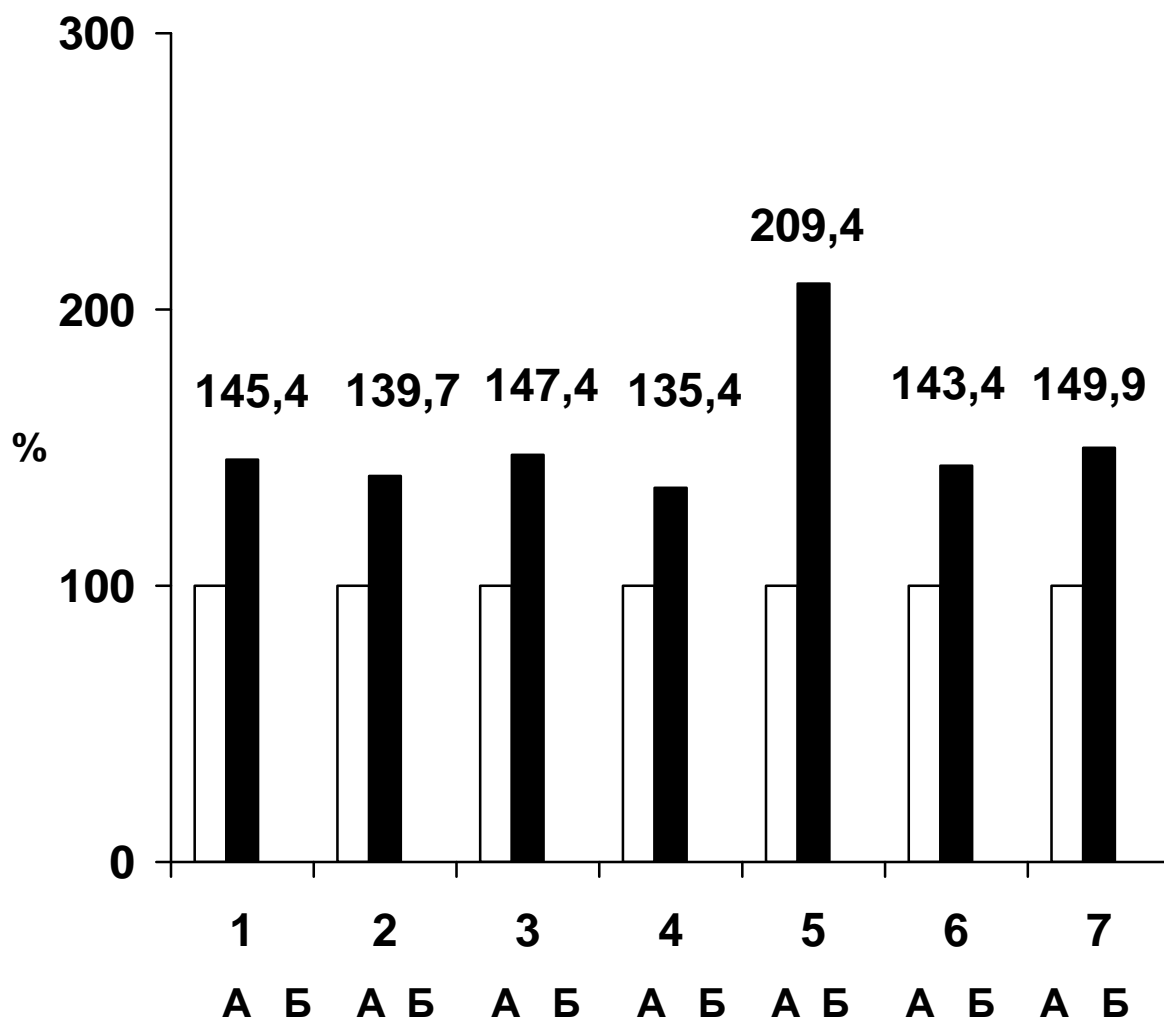


Рис.1. Значения 1 – событие травмы, 2 – диссоциативные симптомы, 3 – повторное переживание травмы, 4 – симптомы «избегания», 5 – симптомы «гиперактивации», 6 – дистресс и дезадаптация, 7 – общий показатель. А - у пациентов после лечения с прогнозом «восстановление». Б - у пациентов с прогнозом «сохранение острых стрессорных расстройств» (Б). За 100% взяты значения у пациентов с прогнозом «восстановление».

Через три месяца с момента травматизации стрессорные расстройства сохранились у 63 человек. Восстановление произошло у 31 пациента. По опроснику травматического стресса восстановление – у 24 человек

Информативность прогноза по опроснику травматического стресса $(24/31)* 100\% = 77,4\%$.

После реабилитации, через три месяца после катастрофы по данным опросника травматического стресса повторно обратившиеся пациенты были распределены на 2 группы: третью и четвертую. У лиц третьей группы 29 человек, симптомы посттравматического стрессорного расстройства отсутствовали, а у лиц четвертой группы - 37 пациентов составляли от 70 до 75 баллов. Это означало прогноз проявления симптомов посттравматических стрессорных расстройств. График сравнения показателей представлен на рисунке 2.

Через шесть месяцев с момента травматизации стрессорные расстройства сохранились у 31 человек. Восстановление произошло у 35 пациентов.

Информативность прогноза о «восстановлении» по опроснику травматического стресса составила $(29/35)* 100\% = 82,9\%$.

После реабилитации, через шесть месяцев после катастрофы по результатам опросника травматического стресса обратившиеся пациенты были распределены на 2 группы: пятую и шестую. У лиц пятой группы 20 человек, симптомы посттравматического стрессорного расстройства отсутствовали, а у лиц шестой группы - 14 пациентов составляли от 70 до 75 баллов. Это означало у шестой группы пациентов прогноз проявления симптомов посттравматических стрессорных расстройств. График сравнения показателей представлен на рисунке 3.

Через восемь месяцев с момента травматизации стрессорные расстройства сохранились у 9 человек. Восстановление произошло у 25 пациентов.

Информативность прогноза о «восстановлении» по опроснику травматического стресса составила $(20/25)* 100\% = 80,0\%$.

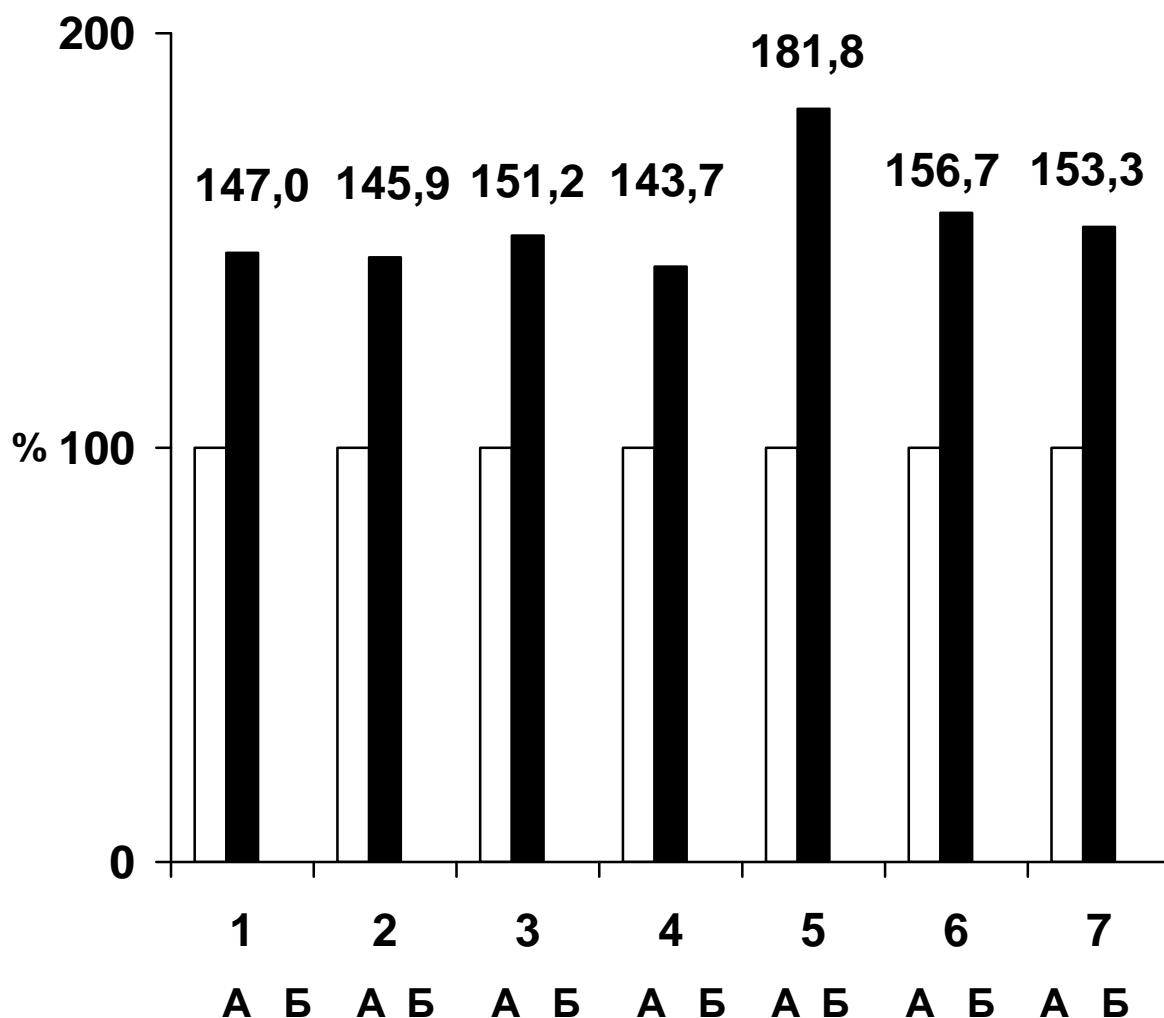


Рис.2. Значения 1 – событие травмы, 2 – диссоциативные симптомы, 3 – повторное переживание травмы, 4 – симптомы «избегания», 5 – симптомы «гиперактивации», 6 – дистресс и дезадаптация, 7 – общий показатель. А - у пациентов после лечения с прогнозом «восстановление». Б - у пациентов с прогнозом «сохранение посттравматических стрессорных расстройств» (Б). За 100% взяты значения у пациентов с прогнозом «восстановление».

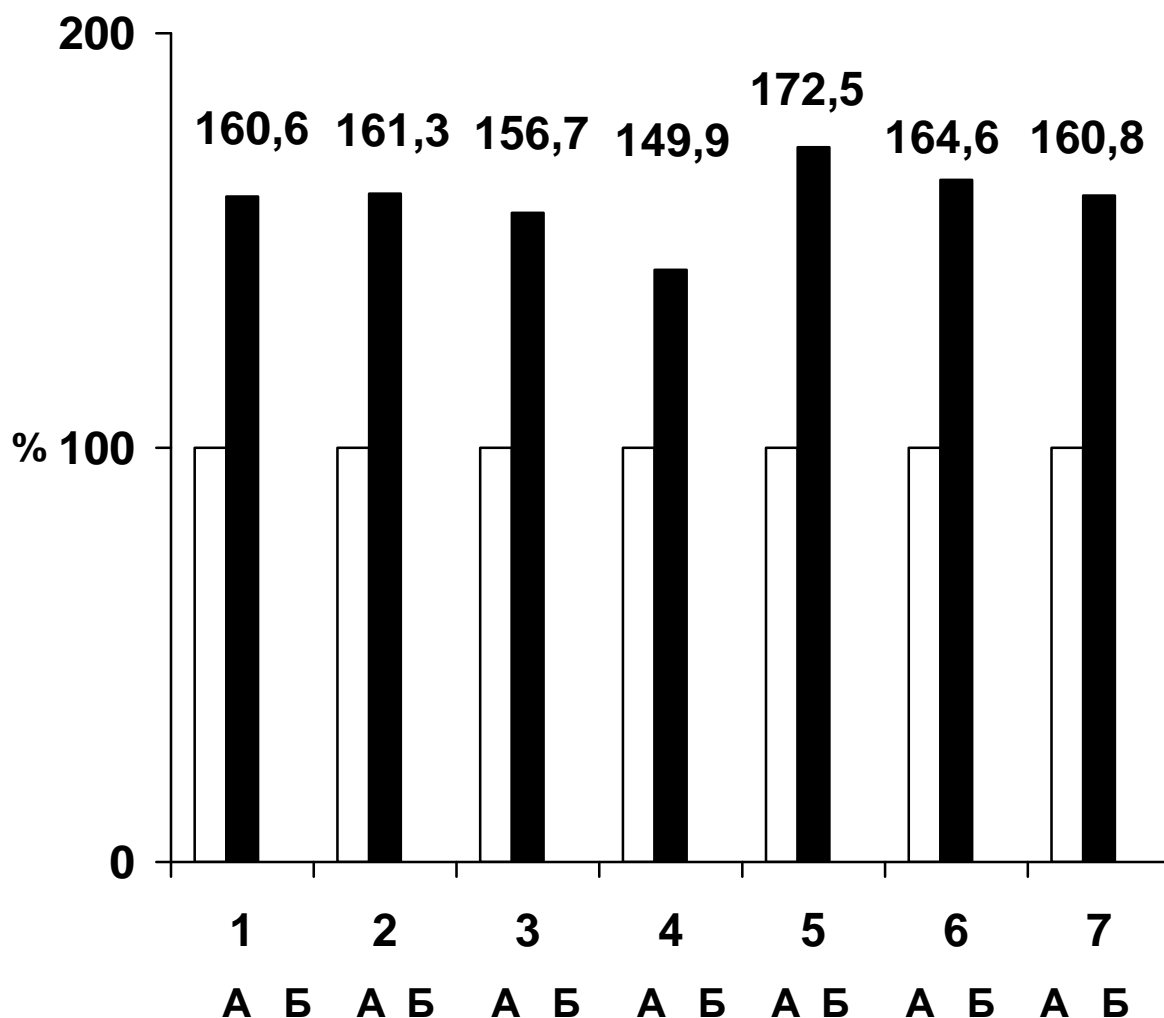


Рис..3. Значения 1 – событие травмы, 2 – диссоциативные симптомы, 3 – повторное переживание травмы, 4 – симптомы «избегания», 5 – симптомы «гиперактивации», 6 – дистресс и дезадаптация, 7 – общий показатель. А - у пациентов после реабилитации через 6 месяцев после катастрофы с прогнозом «восстановление». Б - у пациентов с прогнозом «сохранение посттравматических стрессорных расстройств» (Б). За 100% взяты значения у пациентов с прогнозом «восстановление».

При значениях 70 - 75 Т-баллов вероятность появления клинически выраженных расстройств заметно возрастает.

В то же время следует отметить, что приведенные значения в Т-баллах, безусловно, являются только ориентировочными как для оценки общих показателей посттравматического стрессорного расстройства, так и острого стрессорного расстройства.

Известно, что стрессы, лежащие в основе посттравматических стрессорных расстройств сопровождаются активацией симпатической нервной системы и нарушением психовегетативных функций.

Проведенный анализ variability ритма сердца у наших пациентах по статистическим показателям, показателям вариационной пульсометрии, показателям спектрального анализа variability ритма сердца, показателям временного анализа variability ритма сердца, показателям корреляционной ритмографии, показателям variability коротких участков ритма сердца, показателям купола гистограммы variability ритма сердца позволил при помощи компьютерной программы делать заключение о степени восстановления адаптации и преобладании тонуса вегетативной нервной системы. По данным variability ритма сердца было установлено, что на этапе выписки пациентов после лечения (в течение месяца после катастрофы) наблюдалось две группы пациентов: первая - с «восстановление» - 22 человека (у них преобладало парасимпатическое влияние) (таблица 1) и вторая – у которых адаптация не восстанавливалась

Таблица 6.1.

1.Суммарный эффект регуляции:	Выраженная тахикардия.
2.Функция автоматизма:	Умеренная синусовая аритмия.
3.Степень адаптации:	Удовлетворительная (++) Напряжение <u>Неудовлетворительная</u> Срыв адаптации (++++++)
Суммарное заключение:	Умеренное преобладание симпатической системы.

и они прогнозировались как лица, у которых могли возникнуть посттравматические стрессорные расстройства после лечения. У этих пациентов – 72 человека преобладало влияние симпатической нервной системы (таблица.2).

Таблица 2

1.Суммарный эффект регуляции:	Умеренная брадикардия.
2.Функция автоматизма:	Нарушения автоматизма нет.
3.Степень адаптации:	<u>Удовлетворительная</u> (++++++) Напряжение (+) Неудовлетворительная Срыв адаптации (+)
Суммарное заключение:	Вегетативный гомеостаз.

Информативность прогноза по variability ритма сердца составила $(22/31) * 100\% = 71,0\%..$

Через три месяца после катастрофы, на момент выписки из стационара после реабилитации, среди обратившихся пациентов с посттравматическими стрессорными расстройствами по параметрам variability ритма сердца были выделены 2 группы. Третья группа

соответствовала «восстановлению». У них преобладал тонус парасимпатической нервной системы (таблица .3). Их было 27 человек.

Таблица .3.

1.Суммарный эффект регуляции:	Умеренная брадикардия.
2.Функция автоматизма:	Нарушения автоматизма нет.
3.Степень адаптации:	<u>Удовлетворительная</u> (+++++++)
Суммарное заключение:	Умеренное преобладание парасимпатической нервной системы.

По параметрам variability ритма сердца пациентов четвертой группы – человека по прогнозу отнесли к лицам, у которых сохраняются посттравматические стрессорные расстройства. У них преобладал тонус симпатической нервной системы (таблица 4).

Таблица 4.

1.Суммарный эффект регуляции:	Выраженная тахикардия.
2.Функция автоматизма:	Стабильный ритм.
3.Степень адаптации:	Удовлетворительная (++) Напряжение <u>Неудовлетворительная</u> Срыв адаптации (++++++)
Суммарное заключение:	Выраженное преобладание симпатической нервной системы.

Информативность прогноза по variability ритма сердца составила $(27/35) * 100\% = 77,1\%..$

Через шесть месяцев после катастрофы, на момент выписки из стационара после реабилитации, среди обратившихся пациентов с посттравматическими стрессорными расстройствами по параметрам variability ритма сердца были выделены 2 группы. Пятая группа соответствовала «восстановлению». У них преобладал тонус парасимпатической нервной системы (таблица 5). Их было 18 человек.

Таблица .5

1.Суммарный эффект регуляции:	Умеренная брадикардия.
2.Функция автоматизма:	Нарушение автоматизма умеренное.
3.Степень адаптации:	Удовлетворительная (+++)
	<u>Напряжение</u> (+)
	Неудовлетворительная (++)
	Срыв адаптации (++)
Суммарное заключение:	Вегетативный гомеостаз.

У пациентов шестой группы – 14 человек по прогнозу сохраняются посттравматические стрессорные расстройства. У них преобладал тонус симпатической нервной системы (таблица 6).

Таблица 6.

1.Суммарный эффект регуляции:	Умеренная тахикардия.
2.Функция автоматизма:	Умеренная синусовая аритмия.
3.Степень адаптации:	Удовлетворительная (+)
	Напряжение
	<u>Неудовлетворительная</u> (+)
	Срыв адаптации (++++++)
Суммарное заключение:	Умеренное преобладание симпатической нервной системы.

Информативность прогноза по вариабельности ритма сердца составила $(18/25) * 100\% = 72,0\%$.

У пациентов проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма. По диапазону синхронизации и длительности развития сердечно-дыхательного синхронизма на минимальной границе диапазона рассчитывали индекс регуляторно-адаптивного статуса. По его значениям делали прогноз «восстановления» или возникновения симптомов посттравматического стрессорного расстройства.

Информативность прогноза о «восстановлении» по регуляторно-адаптивному статусу после лечения составила $(27/31) * 100\% = 87,1\%$, через три месяца после реабилитации $(32/35) * 100\% = 91,4\%$, через шесть месяцев $(22/25) * 100\% = 88,0\%$.

Таким образом, оценка эффективности лечения и реабилитации (симптомов посттравматического стрессорного расстройства не будет или они возникнут вновь) в течении месяца после катастрофы, через три месяца и через шесть месяцев наиболее информативна по регуляторно-адаптивному статусу.

Список использованной литературы

1. Котенёв И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях. - М., 1996.
2. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения. – Иваново: Изд-во: Ивановский полиграфический комбинат, 2002. – 288 с.
3. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенёсших психоэмоциональный стресс // Вестник Ассоциации психиатров Украины. - 2003. - № 3 - 4. - С. 140 - 159.
4. Покровский В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма. – Краснодар, – 2010. – 243 с
5. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. — СПб. : Речь, 2004. — 256 с.
6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина - СПб.: Питер, 2001. - 272 с.

References

- 1.Kotenjov I.O. Oprosnik travmaticheskogo stressa dlja diagnostiki psihologicheskikh posledstvij nesenija sluzhby sotrudnikami OVD v jekstremal'nyh uslovijah. - M.,1996.
- 2.Mihajlov V. M. Variabel'nost' ritma serdca. Opyt prakticheskogo primenenija. – Ivanovo: Izd-vo: Ivanovskij poligraficheskij kombinat, 2002. – 288 s.
- 3.Petrjuk P. T., Jakushhenko I. A. Social'no-psihologicheskie i psichiatricheskie aspekty psihosomaticheskikh rasstrojstv u bol'nyh, perenjoshih psihosocial'nyj stress // Vestnik Associacii psichiatrov Ukrainy. - 2003. - № 3 - 4. - S. 140 - 159.
- 4.Pokrovskij V.M. Serdechno-dyhatel'nyj sinhronizm v ocenke reguljatorno-adaptivnogo statusa organizma. – Krasnodar, – 2010. – 243 s
- 5.Romek V. G. Psihologicheskaja pomoshh' v krizisnyh situacijah / V. G. Romek, V. A. Kontorovich, E. I. Krukovich. — SPb. : Rech', 2004. — 256 s.
- 6.Tarabrina, N. V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa / N. V. Tarabrina - SPb.: Piter, 2001. - 272 s.