

Травматический опыт и факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у мужчин, страдающих алкоголизмом

МАСАГУТОВ Р.М.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ)

ШАГАЛЕЕВА Э.С.

clin. ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования, БГМУ

КОРОТНЕВА Е.В.

clin. ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования, БГМУ

МУХИТОВА И.Э.

clin. ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования, БГМУ

ВАГИЗОВ К.Р.

аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования, БГМУ

Представлены данные о травматическом опыте и факторах риска посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди 50 пациентов мужского пола, находившихся на стационарном лечении по поводу алкогольной зависимости. Возраст обследованных варьировал от 21 до 56 лет; средний возраст составил 38,26 года ($SD = 9,90$). Использовались метод клинического интервью, а также Миссисипская шкала ПТСР (гражданская версия) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Установлено, что 86% пациентов перенесли, как минимум, одно травматическое стрессовое событие, из них у 28% обнаружено клинически выраженное ПТСР. К факторам риска развития ПТСР в данной популяции авторы отнесли психическую травматизацию детского возраста, связанную с родительской психопатологией, резидуально-органическую патологию ЦНС, тяжелое течение алкогольной болезни, коморбидные тревожные (соматоформные, фобические, панические) расстройства, кумуляцию и специфику травматического опыта, высокий уровень тревоги и депрессии (по шкале HADS), низкую самооценку.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство относится к классу тревожных расстройств и развивается у ряда лиц, переживших серьезную психическую травму, которую принято называть *травматическим событием* [5]. Употребление психоактивных веществ считается важным фактором риска психической травматизации и развития ПТСР. Так, S.D. Johnson, C. Striley, L.V. Cottler [6], обследовав в 2006 г. свыше тысячи афро-американцев с аддиктивным поведением, обнаружили, что 40% их являлись жертвами травматических стрессовых ситуаций; из них 44% имели симптомы ПТСР. Авторы обнаружили и некоторые гендерные различия: травматический опыт мужчин ассоциировался с алкогольной и опиатной зависимостью, в то время как у женщин травматический опыт ассоциировался только с ранним началом алкоголизации и алкогольной зависимостью. Коморбидности ПТСР с другими психическими расстройствами посвящено много исследований. В частности, как ветераны войны, так и гражданские лица, страдающие ПТСР, наиболее часто обнаруживают злоупотребление алкоголем или алкогольную зависимость, несколько реже — депрессию, тревожные расстройства, поведенческие девиации, а также отличные от алкогольной виды аддикции [8, 10].

Во многих исследованиях, вовлекавших как общую популяцию, так и различные клинические выборки, выявлена универсальная сильная связь между

насилием, ПТСР и злоупотреблением ПАВ [14]. К примеру, 75% комбатантов с симптомами ПТСР в течение жизни одновременно имели критерии для постановки диагноза алкогольной зависимости [10]. С другой стороны, около 90% взрослых пациентов с зависимостью от ПАВ переживали хотя бы одно травматическое событие, и при этом 33—50% из них обнаруживали критерии ПТСР [4]. Установлено, что взрослые пациенты, страдающие зависимостью от ПАВ, в 11 раз чаще страдают ПТСР, чем лица без опыта употребления ПАВ. И наоборот, взрослые пациенты с ПТСР в 4—5 раз чаще злоупотребляют ПАВ, чем лица без ПТСР [2]. Кроме того, злокачественность течения химических аддикций коррелирует с более тяжелыми проявлениями симптомов избегания и вторжения, характерных для ПТСР [13], а также с симптомами диссоциативных расстройств [15]. Несколько эпидемиологических исследований, посвященных ветеранам Вьетнамской войны, а также гражданским лицам, показали, что 73% ветеранов с ПТСР имели признаки алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем и 35 и 29% гражданских лиц с ПТСР имели признаки алкогольной зависимости/злоупотребления и наркотической зависимости, соответственно. В популяции проходящих лечение от наркотической или алкогольной зависимости лиц уровни ПТСР колеблются от 12 до 34% [11]. Коморбидность ПТСР и алкогольной зависимости приводит к появлению большего количества психосоци-

альных и медицинских проблем и рецидивов в течении алкоголизма, чем у лиц с алкогольной зависимостью, но без ПТСР [12]. Более того, пациенты с "двойным" диагнозом страдают от более тяжелых проявлений ПТСР, особенно симптомов избегания и возбуждения, в сравнении с теми, кто страдает лишь одним ПТСР [14].

Цель данного исследования заключалась в изучении травматического опыта, а также клинических особенностей и факторов риска ПТСР у мужчин, находящихся на стационарном лечении по поводу алкогольной зависимости.

Пациенты и методы исследования

Нами были обследованы 50 мужчин в возрасте от 21 до 56 лет (средний возраст составил 38,26 года, SD = 9,90), находившихся на стационарном лечении по поводу алкогольной зависимости в наркологическом отделении № 3 Башкирского республиканского наркологического диспансера в г. Уфе в 2007 г. Для исследования был разработан опросник, включавший социально-демографические аспекты и направленный на выявление особенностей алкогольного анамнеза, симптомов пограничных нервно-психических расстройств, а также распространенности и структуры травматического опыта. Применялись: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а также гражданская версия Миссисипской шкалы ПТСР (Keane T.M. et al., 1987, 1988). Полученные данные обрабатывались с использованием программных средств Excel и SPSS (версия 11,5). Из статистических методов использовались: χ^2 Пирсона, t-критерий для независимых выборок, критерий Манна—Уитни, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение

Общая характеристика обследованного контингента

Образовательный уровень респондентов был следующим: 64% закончили школу или училище, 24% — техникум, 12% — вуз. Профессиональный уровень: 30% больных за год до поступления в больницу нигде не работали, 56% были рабочими, 14% — служащими. Таким образом, образовательный и профессиональный статус большинства обследованных больных был невысоким.

Большая часть респондентов (70%) проживала в городе, остальные (30%) — в сельской местности.

Семейный статус: 16% были холосты, 38% — женаты, 30% — разведены, 8% состояли в повторном браке, 4% — в гражданском браке, 4% — вдовцы. При этом 22% не имели детей, 28% имели одного ребенка, 40% имели двух детей, 10% имели

трех и более детей. Из полных семей происходили 90% пациентов, из неполных — 6% и вне семьи воспитывались 4% обследованных.

Финансовое положение семей, в которых воспитывались респонденты, было следующим: 84% — среднее, 14% — низкое, 2% — высокое.

Изучение наследственной отягощенности обследованных выявило, что 30% отцов, 4% матерей и 4% сибсов злоупотребляли спиртным; 2% сибсов страдали наркоманией; 14% отцов, 20% матерей и 10% сибсов отличались психопатическими чертами характера; 6% отцов и 2% сибсов имели судимость; 4% отцов и 2% матерей страдали психическим заболеванием; 4% отцов окончили жизнь самоубийством. Отношение отца большинство респондентов (76%) отметило как доброе и заботливое, 8% — как безразличное и 8% — как жестокое, с частыми физическими наказаниями. Доброе и заботливое отношение матери отметили 98%, частые физические наказания матерью — 2% респондентов.

Школьная успеваемость у 78% обследованных была хорошей, у 12% — неудовлетворительной; при этом 2% оставались на второй год и 2% — обучались во вспомогательной школе.

Анализ болезненности в дошкольном периоде показал, что 12% часто болели простудными заболеваниями, 8% перенесли операции под общим наркозом, 6% перенесли ЧМТ с потерей сознания, 4% страдали ночным энурезом, 2% страдали аллергическим диатезом, 2% перенесли отравления с потерей сознания, 2% страдали заиканием. В дошкольном возрасте 4% респондентов состояли на учете у детского невролога.

Анализ эмоциональных и поведенческих нарушений в дошкольном возрасте показал, что 36% респондентов обнаруживали признаки гиперактивности и дефицита внимания; 18% начали курить в возрасте до 7 лет; 12% были повышено агрессивны; 10% отличались непослушанием, упрямством, стремлением сделать назло взрослым. В возрасте 8—17 лет признаки поведенческих нарушений становились более частыми: 24% систематически пропускали школьные уроки, 18% систематически участвовали в драках, 2% отнимали деньги, 2% уносили деньги или вещи из дома. При этом 12% больных находились на учете в детской комнате милиции. Начало поведенческих нарушений приходилось преимущественно на возраст 14—15 лет (22%), реже — на возраст 10—13 лет (12%) или на возраст 16—18 лет (12%).

Возраст первого употребления алкоголя варьировал от 7 до 20 лет, средний возраст составил 15,06 года (SD = 2,75). Наиболее частыми спиртными напитками, которые обследованные впервые попробовали, были водка (30%), вино (28%) и пиво

(20%). Подавляющее большинство (88%) обнаруживало в основном типичную, эйфорическую форму алкогольного опьянения с преобладанием веселья, повышенного настроения. У остальных преобладали атипичные формы алкогольного опьянения с дисфорией (4%), сомноленцией (4%) или депрессией (2%). Средний срок нерегулярного употребления алкоголя составил 9,87 года ($SD = 7,67$), средний срок систематического злоупотребления алкоголем — 6,87 года (6,57). При опросе лишь 44% больных признавались, что серьезно больны алкоголизмом. Более трети больных (36%) обнаруживали тенденцию к анозогнозии, заявляя о своей способности контролировать дозу принимаемого спиртного; остальные признали факт утери самоконтроля за количеством алкоголя. Около половины (44%) употребляли алкоголь в одиночестве, остальные — в компании "друзей". Одна треть (34%) отметила наличие алкогольных запоев длительностью в несколько дней, остальные — длительностью в несколько недель и даже месяцев. Около половины (42%) обследованных пациентов отмечали повышение толерантности к алкоголю, 20% — сохранили ее на прежнем уровне и 36% обнаруживали снижение толерантности. Признаки алкогольного делирия в прошлом наблюдались у 14% обследованных больных, алкогольного слухового галлюциноза — у 12%, идеи ревности сверхценного и бредового характера — у 22%. У 34% больных отмечались судорожные проявления на фоне алкогольной абстиненции. До поступления в наркологический стационар на учете у нарколога по поводу алкоголизма находилась лишь половина (52%) обследованных, а специфическое противоалкогольное лечение в стационарных условиях ранее получали 32% пациентов. Анализ показал, что у 20—35% больных часто наблюдались признаки коморбидных тревожных расстройств с вегетативными, фобическими, паническими, соматоформными проявлениями: частая потливость, непереносимость жары, духоты, внутренняя дрожь, сухость во рту, страх высоты, вялость, физическая слабость, чувство онемения конечностей, приступов паники с потливостью, мучительные тревожные ощущения в груди, в области сердца.

Травматический опыт и симптомы ПТСР

Изучение характера коморбидности злоупотребления алкоголем и симптомов ПТСР показало, что у 46% обследованных приобретение травматического опыта предшествовало началу злоупотребления алкоголем. Однако при этом 68% пациентов отметили, что принимали алкоголь как атарактическое, антидепрессивное или снотворное средство. У 50% пациентов злоупотребление алкоголем, напротив, предшествовало появлению травматических стрессовых ситуаций. Однако при этом лишь 26% пациентов согласи-

лись с тем, что употребление алкоголя стало непосредственной причиной появления в их жизни тяжелых стрессовых ситуаций. Таким образом, попытка прояснить временное соотношение появления травматического опыта, с одной стороны, и начала злоупотребления алкоголем, с другой, оказалась малопродуктивной. Отчасти это объясняется, возможно, активизацией психологических защитных механизмов по типу рационализации, когда больные, страдающие алкоголизмом, пытаются оправдать прием алкоголя плохим самочувствием. Эти сложности находят свое отражение и в современной научной литературе, предлагающей весьма противоречивые точки зрения. Так, согласно одной из теоретических моделей, употребление психоактивных веществ, как правило, предшествует развитию ПТСР: вынужденные поддерживать алкоголизацию лица нередко попадают в ситуации, опасные для жизни, в результате чего часто подвергаются угрозе физической или психологической травмы [1]. Согласно другой модели, систематическое употребление ПАВ, напротив, следует вслед за развитием ПТСР и рассматривается как форма своеобразного "самолечения". Так, по мнению R.C. Kessler [7], депрессанты ЦНС, такие, как алкоголь, каннабис, опиаты и бензодиазепины, действительно быстро купируют симптомы ПТСР.

Изучение типологии травматического опыта показало, что 56% обследованных тяжело перенесли известие о смерти или о физическом увечье эмоционально значимого лица, 44% становились случайными свидетелями несчастного случая, когда кто-либо погиб или был покалечен, 42% становились жертвами серьезного ДТП, 28% подвергались опасности физического увечья во время столкновения с работниками правоохранительных органов, 26% в детском возрасте тяжело переживали развод или смерть одного из родителей, 22% подвергались смертельной опасности в какой-либо ситуации, 20% перенесли опыт физического насилия или пренебрежения со стороны родителей, 18% были шокированы фактом совершенного ими преступления, 8% подвергались смертельной опасности во время боевых действий, 8% становились жертвами физического нападения, 4% были жертвами стихийного бедствия, 2% становились жертвами сексуального насилия. В целом 43 чел. из общего числа обследованных (50 чел.), или 86%, имели тот или иной опыт переживания травматического стрессового события, удовлетворявшего по степени своей тяжести критерий "А" для диагностики ПТСР, согласно МКБ-10 или DSM-IV. Полученные нами данные о распространенности травматического опыта среди лиц с алкогольной зависимостью согласуются с цифрами, недавно

опубликованными D. Hien, L. Cohen, C. Campbell (2005) [4].

Количество травматических стрессовых ситуаций варьировало от 1 до 50, в среднем составив 8,7 (SD = 9,5) на одного обследованного пациента. Следует учитывать, однако, что в список травматических событий включались такие пункты, как "физические и моральные издевательства в детском и подростковом периоде", а также "физические нападения", по которым обследованные отмечали наибольшую частоту повторений. К примеру, некоторые респонденты отмечали, что являлись жертвами издевательств в детском возрасте до 20 раз.

Исходя из цели исследования, все обследованные были разделены на две группы. Первую группу составили 12 пациентов (24%), обнаружившие при клиническом обследовании клинически оформленное ПТСР. Соответственно, группу сравнения составили 38 пациентов, не имевших симптомы ПТСР либо обнаруживших лишь его единичные признаки. Средний показатель ПТСР по Миссисипской шкале в первой группе составил 117,08 (SD = 5,88) баллов, а во второй группе — 90,95 (SD = 1,97) баллов. Достоверность различий составила $p < 0,001$. Полученные нами данные о распространенности ПТСР несколько ниже приводимых D. Hien, L. Cohen, C. Campbell (2005) [4], что, возможно, связано с исключением нами больных с субклиническими вариантами ПТСР. Кроме того, риск развития ПТСР может быть связан и с видом употребляемого ПАВ [9].

Сравнительный анализ групп с использованием критерия χ^2 Пирсона выявил статистически значимые различия по ряду социальных и клинических показателей. Так, в первой группе пациенты чаще воспитывались вне семьи ($p = 0,032$), имели отцов, страдающих алкоголизмом ($p = 0,014$) либо психическим расстройством ($p = 0,010$) или имеющих психопатические черты характера ($p = 0,047$). Они также значительно чаще были безработными ($p = 0,030$). Несильная, но статистически значимая ассоциация была обнаружена между показателем ПТСР по Миссисипской шкале ПТСР и фактом наличия в анамнезе тяжелой черепно-мозговой травмы ($r = 0,31$), а также повышенной агрессивностью (драчливостью) в дошкольном возрасте. Полученные данные свидетельствуют о том, что психическая травматизация детского возраста, связанная с родительской психопатологией, а также психическая патология детского возраста в виде резидуально-органической патологии ЦНС могут повышать риск развития ПТСР во взрослом периоде у мужчин с алкогольной зависимостью.

Далее, у пациентов первой группы продолжительность запоев ($p = 0,047$) и похмельного синдрома

($p = 0,003$) значительно превышала таковую у пациентов второй группы, согласно критерию Манна—Уитни. У них также значительно чаще отмечались сверхценные идеи ревности ($p = 0,059$), судорожные проявления в период алкогольной абстиненции ($p = 0,006$). Кроме того, они чаще обнаруживали признаки вегетативных расстройств: повышенную потливость ладоней ($p = 0,052$), склонность к обморокам ($p = 0,010$), а также симптомы коморбидных тревожных расстройств: нозофобические переживания ($p = 0,009$), острый страх смерти ($p = 0,047$) и тахикардия ($p = 0,014$) в структуре панических атак, астенические проявления ($p = 0,014$). Все больные первой группы считали, что они серьезно больны алкоголизмом, в то время как во второй группе таковых было 26% ($p < 0,0001$). Полученные результаты свидетельствуют о связи между тяжестью алкогольной болезни и риском развития ПТСР, а также подтверждают многочисленные данные о высокой коморбидности ПТСР с другими тревожными расстройствами [3].

Количество пережитых травматических стрессовых ситуаций, как и ожидалось, в первой группе оказалось статистически значимо выше, чем во второй группе ($p = 0,029$), согласно критерию Манна—Уитни. Существенные различия были обнаружены также по ряду психологических показателей. Так, в первой группе, согласно критерию Манна—Уитни, значимо выше были показатели тревоги ($p = 0,001$) и депрессии ($p = 0,059$) по тесту HADS, а также значимо ниже показатели по шкалам самооценки "физическое здоровье" ($p = 0,038$) и "сила характера" ($p = 0,049$). Полученные результаты подтверждали данные клинического обследования о высокой коморбидности ПТСР не только с другими тревожными расстройствами, но и депрессией, что согласуется с литературными данными [8].

Корреляционный анализ Пирсона выявил значимые ассоциации между показателем ПТСР по Миссисипской шкале и такими типами травматических стрессовых ситуаций, как смерть одного из родителей или развод родителей ($r = 0,67$), угроза смерти или физического увечья во время столкновения с милицией ($r = 0,57$), смертельная опасность во время дорожно-транспортного происшествия ($r = 0,51$).

Выводы

Популяция мужчин, больных хроническим алкоголизмом, характеризуется высокой распространенностью травматического опыта: 86% нашей выборки перенесли, как минимум, одно травматическое стрессовое событие, удовлетворявшее по степени своей тяжести критерий "А" для диагностики ПТСР, согласно МКБ-10 или DSM-IV.

Травматический опыт в данной популяции характеризуется не только высокой распространенностью, но и высокой интенсивностью: по нашей выборке среднее количество травматических стрессовых событий составило 8,7 (SD = 9,5) на одного обследованного пациента.

Несмотря на высокую распространенность и интенсивность травматического опыта, клинически выраженное ПТСР в данной популяции обнаруживается лишь у каждого пятого пациента (28% от числа больных, ставших жертвами травматических стрессовых событий). Не исключено, что в отсутствие адекватной и своевременной коррекции негативных психологических последствий после перенесенных психических травм, психофармакологический эффект алкогольного опьянения не только купирует симптомы начавшегося ПТСР, но и уменьшает риск его возникновения.

К микросоциальным факторам риска развития ПТСР в данной популяции можно отнести психическую травматизацию детского возраста, связанную с родительской психопатологией; к клиническим факторам риска — резидуально-органическую патологию ЦНС, тяжелое течение алкогольной болезни, коморбидные тревожные (соматоформные, фобические, панические) расстройства; к ситуационным факторам риска — кумуляцию и специфику травматического опыта; к индивидуально-психологическим факторам риска — высокий уровень тревоги и депрессии, снижение самооценки.

Миссисипская шкала ПТСР (гражданская версия) является удобным и надежным инструментом для диагностики ПТСР в популяции мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом; при этом диагностически значимым может считаться уровень выше 110 баллов.

Список литературы

1. Brady K.T., Dansky B.S., Sonne S.C., Saladin M.E.: Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. *Am J Addict.* — 1998. — Vol. 7. — P. 128—135.
2. Chilcoat H., Menard C. Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette, P. "Brown (Eds.). *Trauma and substance use* // Washington: American Psychological Association. — 2003. — P. 9—28.
3. Halligan S.L., Yehuda R. Risk factors for PTSD // *The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly.* — 2000. — Vol. 11. — N3
4. Hien D., Cohen L., Campbell C. Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? // *Clinical Psychology Review.* — 2005. — Vol. 25. — P. 813—833.
5. Jacobsen L.K., Southwick S.M., Kosten T.R. Substance Use Disorders in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A review of the Literature // *American Journal of Psychiatry.* — 2001. — Vol. 158, 8. — P. 1184—1190.
6. Johnson S.D., Striley C., Cottler L.B. The association of substance use disorders with trauma exposure and PTSD among African American drug users // *Addictive Behaviors.* — 2006. — Vol. 31. — Issue 11. — P. 2063—2073.
7. Kessler R.C.: Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society // *Journal of Clinical Psychiatry.* — 2000. — Vol. 61. — Suppl. 5. — P. 4—12.
8. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B.: Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry.* — 1995. — Vol. 52. — P. 1048—1060.
9. Kouri E.M., Pope H.G. Jr., Powell K.F., et al: Drug use history and criminal behavior among 133 incarcerated men // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* — 1997. — Vol. 23. — P. 413—419.
10. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Joidan 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.
11. Lipschitz D.S., Grilo C.M., Fehon D., McGlashan T.M., Southwick S.M., Gender differences in the associations between posttraumatic stress symptoms and problematic substance use in psychiatric inpatient adolescents // *J Nerv Ment Dis.* — 2000. — Vol. 188, 6. — P. 349—356.
12. Najavits L.M., Gastfriend D.R., Barber J.P., et al: Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study // *American Journal of Psychiatry.* — 1998. — Vol. 155. — P. 214—219.
13. Read J., Brown P., Kahler C. Substance use and posttraumatic stress disorders: symptom interplay and effects on outcome // *Addictive Behaviors.* — 2004. — Vol. 29. — P. 1665—1672.
14. Saladin M.E., Brady K.T., Dansky B.S., Kilpatrick D.G.: Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations // *Addict Behav.* — 1995. — Vol. 20. — P. 643—655.
15. Seedat S., Stein D., Carey P. Post-traumatic stress disorder in women: epidemiological and treatment issues // *CNS Drugs.* — 2005. — Vol. 19. — P. 411—427.