Наров Михаил Юрьевич. Нервно-психические стрессовые расстройства с коморбидными аддикативными состояниями у сотрудников правоохранительных органов : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.18 / Наров Михаил Юрьевич; [Место защиты: Институт Африки РАН].- Москва, 2007.- 343 с.: ил.

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ТОМСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

ГУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ

ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО ЗДРАВОХРАНЕНИЯ РФ

ГОУ ВПО НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

05.2.007 02200 “

На правах рукописи

НАРОВ МИХАИЛ ЮРЬЕВИЧ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

С КОМОРБИДНЫМИ АДДИКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

14.0. 18 - психиатрия

14.0. 45 - наркология

Диссертация на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научные консультанты: Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Семке В.Я.;

доктор медицинских наук, профессор Аксенов М.М.

Новосибирск-2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5

Задачи исследования: 8

Объект и объем исследования 8

Новизна исследования 9

Внедрение результатов в практику 10

Апробация работы 10

Глава 1 12

Проблема последствий боевой нагрузки на военнослужащих в

современной психиатрии (Обзор литературы) 12

1.1. Эволюция взглядов на проблему. Эпидемиология,

распространенность 12

1.2. Клиническая структура посттравматического стрессового

расстройства 23

1.3. Коморбидные ПТСР состояния и расстройства 40

1.4. Лечебно-реабилитационные принципы и методы коррекции

посттравматических стрессовых расстройств 49

Глава II 57

общая характеристика материала и методов исследования 57

2.1. Материал исследования 57

2.1.1. Социально-демографические показатели комбатантов

57

Рис.1. Структура расстройств у обследованных лиц 59

2.1.2. Клинические показатели обследуемых групп

комбатантов 64

2.2. Методы исследования 69

2.3. Методы статистической обработки 76

Глава III 78

з

КЛИНИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ

РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ правоохранительных органов 78

3.1. Клинико-динамическая характеристика посттравмати-ческих

стрессовых расстройств 78

. 3.2. Роль конституционально-биологических, социальных -

факторов в развитии посттравматического стрессового расстройства

86

3.2.1. Конституционально-биологические, социальные

факторы в развитии ПТСР 86

3.2.2. Влияние личностных акцентуаций на развитие

посттравматического стрессового расстройства 90

3.2.3. Влияние стрессогенных факторов в патогенезе ПТСР 102

3.2.4. Роль соматогенных факторов в развитии и динамике

ПТСР 107

ГЛАВА IV 119

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У

КОМБАТАНТОВ 119

4.1. Тревожно-депрессивные реакции 131

4.2. Депрессивные реакции 135

4.3. Расстройства адаптации с преобладанием нарушения

поведения 137

4.4. Вариант с травматическими переживаниями, не

достигающими уровня ПТСР 140

Глава V 143 посттравматические стрессовые расстройства, Коморбидные с

алкогольной аддикцией 143

Структура коморбидных ПТСР расстройств 147

5.1. Коморбидная ПТСР алкогольная зависимость 150

Изменение толерантности к алкоголю у комбатантов с ПТСР. 162

Уровень социальной адаптации обследованных комбатантов. 165

Глава VI 182

Специфическое аутодеструкгивное поведение комбатантов... 182

ГЛАВА VII 205

ПРИНЦИПЫ И МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРЕВЕНЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ 205

7.1. Психологическая подготовка воина к боевым действиям. .214

7.1.1. Основные методы саморегуляции для поддержания

психологической готовности военнослужащего к бою 216

7.1.2. Факторы подготовки личного состава к боевым

действиям в экстремальных условиях 219

7.1.3. Психологическое обеспечение этапа реабилитации.221

Социально - психологический тренинг 228

7.2. Лечебно-реабилитационные мероприятия при

посттравматическом стрессовом расстройстве у комбатантов 233

7.3. Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах

адаптации 241

7.3.1. Тренинг прогрессирующей релаксации 242

7.3.2. Техники визуализации 246

7.3.3. Методы психотерапевтической, психологической

коррекции; психофармакотерапия 247

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 251

ВЫВОДЫ 275

Список использованной литературы 282

Приложения 332

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое исследование проводилось в отделении пограничных состояний Отдельного клинического госпиталя № 333 СибВО МО РФ в период с 2000 г. по 2005 г.

Проведено сплошное комплексное обследование 1700 человек, из них - 450 человек согласно целям и задачам работы были отобраны для проведения дальнейшего исследования. Группа включения в научное исследование состояла из:

* практически здоровых - 128 человек (28,4% всех

обследованных), средний возраст обследованных составил 30,6±5,3 года;

* с посттравматическими стрессовыми расстройствами МКБ-10, F43.1 - 96 человек (21,3% всех обследованных), средний возраст обследованных составил 29,8±4,9 года;
* пациентов с расстройствами адаптации F43.2 - 136 человек (30,2% всех обследованных), средний возраст обследованных составил 29,3±3,5 года;
* пациенты с коморбидными посттравматическим стрессовым расстройствам психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя - 64 человека (14,2% всех обследованных), средний возраст обследованных составил 30,9±4,6 года;
* а также выделена группа лиц с состояниями, обозначенными нами как «стресс-пунитивное аддиктивное поведение» - 26 человек (5,8% всех обследованных).

Эти лица вошли в основную группу и были признаны психически здоровыми. Все обследованные - лица мужского пола в возрасте от 22 до 39 лет, средний возраст обследованных - 29,75 ± 4,97 лет.

Все комбатанты прошли курс лечения и амбулаторного наблюдения. Углубленный клинико-динамический и патогенетический анализ расстройств пограничного регистра у пациентов облегчил решение задачи по их систематике и типологической характеристике. Учитывался вклад конституционально-биологических (личностных) факторов, степень психогенных воздействий и экзогенно­органических, соматогенных вредностей.

Критериями исключения из группы обследуемых служили: наличие в анамнезе органического поражения головного мозга травматического, сосудистого и иного генеза, наличие неврозов (F40, F42, F44, F45, F48) и неврозоподобных расстройств (F06.82 F06.68).

Сопоставление некоторых социально-демографических показателей (возраст, семейное положение, образование, воинское звание) в основной (322 комбатанта) и контрольной (128 участников боевых действий, признанных психически здоровыми) группах (соответственно ОГ и КГ) позволило получить следующие результаты.

Анализ социального статуса комбатантов иллюстрирует следующие особенности: так, в основной группе преобладали лица рядового и сержантского состава - более половины всех вошедших в группу (59,0%), в контрольной же группе преобладали комбатанты офицерского звена. Причем, имеется достоверное различие между КГ и ОГ как в офицерском, так и в сержантско-рядовом составе. Таким образом, офицеры оказались менее подвержены дезадаптирующему и патологизирующему влиянию боевой обстановки. Длительность нахождения в зоне боевых действий у обследованных составляла от 1-го до 14 месяцев. Количество служебных командировок составляет от одной до 7 (в среднем 4,55±1,72).

По семейному положению обследованные ОГ распределились следующим образом: женатые - 156 человек (48,4%), разведённые - 73 человека (22,7%), холостые - 93 человека (28,9%). Среди обследованных КГ доля женатых составляла 61,7%, что достоверно выше, чем в ОГ, и доля разведенных составляла 16,4% (21 человек), что позволяет говорить о наличии семейной дезадаптации в среде комбатантов основной (экспериментальной) группы.

В зависимости от типологического варианта ПТСР обследованные были разделены следующим образом: наиболее многочисленную группу составили больные с невротическим типом ПТСР - 42 человека (43,8%) особенностью которого являлась отчётливая связь клинической картины с боевым стрессом с отражением в картине актуального состояния психотравмирующих обстоятельств; следующая по численности группа пациентов с патохарактерологическим вариантом ПТСР - 30 человек (31,3%) при котором отмечено усложнение психопатологических симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов, наблюдаемых, как правило, у лиц с выраженной акцентуацией характера и при более неблагоприятной клинической динамике; и 24 человека (25,0%) - группа пациентов с психопатоподобным типом ПТСР с полиморфными психовегетативными, психосоматическими и психоорганическими состояниями, которые возникали под воздействием массивных соматогенных и экзогенно-органических факторов, принимая зачастую затяжное течение.

Наибольшая частота возникновения невротического варианта ПТСР приходится на возраст от 28 до 33 лет, психопатоподобного варианта ПТСР - от 26 до 30 лет, а неврозо-психопатоподобного - от 31 года до 35 лет.

Среди офицеров основной группы - 45 человек преобладал прогностически более благоприятный невротический тип ПТСР, что обусловливало более легкое течение расстройства и более успешный и короткий период реабилитации - 19 человек (14,4% от всего офицерского состава) над патохарактерологическим и психопатоподобным - по 13 человек (по 9,9%от всего офицерского состава). Среди рядового состава - 51 человек, преобладала более тяжелая форма ПТСР: патохарактерологический - у 22 комбатантов (11,6% от всего рядового состава), затем по распространенности - невротический - у 18 комбатантов (9,5% от всего рядового состава). Что касается неврозо-психопатоподобного варианта, то он встречался у рядовых достоверно реже, чем предыдущие, а также достоверно реже, чем у офицеров.

Изучение преморбидной структуры личности показало наличие трёх складов характера: гармоничного, акцентуированного и

препсихопатического, (диагностируемых на основании отсутствия одного из трёх критериев П.Б. Ганнушкина (1933), определяющих аномальный уровень. При гармоническом складе (76,2%) и акцентуации характера (23,8%) отмечается возникновение невротического варианта посттравматических стрессовых расстройств; тогда как акцентуированный и препсихопатический склад преморбидной личности указывает на значительную вероятность формирования патохарактерологического варианта (33,3 и 43,3% соответственно); неврозо-, психопатоподобный чаще развивался у лиц с акцентуированными качествами (66,7%).

Исследование типологических личностных характеристик показало следующее: в группе больных с невротическим вариантом ПТСР (I группа) достоверно чаще (Р<0,05), встречался гармоничный тип личности - 76,2% (в сравнении с патохарактерологическим (II группа) — 6,7% и психопатоподобным (III группа) — 8,3%). Психастенический (11,9%) по частоте встречаемости находился на втором месте. Гораздо реже — гипертимный (7,1%), шизоидный (2,4%) и эпилептоидный (2,4%). В группе с патохарактерологическим вариантом ПТСР (II) напротив, преобладали эпилептоидный (26,7%) и возбудимый (30%) тип личности, гипертимный в 13,3% и психастенический в 10,0% случаев. В третьей группе значительно преобладала доля возбудимого 37,5% и в меньшей степени эпилептоидного 29,2%; в 8,3% случаев выявлен психастенический тип личности.

Таким образом, преморбидные особенности личности комбатантов способны оказывать некоторое влияние на формирование клинических вариантов посттравматического стрессового расстройства. Так психастенические черты личности с большей вероятностью способствуют более легкому течению ПТСР (невротический тип) и заострению психастенических черт личности в результате травмы, что в большей мере способствует социальной адаптации, чем возбудимые. Возбудимые же черты личности у комбатантов в большей степени способствуют развитию тяжелых форм ПТСР (патохарактерологический и психопатоподобный варианты) и заострению возбудимых черт личности, снижая, тем самым, уровень социальной адаптации.

При анализе особенностей микросоциального окружения в детстве следует отметить, что в первой клинической группе большее количество комбатантов воспитывались в полных семьях (73,8% по сравнению с 30,0 и 33,3% - Р<0,05 - во второй и третьей группах соответственно). Преобладающие типы неправильного воспитания различались по типологическим группам: во второй группе доминировали лица, воспитывающиеся в условиях «неполного дома» - 40%, а также в семьях с отчимом (мачехой) - 16,7%, у родственников воспитывались 13,3%. В третьей клинической группе встречались лица, воспитывавшиеся в условиях детского дома - 8,3%. Среди комбатантов первой группы в условиях «неполного дома» воспитывалось 19,1% обследованных. Полученные данные позволяют сделать вывод, что неправильные условия и типы воспитания были наиболее характерны для патохарактерологического и психопатоподобного вариантов посттравматических стрессовых расстройств, что, видимо, явилось одним из факторов формирования более глубокой степени дисгармоничности.

К числу важнейших факторов патогенеза посттравматических стрессовых расстройств следует отнести степень интенсивности воздействия экстремального стрессора, в данном случае боевого стресса. Для большинства обследованных с невротическим вариантом ПТСР продолжительность командировки достоверно чаще составляла от 1 до 6 месяцев (в среднем 3,8±1,6), тогда как патохарактерологический вариант ПТСР чаще развивался при большей продолжительности командировки от 6 месяцев до 1 года (8,8±1,39 мес.) - в 57,1% против 20,0% продолжительности службы сроком до полугода.. При третьем клиническом варианте ПТСР (неврозо-, психопатоподобном) продолжительность службы комбатантов составляла преимущественно более 6 месяцев (50,0%) и более 12 месяцев (45,8% Р<0,05). Причем, наиболее длительные сроки командировок наблюдались у офицеров и прапорщиков.

С увеличением продолжительности пребывания в боевой обстановке значительно возрастала тенденция к затяжному течению посттравматических стрессовых расстройств. Средняя продолжительность службы в зоне военных действий в «горячих точках» составляла 7,5±3,7 месяца.

По темпу развития заболевания выделено три варианта течения ПТСР: острый, подострый, затяжной. Было выявлено, что острый тип течения ПТСР (длительность заболевания до 1 года) более характерен для невротического варианта (77,0%, Р<0,001), подострый (от 1 года до 3 лет) — для лиц с патохарактерологическим вариантом ПТСР (48,8%, Р<0,05) и затяжной (свыше 3 лет) — при неврозо­психопатоподобном варианте ПТСР (95,0%, Р<0,001). Как на события сверхсильного воздействия, стрессорные, практически все комбатанты указывали на ситуации постоянной смертельной

опасности и непосредственный контакт со смертью (на это указывали 42 человека - 43,8%). Гибель людей в бою на глазах у опрошенных, а также постоянный страх быть убитым оставили тяжелые переживания практически у всех обследованных - 83 человека (86,5%). Причем, 38 человек (39,6%) часто были в непосредственной близости от .гибели сослуживцев, а свидетелями страданий раненых был 61 обследованный (63,5%).

Изучение соматических заболеваний, и перенесенных черепно­мозговых травм, предшествующих направлению в зону боевых действий (по данным анамнеза и дополнительного обследования), показало, что они чаще регистрировались у больных ПТСР, чем у здоровых (контрольная группа - КГ). В основной группе таких было 34 человека (35,4%), в контрольной - 23 человека (17,9%).

В группе комбатантов невротического варианта было выявлено 16 случаев (38,1%) с указанием в анамнезе легких контузий, у 2 человек (4,8%) установлено инфекционно-токсическое воздействие (бронхиты, пневмонии, урогенитальные инфекции, гепатиты). Анализ роли экзогенно-органических вредностей с учетом конституционально­биологических факторов, структуры и клинической динамики посттравматических стрессовых расстройств показал, что сочетанное воздействие можно расценить как патопластическое и провоцирующие («следовое»).

У комбатантов второй (патохарактерологической) клинической группы в 12 случаях (40,0%) выявлялось экзогенно-органическое воздействие сложного генеза, чаще сочетание контузий с системной алкоголизацией. В 10,0% случаев наблюдались комбатанты, в анамнезе которых были инфекционно-токсические воздействия (бронхиты, оперативное вмешательство с применением длительного общего наркоза, отравление угарным газом). Таким образом, анализ показал, что во второй клинической группе экзогенно-органические вредности, являясь одним из этиопатогенетических факторов, играли определенную роль в формировании посттравматических стрессовых расстройств на отдаленном этапе.

У комбатантов третьей (неврозо-, психопатоподобной) клинической группы клинические проявления были обусловлены сочетанным характером экзогенно-органического воздействия - 16 человек (66,7%). В анамнезе, как правило, наблюдались случаи перенесения черепно-мозговой травмы (29,2% — контузии,

сотрясения головного мозга средней и тяжёлой степени), инфекции (4,2%). Изучение роли экзогенно-органического фактора в формировании третьей группы посттравматических стрессовых расстройств позволило выявить его провоцирующее значение.

Таким образом, заключая анализ характеристики патогенетических и предрасполагающих факторов, способствовавших формированию и дальнейшему течению посттравматических стрессовых расстройств, необходимо отметить, что в их генезе важное значение имело определённое соотношение вклада психогенного фактора боевого стресса, конституционально­биологических особенностей комбатанта и влияние соматоорганической патологии.

Как видно из приведенного исследования, наибольшая частота возникновения невротического варианта ПТСР приходится на возраст от 28 до 33 лет, психопатоподобного варианта ПТСР - от 26 до 30 лет, а неврозо-психопатоподобного - от 31 года до 35 лет (Р<0,05). Среди офицеров преобладал прогностически более благоприятный невротический тип над патохарактерологическим и психопатоподобным. Это обусловливало более легкое течение расстройства и более успешный и короткий период реабилитации. Среди рядового состава преобладала более тяжелая форма ПТСР: патохарактерологическая. Что касается неврозо-психопатоподобного варианта, то он встречался у рядовых достоверно реже, чем предыдущие, а также достоверно реже, чем у офицеров.

Полученные данные, касающиеся образовательного уровня и воинского звания обследованных, позволяют считать, что существует взаимосвязь между уровнем образования, воинским званием и подверженностью к развитию пограничных, постстрессовых расстройств. Вполне вероятно, что меньшая предрасположенность к заболеванию лиц офицерского состава (в основном имеют высшее образование) связана с их большей ответственностью, которая определяется должностным положением, более осознанным отношением к боевой обстановке в силу лучшей подготовки. Выраженные нарушения внутрисемейных взаимоотношений в результате дезадаптирующего влияния посттравматического стрессового расстройства являются и дополнительным предиспонирующим фактором развития ПТСР.