

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И УРОВНЯ ДИСТРЕССА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Г. Погодина¹, В.Г. Косенко¹, М.И. Агеев¹, Н.А. Косенко¹, Л.М. Шулькин¹,
Т.А. Доде-Ходе², Ю.В. Гридина², Е.Ф. Чебагина¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – синдромологически сложное психическое заболевание, находящееся под влиянием средовых и биологических факторов. События, которые могут вызвать ПТСР, включают массовые сцены убийства, войны, геноциды, природные и техногенные катастрофы. Также причиной может послужить потеря близких людей, террористические акты, сексуальное насилие, болезни, травмы, операции, похищение людей и т.д. [4, 10, 14, 15].

Распространенность расстройств варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций для конкретной территориальной единицы. Синдром развивается у 50–80% людей, перенесших тяжелый стресс. Выраженность клинической симптоматики находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин [13].

В последнее время возрос интерес к исследованиям, связанным с выявлением факторов риска развития ПТСР у людей из различных социальных слоев, различных возрастных категорий, уровня образования.

Люди, страдающие посттравматическими расстройствами, имеют высокую частоту развития сопутствующих психических расстройств. Наиболее распространенным среди них являются депрессия (66,7%), злоупотребление алкоголем и/или зависимость (33,3%), высокий риск суицидального поведения (25,6%), паническое расстройство (12,8%), дистимическое расстройство (10,3%), генерализованное тревожное расстройство (10,3%) [6, 8, 14, 15].

В развитии постстрессовых расстройств имеются гендерные различия. По материалам различных исследований, у женщин выявляются высокая чувствительность к средовым воздействиям, проявляющаяся склонностью к аффективным нарушениям и развитию конверсионной симптоматики [8]. У мужчин преобладает стеничный тип реагирования с враждебной окраской и склонностью к параноидальным реакциям. Частота выявления невротических реакций у мужчин находится в обратной корреляции со степенью тяжести выявляемой симптоматики, что связано с высокой степенью отрицания проблем и трудностями своевременного принятия психологической и психотерапевтической помощи [5, 9].

Отдельный интерес представляют особенности развития невротических реакций у лиц, утративших объект экстраординарной значимости. Согласно литературным данным, такая ситуация воспринимается как «непоправимое» уничтожение собственной личности: ощущение полной утраты «Я», персистирующее отчаяние.

Доминирующими вариантами постстрессовых расстройств у лиц, переживших потерю объекта экстраординарной значимости, являются тревожные и соматоформные расстройства.

В клинической структуре посттравматических расстройств часто выявляется аффиinitет к гипотимии, тревоге, Obsessions, кататимным и сверхценным образованиям [1, 8].

Цель исследования – изучить этиологическую, социальную структуру, а также биологические и психологические характеристики лиц с ПТСР, осложненным коморбидными психическими расстрой-

ствами, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили 222 пациента в возрасте от 16 до 78 лет. Обследуемые были представлены лицами, утратившими близких людей, пережившими стихийное бедствие, угрозу убийства, подвергнутым изнасилованию, а также комбатантами.

В исследование включались пациенты, у которых развились психические реакции невротического (депрессивные, соматоформные, тревожно-фобические, астенические) уровня, начало которых совпало по времени с психотравмой.

Критерии исключения: реакции психотического уровня и выраженные когнитивные нарушения, ввиду невозможности получения достоверных ответов при тестировании.

В данном исследовании были использованы методы: клинический и психометрический (с применением Многофакторного личностного опросника самоотчета – SCL-90-R).

SCL-90-R – инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса [2], предназначенный для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. SCL-90-R включает следующие субшкалы: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльные тенденции, психотизм и дополнительные вопросы. На основе подсчетов определяются: общий индекс тяжести симптомов (GST), индекс симптоматического дистресса (PTSD), общее число утвердительных ответов (PST). Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрыванию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, должна быть тщательно интегрирована для того,

чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса.

Полученные по шкале результаты сопоставлялись с показателями нормы и значениями у больных неврозами до лечения [12].

Результаты исследования и их обсуждение

В состав выборки вошли 14% мужчин и 86% женщин, что обусловлено большей склонностью последних к развитию аффективных, соматоформных и конверсионных расстройств и более высокому уровню обращаемости в общесоматическую и психиатрическую медицинскую службы. У мужчин в условиях острого и хронического стресса отмечается более частое развитие симптомов аддиктивного поведения. По этой причине первичной инстанцией при обращении их за медицинской помощью чаще являются соматические и наркологические стационары.

Возрастная структура представленной выборки следующая: 68,2% пациентов среднего возраста, 22,7% молодого возраста, 9% инволюционного возраста, 4,5% старческого. Очевидно, что среди исследуемого контингента чаще всего наблюдалось развитие ПТСР у лиц среднего возраста (как у мужчин, так и у женщин – табл. 1), что, вероятно, обусловлено меньшей адаптивностью совладающих механизмов в этом возрасте, что совпадает с имеющимися литературными данными [7].

Структура указанной выборки по этиологическому фактору отображена на рис. 1.

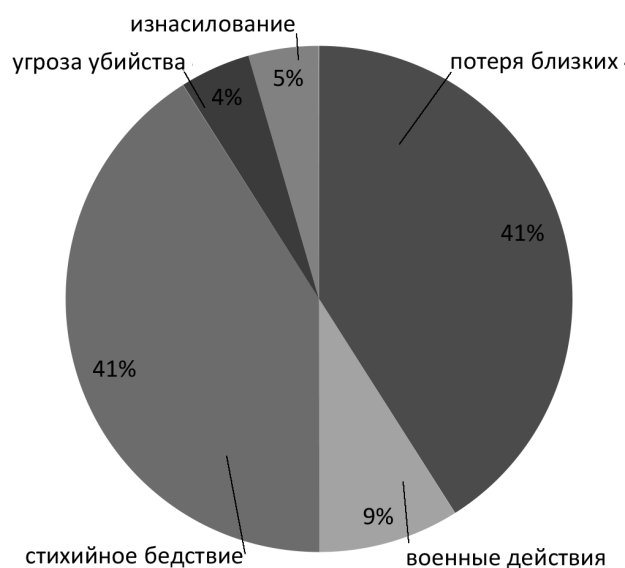


Рис. 1. Факторы, способствующие развитию ПТСР

Таблица 1

Демографические характеристики больных

Женщины				Мужчины			
Молодой (18–44)	Средний (44–60)	инволюционный (60–75)	Старческий (75–90)	Молодой (18–44)	Средний (44–60)	инволюционный (60–75)	Старческий (75–90)
16%	68,5%	10,5%	5%	33%	67%	0	0

В исследуемой выборке причиной развития ПТСР чаще являлось: потеря объекта экстраординарной значимости (41%) и стихийное бедствие (41%). Согласно литературным данным [16], в мирное время чаще встречаются случаи ПТСР, возникшие в результате похищений и изнасилований.

В изученной выборке формированию ПТСР диагностированные психические расстройства предшествовали в 60%, соматические – в 65% случаев (табл. 2).

Таблица 2

Отягощенность психосоматической патологией до формирования ПТСР

	Частота формирования до ПТСР	Частота формирования после ПТСР
Психические расстройства	60%	40%
Соматические расстройства	65%	35%

Полученные данные указывает на то, что ПТСР, осложняющая ранее существовавшую психосоматическую патологию, в большинстве наблюдаемых случаев является фактором взаимного утяжеления состояния [3].

Несмотря на то, что около 70% выборки составили пациенты трудоспособного возраста, в 64% наблюдений они были не трудоустроены. Полученные данные демонстрируют, что недостаточный уровень занятости является дополнительным дезадаптирующим фактором снижения стрессоустойчивости, в свою очередь и наличие ПТСР способствует социальной декомпенсации в сфере трудовых отношений.

Из табл. 3 следует, что большинство обследованных пациентов имели отсроченную форму ПТСР, что связано скорее с невыявляемостью заболевания на ранних стадиях из-за «размытости» и малой выраженности клинической картины, а также несвоевременным обращением к психиатру за помощью.

Таблица 3

Варианты течения ПТСР

Острое	Хроническое	Отсроченное
9%	9%	82%

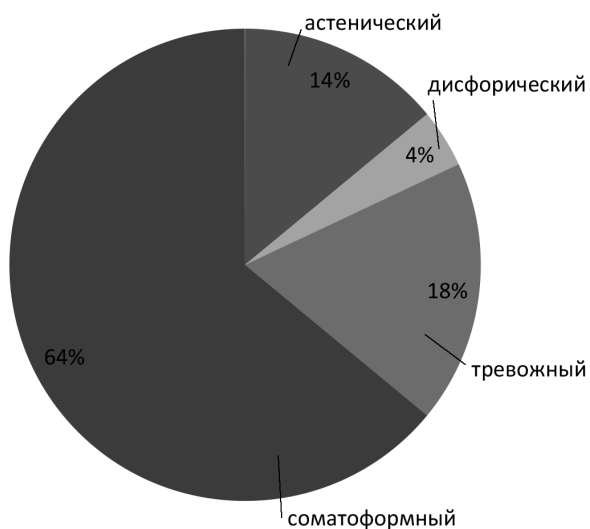


Рис. 2. Клинические варианты ПТСР

Клинические варианты течения ПТСР среди обследованных пациентов представлены в разных соотношениях, что наглядно видно на рис. 2

На рис. 2 видно, что соматоформный вариант ПТСР преобладает в клинической картине. Согласно литературным данным, частота встречаемости астенического типа 27%, дисфорического 21%, тревожного 32%, соматоформного 20% [15]. Данные нашего исследования указывают на преобладание развития соматоформной симптоматики в структуре ПТСР, что обуславливает тяжесть состояния, а значит и плохую курабельность при психотерапии и психофармакотерапии [2, 6].

Результаты исследования психологического статуса приведены ниже в табл. 4.

Таблица 4

Выраженность симптоматики у обследованных больных

	Норма	Неврозы до лечения	Средние значения в исследуемой выборке
Соматизация	0,44	1,28±0,08	1,92±0,10
Обсессивность-компульсивность	0,75	1,45±0,08	1,56±0,09
Межличностная тревожность	0,66	1,40±0,10	1,41±0,10
Депрессивность	0,62	1,56±0,08	1,56±0,11
Тревожность	0,47	1,66±0,10	1,6±0,10
Фобии	0,60	1,03±0,07	1,1±0,12
Агрессивность	0,18	1,13±0,10	1,11±0,09
Паранойальность	0,54	0,86±0,08	1±0,10
Психотизм	0,30	0,82±0,07	0,7±0,11
Дополнительные пункты	0,49	1,29±0,08	1,3±0,10

Полученные данные иллюстрируют результаты, выявленные с помощью опросника SCL-90-R. Уровень депрессивности, агрессивности, психотизма и тревожности не превышал «невротическую форму». По шкале обсессивность-компульсивность соответственно показатели превышали 7%. Минимальное превышение исследуемых показателей было выявлено по шкале межличностной тревожности – 1%. По шкале фобии и паранойальности превышение составило соответственно 7 и 16%. Наиболее значительное и значимое превышение показателей отмечалось по шкале соматизация – 50%.

Заключение

Полученные нами результаты показывают, что основной контингент больных ПТСР, осложненных коморбидными расстройствами, составляют женщины трудоспособного возраста. Факторами, способствующими возникновению ПТСР, является наличие психических и соматических расстройств. Большая часть больных были не трудоустроены, несмотря на трудоспособный возраст.

Особенности клинической структуры болезненных расстройств заключаются в том, что в обследуемом контингенте преобладала отсроченная форма течения ПТСР и соматоформный вариант его тече-

ния. Актуальный психологический статус также показал наивысшие значения по шкале соматизация.

Проведенное исследование является пилотным. Однако из полученных результатов следует, что профилактикой ПТСР является своевременная терапев-

тическая помощь в когорте пациентов с психическими и соматическими расстройствами. Дальнейшие исследования позволят выявить, в каких направлениях социальной, биологической, психологической помощи нуждается конкретная группа пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психотерапия. 2000. № 4. С. 104–109.
2. Волошин П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики // Международный медицинский журнал. 2004. № 1. С. 33–37.
3. Коган Б.М., Дроздов А.З., Дмитриева Т.Б. Механизмы развития соматических и психопатологических стрессовых расстройств (половые и гендерные аспекты) // Системная психология и социология. 2010. С. 106–118.
4. Косенко В.Г., Солоненко А.В., Косенко Н.А. Клинико-социальный анализ психической патологии и социального поведения в сельской и городской местности (по данным стационарного обследования) // Журнал психического здоровья. 2012. № 7. С. 23–26.
5. Косенко В.Г., Погодина М.Г., Смоленко Л.Ф., Жарикова А.А. Оказание психолого-психотерапевтической и организационно-методической помощи в очагах чрезвычайных ситуаций (Методическое пособие). Краснодар, 2005. 38 с.
6. Косенко В.Г., Косенко Н.А., Шулькин Л.М. Частнопрактикующая психиатрия и наркология и её участие в профессиональной подготовке и переподготовке врачей профильных специальностей // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2004. № 4. С. 147–151.
7. Ломакина Г.В. Особенности мотивационной сферы и личностной тревожности у пожилых пациентов с невротическими расстройствами // Международный исследовательский журнал. 2016. № 10. С. 74–77.
8. Погодина М.Г., Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т. Значение показателей тревоги, алекситимии и соматизации в оценке эффективности метода проспективной образно-гипнотической терапии при невротических и психосоматических расстройствах // Психическое здоровье. 2008. № 8. С. 44–48.
9. Семенова Н.Б., Соколов М.П. Психические нарушения у лиц, пострадавших от стихийного бедствия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005. С. 35–39.
10. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 12–18.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 146–181.
12. Франкова И.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2016. Т. 18, № 1. С. 52–60.
13. Близунок А.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у комбатантов, клиника, диагностика, коррекция // Военно-медицинский журнал. 2005. № 1. С. 31–34. Минск
14. Хилькевич С.О. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство // IV интернет-конференция с международным участием «Актуальные проблемы военной и экстремальной медицины». Республика Беларусь, Гомель, 2016.
15. Pogodina M.G. Features psychological characteristics and mental disorders in the Krasnodar region Krymsk affected by foods 2012 // J. Sci. Art. «Health and education millennium». 2014. Vol. 16. N 2. P. 71–75.
16. Posttraumatic Stress Disorder / Ricardo Jorge // Continuum: Lifelong Learning in Neurology. 2015. Vol. 21, N 3. P. 789–805.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И УРОВНЯ ДИСТРЕССА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Г. Погодина, В.Г. Косенко, М.И. Агеев, Н.А. Косенко, Л.М. Шулькин,
Т.А. Доде-Ходе, Ю.В. Гридина, Е.Ф. Чебагина

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – часто встречающийся вид психической патологии, возникающий после переживания стрессового события. Целью статьи стало выявление биологических, психологических, социальных факторов риска возникновения указанной патологии. В исследование было включено 222 пациента обоего пола в возрасте от 16 до 78 лет. Больные были обследованы клинически и с приме-

нением Многофакторного личностного опросника самоотчета SCL-90-R. Факторами, способствующими возникновению ПТСР, являлись женский возраст и психосоматические расстройства. Наблюдались преимущественно отсроченная форма и соматоформный вариант течения болезни.

Ключевые слова: дистресс, ПТСР, SCL-90, коморбидные, комбанты, соматизация.

PERSONALITY CHARACTERISTICS AND DISTRESS LEVELS IN PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND COMORBID MENTAL DISORDERS

M.G. Pogodina, V.G. Kosenko, M.I. Ageev, N.A. Kosenko, L.M. Shulkin,
T.A. Dode-Khode, Yu.V. Gridina, E.F. Chebaghina

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a common mental disorder that develops as a result of experiencing a stressful event. The goal of this article is identification of biological, psychological and social risk factors for this disorder. Material: 222 patients (male and female), aged 16 to 78 years. All patients have been examined using clinical and psychometric

methods, specifically, the Symptom Checklist-90-revised (SCL-90-R). The factors contributing to PTSD development happen to be sex (female) and psychosomatic disorders. The authors observed predominantly delayed form and somatoform course of the disorder.

Key words: distress, PTSD, SCL-90, comorbidity, combatants, somatisation.

Погодина Марина Григорьевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии ФПК и ГШС «КубГМУ» Минздрава России
Косенко Виктор Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии ФПК и ГППС, «КубГМУ» Минздрава России
Агеев Михаил Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Косенко Наталья Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Шулькин Леонид Маркович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России; e-mail: shulkin_m@mail.ru

Доде-Ходе Тамирлан Абдурагимович – врач-психиатр ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Гридина Юлия Викторовна – врач-психиатр «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края
Чебагина Елена Федоровна – врач-психиатр отделения неврозов, «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края