# ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

УДК 159.95

***БЛІНОВ Олег Анатолійович***
кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри політології та соціальних технологій НАУ, м. Київ

У статті розглядаються діагностичні критерії та різновиди проявів посттравматичних стресових розладів

**Ключові слова**: *психічні стани, стрес, посттравматичні стресові розлади*

## ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

В статье рассматриваются диагностические критерии и разновидности проявлений посттравматических стрессовых расстройств

**Ключевые слова**: *психические состояния, стресс, посттравматические стрессовые расстройства*

Патогенна роль важких переживань, моральних потрясінь в розвитку психічних розладів відома з давніх часів. У виникненні одних захворювань стрес може виконувати роль пускового фактора, при інших робити вплив на їхні клінічні прояви і динаміку, при третіх бути основою розвитку психічної патології. Крім того, психічна травма здатна привести до патологічного формування особистості, визначаючи весь її подальший життєвий шлях. В усіх різноманіттях кожного з названих варіантів клінічна симптоматика є інтегральним відображенням взаємодії комплексу зовнішніх і внутрішніх умов.

Посттравматичні стресові розлади є актуальною проблемою сучасної людини і потребують наукових досліджень.

Метою написання статті є аналіз результатів досліджень фахівців та особливостей прояву ПТСР [1-5].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відстрочена за часом психопатологічна комплексна реакція на психотравматичні події, що сформувалися в цілісний синдром.

Щодо необхідності виділення цілісного синдрому, його симтомокомплексів і симптомів протягом тривалого часу йдуть наукові суперечки між представниками різних спеціальностей (медиків, психологів, соціальних працівників та ін.) і між різними науковими школами в самій психології. Проте останнім часом ПТСР описані як синдром і окрема психодіагностична категорія у ряді авторитетних класифікаторів хвороб, що дає підстави розглядати його, як цілісне, комплексне утворення.

Вперше офіційно питання про необхідність виділення цілісного синдрому, маючого назву «посттравматичний стресовий розлад»,

було поставлено в США в 1980 році. Саме тоді в публікацію третього видання американського класифікаційного стандарту, підготовленого Американською психіатричною асоціацією, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) був внесений розділ, що містить опис критеріїв для діагностики порушень і розладів, викликаних психотравмуючими обставинами, що виходять за рамки звичайного людського суспільства. Цей розділ уточнений і збережений у новій редакції стандарту DSM-IV (код F43.1) у 1994 році. У цьому ж році аналогічний розділ з'явився і в Міжнародному класифікаторі хвороб МКБ-10 (код. 309.81). Незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика, і психотерапія відносяться до компетенції клінічного психолога.

Прийняття рішень про офіційну фіксацію даного синдрому в міжнародних і національних класифікаторах захворювань обумовлено широким поширенням ПТСР. У різних джерелах наводяться дані, що протягом життя ПТСР страждає близько 1% населення, а до 15% людей після важких травм можуть відчувати окремі симптоми цього захворювання.

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50% всіх медичних наслідків бойових подій. Ними страждають 29-45% ветеранів другої світової війни, 25-30% американських ветеранів в'єтнамської війни.

Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР досягають 42%. 18,6% учасників бойових дій в Афганістані відчувають на собі дію цього синдрому. З них хронічно хворими є 41,7%, інваліди 56,2%.

За оцінками російського фахівця П.А. Корчемного, протягом найближчих років більше 10 000 учасників бойових дій у Чечні будуть мати явні проблеми з психікою. За прогнозами інших фахівців, посттравматичні прояви збережуться протягом тривалого часу у 25% осіб з цієї категорії.

За даними дослідження американських ветеранів війни у В'єтнамі, проведеного в 1988 році, у 15,2% з них спостерігалися виражені ПТСР, а ще у 11,1% відзначалися окремі симптоми таких розладів. Серед цих осіб у 5 разів зростав ризик залишитися безробітними, близько 70% з них хоча б один раз розлучилися з подружжям, у 35% відзначені батьківські проблеми, у 47,3% - крайні форми ізоляції від людей, у 40% - виражена ворожість до оточуючих. 36,8% представників цієї соціальної групи здійснюють більше 6 актів насильства в рік, 50% були заарештовані і посаджені у в'язницю (в тому числі 34,2% - більше одного разу).

За іншими даними, приблизно у 25% американських ветеранів В'єтнаму відзначається розвиток несприятливих особистісних змін після отриманої психотравми. До початку 1990-х рр.. близько 100

000 ветеранів цієї війни покінчили життя самогубством. 40000 ведуть замкнутий, майже аутичний спосіб життя. Серед поранених та інвалідів війни відсоток осіб з ПТСР перевищує 42%, тоді як серед фізично здорових ветеранів війни їх 10-20%. 56% людей, які пережили важкі бойові події, вмирали і були хворі у віці до 65 років.

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР, згідно DSM-IV, є:

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання.

2. Повторювані важкі сни про подію.

3. Важкі дії або відчуття, як якби травматична подія переживалася знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації і дісоціативні епізоди - «Флешбек-ефекти», включаючи ті, які з'являються в стані інтоксикації).

4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх.

5. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалося до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей.

1. Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою.

2. Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або неучасть в раніше значимих видах діяльності.

5. Відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей.

6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

III. Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються з наявності, принаймні, двох з нижче перерахованих симптомів.

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або вибухи гніву.

3. Утруднення із зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень стривоженості, гіперпильність, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностуються лише в тому випадку, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше 1 місяця.

Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є та обставина, що розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

Сьогодні є різні підходи до виділення типів ПТСР. Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордєєва Є.Г. дають наступну класифікацію ПТСР: гострі симптоми зберігаються менше 3 місяців; хронічні симптоми зберігаються 3 і більше місяців; відстрочені симптоми виникають, щонайменше, через 6 місяців після психотравматизації. В окремих випадках ПТСР протікають протягом багатьох років і переходять у хронічну зміну особистості. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Є.В., Маліков Ю.К., Саламатов В.Є. виділяють наступні види ПТСР: гострі симптоми виникають в межах 6 місяців після травми і зберігаються не більше 6 місяців; хронічні симптоми проявляються після 6 місяців і тривають більше 6 місяців; відстрочені проявляються після прихованого періоду (місяці, роки) і тривають більше 6 місяців.

Крім цього деякі автори виділяють так звані вторинні ознаки ПТСР. До них відносять: алкогольну, медикаментозну або наркотичну залежність; схильність до суїцидальних думок і спроб; депресію; захворювання серцево-судинної системи; болі різної етіології, сексуальні дисфункції, девіантну поведінку та ін..

Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових діях мають різноманітні прояви за змістом, формою і динамікою. Закріплюючись в особистісних структурах і поведінці ветеранів, вони визначають поведінку через багато років після закінчення їх участі у військових подіях. Негативні наслідки психотравми, інтегруючись в цілісний симптом, утворюють клінічну картину посттравматичного стресового розладу - патологічного психічного розладу.

Крім того, ПТСР не стільки клінічне, скільки соціально орієнтоване поняття. Не випадково дана проблема виникла після локальних і «неприйнятих» суспільством воєн (В'єтнам, Афганістан), коли з'явилася можливість виділяти, вивчати і робити

мінімальну соціально-державну підтримку відносно невеликому числу ветеранів.

Істотно і те, що ПТСР значно частіше страждають особи «армій, що програли» війну, хоча «особиста поразка» (моральна) може відноситися і до військовослужбовців сторони «що перемогла». Важливий сам факт «поразки» (катастрофа своїх ідеалів, зміна понять «добра і справедливості»), що створює для її учасників принципово іншу соціально-психологічну ситуацію, негативна проекція якої може простиратися як на їхнє життя, так і на життя їх близьких. Нашарування на подібні (найчастіше неусвідомлювані, або ті, які активно заперечуються) переживання почуття «непоясненої провини» (за загиблих товаришів, вбитих мирних жителів та ін.), а також «вкрай невдячного» відношення з боку суспільства (що сприймає тих, хто воював в якості «агресорів», «окупантів» та ін.) негативно впливає на морально-психологічний стан комбатантів, у значній мірі провокуючи розвиток «специфічних» посттравматичних розладів, а також відповідних (по відношенню до суспільства) «захисно-протестних» форм поведінки.

Профілактика і реабілітація осіб, що піддалися стресу, повинна проводитися задовго до початку хворобливого процесу. Причому, успішність її в значній мірі буде визначатися зміною відношень суспільства (засобів масової інформації, державних інститутів) до комбатантів, а також якістю їхнього професійного добору і підготовки, обмеженням термінів перебування в екстремальних умовах і своєчасним виявленням осіб зі схильністю до розвитку психічних розладів.

Для рішення задач виявлення військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу може бути використаний Місісіпський опитувальник для бойових ПТСР (США, 1985), придатний для використання в різних умовах обстеження.

Висновки.

1. Проблема ПТСР залишається на сьогодні досить суперечливою, незавершеною, що визначається різними підходами і поглядами, які існують в області клінічної психіатрії.

2. Виходячи з вітчизняних нозологічно орієнтованих підходів на дану проблему, ПТСР у трактуванні МКБ-10 розглядається не в якості самостійної нозологічної одиниці, а в якості симптомокомплексу типових постстресових розладів, ведучим елементом якого є пережиті психотравмуючі події.

3. Клініка ПТСР може виявлятися або на доклінічному рівні (при збереженості індивідуального бар'єра психічної адаптації), або виражатися в конкретних нозологічних формах (неврози, особистісні розлади, наркоманія, алкоголізм, ендогенні і екзогенно-органічні

психотичні стани), визначаючи їх клінічну своєрідність, особливості плину і результат.

4. Так названі «гострі» ПТСР, здебільшого відображають психологічно адекватну реакцію споконвічно психічно здорової особистості, тоді як «хронічні» форми ПТСР є нічим іншим як групою «нажитих» (придбаних в умовах тривалого хронічного стресу) особистісних розладів.

**Література**

1. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у мирний час. – К. : НАОУ, 2006. – 80 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
3. Проблемы военной психологии : Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченок ; Под общ. ред. А. Е. Тараса. – Мн. : Харвест, 2003. – 640 с. – (Библиотека практической психологии).
4. Ягупов В. В. Військова психологія : Підручник. – Київ : Тандем, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : С. 623-627.
5. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступу до статьи: http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view

The article deals with the diagnostic criteria and types of symptoms of post-traumatic stress disorder.

**Keywords**: *mental state, stress, post-traumatic stress disorder*