

© ТУШКОВА К.В., БУНДАЛО Н.Л.

УДК 613.863-036:616-055.1/.2

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

К.В. Тушкова, Н.Л. Бундало

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 различия проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) различной степени тяжести у мужчин и женщин. Исследования показали, что как у мужчин, так и у женщин выраженность клинических проявлений и психологических нарушений возрастала по мере нарастания степени тяжести расстройства. Обнаружены отличия клинической картины расстройства у мужчин и женщин. Показано, что у мужчин большая, в сравнении с женщинами, устойчивость к риску развития расстройства в отдаленном периоде в ответ на воздействие стрессоров, но при развитии расстройства мужчины имеют тенденцию к более тяжелым его проявлениям. У женщин в отдаленном периоде после тяжелой психической травмы риск развития ПТСР выше, но менее выражена интенсивность клинических и психологических проявлений расстройства.*

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

Тушкова Ксения Владимировна – соискатель каф. психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: kseniya_fadeeva@mail.ru.

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

В мире и в нашей стране часто происходят чрезвычайные события, катастрофы, природные катаклизмы антропогенного и техногенного характера, совершаются военные действия, насилие и др. Воздействие тяжелых стрессоров вызывает нарушение соматического и психического здоровья индивидуумов не только в момент переживания стресса, но у многих индивидуумов, как в ближайший постстрессовый период, так и на отдаленных этапах. Одним из таких последствий в отдаленном периоде может быть развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Эпидемиологические исследования показали, что ПТСР является широко распространенным расстройством среди населения. Приводятся данные, что ПТСР страдают 5 % мужчин и 10 % женщин в популяции, а среди субъектов, перенесших психическую травму: 8 % мужчин и 20 % женщин [7].

По данным некоторых авторов, риск развития ПТСР у женщин выше, чем у мужчин [1, 6, 14]. В то же время, выявлено, что хотя бы одно травматическое событие в своей жизни переживают 51% женщин и 61% мужчин, а у многих из них (от 25 до 50 %) выявляются две и более психических травм [14]. Считают, что пребывание в местности воздействия тяжелых стрессоров (землетрясения, военные действия, цунами и др.) повышает риск развития ПТСР как у мужчин, так и у женщин, [10].

Работы, описывающие отличия развития ПТСР у мужчин и женщин, чаще касаются этиологического фактора: типов стрессоров, длительности и силы их воздействия [9, 7, 14]. Полагают, что у мужчин чаще развивается ПТСР в ответ на боевую травму, угрожающие жизни несчастные случаи, драки, физическое насилие, угрозу жизни, связанную с применением оружия, пожар, другие природные катаклизмы, плохое обращение в детстве [5, 12]. У женщин чаще описывают развитие расстройства в результате сексуального насилия или домогательств, физического насилия [8, 11].

В меньшей степени, особенно в работах отечественных исследователей, представлены различия у мужчин и женщин клинических проявлений ПТСР. Полагают, что у женщин чаще проявляются депрессия, раздражительность и употребление психоактивных веществ [13, 15]. Обнаружены особенности проявлений агрессивности и враждебности при ПТСР у мужчин и женщин [3]. Авторы объясняют этот феномен гендерными различиями формирования жизненных установок, патологических форм защиты, обеспечивающих функционирование в социуме, соответствующее полоролевому поведению.

В настоящее время продолжают исследования клиники ПТСР в целом. Так, были выделены и описаны степени тяжести ПТСР: легкая, средняя и тяжелая и стадии развития: начальных клинических проявлений, невротическая и психотизма [2]. В то же время не исследовались особенности клиники ПТСР различной степени тяжести и стадий развития у мужчин и женщин. Это обусловило проведение исследований, результаты которых представлены в данной статье, что может способствовать улучшению диагностики расстройства среди мужчин и женщин.

Целью исследования являлось выявление особенностей клинических проявлений ПТСР различной степени тяжести у мужчин и женщин.

Материалы и методы

Всего добровольно было обследовано 246 человек в возрасте от 18 до 48 лет, из них мужчин было 133 (54,1 %) человека, женщин – 113 (45,9 %). Средний возраст мужчин составил $27,6 \pm 0,64$ лет, женщин – $29,6 \pm 0,8$.

Обследование респондентов проводилось в поликлинике и дневном стационаре для взрослых Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1, Красноярском краевом госпитале ветеранов войн, среди студентов Красноярского государственного медицинского университета и Сибирского государственного технологического университета.

В работе применялись клинический, психопатологический, статистический методы исследования. Клиническое исследование респондентов проводилось с целью выявления ПТСР. Психопатологическое обследование проводилось с

использованием: (1) опросника выраженности психопатологической симптоматики Дерогатиса (ОВПС), позволяющего определить количественные показатели клинических признаков психических расстройств (синдромов соматизации, обсессивно-компульсивного, тревожного, депрессивного, фобического, паранойяльного, дереализационно-деперсонализационного) и психологических нарушений (враждебности и межличностной сензитивности); (2) шкалы оценки влияния травматического события (ШОВТС), дающей возможность вычислить количественные показатели синдромов, характерных для ПТСР по DSM-IV: избегание, вторжение, физиологическое возбуждение.

В статистическую обработку результатов исследования входил расчет относительных показателей, M – среднего арифметического; m – ошибки среднего арифметического; для сравнения полученных показателей использовался t – критерий Стьюдента.

В выборку включались респонденты с признаками, соответствующими критериям диагностики ПТСР (по МКБ – 10). Необходимым условием для включения респондентов в исследование являлось: наличие у них в анамнезе острой и/или хронической по течению психической (-их) травмы, тяжелого, очень тяжелого и/или катастрофического характера [4]; после воздействия которой должно было пройти не менее 6 месяцев, в случае острой психической травмы, либо субъекты на момент исследования находились не менее 6 месяцев в условиях тяжелой хронической психической травмы; наличие клинических признаков ПТСР.

Критериями исключения из выборки было наличие верифицированного эндогенного расстройства и органического поражения головного мозга различной этиологии с проявлениями психоорганического синдрома.

Для определения у респондентов степени тяжести ПТСР использовались клинические и психометрические показатели [2].

Все респонденты, включенные в выборку, были распределены на группы по степени тяжести расстройства: ПТСР легкой, ПТСР средней, ПТСР тяжелой

степени. Внутри каждой группы индивидуумы были разделены на подгруппы по половому признаку: на мужчин и женщин (табл. 1).

В целях изучения структурного соответствия подгрупп респондентов было произведено их сопоставление по двум признакам: пол, возраст. Статистически значимых различий, как по полу, так и по возрасту обнаружено не было ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов выявил различия клинических проявлений и психологических нарушений между мужчинами и женщинами при различной степени тяжести расстройства.

Так, в группе ПТСР легкой степени тяжести показатели таких синдромов как депрессивного, тревожного, соматизации и фобического, а также межличностной сензитивности у женщин были статистически значимо выше, чем у мужчин (табл. 2). В то же время в этой же группе числовые значения обсессивно-компульсивного, паранойяльного синдромов, дереализации-деперсонализации и враждебности у мужчин и женщин оказались практически идентичными, их различия не имели статистически достоверной разницы.

Результаты исследования респондентов по ШОВТС показали, что в группе ПТСР легкой степени у женщин показатель избегания был выше (статистически значимо), чем у мужчин этой же группы, а показатели вторжения и физиологической возбудимости статистически достоверной разницы не имели (табл. 2).

В группе ПТСР средней степени тяжести у женщин констатированы более высокие числовые значения (статистически значимо) практически всех синдромов (обсессивно-компульсивного, депрессивного, тревожного, соматизации, фобического, паранойяльного) и межличностной сензитивности в сравнении с показателями, полученными в подгруппе мужчин. В то же время не обнаружено статистически достоверной разницы показателя враждебности и синдрома дереализации-деперсонализации при сопоставлении числовых данных, полученных в подгруппах мужчин и женщин (табл. 2).

Аналогичные результаты были получены при исследовании показателей по ШОВТС респондентов мужского и женского пола этой же группы. Числовые значения вторжения, избегания и физиологической возбудимости преобладали (статистически значимо) у женщин в сравнении с аналогичными показателями у мужчин (табл. 2).

В группе ПТСР тяжелой степени сравнение показателей по ОВПС обнаружило, что только показатель синдрома соматизации статистически значимо преобладал у женщин в сравнении с аналогичными данными у мужчин этой группы. Остальные показатели как психологические (межличностная сензитивность, враждебность), так и клинические (обсессивно-компульсивный, тревожный, депрессивный, фобический, дереализации-деперсонализации, паранойяльный) статистической разницы между подгруппами мужчин и женщин не достигли. В то же время необходимо отметить, что в подгруппе ПТСР тяжелой степени выявилась тенденция преобладания показателей у мужчин в сравнении с женщинами таких синдромов, как фобического, паранойяльного, дереализационно-деперсонализационного и психологических нарушений: межличностной сензитивности и враждебности (без статистически достоверной разницы). А показатели обсессивно-компульсивного, тревожного и депрессивного были выше у женщин, чем у мужчин, но тоже без статистически значимых различий (табл. 2).

При исследовании респондентов в группе ПТСР тяжелой степени по ШОВТС обнаружены статистически значимые различия показателей между мужчинами и женщинами. У мужчин числовое значение физиологической возбудимости оказалось статистически значимо выше, чем у женщин. В отличие от полученных данных в группе ПТСР средней степени тяжести этот показатель преобладал у женщин (статистически значимо). А в группе ПТСР легкой степени в отличие от результатов исследования в группе ПТСР тяжелой степени отмечена тенденция преобладания показателя физиологической возбудимости у мужчин в сравнении с женщинами без достижения статистически значимой разницы (табл. 2). Статистически значимых различий показателя

синдрома избегания в группе ПТСР тяжелой степени у мужчин и женщин не обнаружено, хотя отмечалась тенденция его преобладания у женщин, а вторжения – у мужчин.

При проведении обзорного анализа было обнаружено, что у женщин показатель синдрома соматизации был статистически достоверно выше, чем у мужчин при ПТСР легкой, средней и тяжелой степени.

Выявлено возрастание и у мужчин, и у женщин всех показателей синдромов и психологических нарушений по ОВПС и по ШОВТС по мере нарастания степени тяжести ПТСР. При сравнении показателей клинических проявлений и психологических нарушений в группах ПТСР легкой и средней степени у женщин обнаружены достоверно значимые различия по всем показателям, с преобладанием числовых значений при ПТСР средней степени тяжести. Аналогичные результаты выявлены при сравнении показателей у мужчин в группах ПТСР легкой и средней степени тяжести. Сопоставление показателей по ОВПС и ШОВТС между группами ПТСР средней и тяжелой степени у женщин обнаружило значительный рост (статистически значимый) показателей по всем анализируемым признакам по ОВПС и ШОВТС (кроме избегания). В то время, как у мужчин числовые значения всех клинических признаков и психологических нарушений по ОВПС, а также по ШОВТС оказались статистически значимо выше в группе ПТСР тяжелой степени, чем в группе ПТСР средней степени тяжести.

Таким образом, в результате проведенных исследований выявлены различия в клинической картине у мужчин и женщин при ПТСР различной степени тяжести. При этом у женщин, в сравнении с мужчинами, отмечалось преобладание выраженности клинических проявлений при легкой степени ПТСР синдромов соматизации, депрессивного, тревожного, фобического, избегания, а при средней степени тяжести расстройства практически всех синдромов, кроме дереализации-деперсонализации. При тяжелой степени ПТСР картина изменилась. Была обнаружена тенденция преобладания у мужчин, в сравнении с женщинами, показателей многих синдромов, кроме соматизации, который был

выше у женщин. Интенсивность враждебности была практически одинаковой у мужчин и женщин при различной степени тяжести расстройства. Выраженность межличностной сензитивности обнаружена выше у женщин при легкой и средней степени тяжести ПТСР, а при тяжелой степени этот показатель сравнился. Выраженность клинических проявлений и психологических нарушений увеличивалась по мере нарастания степени тяжести расстройства, как у мужчин, так и у женщин.

Полученные данные свидетельствуют о большей уязвимости женщин воздействию стрессоров и риска развития расстройства в отдаленном периоде, но более легких вариантов. У мужчин же интенсивность проявлений, в сравнении с женщинами, ниже при легкой и средней степени тяжести ПТСР, но при тяжелой степени отмечается тенденция к нарастанию выраженности и стойкости проявлений.

Исследования показали, что у мужчин большая в сравнении с женщинами устойчивость к риску развития расстройства в отдаленном периоде в ответ на воздействие стрессоров, но при развитии расстройства имеет тенденцию к более тяжелым его проявлениям. У женщин в отдаленном периоде после тяжелой психической травмы риск развития ПТСР выше, но менее выражена интенсивность клинических и психологических проявлений расстройства с преобладанием биологических вариантов (соматизации) выхода из фрустрации.

PECULIARITIES OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS OF DIFFERENT SEVERITY IN MALES AND FEMALES

K.V.Tushkova, N.L.Bundalo

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Krasnoyarsk regional psychoneurological clinic № 1.

Abstract. The paper presents the differences in symptoms of post trauma stress disorders (PTSD) in males and females. It was shown that expression of psychological problems and clinical symptoms increased with the trauma severity level both in males and females. Clinical symptoms were different among males and females. We found out that males are more resistant to disorders development in long-term period

than females. At the same time, if the disorder happens in males the clinical manifestation is more severe. Females have higher risk of PTSD development in long-term period, but the clinical course and psychological signs are less expressed.

Key words: post traumatic stress disorder (PTSD), symptoms, gender differences.

Литература

1. Идрисов К.А. Эпидемиологическое исследование распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди взрослого населения Чеченской Республики на разных этапах военной ситуации // Рос. психиатр. журн. – 2009. – № 1. – С. 57-64.
2. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. – Красноярск: КрасГМУ, 2009. – 352 с.
3. Курицына А.А., Бундало Н.Л. Гендерные особенности проявлений агрессивности и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве // Сиб. медиц. обозр. – 2007. – № 1. – С. 47-50.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2-х т. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – 672 с.
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма / Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
6. Мёллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клинич. психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 5-11.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.
8. Цыганков Б.Д., Тюнев А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М., 2006. – 174 с.

9. Frans O., Rimmo P.A., Aberg L. et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2005. – Vol. 111, № 4. – S. 291-299.
10. Kang H., Dalager N., Mahan C. et al. The role of sexual assault on the risk of PTSD among Gulf War veterans // *Ann. Epidemiol.* – 2005. – Vol 15, № 3. – P. 191-195.
11. Klumpers U.M., Tulen J.H., Timmerman L. et al. Responsivity to stress in chronic posttraumatic stress disorder due to childhood sexual abuse // *Psychol. Rep.* – 2004. – Vol. 94, № 2. – P. 408-410.
12. Prigerson H.G., Maciejewski P.K., Rosenheck R.A. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men // *Am. J. Public. Health.* – 2002. – Vol. 92, № 1. – P. 59–63.
13. Seedat S., Stein D.J., Carey P.D. Posttraumatic stress disorder in women: epidemiological and treatment issues // *CNS Drugs.* – 2005. – Vol. 19, № 5. – P. 411-427.
14. Stein M.B., Walker J.R., Forde D.R. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder // *Behav. Res. Ther.* – 2000. – Vol. 38, № 6. – P. 619-628.
15. Swan S.C., Snow D.L. The Development of a Theory of Women's Use of Violence in Intimate Relationships // *Violence Against Women.* – 2006. – Vol. 12, № 11. – P. 1026-1045.

