

**ДИССОЦИАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ
РАССТРОЙСТВЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Н.Л. Бундало, Ц.П. Короленко

*Красноярская государственная медицинская академия, г. Красноярск
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; Тел.: +7(3912) 27-49-24*

*Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск
г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; Тел.: 8 (383) 222-32-04*

Введение

Исследование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) становится в современных условиях жизни все более актуальной проблемой. Не смотря на то, что изучение хронических последствий психологических травм начались задолго до того, как появился термин «посттравматическое стрессовое расстройство, еще в 50-е годы XX столетия, исследуя бывших узников концентрационных лагерей, до сих пор еще многие проблемы остаются не изученными. В нашей стране исследованию хронического ПТСР посвящено еще мало работ, что обусловлено отсутствием в МКБ-10 выделения вариантов течения ПТСР.

Отмечается, что типичная форма ПТСР, описанная в американской классификации, включающая три критерия диагностики расстройства (наличие травматического события, избегание стимулов, связанных с травмой, гиперреактивность) чрезвычайно редка при хроническом течении расстройства [1]. Не излеченный острый посттравмирующий синдром, по мнению авторов, развивается со временем и может проявляться совсем другими патологическими признаками, дающими возможность ставить различные диагнозы, что позволило описывать эти расстройства как коморбидные и представлять ПТСР как транснозологическую патологию. Последствия нераспознанного ПТСР авторы считают серьезными, затрагивающими как самого человека, так и его непосредственное окружение, семью и друзей. Это приводит в дальнейшем к ухудшению проблем. На то, что хронический ПТСР часто не диагностируется, указывают и другие авторы [2]. Они считают его очень распространенным расстройством, в 87% случаях присутствующее с детства. Важно выявление среди людей в остром периоде травмы, тех, у кого может развиваться хроническое ПТСР. Основным индикатором риска развития хронического ПТСР рассматривают клинические признаки расстройства, их количество и тяжесть [3, 4], время, в течение которого выявляются клинические признаки расстройства [5, 4].

ПТСР у людей старшего возраста считают последствием психических травм, пережитых в детстве [6]. Среди женщин, испытавших сексуальное насилие в детстве, развивается хроническое ПТСР, выраженность которого значительно выше в сравнении с женщинами, также страдающими хроническим ПТСР, но насилия не пережившими [7].

Предполагают, что наличие негативных мыслей является более важной причиной в развитии ПТСР, чем сама травма [8, 9]. К неблагоприятным прогностическим признакам хронического ПТСР относят навязчивые мысли [3].

Выделены кратковременные психические нарушения при ПТСР в виде нарушений сна, диссоциативных, «вспышек» в форме дереализаций, псевдоузнаваний, галлюцинаций, невербализуемых переживаний и длительные (тревожные и депрессивные состояния), а также указывается, что прогрессивный процесс затрагивает характерологические черты, мотивационную, эмоциональную, когнитивную сферы [10, 11].

Описывают проявления деперсонализации, «психической анестезии», возникающей при воздействии острого тяжелого стресса, на высоте интенсивной тревоги и напряжения, при этом деперсонализация может приобретать хронический характер, сопровождаясь гипоалгезией или полной аналгезией [12].

Некоторые авторы диссоциативные расстройства считают коморбидной патологией при хроническом ПТСР [13] и как важный признак хронического ПТСР [14]. Они отмечают, что у пациентов при наличии диссоциативных нарушений обнаруживаются более выраженные нейрокогнитивные нарушения (снижение внимания, нарушения автобиографической и устной памяти).

Диссоциативные расстройства на начальном этапе после кризиса расценивают, как неблагоприятный фактор, сказывающийся на психологической и социальной адаптации в отдаленном периоде после психической травмы [15]. Наличие постоянных диссоциативных расстройств (persistent dissociation) считают важным фактором в этиологии ПТСР [3, 16, 17, 18]. Авторы пришли к выводу, что изначальный риск развития ПТСР меньше, чем более длительно после психической травмы нет диссоциативных расстройств. Выявлено, что наличие диссоциативных проявлений коррелирует с диагнозом острого и хронического ПТСР, и расценивается как основной прогностический признак развития расстройства [3, 19], а в 6 месяцев – лучшим прогностическим критерием, чем тяжесть травмы и лечение [20]. Некоторые авторы диссоциацию рассматривают как основной патогенетический механизм возникновения и развития ПТСР и предлагают относить ПТСР к диссоциативным расстройствам.

Остаются предметом исследований механизмы развития диссоциативных нарушений и вопрос о «нормальной» и «патологической» диссоциации. Так, например, диссоциацию рассматривают, как психологическую защиту против всепоглощающей тревоги, угрожающей распаду психики [21].

Цель исследования: изучить диссоциативные нарушения и психологические защиты у лиц, испытавших воздействие многократных острых и хронических тяжелых психических травм, в ответ на которые развилось хроническое ПТСР различной степени тяжести или психосоматические расстройства.

Материалы и методы

Всего было добровольно обследовано 545 человек обоего пола в возрасте от 18 до 50 лет, из них было мужчин – 367 (67,34±2,01 %), женщин – 178 (32,66±2,01 %).

Контингент субъектов был представлен двумя категориями: 1) участники антитеррористической операции в Чеченской Республике (не менее чем через 6 месяцев после выхода из зоны военных действий); 2) гражданские – в анамнезе у которых выявлены тяжелые психосоциальные стрессы острого характера (после которых прошло не менее 6 месяцев), либо они находились в состоянии хронического стресса.

Всем респондентам было добровольно проведено клиническое исследование, а также психометрическое: по Миссисипской шкале (МШ), шкале оценки влияния травматического события (ШОВТС), опроснику выраженности психопатологической симптоматики (ОВПС), «Шкале диссоциативных переживаний» [22], а также по тесту Влуме для выявления скрытого инцеста (перевод Короленко Ц.П.).

Респонденты, имеющие признаки ПТСР в соответствии с критериями МКБ-10 и по результатам психометрического исследования, были отнесены к основной группе исследования. В данную совокупность вошли 382 (70,09±1,96 % от общей численности) человека, среднего возраста 28,47±0,58 лет. По уровню дистресса и выраженности психопатологической симптоматики [23] у пациентов данной группы были диагностированы легкие нарушения, средней степени тяжести и тяжелые. Исходя из этого, они были распределены на три подгруппы: 166 (30,5 %) человек составили подгруппу ПТСР легкой степени, ПТСР средней степени – 175 (32 %) человек и ПТСР тяжелой степени – 41 (7,5 %).

Обследованные, у которых клинических признаков ПТСР не было установлено, составили группу сравнения – 163 (29,91±1,96 %) человека, среднего возраста 27,36±0,66 лет. Из них 51 (9,4 %) человек по результатам клинического и психопатологического

исследования были здоровы и их отнесли в соответствующую подгруппу. У 112 (20,6 %) человек выявлены преимущественно психосоматические расстройства. Они составили подгруппу риска.

Основная группа и группа сравнения были идентичны по признакам: пол, возраст, семейное положение, образование.

Результаты и обсуждение

При изучении профиля травматических событий по содержанию оказалось, что респонденты наиболее часто испытали стресс, связанный с военными действиями – 432 (21,33±0,91 %) случая, среди них пребывание в зоне военных действий отмечался в 252 (58,33±2,37 %) случаях и участие в боевых операциях – в 174 (40,28±2,36 %). Это было обусловлено тем, что значительную часть респондентов составили военные, принимавшие участие в Чеченской кампании. Многие из них пребывали в зоне военных действий от 6 до 12 раз.

Среди психосоциальных стрессов чаще всего у субъектов выявлялись переживания, связанные со смертью эмоционально значимых людей: родителей, родственников и других близких им персон (друзья, подруги) – 533 случая (26,32±0,98 %) от всего числа психических травм. Наибольший удельный вес среди причин острых катастрофических стрессов регистрировались: смерть отца у 134 обследованных (24,59±1,84 %), и смерть матери – у 71 (13,03±1,44 %). Смерть ребенка относят также к острым катастрофическим событиям [24]. Такие события пережили 22 (4,13±0,86 %) человека.

У большого числа респондентов психические переживания были обусловлены хроническим стрессом, связанным с семейными отношениями. На наличие частых семейных конфликтов указали 211 человек (38,72±2,09 %). Испытывали воздействие физического насилия 209 (10±0,68 %) человек. Психологическое страдание, было вызвано побоями, истязаниями со стороны посторонних людей (в 41,15±3,40 % случаев от числа стрессов данного характера), либо человек был свидетелем таких событий (в 32,54±3,24 % случаях). На наличие систематических избиений в семье указали 55 человек, что составило 26,32±3,05 % от числа стрессов, вызванных физическим воздействием. Переживания, связанные с этими ситуациями, респонденты характеризовали как длительные и тяжелые, которые сохранялись годами. Многие из этих людей психологически страдали при воспоминании о фактах физического насилия между их родителями, свидетелями которых они были неоднократно, не смотря на то, что они уже

не проживали в родительской семье. Также длительно, порой в течение нескольких лет, сохранялись переживания, связанные с побоями сверстниками и другими людьми.

Тяжелые переживания отмечались у женщин, которые испытывали сексуальное насилие, в том числе со стороны мужа. Однако они избегали афиширования таких событий.

У части людей (117 человек, что составило $21,47 \pm 1,76$ % от всех обследованных) были выявлены психически травмирующие переживания, связанные с инцестом (сексуальными отношениями с родственниками). Такие события выявляются гораздо чаще, чем о них принято говорить. Человек при наличии в его жизни таких фактов живет с тайной в душе, он испытывает чувство вины, беспомощность, ему страшно и стыдно рассказать об этом кому-либо. Беседа с врачом о таких событиях может состояться только при условии полного доверия со стороны пострадавшего, при этом врач не должен иметь даже скрытого, внутреннего осуждения. В противном случае откровенность с доктором не облегчает состояние пациента, а еще более усиливает переживания. У всех обследованных людей, имеющих в анамнезе инцест, были выявлены признаки ПТСР.

Установить наличие скрытого инцеста можно с помощью теста Влуме. Используя этот тест (перевод Ц.П. Короленко), нами было выявлено в подгруппе риска в $10,0 \pm 3,0$ % случаев положительные результаты исследования на наличие скрытого инцеста, в подгруппе ПТСР легкой степени – в $4,82 \pm 1,7$ % случаев, при ПТСР средней степени тяжести – в $33,12 \pm 3,6$ %, при тяжелом ПТСР – в 100 % случаев.

Катастрофы (пожары, землетрясение, наводнение и другие стихийные события), которые пережили респонденты, отметили 208 ($10,27 \pm 0,67$ % от общего числа стрессов) человек, у некоторых из них такие ситуации отмечались неоднократно. Меньшая доля среди травм приходилась на стрессы, связанные с тяжелым длительным хроническим заболеванием или уходом за продолжительно и тяжело болеющими родственниками ($4,46 \pm 0,47$ % от числа всех событий).

Индекс ретравматизации (среднее число травматических событий, пережитых человеком) у респондентов в основной группе составил 4,08 (408,12 событий на сто человек), в сравнительной – 2,85 (285,89 на сто человек). По результатам исследования в основной группе индекс ретравматизации определялся в 1,43 раза выше, чем в группе сравнения. При этом учитывались только тяжелые, очень тяжелые и катастрофические события острого и хронического характера. В основной группе в 1,3 раза чаще, чем в группе сравнения выявлялись острые тяжелые и хронические очень тяжелые события, а

хронические тяжелые в 1,7 раза чаще. Стрессы хронического катастрофического характера у субъектов сравнительной группы, практически не выявлялись.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у респондентов в основной группе, страдающих хроническим ПТСР, выявляются травматические события более тяжелого, более длительного характера, чем в группе сравнения. Индекс ретравматизации у субъектов основной группы выше, чем в группе сравнения, часть респондентов пережили травматические события в детском возрасте. Особенно это касалось пациентов с тяжелой степенью хронического ПТСР.

Для измерения и анализа количественных показателей диссоциативной симптоматики использовалась «Шкала диссоциативных переживаний». Критерием оценки полученных данных были приняты среднестатистические показатели нормы для мужчин – $6,73 \pm 0,66$ балла, для женщин – $7,35 \pm 0,50$ [22]. В связи с тем, что показатели, принятые за норму, у мужчин и женщин отличаются, то анализ в подгруппах проводился отдельно для мужчин и женщин.

Анализ показателей диссоциативных проявлений у респондентов в подгруппах исследования обнаружил, что при наличии ПТСР показатели выше, чем в подгруппах здоровых лиц и риска, особенно при ПТСР средней и тяжелой степени (табл. 1).

При сравнении данных диссоциативных проявлений среди мужчин и женщин, у последних средние показатели ниже. При этом статистически достоверная разница при сравнении по полу определена только в подгруппе здоровых лиц и при ПТСР легкой степени тяжести. В целом же обнаружена тенденция, что мужчины более склонны к проявлению диссоциативных нарушений, у них более высокие средние показатели, особенно при ПТСР средней и тяжелой степени.

Было выявлено, что при возрастании степени тяжести расстройства, увеличивались показатели диссоциативных нарушений, как у мужчин, так и у женщин.

Таблица 1

Показатели диссоциативных проявлений в подгруппах у мужчин и женщин

Подгруппы	Женщины		Мужчины	
	Численность субъектов	Ср. показатель диссоциации	Численность Субъектов	Ср. показатель диссоциации
НОРМА		$7,35 \pm 0,50$		$6,73 \pm 0,66$
Здоровые	11	$^{\wedge} 0,93 \pm 0,66 * \#$	40	$^{\wedge} 3,08 \pm 0,71 * \#$
Подгруппа риска	25	$^{\wedge} 3,44 \pm 1,19 \#$	87	$^{\wedge} 4,92 \pm 0,80$
ПТСР легкой степени	51	$^{\wedge} 2,24 \pm 0,47 * \#$	115	$^{\wedge} 7,25 \pm 1,46 *$
ПТСР средней степени	71	$^{\wedge} 11,70 \pm 1,78 \#$	104	$^{\wedge} 15,62 \pm 1,97 \#$
ПТСР тяжелой степени	23	$^{\wedge} 19,02 \pm 3,79 \#$	18	$^{\wedge} 36,07 \pm 7,78 \#$

Примечание: * - p (при сравнении показателей в подгруппах у мужчин и женщин) < 0,05; # - p (при сравнении показателей с нормой) < 0,05; ^ - p (при сравнении показателей в подгруппах среди женщин: здоровых, риска и ПТСР легкой степени с ПТСР средней и тяжелой степени; среди мужчин: здоровые – ПТСР легкой, средней, тяжелой степени; риска – ПТСР средней, тяжелой степени; ПТСР легкой степени – ПТСР средней и тяжелой степени; ПТСР средней степени – ПТСР тяжелой степени) < 0,05

Исследование численности субъектов, у которых показатели диссоциации выше нормы, выявило, что их наибольшее число обнаруживается в подгруппах ПТСР средней степени тяжести и тяжелой (табл. 2). При этом в подгруппе ПТСР тяжелой степени достоверно выше число субъектов, у которых выявляются диссоциативные проявления (у 3/4), чем при ПТСР средней степени тяжести (у 2/3).

Таблица 2

Доли субъектов с показателями диссоциации в пределах нормы и выше в подгруппах среди мужчин и женщин

Подгруппы	Показатели	Доли субъектов					
		Всего		Женщины		Мужчины	
		выше нормы	в норме	выше нормы	в норме	выше нормы	в норме
Здоровые (N = 51)	Абс.	8	43	2	9	6	34
	Отн.(%)	15,69±5,1	84,34±5,1	18,18±11,6	81,82±11,6	15,0±5,7	85,0±5,7
Подгруппа риска (N=112)	Абс.	26	86	5	20	21	66
	Отн.(%)	23,21±4,0	76,79±4,0	20,00±8,0	80,0±8,0	24,14±4,6*	75,86±4,6*
ПТСР легкой степени (N=166)	Абс.	40	126	2	49	38	77
	Отн.(%)	24,1±3,3	75,9±3,3	3,92±2,7*	96,08±2,72*	33,04±4,4*	66,96±4,4*
ПТСР средней степени (N=175)	Абс.	111	64	38	33	73	31
	Отн.(%)	63,43±3,6*	36,57±3,6*	53,52±5,9*	46,48±5,92*	70,19±4,5*	29,81±4,5*
ПТСР тяжелой степени (N=41)	Абс.	35	8	19	4	16	2
	Отн.(%)	81,4±6,1*	18,6±6,1*	82,61±7,9*	17,39±7,9*	88,89±7,4*	11,11±7,4*

Примечание: * - p (при сравнении общих показателей: здоровые, риска, ПТСР легкой степени – ПТСР средней и тяжелой степени; ПТСР средней - тяжелой степени; у женщин: ПТСР легкой степени - ПТСР средней и тяжелой степени; ПТСР средней - тяжелой степени; у мужчин: ПТСР легкой степени – здоровые, ПТСР средней и тяжелой степени; риска - ПТСР средней и тяжелой степени) < 0,05

Среди женщин картина соответствует выявленным закономерностям у мужчин, с той лишь разницей, что при ПТСР легкой степени зафиксировано наименьшая численность лиц с проявлениями диссоциации, однако эти показатели статистически достоверно не отличаются от показателей, полученных в подгруппах сравнения: здоровых и риска.

Среди мужчин доля лиц, имеющих диссоциативные нарушения, повышалась по мере нарастания степени тяжести расстройства, при этом их численность статистически значимо была выше, чем среди здоровых лиц. В подгруппе риска мужчины с уровнем

диссоциации выше нормы, составляли достоверно меньше число, чем в подгруппах ПТСР средней и тяжелой степени.

Таким образом, выявлена закономерность, свидетельствующая о том, что при нарастании степени тяжести ПТСР статистически значимо возрастает как уровень диссоциативных нарушений, так и численность респондентов, у которых определяются признаки диссоциативных расстройств, достигая в целом 81,4 % при тяжелой степени расстройства. При этом у мужчин показатели диссоциативных нарушений более высокие, чем у женщин. Численность мужчин с диссоциативными симптомами при тяжелой степени ПТСР составляет более 90 %.

Симптомы диссоциации у респондентов подгруппы ПТСР легкой степени тяжести выявлялись лишь иногда. Среди признаков диссоциации наиболее распространенной была диссоциативная амнезия, например, узнавание пострадавших другими людьми, в то время как они сами этих людей не узнавали и считали их незнакомыми, не здоровались с ними (ложное узнавание). Об этом им сообщали их друзья, родственники, знакомые. Эти пациенты порой не могли вспомнить важную для них информацию, связанную с психической травмой. В то же время амнезию нельзя было объяснить обычной забывчивостью, т.к. они помнили эмоционально незначимые детали этого события. Иногда у них выявлялись психогенные амнестические проявления, когда они не помнили, как совершили тот или иной поступок.

Кроме того, среди преимущественных симптомов диссоциации выявлялись симптомы дереализации. Пациенты отмечали, что иногда они не узнавали прежде знакомые места, связанные со стрессовыми событиями. Эти места воспринимались как впервые увиденные. Либо наоборот, некоторые пациенты воспринимали место произошедшего травмирующего события так, как будто оно не изменилось с течением времени, т.е. они не замечали этих изменений.

Люди, при наличии у них легких диссоциативных нарушений, рассказывали, что они могли погружаться в сюжет телефильмов настолько глубоко, что не замечали, что происходило вокруг них, отрешаясь от окружающей реальности. В то же время свои мечты и фантазии они воспринимали как реальность – могли сидеть, уставившись в пространство, ни о чем не думая и теряя контроль времени. Некоторые пациенты иногда не могли дифференцировать мечты от реальности.

У лиц с признаками диссоциативных расстройств периодически отмечалось резкое изменение деятельности, к примеру, они с легкостью делали то, что до этого удавалось им с большим усилием. У этих пациентов отмечалось, что они по-разному вели

себя в одинаковых ситуациях, иногда были непредсказуемы, непоследовательны в поведении, так как будто это были два разных человека.

Флэшбеки – обратное видение, внезапные вспышки воспоминаний психотравмирующих событий так, как если бы оно случилось вновь [24 с. 413-414], выявлялись почти у половины субъектов данной подгруппы, но происходило это с ними редко. Индивидуумы, находясь на высоте эмоционально насыщенных переживаний, в эти моменты не воспринимали внешнюю информацию, которая была непосредственно связана с прошлым опытом травмирующих событий, или спровоцирована текущими событиями, чем-то напоминающими содержание психической травмы. Актуализировать воспоминания могло имя, произнесенное вслух другим человеком и совпадающее с именем обидчика или иного участника травмирующих событий, а также интонация, действие, эмоция, реплика и т.д.

Иногда индивидуумы указывали на наличие ощущений, будто их тело им не принадлежит.

В подгруппе лиц, страдающих хроническим ПТСР средней степени тяжести, отмечались практически те же симптомы, но степень их выраженности была сильнее и частота проявления была значительно выше. Помимо симптомов дереализации при погружении в переживания, у пациентов были представлены и симптомы деперсонализации, которые были выражены более интенсивно, чем при легкой степени расстройства. Чаще всего они отмечали чувство нереальности окружающих людей и предметов, утрату чувства времени. Некоторые пациенты иногда не узнавали себя в зеркале, как бы наблюдали за собой со стороны.

Кроме того, выявлялась психогенная амнезия. Индивидуумы отмечали, что забывали некоторые важные события из своей жизни, также как и некоторые пациенты при легкой степени хронического ПТСР, однако лица описываемой подгруппы отмечали, что это происходило чаще и более выражено, что настораживало их в отношении состояния здоровья.

Флэшбеки выявлялись у большего количества лиц, и практически всегда они возникали при воспоминании о прошлых травмирующих событиях.

Многие лица из этой подгруппы указывали, что порой они не замечали физической боли.

В подгруппе лиц, страдающих ПТСР тяжелой степени, практически у всех пациентов выявлялись те или иные проявления диссоциации.

Чаще всего это были флэшбеки. Было обнаружено четыре варианта флэшбеков, в зависимости от активации памяти по раздражителю. 1) Визуальные – когда у пациента отмечались вспышки воспоминаний в виде зрительных образов, 2) слухового – характеризовались вспышками воспоминаний звуков, 3) сенсорного – обусловленные тактильным, вкусовым или обонятельным раздражителем, 4) смешанные, когда вспышки воспоминаний, например, зрительные сочетались со звуковыми.

Было обнаружено наличие у пациентов «сценических воспоминаний», которые по результатам проведенных исследований отмечались у 1/3 субъектов. Эти воспоминания были более длительными, чем флэшбеки. Некоторые пациенты сами вызывали у себя эти воспоминания. Например, они в одиночестве включали музыку, которую слушали с сослуживцами в Чечне, что способствовало появлению воспоминаний, обострению переживаний. Они отмечали, что поначалу им было тяжело вспоминать тяжелые прошлые события, но со временем, по мере применения этого приема, острота флэшбеков и переживаний уменьшалась. Такие мероприятия были подобны психотерапевтическому методу десенсибилизации. По-видимому, это характерно для субъектов с преобладанием аудиальной репрезентативной системы и зависело от психологических особенностей организации личности.

Другие пациенты с этой целью предпочитали просматривать фотографии. У них выявлялись, как правило, визуальные флэшбеки и воспоминания травматических событий, которые появлялись или в виде картинок, как фотографии, неподвижные, либо в виде «кинофильмов», когда воспоминания приобретали сценический характер.

Флэшбеки чаще отмечались у тех пациентов, которые не позволяли себе вспоминать травматические события, избегали болезненных переживаний. Воспоминания как бы прорывались в сознание сквозь психологический барьер запрета.

Во время воспоминаний пациенты как бы погружались в прошлое, были отрешены от происходящего, они не могли вспомнить, что происходило вокруг, как они совершали какие-либо действия, как оказались в каком-либо месте. При этом внутренний контроль и связь с внешним миром сохранялись.

У многих пациентов при психотерапевтическом интервьюировании обнаруживались навязчивые внутренние диалоги или монологи, связанные с переживаниями и обращенные к участникам прошлых травматических событий, в том числе и к умершим людям. Пациенты внутри себя мысленно вступали в диалог как бы с «другим человеком». Внутренний диалог или монолог мог продолжаться кратковременно или длительно, особенно если пациента ничего не отвлекало извне. При внутреннем

диалоге у пациентов было ощущение присутствия «другого человека», с которым они якобы разговаривали. Предполагалось, что тот «другой», к которому обращалась эта речь, слушал молча, что позволяло пациенту мысленно высказываться. Характер внутренних диалогов или монологов был различным в зависимости от обстоятельств, складывавшихся в прошедших событиях. Такой внутренний диалог мог носить и агрессивный характер. В таком случае индивидуум внутри себя также мысленно «обвинял агрессора», «унижал» его, «оскорблял», мысленно говорил ему то, что могло бы по его представлению причинить «агрессору» душевную боль. Внутренние диалоги могли происходить регулярно, когда пациент выполнял какую-либо работу, в течение длительного времени. Образно такие переживания можно назвать «мозговой жвачкой». Облегчения пациенту такие навязчивые диалоги не приносили, а порой, если они были длительными, психически истощали человека. Эти проявления являлись следствием состояния фрустрации пациента. Внутри себя субъект представлялся себе таким, каким бы он должен был быть в реальности. Такого рода диалоги могли быть обращены в прошлое и часто «запускались» мыслью: «Надо было так сказать». При необходимости разрешения психотравмирующей ситуации пациент планировал: «Я ему так скажу». Однако в реальности осуществить этого не мог по той причине, что событие уже произошло, актуальность исчезла, и уже не имело ни смысла, ни реальной возможности изменить прошлое. Если внутренние диалоги были направлены на разрешение ситуации в будущем, пациент не мог сказать своему реальному собеседнику, к которому обращалась внутренняя речь, того, что он хотел ему сказать.

Иногда у пациентов выход из фрустрации происходил спонтанно, как правило, в виде агрессии, и чаще всего была направлена не на «агрессора», а проецировалась на другого реального человека, который не имел отношения к переживаемым событиям, в том числе на психотерапевта, ребенка, другого члена семьи и т.д. Такой человек сам становился агрессором. Симптомы вышеописанного характера можно было расценить как дереализационно-деперсонализационные нарушения в структуре диссоциации в сочетании с обсессивно-компульсивными проявлениями и тревогой. В основе их формирования лежат психологические особенности, проявления дисгармонии личности.

Дереализационно-деперсонализационные проявления в сочетании с психогенной амнезией, как проявления диссоциативных нарушений, были характерны для хронического ПТСР средней степени и особенно для тяжелой степени. Выраженность и частота проявлений при тяжелой степени расстройства были более высокими, чем при средней степени. Состояние погружения в воспоминания и переживания прошлых

событий могли сохраняться у них длительно и постоянно. В эти периоды индивидуумы не полностью осознавали происходящее вокруг них, однако, не теряли связь с внешним миром.

Пациенты избирательно реагировали на происходящие внешние события. Они обращали внимание только на то, что вызывало у них внутренний отклик на их опыт жизни, связанный с психически травмирующими событиями или их последствиями, совершенно не фиксируя свое внимание на том, что не соответствовало сформировавшимся убеждениям и эмоциональному состоянию. Они оставляли без внимания информацию или возможности, использование которых могли бы быть им полезным для решения своих психологических, материальных и других проблем.

Погруженность во внутренние переживания и связанная с этим деятельность воспринималась ими как «нормальное» существование. Очевидно, диссоциативные нарушения провоцировались этим явлением. С их слов, они практически не могли забыть произошедших травматических событий. В воспоминаниях у них отмечалась смена эпизодов различных событий, если их было много, или различных фрагментов одного травматического события.

Было замечено, что когда пациенты погружались в состояние визуальных воспоминаний, их взгляд был устремлен прямо, был застывшим, зрачки расширялись, лицо становилось амимичным. Такое состояние напоминало легкий транс. При наличии внутренних диалогов или монологов взгляд пациентов был направлен вниз вправо. Эти наблюдения за пациентами можно использовать для диагностики переживаний подобного рода. Поскольку такие же проявления наблюдались у пациентов при воспоминаниях и диалогах с любым другим содержанием, во избежание ошибочного суждения нельзя было трактовать наблюдаемые проявления категорично. Содержание переживаний у пациентов необходимо было уточнять после того, как они «выходили» из воспоминаний, во избежание ошибочной интерпретации. При этом обнаруживалось, что на выходе из погружения в воспоминания они осознавали свое состояние и не всегда хотели об этом рассказывать. Они настораживались, боялись открыться, испытывали страх, что у них диагностируют сумасшествие. Они боялись осуждения, если содержание диалогов или воспоминаний было культурально неприемлемым. Поэтому необходимо было прежде установить доверительные отношения.

Симптомы диссоциации появлялись или усиливались при выполнении монотонного труда, при езде в транспорте, нахождении в одиночестве, что способствовало погружению в воспоминания. В то же время это их тяготило. Практически

все пациенты отмечали, что по этой причине не любили оставаться в одиночестве. Если же они находились в обществе, то у них отмечалась избирательность внимания, описанная выше, они чувствовали себя отчужденно.

Наши исследования подтвердили мнение некоторых авторов, что диссоциация является одним из основных патогенетических механизмов формирования ПТСР, существенной составляющей, свидетельствующей о дезинтеграции психического процесса.

Выявленные особенности клиники и динамики расстройства позволяют полагать, что при хроническом ПТСР формируется определенная организация психического процесса, которая имеет свои особенности на каждой стадии хронического ПТСР. Эти особенности выражаются в определенной форме психологических защит Эго. Хотя эти защиты деструктивны с точки зрения здорового функционирования, но, видимо, целесообразны с точки зрения природы – они обеспечивают выживание субъекту, обеспечивают гомеостаз.

Полученные нами клинические данные хорошо соотносятся с описанием форм психологических защит у невротических личностей при наличии интрапсихического конфликта [25]. К таким защитам автор отнесла 4 варианта. Первый состоит в том, что значение одного из конфликтующих влечений принижается, в то время как противоположное ему возвышается. Этот вариант защиты описывается как гиперкомпенсация. Второй – заключается в «движении от людей», состояние невротического обособления, которое является частью базисного конфликта. Создание и сохранение эмоциональной дистанции между «Я» и другими людьми способствует нейтрализации конфликта. Третья форма защиты состоит в том, чтобы двигаться не только от других, но и от себя. Целостность «Я» отчасти перестает быть для человека реальным. Вместо реального «Я» невротическая личность создает идеализированный образ самого себя, когда противоположные влечения воспринимаются разными сторонами якобы богатой личности. Этот вариант защиты рассматривался как наиболее важный ввиду его долговременности воздействия на личность в целом [25]. Он формирует внутренний раскол личности, а поэтому порождает необходимость организации новых защитных мер. Четвертый вариант защиты связан с устранением вышеуказанного раскола личности путем экстернализации, когда внутренние процессы ощущаются как протекающие вне «Я». Этот вариант психологической защиты представляет еще более радикальное расхождение с «Я», чем при третьем варианте, и порождает новые конфликты или еще более обостряет исходный конфликт между «Я» и внешним миром.

Считается, что описанные формы защиты наблюдаются при всех неврозах, хотя и в разной степени [25]. Автор подчеркивала, что они порождают выраженные изменения личности. Это наблюдалось нами у пациентов при длительном ПТСР, развитии хронического течения, особенно при наличии травм в детском и подростковом возрасте, включая инцест. С этой точки зрения, можно объяснить и понять механизмы формирования симптомов и динамику клинической картины хронического ПТСР. Так, при легкой степени тяжести хронического ПТСР наиболее вероятен первый вариант защиты, когда появляется конфликт личности с внешней средой. В ответ формируется низкая, либо завышенная самооценка, как внутренняя установка, когда еще возможна рационализация тех или иных явлений во внешней среде, защиты проявляются по типу гиперкомпенсации. При этом появляется повышенная раздражительность, враждебность, межличностная сензитивность. Но личность хоть и дисгармоничная, но внутренне еще интегрированная. При ПТСР средней степени тяжести формируются защиты второго варианта, когда пациент отстраняется от внешней среды, становится менее эмоционально вовлеченным. При более выраженной симптоматике можно отметить также появление защиты третьего варианта, особенно у лиц длительно страдающих, – «бегства от себя», у этих субъектов появляются признаки диссоциации, дереализации, паранойяльности. Наступает дезинтеграция личности и внешней среды. При ПТСР тяжелой степени определяются защиты третьего и четвертого вариантов – бегства от «Я» (диссоциация «Я» от внешней среды) и эстернализации от негативной части «Я» (двойной вариант диссоциации «Я» – от внешней среды и от «Я», не решающего конфликт с внешней средой). Проявляется это тремя группами симптомов: обсессивно-компульсивными, тревожностью и дереализации-деперсонализации. Происходит дезинтеграция личности и внешней среды с одновременной внутриличностной дезинтеграцией. При этом у длительно страдающих лиц выявляются расстройства личностного характера – невротическая личность. В то же время разобщения сфер психического процесса, как при эндогенных расстройствах, еще не наступает.

Заключение

Течение хронического ПТСР – это самоусложняющийся процесс. При этом более сложные варианты психологических защит формируются синхронно с динамикой клинической картины расстройства. Развитие хронического ПТСР характерно для лиц с длительными и/или многократными психологическими травмами, в том числе в детском возрасте. Эти травмы вытесняются в бессознательное и препятствуют развитию

гармоничной личности, что способствует развитию посттравматическому стрессовому расстройству личности.

Список литературы

1. Waddington, A. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces / A. Waddington, J. F. Ampelas, F. Mauriac et al. // *Encephale*. – 2003. – V. 29, №1. – P. 20-27.
2. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness / K. J. Cusack, A. L. Grubaugh, R. G. Knapp et al. // *Community Ment. Health J.* – 2006. – V. 42, №5. – P. 487-500.
3. Murray, J. Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors / J. Murray, A. Ehlers, R. A. Mayou // *Br. J. Psychiatry*. – 2002. – V. 180. – P. 363–368.
4. McNally, R. J. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder / R. J. McNally // *Annu. Rev. Psychol.* - 2003. – V. 54. – P. 229-252.
5. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up / U. Schnyder, H. Moergeli, O. Trentz et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2001. - V. 164, №4. – P. 653-656.
6. Короленко, Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. - Новосибирск, 1999. – 418 с.
7. Responsivity to stress in chronic posttraumatic stress disorder due to childhood sexual abuse / U. M. Klumpers, J. H. Tulen, L. Timmerman et al. // *Psychol. Rep.* – 2004. – V. 94, №2. – P. 408-410.
8. Foa, E. B. Trauma and women: course, predictors, and treatment / E. B. Foa // *J. Clin. Psychiatry*. – 1997. – V. 58, Suppl. 9. – P. 25-28.
9. Foa, F. B. Psychological processes related to recovery from a trauma and an effective treatment for PTSD / E. B. Foa // *Ann N.Y. Acad. Sci.* – 1997. – V. 821. – P. 410-424.
10. Короленко, Ц. П. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве / Ц. П. Короленко, Е. Н. Загоруйко // *Съезд психиатров России, 13-й: Материалы*. – М., 2000. – С. 103-104.
11. Короленко, Ц. П. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск, 2006. – 448 с.

12. Использование налоксона для лечения деперсонализации и исследования ее патогенеза / Ю. Л. Нулер, М. Г. Морозова, Е. Е. Дубинина и др. // *Обзорные психиатрии и мед. психол. им. Бехтерева.* – 1999. - № 2. – С. 56-59.
13. Cognitive Function and Dissociative Disorder Status Among Veteran Subjects With Chronic Posttraumatic Stress Disorder: A Preliminary Study / V. Roca, J. Hart, T. Kimbrell et al. // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2006. V. 18. – P. 226-230.
14. Roca, V. Psychosensory Symptoms in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder / V. Roca, T. W. Freeman // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* - 2002. – V. 14. – P. 185-189.
15. Koopman, G. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm / C. Koopman, C. Classen, D. Spiegel // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – V. 151. – P. 888-894.
16. Ehlers, A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / A. Ehlers, D. M. Clark // *Behav. Res. Ther.* – 2000. – V. 38, №4. – P. 319-345.
17. Briere, J. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD / J. Briere, C. Scott, F. Weathers // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – V. 162. – P. 2295–2301.
18. Ehlers, A. More evidence for the role of persistent dissociation in PTSD / A. Ehlers // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – V. 163. – P. 1112.
19. Brauchle, G. Persistent dissociation as predictor of posttraumatic stress disorder in psychosocial disaster workers / G. Brauchle // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 2006. – V. 56, №8. – P. 342-346.
20. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals / S. L. Halligan, T. Michael, D. M. Clark et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2003. – V. 71, №1. – P. 419-431.
21. Bromberg, P. Speak That I May See You: Some Reflection on Dissociation, Reality and Psychoanalytic Listening / P. Bromberg // *Psychoanal. Dial.* - 2004. – V. 4, №4. – P. 517-548.
22. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина.– СПб.: Питер, 2001. - 272 с.
23. Бундало Н. Л. Заявка 2007101454/14 Российская Федерация, МПК А 61 И 5/16 от 15.01.2007 Способ диагностики посттравматического стрессового расстройства / Н. Л. Бундало // *Бюлл. Изобретения. Полезные модели.* – 2007. – № 13. – С. 32-33.

24. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. В 2т. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. - 672 с.
25. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни. Пер. с англ. В. Светлова. – М.: Академический Проспект, 2007. – 224 с.