

© БУНДАЛО Н.Л., МАЛЮТКИНА Е.П.

УДК 616.45–001.1/.–036

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕ- СТИ ПРИ УТРАТЕ ЛИЦ ЭКСТРАОРДИНАРНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Н.Л. Бундало, Е.П. Малюткина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. А.А. Сумароков;  
Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1, гл. врач – Г.М. Гершенович.

*Резюме.* В статье представлены исследования клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) различной степени тяжести у респондентов, длительно переживающих утрату лиц экстраординарной значимости. Всего было обследовано 188 человек обоего пола в возрасте от 18 до 50 лет. Выделены клинические формы ПТСР легкой, средней и тяжелой степеней тяжести: психосоматическая, депрессивная, фобическая, паранойяльная, диссоциативная и смешанная. Показаны закономерности клинических проявлений при различной степени тяжести расстройства.

*Ключевые слова:* посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), клиника.

Бундало Наталья Леонидовна – д.м.н., проф. каф. психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: [bundalo@mail.ru](mailto:bundalo@mail.ru).

Малюткина Елена Петровна – зав. дневным стационаром для взрослых Красноярского краевого психоневрологического диспансер № 1; e-mail: [malei59@mail.ru](mailto:malei59@mail.ru); тел. 8(391)2118210.

Несмотря на то, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) изучается и описывается более ста лет, одним из актуальных аспектов в изучении этого расстройства является клинический. Современные отечественные исследователи описывают клиническую картину ПТСР, с точки зрения преимущественно феноменологического подхода. Так, у участников боевых действий в клинике ПТСР были описаны астенический, депрессивный, фобический (кардио-, танатофобии), психопатоподобный и ипохондрический синдромы [3], а в дальнейшем были описаны клинические типологические варианты ПТСР: невротический, патохарактерологический, невротический и психопатоподобный [6]. Другим автором были выделены клинические (феноменологические) типы хронического ПТСР: тревожный, дисфорический, апатический, соматоформный [2].

Среди симптомов, характерных для ПТСР, описаны первичные: интрузия (неотступное переживание травматического события), избегание, гиперактивность; и вторичные: депрессия, тревога, импульсивное поведение, алкоголизм, расстройства соматического характера, нарушение чувства времени [4]. Авторы описали также типичные симптомокомплексы для ПТСР: обсессивно-фобический, астенический, истерический, депрессивный, психоорганический.

С использованием нейросетевого моделирования были выделены облигатные и факультативные синдромы при ПТСР [1]. Кроме того, исходя из уровня дистресса, были выделены и описаны степени тяжести расстройства (легкая, средняя и тяжелая) и стадии развития ПТСР (начальных клинических проявлений, невротическая, психотизма), основанные на синдромотаксисе облигатных синдромов: обсессивно-компульсивного, тревожного и дереализационно-деперсонализационного (в рамках диссоциативного синдрома). Автором было выдвинуто положение, что факультативными синдромами определяются клинические варианты ПТСР.

Полагают, что человек при воздействии стрессоров реагирует наиболее привычным индивидуальным способом, однако только биологический подход не дает ответов на все возникающие вопросы, что происходит с человеком в ситуации стресса [5].

Дальнейшее изучение закономерностей индивидуально-личностного реагирования на стресс и развития ПТСР диктуется важностью этой проблемы в современной психиатрии, необходимостью уточнения диагностических критериев расстройства для его целенаправленного выявления среди населения, поскольку у многих психически травмированных людей ПТСР не диагностируют и субъекты остаются, порой в течение многих лет, без эффективной квалифицированной медико-психологической помощи. При этом необходим дифференцированный подход не только к диагностике расстройства, но и лечению, так как это расстройство имеет сложный механизм формирования.

Цель исследования: выделение и описание клинических форм ПТСР различной степени тяжести при утрате лиц экстраординарной значимости.

### **Материалы и методы**

Выборка включала 188 человек обоего пола в возрасте от 18 до 50 лет, у которых было диагностировано ПТСР различной степени тяжести. Среди респондентов мужчин было 90 ( $48,9 \pm 3,6$  %) человек, женщин – 98 ( $52,1 \pm 3,6$  %). Средний возраст субъектов составил  $29,8 \pm 1,1$  года.

Исследование проводилось в дневном стационаре для взрослых Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1, в Красноярском краевом госпитале ветеранов войн, среди студентов КрасГМУ и СибГТУ.

Для верификации диагноза все респонденты были обследованы клинически. Диагностика ПТСР проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-IV. В выборку включались субъекты с утратой лиц экстраординарной значимости в анамнезе, после которой прошло не менее 6 месяцев. У части субъектов помимо этого типа стрессоров выявлялись и другие, менее для них эмоционально значимые.

Для исследования травматических событий использовалась анкета не стандартизированного интервьюирования респондентов, включающая перечень тяжелых, очень тяжелых и катастрофических событий, включая смерть значимых для обследуемых людей, а также время, прошедшее после травматического события, длительность и интенсивность переживаний.

Кроме того, пациентам было проведено психопатологическое исследование с использованием миссисипской шкалы (МШ) и опросника выраженности психопатологической симптоматики (ОВПС), которые позволяют произвести психометрические исследования и получить количественные показатели [1, 7].

Все респонденты по степени тяжести ПТСР были распределены на три группы: (1) ПТСР легкой степени, (2) ПТСР средней степени, (3) ПТСР тяжелой степени. Анализ респондентов в группах по половой принадлежности и среднему возрасту выявил их структурную идентичность ( $p > 0,05$ ).

В статистическую обработку результатов исследования входил расчет:  $P$  – среднего арифметического значения доли;  $p$  – ошибки среднего арифметического доли. При соответствии данных в группах нормальному распределению для их сравнения использовали  $t$  – критерий Стьюдента.

### **Результаты и обсуждение**

У всех респондентов выявлялся характерный для ПТСР клинический полиморфизм. В то же время было замечено, что пациенты имели различную функционирующую организацию психического и соматического процесса, включающую все компоненты личности: поведенческую, социального функционирования, мотивационную, когнитивную, эмоциональную, мнестическую сферы, определенное восприятие и отношение к себе и к окружающим, осознание себя и реальности. Индивидуально-специфическая организация психического процесса обеспечивала, на наш взгляд, у травмированной личности формирование новой идентичности – посттравматической.

Полагаем, что формирование посттравматической идентичности обеспечивало пациентам стратегию адаптации и защиты. Одним из условий формирования посттравматической идентичности личности была фиксация пациента на негативных переживаниях психической травмы, прежде всего утраты значимого близкого. При этом позитивный опыт прежней личности «депонировался» и доступ к нему блокировался. Степень блокирования позитивного опыта и доступ к нему клинически выражалось степенью тяжести расстройства.

Наши наблюдения показали, что патологическая организация психического процесса в ответ на психически травмирующие события утраты лиц экстраординарной значимости в отдаленном периоде характеризовалась различными клиническими формами ПТСР, которые можно было рассматривать как способы патологической адаптации, включающей биологический (соматический и психический), психологический и социальный уровни. Клинические формы ПТСР определялись исходя из преобладания в клинической картине одного из факультативных синдромов. Этот критерий был принят за основу дифференциации субъектов по клиническим формам расстройства.

Клинические наблюдения и психопатологическое исследование по ОВПС субъектов, страдающих ПТСР различной степени при утрате лиц экстраординарной значимости, позволили выделить следующие клинические формы расстройства: психосоматическую, депрессивную, фобическую, паранойяльную, диссоциативную, смешанную.

Было определено, что клиническая форма ПТСР характеризуется тремя группами признаков:

- 1) клиническими признаками непсихотического (невротического) уровня психических расстройств;
- 2) клиническими признаками, свойственными ПТСР различной степени тяжести и стадии развития;
- 3) преобладание характерных клинических проявлений, свойственных каждой форме ПТСР.

Признаками непсихотического (невротического) уровня нарушений являются причинная связь с психически травмирующей ситуацией, наличие эмоциональных нарушений в сочетании с соматовегетативными, сохранение критики, социальной адаптации, нарушение в системе межличностных отношений, отсутствие признаков слабоумия.

Признаками, свойственными для хронического течения ПТСР являются связь с тяжелой психической травмой, после которой прошло не менее 6 месяцев, наличие дистресса, наличие клинического полиморфизма, выявление клиниче-

ских признаков облигатных синдромов в зависимости от степени тяжести расстройства (обсессивно-компульсивного, тревожного, дереализационно-деперсонализационного в рамках диссоциативного).

Признаками клинической формы ПТСР является наличие в клинической картине симптомов одного из факультативных синдромов, преобладающих по частоте, интенсивности и стабильности проявлений на фоне полиморфной симптоматики расстройства.

При этом с целью дифференциации клинических проявлений необходимо отметить, что частота и интенсивность проявлений как облигатных, так и факультативных синдромов определяют уровень дистресса и, соответственно этому, степень тяжести расстройства: чем чаще и интенсивнее клиническое проявление, тем выше степень тяжести ПТСР. Стабильность характерных проявлений облигатных синдромов обеспечивает формирование стадий развития расстройства: начальных клинических проявлений, невротической и психотизма. А стабильность характерных проявлений факультативных синдромов свойственна клиническим формам ПТСР.

Клинические наблюдения и психопатологическое исследование по ОВПС субъектов, страдающих ПТСР различной степени при утрате лиц экстраординарной значимости, позволили выделить следующие клинические формы расстройства: (1) психосоматическую, (2) депрессивную, (3) фобическую, (4) паранойяльную, (5) диссоциативную, (6) смешанную.

Преобладание соматовегетативных и болевых симптомов по интенсивности, частоте проявлений и стабильности является признаками психосоматической формы расстройства. В случае превалирования в полиморфной картине расстройства депрессивных проявлений по интенсивности, частоте и стабильности была выделена депрессивная форма ПТСР. Насыщенность клинической картины фобическими проявлениями давала основание для определения фобической формы расстройства. Признаками паранойяльной формы ПТСР являлись наличие в клинической картине стабильных убеждений, связанных с межличностными проблемами психологического характера (враждебность, межличностную

сензитивность), интерпретацией эмоциональных переживаний и поведенческих проявлений своих и у других людей, которые подвергались когнитивной переработке, в том числе под руководством психотерапевтов. Наличие симптомов диссоциативных нарушений и их преобладание в сравнении с другими клиническими проявлениями по частоте, интенсивности, а также стабильность их проявлений позволили выделить диссоциативную форму ПТСР. В тех случаях, когда в полиморфной клинической картине расстройства нет приоритетных симптомов какого-либо синдрома, не представляется возможным выделить их по интенсивности, частоте проявлений, стабильности, определялась смешанная форма расстройства.

Анализ полученных результатов показал, что в группе субъектов ПТСР легкой степени наиболее часто (почти у половины) выявлялась смешанная форма расстройства, когда преобладание какого либо факультативного синдрома выделить практически не представлялось возможным (табл. 1). У одной трети респондентов в клинической картине выявлена психосоматическая форма расстройства, а у одной четвертой – депрессивная форма ПТСР. Для респондентов с ПТСР легкой степени диссоциативная форма расстройства была не характерна и диагностирована только в  $3,3 \pm 1,9$  % случаях. С паранойяльной и фобической формой ПТСР при легкой степени расстройства не выявлено ни одного человека.

В группе ПТСР средней и тяжелой степеней многообразие клинических форм было значительным. В то же время доленое распределение респондентов по формам отличалось.

У респондентов группы ПТСР средней степени чаще всего (у половины из них) была диагностирована депрессивная форма расстройства. Психосоматическая и смешанная форма ПТСР были обнаружены в равных долях примерно у  $1/5$  респондентов, диссоциативная форма – у  $1/10$ . Паранойяльная и фобическая форма расстройства была диагностирована у небольшого числа респондентов – всего в  $4,2 \pm 2,4$  % случаях.

В группе ПТСР тяжелой степени у преобладающего числа субъектов (практически у 1/3) была выявлена диссоциативная форма расстройства. Несколько меньше в этой группе было субъектов с паранойяльной (в  $25,9 \pm 8,4$  % случаях) и фобической (в  $22,2 \pm 8,0$  % случаях) формами ПТСР. Респондентов со смешанной, психосоматической и депрессивной формой расстройства было выявлено значительно меньше – в  $7,4 \pm 5,0$  % случаях.

Статистическое сопоставление полученных результатов показало, что психосоматическая и смешанная формы расстройства статистически значимо чаще встречались в группе при легкой степени расстройства в сравнении с группами ПТСР средней и тяжелой степеней. Депрессивная форма чаще (статистически значимо) была выявлена в группе ПТСР средней степени тяжести в сравнении с группами легкой и тяжелой степеней тяжести расстройства. Паранойяльная, фобическая и диссоциативная формы расстройства преобладали (статистически значимо) в группе респондентов тяжелой степени ПТСР, в сравнении с группами ПТСР легкой и средней степени тяжести расстройства.

Таким образом, выделены и описаны клинические формы ПТСР у респондентов при утрате лиц экстраординарной значимости: психосоматическая, депрессивная, фобическая, паранойяльная, диссоциативная, смешанная, обеспечивающие патологические способы стратегии адаптации и защиты. При этом обнаружены закономерности проявлений клинических форм ПТСР, характерные для различной степени тяжести расстройства.

## **CLINICAL FORMS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS OF DIFFERENT SEVERITY AFTER LOSS OF EXTREMELY IMPORTANT PERSONS**

N.L. Bundalo, E.P. Maljutkina

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Jasenetsky

**Abstract.** The paper presents the study of clinical symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) of different severity in respondents with long suffering from loss of the extremely important dependent. We examined 188 people 18- 50 years

old. The clinical forms of PTSD of mild, moderate and severe were revealed: psychosomatic, depressive, phobic, paranoiac, dissociative and mixed. Patterns of clinical manifestations in different severity forms are shown.

**Key words:** posttraumatic stress disorder (PTSD), symptoms.

### Литература

1. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. – Красноярск: КрасГМУ, 2009. – 352 с.
2. Волошин В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – Т. 104, № 1. – С. 17-23.
3. Епачинцева Е.М., Семке В.Я., Гарнеева Н.П. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестн. психиатрии и наркол. – 2000, № 1. – С. 14-16.
4. Иванов А., Рубцов В., Жуматий Н. и др. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция // Московский психотерапевтич. журн. – 2003, № 4. – С. 147-162.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Сексуальность в постсовременном мире: – Монография. – Новосибирск.: Изд-во НГПУ, 2011. – 406 с.
6. Семке В.Я., Епачинцева Е.М., Аксенов М.М. Динамика посттравматического стрессового расстройства. // Сибирский вестн. психиатрии и наркол. – 2006, № 41. – С. 251-253.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

