

УДК 343.915

*Федосєєв В.А., к. мед. н., доцент кафедри психології, Харківський національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського «ХАІ»*

*Селюкова Т.В., ст. викладач кафедри загальної психології УЦЗУ*

## **ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ І ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

У статті розглянуті питання етіології, патогенезу і систематики патопсихологічних порушень при посттравматичних стресових розладах.

*Ключові слова:* посттравматичні стресові розлади, патопсихологічні порушення.

**Актуальність проблеми.** В даний час соціальний прогрес супроводжується посиленням соціальної напруженості. При цьому негативний соціальний потенціал нагромаджується за рахунок подій катастрофічного характеру – як власне соціальних потрясінь, воєнних дій і т.п., так і катастроф техногенного походження.

Успіхи технічних галузей знання привели до раніше небаченого рівня розвитку техногенної цивілізації. Проте це ж послужило і причиною вторинного формування умов, що надають негативну дію на організм людини: погіршення екологічної обстановки, збільшення числа соціально-обумовлених стресогенних чинників, розширення масштабів техногенних катастроф, виникнення цілого ряду нових і патоморфоз існуючих розладів.

Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що приводить до істотного погіршення рівня психічного здоров'я в популяції.

Структура психічних порушень свідчить про збільшення останніми роками числа психогенних за походженням, соматизованих, психосоматичних і нейросоматичних захворювань

з хронічним перебігом, наголошується також виражений патоморфоз клінічної структури невротичних розладів. Характерне також прогресуюче зростання межових розладів, які незалежно від генезу характеризуються розгорненим симптомокомплексом психоемоційної недостатності з відповідними неврологічними, вегетативними і соматичними корелятами.

Разом з соціогеними чинниками, на розлади психічного здоров'я населення негативну дію надають, перш за все, катастрофічні ситуації, природного і техногенного походження. На жаль, доводиться констатувати, що останнім часом кількість катастроф, у тому числі і планетарного масштабу, істотно збільшується. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі від стихійного лиха щорічно гине 250 тисяч чоловік. Американська дослідницька організація "Уорл дуота" свідчить, що, тільки впродовж останніх десятиріч, стихійних лих (землетруси, урагани, пожежі), принесли збиток на 100 мільярдів доларів, і в тому або іншому ступені позначилися на якості життя більше 300 мільйонів чоловік.

Подібні тенденції діють в різних країнах і регіонах. Окрім безпосередніх людських жертв і величезних матеріальних втрат, природні і техногенні катастрофи спричиняють за собою серйозні віддалені медико-соціальні наслідки.

Така ж тенденція існує і у нас в країні. За офіційними даними, в Україні впродовж ряду років зареєстровано більше 1500 надзвичайних ситуацій, у тому числі 13,5% природного, 28,5% техногенного характеру. За характером і масштабам наслідків, ряд надзвичайних ситуацій були віднесені до розряду загальнодержавних, інші до розряду регіональних, міських і об'єктових.

У структурі медико-соціальних наслідків істотну частину складають порушення психічної сфери різного характеру. В останні десятиріччя в Україні достатньо широке поширення набули порушення психічної сфери посткатастрофічного характеру, які можуть бути ідентифіковані, як посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Проблема ПТСР, яка стала актуальною в Україні в останні десятиріччя, привертає до себе увагу психологів, психіатрів і організаторів охорони здоров'я.

**Метою даної статті** є систематика посттравматичних стресових розладів (ПТСР), які відносять до реакцій на перенесену незвичайну ситуацію, яка може викликати потрясіння у будь-якої людини. Це розлад, що в основному викликається зовнішніми обставинами, часто спостерігається у учасників бойових дій: так, воно може розвинутися у солдата, який вперше побував в бою, у жертви нападу або згвалтування, біля тих, що пережили стихійну біду (наприклад, пожежа або повінь).

У практиці «Посттравматичний стресовий розлад» представляється як синдром, що виникає після дії екстремального по силі стресу. Хворий багато разів «наново проживає» психотравмуючу подію, до нього знов і знов повертаються всі ті ж важкі, болісні переживання; часто виникають нав'язливі мимовільні спогади – надзвичайно яскраві і живі, у тому числі ейдетичного характеру. Деякі починають уникати обставин, що нагадують їм про перенесену психотравму. Симптоми посттравматичного стресового розладу виникають в період від одного до декілька місяців після дії первинного стресора і звичайно розвиваються разом з симптомами недиференційованої тривоги.

Систематику основних патопсихологічних феноменів може бути представлена у вигляді:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короточасне і яскраве повторне переживання перенесеного “flashback”, нічні кошмари “*ravoг nocturna*”);
- обтяжливих сновидінь;
- відчуттів і вчинків, які як би указують, що психотравмуюча ситуація поновлювалася;
- вираженого психологічного дистресу в ситуаціях, що нагадують або асоціюються з психотравмуючою подією;
- перезбудження;
- емоційного збіднення.

Патопсихологічна структура і механізми психогенезу дозволяють розглядати ПТСР як інтенсивну і, як правило, пролонговану реакцію на сильні стресори, такі як природні катаклізми (наприклад, землетруси, повені, пожежі), біди, викликані людьми (наслідки війни або переслідування), або насильні дії, вчинені по відношенню до даної людини і пов'язані з серйозною небезпекою або з образою особи (розбійний напад або згвалтування).

Відповідно до клініко-психопатологічного підходу і патопсихологічних механізмів формування, посттравматичний стресовий розлад, на відміну від гострих стресових або адаптаційних реакцій, може діагностуватися і біля тих, у кого в анамнезі зафіксована наявність психічного захворювання до стресових подій.

Етимологічно прийнято розрізняти конституціонально обумовлені чинники, що привертають до розвитку симптомів ПТСР, і чинники, що провокують формування і подальшу маніфестацію конкретного епізоду.

Преморбідні особистісні особливості хворих з ПТСР гетерогенні. Подібні розлади нерідко виникають при обсесивному, залежному а також шизоїдному типі особистості. Істотно підвищений ризик розвитку ПТСР осіб, хто постійно піддається негативній дії шкідливих соціальних чинників, наприклад важковирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя.

У етіології головну роль грають 3 групи чинників.

1. Спадково-конституціональні в якій виділяються конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи (ЦНС) і особистісно-акцентуйовані особливості.

2. Психоемоційні, або психогенні, для яких характерні гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, мають як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це грають роль психогенії.

3. Органічні, які включають різного роду преморбідні органічні чинники, скомпрометованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лимбико-ретикулярного комплексу.

У 1 групі чинників найзначущішу роль грають особово-типологічні особливості у вигляді характерологічних рис астенійного круга з надмірною сенситивністю, боязкістю, підвищеною виснажуваністю; одним з найпоширеніших варіантів є “тип іпохондрика” (за П.Б.Ганнушкіному). Також істотну роль грають афективно-дистимічні риси – “природжені песимісти”, і істерійні риси. Нейрофізіологічні особливості ЦНС характеризуються слабкістю неспецифічних активуючих систем, перш за все, ретикулярної формації.

У 2 групі можна виділити наступні варіанти психогенних чинників: масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі; однопланові: а) надактуальні для особи; б) неактуальні для особи. Ймовірно, ступінь актуальності – значущості – для особи цих подій може коливатися в широкому діапазоні; ситуативні гострі (підгострі), несподівані, багатопланово залучаючі особистість (пов'язані з втратою соціального престижу, із збитком для самоутвердження); пролонговані ситуативні, трансформуючі умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку – “кумир сім'ї”), усередині них можуть бути виділені психічні травми: а) усвідомлювані і переборні, б) неусвідомлювані і непереборні; пролонговані ситуативні, приводять до усвідомлення необхідності стійкого психічного перенапруження (виснажуючі): а) ситуації, що викликаються самим змістом і вимогою, або, б) що викликаються надмірним рівнем домагань особи за відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети в звичному ритмі діяльності.

У 3 групі істотну роль грають пренатальні і постнатальні травми, хронічні вялотекучі інфекції, гіпоксично-гіпоксемічні розлади, особливо у вертебробазиллярному басейні і ін.

Загальною ознакою для всіх психогенних чинників є характер події, що представляє загрозу для біологічного існування людини. До таких подій відносяться військові дії, а в мирний час – так звані надзвичайні ситуації, як правило, носячі катастрофічний характер.

Існують значні гендерні відмінності значущих етіологічних чинників формування ПТСР. Найчастішими серед чоловіків

є такі чинники, як участь у військових діях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні події. Серед жінок найпоширенішими є побутове і сексуальне насильство.

Посттравматичний стресовий розлад відносять до особово-реактивних полягань, що розвинулися унаслідок перенесеної незвичайної ситуації, яка носить патогенно-психогенний характер для конкретної людини.

Основні психопатологічні феномени при ПТСР можуть бути представлені у вигляді нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного "flashback", нічні кошмари "pavor nocturna"); обтяжливих сновидінь; недиференційованої тривоги; відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації, яке слід диференціювати з епіфеноменами *deja vu*; переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня в ситуаціях, що нагадують або асоціюються з первинною психотравмуючою подією; психомоторного недиференційованого збудження; емоційного пригнічення, аж до *anaesthesia dolorosa psychica*.

Нав'язливі спогади при ПТСР розглядаються як симптомокомплекс, що знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку з конкретним психоемоційним стресом надсильного характеру. Основним проявом цього є повторні, суб'єктивно-болісні переживання обставин психотравмуючої ситуації.

Пацієнти багато разів переживають психотравмуючу ситуацію у вигляді важких болісних переживань (ремінісценцій); звичайно виникають нав'язливі мимовільні спогади – надзвичайно образно яскраві і живі, аж до ейдетичного рівня. Часто формуються вторинні нав'язливі у вигляді симптомів уникнення обставин, що нагадують їм про перенесену психотравму. Симптомокомплекс ПТСР розвивається протягом декількох тижнів або місяців після дії первинного стресора звично у супроводі симптомів тривоги.

Нічні кошмари зустрічаються у вигляді безсюжетних обтяжливо емоційно забарвлених переживань, як правило, з вираженими соматовегетативними проявами.

Обтяжливі сновидіння носять розгорнений сюжетний характер, як правило, з фабулою, пов'язаною з первинною психотравмуючою ситуацією. Хворі в більшості випадків переживають ці сновидіння як безпосередні учасники подій, що відбуваються в них.

Тривожний синдром у хворих з ПТСР носить недиференційований поліморфний характер з самими вираженими компонентами фобічного, астеничного характеру, загального емоційного дискомфорту, тривожної оцінки майбутніх перспектив. В цілому, у хворих з ПТСР переважають інтрапсихичні компоненти тривожного синдрому.

Часто у хворих з ПТСР наголошуються стани, коли на фоні певної зовнішньої дії, асоційованої з первинною психогенією, виникає відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації наяву; при цьому навколишня дійсність надає суб'єктивні ознаки колишньої, пов'язаної з психотравмою. Ці стани розвиваються на фоні збереженої свідомості і супроводжуються гострою тривоною, часто з компонентом паніки, страхом, з вираженими сомато-вегетативними реакціями. При цьому може розвиватися психомоторне збудження або, навпаки, ступорозний стан.

Більшість хворих з ПТСР страждає на емоційному притупленні у відносинах з рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

У всіх хворих з ПТСР має місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих з ПТСР істотно знижені; спостерігається також певне зниження комунікативних можливостей.

За загальним рівнем і якості соціально-психологічної адаптації хворих з ПТСР можна виділити 3 рівні адаптації: достатня, часткова і дезадаптація. Для осіб з достатньою адаптацією характерним є низький рівень тривожності, достатньо висока нервово-психічна стійкість, низькі показники агресивності і конфліктності, задовільний рівень здоров'я, хороші адаптивні особистісні

ресурси, гармонійна ціннісно-сміслова сфера, задоволеність сімейними, професійними і міжособовими відносинами, низький рівень соціальної фрустрованості.

Для хворих з частковою адаптацією характерні середній рівень тривожності з переважанням негативних очікувань відносно свого майбутнього і соціальної захищеності, знижений рівень нервово-психічної стійкості, більш високі показники агресивного і конфліктного реагування, певні проблеми, пов'язані із здоров'ям, задовільний рівень адаптивних ресурсів, трансформації ціннісно-сміслових утворень, часткова задоволеність сімейними, професійними і міжособовими відносинами, середні значення показників соціальної фрустрованості.

Стани хворих з дезадаптацією характеризуються високим рівнем тривожності (з переважанням астеничних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань відносно свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособових комунікацій в поєднанні з підвищеною конфліктністю і дратівливістю, а також з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смісловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості.

Рівні адаптації корелюють з вираженістю тривоги. Для осіб з достатньою адаптацією типовий низький рівень тривожності, з частковою адаптацією – середній рівень тривожності, з дезадаптацією – високий рівень тривожності.

У ряді частин хворих з ПТСР виявляються ознаки психоорганічного синдрому з переважанням мнестичного або когнітивного дефіциту. Домінуючим мнестичним дефектом є порушення вибіркової відтворення (особливо в умовах гомогенної інтерференції) різного ступеня вираженості на фоні підвищеної тормозимості слідів пам'яті, порушення регуляції мнестичної діяльності, що виявляються зниженням довільного контролю за процесами запам'ятовування і відтворення (наявністю повторних назв одних і тих же слів, побічних асоціацій при відтворенні).



По швидкості і якості виконання інтелектуальних операцій достовірні відмінності між хворими з ПТСР і практично здоровими особами відсутні, проте більшість цих хворих наголошується виражений дефект програмування і контролю (по типу імпульсної) при рішенні нестереотипних задач.

Афектні порушення в структурі психоорганічного синдрому полягають, крім порушення поточного емоційного фону і емоційного реагування, в невираженому порушенні інтерпретації стимулів, що мають емоційне навантаження і близьких по інтенсивності, відсутності цілісної структурованої картини захворювання і її адекватної інтерпретації, порушенні переживання свого захворювання в поєднанні з порушенням включення збереження здоров'я в систему ціннісних орієнтації особи.

Більшість хворих з ПТСР облігатними є різні невротичні прояви, які звичайно розвиваються на фоні відносно тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності в ускладнених умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення і т.п.).

На фоні вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижується працездатність. У ряді випадків з'являється метушлива і непродуктивна діяльність, що підкреслювала настання полягання дезадаптації. Нерідко спостерігається загострення преморбідного індивідуально-типологічних рис. Всі невротичні прояви можна розділити на наступні групи:

а) з переважанням неспецифічних невротичних, переважно астенічних, порушень;

б) із загостренням особово-типологічних рис;

в) соматизованих еквівалентів.

Їх відмітними особливостями є тимчасовий характер, нестабільність, парціальність і фрагментарність окремих порушень, критичне відношення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом сприятливо ситуації, що змінилася.

Загальним в клініці у всіх хворих з ПТСР є те, що переживання травми стає центральним в житті хворого, міняючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувається зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

**Висновки.** Таким чином, патопсихологічні прояви ПТСР характеризуються певними особливостями патопсихологічної структури, динамікою течії, що, на нашу думку, вимагає диференційованого підходу до проведення психологічної корекції і медичного нагляду.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 3. – С. 31–34.

2. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) // Укр. мед. альманах.– 2000.– Т. 3, № 2.– С. 183-184.

3. Киндрас Г.П., Тураходжаев А. М. Влияние посттравматических расстройств на адаптацию воинов – ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия.– 1992.– Т. 2, № 1.– С. 33-36.

4. Знаков В.В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психологический журнал.– 1990.– Т. 11, № 2.– С. 24-41.

5. Подкорытов В.С. Шестопалова Л.Ф., Кукуруза А. В. Дети Чернобыля: проблемы социально-психологической адаптации эвакуированных.– К.: Ин-т социологии НАНУ, 1998.– 130 с.

6. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. и др. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал 1996.– Т. 17. – № 2. – С. 30-44.

7. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N. // Arch. Gen.Psychiat. – 1980. – Vol. 37. – P. 85-92.

8. Брусиловский Л.Я., Бруханский И.П., Сегалов Т.Е. Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм. – М., 1928.

<http://nuczu.edu.ua/>