Том 2/N 4/2000

Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости

А.В. Андрющенко

НЦПЗ РАМН

Введение

Клиническая типология и классификация посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), связанного с последствиями тяжелой психической травмы, продолжают уточняться. В эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия. В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

Помимо тяжести стрессорного фактора важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют не только особенности преморбида (незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции), но также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматофилии (удерживание травматического опыта). В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Предрасполагающим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Современному понятию ПТСР соответствуют расстройства, описанные на протяжении XIX-XX веков в терминах “травматический невроз”, “военный невроз”. Эти и последующие работы в значительной степени опираются на опыт войн своего времени (боевые действия в период гражданской войны в Америке, первую и вторую мировые войны, современные локальные военные конфликты во Вьетнаме, Афганистане, Персидском заливе и др.).

Большинство авторов вслед за M.J.Horowitz (1980) в рамках посттравматической патологии выделяют **три основных группы симптомов** - *1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь)*. Среди невротических и патохарактерологических синдромов выделены характерные для ПТСР состояния: *“солдатское сердце”* (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), *синдром выжившего* (хроническое “чувство вины оставшегося в живых”), *флешбек-синдром* (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о "непереносимых" событиях), проявления *“комбатантной”* психопатии (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, беспорядочностью

сексуальных связей при замкнутости и подозрительности), *синдром прогрессирующей астении* (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), *посттравматические рентные состояния* (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции). Следует подчеркнуть, что эти состояния не являются статичными, в частности, посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной. Помимо выделенных форм отмечаются и другие варианты, включающие посттравматическую симптоматику. Большинство из них выходят за рамки ПТСР и в большей степени соответствуют таким категориям, как реактивные эндоформные или шизофреноподобные психозы или состояния, имитирующие ПТСР. В этой группе могут встречаться расстройства, протекающие по типу синдрома Мюнхаузена, индуцированные расстройства по типу "помешательства вдвоем".

Термин ПТСР все чаще используется применительно к последствиям катастроф мирного времени, так как получены данные, свидетельствующие о клинико-патогенетическом единстве этих состояний. Классификация наиболее частых причин в мирное время предполагает выделение следующих психотравмирующих факторов: природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы; пожары; террористические действия; присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения; несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях; сексуальное насилие; манифестирование угрожающих жизни заболеваний; семейные драмы.

Средние показатели частоты ПТСР в условиях военного времени (15-30%) не совпадают с общими данными о распространенности ПТСР после тяжелого стресса в мирное время (0,5-1,2%), но для некоторых групп оказываются вполне сравнимы: высокие показатели распространенности ПТСР отмечаются у жертв преступлений (15-50%).

ПТСР при ситуациях потери объекта особой привязанности

В последние годы в качестве отдельной таксономической единицы выделена категория ПТСР, формообразующим фактором для которых являются ситуации непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого. В отличие от других вариантов жизненных катастроф эта психотравмирующая ситуация затрагивает в первую очередь сферу индивидуальных личностных ценностей. Хотя направленность психогенного фактора иная, чем при событиях, связанных с угрозой физическому существованию, такого рода предельная ситуация воспринимается как эквивалентная ей - “непоправимое” уничтожение личности. Утрата значимого другого в результате любовной драмы или смерти после угрожающего жизни заболевания, несчастного случая, исчезновения при трагических обстоятельствах, самоубийства и др. рядоположенных ситуаций сопровождаются ощущением полной утраты Я, чувством невозможности последующего восстановления и связанным с этими посттравматическими проявлениями персистирующим отчаянием.

Формирование ПТСР при утрате объекта привязанности происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 мес до нескольких лет и более. Так же, как и классические формы ПТСР, эти состояния отличаются следующими **особенностями**: 1) *формируются в несколько стадий, приобретая, таким образом, пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) завершаются стойкими резидуальными состояниями в 6-20% с отчетливой длительной дезадаптацией.* Следует подчеркнуть, что данные об отдаленных этапах (первые 6-12 мес после психотравмирующего воздействия) свидетельствуют о появлении в структуре ПТСР помимо реактивных образований других расстройств, сосуществующих одновременно с основным расстройством по механизму коморбидных связей. Квалификация психических нарушений при патологических реакциях утраты с признаками ПТСР, проводимая в соответствии с МКБ-10, выявляет тенденцию к многоосевой диагностике патологии. Как правило, у пациентов выявляются расстройства настроения дистимического уровня - дистимия (субклинические или психопатологически завершенные формы) или депрессивные эпизоды легкой или умеренной степени тяжести (единичные или рекуррентные),

особенностью которых являются общие с ПТСР симптомы. Кроме того, у ряда больных отмечаются коморбидные ПТСР диссоциативные (конверсионные) нарушения или соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии (кардионевроз, невроз желудка, "нервный понос" и пр.). Оценка состояний на отдаленных этапах ПТСР позволяет выделить в большинстве случаев признаки посттравматического развития личности. В рамках этих расстройств отмечается возникшая в посттравматическом периоде тенденция к постоянному воспроизведению в своей жизни ситуации аналогичной пережитой или напротив - полному избеганию ситуаций, напоминающих об этих событиях. ПТСР приводит к снижению или утрате потребности в близких межличностных отношениях, к неспособности возвращения к семейной жизни, к обесцениванию брака и рождения детей и пр. В отличие от личностных девиаций, возникших после тяжелого стресса военного времени, в этих случаях последствия катастрофы не столь масштабны, соответственно и качество жизни нарушается в меньшей степени. ПТСР этого типа существенно меньше влияет на профессиональные амбиции, хотя в этой сфере выявляются "срывы" со снижением мотивации и интереса к деятельности, безразличие к успехам и карьере.

Согласно данным литературы выделены некоторые факторы, отражающие характеристику больных при неблагоприятно текущих реакциях утраты. Как правило, среди этого контингента отмечается существенное преобладание лиц женского пола, что сходно с данными по выборкам ПТСР, развивающимся в ответ на семейное насилие (жестокое избиение, изнасилование и пр.). Вместе с тем такое распределение по полу отличается от классических форм ПТСР (боевые действия, заключение в концлагерях и тюрьмах) и от других вариантов, наблюдаемых у гражданского населения (техногенные и природные катастрофы). В то же время следует учитывать, что эпидемиологические показатели распределения по полу отражают особенности контингента каждой из этих групп.

ПТСР и преморбид

Важное значение придается личностной уязвимости к ПТСР в результате утраты значимого другого и способности индивидуума к совладанию (копинг-стратегиям) с событием, которое расценивается как жизненная катастрофа. В преморбиде отмечается широкий спектр личностных расстройств: в первую очередь истерического, пограничного и психастенического круга, а также аномалии, определяющиеся нарциссической, шизотипической и гипопараноической девиациями. К особенностям преморбида следует отнести наличие в структуре личности потенциально дезадаптирующих комплексов типа "болезненной зависимости с патологическим страхом сепарации", "пограничной страстной эротомании" и др. (более подробно эти данные отмечены в работах Никишовой М.Б., 2000, Пинаевой Е.К., 2000). Базисными чертами в этих случаях являются повышенная тревожность, связанная с ощущением незащищенности и “пустоты” за пределами взаимоотношений с объектом привязанности; склонность к его идеализации. Нарушения в близких отношениях, с одной стороны, характеризуются чрезмерной зависимостью и ригидностью, с другой, ненадежностью и амбивалентностью.

Формирование ПТСР

Для формирования ПТСР может играть роль наличие в анамнезе аналогичного “запустившему” психогению предшествующего воздействия: в случаях повторных утрат значимого лица или двух и более лиц, к которым отмечается сверхценное отношение (в первую очередь, родителей и детей, а также других членов семьи, с которыми поддерживались неформальные, близкие отношения). При этом, по мнению разных авторов, травматический опыт может иметь отношение как к утратам во взрослом возрасте, так и к сепарации в детском или подростковом периодах. В качестве дополнительного фактора риска ПТСР рассматривается предшествующая сенсибилизация - отягощенность затяжными реакциями на другие индивидуально значимые травмы (например, сексуальное насилие, длительное пребывание в детском возрасте в эмоционально пренебрегающем окружении или конфликтной обстановке экстремального уровня). Обобщая эти факты, можно отметить, что по данным литературы более значимыми для прогноза риска ПТСР являются данные анамнеза о предшествующих пролонгированных реактивных состояниях (депрессивных,

смешанных тревожно-депрессивных и пр.) в ответ на сепарацию или утрату близкого лица, в то время как генетическая уязвимость, например, наследственная отягощенность состояниями типа ПТСР у близких родственников менее значима.

Признаки формирования ПТСР обнаруживаются уже на начальных стадиях психогении - на стадии шоковой реакции. Так, клиническая картина патологической реакции горя или утраты, осложняющейся ПТСР, уже на начальных этапах представлена не только малоспецифическими истерическими нарушениями, укладывающимися в рамки этологической *(соответствующей инстинктивному или генетически обусловленному поведению, наблюдаемому у животных в естественных условиях или у младенцев)* модели реагирования в ответ на угрозу существованию (аффектогенный ступор, фугиформная реакция, утрата кожной чувствительности и т.д.), но включают и более сложные проявления диссоциации (по типу диссоциативного отчуждения, эмоционального паралича, диссоциативного расстройства идентичности, альтернирующего сознания с диссоциативной амнезией и галлюцинациями воображения и др.). На этой стадии восприятие травматического опыта происходит “необычайно остро” без характерной для личности эмоциональной и когнитивной переработки: в виде меланхолических раптусов, неожиданных приступов плача, импульсивных высказываний о желании "соединиться с умершим" с демонстрацией суицидальных намерений и пр. В отдельных случаях в этот период отмечаются транзиторные психотические проявления: психогенные галлюцинации и иллюзии, содержанием которых остается объект утраты.

Варианты ПТСР после утраты объекта привязанности

В соответствии с данными о стадиях развернутой реакции и отдаленных этапах могут быть выделены два варианта патологических состояний после утраты объекта сверхценной привязанности: *1) с типичной клинической картиной ПТСР, в рамках которой флэшбек-симптомы и посттравматические сверхценные образования обнаруживают взаимосвязи с психопатическими нарушениями: либо по механизму амальгамирования (“сплава”) симптоматики, либо посредством отщепления производных от расстройства личности психопатологических расстройств; 2) с атипичной клинической картиной ПТСР, в рамках которого выявляется тенденция к целому ряду психопатологических расстройств, формирующихся на основании механизма посттравматической коморбидности*. При этом общими для обеих групп признаками являются парадоксальная интенсивность и необычная продолжительность состояний, сочетающиеся с неоднородностью клинических проявлений: обнаруживается аффинитет гипотимии, доминирующей в структуре ПТСР, к целому ряду других психопатологических феноменов - тревожным опасениям и обсессиям, кататимным и сверхценным образованиям, особенности которых и являются предикторами структуры ПТСР и ее устойчивости. Для прогноза ПТСР в обеих группах оказываются значимыми патохарактерологические девиации, участие которых в реакции посттравматической интеграции личности можно считать решающим фактором (хотя механизмы постреактивной психопатизации различны). В целом личностные девиации при патологических реакциях утраты в отличие от ПТСР жизнеопасных ситуаций не имеют тенденцию к тяжелым деструктивным формам личностных нарушений с агрессивными, брутальными, эксплозивными проявлениями и вторичными расстройствами влечений.

Дифференциация проявлений ПТСР утраты значимого

Дифференциация типичных и атипичных проявлений ПТСР утраты значимого другого осуществляется следующим образом. При первом варианте ПТСР по мере уменьшения проявлений “аффективного шока” формируется патологическое состояние с нарастающим чувством неудовлетворенности, поддерживающимся стойким представлением об уникальности постигшей утраты и масштабности ее последствий (вплоть до степени потери смысла собственной жизни). Клиническая картина патологической реакции утраты определяется аффективной патологией, преимущественно характерологической (истерической, дисфорической, апатической) депрессией, формирующейся по типу дистимии. Амальгамирование аффективной и личностной патологии, выявляющееся при появлении общих признаков (ангедонии, отсутствия интереса к обыденной деятельности,

ранимости, обидчивости, идей малоценности и никчемности, тенденции к самоистязанию, персистирующего чувства одиночества, навязчиво повторяющихся мыслей о бессмысленности существования, депрессивно-“самопораженческого” стиля поведения и пр.), по сути отражает трансформацию депрессии в патохарактерологические расстройства. Кататимные комплексы, определяющиеся в преморбиде или манифестирующие в рамках динамики ПТСР, приобретают форму сверхценных образований. Развитие последних осуществляется в двух направлениях. В одних случаях симптоматика фокусируется на гипертипической траурной атрибуции с возводимым в культ страданием посредством “депрессивных” воспоминаний, созданием “музея” памяти утраченного объекта привязанности, а также исключением адекватных отношений с окружением или поддержанием их на минимальном уровне с отчетливой тенденцией к “затворничеству”. В рамках другого направления на фоне апатии, алекситимии и других признаков негативной аффективности, затрудняющих выражение чувств по поводу утраты, клиническая картина ПТСР определяется “отзеркаливанием” кататимного комплекса с формированием изолированного диссоциативного комплекса отрицания потери (фантома кататимного комплекса). По мере динамики расстройства последний приобретает характер овладевающих представлений (иногда бредоподобных фантазий), сфокусированных на продолжении отношений с объектом особой привязанности на виртуальном уровне по типу фантома продолжающейся жизни умершего. К этой группе случаев можно отнести некоторые психогенные депрессии, формирующиеся по типу “сталкерства”: пограничная эротомания проявляется в форме эротической одержимости после неожиданного отвержения и ухода объекта любви к другому лицу. Несмотря на редукцию психогенной депрессии, у больных сохраняется посттравматическая убежденность в необходимости удержания “настоящей любви” - невзирая на полное прекращение общения имеют место попытки установления постоянной коммуникации посредством телефона, писем, электронной почты, наблюдения и пр. Ригидное стремление к восстановлению связи с объектом привязанности отличает поведение этих больных от состояний с эротической паранойей, включающих преследование объекта влюбленности.

В некоторых случаях при первом варианте аффективная патология может проявляться смешанными состояниями - наряду с гипотимией обнаруживаются проявления реактивной гипомании. За немногочисленным исключением эти состояния носят преходящий характер и обнаруживают тенденцию трансформироваться в депрессии, определяющиеся дисфорическим аффектом и пр. Такой вариант, как правило, исчерпывается активной деятельностью, связанной с организацией достойных похорон, облагораживанием могилы или любимых мест умершего, продолжением его незаконченных дел и т.д., но может маскироваться, например, сутяжными проявлениями - "поиском" виновного в пределах медицинского учреждения, ответственного за лечение умершего, воспроизведением всего хода лечения, событий рокового дня и пр.

При втором варианте ПТСР по мере восстановления чувства “реальности произошедшего” формируется патологическое состояние, при котором отмечается усиливающееся на фоне устойчивой "антиципирующей", или предвосхищающей тревоги ощущение тотального неблагополучия. Клиническая картина патологической реакции утраты определяется параллельным развитием депрессивного эпизода и другой патологии непсихотического уровня, преимущественно тревожных состояний - тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, или навязчивых, и психосоматических расстройств с тревожным радикалом. Особенностью ПТСР при втором варианте является то, что коморбидные (сопроявляющиеся) расстройства сохраняют самостоятельное развитие. При этом большинство общих симптомов (тревожно-тоскливый аффект; ощущение покинутости и незащищенности; инсомния с тревожными опасениями кошмарных сновидений и страхом засыпать, а также частыми пробуждениями; тревожные руминации в отношении событий, имеющих отношение к умершему - работам по оформлению могилы и пр.; отчаяние по поводу невозможности проконтролировать потенциально опасные для близких людей ситуации) носит преходящий характер и в динамике ПТСР отмечается тенденция к уменьшению их выраженности. В отличие от первого варианта ПТСР увеличивается риск суицидальных тенденций, которые формируются на фоне характерной для этой группы симптоматики: флотирующей тревоги,

флюктуации идей самообвинения и греховности, усиления расстройств сна, суточных колебаний, ухудшения состояния после завершения трудового дня, в период одиночества или при “годовщинных” реакциях. Психопатологическая картина, как правило, усложняется за счет присоединения личностных расстройств по механизму интеграции в структуру психогении психопатологических признаков, выявляющихся в рамках личностного расстройства после тяжелого стресса (по Смулевичу А.Б., 2000). Патохарактерологические эквиваленты (по Kernberg O.F., 1970) могут проявляться страхом новой утраты с конверсией симптома на соматопсихическую сферу (психалгические, психовегетативные маски депрессии и др., с локализацией проявлений в областях, аналогичных пораженным органам умершего, или зоне смертельного ранения) либо проекцией на объект привязанности, замещающий значимого другого. В динамике эти проявления ПТСР могут достигать уровня ипохондрических фобий или проявляться в виде панических атак с симптомами, сходными с теми, которые выявлялись у умершего в агональный период или появились в предсмертный период (“феномен идентификации”). Иллюстрацией иного распространения страха смертельной угрозы могут служить тревожные руминации с опасением манифестации жизнеопасных заболеваний у кого-либо из близкого окружения, что сопровождается установлением жесткого режима контроля с проверкой состояния этого лица через определенные временные промежутки и требованием соблюдения “профилактических” мер. В ряде случаев может отмечаться мизофобия (страх загрязнения, заражения). В отличие от мизофобии нетравматического генеза этот феномен касается определенной опасности для нового объекта привязанности, за рамками которой угроза в отношении объекта привязанности не рассматривается. Выявляемые у этих больных ритуалы не столько являются составляющей частью навязчивого расстройства, сколько направлены на формирование особого варианта взаимоотношений, нацеленного на устранение непрогнозируемости угрозы и уменьшение риска повторной утраты.

В некоторых случаях аффективная патология при втором варианте может проявляться маниакальными состояниями легкой и умеренной степени выраженности. Интеграция аффективной патологии с личностноопосредованными гипопараноическими расстройствами может проявляться в форме бредовых вспышек с подозрительностью и ощущением злонамеренности окружающего мира.

При сравнительном анализе обеих групп выявлены различия в динамике ПТСР и преморбиде пациентов. В первой группе прогноз менее благоприятный - отмечается отчетливая тенденция к хронификации расстройства и относительная резистентность к традиционному лечению, что можно отчасти объяснить механизмом взаимоотношений между образующими ПТСР расстройствами, а также более тяжелыми формами конституциональной предиспозиции (преобладанием пациентов с пограничным уровнем организации личности и "сенсибилизирующими" к ПТСР чертами). Несмотря на выраженность расстройств во второй группе, для них характерна эпизодичность проявлений, достаточная эффективность психофармакологического лечения и психотерапии.

В заключение можно подчеркнуть следующее. Повторные клинические и психометрические оценки на отдаленных этапах реактивных состояний - через 12-18-24 мес после психотравмы - не вносят существенных изменений в диагностику, но способствуют уточнению особенностей патохарактерологической динамики и уязвимости у данного пациента к коморбидным психическим расстройствам, соответственно дают более полное представление о спектре патологии, имеющей отношение к ПТСР.