

© МАЛЮТКИНА Е.П., БУНДАЛО Н.Л.

УДК: 616.863-036-06

**РОЛЬ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ СИНДРОМОВ В КЛИНИКЕ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
ПРИ УТРАТЕ ЛИЦ ЭКСТРАОРДИНАРНОЙ ЗНАЧИМОСТИ**

Е.П. Малюткина, Н.Л. Бундало

Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1, гл. врач – Г.М. Гершенович; 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.

***Резюме.** В статье представлены результаты исследований интенсивности факультативных синдромов при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) различной степени тяжести у субъектов с утратой лиц экстраординарной значимости. Было обнаружено увеличение интенсивности проявлений факультативных синдромов и психологических нарушений по мере нарастания степени тяжести ПТСР у респондентов при утрате лиц экстраординарной значимости и выявлены закономерности этих проявлений при различной степени тяжести расстройства.*

***Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, утрата лиц экстраординарной значимости, клиника, факультативные синдромы.*

Малюткина Елена Петровна – заведующая дневным стационаром для взрослых КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»; e-mail: malei59@mail.ru.

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

В последние десятилетия обсуждается вопрос о сочетанной патологии с посттравматическими стрессовыми расстройствами [3, 4, 6, 9, 10]. Клинические наблюдения одних авторов показали, что сочетание ПТСР с другими расстройствами может маскировать, как те, так и другие проявления [4]. Другими исследователями не выявлена связь ПТСР с физическим здоровьем, в частности, сердечно-сосудистыми расстройствами [7]. Исходя из этого, авторы пришли к мнению, что изучение взаимосвязи ПТСР с соматическими расстройствами требует серьезного внимания.

Различающиеся данные о сочетанной патологии с ПТСР обосновывают внимание к исследованию взаимовлияния ПТСР и различной патологии как соматической, так и психической. В то же время это свидетельствует об отсутствии общепринятой модели коморбидности, обоснованных причин и механизмов их взаимозависимости, что затрудняет диагностику ПТСР.

Исследования последних лет показали четкую взаимосвязь различных синдромов при ПТСР, среди которых были выделены облигатные и факультативные [1]. Кроме того, автором были выделены степени тяжести расстройства, исходя из уровня дистресса, и описаны стадии развития расстройства, обусловленные динамикой облигатных синдромов. Исследования факультативных синдромов не имели прицельного характера.

Цель исследования – выявить особенности факультативных клинических проявлений ПТСР различной степени тяжести у респондентов при утрате лиц экстраординарной значимости.

Материалы и методы

Всего добровольно было обследовано 257 человек обоего пола в возрасте от 18 до 50 лет. Из них мужчин было 121 (48,1 %) человек, женщин – 136 (52,9 %).

Все пациенты имели в анамнезе утрату лиц экстраординарной значимости, после которой прошло не менее 6 месяцев.

Для исследования наличия травматических событий и их характеристик была разработана анкета не стандартизированного интервьюирования респондентов, включающая перечень тяжелых, очень тяжелых и катастрофических событий. В анкете субъекты отмечали, когда происходило то или иное событие в их жизни, в том числе утрата лиц экстраординарной значимости, а также длительность и интенсивность переживаний. Кроме того, все респонденты обследовались клинически, и им было проведено психопатологическое исследование с использованием миссисипской шкалы (МШ) и опросника выраженности психопатологической симптоматики (ОВПС), которые широко используются в нашей стране и за рубежом [1, 2, 5].

Пациенты, у которых клиническая картина соответствовала критериям диагностики МКБ-10 и DSM-IV, а также балл по МШ соответствовал 70 и более, были отнесены в основную группу исследования. Средний показатель по МШ в этой группе составил $84,0 \pm 0,9$. В основную группу вошли 188 человек.

В контрольную группу были определены респонденты, у которых в соответствии с критериями МКБ-10 клинически не было оснований диагностировать ПТСР. При психопатологическом исследовании, балл по МШ у них был ниже 70. В контрольной группе средний балл по МШ составил $62,5 \pm 1,1$. Показатель по МШ в основной группе статистически достоверно превышал аналогичный показатель в контрольной группе ($p < 0,05$). Контрольную группу составили 69 человек.

В целях изучения структурного соответствия респондентов в основной и контрольной группах по полу и возрасту было произведено статистическое исследование методом паракопий (сопоставление групп по ключевым признакам: пол, возраст).

Численность мужчин в основной группе составила 90 ($48,9 \pm 3,6$ %) человек, женщин – 98 ($52,1 \pm 3,6$ %). Мужчин в контрольной группе было 31 ($44,9 \pm 6,0$ %) человек, женщин – 38 ($55,1 \pm 6,0$ %). Статистически значимых различий в распределении обследованных в основной и контрольной группах по полу ($p > 0,05$) не выявлено.

Средний возраст субъектов в основной группе составил $29,8 \pm 1,1$ года, в контрольной – $28,1 \pm 1,8$. Статистически достоверных различий обнаружено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, распределение субъектов в основной и контрольной группах по полу и возрасту выявило структурную идентичность, что позволило проводить дальнейшие исследования.

Респонденты основной группы по степени тяжести ПТСР, исходя из уровня дистресса [1], были распределены на три подгруппы (табл. 1). При показателе уровня дистресса (индекс GSI по ОВПС) до 0,63 баллов диагностировался ПТСР легкой степени тяжести, а пациенты были отнесены в соответствующую подгруппу исследования основной группы. Соответствие уровня дистресса диапазону от 0,64 до 2,0 баллов позволяло определить среднюю степень тяжести ПТСР. Пациенты с таким уровнем дистресса были соответственно отнесены в подгруппу ПТСР средней степени тяжести. Если уровень дистресса превышал 2,0 балла, это соответствовало ПТСР тяжелой степени, а субъекты в соответствии с этими показателями были отнесены в подгруппу исследования – ПТСР тяжелой степени.

Сопоставление показателей по полу и возрасту в подгруппах основной группы выявило структурное соответствие ($p > 0,05$), что позволило в дальнейшем проводить статистическое сравнение показателей по подгруппам.

В статистическую обработку результатов исследования входил расчет M – среднее арифметическое значение для количественных показателей, m – ошибка среднего арифметического показателя; P – среднее арифметическое значение доли; p – ошибка среднего арифметического доли; γ – доверительный интервал с вероятностью 0,95. При соответствии данных нормальному распределению для их сравнения использовали t – критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Исследование интенсивности факультативных проявлений ПТСР было обусловлено, прежде всего, многообразием этих клинических проявлений рас-

стройства у пациентов основной группы. В то же время при наблюдении за респондентами было обнаружено, что при свойственном ПТСР полиморфизме при различных степенях тяжести расстройства имеется определенная клиническая вариативность интенсивности факультативных синдромов.

Было проведено исследование доли респондентов по интенсивности проявлений факультативных синдромов и психологических нарушений с использованием ОВПС в контрольной группе и в подгруппах основной группы – при ПТСР различной степени тяжести (табл. 2, 3,4,5).

Анализ полученных результатов исследования показал следующее. Интенсивность факультативных проявлений увеличивалась по мере нарастания степени тяжести расстройства.

При сопоставлении полученных показателей было выявлено, что доля субъектов с умеренно выраженной соматизацией достоверно выше при средней степени ПТСР, чем в контрольной группе и при ПТСР легкой степени (табл. 2, 3, 4). Сильно выраженная соматизация отмечена статистически значимо у большего числа респондентов с ПТСР тяжелой степени, чем в контрольной группе (табл. 2,5), а также при ПТСР средней и тяжелой степени достоверно чаще, чем в подгруппе ПТСР легкой степени (табл. 3,4,5). Доля респондентов с очень сильно выраженной соматизацией обнаружена достоверно выше при ПТСР тяжелой степени, чем в контрольной группе (табл. 2,5). При этом доля таких субъектов статистически значимо увеличивалась по мере нарастания степени тяжести ПТСР.

Умеренно выраженный депрессивный синдром обнаруживался статистически значимо у большего числа респондентов при средней степени тяжести ПТСР, чем в контрольной группе и при ПТСР легкой степени (табл. 2,3,4). Сильно выраженный депрессивный синдром констатирован достоверно чаще при средней и тяжелой степени ПТСР, чем в контрольной группе и при легкой степени расстройства (табл. 2, 3, 4, 5). Очень сильно выраженная депрессия обнаружена статистически значимо у большего числа респондентов в подгруппе ПТСР тяжелой степени в сравнении с контрольной группой (табл. 2, 5), а

также в подгруппах ПТСР легкой и средней степени (табл. 3,4,5). В целом доля субъектов с очень высоким уровнем депрессии увеличивалась по мере нарастания степени тяжести расстройства.

Умеренно выраженный фобический синдром выявлялся достоверно чаще при средней степени тяжести ПТСР, чем в контрольной группе и при ПТСР легкой степени (табл. 2, 3, 4). Сильно выраженный – при ПТСР тяжелой степени определялся статистически значимо чаще, чем в контрольной группе и при ПТСР легкой степени (табл. 2, 3, 5). А очень сильно выраженный фобический синдром встречался статистически значимо у большего числа субъектов с тяжелой степенью ПТСР, чем при ПТСР легкой степени (табл. 3, 5). Очень сильно выраженный фобический синдром для субъектов с легкой степенью ПТСР не свойственен. Он более характерен для респондентов при тяжелой степени тяжести расстройства и по нашим наблюдениям способствует его хроническому течению.

Выраженный фобический синдром у многих респондентов при ПТСР средней степени тяжести и, особенно при тяжелой степени может свидетельствовать о том, что при утрате значимых близких страх может быть способом защиты от чувства вины в смерти значимых близких.

Полагаем, что страх является патологическим состоянием защиты «здесь и сейчас», то есть в настоящем времени, в то время как реальное настоящее травмированные утратой пациенты принять не могут. Переживания у этих индивидуумов были направлены, как правило, в прошлое, что сопровождалось тоской по умершему человеку. Одновременно без утраченного близкого пациенты не «видели» будущего, что провоцировало возникновение тревоги. Описанное наблюдение можно рассматривать как процесс и механизм диссоциации при утрате лиц экстраординарной значимости. Есть мнение, что диссоциация является психологической защитой против всепоглощающей тревоги, угрожающей распаду психики [8].

Паранойяльный синдром умеренного уровня чаще встречался (статистически значимо) среди респондентов со средней степенью тяжести ПТСР, чем в кон-

трольной группе и при ПТСР легкой степени (табл. 2, 3, 4). Численность субъектов с выраженной паранойальностью была статистически достоверно выше в подгруппе ПТСР тяжелой степени, чем в контрольной группе и при ПТСР легкой и средней степени тяжести (табл. 2, 3, 4, 5). Для этих пациентов была характерна фиксация на убеждениях паранойального характера. У них, как правило, отсутствовала психологическая гибкость. Паранойальные убеждения позволяли субъектам сосуществовать с психической травмой, жить в субъективно созданной ими реальности и патологическим способом адаптироваться в социуме. Таким образом, паранойальный синдром имеет защитную функцию.

В то же время паранойальный синдром при ПТСР легкой степени не характерен. У этих пациентов чаще выявляются враждебность и межличностная сензитивность.

Клинические наблюдения показали, что паранойальность тесно связана с проявлениями враждебности и межличностной сензитивности. Эти нарушения при утрате часто формируются чувством вины, обиды и/или злости (например, на самого умершего, на тяжелую участь, судьбу, других людей и др.).

Нами выявлены два типа респондентов с паранойальной симптоматикой и враждебностью, утративших лиц экстраординарной значимости. Один тип – это субъекты с экстравертным вариантом защиты, когда негативные эмоции и чувства субъект направляет на других людей. Такой вариант защиты позволяет индивидууму сохранять себя от собственных, порой сильных по интенсивности, чувств вины, обиды, злости и др. Другой тип людей – с интровертным вариантом защиты, когда негативные чувства и переживания, связанные с утратой, направляются на себя, они ищут причины смерти близкого в себе. Тем самым они как бы защищают других людей от негативных переживаний, создавая собственную значимость в социуме в роли «жертвы» и защиту от обвинений со стороны других людей. Но индивидуумы с этим вариантом защиты наиболее подвержены развитию ПТСР.

И те, и другие субъекты не могут дать реальную оценку травматическим ситуациям, событиям даже через длительное время после травмы, так как фикси-

руются на своих переживаниях и длительно находятся в состоянии диссоциации от действительности. Это способствует развитию хронического течения расстройства. Интровертированные субъекты, как правило, испытывают чувства к умершему человеку так, как если бы он был жив. Порой испытывают к нему жалость, что он умер. Они относятся к умершему человеку не как к субъекту из прошлого, а как к субъекту из настоящего. Например, «как ему плохо в могиле, потому что прошел дождь... или замерзла земля», или «как жаль, что он не видит того, что происходит сейчас» и др. В то же время субъекты с интровертным типом защиты испытывают жалость к лицам с экстравертным типом защиты, по своей сути «обвинителям», «агрессорам». Они переживают «за них», что им приходится страдать. Эти два типа людей часто сосуществуют, взаимно дополняя друг друга в переживаниях утраты значимого близкого, в поведении, находясь каждый в своей субъективной реальности. Тем самым они способствуют адаптации друг друга к новым условиям жизни, хотя и патологическим способом, деструктивным по форме. Если такой сформированный симбиоз разрушить, то у обоих субъектов может наступить декомпенсация соматического и/или психического здоровья, личностных характеристик и дезадаптация в социуме.

Для многих пациентов с ПТСР, когда выражена паранойяльность и враждебность, при утрате значимого близкого является значимым мнение людей с пессимистической точкой зрения, когда «все» видится и воспринимается с негативной окраской. Негативные переживания способствуют поддержанию фрустрации у травмированного психически индивидуума и, таким образом, позволяют сохранять в социуме роли «жертвы» и «агрессора». Тогда как людей с оптимистическим настроением, позитивной направленностью мышления, отношением к жизни, многие субъекты, страдающие ПТСР, особенно тяжелой степени, при утрате близкого им человека игнорируют, эмоционально не воспринимают и полагают, что те их не понимают.

С нашей точки зрения факультативные проявления обусловлены формированием защитных механизмов от тревоги. Механизмом защиты является диссо-

циация (от психологического уровня до клинического), как специфическая реакция в ответ на стресс, направленная на отторжение, «осумкование» травматического опыта, создание субъективной реальности. Диссоциативный процесс углубляется и проявляется клинически все более выражено по мере нарастания степени тяжести дистресса и степени тяжести ПТСР. Степень выраженности диссоциации отражает уровень дезинтеграции психического процесса.

Таким образом, выявленные особенности проявлений факультативных синдромов показали увеличение их интенсивности по мере нарастания степени тяжести ПТСР у респондентов при утрате лиц экстраординарной значимости. В то же время обнаружены особенности их проявлений при различной степени тяжести расстройства. При ПТСР легкой степени значимых отличий интенсивности факультативных синдромов не выявлено. Интенсивность проявлений, преимущественно слабая (субсиндромальная) и реже умеренная. Преобладают психологические нарушения в виде враждебности и межличностной сензитивности. При средней степени расстройства выявляются преимущественно слабые и умеренные по интенсивности факультативные клинические признаки. Наиболее ярко в клинической картине тяжелой степени расстройства представлены симптомы факультативных синдромов и психологических нарушений (враждебность и межличностная сензитивность) сильной и очень сильной интенсивности. Исходя из полученных данных, мы приходим к заключению, что эти проявления являются не столько коморбидными для ПТСР, сколько патогномоничными. Данное умозаключение сделано на том основании, что выявлена четкая закономерность связи интенсивности факультативных синдромов со степенью тяжести ПТСР. Факультативные синдромы, наряду с облигатными (обсессивно-компульсивным, дереализационно-деперсонализационным и тревожным) [1], обеспечивают специфический полиморфизм клинической картины расстройства. Кроме того, симптомы факультативных синдромов выполняют защитную функцию.

THE ROLE OF ELECTIVE SYNDROMES IN DIFFERENT SEVERITY POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER LOSS OF EXTREMELY IMPORTANT PERSONALITY

E.P. Maljutkina, N.L. Bundalo

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

Abstract. The paper presents study of elective syndromes intensity during post-traumatic stress disorder (PTSD) of different severity with the loss of extremely important personality. Increase of PTSD severity is accompanied by the increase in intensity of elective syndromes and psychological disorders. Patterns of syndromes were revealed at different levels of PTSD severity.

Key words: posttraumatic stress disorder, loss of extremely important personality, clinical signs, elective syndromes.

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. – № 1. – С. 17-23.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. – Новосибирск, 2006. – 448 с.
4. Наров М. Ю., Семке В.Я., Аксенов М.М. Ранняя диагностика и психотерапевтическая коррекция ПТСР как профилактика коморбидной алкогольной аддикции у комбатантов // Сибирский вестн. психиатрии и наркол. – 2007. – Т. 44, №1. – С. 69-71.
5. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.

7. Beckham J.C., Taft C.T., Vrana S.R. et al. Ambulatory monitoring and physical health report in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder // J. Trauma Stress – 2003. – Vol. 16, № 4. – P. 329-35.
8. Bromberg P. Speak That I May See You: Some Reflection on Dissociation, Reality and Psychoanalytic Listening // Psychoanal. Dial. – 2004. – Vol. 4, № 4. – P. 517-548.
9. Hunt Y.M., Kyle T.L., Coffey S.F. et al. University of Rhode Island Change Assessment-Trauma: Preliminary psychometric properties in an alcohol-dependent PTSD sample // J. Trauma Stress – 2006. – Vol. 19, № 6. – P. 915-21.
10. Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B. et al. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review // J. of Psychiatric Research. – 2006. – Vol. 40. – P. 1-21.