

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК. 616.89-008.19

*Абрамов А.В., Бурцев А.К., Мирошниченко И.И., Омелянович В.Ю.***ОБ ОПЫТЕ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: посттравматические стрессовые расстройства, диагностика.

Понятие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) было официально введено в номенклатуру психических заболеваний в 1980 году, когда его включили в DSM-III. С тех пор исследование этого расстройства породило целый пласт научной литературы о несчастьях, катастрофах мирного и военного времени, о более ординарных стрессовых ситуациях. Актуальность всестороннего изучения этой проблемы, разработки наиболее эффективных методов лечения в последние годы заметно возросла. [1,2]. В настоящее время существует Международный центр посттравматических стрессовых расстройств, объединяющий как специалистов, исследующих данную проблему, практических врачей, так и лиц, страдающих данным заболеванием; в США издается журнал "Посттравматическое стрессовое расстройство".

Результаты исследования психотравмирующих ситуаций военного и мирного времени рядом зарубежных авторов показали, что действия тяжелых стрессов на индивидуумов с различной

предрасположенностью к срывам психического функционирования было не более равномерным, чем действие более легких стрессов. На индивидуальные реакции большее влияние оказывали личностные особенности и социальные факторы [3,4,5,6].

Определенные трудности имеются не только в вопросе изучения этиологии посттравматического стрессового расстройства, но и в их дифференциальной диагностике. Полиморфность психических нарушений в рамках ПТСР и частое наличие в анамнезе расстройств депрессивного или тревожного ряда [7] побуждает к совершенствованию дифференциально-диагностических критериев данного заболевания.

Посттравматическое стрессовое расстройство является новой нозологической единицей для отечественной психиатрии и, с нашей точки зрения, предлагаемое клиническое наблюдение является иллюстрацией патопсихологических и психофизиологических особенностей этих нарушений.

* * *

Н., 1971 г.р., уроженец Донецкой области. Родился первым из двух детей. Данных, указывающих на наследственную отягощенность психическими заболеваниями, нет. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве болел ветряной оспой и простудными заболеваниями. По характеру был впечатлительным, тихим ребенком. Окончил 10 классов средней школы, после чего поступил в торговый техникум. С 1989 по 1991 гг. проходил срочную службу в пограничных войсках Украины. Особых проблем во время службы не возникало. После увольнения в запас продолжил учебу в техникуме, который окончил в 1994 году. Однако по полученной специальности ("товаровед") работать не стал, т.к. не нашел работы по месту жительства. Кадровым аппаратом городского отдела УМВД города ему была предложена служба в милиции.

При прохождении окружной военно-врачебной комиссии был освидетельствован мед. психологом и врачом-психиатром. Психической патологии выявлено не было. При-

знан годным к службе в милиции.

В органах внутренних дел служит с августа 1994 г. В феврале 1996 г. был переведен на вышестоящую должность. По службе характеризуется положительно, как ответственный, работоспособный сотрудник. К выполнению служебных обязанностей относится добросовестно, свою работу знает хорошо, лично дисциплинирован. По характеру добродушен, порой застенчив, уступчив, при возникновении трудностей стремления к их преодолению не проявляет, зачастую пытается уйти от решения проблемы.

Последние два месяца Н. был вынужден совмещать свою должность с другой. На протяжении этого периода нагрузка была очень высокой, работал допоздна, мало спал.

В сентябре 1997 г. во время поездки на автомобиле, Н. и его начальник попали в автокатастрофу. В результате удара бортовой части автомобиля начальник Н., сидевший за рулем, потерял сознание. Машина пошла юзом и начальник выпал из распахнувшейся двери. Н. удалось остановить уже

ником не управляемый автомобиль, не получив при этом телесных повреждений, однако пережитая им смертельная опасность, вид изуродованного тела начальника, с которым они еще несколько минут назад беседовали о житейских проблемах, тяжело отразились на его психическом состоянии. Последствия перенесенной психотравмы стали явными уже спустя две недели.

Работоспособность снизилась, не мог сконцентрироваться на поставленных задачах. В общении с коллегами отвлекался от основной темы разговора, по несколько раз задавал одни и те же вопросы. Был напряжен, постоянно сами по себе возникали воспоминания о происшедшей аварии и смерти начальника. Воспоминания не оставляли его и в ночное время. Засыпал с трудом, сон был поверхностный, с частыми пробуждениями от кошмарных сновидений, лейтмотивом которых была все та же автокатастрофа. Руководством городского отдела УМВД был направлен в Центр психиатрической помощи и профессионального психофизиологического отбора Отдела охраны здоровья УМВД для углубленного психолого-психиатрического обследования и лечения.

Психическое состояние при поступлении.

Контакту доступен. Ориентирован в пространстве, времени и личности правильно. Продуктивных нарушений восприятия, мышления не выявлено. Фон настроения несколько снижен. Говорит, что чувствует себя уставшим, не может сосредоточиться на работе. Напряжен, воспоминания о психотравмирующей ситуации возникают помимо воли пациента и носят навязчивый характер. О пережитой автокатастрофе рассказывает последовательно, при этом выражение лица становится печальным. Грубые нарушения памяти и интеллекта не выявлено. Критика к своему состоянию достаточная, на лечение согласен.

Очаговой неврологической симптоматики и органической патологии внутренних органов не обнаружено.

Госпитализирован в отделение реабилитации больницы ООЗ УМВД. В первые дни пребывания в отделении оставался напряженным, сохранялись навязчивые воспоминания о психотравме, сон был поверхностный, кратковременный (4-5 часов/сутки), с частыми (2-3 раза за ночь) пробуждениями, кошмарными сновидениями.

Во время пребывания пациента в стационаре дважды (на 1 и на 14 день лечения) проводилось его клинико-патофизиологическое и психофизиологическое обследование.

Данные психофизиологического обследования на 1 день пребывания в стационаре.

Реакция на движущийся объект (РДО):

реакция	количество	среднее(мс.)
опережение	8	20
запаздывание	9	55
точная	3	--
итого	20	33
сумма отклонений: 660 мс.		

Критическая частота световых мельканий (КЧСМ):

Левый глаз: М=31,7 Гц Размах = 5 Гц. Правый глаз: М=32,4 Гц Размах = 5 Гц. Асимметрия = - 600 Гц

Тест Грюнбаума: Количество ошибок = 1 Время выполнения = 22 с.

Омега-потенциал: Левая сторона: $V_{\sin} = +2$ мв; Правая сторона: $V_{dex} = +13$ мв. Асимметрия = 15 мв.

Таким образом, при исследовании познавательных процессов была обнаружена недостаточная устойчивость внимания, снижение способности к его распределению, лабильность центральной нервной системы с преобладанием процессов торможения. Кроме того, результаты проведенной омегаметрии указывают на наличие эмоциональной напряженности и высокого уровня тревожности.

Данные патопсихологического обследования на 1 день пребывания в стационаре.

Опросник нервно-психической дезадаптации (ОНПД): 1-43; 2-25; Д-51; А-66; Др-71.

Опросник невротизации (Александрович): 1-13; 2-25; 3-28; 4-17; 5-32; 6-36; 7-8; 8-22; 9-27; 10-4; 11-4; 12-12; 13-17.

Тест цветовых выборов Люшера: 1 5 3 2 4 0 6 7

5 2 3 1 4 0 6 7

ММПИ при поступлении на службу в ОВД: L-49; F-30; K-56; 1-42; 2-43; 3-51; 4-47; 5-58; 6-42; 7-49; 8-36; 9-57; 0-32.

ММПИ на момент поступления в стационар: L-41; F-44; K-69; 1-65; 2-68; 3-67; 4-60; 5-57; 6-38; 7-70; 8-55; 9-62; 0-40.

По методике ОНПД получены отклонения от нормы по шкалам психического благополучия (25Т) и психического дискомфорта (71). Так как имеет место отклонение двух векторов, можно думать о наличии клинического психического расстройства невротического уровня, что подтверждается низким суммарным уровнем вектора психического благополучия (68) и высоким суммарным уровнем вектора психической дезадаптации (188).

Результаты обследования при помощи опросника невротизации свидетельствуют о превалировании симптомов тревоги, нарушений сна, навязчивых состояний, симптомов общего напряжения и депрессивных тенденций. При этом следует отметить, что все показатели на порядок превышают средние нормативные показатели методики.

По результатам цветового теста Люшера больной эмоционально восприимчив, насторожен, стремится действовать, тщательно обдумывая и приспособляя свои решения к внешним условиям, действует, используя свое обаяние и мягкость (на 1-2 местах 1-5 цвета в 1 выборе и 5-2 цвета во 2 выборе).

Красный-зеленый и красный-синий цвета на 2-3 местах (1 и 2 выбор соответственно) свидетельствуют о том, что больной чувствует себя связанным в осуществлении желаний, он стремится к погашению негативных эмоций и найти разрядку в приятных отношениях.

Положение желтого и серого цветов на 5 и 6 местах в обоих выборах говорит о стремлении к избеганию открытых конфликтов.

Помещение в обоих выборах на последние места коричневого и черного цветов указывает на наличие тревоги, вызванной нежелательными ограничениями или запретами, на избегание обязанностей, навязываемых со стороны.

В целом, по результатам обследования методикой Люшера, можно сделать вывод, что больной является личностью довольно сенситивной, занимающей пассивную жизненную позицию. Он обеспокоен неблагоприятной внешней обстановкой, но надеется на благоприятный исход событий.

При сравнении профилей методики ММПИ (при поступлении в ОВД и во время госпитализации) обнаружено, что, хотя второй профиль и является более приподнятым, оба они находятся в диапазоне допустимой нормы. Оба профиля типичны для лиц застенчивых, сентиментальных, неуверенных в себе, с выраженными тревожно-мнительными чертами характера.

Следует отметить, что диагностическая значимость результатов по методике ММПИ представляется несколько сомнительной из-за большой выраженности показателя F-K (19 и 21 соответственно), что указывает на негативное отношение к тестированию, закрытость, неоткровенность. Об этих же тенденциях свидетельствуют и низкие показатели по 6 шкале (42 и 38).

Учитывая вышесказанное, в интерпретации результатов следует обратить внимание не столько на выраженность показателей по шкалам, сколько на величину различий меж-

ду ними в ситуации болезни и до нее.

Максимальное увеличение показателей в профиле при поступлении в стационар, по сравнению с профилем при поступлении на работу в ОВД (1994 г.), отмечено по шкале депрессии (+25Т), что свидетельствует о выраженном депрессивном компоненте переживаний; по шкале ипохондрии (+23Т), что отражает тенденции к сверхконтролю, желанию держать себя в руках перед лицом трудностей; по 7 шкале (+21Т) - рост тревоги, являющейся одним из наиболее частых проявлений посттравматических стрессовых расстройств; по 8 шкале (+19Т), что отражает определенную дезорганизацию наработанных паттернов реагирования в условиях болезни, поиск нетрадиционных решений.

Ведущими шкалами во втором профиле являются 7,2 и 3 шкалы, что отражает относительное преобладание навязчивых состояний в сочетании с депрессивными и демонстративными проявлениями.

Сочетание повышения по 3 и 2 шкалам указывает на недостаточную эффективность вытеснения факторов, вызывающих тревогу, причем поведение, ориентированное на то, чтобы вызвать сочувствие, внимание, поддержку, опирается не столько на выпячивание соматических жалоб, сколько на подчеркивание снижения внимания и настроения, что подтверждается данными психофизиологического обследования.

В результате проводимого лечения (мезодиэнцефальная модуляция 45 мин. ежедневно; рациональная психотерапия) состояние улучшилось, эмоциональная насыщенность переживаний по мере лечения уменьшалась, сон нормализовался (8-9 час/сут., без пробуждений, со сновидениями индифферентного характера), воспоминания о психотравме перестали носить навязчивый характер, по-

явилось желание быстрее вернуться к трудовому процессу. После 14 дней лечения был выписан к труду.

Результаты психофизиологического обследования на 14 день пребывания в стационаре.

Реакция на движущийся объект:

реакция	количество среднее (мс)	
опережение	14	36
запаздывание	12	33
точная	4	--
итого	30	30

сумма отклонений: 900 мс.

Критическая частота световых мельканий: Левый глаз: М = 35,4 Гц; Размах = 3 Гц. Правый глаз: М = 35,7 Гц; Размах = 7 Гц; Асимметрия = -399 Гц.

Тест Грюнбаума: Количество ошибок = 0; Время выполнения = 19 с.

Омега - потенциал: Vsin = -24 мв; Vdex = -5 мв; Асимметрия = 19 мв.

По результатам повторного (на 14 день) психофизиологического обследования у больного нормализовались концентрация и распределение внимания (тест Грюнбаума: количество ошибок = 0; время выполнения = 19 с.); эмоциональный фон стабилизировался на допустимом уровне (омега-потенциал, РДО), исчезла тревожность (РДО: запаздывание = 33 с.), процессы торможения и возбуждения находятся в пределах "хорошей" нормы.

Больной был так же обследован с помощью методики ОНПД: 1 = 58; 2 = 39; А = 44; Д = 47; Др = 58

Высокое положение вектора психического благополучия (58 и 39) и низкое положение вектора психической дезадаптации (44, 47, 58) указывают на отсутствие у Н. психических расстройств как клинического, так и доклинического уровня.

* * *

Клинические проявления рассматриваемого расстройства заключаются в нарушениях внимания, навязчивых воспоминаниях, кошмарных сновидениях, нарушениях сна, эмоциональной напряженности и тревожности. В соответствии с диагностическими критериями МКБ - 10 можно исключить принадлежность данного случая к секции F 32 (Депрессивный эпизод), F 40 (Тревожное расстройство) и F 42 (Обсессивно-компульсивное расстройство), в силу отсутствия достаточного количества симптомов [8]. В частности, тревога у пациента не носит ярко выраженного характера и отличается неопределенностью, аморфностью.

Относительная специфичность имеющих место клинических признаков, отчетливая связь с психотравмирующей ситуацией позволяют рассматривать описанное расстройство как нарушение адаптационной реакции на тяжелый стресс. Исходя из этого, для классификации данного заболевания следует применить секцию F-43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство). Диагностическими критериями для постановки данного диагноза яв-

ляются возникновение расстройства в течение не более 6 месяцев после тяжелого травматического события; наличие навязчивых воспоминаний о событии, фантазий и представлений в дневное время, неприятных сновидений или кошмаров; сочетание с вышеперечисленными симптомами тревожных и депрессивных нарушений; возможно (но необязательно) проявление эмоциональной отчужденности, избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминание о травме.

Следует отметить, что в развитии ПТСР у пациента значительную роль сыграли такие предрасполагающие факторы, как хроническое переутомление, сенситивные и тревожно-мнительные черты характера, а так же высокая эмоциональная значимость происшедшего события .

Наличие в МКБ -10 такой нозологической единицы, как ПТСР позволяет статистически учитывать расстройства, которые нельзя отнести с достаточной степенью достоверности ни к одной из рубрик МКБ - 9.

К развитию данного расстройства привело воздействие интенсивных, эмоционально зна-

чимых стрессоров, воздействовавших на пациента в сложной, нестандартной ситуации.

Весьма эффективным в лечении посттравматического стрессового расстройства оказался комплекс лечебных воздействий, направленный как непосредственно на высшие

вегетативные центры, так и на когнитивную составляющую адаптационного процесса.

Рассматриваемое расстройство является новой и весьма актуальной для отечественной психиатрии проблемой, требующей дальнейшего углубленного исследования.

О.В. Абрамов, О.К. Бурцев, І.І. Мірошниченко, В.Ю. Омелянович

ПРО ДОСВІД ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОПОХІДНОГО РОЗЛАДУ

Донецький медичний Університет

На прикладі конкретного випадку розглядається можливість застосування діагностичних критеріїв МКХ-10 для посттравматичних стресопохідних розладів (ПТСР). Наведені дані кваліфікованої оцінки симптоматики ПТСР (за методикою U.J. Aleksandrovicz), особистих характеристик (за MMPI) та комплексного психофізіологічного обстеження. Обґрунтована система реабілітаційних заходів. З'ясована значна роль у виникненні ПТСР таких факторів, як хронічне перевтомлення та конституційна сензитивність. Показана достатня ефективність лікувальних заходів, спрямованих як безпосередньо на вищі вегетативні центри (мезодієнцефальна модуляція), так і на корекцію когнітивної складової адаптаційного процесу. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1998. - № 1 (4). - С. 95-98).

A. V. Abramov, A. C. Burtsev, I. I. Miroshnitshenko, V. Ju. Omelyanovich.

ABOUT THE EXPREIENCE OF DIAGNOSTICS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Donetsk Medical University

Using as an instance the concrete case of posttraumatic stress disorder (PTSD) the possibility of application ICD-10's criteria are considered. The data of quantificated evaluation of PTSD's simptomatics (by Aleksandrovich's questionnaire), personality's characteristics by MMPI and of complex psychophysiological investigation's results are shown. The system of rehabilitation measures has been motivated.

The significant role of such factors as fatigue and inherent sensitivity in PTSD's origin has been clarified. The sufficient effectiveness of therapeutic measures that were directed both immediatly on high vegetative centers (mesodiencephalic modulation) and on the correction of cognitive psychic adaptations component has been shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1998. - № 1 (4). - P. 95-98).

Литература

1. March, J.S. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. // Washington, DC: American Psychiatric Press. Dis., 1993, - P. 37-54.
2. Breslau N., Davis G.C. Posttraumatic stress disorder. The stressor criterion // J. nerv. ment. Dis. - 1989. - Vol. 175, N5. - P. 255-264.
3. Curran P.S., Bell P., Murray A., Longhrey G., Roddy R., Roche L.G. Psychological consequences of the Enniskillen bombing // Br. J. Psychiatry. - 1990. - Vol. 156. - P. 479-482.
4. Mc Farlane A.C. The longitudinal course of posttraumatic stress morbidity. The rangt of outcomed and their predictors // J. nerv. ment. Dis. - 1988. - Vol. 176, N1. - P. 30-39.
5. Escobar J.I. Posttraumatic stress disorder and the prennial stress-diathesis controversy // J. nev. ment. Dis. - 1987, Vol.-175, N5. - P. 265-266.
6. Kolb L.C. A neuropsychological hypothesis posttraumatic stress disorders // Amer. J. Psychiatry. - 1987. - Vol. 144, N8. - P. 989-995.
7. Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Posttraumatic stress disorder. Toward DSM-IV // J. nerv. ment. Dis. - 1985. - Vol-173, N7. - P. 406-411.
8. МКБ-10. С.-Петербург. - "Адис". - 1994. - 303с.

Поступила в редакцию 6.02.98г.