

УДК 616.895.4 – 055.2 – 05 – 08 – 084

*А.Н. Бачериков, Т.В. Ткаченко, Т.Л. Романова***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН-ЖЕРТВ НАСИЛИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Областная психиатрическая больница № 3, г.Харьков

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, женщины-жертвы насилия, краниocereбральная гипотермия

В последнее время большое внимание стало уделяться ПТСР в связи с частыми террористическими актами. В особенности, после террористических атак против США 11 сентября 2001 г. Оказалось, что лица, которые не являлись непосредственными свидетелями травматического события, могут давать эмоциональные реакции, так у 44 % взрослых были выявлены один и более существенных симптомов ПТСР. Среди 1008 обследованных взрослых жителей Нью-Йорка у 7,5 % было диагностировано ПТСР, а у 9,7 % - депрессивное расстройство. Наиболее высокая частота ПТСР – 20 %, была обнаружена у тех лиц, кто жил в непосредственной близости от Всемирного Торгового Центра (Canal Street) [1].

Интересен тот факт, что среди 20 причин, которые приводят к длительному нарушению трудоспособности у женщин входит ПТСР [2].

В связи с этим особую актуальность приоб-

ретают исследования патогенеза нервно-психических расстройств и выявление факторов и условий, способствующих развитию патологических реакций на экстремальные ситуации и различные психотравмирующие факторы, поиск критериев их диагностики, лечения и профилактики.

Для лечения ПТСР в основном применяются так называемые психосоциальные методики - гипнотерапия, психодинамическое лечение, когнитивно-поведенческая терапия. В своем исследовании, в качестве дополнения к существующим методам лечения мы предприняли попытку разработать новый метод лечения ПТСР. Целью исследования явилось изучение особенностей клинко-психопатологических нарушений у женщин-жертв насилия с ПТСР, и, на основании полученных результатов, разработать новые методы лечения ПТСР и профилактики развития хронических изменений личности.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 25-ти женщин с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР - F 43.1), являющимися жертвами насилия. До лечения и после проводилось клинко-психопатологическое исследование по DSM-IV [3], выраженность депрессивных переживаний оценивалась по шкале Гамильтона [4]. На фоне медикаментозного лечения проводился сеанс краниocereбральной гипотермии (КЦГ). При этом использовалась модификация умеренного охлаждения, защищённая патентом [5], суть которой заключалась в сочетании терапевтических эффектов гипотермии и гипотермии. Для проведения гипотермии предложен новый состав литической смеси, количественно и качественно отличающейся от использовавшихся ранее [6].

В возрастном аспекте больные распределились

следующим образом: 10 % - 23 года, 20 % - от 31 до 33 лет, 40 % - от 41 до 50 лет и 30 % - от 60 до 63 лет. В браке состояли 14 человек: у 12-ти человек – по одному ребенку, у 2-х – по двое детей. Восемнадцать больных прошли амбулаторное, семеро – стационарное лечение (лечились от 2 до 3 месяцев). У всех больных до момента психотравмирующего воздействия имела место сопутствующая патология ЦНС: вегето-сосудистая дистония, черепно-мозговая травма, энцефалопатия сосудистого или инфекционно-аллергического генеза. У подавляющего большинства (22 больных) причиной развития ПТСР явилась угроза жизни, у 3-х – угроза жизни близких, либо утрата близкого человека. Развитие заболевания происходило в пределах от 2-х недель до 6-ти месяцев. Довольно быстрое развитие признаков заболевания отмечалось у 3-х

больных, у которых была угроза жизни близких.

Для изучения клинико-психопатологической картины заболевания мы воспользовались критериями ПТСР диагностического и статистического руководства Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV), так как в данной классификации симптомы расстройства отражены

наиболее полно и четко.

Базовым критерием (критерий А) для постановки диагноза ПТСР был факт переживания пациентом экстремальной стрессовой ситуации - угроза собственной жизни, либо жизни близкого человека. В связи, с чем пациент испытал сильный страх, чувство беспомощности, ужаса.

Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность и динамика симптомов, связанных с постоянным повторным переживани-

ем стресса (критерий В), представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика постоянных повторных переживаний (критерий В) у больных ПТСР до и после лечения

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Постоянные навязчивые воспоминания стрессового события	25	100	3	12
2. Повторяющиеся сновидения в связи со стрессом	25	100	5	20
3. Действия или чувства повторного переживания происшествия - иллюзии, галлюцинации, диссоциативные вспышки, события	20	80	3	12
4. Острое реагирование на события, которые могут напоминать о пережитом	20	80	3	12
5. Физиологические реакции на воспоминание о пережитом	25	100	4	16

Из таблицы 1 видно, что у всех больных до лечения отмечались постоянные навязчивые воспоминания и повторяющиеся сновидения стрессового события, физиологические реакции на воспоминание чуть реже - острое реагирование на напоминание и действия, чувства повторного переживания стресса. В процессе лечения отмечалась выраженная положительная динамика

симптоматики, за исключением сновидений, связанных со стрессом, которые отмечались у 5 больных, но в значительно меньшей степени выраженности.

После перенесенного стресса пациент старается избегать любых ситуаций, связанных с пережитым событием (критерий С). Динамика этого критерия представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика симптомов избегания (критерий С) у больных ПТСР до и после лечения

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Уходит от мыслей, чувств, разговоров связанных с пережитым (амбивалентность)	19	76	14	56
2. Избегание любых контактов с людьми, посещением места, связанных с переживанием	23	92	6	24
3. Не в состоянии вспомнить важные аспекты стресса	21	84	6	24
4. Снижение социальной деятельности	25	100	0	0
5. Чувство отгороженности от окружающих	25	100	2	8
6. Снижение способности отдавать окружающим положительные эмоции	25	100	9	36
7. Чувство утраты перспективы будущего, оптимизма	19	76	2	8

Из приведенной таблицы, очевидно, что у больных доминировало чувство самоизоляции, больные отгораживались от окружающих, теряли социальные связи.

Избегание пациентом в конце лечения бесед, связанных с пережитым стрессом было связано с желанием поскорее забыть травмирующую ситуацию. Тогда как в начале лечения это тягостное повторное переживание травмы, о которой не хочется вспоминать. Проявления симптома - чувства утраты перспективы после лечения было

характерно для женщин, утратившим близкого человека.

У некоторых пациенток после лечения остались, те или иные, симптомы ПТСР, однако их выраженность резко снизилась, переживания потеряли остроту, а о клинической эффективности свидетельствует факт восстановления социальной и профессиональной адаптации.

Для больных были характерны симптомы повышенной возбужденности (критерий D) - данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Симптомы повышенной возбужденности ЦНС в динамике лечения у больных ПТСР

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Бессонница	25	100	7	28
2. Раздражительность или вспышки гнева	15	60	3	12
3. Нарушение концентрации внимания	25	100	2	8
4. Повышенная подозрительность	23	92	0	0
5. Пугливость	22	88	9	36

Из таблицы 3 видно, что у всех больных отмечалась бессонница, нарушение концентрации внимания, пугливость. Несколько реже возникала раздражительность, вспышки гнева. Отмечалась повышенная подозрительность, которая переходила в параноидную симптоматику.

У всех больных, до обращения, длительность заболевания составила больше месяца (диагностический критерий E), была стойко утрачена социальная и профессиональная адаптация. Про-

веденное лечение позволило полностью восстановить социальную и профессиональную адаптацию у больных. Критерий E вводится, видимо, для того, чтобы провести грань между естественной реакцией на стрессовое событие и развитием уже собственно заболевания.

Очевидно, что в структуру ПТСР входит ряд депрессивных симптомов. Наличие депрессивной симптоматики мы изучали при помощи шкалы Гамильтона.

Таблица 4

Динамика депрессивных симптомов по шкале Гамильтона в процессе лечения у больных ПТСР

Симптом	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Депрессия	25	100	3	12
2. Идеи самообвинения	3	12	2	8
3. Суицидальные мысли	13	52	2	8
4. Бессонница	25	100	7	28
5. Работа и интересы	25	100	2	8
6. Заторможенность	23	92	2	8
7. Возбуждение-ажитация	15	60	3	12
8. Тревожность - психические симптомы	25	100	3	12
9. Тревожность - соматические симптомы	25	100	4	16
10. Генитальные симптомы	25	100	12	48
11. Ипохондрические мысли	11	44	3	12
12. Суточные колебания	0	0	0	0
13. Дерезализация и деперсонализация	21	84	0	0
14. Параноидные симптомы	22	88	0	0

В таблице 4 показана высокая встречаемость депрессивных симптомов - тревожности, заторможенности, суицидальных мыслей, явлений ажитации, бессонницы, генитальных симптомов и др.

Характерным “сценарием” развития клиники ПТСР явилось нарушение эмоционально-волевой сферы: быстрое развитие депрессивных симптомов (чувство тревоги и тяжести на душе, безысходность, заторможенность, бессонница, у 50 % больных попытка снять это состояние приемом алкоголя и транквилизаторов). У всех больных были вспышки неуверенности, тревожного ожидания, внезапного страха и паники, которые в процессе лечения стали носить затухающий характер. Часто больные испытывали повторные взрывы эмоций, выполняли подобные тик-движения, не имеющие очевидного смысла в момент их стереотипного выполнения. При анализе оказалось, что они символизировали психотравмирующую ситуацию. В сфере мышления наблюдалась фиксация на травматических событиях с постоянным возвратом к ним, попыткой их проработки, с “проигрыванием” этих ситуаций, что они могли закончиться хуже. У всех больных отмечались в той или иной степени выраженности ночные кошмары, связанные с травматическим событием, страх возврата на место стрессо-

вого события, даже если это было собственное жилище. Причем чувство страха постепенно расширялось и переносилось на другие эмоционально значимые объекты. На высоте переживаний у многих больных появлялись параноидные идеи, распространяющиеся на близких родственников, которым ранее пациенты доверяли. Появлялось чувство, что вокруг них организуется какой-то заговор, к ним на улице присматриваются мужчины, “все от меня отвернулись”. У всех больных ПТСР сопровождалось снижением побуждений и подавлением инстинктивной сферы (особенно это касалось сексуальной активности). Даже когда, описанные выше, эмоциональные переживания переходили на субклинический уровень, они усиливались при столкновении с различного рода повседневными стрессами, банальными ОРЗ и т.д. Все больные на момент стрессового события имели то или иное заболевание ЦНС. Тяжесть сопутствующей патологии коррелировала с выраженностью клинических проявлений ПТСР.

Таким образом, наше исследование показало высокую терапевтическую эффективность разработанного метода лечения и возможность профилактики развития хронического расстройства личности.

А.М. Бачериков, Т.В. Ткаченко, Т.Л. Романова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК-ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ЗМІН ОСОБИСТОСТІ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України, Обласна психіатрична лікарня № 3

Проведено дослідження клініко-психопатологічних особливостей посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) у 25 жінок, жертв насильства. Встановлено наявність супутньої патології центральної нервової системи, що є підставою для переходу гострої форми в хронічний перебіг ПТСР. Виявлений виражений депресивний синдром. На висоті переживань у хворих можлива поява параноїдних ідей направлених на близьких родичів. Показана висока ефективність методу краніоцеребральної гіпотермії для лікування психопатологічних порушень та профілактики подальшого розвитку хронічних розладів особистості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 69-73)

A.N. Bacherykov, T.V. Tkachenko, T.L. Romanova

THE PSYCHOPATHOLOGICAL CHANGES IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, TREATMENT AND PROPHYLACTIC OF CHRONIC PERSONALITY DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Municipal psychiatric hospital № 3

The Psychopathological investigation was done in 25 women with - post-traumatic stress disorder (PTSD). PTSD usually accompanied with constellations of physical, behavioral and mood changes. The symptoms most commonly reported are intense fear, depression, helplessness, persistent recollection of the traumatic event, persistent avoidance of stimuli associated with the trauma, fragmental paranoid thoughts etc. In treatment of the patient we use of craniocerebral hypothermia. This study showed high efficacy of this method not only in treatment of essential symptoms of PTSD, but in prophylactic of chronic personality disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 69-73)

Литература

1. Galea S. Et al. Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York city. N. Engl. J. Med., Vol. 346, No. 13 - March 28, 2002.-P. 982-987.

2. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, New Hope. France. 2001. - 178 p.

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. - 943 p.

4. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised,

Maryland, USA, 1976. - P. 179-186.

5. Пат. 63708А. МПК А61М19/00 Спосіб лікування психотичних та непсихотичних психічних розладів/ Волошин П.В., Бачериков А.М., Шестопадова Л.Ф. та інш., ІНПН АМНУ – З. № 2003065046; Заявл. 02.06.2003; Опубл. 15.01 2004, Бюл. 1.

6. Пат. 4341. МПК А61К31/00 Літична суміш для проведення гібернації та гіпотермії/ Волошин П.В., Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Романова Г.О.; ІНПН АМНУ – З. № 20040403105; Заявл. 27.04.2004; Опубл. 17.01 2005, Бюл. 1.

Поступила в редакцію 12.01.2007