

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Фармацевтичний

Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

02 вересня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ
ДІЙ ТА ОСОБАМ, ЩО ЗАЗНАЛИ ШКОДИ ВІД НАСИЛЬСТВА ТА
КАТУВАННЯ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ»**

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма: Практична психологія

Затверджено:

Засіданням кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 29 серпня 2024 року

Завідувач кафедри



Євген ОПРЯ

Розробники:

Завідувач кафедри, проф. Опря Є.В.
Доцент кафедри, доц. Чернова Т. М.
Доцент кафедри, доц. Єрмуракі П.П.
Доцент кафедри, доц. Донець О.Ю.
Доцент кафедри, доц. Горячев П.І.
Доцент кафедри, доц. Волощук Д.А.
Асистент кафедри Макарова І.В.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Мета: Метою викладання навчальної дисципліни «Медико-психологічна допомога учасникам бойових дій та особам, що зазнали шкоди від насильства та катування на тимчасово окупованих територіях» є придбання здобувачами вищої освіти теоретичних знань і практичних навичок стосовно етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики, профілактики та лікування психічних розладів у постраждалих, необхідних для надання їм медичної та психологічної допомоги.

Завдання:

1. Вивчення етіології і патогенезу психічних розладів у постраждалих внаслідок участі у бойових діях, насильства і катування.
2. Придбання здобувачами освіти знань щодо клінічних проявів психогенних психічних розладів.
3. Формування вмінь та навичок визначення попереднього діагнозу психогенних психічних розладів.
4. Опанування вмінням визначати тактику ведення пацієнтів з психогенними психічними порушеннями.
5. Удосконалення навичок використання методів профілактики психогенних психічних розладів.

Очікувані результати навчання. У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- основні концепції стресу;
- особливості психосоціального функціонування людини в постстресовий період;
- прояви накопиченого (хронічного) стресу;
- поняття та класифікацію психогенних психічних порушень;
- особливості швидкої реабілітаційної допомоги постраждалим в умовах раптового екстремального стресу;
- специфічні феномени, які притаманні цієї категорії пацієнтів та потребують особливої уваги лікаря;
- особливості організації реабілітаційної діяльності;

вміти:

- Збирати дані про скарги, анамнез хвороби, анамнез життя у пацієнтів;
- Діагностувати невідкладні стани при психогенних психічних порушеннях;
- ефективно застосовувати отримані теоретичні знання з курсу при розв'язанні складних практичних завдань з організації та здійснення лікування постраждалих;
- вміти будувати стратегію реабілітаційної роботи з постраждалими;

- володіти прийомами практичної реабілітаційної роботи, яка спрямована на поліпшення психічного стану пацієнтів;
- володіти навичками організації діяльності щодо профілактики пост-стресових проблем;
- Визначати тактику ведення осіб, що підлягають диспансерному нагляду при психогенних психічних порушеннях;
- Дотримуватися вимог етики, біоетики та деонтології у своїй фаховій області

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

1. Медико-психологічні наслідки участі в бойових діях.

Вступ до курсу. Психологічні чинники впливу участі у бойових діях. Медико-психологічні наслідки участі в бойових діях (реакції на тяжкий стрес та порушення адаптації: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад; розлади адаптації).

2. Поняття про стрес.

Поняття стресу у фізіології і психології. Чинники, що викликають стресові реакції. Категорії стресорів. Загальний адаптаційний синдром (стрес-реакція). Фізіологічні зміни в організмі у відповідь на дію стресорів. Гострий і хронічний стрес. Стадії стресу (тривожності, резистентності, виснаження). Нервові процеси, викликані стресом. Дистрес-реакції. Наслідки надмірного і довготривалого стресу для здоров'я.

3. Травматичний стрес.

Емоційний (психоемоційний) стрес – чинники, які його викликають, прояви. Вплив стресорів на емоції. Субсиндроми стрес-реакції: когнітивний (змінення сприйняття та усвідомлення особою інформації в екстремальній ситуації); емоційно-поведінковий (виникнення емоційно-чуттєвих реакцій на екстремальні умови); соціально-психологічний (зміна спілкування людей і самоізоляція або згуртованість в стресогенних ситуаціях); вегетативний (адаптація або виникнення хвороб стресу) - Ю. М. Забродин та ін. (1985). Непатологічні і патологічні реакції на емоційний стрес.

4. Посттравматичний стрес.

Поняття адаптації і дезадаптації. Співвідношення між стресовими реакціями і адаптацією організму до несприятливих умов. Соціальна адаптація людини. Поняття соціальної дезадаптації, характеристики. Дезадаптація у військовослужбовців.

Поняття кризи в психології. Вікові і ситуативні кризи. Психологічні реакції на кризові ситуації, зокрема – на ситуацію війни і участь в бойових діях.

5. Поняття про психологічну травму.

Поняття психологічної (психічної) травми. Відмінність реакції на стрес від проявів психотравми. Залежність реакції на травматичні події від особистісних рис.

Переживання втрати та горя (скорботи), «робота» горя. П'ять стадій переживання горя за Кюблер Росс: заперечення, злість, торг, депресія, прийняття. Неускладнене і ускладнене горе.

6. Діагностика та класифікація психогенних психічних і поведінкових розладів.

Визначення психогенних психічних розладів, їх класифікація та загальна характеристика. Закономірності клінічних проявів психогенних захворювань за Карлом Ясперсом. Симптоматика та діагностика психогенних та поведінкових психічних розладів. Діагностичні критерії реактивних розладів, які найчастіше спостерігаються у комбатантів.

7. Поняття бойової психічної травми.

Бойова психічна травма (БПТ) – визначення, історія вивчення, причина виникнення, класифікація, клінічна картина. Послідовність розвитку та тривалість клінічних форм БПТ, діагностика.

8. Поняття про ПТСР як біологічну і психологічну категорію.

Історія вивчення посттравматичного стресового розладу. Психологічні передумови і фактори ризику розвитку ПТСР. Біохімічні і морфологічні зміни у нервовій системі при ПТСР.

9. Теоретичні моделі посттравматичного стресового розладу.

Класифікація теоретичних моделей розвитку посттравматичного стресового розладу. Психологічні моделі ПТСР (психодинамічні, модель інформаційної переробки, психосоціальна, біхейвіористична, інтегративна когнітивна). Біологічні та змішані моделі ПТСР (психофізіологічна, нейробіологічна).

10. Фактори ризику розвитку ПТСР.

Фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. Поширеність ПТСР. Чинники, що впливають на ризик розвитку ПТСР після психологічної травми: внутрішні (вік, стать, присутність акцентуацій характеру та розладів особистості чи інших психічних розладів, зловживання психоактивними речовинами, генетична схильність до ПТСР) та зовнішні, пов'язані з характером психотравмуючої ситуації (інтенсивність травми, тривалість дії стресора, несподіваність, неконтрольованість, комбінація двох чи більше стресорів, що діють одночасно чи послідовно). Захисні чинники. Профілактика виникнення ПТСР.

11. Класифікація ПТСР за МКХ 10.

Класифікація розладів, специфічно пов'язаних зі стресом згідно з МКХ 10 (гостра реакція на стрес; післятравматичний стресовий розлад; порушення адаптації; інші реакції на тяжкий стрес) та МКХ 11 (посттравматичний стресовий розлад; ускладнений посттравматичний стресовий розлад; затяжна патологічна реакція горя; розлад адаптації; реактивний розлад уподобання; розлад соціалізації за розгальмованим типом).

12. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.

Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу: клінічні, представлені в МКХ 10 (та 11); DSM-5; експериментально-психологічні. Диференційна діагностика посттравматичних стресових розладів; відмінності патологічних реакцій на стрес від інших психічних розладів (неврозів, соматогенних та ендогенних емоційних розладів тощо).

13. Методи корекції та психотерапії ПТСР.

Психологічне консультування, психокорекція та психотерапія – характеристики видів надання психологічної допомоги. Загальні риси і особливості кожного з видів психологічної допомоги. Психологічне консультування і психокорекція при ПТСР. Принципи психотерапії хворих із посттравматичним стресовим розладом (побудова системи психотерапії: напрямки, задачі).

14. Показання та протипоказання до психотерапії при гострих реакціях на стрес.

Класифікація підходів до психотерапії і основних методів психотерапії. Характеристики. Загальні показання і протипоказання до психотерапії. Вибір оптимального методу психотерапії для конкретного клієнта. Психологічна допомога при гострих реакціях на стрес в залежності від особливостей і стадії розладу. Вибір методу психотерапії для конкретного пацієнта з ПТСР.

15. Структура амбулаторної і стаціонарної допомоги в психіатрії і наркології. Загальні принципи лікування, та реабілітації психічних розладів. Програма mhGAP Поширене ведення ментальних розладів на первинній ланці.

Програма дій у подоланні прогалин в сфері охорони здоров'я mhGAP за ініціативи і підтримки World Health Organization , Міністерства охорони здоров'я України , Всеукраїнської програми ТИ ЯК націлена на підготовку фіхівців лікарів загальної практики.

Психологічні чинники впливу участі у бойових діях.

Учасники бойових дій (комбатанти) наражаються на небезпеку поранень і травм, негод і нестатків, і це цілком зрозуміло. Але крім ризику для фізичного благополуччя, вони також піддаються *психологічному стресу*, який може значно знизити їх боєздатність.

Перебування в районі бойових дій супроводжується комплексним впливом ряду наступних психологічно несприятливих чинників:

- чітко усвідомлене відчуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідності;
- переживання, пов'язані зі смертю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати;
- вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дії, раптовість, невизначеність, новизна);
- негоди та нестатки – відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчів;
- незвичні для учасника бойових дій кліматичні умови та рельєф місцевості, гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.

Слід відзначити, що на особливості реакції військовослужбовців на психогенні шкідливі чинники впливають додаткові обставини (наявність досвіду бойових дій, тренованість, попередні психологічні травми, особистісні риси та ін.), які посилюють або послаблюють патогенну дію названих чинників, тобто підвищують чи знижують *стійкість до стресу*.

Шкідливі психологічні чинники викликають у деяких учасників бойових дій, зокрема у тих, хто має низький рівень стійкості до стресу, психогенні психічні розлади. Приймаючи до уваги характер чинників, ці розлади частіше за все приймають форму реакцій на важкий стрес (так званих гострих шоківих реакцій), рідше – реактивних психозів. Пізніше у учасників бойових дій може розвинутися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

**Поняття стресу у фізіології і психології, перебіг стресової реакції.
Поняття психологічної травми.**

Термін «стрес» використовується як у фізіології, так і у психології, він може мати дещо різні значення. По-перше, можна зосередитися на навколишньому середовищі, описуючи стрес як *подразник*. Дію шкідливих чинників (зависокої чи заниженої температури, вологості, тощо) можна назвати *фізіологічним стресором*. Події або обставини, які люди сприймають як загрозливі, ті що викликають негативні емоції (страх, занепокоєння, гнів, збентеження тощо), називаються *психологічними стресорами*.

По-друге, слово «стрес» може означати *реакцію* на несприятливі події (стресори). Психічна і фізіологічна реакція людини на стресор називається *напругою*.

Третій підхід описує стрес як *процес*, який включає стресори та напруги, але додає важливий вимір: відносини між людиною та оточенням. Цей процес передбачає постійну взаємодію та коригування, які називаються *транзакціями*. Згідно з цією точкою зору, стрес – це не просто стимул або реакція, а скоріше процес, у якому людина є активним агентом, який може впливати на дію стресора за допомогою поведінкових, когнітивних та емоційних стратегій.

Аналіз вищезазначених підходів дозволив психологам М. Кальтабіано та Е. Сарафіно сформулювати наступне визначення: «[Психологічний] стрес — це стан, який виникає, коли транзакції між людиною та середовищем спонукають індивіда відчувати невідповідність — реальну чи ні — між вимогами ситуації та ресурсами біологічних, психологічних або соціальних систем людини».

Автори пояснюють це визначення так:

- Стрессова ситуація кидає виклик біо-психо-соціальним ресурсам людини, які вона використовує для подолання важких подій або обставин; наприклад, спортсменові потрібні всі його сили та вміння, щоб виграти змагання;

- Фраза «вимоги ситуації» стосується кількості ресурсів людини, які потрібні для подолання стресора;

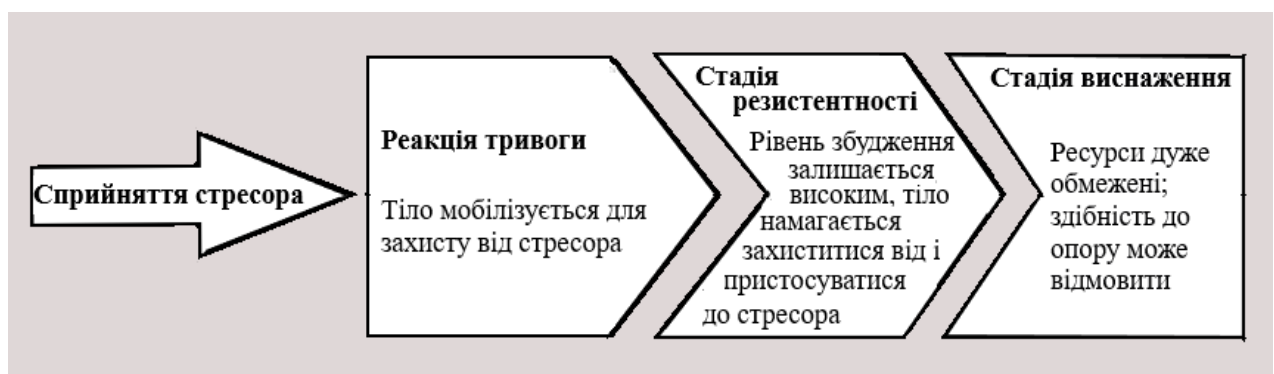
- Якщо існує невідповідність (розходження) між вимогами ситуації та ресурсами людини, вона відчуває себе недостатньо сильною (розумною, вправною), щоб впоратися із ситуацією. Ці відчуття не залежать від того, права

людина в своїх оцінках чи ні, оскільки вона може бути недостатньо об'єктивною;

- У своїх взаємодіях з навколишнім середовищем люди оцінюють вимоги, ресурси та розбіжності між ними.

Поняття стресу у *фізіології* тісно пов'язане з вченням про *адаптацію* (пристосування). Фізіологічну реакцію на стресори описали видатні фізіологи Волтер Кеннон і Ганс Сельє. У 1920-х роках Кеннон вивчав реакцію на небезпеку у тварин і людей, яку він назвав реакцією «борись або втікай» (fight or flight response – англ.), оскільки вона готує організм атакувати джерело загрози або втекти. Він виявив, що сприйняття небезпеки змушує симпатичний відділ автономної нервової системи стимулювати надниркові залози до виділення гормону адреналіну, який збуджує організм. Пізніше, в середині двадцятого століття, Сельє описав те, що він назвав *загальним адаптаційним синдромом*, як реакцію на тривалу дію стресори (у своїх експериментах він піддавав лабораторних тварин переважно фізичним стресорам, таким як висока або низька температура навколишнього середовища, рентгенівські промені, фізичні навантаження тощо).

Загальний адаптаційний синдром складається з трьох стадій: реакції тривоги, стадії резистентності (опору) і стадії виснаження (див. мал. 1).



Мал. 1 Загальний адаптаційний синдром (ЗАС)

Так звана *реакція тривоги* схожа на відповідь на небезпеку «борись або тікай» — її функція полягає в мобілізації ресурсів організму. Симпатичний відділ автономної нервової системи відповідає на дію стресора *ерготропною*

реакцією – почастищенням пульсу, прискореним диханням, підвищенням артеріального тиску та підвищенням м'язового тону. У реакції бере участь ендокринна система: гіпофіз виділяє АКТГ, що викликає посилений викид адреналіну, норадреналіну і кортизолу наднирковими залозами в кровоток. До кінця тривожної реакції організм мобілізується на потужний опір стресору. Але організм не може підтримувати це інтенсивне збудження дуже довго, і воно стає шкідливим для здоров'я.

Стадія резистентності (опору). Якщо дія стресора продовжується, фізіологічна реакція переходить у стадію опору, під час якої організм намагається пристосуватися до стресора, одночасно продовжуючи надавати опір. Фізіологічне збудження знижується, але його рівень залишається вище норми. Може бути порушена здатність організму протистояти новим стресовим факторам. За словами Сельє, одним із результатів цього порушення є те, що організм стає все більш вразливим до проблем зі здоров'ям, які він назвав хворобами адаптації (тепер ми вважаємо за краще використовувати термін *психосоматичні розлади*).

Стадія виснаження. Тривале фізіологічне збудження, викликане сильною, тривалою або повторною дією стресора, поступово виснажує ресурси організму. Воно послаблює імунну систему та зменшує її енергетичні запаси, доки опір не стає дуже обмеженим. У цей момент починається стадія виснаження. Якщо вплив стресора продовжується, ймовірні хвороби та пошкодження внутрішніх органів, а також смерть.

Ганс Сельє запропонував розрізняти категорії «хорошого» і «поганого» стресу, ввівши поняття евстрес і дистрес. Дистрес – це негативна форма стресу. У стресовій ситуації в організмі людини активізуються адаптаційні резерви. Коли цей процес проходить успішно, стрес сприятливо впливає на організм, збільшуючи його функціональні резерви та тренуючи його для подальшого ефективного реагування на надзвичайні ситуації. Але якщо імунна або нервова системи недостатньо сильні, стресова реакція набуває негативної форми, що послаблює загальний психофізіологічний стан.

Свої висновки Сельє обґрунтовував даними, отриманими в дослідках на

тваринах, які піддавалися фізичному навантаженню. Однак подібні фізіологічні процеси спостерігаються і у людей, які переживають психологічний (емоційний) стрес. Етіологічними та патогенетичними факторами виникнення та перебігу психосоматичних розладів можуть виступати інтенсивні та/або тривалі (повторні) стресові реакції (точніше, дистрес). Як зазначалося вище, важкі ситуації можуть призвести до *дезадаптації*, а тривале напруження поступово виснажує біологічні та психологічні ресурси людини, роблячи її більш вразливою до інших стресових факторів і несприятливих впливів, наприклад інфекцій.

Таким чином, стрес — це нормальна реакція здорової людини на дію несприятливих фізичних (хімічних, біологічних тощо) або психологічних зовнішніх чинників (стресорів), захисний механізм організму. Біологічною функцією стресу є *адаптація* — пристосування до дії стресора. Тобто стрес, як особливий психофізіологічний стан, забезпечує захист організму від загрозливих та руйнівних впливів, як психічних, так і фізичних. Тому виникнення стресу означає, що людина включилась в певну діяльність, спрямовану на протидію небезпечним для неї впливам. Але здатність до адаптації не безмежна. У тому випадку, коли інтенсивність впливу та його тривалість перевищують функціональні можливості протидій організму людини виникає дезадаптація. На противагу позитивному стресу (*еустресу*), якій тренує організм і сприяє адаптації, реакцію на шкідливі чинники Ганс Сельє назвав *дистресом*.

Класифікація видів стресу.

В залежності від характеру стресору, стрес можна поділити на *фізіологічний* і *психоемоційний*. *Фізіологічний стрес* пов'язаний з об'єктивними змінами умов життєдіяльності людини. Стресорами при цьому можуть бути мікроклімат, радіація, шум, вібрація, екологічні чинники такі, як забруднення повітря, тощо. *Психоемоційний стрес* виникає з особистої позиції індивіда. Людина реагує на те, що її оточує, згідно зі своєю інтерпретацією обставин, яка залежить від особистісних характеристик, соціального статусу, рольової поведінки, віку, життєвого досвіду, тощо.

В залежності від *інтенсивності* дії стресора, стрес може бути легким і важким. За *тривалістю* впливу стресору стрес ділиться на гострий і хронічний.

Симптоми стресової напруги. Приведемо деякі ознаки напруги, що виникає при тривалій дії стресорів середньої тяжкості: неможливість зосередитись на будь-чому; занадто часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; постійне відчуття втоми; дуже швидке мовлення; думки зникають; безпричинні болі у голові, спині, шлунку; робота не надає колишнього задоволення; втрата почуття гумору; різко зростає кількість викурених цигарок; пристрасть до алкогольних напоїв; постійне відчуття голоду або навпаки втрата апетиту. Зниження імунітету призводить до росту частоти простудних захворювань. Недостатня уважність може підвищувати травматизм (певну роль в цьому відіграють несвідомі переживання, такі як прагнення покарання).

Дещо інший механізм психологічного впливу має психологічна травма.

Психологічна (психічна) травма виникає в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації. Механізм стресу подібний у людей з різними особистісними характеристиками, а травматизація обумовлена не тільки об'єктивними обставинами, але значною мірою і типами темпераменту, рисами характеру, пріоритетами, переконаннями, системою цінностей та іншими особливостями мотиваційної сфери особистості. На відміну від стресу, травма не буває нормальною, позитивною. Вона завжди призводить до негативних емоційних переживань, а у важких випадках може викликати психопатологічні прояви, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Медико-психологічні наслідки участі в бойових діях.

Вплив перелічених вище психологічних чинників, що діють на комбатантів в умовах бойових дій, викликають у деяких з них психогенні психічні розлади, тобто психічні порушення, головними етіологічними чинниками яких є інтенсивні емоційні реакції на обставини бою.

Реакції на тяжкий стрес та порушення адаптації.

Головною відмінністю цієї групи розладів є те, що існує їх чітка причина: виключно інтенсивна травмуюча життєва подія або хронічна психотравмуюча ситуація (нехай навіть невеликої сили). Безумовне значення має індивідуальна

чутливість до стресу взагалі та особистісна значущість конкретної події для суб'єкта. Конкретна форма порушення психічної діяльності визначається характером стресора, проміжком часу між дією стресора та реакцією на нього і індивідуальністю людини. Виділяють гостру реакцію на стрес, посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації.

Гостра реакція на стрес відрізняється короткочасністю — до 3 діб після дії стресора надзвичайної сили (природний катаклізм, загибель когось із близьких, тощо).

Розрізняють три різні за поведінкою клінічні форми патологічних або екстремально гострих реакцій (шокових реакцій) на стрес: панічна (збуджена) реакція, психогенний ступор і емоційний параліч.

Панічна реакція (ажитація, збудження) проявляється у нестримних і хаотичних діях (зазвичай — втеча, метання та крики), які погіршують небезпечну ситуацію (наприклад, люди в стані паніки можуть заблокувати двері будівлі під час землетрусу). З психіатричної точки зору слід зазначити, що такий вид необґрунтованої «панічної» поведінки викликаний афективним звуженням свідомості. Іноді люди можуть лише смутно згадувати те, що сталося в момент стресу; це підтверджує, що стан їх свідомості у тій ситуації був порушений. Паніка є «заразною», тобто коли одна людина починає її, інші легко потрапляють у такий самий стан, тому в небезпечних ситуаціях важливо запобігти загальній паніці. Відповідна підготовка знижує ймовірність панічних реакцій: коли людей навчають захищати себе та надавати допомогу іншим у небезпечних ситуаціях (наприклад, природні катаклізми, пожежі, аварії, бойові дії), їхня поведінка зазвичай більш адекватна обставинам.

Іншою формою патологічної гострої реакції на стрес є *психогенний ступор*, при якому люди «застигають від жаху». Незважаючи на загрозливу ситуацію, людина раптово стає абсолютно нерухомою і не може говорити. Свідомість навіть більше порушується, ніж при панічній реакції, і у людей зазвичай розвивається часткова або повна амнезія на період стресу. Ступор триває кілька годин і зазвичай супроводжується іншими психогенними

реакціями (тривогою або депресією).

У деяких випадках шоківі реакції проявляються в *емоційному паралічі*, при якому людина раптово стає байдужою, емоційно не реагує на події: більше не боїться, не переживає за рідних, не відчуває жалю до інших або горя. Вона поводить себе абсолютно відсторонено, ніби спостерігає жахливі події, що відбуваються з кимось іншим. При цьому всі інші психічні функції (мислення, пам'ять, інтелект) функціонують нормально. Такий стан триває кілька годин або навіть днів.

Шоківі реакції тривають короткочасно і зазвичай зникають, коли загрозна ситуація вирішується. Люди, які страждають від цих реакцій, потребують практичної допомоги (рятувальних заходів), як і інші постраждалі. Як було зазначено, їх поведінка робить їх безпорадними і вони не можуть подбати про себе. Лікування гострих реакцій на стресові події включає чотири елементи: зменшення інтенсивності емоцій (бесіда, якщо потрібно – короткочасне призначення транквілізаторів), заохочення до вираження емоцій, допомога в більш ефективному подоланні практичних труднощів (наслідків ситуації) та допомога у вирішенні остаточних проблем (втрата майна внаслідок пожежу, можлива інвалідність, тощо).

Посттравматичний стресовий розлад – це інтенсивна, тривала і часто відстрочена реакція на стресову подію. Зазвичай подія є настільки інтенсивною, що стає надзвичайною, тому людина не може завершити нормальну послідовність психологічних змін, які виникають після впливу стресора. Прикладами таких екстремальних стресорів є природні катаклізми, такі як повені та землетруси, техногенні катастрофи, такі як великі пожежі, серйозні транспортні аварії, бойові дії та інші наслідки війни, а також серйозні напади на людину, такі як зґвалтування чи пограбування. Не у всіх після такого досвіду розвивається посттравматичний стресовий розлад. Ризик вищий серед трьох груп: у тих, хто пережив найстрашніші аспекти катастрофи (наприклад, опинився в пастці серед вмираючих), у дітей і людей похилого віку, а також у тих, хто в анамнезі має психіатричні розлади.

Клінічна картина. Посттравматичний стресовий розлад має три групи ознак (табл. 1). Перший – це комбінація симптомів постійної тривоги, дратівливості, безсоння та поганої концентрації уваги. Іноді виникають напади паніки або епізоди агресії. Друга — це група постійних симптомів, включаючи уникнення нагадувань про травматичні події, труднощі пригадування подій за бажанням, короткі, але інтенсивні нав'язливі образи травматичних подій («флешбеки») і повторювані тривожні сни про них. Третя група, про яку повідомляють деякі пацієнти, включає відчуженість, нездатність відчувати емоції («оніміння») і зниження інтересу до діяльності. Може появитись надмірне вживання алкоголю чи наркотиків.

Таблиця 1. Посттравматичний стресовий розлад

Постійне занепокоєння	дратівливість
Безсоння	
Погана концентрація	
Уникнення нагадувань про стресову подію	
Складно пригадувати стресові події за бажанням	
Інтенсивні нав'язливі образи ("флешбеки")	
Повторювані, тривожні сни	
Відстороненість	
Нездатність відчувати емоції («оніміння»)	
Знижений інтерес до діяльності	

Посттравматичний стресовий розлад може бути прямим продовженням гострої реакції на стрес, а може виникнути через кілька днів або іноді місяців (рідко більше шести місяців). Розлад зазвичай зникає протягом декількох

місяців, але може зберігатися роками.

Розлади адаптації – це психологічні реакції, пов’язані з адаптацією до нових обставин. Прикладами життєвих змін, які зазвичай провокують розлади адаптації, є розлучення, зміна роботи чи місця проживання, наприклад перехід зі школи до університету; народження дитини-інваліда. Часто ці розлади виникають у біженців і емігрантів. Втрата тілесної функції і початок невиліковної хвороби потребують особливого типу пристосування.

Розлади поділяються на дві групи: з переважаючими емоційними проявами і з переважаючими розладами поведінки. Емоційні реакції включають тривогу, занепокоєння, депресію та дратівливість, і вони зазвичай супроводжуються фізичними симптомами вегетативного збудження, такими як серцебиття та тремор. Інші ознаки – погана концентрація уваги, внаслідок чого знижується продуктивність роботи. Поведінкові розлади проявляються в агресивних вчинках, істеричній поведінці, навмисному само-ушкодженню, зловживанню алкоголем чи наркотиками. Подібні розлади адаптації часто виникають у дітей і підлітків, в результаті чого вони відмовляються відвідувати школу, тікають з дому, поведуться агресивно по відношенню до однолітків. Емоційні та поведінкові порушення іноді виникають разом (при змішаному розладі адаптації).

Діагноз розладу адаптації ставиться лише тоді, коли симптоми недостатньо чисельні чи серйозні, щоб відповідати діагностичним критеріям тривожного розладу чи депресивного розладу, або недостатньо тривалі та серйозні, щоб діагностувати розлад поведінки. Тому на практиці діагноз ставиться шляхом виключення цих двох розладів. Ще одна вимога в діагностиці полягає в тому, що розлад повинен початися незабаром після зміни обставин. Ці відмінності довільні, але, тим не менш, корисні в клінічній практиці.

Підсумуємо діагностичні критерії описаних реактивних розладів:

1. Обов’язковий та чітко видимий зв’язок між впливом незвичайної сили стресора та початком симптоматики.
2. Змішана та надзвичайно мінлива клінічна картина, яка включає

інтенсивні емоції (тривогу, гнів, відчай), неупорядковану гіперактивність або, навпаки, соціальну відгородженість.

3. Жоден із симптомів не є таким суттєвим та домінуючим, щоб можна було говорити про якийсь більш специфічний діагноз (наприклад, неврозу).

4. Вербальна продукція постраждалого прямо або опосередковано відбиває зміст психотравмуючих обставин.

Класифікація, клініка та діагностика психогенних психічних розладів.

На попередньому занятті мова вже йшла про психогенні психічні розлади. Симптоми деяких таких розладів також обговорювались. Оскільки на військову службу призиваються фізично і психічно здорові люди, серед комбатантів лише у поодиноких випадках можна виявити осіб з ендогенними і екзогенними психічними розладами. Але враховуючи високий рівень стресу і частоту психічних травм в умовах бойових дій, психогенні психічні розлади досить часто спостерігаються у цього контингенту осіб. Зазвичай, це не важкі (так звані пограничні чи непсихотичні) розлади, які не потребують демобілізації. Разом з тим, вони погіршують самопочуття і знижують ефективність служби. Тому їх профілактиці і своєчасному лікуванню слід приділяти достатньо уваги.

Психогенні розлади — група психічних хвороб, основним етіологічним чинником яких є внутрішньо-особистісний конфлікт, зумовлений переживанням психотравмуючої ситуації. Психогенні травматичні обставини при цьому відіграють роль екзогенного стресового агенту.

Загальна характеристика та класифікація психогенних розладів

Загальні закономірності клінічних проявів психогенних захворювань
Карл Ясперс (Jaspers, 1923) сформулював у вигляді тріади:

- 1) захворювання розвивається внаслідок психічної травми;
- 2) фабула психопатологічної симптоматики відображує зміст психотравмуючого чинника;
- 3) регрес психопатологічної симптоматики залежить від завершення психотравмуючої ситуації.

Серед психогеній виділяють психогенні реакції, невротичні розлади та реактивні психози.

Вплив будь-якого зовнішнього чинника на людину зумовлює реакцію у межах фізіологічної норми. Неадекватна реакція на певний вплив робить її патологічною. Основні ознаки патологічної відповіді: неадекватні тривалість, сила і модальність (зміст). Реакція зазвичай триває недовго (від кількох годин до кількох діб), після чого відбувається її повна редукція.

За клінічними проявами такі реакції поділяють на психотичні та непсихотичні. Про непсихотичні реакції мова йшла на попередньому занятті. Крім обговорених, до них відносяться невротичні, неврозоподібні, психопатичні та психопатоподібні реакції. До психотичних належать параноїдні, галюцинаторні, присмеркові, афективні, та психомоторні стани. Невротичні реакції підлягають критичній самооцінці, психопатичні — лише певною мірою. У генезі неврозо- та психопатоподібних реакцій певну роль відіграють екзогенні або ендогенні органічні чинники¹.

Психопатологічна феноменологія невротичних порушень включає такі компоненти:

- 1) симптоми емоційно-афективних розладів, які мають тематичний зв'язок із психотравмуючою ситуацією;
- 2) симптоми вторинно-афективної переробки власних сомато-вегетативних проявів;
- 3) зменшення частини усвідомленої, змістовно-логічної переробки інформації та збільшення емоційно-евристичної, неусвідомленої;
- 4) відсутність психотичних розладів психічної сфери (маячні ідеї, галюцинації);
- 5) можливість одужання (без дефекту особистості).

За динамікою перебігу невротичних розладів виокремлюють: невротичні реакції, стійкі невротичні стани та невротичний розвиток особистості.

Симптомокомплекси реактивних психозів:

¹

- *розлади свідомості* — від глибокого присмеркового потьмарення до афективно звуженого. Найхарактернішим є зосередження психічних переживань хворого на конкретних подіях, які стали психічною травмою;
- *порушення пам'яті* — повна або парціальна ретро- і антероградна амнезія;
- *афективні розлади* — переважають депресивні, тривожні, злобливі афекти;
- *параноїдний синдром* — домінують маячні ідеї переслідування, ставлення;
- *галюцинаторний синдром* — найчастіше виникають слухові галюцинації загрозливого або коментуючого змісту.

За тривалістю реактивні психози поділяють на: гострі — від кількох годин до 2—3 діб, підгострі — до 7—10 діб, затяжні — від 10 діб до кількох місяців.

Класифікація психогенних психічних розладів.

У МКХ-10 психогенні захворювання наведено в рубриці «*Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади*» (F40—F48).

F40 Фобічні тривожні розлади:

F40.0 Агорафобія

F40.1 Соціальні фобії

F40.2 Специфічні (ізолювані) фобії

F41 Інші тривожні розлади:

F41.0 Панічний розлад (епізодичний пароксизмальний страх)

F41.1 Генералізований тривожний розлад

F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад

F42 Обсесивно-компульсивний розлад

F42.0 Предомінантні обсесивні думки або міркування

F42.1 Предомінантні компульсивні акти (нав'язливі ритуали)

F43 Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації

F43.0 Гостра реакція на стрес

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад

Р43.2 Порушення адаптації:

F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади

F44.0 Дисоціативна амнезія

F44.1 Дисоціативна fuga

F44.2 Дисоціативний ступор

F44.3 Транс і одержимість

F44.4 Дисоціативні моторні розлади

F44.5 Дисоціативні конвульсії

F44.6 Дисоціативна анестезія та втрата чутливості

F44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади

F44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади:

80 Синдром Ганзера

81 Множинний розлад особистості

F 45 Соматоформні розлади

F 45.0 Соматизований розлад

F 45.1 Недиференційований соматоформний розлад

F 45.2 Іпохондричний розлад

F 45.3 Соматоформна вегетативна дисфункція:

F45.4 Стійкий соматоформний біль

F48 Інші невротичні розлади

F48.0 Неврастенія

F48.1 Синдром деперсоналізації

Тут наведені лише основні класифікаційні рубрики психогенних психічних розладів. Детальніше їх класифікацію і діагностичні критерії можна знайти у 5 розділі МКХ online, включаючи психогенні розлади.

Бойова психічна травма

Бойова психічна травма (БПТ) — це психічна травма, викликана впливом факторів бойової обстановки. Призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Боець, який отримав БПТ, не здатний вести бойові дії. Слід відрізняти від контузії, отруєння та інших бойових ушкоджень, які мають соматичний характер.

Історія

Ще у 1871 році Якоб Мендес да Коста описав психосоматичні розлади у солдатів часів громадянської війни в США. В клінічній картині у них домінували кардіологічні симптоми, що дозволило автору назвати цей стан «солдатське серце».

Бойова психічна травма (англ. *shellshock* — снарядний шок) вперше була визнана як особливий феномен воєнного часу під час Першої світової війни у Канаді, США та більшості європейських країн. Зважаючи на те, що багато солдатів ставали паралізованими, глухими й німи без будь-яких вказівок на органічні ушкодження, деякі невропатологи та психіатри почали розглядати можливість того, що артилерійський вогонь сам по собі викликає невротичну хворобу. Термін «shellshock» був уведений в обіг британським психіатром Чарльзом Майерсом узимку 1915 року та з самого початку викликав суперечки. У 1917 році британське військово-медичне товариство (The Army Medical Society) навіть наклало заборону на його використання.

Однак ще до цього, під час російсько-японської війни 1904-1905 років, російські психіатри закликали військово-медичну владу офіційно визнати психіатричних пацієнтів, які опинилися у військових госпіталях, саме психічно хворими (а не симулянтами) або соматичними хворими. Ряд російських психіатрів пропонував пояснювати неврози, пов'язані з війною, за допомогою поняття «травматичний невроз». П. М. Автократов, начальник психіатричного відділення Варшавського Уяздовського військового госпіталю, був призначений уповноваженим Червоного Хреста з психіатричних питань на Далекому Сході. До осені 1904 року він почав організовувати психіатричний госпіталь у Харбіні, кілька психіатричних приймально-сортувальних станцій на лінії фронту та спеціальні евакуаційні поїзди для перевезення психічно хворих на довгострокове лікування. Саме це змусило одного американського спостерігача заявити, що «вперше у світовій історії фахівці особливо доглядали за психічно хворими — від лінії фронту до тилу».

На початку Першої світової війни Міністерство внутрішніх справ Російської імперії 25 липня (7 серпня) 1914 року розіслало циркуляр

губернаторам з проханням визначити кількість наявних місць у будинках для душевнохворих і підготувати земські психіатричні лікарні, а також психіатричні палати лікарень для прийняття нових військових пацієнтів. Але взимку 1914—1915 років потік психіатричних пацієнтів з фронту і з тилкових підрозділів не вміщувався у існуючі психіатричні установи Росії. Перша світова війна була більш психотравмуючою порівняно з попередніми війнами. Артилерійська канонада цілими тижнями, величезні втрати живої сили, коли лише один снаряд міг виводити з ладу десятки людей, позиційна війна, що означала багато тижнів і місяців перебування у брудних, сирих окопах, в очікуванні смерті, викликали виснаження нервової системи.

Друга світова війна відновила інтерес до військових стресових реакцій, з'явився термін «невроз воєнного часу». У 1952 році Американське психіатричне товариство включило в класифікацію DSM 2 «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес».

Значимість

Досвід бойових дій підтверджує, що війська поряд з неминучими фізичними втратами несуть відчутні психологічні втрати. Це, насамперед, пов'язано з отриманням воїнами бойових психічних травм, які, в свою чергу, призводять до розладів психічної діяльності, повної або часткової втрати боєздатності.

Класифікація

Існує кілька класифікацій та формулювань. Одною із найрозповсюдженіших є класифікація, де БПТ розглядається як різновид посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Причини

Одним із важливих чинників, що призводить до БПТ, є небезпека, що загрожує життю і здоров'ю, що як правило, пов'язано зі сприйняттям картини загибелі та поранень інших людей. Інші психологічні чинники впливу бойової обстановки обговорювались на попередньому занятті.

Клінічна картина

БПТ можна розділити на дві групи.

У першому випадку прояви БПТ виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. Військовослужбовець, який отримав БПТ, може впасти в повну загальмованість (ступор), слабо або зовсім не реагувати на навколишню обстановку або, навпаки, виявляти високу рухову активність (кидатися, кричати тощо). У важких випадках виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів. Цей опис співпадає з клінічною картиною гострих реакцій на стрес (шокових реакцій).

При цьому БПТ потрібно відрізняти від прояву розгубленості або боягузтва: ніякі заклики, умовляння, погрози, ляпаси не виводять людину із стану дезорієнтації і лише можуть погіршити наслідки БПТ.

До другої групи відносяться БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих факторів. У цьому випадку накопичення психічної напруги відбувається постійно та непомітно для військовослужбовця. Він може стати замкнутим, похмурим, грубо реагувати на звернення до себе з боку товаришів.

Симптоми тривалих наслідків БПТ співпадають із клінічними проявами посттравматичного стресового розладу.

Послідовність розвитку та тривалість клінічних форм БПТ

Травматичний стрес

(під час критичного інциденту та одразу після нього - до 2 діб)

Гострий стресовий розлад (перехідний період)

(протягом 1 місяця після критичного інциденту – від 2 діб до 4 тижнів)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

(через більш як місяць після критичного інциденту – більше 4 тижнів)

Посттравматичний розлад особистості

(протягом наступного життя людини, яка пережила травму)

Клінічні прояви бойової психічної травми

Гостра реакція на бойовий стрес. Перебування в районі бойових дій супроводжується комплексним впливом ряду обговорених на попередньому занятті чинників (чітко усвідомлене відчуття загрози для життя; смерть

товаришів по зброї або з необхідністю вбивати; дефіцит часу, раптовість подій; відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчів; незвичні для учасника бойових дій кліматичні умови, тощо)

При подіях, що загрожують життю, негайну реакцію людини, в першу чергу, визначають інстинкти (самозбереження), фізичні та психічні особливості особистості. Як було обговорено на попередньому занятті, описані два варіанти гострої реакції та стрес панічна реакція із психомоторним збудженням і ступор із загальмованістю.

Критерієм переходу психологічної реакції на стрес у психопатологічну, що потребує медичного (психіатричного) втручання, при гіперкінетичному варіанті гострої реакції на стрес є дезорганізація поведінки з неадекватними і небезпечними для життя вчинками, обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням. У таких випадках клінічна картина описується класичною психіатрією як «реактивний психоз».

При патологічних варіантах гіподинамічної реакції на стрес людина лежить із закритими очима, не реагує на оточення. Всі реакції організму сповільнені, зіниці в'яло реагують на світло, дихання сповільнене, безшумне, поверхневе.

Після редукції гострої реакції на стрес, коли реальна загроза зникає, настає перехідний період, перебіг і тривалість якого залежать від типу перенесеної бойової ситуації. У перехідному періоді комбатант скарг не пред'являє і за допомогою не звертається. У цей період спостерігаються розлади сну, зміна харчової поведінки, зменшується вага тіла, збільшується частота пульсу та дихання, що не пов'язані із фізичним навантаженням, підвищується артеріальний тиск. Має місце, не помічене об'єктивно, внутрішнє емоційне напруження. Спостерігаються раніше нехарактерні для особистості нерішучість і бажання перекладати прийняття відповідальних рішень на інших осіб. При вірогідному повторенні стресової ситуації підсилюються вегетативні симптоми, змінюється і особистість в бік деривації моралі, загострюються психосоматози та іпохондрична фіксація на неприємних відчуттях. Перехідний період в залежності від тяжкості та тривалості стресу може тривати від 15 до 30

діб. У подальшому у деяких випадках розвивається ПТСР. До числа факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність комбатанта до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасної інтеграції травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки. Різні аспекти ПТСР будуть обговорені на наступних заняттях.

Командири підрозділів повинні вміти своєчасно виявляти військовослужбовців з ознаками наслідків психотравм, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою. Критеріями при цьому є неможливість виконання бойових обов'язків, деморалізуючий вплив осіб з БПТ на особовий склад підрозділу, загроза з їхнього боку безпеці інших людей.

Історія вивчення посттравматичного стресового розладу. Фактори ризику розвитку ПТСР.

Вважається, що вперше термін «посттравматичний стресовий синдром», яким позначався викликаний важким стресом специфічний симптомокомплекс психічних розладів, був запроваджений у 1980 році М. Ногашем і співавторами; цей термін був включений до американської класифікації психічних розладів (DSM – III). Раніше такі розлади відносилися до неврозів.

Але ще в 1944 році Е. Lindemann для визначення тривалих післястресових розладів психічної сфери ввів визначення «патологічне горе» (pathological grief), як синдром, що має специфічну психопатологічну та соматичну структуру, що розвивається після дії психогенного чинника. Згодом цей синдром здатний трансформуватися у «нормальну реакцію на горі» (normal grief), а потім елімінуватися.

У 1957 році D. Leopold та H. Dillon описали психічні порушення серед 36 моряків, які врятувалися під час вибуху танкера «Mission». Виявлені у 16 з них психічні розлади у вигляді нав'язливих і болісних спогадів, нападів тривоги, негативного емоційного фону були визначені як посттравматичний невроз тих, хто вижив (post-traumatic neurosis in survivors) або як посттравматична психологічна хвороба» (post-traumatic psychological illness).

У подальшому W. Niderland та D. Lifton вводять поняття «синдром тих,

що вижили» (survivor syndrome). Психічний стан тих, що пережили катастрофи, в цих випадках варіює від так званої «зомбіподібної психічної загальмованості» (zombi-like psychic numbing) та різких змін особистості в цілому, до реакцій, відповідних тимчасовій психічній дезадаптації практично здорових осіб.

Пізніше А. Burgess і L. Holstrom вводять поняття «синдром згвалтованих» (rape-trauma syndrome), який постає у вигляді специфічного психосоматичного симптомокомплексу, що розвивається у віддалені терміни приблизно у третини тих, хто піддався зґвалтуванню; він характеризується втратою звичайної емоційності, «травмафобією», підвищеною збудливістю та дратівливістю, що повторюються нічними кошмарами.

У другій половині 70-х років минулого століття розповсюдилися роботи з вивчення впливу стресів військового часу на психічний стан людини. Ці дослідження проводились на матеріалах та контингентах хворих ветеранів в'єтнамської війни. Серед найчастіших розладів наголошувалися нав'язливі повторювані спогади у вигляді яскравих образних уявлень («flashbacks») у супроводі пригніченого настрою, страхів, соматичних розладів; стани відчуження та байдужості з втратою звичайних інтересів та відчуттям вини; жакливі сновидіння, пов'язані з попереднім військовим досвідом; підвищена збудливість, дратівливість, вибуховість. С. Figley у 1978 році запропонував навіть використовувати термін «в'єтнамський постсиндром» («post Vietnam syndrome»).

У ході подальших досліджень автори розробили діагностичні критерії даного розладу, відображені згодом у DSM - III (1980) і у Міжнародній класифікації хвороб. У попередніх варіантах класифікацій викликані стресом психічні розлади розглядалися в межах невротичних.

Основні епідеміологічні роботи з посттравматичних стресових розладів проведено при психіатричних обстеженнях осіб, що потерпіли у масових лихах і катастрофах.

Так, J. Streimer та J. Cosstic при обстеженні 126 австралійських ветеранів у 27,0% випадків визначили розлади, відповідні ПТСР.

У доповіді Спеціальної комісії комітету з питань ветеранів конгресу

Сполучених Штатів Америки, наголошено, що 15,0% ветеранів-чоловіків та 9,0% ветеранів-жінок страждають на посттравматичні стресові розлади (в абсолютних числах це складає 470 тис. осіб).

Е. McDaniel повідомляє про 10,0 - 20,0 % хворих із посттравматичними стресовими розладами серед потерпілих при стихійних лихах.

Фактори ризику розвитку ПТСР.

Відомо, що в основі посттравматичних стресових розладів лежить психічна травма, точніше подія, здатна викликати тяжкий психічний стрес. У всіх випадках така «подія» незвичайна для особистості і супроводжується негативним спектром емоцій: страхом, відчуттям безпорадності, безвихідності та ін.

Психічні травми («події») можуть бути такими:

- за критерієм кількості уражених осіб:

індивідуально-особистісною (згвалтування, каліцтво, або смерть близької людини); загальною (війна, катастрофа);

- за критерієм походження:

обумовленою природними факторами (землетрус, повінь, блискавка, ураган, виверження); обумовленою техногенними факторами.

Характерно, що одні з типів психічних травм завжди викликають посттравматичні стресові розлади (наприклад, тортури), інші типи – лише в окремих випадках (наприклад, дорожньо-транспортні події). Чим довша дія психічної травми, тим більша вірогідність розвитку посттравматичних стресових розладів.

Рівень та глибина психічної травми посилюється низкою чинників (так звані «чинники-ампліфікатори»). Найбільш значущі з них – безпосередня вірогідність смерті, ідентифікація себе із жертвою, втрата соціальних зв'язків, невизначеність віддалених наслідків, пізнє лікування чи його відсутність, відчуття безпорадності.

Певні обставини, що передують травматичній події, можуть підвищувати вірогідність розвитку ПТСР. Їх називають *факторами ризику* ПТСР. В число факторів ризику входять:

- особливості особистості, включаючи риси диссоціальної поведінки (тобто акцентуації характеру і особистісні розлади);
- зловживання алкоголем або наркотиками, аддиктивні розлади;
- наявність в анамнезі психологічних травм (наприклад, фізичного насилля в дитинстві, нещасних випадків у минулому);
- молодий та похилий вік;
- певний ризик має і нещасливе дитинство та психічна патологія у членів сім'ї.

Ці обставини зменшують адаптивність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Щодо віку потерпілого, можна припустити, що у молодих людей, а особливо у дітей і підлітків, ще мало знань і навичок, потрібних для ефективної поведінки у небезпечних ситуаціях, а також досвіду успішного розрішення життєвих проблем. Тому у них в момент стресу частіше, ніж у дорослих, виникають інтенсивні відчуття жаху, розгубленості і відчаю. Люди похилого віку знання і досвід мають, але відчуваються себе слабкішими, менш спритними і вправними, ніж раніше, а тому і залежними від інших. У ситуації стресу у них часто виникають відчуття розгубленості і вини, а також боязнь втратити близьких.

До факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність особи до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасного інтегрування травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки.

Біохімічні і морфологічні зміни у нервовій системі при ПТСР

Виходячи із визначення психогенних (реактивних) психічних розладів, вони виникають внаслідок дії психологічних чинників. Ніякого біологічного впливу (фізичного, хімічного, тощо) такі чинники не надають, тобто внаслідок їх дії органічних уражень ЦНС виникнути не може. Разом з тим, реакція організму на стрес, у тому числі психоемоційний, включає певні фізіологічні компоненти. Виникають зміни у рівні нервового збудження, вмісті гормонів та відповідне підвищення тону м'язів, посилення роботи серця, дихання.

Організм готується до активного протистояння небезпеці. Нормальні реакції властиві здоровому організму у випадку розладів адаптації переходять у патологічні. Тому цілком очікувано, що ПТСР є не суто психологічним явищем, що не включає ніяких біологічних змін у нервовій системі, а психо-біологічним розладом. Результати досліджень підтверджують цю думку.

Реакції, що виникають в організмі, є адаптивними. Вони можуть розглядатися під різними кутами зору на системному, органному, клітинному рівнях; з позиції психолога, патофізіолога, біохіміка. Загальноприйнято, що адаптивні реакції організму під впливом екстремальних факторів завжди надмірні, тому стрес-реакція супроводжується не тільки пристосувальними, але й патологічними змінами. Як правило, вплив екстремального фактору обмежений в часі. У цьому плані стрес перебування в районі бойових дій, як виключення, тривалий, пролонгований.

Внаслідок постійної активності зв'язки між елементами нових функціональних систем через деякий час стають міцнішими та закріплюються пластичними процесами. Утворюються нові функціональні (для екстремальних) і патологічні (для звичних) умов існування системи, які можуть зберігатися тривалий час. Окрім того, надмірні реакції адаптації викликають полісистемні пошкодження в організмі.

На даний час встановлено, що накопичені стресові впливи викликають множинні зміни у вигляді пошкодження клітин головного мозку, особливо нейронів лімбічної системи. Відомо, що шестигодинний щоденний стрес протягом 21 доби викликає зменшення довжини та кількості розгалуджень апікальних дендритів клітин лімбічного комплексу. Це дозволяє зробити припущення про виникнення значних патогенетичних змін в нервовій системі учасників бойових дій, які знаходяться в екстремальних умовах не 21 добу, а 12-24 місяці.

Е. Kolb, узагальнюючи дані психофізіологічних і біохімічних досліджень у ветеранів війни у В'єтнамі, вказує, що в результаті надзвичайної за інтенсивністю і тривалістю стимулюючої дії відбуваються зміни в нейронах кори головного мозку, блокада синаптичної передачі і навіть загибель нейронів.

Насамперед при цьому страждають зони мозку, пов'язані із контролем над агресивністю та циклом сну. Ці спостереження були підтверджені результатами лабораторної діагностики.

Так, S. Paige та співавт. відзначають на ЕЕГ достовірну відмінність між хворими із посттравматичними стресовими розладами та здоровими людьми за залежністю амплітуди піку Р-2 слухових викликаних потенціалів від інтенсивності стимулу.

У ряді досліджень показано виражену реакцію парасимпатичної нервової системи на повторне переживання подій, пов'язаних із травмою.

У роботах, присвячених нейроендокринним змінам у осіб із посттравматичними стресовими розладами, вивлені виражені порушення обміну ендогенних опіоїдів, і зокрема на низький рівень В-ендорфіну в плазмі крові. Це дозволяє припускати, що одним із біохімічних факторів у розвитку посттравматичних стресових розладів є хронічне виснаження ендогенної опіоїдної системи.

М. McFall та співавт. і J. Masson і співавт. виявили порушення симпатико-адреналової системи у вигляді надмірної адренергічної активності у осіб із посттравматичними стресовими розладами. М. Hamner та B. Diamond вказують на підвищення рівня дофаміну, а М. Hamner і співавт. - вмісту катехоламінів у плазмі у цих хворих. Y. Lerer і співавт. виявили зниження щільності В-аденорецепторів тромбоцитів. Аналогічні результати за В-2-рецепторами отримали В. Ретгу у дітей і К. Yehuda та співавт. у ветеранів в'єтнамської війни. S. Southwick і співавт. вдалося спровокувати стан паніки у 62,0 % і «flashbacks» у 31,0 % ветеранів із посттравматичними стресовими розладами, вводячи їм адреноблокатор йохімбін.

На зміни структури сну при посттравматичних стресових розладах вказують D. Ross і співавт., дослідивши ЯЕМ-фазу сну у ветеранів війни у В'єтнамі із посттравматичними стресовими розладами, виявили відносно її подовження, а також велику кількість фрагментованих ЯЕМ-фаз.

Вважається, що найважливішим механізмом синдрому генезу при посттравматичних стресових розладах є психосоматичний, тобто такий, що

реалізується через інтеграційні церебральні системи, емоційно-вегетативно-трофічну регуляцію, перш за все на гіпоталамічному рівні.

Єдиним пусковим механізмом психосоматичної реакції є *емоційний дистрес*. Він характеризується станом вираженого емоційного збудження, що виникає під впливом психологічного конфлікту, який стосується значущих інтересів особистості. Емоційні реакції, що формуються в таких умовах, мають властивість домінувати, гальмуючи інші види психічної активності, порушуючи психічну адаптацію індивіда та емоційний гомеостаз.

Емоційні реакції мають два паралельні компоненти: психологічний (задоволення чи незадоволення) та вегетативний, який виконує біологічно важливу роль енергетичного забезпечення цілісної поведінки. Ця особливість виявлення емоцій пов'язана з нейрофізіологічним субстратом, що включає нову кору та лімбічну систему (гіпокамп, мигдалина, гіпоталамус), які взаємодіють з ретикулярною формацією ствола мозку. Збудження цих структур виявляється відповідними відчуттями, руховими та мімічними реакціями, а також зміною вегетативних функцій. Патогенна по відношенню до внутрішніх органів функція емоційного дистресу пов'язана з тим, що його вегетативний вираз включає як надмірну активацію ерго- чи трофотропних структур гіпоталамуса (за О. М. Вейном), так і тривале збудження гіпофізарно-надниркової системи.

Враховуючи домінуючі аферентні зв'язки, а також його еферентні виходи на нейрогіпофіз і периферичні відділи вегетативної нервової системи, слід вважати гіпоталамус центральним пристроєм, що поєднує та координує активність виконавчих органів в умовах емоційних реакцій.

Через вплив низхідних нервових шляхів гіпоталамус пов'язаний з вегетативними центрами довгастого та спинного мозку. До функції гіпоталамусу відноситься безумовно рефлекторна регуляція кров'яного тиску, дихання, діяльності шлунково-кишкового тракту та січового міхура, кровотворення, потовиділення, теплоутворення, зіничного рефлексу, вуглеводного, ліпідного обміну; здійснюючи регуляцію симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, гіпоталамус регулює

також функцію нейро-секреторних ядр, що виробляють гіпоталамічні нейрогормони, які, у свою чергу, регулюють функцію гіпофізу.

Таким чином, гіпоталамус здійснює регуляцію діяльності внутрішніх органів різними шляхами: через симпатичну та парасимпатичну іннервацію (вегетативна нервова ланка) та гіпоталамо-гіпофізарну нейроендокринну системи (нейроендокринна ланка).

Основними біохімічно активними речовинами симпатико-адреналової системи є катехоламіни: адреналін, норадреналін та дофамін. Як джерела адреналіну, норадреналіну є, перш за все, мозковий шар надниркових залоз і в меншому ступені - позаниркова тканина. Дофамін має дві функції – є медіатором у головному мозку та попередником біосинтезу норадреналіну. Адреналін, норадреналін і дофамін відносяться до амінів прямої дії.

Численні дослідження показують зрушення біохімічних показників при посттравматичних стресових розладах у всіх центральних та периферійних ланках.

Універсальним нейрофізіологічним механізмом патогенезу посттравматичних стресових розладів є порушення ієрархічного підпорядкування інтеграційних церебральних систем, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу. При цьому порушуються реципрокні взаємини активуючих та гальмуючих регуляторних компонентів із подальшим виснаженням регуляторних систем.

Класифікація моделей ПТСР.

Існуючі моделі ПТСР пов'язані з розумінням його патогенезу. Е. Brett пропонує розрізняти три базові групи патогенетичних механізмів та, власне, моделей патогенезу:

- психологічні;
- біологічні;
- комплексні (переважають останні).

У якості конкретних моделей ПТСР запропоновані наступні концепції:

- психодинамічна модель: Его-стрес, тригерний механізм, актуалізуючий дитячі конфлікти.

- когнітивна модель: руйнування базових уявлень про світ та себе, напливи сенсорних вражень.
- інформаційна модель: емоційна реакція-заперечення-вторгнення-переробка-завершення.
- психофізіологічна модель: А-NA-енграми-когнітивні розлади.

Психологічні моделі ПТСР.

Психодинамічні (психоаналітичні) моделі.

Відповідно до психодинамічного підходу, травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцисичний конфлікт. Він запровадив поняття стимульного бар'єру. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі – це спроба її контролю.

У сучасній психодинамічній моделі (Grubrich, Simitis) як наслідки травматизації розглядаються: регрес на оральну стадію розвитку, зміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизація Я, ідентифікація з агресором -Я, деструктивні зміни Я ідеального. Вважається, що травма – це тригерний механізм, який актуалізує дитячі конфлікти.

Ця модель не пояснює всієї симптоматики посттравматичного реагування, наприклад, постійного обігравання травми. У досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, але це не зумовлює розвиток мало адаптивної відповіді на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія при лікуванні посттравматичного стресового розладу є неефективною.

Інтерес до роботи з ПТСР представляє сучасний психоаналітичний погляд на механізм розвитку дитячої травми (інфантильного переживання), докладно розібраний Д. Калшед (2001).

Незадоволені потреби, до яких належать і стани важкої депривації, часом завдають серйозної шкоди розвитку дитини. Відмінною рисою такої травми є переживання тривоги дезінтеграції – жаху перед розчиненням цілісності Я, якому слід запобігти будь-якою ціною.

У період раннього дитинства, коли має місце така травма, ще не сформовано цілісне Я та його захист, тому щоб «немислиме» не було пережите, в дію вступає друга лінія захистів. У межах психоаналітичного підходу ці захисти називають примітивними чи дисоціативними. Це, наприклад, розщеплення, проєктивна ідентифікація, ідеалізація та знецінення, трансівні стани, перемикання між множинними центрами ідентичності, деперсоналізація, психічне заціпеніння.

Ці примітивні захисти, які служать ознакою важких форм психопатології, є також її причиною. Сновидіння, пов'язані з травмою – це автопортрет архаїчних захисних дій психіки, вони створюють спонтанну картину другої лінії захисту психіки. Породжуючи символи афектів і фрагментів особистісного переживання травми, вони беруть участь у процесі лікування: «Якщо травматичний захист якось виник, всі відносини із зовнішнім світом переходять у сферу систем самозбереження. Те, чому передбачалося бути захистом проти подальшої чи повторної травматизації, стає основним каменем спотикання, опором для будь-яких спонтанних проявів Я, спрямованих у світ. Особа виживає, але не може жити творчо: її креативність блокована. Стає необхідною психотерапія»

Серед психологічних моделей значною популярністю користується *an information-processing model* (модель інформаційної переробки), запропонована М. Horowitz. Ця модель близька до *психодинамічних теорій*. Автор опирався на ідеї S. Freud і власні дослідження.

S. Freud, обстежуючи солдатів, що брали участь у першій світовій війні та внаслідок цього страждали на нічні жахи відповідної тематики, припустивши, що ці сни відображають первинну локалізацію «травматичних образів», а їх повторення є інфантильною формою захисту, коли постійне неусвідомлене відновлення у пам'яті нещастя призводить до формування певного захисного досвіду. При цьому наявні у хворих розлади кваліфікуються як невротичні («травматичний невроз»).

У М. Horowitz цим групам реакцій відповідають групи симптомів «заперечення» та «повторного переживання». В цілому схема М. Horowitz

виглядає таким чином:

травматичний стрес - заперечення - повторне переживання - засвоєння.

У ході проведеного клінічного та експериментально-психологічного дослідження М. Horowitz встановив, що симптоматично «заперечення» виявлятиме прояв у амнезії, порушенні уваги, загальну психічну загальмованість, прагнення уникнути будь-яких нагадувань про травму або асоціацій, пов'язаних з нею. Симптоматика «повторного переживання» характеризується нав'язливими повторюваними думками, розладами сну, включаючи нічні жахи, дисоціативні епізоди «flashbacks», відчуття тривоги.

Green B. L., Wilson J. P., Lind J. D. запропонували *психосоціальну модель ПТСР*. Вона базується на інформаційній моделі та намагається пояснити, чому при впливі стресора в одних осіб розвивається ПТСР, а в інших не розвивається, розглядаючи системно взаємодію стресора, нормальної реакції на нього, індивідуальні характеристики, соціального оточення, в якому переживається травма.

Згідно Wilson et al., особистість відчуває психічне навантаження до тих пір, поки травма не буде успішно інтегрована. Психічне навантаження визначається як стан, при якому природа, інтенсивність і значення травматичного досвіду не можуть бути зрозумілі в термінах існуючої концептуальної схеми реальності. Причина — недостатність Его-захисних, адаптивних механізмів щодо стресора, що призводить до нездатності опрацьовувати, пережити набутий досвід. Якщо людина знаходиться в сприятливих умовах, вірогідність справитися з травмою зростає, і навпаки.

Особливостями індивідуальності, що впливають на посттравматичну когнітивну переробку, є: сила Его, ефективність механізмів адаптації, наявність психопатології, що існувала до впливу травми, особливості поведінки, психосоціальний статус, набутий до травми досвід, демографічні фактори (вік, освіта). До факторів соціального оточення відносяться: соціальна підтримка, підтримка з боку сім'ї, відношення суспільства до війни, особливості культури, додаткові стресори.

Можливі два види реалізації стресового розладу: зростаюча дестабілізація

та патологічний результат у вигляді ПТСР або іншої патології (психози, патологія характеру). При цьому Wilson відмічає, що навіть при стабілізації діагностуються симптоми, які пов'язані з травмою (надлишкова пильність, нічні жахи, зміна в характері).

Правомірність даної моделі підтверджують багато досліджень. Виявлено кореляційний зв'язок ступеня травми з тяжкістю ПТСР, відсутністю соціальної підтримки та ступенем прояву ПТСР, разом з тим зазначено відсутність зв'язку між приморбідними особистісними факторами і розвитком ПТСР. Тому основними факторами ПТСР є тяжкість стресу та ступінь психосоціальної ізоляції під час реадaptaції.

Біхейвіористична (поведінкова) модель ПТСР.

Т. М. Кеапе та співавтори запропонували найбільш сучасну біхейвіористичну редакцію поняття ПТСР (a behavioral formulation). Вони вважають, що для виникнення та підтримки ПТСР необхідні два фактори: 1) напрацювання класичного умовного рефлексу, коли реакція на страх засвоюється через асоціації; 2) напрацювання інструментального умовного рефлексу у вигляді закріплення такої поведінки, при якій уникають ситуації, що провокує тривожність.

Умовні подразники є пусковим сигналом. Це можуть бути думки, люди, життєві ситуації. Чим більше стимул схожий з умовним, тим сильніша буде відповідна реакція. Травматичний досвід є неприємним. У відповідності з принципами негативного підкріплення поведінка, що призводить до зниження рівня негативного відчуття, підкріплюється. Розлади поведінки, такі як гнів, агресія, алкоголізм, є біхейвіористичними патернами, які підкріплюються завдяки їх здатності щодо зменшення неприємних відчуттів.

Інтегративна когнітивна модель ПТСР (за А. Елерсом та Д. Кларком)

Когнітивна модель ПТСР пояснює виникнення та хроніфікацію симптомів посттравматичного стресу. Вона також створює стратегічну основу для когнітивно-біхейвіоральної психотерапії цього розладу.

Когнітивна модель ПТСР розроблена фахівцями з Оксфордського університету А. Елерсом та Д. Кларком (2000). Ця модель пов'язує типове для

ПТСР почуття постійно присутньої загрози з низкою когнітивних та поведінкових факторів.

- когнітивними оцінками травми та її наслідків;
- специфікою запам'ятовування травматичного досвіду та характером взаємозв'язку цього виду пам'яті з автобіографічними спогадами;
- дисфункціональними поведінковими та когнітивними стратегіями подолання;
- минулим досвідом травматизації та вихідною когнітивною схемою (базисних уявлень про мир та власну особистість), яка існувала у потерпілого до травми.

Розглянемо послідовно кожний фактор моделі.

Когнітивні оцінки травми та її наслідків. Постраждалі, у яких за пережитою травмою розвиваються симптоми ПТСР, відрізняються від тих, що спонтанно одужали, особливим типом сприйняття травматичної події та її наслідків. Як правило, їм не вдається сприймати трагічну подію як обмежену в часі, яка не має глобальних негативних наслідків для майбутнього. Їхні когнітивні оцінки того, що сталося, і можливі наслідки породжують відчуття постійно присутньої загрози, яка може бути локалізована зовні («Світ став більш небезпечним») або виходити від самого індивіда («Я не здатний постояти за себе та близьких»).

На думку авторів моделі, почуття постійно присутньої загрози може бути пов'язане з декількома типами когнітивних оцінок події, що травмувала.

1. За механізмом над-узагальнення постраждалі люди починають розглядати цілком звичайні обставини як небезпечні. Вони перебільшують ймовірність чергової катастрофи (когнітивне спотворення катастрофізація), можуть розглядати факт того, що трапилося як доказ того, що вони «притягують біди» і «з ними вічно трапляється щось погане» (когнітивне спотворення персоналізація). Очевидно, що таке сприйняття того, що трапилося, несумісне з продуктивними діями. Ці когнітивні оцінки породжують поведінку уникнення, яка, своєю чергою, підкріплює страх. Прикладом цього порочного кола може бути типове після дорожньо-транспортної пригоди

уникнення водіння автомобіля через нереалістичні уявлення про ймовірність чергової аварії або уникнення соціальних контактів після сексуального насильства через такі самі нереалістичні прогнози.

2. Постраждалі можуть спотворено оцінювати власну поведінку під час події, що призводить до відчуття загрози. Так, жінка, яка зазнала під час згвалтування сексуального збудження, інтерпретує свою реакцію як свідчення існування неконтрольованих бажань. Стан розгубленості, заціпеніння під час події може трактуватись як ознака «слабовілля та нездатності справлятися з бідами».

Негативні оцінки наслідків травми можуть викликати відчуття постійно присутньої загрози та сприяти зміцненню ПТСР. Такими оцінками є наступні.

1. Інтерпретації первинних ознак постстресового розладу. Симптоми гострої постстресової реакції (спогади, що вторгаються у психіку, дратівливість, нестійкість настрою, труднощі концентрації уваги тощо) можуть виникати невдовзі після травми. Постраждалі найчастіше не знайомі з нормальним перебігом відновлення після екстремального стресу. Тому багато хто з них розглядають перелічені симптоми як ознаки незворотних порушень, бачать у них загрозу фізичному та психічному благополуччю. Наслідки цих інтерпретацій очевидні — інтенсивні негативні емоції (тривога, депресія, гнів) та дисфункціональні стратегії додання, які лише закріплюють посттравматичний розлад. Якщо спогади, що вторгаються, розглядаються як ознаки божевілля або втрати контролю над власним розумом, постраждалий може намагатися вольовим шляхом викинути їх з голови. Активне придушення спогадів парадоксальним чином сприяє їх частішим вторгненням за принципом: «Не думай про білу мавпу».

2. Інтерпретації реакцій інших людей під час події та після нього. Дуже часто близькі друзі та члени сім'ї потерпілого не знають, як правильно поводитися з ним. У силу існуючих уявлень про делікатність вони намагаються не турбувати його і уникають прямих розмов про те, що сталося. Така поведінка оточуючих може інтерпретуватися як ознака байдужості або, що ще небезпечніше, як свідчення їхньої переконаності в тому, що сталося з вини

потерпілого. Ці когнітивні оцінки сприяють виникненню таких симптомів ПТСР, як соціальне відчуження та ізоляція. Вони не дозволяють постраждалим активно обговорювати те, що трапилося з близькими людьми, що позбавляє їх можливості «вентилювати» хворобливі переживання та коригувати спотворені уявлення про наслідки події.

3. Оцінки наслідків травми життя постраждалого. Травматична подія може впливати на різні сторони життя людей — фізичне здоров'я, зовнішність, професійну та фінансову ситуацію. Люди, що хворіють на ПТСР, схильні інтерпретувати ці впливи як ознаки незворотних життєвих змін до гіршого.

Ті, хто страждає на ПТСР, переживають цілий спектр негативних емоцій. Згідно з когнітивною моделлю, спотворені когнітивні оцінки травми та її наслідків хроніфікують ці емоційні реакції. Оцінки, пов'язані з загрозою, породжують реакцію «на сполох» («Скрізь небезпечно»); відчуття несправедливості та порушення особистих кордонів — сильні переживання гніву («Зі мною обійшлися несправедливо»); думки про власну відповідальність за те, що трапилося — інтенсивне переживання провини; думки про втрату — тугу («Моє життя ніколи не стане колишнім»).

Біологічні та змішані моделі ПТСР.

Психофізіологічна модель ПТСР.

Згідно із психофізіологічною моделлю, в основі ПТСР лежить модульована мозком, компенсована на збільшений рівень інформації, відповідь в особистостей, що характеризуються низьким рівнем інформаційного потоку в ЦНС. Автор стверджує, що парасимпатотоніки мають більш високий ризик розвитку ПТСР. Такі індивідууми відчувають низький рівень інформаційного потоку в ЦНС в порівнянні з симпатотоніками. Очевидно, парасимпатотоніки привикають швидше до сенсорної інформації. Результат - спроба мозку збільшити свій власний інформаційний потік для підсилення перцептивного та поведінкового функціонування. У бойових умовах парасимпатотоніки здатні краще протистояти невизначеності і збільшенню потоку інформації. Замість відчуттів нудьги, тобто інформаційного голоду, вони відчувають оптимальний рівень психофізіологічного функціонування. Коли ж бойова ситуація відсутня,

інформаційний потік в ЦНС зменшується до низького рівня. Отже, в звичних умовах парасимпатотоніки відчують сенсорну деривацію, серйозну нудьгу та депресію. Якщо компенсаторне збільшення інформаційного потоку в ЦНС закріплюється, то це й призводить до виникнення симптомів ПТСР: жахів, безсоння, гіперпильності, імпульсивної поведінки.

Нейробіологічна модель ПТСР.

В останні роки ряд вчених сфокусували свою увагу на *нейробіології ПТСР*. Бойовий стрес приводить до активації симпатoadреналової (САС) та гіпоталамо-гіпофіз-надниркової (ГГНС) систем. Завдання синергічної дії даних систем полягає в забезпеченні енергією мозку та м'язів, активації уваги та пам'яті. При цьому спостерігається: збільшення рівня катехоламінів плазми, зниження рівня мозкового норадреналіну, збільшення продукції 3-метоксі-4-гідроксфенілглікола, зменшення рівнів серотоніну та дофаміну в мозку, збільшення рівня ацетілхоліну, анальгезія, що викликана ендогенними опіоїдними пептидами та іншими медіаторами антиноцицептивних систем.

Гіперактивність норадренергічних нейронів при тривалому стресі закріплюється у вигляді сформованої патологічної системи, гіперчутливої до стресорних факторів, що пов'язані з війною. Гіперактивність норадренергічної системи може бути обумовлена повторним переживанням травматичних подій. Коли виникає стан надмірного збудження, то виникає реактивація механізмів пам'яті, пов'язаних з війною.

Van der Kolk B. A. та співавтори зазначають важливу роль опіоїдної системи в патогенезі ПТСР. Опіоїдні пептиди з їх психоактивними властивостями (транквілізуюча дія, зменшення агресії, зменшення відчуття неадекватності, антидепресивна дія) модулюють виразність стресу. Повторне переживання травми призводить до збільшення продукції опіоїдних пептидів і приносить відчуття контролю. Коли переживання закінчуються, людина проходить через картину відміни екзогенних опіоїдів.

Докладніше біологічні зміни у ЦНС обговорювались на попередньому занятті, де мова йшла про ПТСР як психологічну та біологічну категорію.

Фактори ризику розвитку ПТСР.

Говорячи про етіологію психічних розладів, не слід забувати, що при більшості з них крім основного чинника, що викликає розлад (наприклад, психологічна травма) велике значення мають інші, супутні чинники, які можуть підвищувати ризик розвитку захворювання (сприятливі фактори), або, навпаки, знижувати цей ризик (захисні фактори). Як фактори ризику, так і захисні фактори можна розділити на внутрішні (особистісні риси, генетичні та інші біологічні якості організму, тощо) і зовнішні (характер етіологічного чинника, інші зовнішні обставини, що впливають на людину).

Вертаючись до ПТСР, слід нагадати, що не у всіх людей, які попадають у психотравмуючу ситуацію розвивається цей розлад. Роздивимось епідеміологічні дані, що стосуються ПТСР.

Поширеність ПТСР

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2013, 2019), один з кожних 11 осіб (9%), які пережили війну або інші конфлікти в попередні 10 років, виникне психічний розлад важкого чи середньо важкого ступеня. При цьому частота нововиявлених випадків посттравматичних стресових розладів серед населення щорічно становить 0,37 %. Епідеміологічні дослідження показують, що протягом життя посттравматичним стресовим розладом хворіє 1% населення, а у 15% після тяжких психічних травм (техногенних катастроф, воєнних дій) можуть виникати окремі симптоми цього захворювання.

Як відзначають Г. І. Каплан і Б. Седок (1998), ПТСР зустрічається у 1-3% всього населення, а серед ветеранів війн – у 30% випадків. Ю. В. Попов та В. Д. Вид повідомляють, що зазначений розлад виникає у 50—80 % осіб, які перенесли тяжкий стрес, а в загальній популяції населення у мирний час для чоловіків цей показник становить 0,5 %, для жінок — 1 2%. Серед учасників громадянського протистояння у Москві жовтні 1993 р., за спостереженнями У. Р. Ротштейна, показник поширеності ПТСР досяг 57 %.

Епідеміологічні дані про захворюваність на ПТСР помітно варіюються залежно від різних факторів — характеру психотравми, статі, віку обстежуваних груп, соціально-культурних особливостей — і становлять від 2,6

% від загальної кількості обстежуваного населення до 73—92 % у групах ризику (жителі областей, що постраждали від стихійних лих, катастроф, воєнних конфліктів). Причиною такого розкиду показників може бути відсутність єдиного підходу до визначення діагностичних критеріїв ПТСР.

У спеціальній літературі останніх років про ПТСР збільшилася кількість робіт, присвячених поширеності ПТСР після військової травми, зросла кількість досліджень ПТСР в умовах мирного часу. У вітчизняній літературі переважають роботи, що містять відомості про поширеність ПТСР в учасників та ветеранів бойових дій у «гарячих точках», головним чином Чечні. За даними різних авторів, клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5 до 44% ветеранів війн, а часткові ознаки цього симптомокомплексу у віддалений період виявляються у 63-91,5% випадків.

Якщо розглядати лише контингент учасників війни, то ПТСР як синдром відстрочених у часі від перебування у травматичній ситуації специфічних реакцій із нашаруванням наслідків вторинних стресів відзначається у групі ветеранів війни в Афганістані у 18,6 % випадків. З них хронічно хворими є 41,7%, інвалідами – 56,2%. Отримані дані про поширеність ПТСР у колишніх воїнів, які мешкають на території Республіки Білорусь, свідчать про те, що ознаки ПТСР різного ступеня вираженості спостерігаються у 62,3% обстежених.

На виникнення ПТСР впливає преморбід, тобто стан людини до початку захворювання. Так, у військовослужбовців, які до призову в армію страждали на невроз, ймовірність виникнення ПТСР у 7—9 разів вища, ніж у тих, хто до призову вважався практично здоровим (Brill, 1967).

Обстеження 2856 осіб. в окупованому Іраком Кувейті (Weiseath, 1997) показало, що майже кожен четвертий житель країни відчував симптоми ПТСР протягом 2,5 років після припинення війни, і у дітей та жінок їхній рівень був вищим, ніж у дорослих чоловіків.

Проведене К. А. Ідрисовим (2003) дослідження 508 сімей (1935 осіб), що проживали в зонах бойових дій у Чечні, показало, що 69,5% з них зазнали впливу однієї або кількох психотравмуючих подій, що призвело до розвитку в

31, 2% випадків станів, що повністю відповідають клінічним критеріям ПТСР. Жінки виявилися більш схильними до виникнення ПТСР.

Автором встановлено, що зі зростанням числа психотравмуючих подій збільшується ймовірність розвитку ПТСР. У тих, хто пережив одну психотравмуючу подію, симптоми ПТСР виявлені в 34,4% випадків, у тих, що пережили дві події — у 50,3% випадків, а у тих, що пережили три події і більше, — у 78% випадків.

Проте ретельніший аналіз цього явища показав, що у більшості випадків «політравматизму» відбувався одномоментний вплив на особистість кількох психотравмуючих подій. Тому, на думку автора, слід говорити не про залежність розвитку ПТСР від кількості пережитих травмуючих епізодів, а про інтенсивність впливу на особистість психотравмуючої події. Чим воно інтенсивніше, тим ймовірнішим є розвиток ПТСР.

Вік також надає значний вплив на розвиток ПТСР. Так, у віковій групі старше 46 років частота ПТСР достовірно вища, ніж у молодших вікових групах. Висока вразливість старшої вікової групи може бути пов'язана з надмірною ригідністю, що ускладнює гнучкий підхід до подолання наслідків психічної травми. Між іншими віковими групами дорослих значних відмінностей не виявлено.

Стабільним постачальником ПТСР залишаються дорожні аварії. В Ірландії, за даними 1998, розлади мали місце у 19% постраждалих (Conlon et al., 1999). На думку американських учених, ПТСР розвивається у 39,2% людей, що вижили після автомобільної аварії.

Як бачимо, не у всіх людей, що зазнали впливу психотравмуючої ситуації виникає ПТСР. Роздивимось спочатку які обставини життя, що передують дії травматичної ситуації, посилюють ризик виникнення ПТСР, а які – зменшують цей ризик (коротко ми обговорювали це на занятті 1).

Розглянемо обставини, що підвищують ризик розвитку ПТСР після психологічної травми. Почнемо з внутрішніх чинників, тобто пов'язаних з характеристиками людини.

Вік. Люди різного віку можуть страждати на посттравматичні стресові

розлади. Однак, згідно даних UNICEF, у осіб молодше 22 років (особливо дітей та підлітків) і старше 30 років цей розлад спостерігається частіше. У молодших людей (як говорилося на 1 занятті) замало досвіду розрішення життєвих труднощів, у старших – знижується психологічна гнучкість, необхідна для пристосування до нових ситуацій.

Стать. Частота виникнення ПТСР у жінок достовірно вище, ніж у чоловіків. Можна припустити, що цей факт пов'язаний з більшою емоційністю і більшою схильністю до розладів настрою, властивою жінкам – депресія також спостерігається у них частіше, ніж у чоловіків.

Акцентуації характеру і розлади особистості. Акцентуація характеру — це надмірна вираженість окремих рис характеру та їх комбінацій, що становить крайні варіанти психічної норми, які межують із психопатіями. Акцентуація відрізняється від психопатій відсутністю однозначного прояву тріади ознак, притаманних психопатіям: стабільності характеру за часом, тотальності її проявів в усіх ситуаціях і соціальної дезадаптації. Поняття «акцентуації характеру» (особистості) введене відомим німецьким психіатром К. Леонгардом. Він вважав, що у 20–30% людей деякі риси характеру надмірно загострені (акцентовані), що при певних обставинах призводить до однотипних конфліктів і нервових зривів. При акцентуаціях характеру особистість стає вразливою не до будь-яких (як при психопатіях), а лише до окремого типу травматичного впливу, адресованого «місцю найменшого опору» саме цього типу характеру, при збереженні стійкості до інших травматичних впливів. Акцентуація характеру може бути виражена по-різному — розрізняють виражену й приховану (латентну) акцентуацію, яка може переходити одна в одну під впливом різних чинників, серед яких важливу роль відіграють особливості виховання, соціального оточення, професійної діяльності, фізичного здоров'я.

Формуючись до досягнення особою підліткового віку, більшість акцентуацій, як правило, з часом згладжується, компенсується і лише при складних, травматичних ситуаціях, які тривалий час діють на слабку ланку

характеру, можуть не тільки стати підґрунтям для гострих емоційних реакцій, неврозів, але й зумовлювати формування психопатії.

Нам не удалось знайти публікацій щодо зв'язку між більш частим формуванням ПТСР у осіб з певними акцентуаціями характеру, але відомі загальні закономірності емоційного реагування осіб з акцентуаціями характеру на психотравматичні обставини. Приведемо окремі приклади.

Акцентуація емоцентрична (емотивний тип): емоції домінують у мотивації поведінки; будь-яка подія, власний внесок у неї переживаються надзвичайно глибоко й тривалий час; можлива вишуканість почуттів, схильність до жалю й співчуття, м'якість, альтруїзм, бажання допомогти ділом. Характерними є добросердність, емоційність, старанність, почуття обов'язку, доброзичливість, тактовність, надвразливість, потреба в особливому стилі відносин, всепрощення, невміння командувати іншими. Така людина відчуває чужі неприємності як власні. Інтенсивний стресор сприймається такими особами більш гостро, ніж іншими, вірогідність розвитку ПТСР у них достатньо висока.

Акцентуація невротична (невротичний, тривожно-боязкий тип) — тип з підвищеною схильністю до страху, частіше діагностують у дітей та жінок. Навіть незначні події, які порушують усталений порядок відносин, викликають фобічні переживання. Самооцінка таких людей занижена, а оцінка інших людей завищена. Демонструють обов'язковість, вразливість, самокритичність, емоційність, зацікавленість, дружелюбність, надійність і постійність уподобань, тенденцію «прилипати» до обставин і до людей, невміння дати опір, розгубленість перед новим, безініціативність, несаможиттєвість, мовчазне погодження з несправедливим, але звичним перебігом подій. Таким особам також властиві гіпертрофовані реакції на стрес і висока частота формування ПТСР.

Розлади особистості роблять людину ще вразливішою до стресу, ніж акцентуації характеру. Реакції і поведінка таких людей в надзвичайній, травматичній ситуації часто стають непередбачуваними, а пізніше у них може розвинути ПТСР

Біологічна (генетична) схильність до ПТСР. Деякі дослідження показують, що генетичні чинники грають значну роль у схильності до ПТСР. При цьому одні й ті самі гени відповідають і за схильність до інших психологічних проблем. Наприклад, гамма-аміномасляна кислота (GABA) є найважливішим гальмівним нейромедіатором центральної нервової системи. Недостатній рівень її активності може бути зумовлений генетично, і це робить індивіда більш уразливим до стресорів, збільшуючи ризик виникнення ПТСР.

Зловживання психоактивними речовинами схиляє людей до неадекватної поведінки навіть у звичайних побутових ситуаціях. А якщо людина в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння потрапляє в небезпечні обставини, то своєю поведінкою вона посилює небезпеку для себе і інших. Керування транспортом, користування електрообладнанням та іншими технічними засобами у нетверезому стані стає причиною надзвичайних ситуацій. Слід також підкреслити, що вживання психічно активних речовин не попереджує розвиток ПТСР (усупереч бажанню людини «зняти стрес»), а лиш тимчасово полегшує емоційний стан. Залежність від алкоголю чи наркотиків знижує резистентність нервової системи до дії різних патогенних чинників, включаючи стресові.

Негативний вплив важкого стресу підсилюють і підвищують ризик розвитку ПТСР також наступні обставини:

- наявність інших проблем із психічним здоров'ям, таких як тривожний розлад чи депресія;
- переживання інших психічних травм раніше у житті таких як жорстоке поводження з боку старших у дитинстві, булінг у школі, фізичне чи сексуальне насильство, тощо. Попередні невирішені травми знижують резистентність до стресу і наступних психічних травм.
- наявність роботи, яка збільшує ризик зазнати травматичних подій, наприклад, військова служба (у сьогоденні чи у минулому), деякі медичні спеціальності, рятувальна служба, тощо.
- відсутність підтримки сім'ї та/або друзів, розставання з коханою людиною (зрада, розлучення).

- наявність кровних родичів із проблемами психічного здоров'я, тобто спадкова схильність до певних психічних розладів.

Зовнішні чинники, тобто чинники, пов'язані із обставинами психічної травматизації, що підвищують ризик розвитку ПТСР.

- *Інтенсивність (сила) травми* – наприклад, аварія (ДТП) із серйозними наслідками, напад, зґвалтування, тяжка хірургічна операція, смерть близької людини.

- *Тривалість дії тяжкого або середньої інтенсивності стресора* (травматичних обставин) – наприклад, війна, наслідки якої впливають як на учасників бойових дій, так і на мирне населення, яке знаходиться у зоні бойових дій. Прикладом менш інтенсивного, але тривалого стресора є цькування (*булінг*) — навмисне, довготривале фізичне чи психологічне насильство, що не носить характеру самозахисту. У жертв цькування у деяких випадках розвивається ПТСР.

- *Несподіваність і не контрольованість травматичної події.* Несподівана, раптова, неконтрольована подія справляє інтенсивніший негативний вплив, ніж та, що настає поступово і є очікуваною. Наприклад смерть близької людини від нещасного випадку чи вбивства більш травматична, ніж її смерть після тривалої тяжкої хвороби.

- *Комбінація двох чи більше стресорів, що впливають на особу одночасно.*

- *Послідовна дія двох чи більше стресорів.*

Зрозуміло, що низка стресових чинників, що діють на людину одночасно чи послідовно, з більшою вірогідністю викликають ПТСР, ніж одна стресова подія.

Захисні чинники. Профілактика виникнення ПТСР.

Виходячи із сказаного про фактори ризику виникнення ПТСР та із досвіду людей, що пережили травматичні події, можна назвати деякі чинники, що зменшують вірогідність розвитку ПТСР. В їх число входять:

- Молодий але дорослий вік, чоловіча стать;
- Відсутність акцентуацій характеру, а тим більше психопатій;

- Відсутність інших психічних розладів (неврозів, депресії тощо);
- Відсутність зловживання алкоголем і наркотиками;
- Особистісна зрілість.

Ці якості слід приймати до уваги при професійному відборі претендентів у служби, пов'язані з високим рівнем стресу (рятувальників, пожежників, кадрових військовослужбовців, тощо). Рекомендовано проводити не тільки співбесіду і медичний огляд, але й психологічну діагностику за допомогою відповідних тестів.

Як убезпечити себе людям, які постійно перебувають у потенційно травмуючому середовищі?

Їм можна дати наступні рекомендації:

- Підтримувати комунікацію та контакт із значущими іншими. Це дозволяє відчувати свою спільність та підтримку близьких навіть на відстані.
- Звертатися до релігії (якщо людина є релігійною). Це може давати відчуття надії.
- Перешкодити формуванню травматичних спогадів або не посилювати їх. Не поспішати поділитися тим, що сталося в першу добу, поки короткострокова пам'ять не стала довгостроковою.
- Не вживати алкоголю або транквілізаторів бензодіазепінового ряду. Вони пригнічують викид адреналіну і гормонів стресу, які спочатку допомагають впоратися з потрясіннями.
- Навчитися технікам та методикам зниження стресу. Дихальні вправи, м'язова релаксація, перемикання уваги і не лише допомагають запобігти розвитку панічних атак. Ці техніки докладно описані у спеціальному виданні Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Діагностика ПТСР на ранніх стадіях і проведення відповідного лікування сприяє повному одужанню від цього розладу.

Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу

У сучасному вигляді діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу представлені в Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду, де вони виглядають таким чином:

А. Хворий піддався дії стресової події або ситуації (короткострокової чи тривалої) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Б. Хворий постійно заново переживає дії стресора, що виражені у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або випробовує дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресом.

В. Хворий уникає (або випробовує бажання зникати) обставин, що нагадують про пережите або що асоціюються із стресором (причому до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

Г. Існує будь-який ознака з кількості наступних:

1. Нездатність пригадати (повністю або частково) деякі важливі моменти, що відносяться до періоду дії стресового чинника;

2. Стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості і збудливості (які не спостерігалися у дії стресового чинника), представлені будь-якими двома з наступних:

а) утруднення засинання чи продовження сну;

б) дратівливість чи спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилення чотирихолмного рефлексу.

Прояви, описані в пунктах Б - Г, виникають не пізніше ніж після шести місяців після стресової події (або з моменту закінчення періоду стресу).

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад (МКХ 10)

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відставлена і (або) затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які, в принципі, здатні

викликати загальне потрясіння майже у будь-якої людини. Сприяючі фактори, такі як певні особливі риси (наприклад, компульсивні, астенічні) або перенесене раніше невротичне захворювання, можуть знизити порог розвитку цього синдрому або обважнювати його перебіг, але не є необхідною і достатньою умовою для його виникнення. До типових ознак відносяться епізоди повторного переживання травми у формі нав'язливих спогадів («ремінісценцій»), снів або кошмарів, що виникають на тлі хронічного відчуття «заціпенілості» та емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на події, що відбуваються у безпосередньому оточенні, ангедонії, а також уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про пережите. Як правило, спостерігається стан перезбудження вегетативної нервової системи з підвищеним рівнем неспання, посиленою реакцією переляку і безсонням. Даний розлад виникає після травми після латентного періоду, який може складати від декількох тижнів до декількох місяців. У незначної частини пацієнтів наголошується тенденція до хронічного перебігу; опис стану зберігається у них протягом багатьох років і, врешті-решт, переходить в хронічну зміну особистості. Хворий піддався дії стресової події або ситуації виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини. Хворий постійно наново переживає дію стресора, що знаходить прояв у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи повторюваних снах, або випробовує дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресором. Хворий уникає обставин, що нагадують про пережите або що асоціюються із стресором (до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

Приведемо додатково більш докладні критерії ПТСР згідно з *Діагностичним та статистичним посібником із психічних розладів DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, який застосовується в США. Він пропонує список певних критеріїв для встановлення діагнозу посттравматичного розладу. Зазначені діагностичні критерії відносяться до дорослих, підлітків та дітей віком від 6 років. Для дітей 6 років та молодше є

додаткові критерії.

- *Критерій А.* Індивід пережив загрозливу для життя ситуацію, чи ситуацію серйозної фізичної травми, чи ситуацію небезпеки виникнення серйозної травми, чи ситуацію сексуального насильства в одному чи кількох із перелічених варіантів:

1. Індивід виявився жертвою такої події.

2. Індивід був безпосереднім свідком подібної події, де жертвою виявився хтось інший.

3. Індивід отримав інформацію про те, що травматична подія сталася з членами її сім'ї або близькими друзями; при цьому така подія повинна бути насильницькою, або бути нещасним випадком.

4. У зв'язку зі своїми професійними обов'язками індивід пережив повторювані травматичні або поразки, що викликають огиду, такі як, наприклад, участь у рятувальній команді, що збирає людські останки, або робота з дітьми, які виявилися жертвами жорстокого поводження або сексуального насильства.

- *Критерій В.* Спостерігається присутність одного або більше з наступних симптомів інтрузії (нав'язливого повторного переживання події), які з'явилися після переживання травматичної події:

1. Мимовільні нав'язливі і болючі спогади про травматичній події (події), що періодично повторюються. Примітка. У дітей молодше 6 років вони можуть виражатися в іграх, що повторюються, де дитина відтворює деякі аспекти травматичної ситуації.

Патологічне повторне переживання (флешбек) при ПТСР

2. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки, ілюзії та галюцинації), при яких індивід відчувається і діє так, ніби травмуюча подія знову відбувається в даний момент. До цього критерію відносяться також дисоціативні симптоми, що виникають у момент пробудження або під впливом психоактивних речовин. У цьому індивіда може статися повна втрата контакту з реальністю. Примітка: у дітей такі реакції можуть виявлятися у поведінці, яка мала місце у момент травми.

3. Інтенсивні болючі переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події (такі як певні дати, погодні умови чи місце, що нагадує те, де сталася травма).

4. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо нагадують будь-які аспекти травматичної події.

• *Критерій С.* Тенденція до постійного уникнення того, що може асоціюватися з травматичною подією, причому це уникнення з'являється після переживання травматичної ситуації і підтверджується як мінімум одним із двох наступних симптомів:

1. Зусилля, вироблені у тому, щоб уникнути появи спогадів, думок і почуттів, що з травматичним подією.

2. Прагнення уникнути того, що може нагадати про подію, що травмує (уникнення розмов, дій, об'єктів, ситуацій, контакту з певними людьми, відвідування місць), якщо вони викликають тривожні спогади, думки або почуття про травматичну подію.

• *Критерій D.* Порушення когнітивних процесів та емоційного стану, які не спостерігалися або не були такими інтенсивними до переживання травматичної події. Для підтвердження діагнозу індивід повинен виявляти два або більше з наступних симптомів:

1. Неможливість згадати важливі аспекти травматичної події, причому цей симптом не пов'язаний з такими факторами, як черепно-мозкова травма чи вживання психоактивних речовин.

2. Стійкі негативні переконання та очікування щодо себе, інших чи навколишнього світу (наприклад, переконання «я поганий» або «я не зможу зробити кар'єру, я не зможу створити сім'ю» тощо).

3. Постійне засудження себе чи інших людей, якщо індивід вважає себе чи інших відповідальними за травматичне подія чи її наслідки.

4. Постійні негативні емоції, пов'язані з подією, що травмує (наприклад, страх, гнів, вина, сором).

5. Постійний помітно знижений інтерес до раніше значимих для індивіда заходів і видів діяльності, небажання брати участь у них.

6. Почуття відчуження, байдужості, відсутність емоційного залучення до інших людей, відчуття себе «чужим» серед оточуючих людей.

7. Стійке зниження здатності відчувати позитивні емоції чи почуття любові.

- *Критерій Е.* Помітні зміни у збудженні та реактивності нервової системи, які з'явилися або стали більш інтенсивними після переживання травмуючої події (подій).

Для підтвердження діагнозу індивід повинен виявляти два або більше з наступних симптомів:

1. Дратівливість, спалахи гніву чи агресивна поведінка стосовно людей чи об'єктів.

2. Небезпечна для самого індивіда або аутоагресія (саморуйнівна поведінка).

3. Постійний стан підвищеної настороженості.

4. Порушення концентрації уваги.

5. Порушення сну.

- *Критерій F.* Для встановлення діагнозу необхідно, щоб симптоми, описані в критеріях В, С, D і Е, були присутні протягом більше одного місяця.

- *Критерій G.* При цьому дані симптоми викликають клінічно значущі порушення функціонування організму пацієнта та призводять до проблем у професійному та соціальному житті або до проблем в інших важливих сферах життя індивіда.

- *Критерій H.* Описані вище порушення сприйняття не належать до фізіологічних ефектів будь-яких речовин (наприклад, наркотиків, ліків, алкоголю) або проявів епілептичних нападів.

Психіатр Френк Очберг, один із творців концепції ПТСР, запропонував додати до цих діагностичних критеріїв додаткові критерії віктимізації, які більш характерні для жертв насильства (сором, самоприпинення; самозасудження; покірність, почуття безпорадності, втрата здатності домінувати; ненависть, що доходить до нав'язливості щодо винуватця, травми з

бажанням помститися йому або принизити його та деякі інші; «парадоксальна подяка» по відношенню до винуватця травми – «Стокгольмський синдром»; почуття забрудненості, відраза з себе, аж до відчуття себе поганим, «зіпсованим»; сексуальні проблеми та труднощі зближення з партнером (що більш характерно для жертв сексуального насильства); помітне зниження інтересу до свого минулого чи майбутнього; повторна віктимізація; зниження соціо-економічного статусу..

Експериментально-психологічні методики ідентифікації посттравматичних стресових розладів

Для об'єктивізації діагностики посттравматичного стресового розладу застосовується спеціальні експериментально-психологічні методики.

Нами представлено деякі основні методики, які досить часто застосовуються у практиці психодіагностики симптомів посттравматичного стресового розладу (табл. 2).

Таблиця 2.

Скринінговий опитувальник на виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

1	2	3	4
<i>Чи відбувалося з Вами що-небудь з цих подій?</i>			
1.	Чи потрапляли Ви в аварію, яка загрожувала Вашому життю?	Так	Ні
2.	Чи потрапляли Ви в пожежу, повінь або природні катастрофи?	Так	Ні
3.	Чи були Ви свідком того, як кого-небудь важко ранило або убило?	Так	Ні
4.	Чи був член Вашої сім'ї, коханий або дуже близький друг убитий або помер в результаті нещасного випадку, вбивства або самогубства?	Так	Ні
5.	Чи примушували Вас всупереч Вашій згоді вступати у сексуальні відносини?	Так	Ні
6.	Чи ображали Вас сексуально (тобто хтось торкався або чіпав Ваші статеві органи (груди), коли Ви цього не хотіли?	Так	Ні
7.	Чи було здійснено фізичний напад на Вас або чи ставали Ви об'єктом насильства?	Так	Ні
8.	Чи перебували Ви в стосунках з партнером, якого боялися?	Так	Ні
9.	Інші випадки, окрім тих, які перераховані в попередньому питанні: Ваш коханець, член сім'ї або знайомий чи бив Вас коли-небудь, чи штовхав ногою, чи бив по обличчю, чи здійснював інше фізичне насильство?	Так	Ні
10.	Чи був у Вас досвід безпосередньої участі в бойових діях під час війни?	Так	Ні

11.	Чи були Ви в дитинстві жертвою фізичного насильства?	Так	Ні
12.	Чи були Ви в дитинстві жертвою сексуального насильства?	Так	Ні
13.	Чи були Ви дитиною, про яку абсолютно не піклувалися?	Так	Ні
(Ставте ці питання тільки тоді, коли відповіді «Так» були дані на будь-яке з питань 1 - 13)			
<i>Чи була у Вас в минулому місяці хоч би одна на наступних проблем?</i>			
14.	Спогади, які турбують Вас, приходять ве сь час, незважаючи на те, чи думаєте Ви про них чи ні?	Так	Ні
15.	У Вас часто повторюються нічні жахливі сни?	Так	Ні
16.	Ви відчуваєте «ретроспекцію», коли Вам здається, що те, що трапилося з Вами у минулому, повторюється знов?	Так	Ні
17.	Ви відчуваєте себе набагато гірше, коли щось нагадує Вам про подію або події, що відбулися у минулому?	Так	Ні
18.	Ви відчуваєте, що фізично реагуєте на що-небудь, що нагадує Вам про той, що відбувся з Вами у минулому? Наприклад, починає битися або часто битися серце або стає важко дихати?	Так	Ні
(Якщо відповіді на всі питання 1 - 18 «Ні», закінчуйте розділ посттравматичного стресового розладу і переходьте до № 26)			
19.	Ви навмисне намагалися уникнути всіх думок або почуттів про те, що з Вами трапилося?	Так	Ні
20.	Ви міняєте дорогу, щоб обійти певні місця, заходи або людей, які можуть Вам нагадати про те, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
21.	Ви відчували, що не можете запам'ятати щось або частина чогось, що важливе для Вас, що нагадує про те, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
22.	Ви перестали приділяти необхідну увагу таким заняттям у Вашому житті, які раніше були для Вас важливими?	Так	Ні
23.	Ви випробовуєте свою ізолюваність від інших людей або Вам важко бути з ними близькими?	Так	Ні
24.	У Вас таке враження, що Ви більше не можете переживати або що у Вас значно менше емоцій, чим було раніше?	Так	Ні
25.	Те, що Ви думали про майбутньому, або плани на майбутнє змінилися внаслідок чогось, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
(Якщо у опитуваного немає хоч би трьох симптомів з пунктів 19 - 25 закінчуйте цей розділ і переходьте до № 26).			
26.	Вам важко засинати або Ви часто прокидаєтесь?	Так	Ні
27.	Дурниці Вас дуже хвилюють або можуть розсердити?	Так	Ні
28.	У Вас проблеми з тим, щоб концентруватися або думати про те, що Ви робите, навіть коли Ви намагаєтесь концентруватися?	Так	Ні
29.	Ви відчуваєте, що Вам потрібно бути наготові майже весь час?	Так	Ні
30.	Несподівані звуки лякають Вас більше, ніж зазвичай?	Так	Ні
(Чи було два або більше відповідей на 26 - 31 «Так»? Якщо так, то у Вас посттравматичний стресовий розлад)			

Крім приведеного скрінінгового опитника, є також інші клінічні шкали, наприклад, Міссісіпська шкала для посттравматичного стресового розладу (Kean, Caddell & Taylor, 1988), функціонує в західних країнах як надійний індикатор захворювання, проте психометричні дані надійності і валідності російськомовного варіанту ще не опубліковано.

Диференційна діагностика посттравматичних стресових розладів

Інші психічні захворювання

Найбільш значущими у диференціально-діагностичному плані посттравматичними стресовими розладами є гострі реакції на стреси, реактивні стани психотичного рівня, тривожні та фобічні розлади. Необхідно враховувати, що симптоми тривоги є зазвичай осьовими і супроводжують як більш так і менш диференційовані психічні розлади. Найпоширенішими з них є депресія, але ці симптоми виникають також при будь-якому психозі (тобто при тих захворюваннях, які у діагностичній ієрархії розташовуються на більш високому рівні, ніж тривожний стан). Крім того, тривога є складовою частиною obsесивного стану. Отже, дуже важливо в кожному випадку упевнитися в тому, що виявлені і адекватно оцінені ті, що є у хворого симптоми і ті симптоми, і вони відповідають клінічним і часовим критеріям посттравматичного стрессового розладу.

Тиреотоксикоз

При тиреотоксикозі можуть спостерігатися симптомокомплекси, що нагадують посттравматичний стресовий розлад. Необхідним є об'єктивне підтвердження гіпертиреозу. За наявності мерехтіння передсердя, екзофтальму, судинного шуму над щитовидною залозою необхідно провести дослідження функції щитовидної залози.

Медикаментозна інтоксикація

Слід враховувати, що симптоматику, посттравматичного стрессового розладу, що нагадує, зокрема, тривогу, можуть викликати стимулятори центральної нервової системи, перш за все кофеїнового ряду; тривожні розлади і безсоння можуть викликати також симпатоміметичні засоби, наприклад бронхолітичні препарати.

Симптоми відміни прийому психоактивних речовин

Практично облігатна тривога і дисомнія виникають на тлі відміни психоактивних речовин седативної, наркотичної, сомногенної дії - похідні бензодіазепіну, алкоголю або барбітуратів. Діагностичні труднощі виникають, коли

хворий хоче сховати вживання психоактивних речовин, але просити позбавити від патологічних симптомів. Слід також враховувати, що особи, які набувають психоактивних речовин незаконним шляхом, можуть звертатися до медичних установ у надії на отримання седативного засобу як лікувального препарату; у таких випадках пацієнти не схильні повідомляти правдиві анамнестичні відомості).

Феохромоцитома

У реальній клінічній практиці симптоматика, схожа з посттравматичним стресовим розладом і викликана феохромоцитомою, зустрічається дуже рідко. На можливість феохромоцитоми можуть вказувати анамнестичні дані про судовий криз, що супроводжується проносом.

Додаткові інструментальні та біохімічні дослідження.

Не слід проводити лишній обсяг специфічних досліджень на тиреотоксикоз або феохромоцитому, якщо при зборі анамнезу та соматичному огляді не виявлено жодних ознак можливої наявності цих захворювань.

Принципи психотерапії хворих із посттравматичним стресовим розладом

Як уже говорилося, психологічна корекція є обов'язковим і найважливішим складовим процесу реабілітації хворих із посттравматичним стресовим розладом. Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих потребує створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для того, щоб подолати існуючі та майбутні стреси. У зв'язку з цим існують чотири стратегії терапії, здатні досягти цієї мети:

- підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з найважливіших аспектів є створення позитивного ставлення до терапії);
- формування позитивного ставлення до симптомів (сенс полягає в тому, щоб змусити пацієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти подальшій травматизації фактом існування цих розладів);
- зменшення уникнення (тому що прагнення пацієнта уникнути всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);
- зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії - змінити сенс, який пацієнт додає перенесеній психотравмі, і таким чином створити у пацієнта відчуття «контролю над травмою»).

Більшістю фахівців рекомендовано облігатне використання методів психотерапії для подолання актуальності психотравмуючих переживань [96].

У ряді випадків посттравматичного стресового розладу обумовлюються своєрідним поєднанням стресових факторів, при цьому до стресогеної дії відносяться не тільки несприятливі, але й позитивно забарвлені. Як з'ясувалося, формування посттравматичного стресового розладу залежить від суб'єктивної значущості даних факторів та ставлення особистості до них. Деколи в тих випадках, коли не можна прибрати психотравмуючий вплив, можна змінити до нього ставлення, підвищити толерантність, дезактуалізувати. Особливе значення у цьому напрямі має саме психотерапія.

Побудова системи психотерапії хворих із посттравматичними стресовими розладами

Враховуючи відокремлені вище особливості особистості хворих із

постравматичним стресовим розладом, реагування їх на захворювання, клінічну неоднорідність непсихотичних порушень психічної сфери, які наголошуються у них, насамперед, психотерапевтичний вплив на цих хворих повинен бути системним і багаторівневим, зорієнтованим. у трьох основних напрямках, у кожному з яких можна виділити кілька рівнів:

Перший напрямок – біологічний, у якому виділяється п'ять рівнів реалізації психотерапевтичного впливу:

1) організму (найвищий і загально об'ємний з цього напрямку, що передбачає вплив на весь організм, як тотальну біологічну систему, або систему систем);

2) функціональних систем (за П. К. Анохіним – сукупність фізіологічних систем, що взаємодіють у виконанні певної роботи);

3) фізіологічних систем (системи травлення, дихання, кровообігу, сечовиділення, ендокринної тощо);

4) органів (наприклад, навіювання спокійної роботи серця, або відчуття тепла в області шлунку, нірок тощо);

5) окремих груп клітин (незважаючи на відому частку умовності цього рівня, дослідження, проведені під керівництвом О. Т. Філатова, довели реальність реалізації гіпнотичного впливу на клітинному рівні).

Другий напрямок – психологічний, у якому виділяють три рівні:

1) особистості (найвищий і тотальний рівень цього напрямку, який передбачає корекцію особистісних установок, системи моральних цінностей тощо);

2) сфер психіки (сприйняття, емоції, пам'ять, мислення тощо);

3) окремих властивостей сфер психіки (наприклад, зміцнення та потенціювання упевненості, спокою, витримки тощо).

Третій напрямок – соціальний, який також передбачає три рівні:

1) макросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція ролевої позиції особистості);

2) мікросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція мікросоціальних рольових позицій у сім'ї та інших мікросоціальних груп);

3) аутореабілітації.

При побудові системи психотерапії хворих з посттравматичним стресовим розладом повинні враховуватися особливості організації лікувального процесу в закладі, де передбачається проведення курсової психотерапії (соматичний або психіатричний стаціонар, поліклініка, профілакторій, курорт), особливості основного захворювання, невротичних розладів та особистісного реагування на захворювання, обтяження психо-анамнезу та ставлення хворого людини до психотерапії.

У комплексі психотерапевтичної корекції можуть і повинні використовуватися методи, що базуються як на навіюванні, так і упевненні, розтлумачені: гіпно-сугестивна, раціональна, групова, непряма психотерапія, навіювання наяву, самонавіювання, методи психічної саморегуляції та інші в їх різних модифікаціях, комбінаціях та варіантах.

У процесі психотерапії цих хворих, як правило, комбінуються індивідуальні та групові заняття. За найбільш поширеною методикою курс лікування складається з 10 - 12 групових зайнять, які проводяться 3 - 4 рази на тиждень у відкритих змішаних психотерапевтичних групах по 10 - 12 чоловік, і 4 - 5 індивідуальних сеансів, тривалістю по 55 - 65 хв.

При групових заняттях певна увага повинна приділятися індивідуалізації впливу (індивідуальні навіювання, підбір і відробіток індивідуальних формул самонавіювання, акцентуація уваги до особистості шкірного пацієнта, обговорення його проблем у групі і тому подібне).

Система психотерапевтичної корекції повинна також будуватися на підставі дидактичного підходу, який передбачає:

- 1) Етапність впливу;
- 2) Зв'язок шкірного подальшого заняття з попереднім;
- 3) Доступність (зрозумілість) для хворих інформації;
- 4) Відповідність завдань можливостям хворого;
- 5) Систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції.

При цьому в процесі психотерапевтичного впливу нами виділяється три етапи:

- 1) седативно-адаптуючий;
- 2) Лікувально-коректувальний;
- 3) Профілактично-закріплюючий.

Перший (седативно-адаптуючий) етап, як правило, складається з 1 - 2 індивідуальних і 2 - 3 групових зайнять.

Основними завданнями його є:

- 1) Встановлення емоційного контакту з хворим;
- 2) Формування довіри до лікаря, адекватного ставлення до психотерапії;
- 3) Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики.

На цьому етапі, враховуючи наявність у більшості хворих істотних проявів астенизації та відсутність певних навичок, методи аутопсихотерапії, як правило, не використовуються.

Основними методами при цьому є: гіпносугестивна, раціональна, непряма психотерапія (потенціювання комплексу медикаментозного лікування, фізіотерапія, дієти, тощо, а також лікаря-інтерніста, як ключової фігури лікувального процесу).

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – симптоматична.

Другий (лікувально-коректувальний) етап складається з 2 - 3 індивідуальних і 4 - 6 групових зайнять.

Основними завданнями цього етапу є:

- 1) Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих;
- 2) Усвідомлення хворими зв'язку факторів і проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами;
- 3) Корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості;
- 4) Перебудова особистості хворого, системи його відносин, реадаптація у макро- та мікросоціальному середовищі.

Основними методами на цьому етапі є колективно-групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання; допоміжними - гіпносугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія.

Головна спрямованість психотерапії іншого етапу – патогенетична.

Третій (профілактично-закріплюючий) етап включає 2 - 3 групових і 1 - 2 індивідуальні заняття.

Основними завданнями його є закріплення:

- 1) Досягнутого терапевтичного результату;
- 2) Навичок психічної саморегуляції;
- 3) Корекція системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до захворювання, свого «Я» та навколишнього середовища.

Психотерапевтична робота з хворими на цьому етапі здійснюється, в першу чергу, шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональної психотерапії, навіювання наяву.

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – профілактична.

Таким чином, основними принципами побудови системи психотерапії хворих із посттравматичними стресовими розладами повинні бути:

- 1) Системність та багаторівневність впливів.
- 2) Етапність психотерапевтичних заходів, що базується на дидактичному підході.
- 3) Комплексність, використання кількох методів психотерапії, з послідовною зміною їх ролі залежно від завдань етапу системи.
- 4) Диференційоване поєднання і ієрархічність патогенетичної, симптоматичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів залежно від клініко-психопатологічних і психо-анамнестичних особливостей хворих з посттравматичним стресовим розладом, а також особливостей сомато-вегетативних компонентів і особистих.
- 5) Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

Тим часом, при загальних закономірностях побудови системи психотерапевтичної корекції психоемоційного стану та особистісного реагування хворих з посттравматичним стресовим розладом, психотерапевтичний вплив при різних клінічних варіантах має свої особливості.

Методи психотерапії

Загальні уявлення про психотерапію

Психотерапія – це система лікувального впливу на хворого, опосередкована через психічну сферу.

Об'єм форм і методів впливів, використовуваних у психотерапії, має надзвичайно широкий, міждисциплінарний характер з використанням медико-біологічних, психологічних, дидактичних і соціологічних підходів. Їх пріоритетність обумовлює побудова різних моделей психотерапії. У клінічній практиці взагалі застосовуються дві основні моделі.

Медична модель, в якій психотерапія представляється як метод лікування, що впливає на стан і функціонування організму хворого у сфері психічних і соматичних функцій.

Психологічна модель, в якій психотерапія є процесом психологічної корекції та навчання.

У більшості західних країн, починаючи з 70-х років, на перше місце висувалася психологічна модель. Це пов'язано з кількома факторами, і, насамперед, принципом мінімально достатньої професійної компетенції психотерапевта-психолога. При цьому вартість і терміни навчання незрівнянно менша, ніж для фахівця з базовим медичним освітою. Крім того, психологічна модель психотерапії не вимагає нозологічної психодіагностики; достатньою виявляється синдромологічна і навіть симптоматична діагностика.

Такий підхід лежить у руслі американської психіатричної парадигми; щоправда, тут виявляється суперечність, закладена у самій психологічній моделі, яка, незалежно від конкретного технічного втілення, незмінно говорити про «глибинні», «первинні» та інші механізми психопатологічних феноменів.

Слід зазначити, що ми принципово заперечуємо проти визнання правомірності існування так званих «соціологічної» та «філософської» моделей психотерапії, як не-клінічних, таких, що невірно пояснювати принципове призначення психотерапії, використовують її як засоби управління або методу вивчення соціуму .

Класифікації психотерапії

Щодо суб'єкта психотерапії до дії (аутопсихотерапія, гетеропсихотерапія).

За типом психокорекційної дії (директивна, не директивна).

За кількістю пацієнтів (індивідуальна, групова).

За характером використаної техніки: сугестія, раціональна, реконструктивно-особистісна, аналітична, біхевіоральна, когнітивна, екзистенційна.

Механізми реалізації психотерапії

Метою психотерапії є усунення патологічної симптоматики, яка має наступні ієрархічні рівні:

- психічний;
- неврологічний;
- вегетативний;
- сомато- а) системний

б) органний

Складна структура клінічних синдромів, що включає, як правило, симптоматику всіх рівнів, обумовлена наявністю єдиної інтеграційної системи психо-нейро-вегетотрофо-соматичної регуляції, здійсненої нервною системою.

Відкриття нових класів нейротрансмітерів, ендорфінів заповнило ланки, яких бракує, підлеглості тих, що вважалися раніше щодо автономної гуморальної та ендокриної систем.

Вибір форм і методів психотерапії визначається наступними факторами:

- нозологічною приналежністю патології для вибору етіопатогенетичної дії;
- визначенням особистісних особливостей пацієнта;
- відносним переважанням якого-небудь рівня симптоматики;
- особистісною ауто-ідентифікацією психотерапевта;
- концептуально-методологічною основою психотерапевтичного напрямку, що визначає характер коригуючої дії.

1. Дія на психічному рівні.

Основною є інформаційна дія, тобто передача пацієнтові нової інформації або зміна значення інформації, що вже існує у нього. Дуже важливою є емоційна дія, оскільки при неспівпаданні когнітивного та емоційного сприйняття інформації вона може бути заблокована або змінена. Кінцевою метою дії на психічному рівні може бути як нівелювання моносимптомів, так і зміна інтеграційних характеристик особистісного реагування.

2. Дія на психофізіологічному рівні.

Основною є поєднана психофізіологічна дія, як правило, на рівні аналізатора, зокрема з використанням принципу зворотного зв'язку. Терапевтична дія реалізується через рефлекторні, фізіологічні, поведінкові механізми, описані І. П. Павловим, Шерінгтоном, Скінером.

3. Дія на нейро-вегетативно-соматичному рівні.

Основною є рефлекторно-соматогенна дія, як правило, з емоційним підкріпленням, що має тренінговий характер. При цьому використовується фізична дія на рефлекторні зони, частини тіла, системи (м'язова, дихальна, серечно-судинна та ін.).

Лікування хворих із посттравматичним стресовим розладом

Хворі на посттравматичний стресовий розлад потребують системної послідовного лікування, включаючи психофармакологічну терапію, психотерапію, та реабілітаційні заходи. Ця система повинна реалізовуватися комплексно та поетапно.

Етапи надання медичної допомоги хворим з посттравматичним стресовим розладом:

1. Безпосереднє надання медико-психологічної допомоги біля осередків катастроф та надзвичайних ситуацій.

2. Надання амбулаторної допомоги потерпілим в умовах психоневрологічних диспансерів та спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я.

3. Надання стаціонарної допомоги за показаннями. У випадках розгорненої декомпенсованої форми посттравматичного стресового розладу в умовах відділень неврозів та пограничних станів психіатричних лікарень та психосоматичних відділень багатoproфільних загально-соматичних лікарень.

4. Реабілітаційний етап - в амбулаторних умовах психоневрологічного диспансеру та спеціалізованих центрів з подальшим санаторно-курортним лікуванням.

У тих випадках, коли постраждалі потрапляють до лікувальних закладів незабаром після дії психічної травми, спеціалізована допомога повинна надаватися негайно.

Порушення психічної сфери в цих випадках мають характер гострої реакції на стрес, реактивних станів у вигляді дисоціативних і конверсійних розладів, афективних порушень. При розвитку порушень психічної сфери, відповідних діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, слід дотримуватися наступної терапевтичної тактики.

Психофармакологічну терапію слід назначати одночасно із заходами хірургічного та терапевтичного характеру силами лікарів будь-якої спеціальності (які, зрозуміло, повинні мати необхідну підготовку).

У цих випадках найчастіше назначають невеликі дози транквілізаторів або антидепресантів, щоб добитися зменшення афектних розладів та нормалізувати сон. Іноді (при значній збудливості) використовують нейролептики.

Гострі реакції на стрес у більшості випадків проходять без лікарської терапії. Проте, якщо мають місце симптоми сильної тривоги, необхідно на рядок до трьох днів назначати протитривожні засоби (наприклад, такі бензодіазепіни, як феназепам по 0,5 міліграм до трьох разів на день). Деякі небензодіазепінові протитривожні засоби, наприклад атаракс, можуть призначатися протягом тривалого періоду години. Якщо у пацієнта безсоння, то на рядок до трьох днів можна назначити снодійні препарати (наприклад, радедорм по 5 міліграм перед сном).

Найбільш складною є організація допомоги на віддалених етапах перебігу хвороби. Як уже говорилося, хворі уникають звертань до лікувальних установ за причинами особливостей клінічної картини посттравматичного стресового розладу. Крім того, багато хто відмовляється відвідувати психіатричні установи через побоювання соціального характеру. Тому традиційні організаційні форми допомоги не підходять для цього контингенту.

Література для самостійної роботи:

Обов'язкова:

1. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник [для лікарів та психологів] / Рум'янцев Ю.В., Сиропятов О.Г., Іванцова Г.В., Осьодло Г.В. – К.: УВМА, 2014. – 193 с.
2. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник/ Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова - Вид. 2-е, перероблене та доповнене. - Х. : ХМАПО, 2014. - 285 с.
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.
4. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. - Вид. 2-е, перероблене та доповнене. - Х. : ХМАПО, 2014. - 223 с.
5. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія / О. А. Блінов. - К. : Талком, 2016. - 246 с.
6. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія / О. А. Блінов. – К.: Талком, 2019. – 700 с.
7. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник [для лікарів та психологів] / Рум'янцев Ю.В., Сиропятов О.Г., Іванцова Г.В., Осьодло Г.В. - К.: УВМА, 2014. - 193 с.
8. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О.П, Ястремська С.О. – Т. 2019. — 264с.
9. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ IV р. а.) / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-е вид., переробл. і допов. – К.: «Медицина», 2015.- 512с.
10. Психіатрія і наркологія: нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков та ін., за ред. О. К. Напрєєнко. - Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. - 3-е вид., випр. - Київ: Медицина, 2017. - 422с.

Додаткова:

1. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко О. І. , Лозінська Н. С. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
2. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, А.В. Швець, В.В. Стеблюк та ін. // під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О.В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук Гічуна В.С. - К., 2017. - 83 с.
3. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.] - Харків, 2014. -79 с.
4. Екстрена медична допомога військовослужбовцям на догоспітальному етапі в умовах збройних конфліктів: Навчальний посібник / Бадюк М.І., Ковида Д.В., Микита О.О., Козачок В.Ю., Середа І.К., Швець А.В. // За редакцією професора Бадюка М.І. - К.: СПД. Чалчинська Н.В., 2018. - 212 с.
5. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] - Харків, 2014. - 16с.
6. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка - К.: ТОВ "Август Трейд", 2007. - 502 с.
3. Екстрена медична допомога (догоспітальні протоколи): посібник // за редакцією професора О.В. Богомолець, професора Г.Г. Роціна. - Київ. Юстон. - 2016. - 212 с.
7. Закон України №2801-ХІІ від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я». - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
8. Закон України №5081-VI від 09.12.2015 р. «Про екстрену медичну допомогу». - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

9. Закон України від 01.01.2016 р. № 1489-14 «Про психіатричну допомогу». - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1489-14?info=1>.
10. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. - Х.: НУЦЗУ, 2010. - 401 с.
11. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медикопсихологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, П.І. Мех , А.В. Швець, А.Ю. Кіх, О.В. Ричка, А.Р. Чайковський, Г.В. Іванцова, О.А. Блінов / під заг. ред. професора, доктора медичних наук В.В. Стеблюка та доктора медичних наук А.М. Галушки. - К., 2017. - 268 с.
12. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. - К.:НДЦ ГП ЗСУ, 2017. - 282 с.
13. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. - К.: О. Т. Ростунов, 2012. - 76с. 11
14. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова) / [Б. В. Михайлов, В. С. Гічун, О.П. Михайлік, О. М. Зінченко] - Харків-Київ, 2015. - 46с.
15. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). Михайлов Б. В. - Київ-Харків, 2015. - 72с.
16. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] - Харків, 2014. - 28с.
17. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком. / Швець А.В., Хорошун Е.М., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Чайковський А.Р. - К., 2016. - 59 с.
18. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально психологічного походження. - Психічне здоров'я. - 2015. - №2/ 47 - С. 9-18.

19. Наказ директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 24.02.2017 № 3 «Про затвердження Тимчасового порядку організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України».
20. Наказ Міністерства оборони України від 11.05.2017 р. № 261 «Про затвердження Порядку постачання медичного майна Збройним Силам України в мирний час».
21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.01.2014 р. № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2012 р. № 366 «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації».
23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».
24. Невідкладна терапевтична допомога у військових частинах (закладах) Збройних Сил України: методичні рекомендації / 1-е вид., [Ю.М. Астапов, М.П. Бойчак; Я.П. Гончаров та ін.]; затверджено директором ВМД МО України у 2016 р. - К.: 2016. - 119 с.
25. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. - Харків «Право», 2014. -584 с.
26. Особливості діагностики, терапії та медико-психологічної реабілітації вимушених переселенців з зони бойових дій, хворих на посттравматичний стресовий розлад (методичні рекомендації) / [І. Д. Спірна, С. Ф. Леонов, С. В. Рокутов та ін.] - Київ, 2015. - 28с.
27. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України (методичні рекомендації) / Стеблюк В.В., Гончаренко І.Ф., Щвець А.В. [та ін.]. - К.: РРВ УВМА, 2017. - 54.с.

28. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників.): Методичні рекомендації / [Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, М. П. Боро та ін.] - К. : МОЗ України, 2010. - 31 с.
29. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.- К.:НДЦ ГП ЗСУ, 2017. - 282 с.
30. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службовобойові завдання в екстремальних умовах.: Методичні рекомендації / [Я. В. Маєнера, І. В. Воробйова, О. С. Колесніченко та ін.] - Х. : НАНГУ, 2015. - 68с.
31. Стеблюк В.В. Розлади психічного здоров'я військовослужбовців в умовах застосування збройних сил: превенція, первинна діагностика, домедична та перша медична допомога / посібник для командирів, фахівців служби моральнопсихологічного забезпечення, медичних працівників військової ланки // В.В. Стеблюк, І.Ф. Гончаренко, А.В. Швець та ін. - К., 2017. - 52 с.

Інформаційні ресурси

1. Сайт МОЗ України – <http://www.moz.gov.ua>
2. Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я – <http://www.who.int/en/>
3. Сайт Державної наукової медичної бібліотеки України – <http://www.library.gov.ua/>
4. Сайт Верховної Ради України: Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
5. Сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій: Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/>.
6. Сайт Міністерства охорони здоров'я України: Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/>.

7. Сайт Міністерства оборони України: Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/>.
<http://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-svchosocialsupport-emergencysettings>
8. Інформаційно правовий портал «Закони України»: Режим доступу: <http://uazakon.com/>.