

В.Ю. Омелянович

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ЧАСТЬ II*

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

5. Этиологическое значение экстремальной психологии и других патогенных факторов в развитии посттравматического стрессового расстройства.

За последние 15 лет были разработаны многочисленные надежные критерии диагностики посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Намного меньше внимания уделялось разработке психометрических методов оценки психотравмирующего события. Это объясняется имеющим место предположением, что критические стрессоры, такие как война, перестрелка, насилие, пытки, стихийные бедствия и т.п. имеют сверхсильное воздействие на психику человека и что их можно считать «универсальными стрессорами» в этиологии ПТСР [34]. Однако, в последние годы исследователи этой проблемы пришли к выводу, что психотравма представляет собой многоаспектную конструкцию и ее оценка влечет за собой как значительную концептуальную неоднозначность, так и определенные практические трудности.

Cohen и соавт. [12] отмечают, что для разработки надежных критериев психотравм, вызывающих ПТСР, могут быть использованы результаты более чем 50-летней работы по исследованию воздействия на психику человека «обычных» стрессоров. Тема исследования воздействия психотравмы по мнению авторов, может быть условно разделена на концептуальную проблему и проблему контрольно-измерительных исследований.

Концептуальная проблема включает в себя: а) трудности в определении психотравмы; в) оценку характеристик психотравмы, включая аспекты объективных и субъективных оценок пережитого события; с) вопросы несовпадения объективных и субъективных оценок психотравмы; d) оценку психотравмы на протяжении длительного периода жизни; е) оценку широкого спектра травматических событий, включая как «сильные», так и «незначительные» стрессоры.

Проблема контрольно-измерительных исследований включает в себя: а) изучение качества анкетных опросников, методов, предназначенных для отбора и оценки параметров травматического события; в) необходимость разработки клинических критериев психотравмы; с) необходимость прямых и косвенных методов оценки травматического события; d) оценку надежности, включая интегральную оценку надежности результатов повторного тестирования; е) проверку правильности результатов оценки ключевых аспек-

тов травматического события; f) проверку достоверности того факта, что нарушения были вызваны именно психотравмой, а не иными причинами.

Значительным препятствием в изучении психотравмы является тот факт, что приходится опираться практически исключительно на ретроспективную оценку состояния лиц, имеющих травматический опыт. Наиболее важный вопрос в качестве оценки психотравмы состоит в том, насколько объективно описывают обследуемые травматическое событие.

Wyshak [80] отмечает конкордантность в результатах исследования такого травматического события, как насилие или насильственная смерть близкого человека. В Гарвардский Опросник Психотравмы был включен дополнительный вопрос: имеют ли обследуемые сходные суждения относительно качественного и количественного аспекта пережитой психотравмирующей ситуации. Если ответы обследуемых при повторных опросах изменялись, задача исследователя состояла в объяснении расхождения ответов. Несоответствие в ответах обследуемых на различных этапах исследования авторы объясняют возможным воздействием различных факторов.

Некоторые пациенты оценивали травматическое событие более драматично при повторном обследовании. Это объясняется «эффектом заправки» проявляющимся некоторой аггравацией или же состоянием большего комфорта при повторном опросе, приводящем к большему раскрытию пациента перед исследователем. То, что часть пациентов при повторном интервью оценивали психотравму менее драматично, чем в первом, может быть объяснено тем, что эта группа пыталась избежать возникновения болезненных эмоций или же отрицательно относилась к обследованию [65].

Относительно проверки достоверности результатов обследования основополагающим является вопрос - насколько точно соответствует фактическим событиям сообщенная пациентом информация. Для ответа на этот вопрос необходимо полагаться на надежные источники информации. Это довольно трудная задача, так как даже материалы судебного дела или подробные военные отчеты с места ведения боевых действий могут лишь частично отражать травматический опыт у обследуемого [67].

Одним из наиболее исследованных видов травмы является «Warzone disorder» - расстройство зоны боевых действий. Основную группу обследуемых состав-

* Часть 1 научного обзора опубликована в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» 1999. - № 2 (6)

ляли Вьетнамские ветераны, хотя существуют адаптации психометрических методик и для ветеранов других военных конфликтов. Одна из наиболее широко используемых на Западе анкет - Масштаб Дефекта Боя (Combat Exposure Scale), состоящая из 7 пунктов [37], является попыткой измерить субъективную оценку военных стрессоров. Кроме оценки психотравмирующего значения войны, наиболее активно исследуемой, в настоящее время является исследование детской психотравмы (физическое или сексуальное насилие со стороны взрослых). Существуют различные анкетные опросники (Опросник расстройств, вызванных неправильным обращением; Анкетный опросник травмы детства; Семейная история опытов и др.), позволяющие исследователям всесторонне изучить характеристики данного вида психотравмы, включая оценку частоты, выраженности, интенсивности и продолжительности каждого вида детской психотравмы [5].

Исследование воздействия физического или сексуального нападения представляет собой тоже довольно обширный пласт исследований, однако большинство исследователей под объектом данного вида психотравмы подразумевают, как уже было отмечено выше, исключительно женщин. Исследования данного вида психотравмы проводились американскими учеными при помощи Опросника параметров и тактики конфликта (CTS) [70] и Описи поведения, подвергшихся оскорблениям (ABI) [79], позволяющих изучить количественную меру физического ущерба, а так же оценить психологически неправильное обращение или запугивание без применения физической силы. Опросник Обзор полового воздействия (SES) категоризирует половую агрессию среди взрослых и половое преследование среди подростков. Хронологический сексуальный анкетный опросник (WSHQ) широко используется для изучения травматического воздействия акта изнасилования, а Гарвардский анкетный опросник травмы [54] позволяет изучить воздействие на психику человека пыток.

В настоящее время существует предположение, что травматические нарушения могут накапливаться за счет накопления травматического опыта, и что предшествующая психотравма усиливает воздействие последующей [64]. Это предположение привело к созданию Описи исследований потенциальных стрессоров (PSEI) [16], являющейся всесторонним многоуровневым опросником, позволяющим получить информацию о демографических характеристиках обследуемого и о воздействии стрессоров различной интенсивности.

Итак, основное эмпирическое предположение состоит в том, что для осуществления оптимального предсказания результатов воздействия психотравмы, необходима оценка всего травматического опыта в течение всей жизни. В эпидемиологических исследованиях эта стратегия может дать ценную информацию о распространенности различных видов травмы и роли многократных травматических событий, как фактора риска в развитии психических расстройств [34].

Безусловно, помимо самой травмы, существуют также дополнительные факторы, определяющие в известной мере то, как индивидуум переживает полученную травму. Важным внутренним условием возникновения реактивных состояний является наличие особых черт личности, обозначенных G. Nissen[55] как

«невротическая структура личности» и развивающихся вследствие нарушения процесса ее формирования [3].

Одним из важных факторов внутренних условий является возрастной фактор, который необходимо особенно учитывать при исследовании психогений у детей и подростков [3, 24]. Возрастной фактор может играть роль не только патопластическую, определяя своеобразие болезненных переживаний, но и предрасполагающую, в ряде определенных психогенно-реактивных состояний. Н.К. Сухотина, проведя в 1987г. в Брянской области исследование населения, проживавшего на радиационно зараженной территории, обнаружила, что факт наличия радиационного загрязнения оказался чрезвычайно патогенным в плане развития невротических расстройств у взрослого населения, не оказывая в то же время никакого влияния на психическое здоровье детей. Посттравматические расстройства вследствие стихийных бедствий и катастроф являются структурно сложными многофакторными стрессогенными образованиями, воспринимаемыми детьми и подростками не менее глубоко, чем взрослыми [1, 24, 62].

По мнению В.В. Ковалева и Н.К. Асановой [3], одним из мощных психотравмирующих факторов для формирования у детей и подростков симптомов ПТСР является взаимное индуцирование тяжелыми переживаниями в местах массового скопления людей, в семьях.

Российскими исследователями [4] были выявлены корреляции между личными мотивами участия в боевых действиях и особенностями психической травмы и клиникой ПТСР. При обследовании сотрудников ОМОН, участвовавших в боевых действиях в республике Ичкерия, в группе с преобладанием таких личных мотивов, как долг перед павшими и ранеными товарищами, защита русского населения республики и целостности Российской Федерации, ПТСР были относительно кратковременными с благоприятным исходом, завершаясь, в ряде случаев, спонтанным редуцированием симптоматики. В клинической картине преобладали депрессивные проявления, на фоне которых развивались эксплозивные, сенситивные и истерические реакции.

В группе, с преобладанием таких мотивов, как материальный фактор, опасения оказаться трусом, ПТСР отличались большей продолжительностью, а в клинической картине преобладали ипохондрические и психосоматические расстройства.

По мнению зарубежных авторов, существует множество факторов, влияющих на возникновение ПТСР. V. Charlot, H. Glover [2, 24], J.O. Buchbinder [31] особо выделяются такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими («синдром выжившего»).

Некоторыми авторами отмечается, что риск развития психической патологии возрастает по мере увеличения напряженности служебной деятельности [38].

В.К. Jordan и соавт. [30] указали на этиологическую значимость преморбиды и социальной среды, которая окружает пострадавшего, а Levav I., и соавт. (1977) выделили «хронические гиперстрессированные группы», к которым относили лиц, подвергавшихся воздействию наиболее интенсивных экологических загрязнений.

Следует отметить, что важным этиологическим фактором является невозможность заключить свои

переживания в рамки прежних схем. Агрессия может разрушить нормы и ценности индивида, на базе которых он строит свое представление о самом себе, о мире и своем месте в нем. Разрушение прежних представлений, по мнению F. Weil [76], вызывает смутение, гнев и неуверенность в себе.

6. Клинический, психологический и психофизиологический подходы к изучению проблемы посттравматического стрессового расстройства.

Разработка методов и подходов психологической оценки ПТСР движется, на современном этапе, в направлении анализа воздействия определенных стрессоров, исследования личностных характеристик человека, в плане предрасположенности к развитию ПТСР, разновидностей индивидуальных психологических ответов на психотравму. Эти подходы являются динамическими и интерактивными по своей сути, фокусируя внимание более на общих, чем на частных представлениях о психологических последствиях пребывания в экстремальных ситуациях.

В 1987 г. Kane, Caddell и Taylor [36] предложили включить в методики оценки психологических последствий психотравмы оценку стрессора (например сражение, стихийные бедствия, насилие и т.д.) многофакторное измерение симптомов ПТСР и использование многочисленных «индикаторов» ПТСР.

Этот методологический подход предусматривал получение информации от пострадавшего лица, от незаинтересованных лиц, включая в себя так же клиническое собеседование, дополненное психометрическими и психофизиологическими тестами. Так как на практике эти источники информации не всегда дают согласованные результаты, авторы для проверки подлинности или ошибочности расхождений, рекомендовали, как основополагающий, метод клинического собеседования. Для научно-исследовательских работ метод клинической беседы мог быть заменен статистическими алгоритмами, хотя авторы и отмечали, что преимущество статистических методов над клиническими в вопросе окончательных выводов не всегда может быть однозначным.

Таким образом, исследование ПТСР в настоящее время развивается в следующих направлениях: клиническое интервью; психометрические методики; психофизиологическое обследование.

Наиболее широко используемым видом клинического интервью в исследованиях ПТСР в настоящее время является Структурированное клиническое интервью для DSM - IV (SCID). SCID обеспечивает всестороннюю оценку между диагностическими осями ПТСР и осями других психических расстройств (DSM - IV). Этот опросник краток и легок в использовании. Mc Fall и соавт. [46] сообщают о 100% совпадении диагнозов у различных клиницистов при использовании SCID. Kulka и соавт. [39] отмечают соответствие показателей этого многоосевого клинического интервью с результатами ММРІ и других психологических опросников, хотя и указывают на ограниченность изолированного использования SCID, опираясь на то, что данная методика показывает только дихотомию каждого симптома.

Из распространенных психометрических методик следует отметить так же Диагностическое интервью DIS - NIMH, широко используемую для исследования эпидемиологии ПТСР. Watson и соавт. [75] отмечают

высокую работоспособность данной методики, наряду с ММРІ. В то же время, Kulka с соавт. [40] дают крайне низкую оценку этой методике при работе с выборками пациентов с неярко выраженной симптоматикой ПТСР.

Структурированные интервью для исследования ПТСР создавались такими учеными как Davidson [14], Blake [6], Saunders [68]. Keane с соавт. [35] указывал на высокую чувствительность ММРІ при диагностике ПТСР.

Клиническая медицина традиционно рассматривает познавательные процессы как составную часть мышления. Исследование когнитивных аспектов эмоциональных нарушений проводится посредством психологических опросников и структурированных анкет. Однако эти методики имеют характер субъективного самоописания, что весьма ограничивает область их применения. В последние годы исследователи были вынуждены прибегать к новым методам экспериментальной психологии для изучения когнитивных нарушений при ПТСР [50]. Эти исследования проводились в направлении изолированного изучения дисфункций внимания и памяти при ПТСР с использованием разработанных авторами прикладных когнитивно-экспериментальных методик.

McNally R.J. и Shin, L.M. [51], Yehuda и соавт. [82], изучали изменения в эмоционально-несвязанных сферах психической деятельности при ПТСР, таких как интеллект и кратковременная память.

Для исследований познавательных процессов у ветеранов Вьетнама McNally [47] использовал методику эмоционально-зависимых цветов Stoop (1935). Сущность этого метода состоит в представлении пациенту напечатанных на карточках различного цвета слов, имеющих для обследуемого различную эмоциональную значимость. Пациенту предлагают выбрать цвета, не обращая внимание на напечатанные на них слова. Наибольшее время занимал выбор цветов, связанных с психическими расстройствами словами (Stoop - эффект). Это объясняется тем, что напечатанные на карточках слова фиксируют внимание, не смотря на желание обследуемого проигнорировать их значение, сосредоточив внимание на цвете. Mc Nally использовал связанные с ПТСР слова (например «bobydays»), слова, связанные с другими нарушениями (например - с обсессивно-компульсивными), слова, имеющие связь с положительными эмоциями (например - «любовь») и слова нейтрального характера («ввод» и др.). Так как Stoop-эффект отражает намеренную семантическую активацию, пациенты с ПТСР (n=15) выбирали цвета со словами, связанными с психотравмой гораздо дольше, чем здоровые ветераны (n=15). Это позволило авторам количественно оценить когнитивные нарушения и сделать вывод о том, что наличие данных нарушений является одним из признаков ПТСР.

Исследования Stoop-эффекта продолжил Cassidy (1992) при обследовании группы женщин, подвергавшихся изнасилованию и имевших ПТСР (n=12), изнасилованных женщин без ПТСР (n=12) и женщин, никогда не подвергавшихся насилию (n=12). Были использованы цветные карточки со словами, содержащими различную степень угрозы (высокую и умеренную), положительные слова и слова нейтрального характера. В отличие от жертв изнасилования без ПТСР и не

травмированных женщин, у женщин с ПТСР наибольшее время уходило на выбор цветов со словами с высокой степенью угрозы. У лиц, подвергшихся изнасилованию без симптомов ПТСР, на выбор цветов с высокой степенью угрозы уходило больше времени, чем на выбор карточек с другими словами, однако, это время было все же меньше, чем время, затраченное лицами с ПТСР. Авторы сделали вывод, что эффект семантического воздействия травматических стимулов можно расценивать как объективную «внеличностную» меру нарушений когнитивных процессов.

Исследователи ПТСР, использовавшие метод Stoop-эффекта [33, 74], указывали на тот факт, что наибольшее воздействие на обследуемых производят именно слова, непосредственно связанные с травмой, а не вообще «отрицательные» слова (например - «смерть»). Mc Nally [50] отмечал, что Stoop-эффект отражает непреднамеренную семантическую активацию, являющуюся показателем нарушений в сфере познавательных процессов и лишенную той доли субъективизма, которой наделены психологические опросники. Автор утверждал, что Stoop-эффект связанных с психотравмой слов является чувствительным индикатором клинического состояния больного.

Фоа [17] обследовал группу из 15 жертв физического насилия с ПТСР, 13 жертв насилия без ПТСР и группу из 15 здоровых людей, не подвергавшихся насилию. Наблюдавшиеся у лиц с ПТСР Stoop-эффект у лиц с ПТСР имел значительные различия с таковым у других групп. После проведенного лечения эти различия исчезли.

Исследователи Stoop-эффекта выдвигают предположение, что информация о психотравме у пациентов с ПТСР легко доступна ввиду того, что ответственные за ее хранение «блоки памяти» характеризуются гиперассессивностью, и, таким образом, методики, позволяющие исследовать «явную» (прямые тесты распознавания, свободного выбора) и «неявную» память (косвенные тесты завершения основы слова, лексического решения), могут вполне эффективно использоваться для исследования ПТСР.

Mc Nally [47], исследуя вьетнамских ветеранов с ПТСР и другими психическими нарушениями, а так же психически здоровых ветеранов Вьетнама, обнаружил затруднения в «отыскивании» связанных с травмой «блоков памяти». Было выдвинуто предположение, что пациенты с ПТСР имеют «смещение явной и неявной памяти», что поддерживает релевантную для травмы информацию.

Большинство исследователей, проводивших психофизиологические эксперименты, придерживались в контексте двух основных парадигм. В рамках первой парадигмы в качестве раздражителя использовались стандартизированные аудиовизуальные реплики (обычно - звуки оружейного огня, миномета, изображение ситуаций боя и т.п.). При этом проводились измерения ЧСС, изменения АД, КГР и электромиограммы лобной области [8,9,45]. Предъявляемые раздражители в этих исследованиях вызывали изменение ЧСС и АД у ветеранов войн с ПТСР более выражено, чем у ветеранов без ПТСР. Изменения КГР и ЭМГ были практически идентичны у обеих групп. Mc Nelly и соавт [57], используя семантические раздражители (связанные со стрессором слова, фонетически схожие с ними слова и слова нейтрального характера), отмечали бо-

лее выраженные изменения КГР у ветеранов с ПТСР по сравнению с группой здоровых ветеранов.

Вторая парадигма психофизиологических исследований предусматривает использование управляемых сценарием образов как связанных с психотравмой, так и нейтрального содержания, общей продолжительностью примерно 30 с. Полученные из личного опыта пострадавших сценарии записывались на пленку, после чего использовались как раздражители в психофизиологическом эксперименте. Orr [57], Pitman [61] обнаружили большее изменение КГР, ЧСС и ЭМГ (лобно-боковой локус) при воздействии раздражителей, связанных с персональным опытом боя у ветеранов с ПТСР.

Подобные исследования среди лиц, страдающих ПТСР, никогда не принимавших участие в боевых действиях, а подвергшихся психотравме в результате автомобильной катастрофы, террористического акта или физического нападения, проводили Blanchard и Shalw [68,69]. Авторы пришли к выводу, что психофизиологические феномены, выявленные у ветеранов войн, страдающих ПТСР, характерны для всех больных ПТСР вне зависимости от вида психотравмы.

Таким образом, рассмотренные выше парадигмы могут быть приняты как различные методы для вызова состояния, способного к активации «блоков памяти», хранящих информацию о психотравме и сопровождающихся эмоциональными и поведенческими ответами.

ПТСР, развившееся в результате боевых действий, автомобильной катастрофы или иной экстремальной ситуации, проявляется в психофизиологическом ответе, специфичном для связанных с травмой раздражителей. Mc Nell [52] и Cook, E.W.[13] указывали на тот факт, что выраженность и специфичность психофизиологического ответа, наблюдаемых в выборках больных ПТСР, сходна с таковыми у лиц с простыми фобиями. Личности с простыми фобиями регистрируют повышение КГР и ЧСС в ответ на предъявление образов объектов фобии. Это болезненное реагирование на образы объекта фобии сходно с реагированием больных ПТСР на образы психотравмирующей ситуации [84].

В целом, психофизиологические реакции на связанные с травмой раздражители дают возможность довольно точного выделения группы страдающих ПТСР из общего числа лиц, побывавших в экстремальной ситуации.

Gerardi [22], Orr и Pitman [57] указывают на то, что психофизиологическое исследование позволяет с высокой степенью вероятности проводить дифференциальную диагностику даже в условиях, когда пациент аггавирует или диссимулирует имеющуюся симптоматику ПТСР.

Orr и Pitman [57] отмечают бесспорную эффективность использования психофизиологических методов диагностики в дополнении к судебно-психиатрическому исследованию.

Bradley [10] указывал на то, что величина ответа ЭМГ возрастает при отрицательных эмоциях и уменьшается при положительных. «Быстрая» ЭМГ указывает на состояние актуального эмоционального напряжения и может быть использована для измерения выраженности симптомов ПТСР. Большая величина и медленное изменение автономных ответов на интенсивные вербальные раздражители указывают на общ-

ность ПТСР, агорофобии и панической реакции, но не простых фобий. Этот вывод контрастирует с результатами исследований, где в качестве раздражителей использовались образы, когда психофизиологические реакции у лиц с ПТСР соответствовали таковым у лиц с простыми фобиями, а не у лиц с панической реакцией [7].

7. Нейробиологические и биохимические аспекты изучения посттравматического стрессового расстройства.

Friedman и соавт. [19], исследуя нейробиологические аспекты ПТСР, руководствовались предположением, что у людей, подвергшихся катастрофическим стрессорам, были активированы те же нейробиологические механизмы, что и у лиц после воздействия менее серьезных, «нормальных» стрессоров. И в том, и в другом случае в то время как успешная адаптация сопровождается восстановлением нормального гомеостатического равновесия, патологическая адаптация может привести к состоянию равновесия, являющегося, хотя и устойчивым, но все же значительно отличающимся от нормальных нейробиологических стандартов состояния.

Mc Ewen [43] назвал такое патологическое равновесие аллостазисом («allostasis»), а Yehuda [81] привел доказательства присутствия аллостатического равновесия в гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системе (НРА) у пациентов с ПТСР. В своих исследованиях Zigmond [85] изучал специфические изменения норадренергической системы гиппокампа при ПТСР и выдвинул предположение, что эти изменения отвечают за посттравматическую «эмоциональную память».

Задействованные в процессе развития психического напряжения при ПТСР эксцитатные и супрессорные аминокислотные системы были описаны в 1995 г. Hoger и Roth [29]. Stout S.C. и соавт. [73] выделили нейропептиды, играющие пусковую роль в процессе психического напряжения при ПТСР (адренкортикотропный гормон, нейропептид Y и нейротензин).

Механизмы воздействия психического напряжения на память были рассмотрены в работе Gold, P.E. [23], а Deuth A. Y. и Young, C.D. [15] представили модель стеснительной активации префронтальных кортикальных допаминергических систем, имеющих импликацию как для подкорковых, так и для кортикальных процессов. Michelson и соавт. [53] представили модель возможных результатов психического напряжения на оси гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системы, имеющей значение не только для ПТСР, но и для психогенных психических расстройств вообще, а Mason, J.W. и соавт. [42] описали изменения в функциях щитовидной железы, проявляющихся исключительно при ПТСР. Рядом авторов [27, 77] были рассмотрены возникающие в результате острого и хронического ПТСР иммунодефицитные состояния.

Friedman и Yehuda [21] в своей работе рассмотрели психиатрический коморбид (comorbidity), феноменологические сходства и отличия между ПТСР и тремя другими нарушениями - генерализованным депрессивным расстройством, паническим расстройством и общим тревожным расстройством, часто сопутствующими ПТСР.

В области фармакотерапии ПТСР мнения авторов носят противоречивый характер. Frank, J.B [18] отме-

чал, что в результате 8-недельного лечения ингибиторами МАО и трициклическими антидепрессантами пациентов с ПТСР были достигнуты значительно лучшие результаты, чем при использовании плацебо. Reist и соавт [63], напротив, не находят никаких различий в использовании трициклических антидепрессантов и плацебо.

Из наиболее популярных в последние годы препаратов выбора при ПТСР следует назвать карбамазепин, фенелзин, проранолол и флуоксетин [44, 78].

Нейробиологические основы психофармакотерапии ПТСР были рассмотрены в работе Friedman и соавт. [20]. Авторы отметили сверхсильное действие трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы при ПТСР, объясняя это выборочным перепоглощением препарата серотонинэргическими рецепторами.

В настоящее время существует гипотеза, что ПТСР сопутствуют расстройства в ряде биологических систем организма человека. Это возбуждение центральной и периферической симпатической нервной системы, изменения в гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системе.

В странах Запада проводились многочисленные исследования по изучению изменений потенциалов головного мозга [58], адренергического эффекта при изменениях реактивности вегетативной нервной системы [45, 56]. В результате исследований Hammer и соавт. [26] было обнаружено повышение в плазме крови у больных ПТСР допамина в состоянии покоя и МНПГ после стимулирования травматических воспоминаний. В исследованиях ряда авторов было описано уменьшение в крови больных ПТСР ветеранов Израильско-Ливанской и Вьетнамской войн альфа-2-тромбоцитов [41, 59]. Было отмечено, что эти изменения происходят несмотря на неизменную концентрацию в крови хлорида алюминия и простагландина E-1. В указанных исследованиях так же отмечался тот факт, что у пациентов с паническим расстройством, в отличие от больных ПТСР, изменения касаются не альфа- и бета-2 рецепторов тромбоцитов, а алюминий-адренергических рецепторов.

При изучении изменений в гипоталамо-питуитарно-адренкортикотропной системе было найдено снижение кортизола в моче и крови у больных с ПТСР [26, 83], хотя ряд исследователей [28] никаких различий в уровне кортизола у больных ПТСР и у здоровых ветеранов войн не находят.

Smith, M.A. [72] указывает на идентичность изменения концентрации адренкортикотропного гормона у больных ПТСР, генерализованной депрессией, паническим расстройством и нервной анорексией. Сходство в нейроэндокринных изменениях при генерализованном депрессивном расстройстве и ПТСР отмечают так же Halbreich и Olivera [25, 56], проводившие дексаметазоновый тест у больных указанного профиля. Несмотря на наличие такого сходства, следует отметить, что при ПТСР уровень тестостерона в крови повышается, в отличие от генерализованного депрессивного расстройства, при котором имеет место значительное снижение его концентрации [42].

Интересные исследования дисфункции опиоидной системы у больных ПТСР были проведены в конце 80-х годов [60]. Hoffman и соавт [28] обнаружили снижение уровня эндорфинов в плазме крови больных

ПТСР, высказав предположение, что хроническое истощение опиоидных соединений может являться одним из факторов, определяющих клиническую картину ПТСР.

Таким образом, хотя исследования нейробиологических аспектов ПТСР и проводятся на высоком уровне, до сих пор нет ответов на целый ряд концептуальных вопросов: каковы истинные различия между нейробиологическим ответом на «экспериментальное» напряжение и ПТСР, что рассматривать как «нормальное», а что как «травматическое» напряжение, какие невральные механизмы являются наиболее специфическими для ПТСР, является ли верной аллостатическая концепция ПТСР.

Как это не может не показаться парадоксальным, но по данным ряда авторов [11] около 50% жертв насилия отмечают положительный эффект психотравмы, включающий в себя улучшение самопонимания, снижение стереотипности поведения, увеличение активности, хотя есть сведения [71], что только 20% изнасилованных женщин отмечали какие-либо положительные психологические результаты.

Более 90% вьетнамских ветеранов чувствовали положительные эффекты пребывания в экстремальных ситуациях. К этим эффектам относится и повышение воинского мастерства, и ощущение чувства собственного достоинства, самоуважения, развития командирских способностей [72].

Очевидно, что далеко не все личности испытывают положительные результаты от воздействия психотравмы. Roth и Lebowitz [66] доказывают, что кровосмешение может быть особенно травматичным, т.к. уничтожает сам базис чувства доверия. Тем не менее способность ощущать положительные моменты в психотравмирующей ситуации может помочь грядущей адаптации. Kahana, Herel и соавт. [32] отмечают, что среди оставшихся в живых жертв Холокоста, те, кто находили положительные нюансы в наличии пережитого опыта, имеют меньшее количество психологических отклонений.

РЕЗЮМЕ

Таким образом, подводя итог изложенному материалу, необходимо отметить, что несмотря на наличие большого количества проводимых на высоком научно-техническом уровне исследований, затрагивающих глубинные эпидемиологические, патогенетические и клинико-этиологические механизмы ПТСР, в современной психиатрии до настоящего момента нет единого мнения в вопросе распространенности ПТСР, основных predisponирующих факторов, механизме прямого и обратного развития этих расстройств. Дополнительные прицельные исследования необходимы так же в отношении профессиональных групп, чья деятельность связана с пребыванием в ситуациях экстремального характера.

Омелянович В.Ю.

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У СУЧАСНІЙ ПСИХІАТРІЇ ЧАСТИНА II

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького.

В II частині статті наведено продовження широкого огляду наукової літератури, присвяченого дослідженню проблеми посттравматичного стресового розладу. Розглянуті багаті дані результатів студіювання нейробиологічних та біохімічних аспектів ПТСР, факторів, що спричиняють розвиток цього розладу. Особливу увагу звернуто до докладного опису та критичного аналізу сучасного клінічного, психологічного та психофізіологічного підходів до вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу у вітчизняній та західній психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 115-122)

Omelianovich V.U.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PROBLEM IN MODERN PSYCHIATRY. PART II

Donetsk State medical University by M.Gorky.

In the II part of the article the wide review continuation of scientific literature, devoted to posttraumatic stress disorder problem research is given. The wide results of neurobiological PTSD aspects researches are considered. Special attention is devoted to detail description and critical analysis of modern clinical, psychological and psychophysiological approaches to PTSD problem investigation in domestic and western psychiatry. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 115-122)

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.-М., 1993.
2. Вострокнутов Н.В. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 368-369.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд. М., 1995.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В.// Военно-медицинский журнал. Т. 318., С. 22-26. М. - 1997.
5. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child

- abuse and neglect. // American Journal of Psychiatry, -1994,-N 151, -P.1132-1136.
6. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.N., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. & Keane, T.M. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. // Behavior Therapist, -1990, N 18,-P. 187-188
7. Blanchard, E.B. Elevated basal levels of cardiovascular responses in Vietnam veterans with PTSD: A health problem in the making? // Journal of Anxiety Disorders, -1990, N 4, -P.233-237.
8. Blanchard, E.B., Hickling, E.J. & Taylor, A.E. The

- psychophysiology of motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder. // *Biofeedback and Self-Regulation*, -1991, N 16, -P.449-458.
9. Blanchard, E.B., Kolb, L.C. & Prins, A. Psychophysiological responses in the diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. // *Journal of Nervous and Mental Disease*, -1991, N 179, -P.99-103.
10. Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. Startle reflex modification: Emotion or attention? *Psychophysiology*, -1990, N 27, -P.513-522.
11. Burt, M.R., & Katz, B.L. Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. // *Journal of Interpersonal Violence*, -1987, N 2, -P.57-81
12. Cohen, S., Kessler, R.C., & Gordon, L.U. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.- 1995.
13. Cook, E.W., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N., McNeil, D.W. & Lang, P.J. Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1988, Vol. 56,-P.734-740.
14. Davidson, J.R.T. & Foa, E.B. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1991, N100, -P.346-355.
15. Deutch, A.Y. & Young, C.D. A model of the stress-induced activation of prefrontal cortical dopamine systems: Coping and the development of post-traumatic stress disorder. -1997,-P. 163-175.
16. Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., & Freedy, J.R. A review of the «Potential Stressful Events Interview»: A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *The Behavior Therapist*, -1994, N 17, P. 66-67
17. Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T.B., Kozak, M.J. & McCarthy, P.R. Processing of threat-related information in rape victims. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1991, N 100,-P.156-162.
18. Frank, J.B., Kosten, T.R., Giller, E.L., & Dan, E. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder.// *American Journal of Psychiatry*, -1988, N 145, -P.1289-1291.
19. Friedman, Charney, & Deutch \Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder, 1995.
20. Friedman, M.J. & Southwick, S.M. Towards pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. -1997,-P. 465-481.
21. Friedman, M.J. & Yehuda, R. Post-traumatic stress disorder and comorbidity: Psychobiological approaches to differential diagnosis. -1997,-P. 429-445
22. Gerardi, R.J., Blanchard, E.B. & Kolb, L.C. Ability of Vietnam veterans to dissimulate a psychophysiological assessment for post-traumatic stress disorder. // *Behavior Therapy*, -1989, N 20, -P.229-243.
23. Gold, P.E. & McCarty, R.C. Stress regulation of memory processes: Role of peripheral catecholamines and glucose. -1997,-P. 151-162.Goodyer I.M. // *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.* - 1993. - Vol. 1. - P. 94-112.
24. Goodyer I.M. // *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.* - 1993. - Vol. 1. - P. 94-112.
25. Halbreich, U., Olympia, J., Glogowski, J., Carson, S., Axelrod, S., & Yeh, C.M. The importance of past psychological trauma and pathophysiological process as determinants of current biologic abnormalities. [Letter to the editor]. // *Archives of General Psychiatry*, -1988, N45, -P.293-294.
26. Hamner, M., Diamond, B., & Hitri, A. Plasma catecholamine response to exercise in PTSD. New York City. - 1990.
27. Heninger, G.R. Neuroimmunology of stress. -1997,-P. 381-401.
28. Hoffman, L., Burges Watson, P., Wilson, G., & Montgomery, J. Low plasma β -endorphin in post-traumatic stress disorder. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, -1989, N 23, -P.269-273.
29. Horger, B.A. & Roth, R.H. Stress and central amino acid systems. -1998.-P. 61-81.
30. Jordan B. K., Schlenger W.E., and all. // *Arch/ gen Psychiatr.* - 1991. - P. 207-215.
31. Kardiner, A. & Spiegel, H. War stress and neurotic illness. New York: Paul B. Hoeber. 1947.
32. Kahana, B., Harel, Z. & Kahana, E. Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In J.P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum.- 1988, -P. 171-192.
33. Kaspi, S.P., McNally, R.J. & Amir, N. Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. // *Cognitive Therapy and Research*, - 1995,N 19, P.319-330
34. Karen E. Krinsley, PhD and Frank W. Weathers, PhD *The Assessment Of Trauma In Adults National Center For PTSD and Boston VAMC Tufts University School of Medicine, PTSD Research Quarterly, Volume 6, Number 3, Summer 1995.*
35. Keane, T.M., Malloy, P.F. & Fairbank, J.A. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, - 1984, N 52, -P. 888-891
36. Keane, T.M., Caddell, J.M. & Taylor, K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1988,N 56, -P.85-90
37. Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J.M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. // *Psychological Assessment*, -1989, N1, -P.53-55.
38. Kentsmith D. K. // *Aviat. Space Environ. Med.* - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413
39. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel -1990
40. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Hough, R.L., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychological Assessment*. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1991, N 3, -P.547-560.
41. Lerer, B., Bleich, A., Bennett, E.R., Ebstein, R.P., & Balkin, J. Platelet adenylate cyclase and phospholipase C activity in posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, -P.735-740. American Psychiatric Association Meeting, New York City.
42. Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Bremner, J.D., Riney, S.J., Lubin, H., Johnson, D.R., Southwick, S.M., & Charney, D.S. Some approaches to the study of the clinical implications of thyroid alterations in post-traumatic stress disorder. -1997.-P.367-379.
43. McEwen, B.S. Adrenal steroid actions on brain: Dissecting the fine line between protection and damage. -1998, -P. 135-147.
44. McDougle, C., Southwick, S., St. James, R., & Charney, D. An open trial of fluoxetine. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting, New York City.- 1990.
45. McFall, M.E., Murburg, M.M., Ko, G.N. & Veith, R.C. Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, -P.1165-1175.
46. McFall, M.E., Smith, D.E., Mackay, P.W. & Tarver, D.J. Reliability and validity of Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Assessment*. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1990, N 2,-P. 114-121.
47. McNally, R.J., Kaspi, S.P., Riemann, B.C. & Zeitlin, S.B. Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1990,N 99, -P.398-402.
48. McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M. & Weathers, F.W. Emotional priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, -1994,N8, -P.351-367.
49. McNally, R.J., Luedke, D.L., Besyner, J.K., Peterson, R.A., Bohm, K. & Lips, O.J. Sensitivity to stress-relevant stimuli in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Anxiety Disorders*, -1987, N 1, P.105-116.
50. McNally, R.J. Self-representation in post-traumatic stress disorder: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 71-91). New York: Guilford Press.- 1993
51. McNally, R.J. & Shin, L.M. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. // *American Journal of Psychiatry*, -1995, N 152, -P.936-938.
52. McNeil, D.W., Vrana, S.R., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. motional imagery in simple and social phobia: Fear versus anxiety. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1993, Vol. 102, -P.212-25.
53. Michelson, D., Licinio, J., & Gold, P.W. Mediation of the stress response by the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. - 1997,P. 225-238.
54. Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, - 1992, N 180,-P. 111-116.
55. Nissen G. // *Acta paedopsychiatr.* - 1981. - Vol. 46, N 5 - 6. - P.275-284.
56. Olivera, A.A. & Fero, D. Affective disorders, DST, and treatment in PTSD patients: clinical observations. // *Journal of Traumatic Stress*, -1990, N 3, -P.407-414.
57. Orr, S.P., Pitman, R.K., Lasko, N.B. & Herz, L.R. Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in World War II and Korean combat veterans. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1993, N 102, -P.152-159.
58. Paige, S.R., Reid, G.M., Allen, M.G., & Newton, J.E.O. Psychophysiological correlates of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, P.419-430.
59. Perry, B. Adrenergic receptors in child and adolescent

- PTSD. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting, New York City.- 1990
60. Pitman, R.K., Van Der Kolk, B.A., Orr, S.P., & Greenberg, M.S. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. // *Archives of General Psychiatry*, -1990, N47, P.541-544.
 61. Pitman, R.K., Orr, S.P., Forgue, D.F., Altman, B., De Jong, J.B. & Herz, L.R. Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1990, N 99, -P.49-54.
 62. Quarantelli E.L., Dynes R.R.// *Amer. Rev. Soc.* - 1977. - Vol. 3. - P. 23-49.
 63. Reist, C., Kauffmann, C.D., Haier, R.J., Sangdahl, C., Demet, E.M., Chicz-Demet, A., & Nelson, J.N. A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder.// *American Journal of Psychiatry*, -1989, N 146, -P.513-516.
 64. Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., & Lipovsky, J.A. Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment*, -1991, N 3, -P.561-572.
 65. Resnick, H.S., Falsetti, S.A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J.R. Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T.W. Miller (Ed.), *Stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.- 1997.
 66. Roth, S. & Lebowitz, L. The experience of sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, -1988, N 1, -P.79-107.
 67. Sanders, B. & Becker-Lausen, E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*, -1995, N19, -P.315-323.
 68. Saunders, B.E., Arata, C.M. & Kilpatrick, D.G. Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. // *Journal of Traumatic Stress*, - 1990, N 3, -P.439-448
 69. Shalev, A.Y., Orr, S.P. & Pitman, R.K. Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. // *American Journal of Psychiatry*, - 1993,-Vol.150, -P.620-624.
 70. Shepard, M.F. & Campbell, J.A. The Abusive Behavior Inventory: A measure of psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, - 1992, N 7, -P. 291-305.
 71. Silver, R.L., Boon, C. & Stones, M.H. Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. // *Journal of Social Issues*, -1983, N 39, P.81-102.
 72. Smith, M.A., Davidson, J., Ritchie, J.C., Kudler, H., Lipper, S., Chappell, P., & Nemeroff, C.B. The corticotropin-releasing hormone test in patients with posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, - 1989, N 26, -P.349-355.
 73. Stout, S.C., Kilts, C.D., & Numero, C.B. Neuropeptides and stress: Preclinical findings and implications for pathophysiology. -1998-P. 103-123.
 74. Vrana, S.R., Roodman, A. & Beckham, J.C. Selective processing of trauma-relevant words in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Anxiety Disorders*, -1997, N3, P.12-15.
 75. Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T. & Anderson, P.E.D. The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III based technique. // *Journal of Clinical Psychology*, -1991, N 47, -P.179-188.
 76. Weil F. // *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*. - 1985. - Vol. 10, N 1. - P. 53-55.
 77. Williams, R.B. Somatic consequences of stress. -1997,-P. 403-412.
 78. Wolf, M.E., & Mosnaim, A.D. *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.- 1990.
 79. Wyatt, G.E., Guthrie, D. & Notgrass, C.M. Differential effects of women's child sexual abuse and sub-sequent sexual revictimization. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1992, N 60, -P.167-173.
 80. Wyshak, G. The relation between change in reports of traumatic events and symptoms of psychiatric distress. *General Hospital Psychiatry*, -1994, N 16,- P. 290-297.
 81. Yehuda, R., Giller, E.L., Levengood, R.A., Southwick, S.M., & Siever, L.J. Hypothalamic-pituitary-adrenal functioning in post-traumatic stress disorder: Expanding the concept of the stress response spectrum. -1998,-P. 351-365.
 82. Yehuda, R., Keefe, R.S.E., Harvey, P.D., Levengood, R.A., Gerber, D.K., Geni, J. & Siever, L.J. Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. // *American Journal of Psychiatry*, - 1995, N 152, -P.137-139.
 83. Yehuda, R., Southwick, S.M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E.L., & Mason, J.W. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. // *Journal of Nervous and Mental Disease*, -1990, N178, -P.366-369.
 84. Zander, J.R. & McNally, R.J. Bio-informational processing in agoraphobia. // *Behaviour Research and Therapy*, - 1988, N 26, -P.421-429.
 85. Zigmond, M.J., Finlay, J.M., & Sved, A.F. Neurochemical studies of central noradrenergic responses to acute and chronic stress: Implications for normal and abnormal behavior. -1998,-P. 45-60.

Поступила в редакцию 4.12.2000г.