

Омельянович В. Ю.

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ СООБЩЕНИЕ I

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

В современных условиях, когда ритм социальной жизни имеет тенденцию к постоянному ускорению, а локальные войны, массовые общественные беспорядки и техногенные катастрофы становятся постоянными спутниками нашей эпохи, проблема психических расстройств, вызванных воздействием экстремальных факторов, выдвигается в ряд первоочередных вопросов современной психиатрии. Литература, посвященная изучению проблемы ПТСР освещает довольно обширный пласт исследований эпидемиологии, этиологии, предрасполагающих факторов, патогенеза, клинических особенностей и динамики этих расстройств. Вместе с тем следует отметить, что исследования в области ПТСР проводились, за редким исключением, преимущественно в странах Запада и до 1980 г. носили, в связи с отсутствием четкой терминологии и диагностических критериев, довольно разобщенный характер.

1. Ретроспективный взгляд на формирование современного научного подхода к изучению ПТСР.

Началом исследования проблемы постстрессовых психических расстройств считается описание в 1867 английским хирургом G.E. Erichsen [32] признаков «железнодорожного спинного мозга» («railway spine»). Клиническое описание этого симптомокомплекса, возникающего в результате железнодорожных катастроф, имело сходство с хроническим миеломенингитом, сочетающимся с расстройствами внимания, повторяющимися кошмарными сновидениями. Erichsen подчеркивал, что описанное им расстройство свойственно «мужчинам с активной жизненной позицией» и его не следует путать с истерией, которая «главным образом наблюдается у женщин».

Постепенно термин «железнодорожный спинной мозг» преобразовался в «железнодорожный мозг» («railway brain»), однако в результате патологоанатомических поисков органических изменений, присущих миеломенингиту, в мембранах нейроцитов головного и спинного мозга так и не было обнаружено.

В 1888 г. немецкий невролог Herman Oppenheim [61] использовал термин «травматический невроз» («traumatic neurosis»), ставший заголовком его книги. Началом невроза Оппенгейм считал сильные эмоции, воздействующие на организм как физический фактор.

Постепенно стало ясно, что телесное объяснение локализации научно необоснованно. Это привело к перемещению поиска из области анатомического исследования в психическое поле.

В 1909 г. швейцарский исследователь Eduard Stierlin [71], ставший основателем психиатрии катастроф (и чьи работы оказали в свое время огромное воздействие на Крепелина), в своей докторской диссертации описывал наблюдение пациентов, переживших стихийное бедствие. По его мнению, сильные эмоции являются наиболее важными факторами в этиологии «пониженного сопротивления внутри возбужденной системы», которая формирует почву для развития невроза.

В 1911 г. Stierlin в своей второй работе, посвященной психическим расстройствам в экстремальных ситуациях [72], описывая исследование жертв железнодорожной катастрофы, пришел к выводу, что социальные условия и личностная предрасположенность может способствовать развитию травматического невроза. Автор сравнивал жертв технологических бедствий с жертвами природных катастроф (из 135 людей, переживших землетрясение в Мессине в 1908 г. 25% обнаруживали посттравматические психологические нарушения, включая повторяющиеся мучительные воспоминания о катастрофе, нарушения сна и ночные кошмары). В течение первой мировой войны под «травматическим неврозом» понимали психическое расстройство, в этиологии которого ключевым моментом является «ударный шок оболочки» («shell shock»), вызывавший сотрясение головного мозга. Charcot пришел к выводу, что причину травматического невроза следует искать в психических условиях существования пациента. В Германии, где большинство психиатров традиционно относили к истерии все психогенные расстройства, первоначально были отрицательно настроены по отношению к этой гипотезе. Несколько позднее немецкой психиатрией был введен в обиход термин «военный истерический невроз». Лечение этого расстройства было настолько болезненным, что солдаты предпочитали вернуться на линию фронта. Это желание трактовалось как «полное излечение».

Психоанализ тех лет расценивал военный невроз как «полет в болезнь», «доказательство желания солдата уклониться от режима работы» [34].

В России еще в конце прошлого столетия была создана система оказания психиатрической помощи в условиях ведения боевых действий. Эффективное функционирование этой системы относится к периоду русско-японской войны. В те годы под руководством В.М. Бехтерева были разработаны основы организации психиатрической помощи в условиях локальной

войны и подготовки медицинского персонала [10].

Несколько позднее Л.О. Даркшевич [6] описал травматический невроз у участников первой мировой войны, отмечая отсутствие в его клинике каких-либо специфических, только ему одному присущих симптомов. В его монографии приводятся случаи, когда острая аффективно-шоковая травма приводила к отсроченным расстройствам в клинических формах, которые с точки зрения современной психиатрии могут быть расценены как классические варианты истерического, астенического, обсессивно-фобического расстройства невротического уровня. Однако, следует заметить, что Даркшевич высказывался против замены термина «травматический невроз» такими обозначениями, как «травматическая истерия», «травматическая психастения» или «травматическая неврастения» даже в случаях с мономорфной клинической картиной, аргументируя это тем, что этиологический фактор «накладывает особую печать на те болезненные формы, которые развиваются в зависимости от травм, вызывающих психический шок».

К вопросу военной психотравмы обращался и великий русский психиатр П.Б. Ганнушкин [5], выделявший три группы симптомов травматического невроза. К первой группе симптомов он относил возбудимость и раздражительность, выходящие за пределы астенической раздражительности; ко второй группе - приступы депрессии, а к третьей - различные психогенные истерические расстройства.

Во времена первой мировой войны наряду с термином «травматический невроз» начинает использоваться термин «военный невроз». В Германии после окончания первой мировой войны термин «травматический невроз» был заменен «неврозом компенсации», который рассматривался как «не болезнь», лишая пострадавших не только военных пенсий, но и возможности лечения. Внимание акцентировалось не на травматическом опыте пострадавших, а на их конституциональной предрасположенности, «дегенеративной склонности» и т.п. Лиц, страдающих неврозами, стали рассматривать как «паразитов нации» («Volksskorper»), не имеющих право на жизнь [79].

В отечественной психиатрии изучение психических расстройств, возникших в результате экстремальных ситуаций были продолжены после окончания первой мировой войны Л.Я. Брусиловским и соавт. [4], изучавшими последствия Крымского землетрясения 1927 г. Авторы выделяли «синдром землетрясения», включавший в себя головокружение, ощущение колебаний почвы под ногами, слабость, пониженную работоспособность, тошноту, постоянную тревогу, нарушение сна.

В период второй мировой войны и после ее окончания объектом интенсивных исследований становятся симптоматические психические расстройства. В поле зрения психиатров обычно попадали раненые бойцы, причем спустя 2-7 месяцев после ранений, однако предполагалось, что на ранних этапах эвакуации психических расстройств должно было возникать гораздо больше, чем в тыловых психиатрических госпиталях [16].

Для описания психических нарушений у ветеранов 2 М.В. авторы использовали такие термины, как «военный невроз» [46], «истощение сражения» [74], «боевая усталость» [43]. Описанный этими авторами

симптомокомплекс во многом соответствует современным диагностическим критериям ПТСР, включая в себя навязчивые воспоминания о стрессовой ситуации, кошмары, раздражительность, склонность к вспышкам гнева.

Изучая психические последствия пребывания в нацистских концентрационных лагерях у бывших депортированных и военнопленных, В.М. Морозов [11] описывал симптомы прогрессирующей астении и преждевременного старения как результат отдаленных последствий психотравмы. В течение нескольких месяцев после освобождения у этих лиц наблюдались такие нарушения, как психическая вялость, отсутствие инициативы, стремление к покою и изоляции, неуверенность в своих силах.

Существует довольно обширный пласт западной научной литературы, посвященной изучению ПТСР у узников концлагерей и военнопленных. Одними из первых исследовать психические нарушения у данного круга пациентов начали французские психиатры. Gilber-Dreifus [39] в 1948 г. сообщил о стойких астениях, определяя их как «астенический синдром депортированных», возникающий вследствие физиологических лишений и психической травматизации. Основными признаками заболевания были снижение массы тела, преждевременное и быстрое старение, вазомоторные расстройства и нарушения работы желудочно-кишечного тракта.

Интересные исследования были проведены японскими учеными, обследовавшими выживших после атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки [58]. Были обнаружены расстройства как психогенной, так и экзогенно-органической этиологии. Работы последних лет показывают, что распространенность тяжелых психических расстройств у данной группы лиц в 6 раз превышает популяционные показатели [60]. Различные авторы объясняют этот факт как результат исключительно радиационного поражения [18] либо на против-нерационных факторов [1].

Исследование ПТСР продолжилось в 1950-е годы, когда ветераны Корейской войны были исследованы в качестве контрольной группы по отношению к ветеранам второй мировой войны, а в ряде случаев, и как самостоятельная группа.

Futterman и Purnplan-Mindim [38] отмечали распространенность «травматического военного невроза» в пределах 10% среди ветеранов-пациентов психиатрических клиник. Archibald, H.C. [21], исследовав 1500 ветеранов, выделил как основные симптомы избегание ситуаций и действий, напоминающих о сражении, напряженность, возникающую при воспоминаниях о войне.

Принято считать, что диагностическая категория ПТСР возникла в результате наблюдений, сделанных в период боевых действий США в Корее и позволивших выделить в руководстве DSM-1 (1952 г.) группу «больших стрессовых реакций» (gross Stress reactions), хотя термин «травматический военный невроз» встречается и в более поздних исследованиях. Эти расстройства определялись как состояния, возникающие «в ситуации, когда индивид подвергается воздействию значительной физической нагрузки или выраженного эмоционального стресса» [33].

В 1965 г. Archibald, H.C. и Tuddenharn [22] выделили при помощи опросника MMPI у ветеранов второй

мировой войны и Корейской войны симптомы депрессии, истерии, а так же нашли 47 элементов отличия клинических проявлений «травматического военного невроза» от невротических расстройств у пациентов, заболевание которых не было вызвано пребыванием в экстремальной ситуации (группа «неветеранов»).

В 70-х годах нашего века в публикациях уделялось большое внимание изучению последствий психотравмы у военнопленных. Klonoff [51] и Beebe [24] указывали на тот факт, что у заключенных, интернированных Японией и Северной Кореей американских солдат, наблюдался больший спектр психопатологических симптомов, чем у ветеранов, интернированных Германией.

После оформления ПТСР как диагноза, в 1980 году, ряд авторов продолжили исследование данного расстройства у ветеранов второй мировой войны, Корейского конфликта и вьетнамской войны, других локальных войн. Авторы отмечали, что истинная распространенность ПТСР неизвестна, т.к. далеко не все страдающие им люди обращаются за помощью к психиатрам. Ряд авторов занимались исследованием психологических последствий катастроф как естественной, так и техногенной природы. В работах Ю.А. Александровского [1,2] в рамках психогений были описаны психические расстройства жертв катастроф, в том числе и Чернобыльской.

2. Изучение распространенности ПТСР и причин их возникновения.

Данные о распространенности ПТСР как среди общей популяции, так и среди лиц, побывавших в экстремальных ситуациях довольно противоречивы [75]. Egendorf и соавт. [31] считают, что в 16-24% случаев у лиц, побывавших в экстремальных ситуациях, развивается ПТСР, в тоже время как Centers for Disease Control (1988) указывает на распространенность, равную 15%. Helzer [45] отмечает ПТСР среди вьетнамских ветеранов в 5% случаев, в то время как Stellman и соавт. [69] указывают на 1,8-15% в зависимости от строгости критериев ПТСР.

Blake [25] писал, что из ветеранов, госпитализированных в мед. учреждения, ПТСР наблюдались у 9% ветеранов 2МВ и у 7% ветеранов корейской войны. Среди тех лиц, которые предварительно получали психиатрическую помощь, у 37% ветеранов второй мировой войны и у 80% ветеранов корейской войны имело место ПТСР.

Rosen [67] указывает, что 54% психиатрических пациентов, принимавших ранее участие во второй мировой войне, страдали ПТСР. Harel и Kahana [44] отметили, что из лиц, переживших воздушное нападение на Пирл Харбор, ПТСР отмечалось в 27% случаев. Davidson [30] отметил, что у ветеранов второй мировой войны отмечалось меньшее разнообразие симптомов ПТСР, чем у вьетнамских ветеранов, а Blum [26] указывал на тот факт, что ветераны второй мировой войны и корейской войны имели большую уверенность в правоте своего дела, чем ветераны Вьетнама.

Kulka R.A., Schelenger W.E., Fairbank J. [54] отмечают, что из 3,14 млн. лиц, прошедших вьетнамскую войну, у 15% наблюдаются ПТСР, а еще у 30,6% имеет место «частичное ПТСР».

Helzer J., Robins L. [45] в своей работе отметили тот факт, что распространенность ПТСР в общей сово-

купности населения США не более 1%, однако в группах гражданского населения, в процессе жизни подвергавшегося физическому нападению, и в группе ветеранов войн, избежавших ранений, количество больных ПТСР равно приблизительно 3,5%, а среди ветеранов, получивших ранения, количество больных возрастает до 20%.

По данным Нечипоренко В.В. и соавт [12] при ведении тяжелых, интенсивных боев частота стрессовых реакций у военнослужащих обычно достигает 10-25%. При плохой обученности войск, неумелом руководстве ими, дефиците объективной информации стрессовые реакции могут по механизмам индукции молниеносно охватить почти 100% личного состава и превратиться в коллективную панику. Острые реактивные психозы наблюдаются значительно реже - в 1-2% от общего числа личного состава.

Примером острого воздействия боевых стрессоров на личный состав явились бои в Грозном в декабре 1994-феврале 1995 г.г. Исследование авторами психического состояния 240 военнослужащих выявило у рядовых (100%) и у офицеров (81%) разной степени выраженности астенизацию, существенно снижавшую их бое-способность. Практически по всем изученным психофизиологическим показателям у данной категории лиц отмечались отклонения от номинальных значений в худшую сторону. У 73% рядовых и 89% офицеров определялся высокий уровень ситуативной тревожности, нарушения сна - соответственно у 67 и 87%.

Эпидемиологические исследования показывают, что у людей, профессиональная деятельность которых сопряжена с известной долей риска, частота возникновения ПТСР и пограничных психических расстройств гораздо выше, чем в общечеловеческой популяции. Фролова А.А. [18] указывает, что среди милиционеров патрульно-постовой службы и инкассаторов риск заболевания пограничными психическими расстройствами на 33,5% выше, чем в общей популяции и на 15,5% по сравнению с работниками других опасных профессий (13,7% у шахтеров [15], 24,8% у моряков [17]).

Вполне понятно, что методологические различия между различными диагностическими подходами (подходом National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS) и другими) делают крайне сложным изучение истинной распространенности ПТСР.

Как известно, кроме боевых действий ПТСР могут вызывать и другие, самые разнообразные ситуации экстремального характера.

Shore с соавт. [68] отмечал развитие ПТСР у 40% лиц, переживших извержение вулкана. St. Helens., Mc Fariane [56] обследовали пожарных, принимавших участие в тушении крупномасштабных лесных пожаров на юге Австралии. Авторы отметили симптоматику ПТСР у 29% личного состава этих подразделений. Исследование результатов преступного преследования [49], насилия [28], технологических катастроф [41], войны [57], указывают на то, что количество больных ПТСР может быть гораздо больше, чем отмеченные Helzer [45] 1-2% общечеловеческой выборки. Только в США ПТСР страдают от 2,4 до 4,8 миллионов граждан.

Gleser, Winget с соавт. [40], изучая психологические последствия наводнения р. Буффало (1979), обнаружили, что 30% жертв стихийного бедствия имели симптомы ПТСР в течение 5 лет. Авторы выдвинули

предположение о шести факторах, влияющих на индивидуальный психологический ответ на травматическое событие: 1) угроза жизни для самого или для «значимых других»; 2) тяжелая утрата; 3) величина физического страдания; 4) невозможность удовлетворения нормальных потребностей; 5) изменение привычного круга общения; 6) непосредственная причина бедствия.

Особого внимания заслуживает проблема ПТСР, возникших в результате преступных деяний. Преступление - проблема не только академического характера. Преступление является пролонгированной угрозой как для лиц, ранее подвергавшихся преследованию и нападению и продолжающих жить в страхе, что это повторится, так и для тех, кто наивно полагает, что он неуязвим для преступных деяний.

Исследование вызванных преступлением ПТСР отлично тем, что эти работы сосредоточены преимущественно на изучении травматического опыта женщин. Большинство этих исследований страдает от ряда концептуальных и методологических ограничений [74], заключающихся в следующем: а) сосредоточении на одном типе интенсивности психотравмы; б) не рассматривается потенциальное воздействие многократных сильных стрессоров; в) часто используются непредставительные выборки; г) использование моделей, не предусматривающих исследование связей между факторами интенсивности стрессора и частоты его воздействия.

По данным ряда авторов [66] от 39% до 70% гражданского населения в течение жизни подвергаются воздействию травматических событий, главным образом - преступлений. Resnick, H.S. и соавт. [66] отмечают, что в США 12 миллионов женщин хотя бы один раз подвергались преступному насилию. Тем не менее, эти данные являются косвенными, т.к. бихевиористский подход авторов предусматривал наличие в психогении физической силы или угрозы ее применения наряду с нежелательным сексуальным контактом (независимо от его формы). Таким образом, могла быть пропущена часть лиц, получивших травматический опыт в детстве, как и лица, подвергшиеся насилию в алкогольном или наркотическом опьянении.

Детальное описание психосимптоматики среди жертв насилия приводится в работах Burnam и соавт. [28], Wyatt и соавт. [81], Koss и соавт. [52]. Приведенные в их работах эмпирические данные кардинально опровергают многие стереотипы насилия и указывают, что большинство случаев насилия происходит в отношении детей, а насильниками чаще всего являются знакомые жертвам люди.

Ряд исследователей в своих работах [23,48,49,59,66] приводят данные относительно распространенности и психологических характеристик таких видов преступления, как физическое насилие, изнасилование в простой и извращенной форме, групповое изнасилование. Авторы уделили большое внимание разработке психологических критериев идентификации и оценки преступных деяний в рамках диагностики ПТСР, отметив, что имеющиеся на вооружении практической психиатрии подходы к оценке психотравмы далеки от совершенства.

Norris и соавт. [59] Klipatrick и соавт. [48] указали на прямую зависимость риска возникновения ПТСР от наличия непосредственной угрозы жизни и полу-

чения тяжелых повреждений при преступном нападении. Amick-McMullan и соавт [20] исследовали ПТСР, связанные с убийством. По приведенным в их работе данным из 12 500 американских граждан 9,3% потеряли в результате убийства члена семьи или друга, в результате чего у 23,3% из них имелись отдельные симптомы ПТСР, а у 4,8% - психические нарушения, полностью отвечающие диагностическим критериям ПТСР. Автор отметил, что обследуемые дети, лица пубертатного периода и взрослые имели равную вероятность возникновения ПТСР.

Распространенность ПТСР, развившихся в результате преступления вообще достигает 25%, в результате свершившегося насилия - 32%, и достигает 50% в случае, если преступление несет высокую вероятность смерти или увечья (независимо от типа преступления) [75].

По данным Kramer и соавт [53] из 30 женщин, подвергавшихся в течение 72 часов сексуальному насилию, через 6-8 недель у 73% было обнаружено клинически выраженное ПТСР.

Klipatrick и соавт. [48] идентифицировали критические факторы риска возникновения ПТСР в результате преступления, включающие в себя завершенный акт насилия, угрозу жизни и физический ущерб. Частота возникновения ПТСР при сочетании всех трех факторов (независимо от длительности их воздействия) достигает 80%. По данным Klipatrick P.G. [49] жертвы физического и сексуального насилия испытывают гораздо больше психологических проблем, чем жертвы грабежа или неудавшегося физического нападения. Почти каждый пятый (19,2%) из числа жертв насилия совершали суицидальную попытку, в то время, как только 2,2% лиц, не имевших травматического опыта, совершают суицид.

По данным Гарвардского университета более 60% населения США и около 50% американских женщин подвергались потенциально травматическому опыту. От 1 до 8% всего населения США страдает ПТСР. Из ветеранов Вьетнама ПТСР обнаруживается у 30%, а среди бывших узников концлагерей и военнопленных - у 50% лиц.

Интересные данные изучения ПТСР у пациентов с ожоговым поражением приводят в своей работе Положий Б.С. и Гурин И.В. [13]. Среди обследованных авторами пострадавших с ожогами у 8,9% развились ПТСР, причем 50,4% имели тяжелую степень ожогового поражения. У 22,1% больных ПТСР в анамнезе выделялись неблагоприятное детство, у 21,1% - склонность к алкоголизации, у 16,8% - наличие тяжелых психотравм в прошлом, у 6,2% - тяжелые физические травмы в прошлом. Ретроспективное изучение личностного преморбида у пострадавших позволило авторам говорить о большом числе лиц с акцентуациями характера (64,7% против 38,8% в контрольной группе), причем преобладали акцентуации тормозные (28,4%) и истероидные (23,9%).

Рядом исследователей был выявлен такой интересный факт, как различная частота заболеваемости ПТСР в разных расовых и половых группах.

3. Этнокультуральные особенности ПТСР.

Работы по изучению этнокультуральных аспектов особенностей ПТСР условно можно разделить на 4 направления: 1) изучение этнических групп (негры, американские индейцы, латиноамериканцы, кампу-

чийцы и т.д.);

2) травматические совокупности (ветераны войн, беженцы, жертвы пыток, жертвы преступлений, стихийных бедствий и т.д.);

3) травматические события (вьетнамская война, афганская война, Чернобыль, Хиросима и Нагасаки, геноцид красных кхмеров, нацистские концлагеря, изнасилование, преступное нападение и т.д.);

4) клинические темы (эпидемиология, клиническая диагностика, альтернативная терапия и т.д.).

В последние годы многие авторы публиковали результаты исследования этнокультуральных особенностей таких групп больных ПТСР как беженцы [37,55], ветераны войн [55,62], жертвы стихийных бедствий [37]. Была исследована распространенность ПТСР среди индокитайских беженцев из Лаоса и Вьетнама [50], среди чернокожих [63], латиноамериканских [64] и белых солдат [42] армии США, участвовавших во вьетнамской войне.

По данным авторов среди негров и латиноамериканцев ПТСР встречаются чаще, чем среди представителей белой расы.

Kulka с соавт [54] проводили результаты исследования распространенности ПТСР у ветеранов вьетнамской войны. По их данным распространенность ПТСР среди всех ветеранов Вьетнама равнялась 15%, среди негров-21%, среди солдат латиноамериканского происхождения-28% и почти 9% - среди ветеранов-женщин.

Egendorf, Kadushin с соавт. [31], исследовав 714 вьетнамских ветеранов и 626 солдат-неветеранов, пришли к выводу, что негры и латиноамериканцы сообщали о симптомах ПТСР гораздо чаще, чем белые. Хотя только 16,6% ветеранов полагали, что война имела отчетливо отрицательное психологическое воздействие на их жизни, у 70% лиц, побывавших в условиях тяжелых боев, были выявлены признаки ПТСР, причем негров из них было около 40%.

Solomon, Z. и соавт [70] отмечали, что среди израильских солдат, принимавших в 1982 г. участие в Ливанской войне, спустя 1 год после боевых действий, у 59% наблюдались ПТСР. Особенности эпидемиологии ПТСР среди европейских наций были рассмотрены в работах Weisaeth, L. и Eitinger, L. [78,79]. Penk и Allen, I.M. [62] указывали на необходимость специализированного диагностического подхода при лечении ПТСР у лиц различных рас и этносов.

Исследуя возрастные особенности заболеваемости ПТСР, Card J.J. и соавт. [29] указывали, что у 19% ветеранов Вьетнама ПТСР возникло в возрасте до 36 лет.

4. Предиспонирующие и непосредственно патогенные факторы в развитии ПТСР.

На роль психотравмы в генезе психического состояния, определяемого сегодня как ПТСР, указывал еще S.Freud [35,36], который выделяя травматические неврозы, подчеркивал, что влияние внешних патогенных факторов способно вызвать постоянную невротическую предрасположенность даже у здорового человека. S.Nau отмечал, что травматический невроз может являться переходным периодом к синдрому, при которых психотравма является фактором, открывающим основную невротическую структуру, названную O.Fenichel (1953) «психоневротическими осложнениями травматического невроза» и включающую в

себя неспецифические расстройства, такие, как истерия, невроз страха, навязчивый невроз.

В настоящее время одним из основных направлений теоретических дискуссий является выяснение той роли, которую играют любые травмирующие жизненные события с точки зрения развития психических расстройств [74]. Авторы придерживаются различного мнения о том, являются ли дистресс и психические расстройства тождественными или различающимися феноменами. Следует особо отметить три основные точки зрения. Одна из них состоит в том, что травмирующие события играют незначительную роль в этиологии психических расстройств и что необходимо проводить грань между нормальными стрессовыми реакциями и собственно патологией [74]. Другие авторы считают, что психические синдромы как раз и являются проявлениями дистресса. G.W. Brown и соавт.[27] и D.K. Kentsmith [47] утверждают, что депрессии у переживших катастрофу представляют собой дистрессовую реакцию, вызванную событиями. Авторы, придерживающиеся третьей точки зрения, исходят из того, что дистресс и психические расстройства - суть совершенно разные феномены. Сторонники этой гипотезы считают, что чрезвычайные события могут являться причиной дистресса, но не причиной возникновения психической патологии [65]. Так, например, McFarlane [56] обнаружил существование не прямой связи между ПТСР и факторами пережитого бедствия, сделав вывод о том, что дистресс является необходимым звеном, проясняющим механизмы воздействия психотравмы на возникновение психической патологии.

Известно, что шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей силой и внезапностью воздействия. Как правило, они связаны с угрозой жизни или благополучию, воздействуя непосредственно на инстинкт самосохранения и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения [8].

Ряд исследователей подразделяют патогенные факторы на внешнюю агрессию и эмоциональную травму. Внешняя агрессия характеризуется внезапной непредвиденной опасностью и угрозой смерти и считается достаточно обоснованной причиной возникновения ПТСР. W.Sargant, E. Slater [9] в своей работе подчеркивали значимость внешней агрессии, утверждая, что при определенных обстоятельствах, когда люди сильно травмированы, «никто не обладает иммунитетом». Другим фактором является эмоциональная травма. Этот фактор становится не менее важным, при условии, что самосознание и внешняя реальность не находят места в познавательных формах. По мнению В.В. Ковалева[8], шоковые психотравмирующие факторы ввиду непосредственного их воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы не осознаются в полной мере и в силу быстроты их действия не вызывают сознательной интерпсихической переработки их содержания и значения. Некоторые авторы как психотравмирующий фактор рассматривают недостаточную информированность [19], необученность, неопытность пострадавших в экстремальных условиях [14] и восприятие индивидом ситуации как необычной, что и запускает, по их мнению, патологическую стрессовую реакцию[16]. Так Й.М. Хавенаар и соавт.[19], изучавшие последствия Чернобыльской катастрофы, утверждают, что уровень стресса в зна-

чительной степени может определяться воздействием имеющейся информации, а не уровнем реальной опасности.

В литературе описаны попытки, направленные на различение физических и эмоциональных составляющих травмы, но ПТСР зачастую возникают у лиц, не получивших ни ранений, ни увечий, а только лишь интенсивно переживавших чувство потенциальной опасности [76].

Довольно многочисленный ряд авторов считают различие между физической и эмоциональной травмой несущественным и полагают, что между этими двумя компонентами всегда существует сильное взаимодействие [3,14].

Советский ученый Ф.И. Иванов [7], исследовавший

психогенные психозы в период 2 мировой войны, признал весьма важным в развитии этих состояний характер психотравмирующего воздействия. Предрасполагающими факторами, по его мнению, могли служить перенесенные в прошлом травмы черепа, нейроинфекции, а также личностные особенности. По мнению А.Кардиенер [46] ПТСР могут развиваться вследствие одного или нескольких травмирующих событий. Многими авторами отмечается зависимость клинической картины от характера психотравмы - была она острой или хронической, непосредственной или потенциальной, а также от ее природы и содержания [3,11]. Как западные, так и отечественные авторы считают, что дополнительные психотравмирующие факторы способствуют затяжному течению ПТСР [3].

Омелянович В.Ю.

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОПОХІДНОГО РОЗЛАДУ В СУЧАСНІЙ ПСИХІАТРІ ЧАСТИНА I

Донецкий державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

В I частині статті дається широкий огляд наукової літератури, присвяченої вивченню проблеми посттравматичного стресопохідного розладу. Описані історичні етапи формування ПТСР як нозологічної одиниці у вітчизняній та закордонній психіатрії. Наведені та критично розглянуті багаті дані щодо результатів вивчення проблеми постстресових розладів у межах епідеміологічних досліджень, особлива увага звернута на етнокультуральні особливості розвитку ПТСР. За матеріалами літератури докладно описані результати дослідження преіспонуючих та патогенних факторів у генезі ПТСР, розглянуті посттравматичні стресопохідні розлади, що виникають внаслідок злочинів, бойових дій, утримання в концентраційному таборі та інших екстремальних ситуацій.

У II частині розглядатимуться, надруковані у науковій літературі останніх років, результати психолого-психіатричних, психофізіологічних, нейробіологічних та лабораторно-клінічних дослідів вітчизняних та західних авторів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 131-137).

Omelianovich V.U.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PROBLEM IN MODERN PSYCHIATRY PART I

Donetsk State medical University by M.Gorky, Ukraine

In the I part of the article the wide review of the scientific literature, devoted to posttraumatic stress disorder problem research is given. The historical stages of PTSD formation as nosological unit in domestic and western psychiatry are described. Wide epidemiological data are given and critically considered, special attention is devoted to ethnic and cultural features of PTSD development. The results of pre-desponding and pathogenic factors in PTSD genesis are detailly described on literature materials base. Also, posttraumatic stress disorder, arised in result of criminal, battle actions, imprisoning in concentration camps, other extreme situations are considered.

In the II part will be considered the results of psychological - psychiatric, psychophysiological, neurobiological and laboratoryally-clinical researches of domestic and western authors, published in the scientific literature of last years. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 131-137).

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.-М., 1993.
2. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., соавт.// Журн. Невропатол. и психiatr.-1989.- №5. - С. 111-117.
3. Боев И.Н. Зубов А.А. и соавт. Тактика антистрессовой терапии у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами заложников и лиц, пострадавших в результате террористического акта в июне 1995 г. в г. Буденновске. - Ставрополь, 1995.
4. Брусиловский Л.Я., Бруханов А.П., соавт. Землятресение в Крыму и нервно-психический травматизм. - М., 1928.
5. Ганнушкин П.Б. // Труды психиатрической клиники 1-го Моск. Ун-та. - 1927. - Вып. 2. - С. 54.
6. Даркшевич Л.О. Травматический невроз. - Казань, 1916.
7. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в военное время. - Л., 1970.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд. М., 1995.
9. Краснянский А.Н. // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации нервно-психических и наркологических заболеваний. - Томск, 1990. - С. 53-54.
10. Литвинцев О.В., Кузнецов Ю.М. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 164-165.
11. Морозов Н.Б. // Съезд психиатров России, 12-й:

Материалы. - М., 1995. - С. 478-479

12. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В.// Военно-медицинский журнал. Т. 318., С. 22-26. М. - 1997.

13. Положий Б.С., Гурин И.В. // Российский психиатрический журнал №1,1997, С-21-24.

14. Румянцева Г.М., Грушков А.В., и др. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 172-174.

15. Табачников А.Е. Пограничные психические расстройства у работников угольных предприятий: Дис. ... канд. Мед. наук.-М., 1991.

16. Тукаев Р.Д. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 178-180.

17. Ульянов И.Г. Клиника, типология, психотерапия пограничных нервно-психических расстройств у рыбаков в морских условиях: Дис. ... д-ра мед. наук. - Владивосток, 1996.)

18. Фролова А.А. //Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.

19. Хавенаар И.М., Румянцева Г.М., ван ден Баут Я. // Соц. и клин. Психiatr. - 1993. - № 1. - С. 11-16.

20. Amick-Mcmullan, A., Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. // Behavior Modification, -1991, N 15, -P. 545-559.

21. Archibald, H.C., Long, D.M., Miller, C. & Tuddenham, R.D. Gross stress reaction in combat C a 15-year follow-up. //

- American Journal of Psychiatry.- 1962, N 119, -P.317-322.
22. Archibald, H.C. & Tuddenham, R.D. Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. // Archives of General Psychiatry.- 1965, N 12, -P. 475-481.
23. Bachman, R. Violence against women. A National Crime Victimization Survey report. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.- 1994.
24. Beebe, G.W. Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners: II. Morbidity, disability and maladjustments. // American Journal of Epidemiology.- 1975, N 101, -P.400-422.
25. Blake et al. // PTSD Research Quarterly.- 1990, N 1(3).
26. Blum, M.D., Kelly, E.M., Meyer, M., Carlson, C.R. & Hodson, W.L. An assessment of the treatment needs of Vietnam-era veterans. Hospital and Community Psychiatry.- 1984, N 35, -P.691-696.
27. Brown G.W., et all. // Brit.J. Psychiatr. - 1985. - vol.147. - P. 612-622.
28. Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Forsythe, A.B. & Telles, C.A. Sexual assault and mental disorders in a community population. // Journal of Consulting and Clinical Psychology.- 1988, N 56, -P.843-850.
29. Card, J.J. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. Journal of Clinical Psychology.- 1987, N. 43, P. 6-17.
30. Davidson, J.R.T., Kudler, H.S., Saunders, W.B. & Smith, R.D. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Comprehensive Psychiatry, -1990, N 31, -P.162-170.
31. Egendorf, A., Kadushin, C., Laufer, R.S., Rothbart, G. & Sloan, L. Legacies of Vietnam: comparative adjustment of veterans and their peers. New York: Center for Policy Research.- 1981.
32. 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.
33. Figley C.R. // Stress Disorders Among Vietnam Veterans. - New York, 1978. - P. 216-278.
34. 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.
35. Freud S. Standart Edition of the Complete Psychoanalytic Works of S. Freud. - London, -1959. - P. 346-357.
36. Freud S. The Standart Edition of the Complete Psychoanalytic Works of S. Freud. - London, 1955. - Vol.17. - P. 218-242.
37. Friedman, M.J. & Yehuda, R. Post-traumatic stress disorder and comorbidity: Psychobiological approaches to differential diagnosis. -1997.-P. 429-445
38. Futterman, S. & Pumpian-Mindlin, E. Traumatic war neuroses five years later. // American Journal of Psychiatry.- 1951.- N 108, -P.401-408.
39. Gilber-Dreifus// Международная конф. «Отдаленные нервно-психические последствия у военнопленных».-М., 1957.- С.21 -23Lars Weisaeth, MD and Leo Eitinger, MD, research on ptsd and other post-traumatic reactions: european literature (part II) division of disaster psychiatry ptsd research quarterly, Volume 2, Number 3, Summer 1991 published by the National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.
40. Gleser, G.C., Green, B.L. & Winget, C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press.- 1981.
41. Green, B.L. Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), International Handbook of Traumatic Stress Syndromes (pp. 135-144). New York: Plenum Press.- 1993.
42. Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D. & Leonard, A.C. Race differences in response to combat stress. // Journal of Traumatic Stress, -1990, N 3, P. 379-393.
43. 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.
44. Harel, Z. & Kahana, B. The Day of Infamy: The legacy of Pearl Harbor. In J.P. Wilson (Ed.), Trauma, Transformation, and Healing. - 1989, -P.129-156. New York: Brunner/Mazel.
45. Helzer, J.E., Robins, L.N. & Mcevoy, L. Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey. New England Journal of Medicine, -1987, N 317, -P.1630-1634.
46. Kardiner A., Spiegel H. War, Stress and Neurotic. - New York, 1947.
47. Kentsmith D. K. // Aviat. Space Environ. Med. - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413.
48. Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. Rape, other violence against women, and post-traumatic stress disorder: Critical issues in assessing the adversity-stress-psychopathology relationship. In B. Dohrenwend (Ed.), Adversity, stress, and psychopathology. Washington, DC: American Psychiatric Press. - 1997.
49. Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-Mcmullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. & Resnick, H.S. Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. // Behavior Therapy, -1989, N 20, -P. 199-214.
50. Kinzie, J.D., Boehnlein, J.K., Leung, P.K., Moore, L.J., Riley, C. & Smith, D. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. // American Journal of Psychiatry.- 1990, N. 147, -P. 913-917.
51. Klonoff, H., Clark, C., Horgan, J., Kramer, P. & McDougall, G. The MMPI profile of prisoners of war. Journal of Clinical Psychology.- 1976, N 32, -P. 623-627
52. Koss, M.P, Woodruff, W.J. & Koss, P.G. Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. Behavioral Sciences and the Law, -1991, N 9, -P. 85-96.
53. Kramer, T.L. & Green, B.L. Posttraumatic stress disorder as an early response to sexual assault. // Journal of Interpersonal Violence.- 1991, N 6, -P. 160-173.
54. 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.
55. Marsella, A.J., Friedman, M.J. & Spain, E.H.. Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of issues, re-search, and directions. In J.M. Oldham, A. Tasman & M. Riba (Eds.), American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 12. Wash-ington, DC: American Psychiatric Press.- 1997
56. McFarlane, A.C. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster: Implications for disaster planners and emergency services. // Medical Journal of Australia.- 1986, N145, -P.561-563.
57. Mollica, R.F., Wyshak, G. & Lavelle, J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. // American Journal of Psychiatry.- 1987, N 144, -P.1567-1572.
58. Nisikawa T., Tsuki S. // Nagasaki med. J. - 1961. - Vol. 36, N 11. - P. 717-722.
59. Norris, F.H. & Kaniasty, K. Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses. // Journal of Consulting and Clinical Psychology, - 1997, -P. 125-131.
60. Ohta Y., Ueki K., Otsuka T. Et al. // Clin. Psychiatr. - 1991. - Vol. 33, N 2. - P. 165-173.
61. 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.
62. Penk, W.E. & Allen, I.M. . Clinical assessment of post-traumatic stress disorder (PTSD) among American mi-norities who served in Vietnam. // Journal of Traumatic Stress, -1991, N. 4, -P. 41- 66.
63. Penk, W.E., Robinowitz, R., Dorsett, D., Bell, W. & Black, // J. Posttraumatic stress disorder: Psychometric assessment and race. In T.W. Miller (Ed.), Stressful life events pp. 525-552, - 1989, Madison, Connecticut: International Universities Press.
64. Pica, G. Diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder in Hispanic Viet Nam veterans. In S.M. Sonnenberg, A.S. Blank & J.A. Talbott (Eds.), The trauma of war: Stress and recovery in Viet Nam veterans.- 1985, pp. 389-402. Washing-ton, DC: American Psychiatric Press.
65. Quarantelli E.L., Dynes R.R.// Amer. Rev. Soc. - 1977. - Vol. 3. - P. 23-49
66. Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, -1993, N 61, -P.984-991.
67. Rosen et al. // PTSD Research Quarterly, -1989, N 1(1).
68. Shore, J.H., Tatum, E.L. & Vollmer, W.M. Evaluation of mental effects of disaster, Mount St. Helens eruption. // American Journal of Public Health, -1986, N 76 (Suppl. 3), -P.76-83.
69. Stellman, J.M., Stellman, S.D. & Sommer, J.F. Social and behavioral consequences of the Vietnam experience among American Legionnaires. Environmental Research, -1988, N 47, -P.129-149.
70. Solomon, Z., Weisenberg, M., Schwarzwald, J. & Mikulincer, M. Posttraumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: The 1982 Israeli experience. American Journal of Psychiatry, -1987, N. 144, P. 448-454.
71. Stierlin, E. †ber psychoneuropathische Folgezustände bei den Iberlebenden der Katastrophe von Courri_res am 10. Marz 1906. [On the psychoneuropathic consequences among the survivors of the Courri_res catastrophe of 10 March 1906]. Doctoral dissertation, University of Zyrich.- 1909.
72. Stierlin, E. Nervlÿse und psychische Stÿrungen nach Katastrophen. [Nervous and psychic disturbances after catastrophes]. Deutsches Medizinisches Wochenschrift, -1911, N37, -P. 2028-2035.
73. Stout, S.C., Kilts, C.D., & Numero, C.B. Neuropeptides and stress: Preclinical findings and implications for pathophysiology. -1998-P. 103-123.
74. Terence M. Keane, PhD // the epidemiology of post-traumatic stress disorder:some comments and concerns // Ptsd Research Quarterly, Volume 1, Number 3, Fall 1990.
75. Thompson J., Cheung Chung M., Rosser R. // Eur. J. Psychiatr. - 1995. - Vol. 9, N 4.- P. 197-208.
76. Vrana, S. & Lauterbach, D. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. // Journal of Traumatic Stress, -1994, N 7, -P. 289-302.
77. 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.
78. Weisaeth, L. & Eitinger, L. Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European literature (Part II). PTSD Research Quarterly, 1991, 2(3), 1-7.
79. Williams, R.B. Somatic consequences of stress. -1997,-P. 403-412.
80. Wyatt, G.E., Lawrence, J., Vodounon, A., & Mickey, M.R. The Wyatt Sex History Questionnaire: A structured interview for female sexual history taking. // Journal of Child Sexual Abuse, - 1992, N1(4), -P.51-68.

Поступила в редакцию 21.06.99г.