

## ПОСТСТРЕСОВІ ДЕЗАДАПТИВНІ СТАНИ НА ТЛІ СОЦІАЛЬНИХ ЗМІН: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Проаналізовано дані літератури, що висвітлюють проблему стресу та реакції на стрес. Проведено детальне вивчення проявів психологічного рангу реагування та їх зв'язку із невротичним та пограничним рангами в структурі реакції на гострий стрес. Детально проаналізовано сучасні погляди на формування посттравматичних стресорних та соціально-стресорних розладів, проведено їх порівняльну характеристику. Показано необхідність систематизації і розмежування дезадаптивних порушень не тільки за рангом симптоматики, але й за ступенем повноти адаптації (деадаптації) до результатів стресорного впливу; розробки єдиної моделі дезадаптаційних порушень.**

**Ключові слова:** стрес, стресорна реакція, дезадаптивні стани, постстресорні розлади, бойові дії.

Системне вивчення стресу і його наслідків для всіх сфер функціонування людини проводиться з часу оприлюднення Г. Сельє теорії стресу. У своїй книзі «The stress of life» (1956) він писав, що «...стрес є неспецифічною відповіддю організму на будь-яку висунуту йому вимогу (потребу). З погляду стресової реакції не має значення, приємною чи неприємною є ситуація, з якою ми зіткнулися. Має значення лише інтенсивність потреби в перебудові або в адаптації...». Згідно з виразом автора теорії, жоден організм, що переніс стрес, ніколи не повертається до початкового стану, ніколи не буде таким, яким він був до впливу стресорного фактора. Зміни можуть мати як позитивний, так і негативний (деструктивний) характер, призводячи навіть до смерті. Яким би не був стрес, «хорошим» (еустрес) або «поганим» (дистрес), емоційним чи фізичним (або тим і іншим одночасно), його вплив на організм має загальні неспецифічні риси адаптаційного синдрому. Його перебіг має три стадії: починається у вигляді первинної тривоги, змінюється періодом спротиву й закінчується виснаженням [1]. Зважаючи на те, що ресурси соматичних механізмів стресорної реакції розраховані максимум на 2–2,5 години, стає зрозумілим, що «соматичний» стрес або «соматична складова стресорної реакції» може бути тільки гострою.

Психічна складова стресорної реакції докорінно відрізняється від соматичної. По-перше, доцільно провести розмежування змісту понять «психічна складова гострої стресорної реакції» і «реакція на стрес». Перше входить до складу неспецифічного реагування у вигляді адаптаційного синдрому як відповідь на вплив стресорного фактора. Обидва чинники — фактор і реакція — разом формують зміст, що вкладається в поняття «стрес» [1–3].

Відповідно до змісту терміна «реакція на стрес» — це комплекс психічних змін, що є способом адаптації особистості до порушень (змін), які виникли в результаті перенесеного стресу. Гостра стресорна реакція, як і прояви її ранги порушень вона не мала, через години, як правило, зазнає інволюції без наслідків для особистості [1, 2, 4, 5]. А наступна за нею реакція на стрес формує весь діапазон психічних змін — від гострих до хронічних, від психологічних до психотичних, що спостерігаються у потерпілих. Саме вони є показником успішності адаптації особистості до тих змін, які виникли в її структурі через вплив як стресорного фактора, так і відповіді на його дію, тобто до перенесеного стресу [4–8].

Чим обумовлена клінічна різноманітність реакції на стрес і її схильність до хронічного перебігу, однозначно відповісти не можна. Це, з одного боку, властивості стресорної реакції, механізми якої тісно взаємодіють і переплітаються з механізмами реалізації реакції на стрес. Насамперед мається на увазі фіксація всіх психічних і соматичних механізмів стресорної реакції в єдиний модуль (контур), що міцно асоційований з усіма наявними під час стресу зовнішніми й внутрішніми феноменами й процесами [2, 3]. Це пов'язано з: 1) актуальністю стресорного фактора й стресорної реакції; 2) інтенсивністю впливу, включаючи афективний супровід; 3) реальною вітальною загрозою й загрозливими наслідками впливу стресора; 4) надійною фіксацією в пам'яті всіх складових як самої стресорної реакції, так і обставин її виникнення [3]. У результаті інтенсивного афективного заряду і значущості сформованого модуля він легко оживляється в пам'яті з повторними відповідними переживаннями і запуском механізмів стресорної реакції. Це може відбуватися й при активації

фіксованих асоціативних зв'язків. У такий спосіб стресорна реакція втрачає обмеженість у часі і стає причиною розвитку так званого «хронічного» психічного стресу [9–12]. При цьому вона тісно взаємодіє з механізмами реакції на стрес, значно обтяжуючи їх прояви.

Іншим важливим фактором, що визначає характеристики реакції на стрес, є передстресові особливості особистості [13, 14]. У літературі відсутні досить ясні та чіткі дані про те, що ті або інші особливості визначають характер реакції на стрес. З одного боку, це пов'язано з певними труднощами проведення ретроспективного аналізу на тлі вже розвинених тих чи інших змін особистості, з іншого — автори найчастіше як передстресові особливості розцінюють клінічні прояви, мотивуючи це тим, що вони еволюціонували під впливом стресу. Однак детальний аналіз даних відсутній.

Наступним важливим фактором, що визначає параметри реакції на стрес, є соціальні умови життєдіяльності індивідуума. Багато в чому вони обумовлюють такі об'єктивні та суб'єктивні показники, як благополуччя, упевненість у захисті, належній допомозі, надійності, захищеності, опору й підтримку з боку соціуму, перспективу майбутнього тощо [15–18]. Наявність або відсутність таких умов, тим більше — загрози з боку соціуму визначають тяжкість і форми реакції на стрес. Крім того, самі по собі різні соціальні зміни і потрясіння можуть виступати джерелом стресу [16, 17].

Наприкінці XX ст. на підставі аналізу психічного здоров'я населення в умовах докорінних змін соціально-економічної й політичної ситуації було виділено групу соціально-стресових розладів (ССР). Вони безпосередньо не пов'язані з гострою реакцією на стрес і не входять у діагностичний перелік МКХ-10. Критеріями діагностики ССР є докорінні зміни суспільних відносин, які виходять за межі звичайного досвіду; зміна системи культурних, ідеологічних, моральних, релігійних норм і цінностей; зміна соціальних зв'язків і життєвих планів; нестабільність і невизначеність життєвого становища [16]. Незалежно від характеру симптомів ССР з'являються певна байдужість до ситуацій, що недавно хвилювали, песимізм, цинізм, звужується коло соціальних контактів, які стають поверхневими та нетривкими. Нерідко серед навколишнього оточення вишукуються сравні або надумані приклади «соціальної несправедливості» і недобррозичливості, що викликає відповідну реакцію. Розвиваються почуття незадоволеності, спустошення, постійної втоми, важке відчуття, що «відбувається щось погане, загрозливе».

Основні клінічні прояви ССР: вегетативні дисфункції, порушення нічного сну, астеничні, істеричні, панічні розлади, інші невротичні й пси-

хопатичні порушення. Усі психічні прояви при ССР не є специфічними та обумовлені загальними механізмами розвитку стану психічної дезадаптації. Основні непатологічні (психофізіологічні) доклінічні реакції ССР: емоційна напруженість, декомпенсація особистісних акцентуацій, вегетативні дисфункції, гіпостенія, гіперстенія, інсомнія. Зазначені прояви безпосередньо пов'язані з реакцією на соціально-стресові обставини [16, 19–21].

Слід зазначити, що реакції на стрес можуть виникати не тільки безпосередньо в потерпілих, але й в учасників рятувальних операцій [15, 16]. Травматичними чинниками виступають отримані соматичні травми і їх наслідки, безпосередня загроза смерті, можливі втрати в різних сферах життя, подальше лікування травм, ідентифікація себе з жертвою й інші фактори. Тяжкість психічних розладів залежить від якості, інтенсивності й значущості для особистості травмуючого впливу, його тривалості, ступеня супровідних соматичних ушкоджень, які передують соматичним і психічним захворюванням, тренуваності й стійкості людини до даного виду стресу, ступеня готовності, рівня соціальної захищеності. Узагальнено це має такий вигляд: більшість характеристик і умов впливу стресорного фактора ігнорується, тому що реакція має неспецифічний характер за виключенням: 1) значущість фактора для особистості; 2) сила впливу фактора; 3) характер і тяжкість наявних порушень адаптації; 4) характер взаємодії з порушеннями в результаті соматичного ушкодження (захворювання); 5) ступінь стійкості (адаптаційних можливостей) особистості; 6) характеристики прогнозованих наслідків впливу, включаючи ступінь захищеності особистості.

Загальноприйнятими є такі етапи розвитку психічного стресу, описані Г. І. Косицьким [16]:

1) стадія мобілізації, що супроводжується підвищенням уваги, активності. Це нормальна, робоча стадія. Навантаження на цій стадії, навіть часті, приводять до тренування організму, підвищення його стресостійкості — первинне зростання напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблем;

2) друга стадія стресу, або «фаза стеничної негативної емоції», має стеничний, активнотіючий характер: лютя, гнів, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно; повторні навантаження призводять до виснаження;

3) фаза «астеничної негативної емоції» передбачає чергу негативних емоцій, що мають астеничний, пасивно-непримужний, зневірливий характер. Людину опановують туга, розпач, невіра в можливість виходу із ситуації;

4) остання стадія — невроз, зрив, коли людина деморалізується, змиряється з поразкою;

з'являються негативні наслідки, які залишає стрес: депресія, початкові стадії психосоматичного захворювання.

У клінічній практиці згідно з МКХ-10 виділяють такі клінічно окреслені постстресові психічні розлади: F43.0 — гостра реакція на стрес; F43.1 — посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); F43.2 — розлади адаптації; F43.8 — інші реакції на тяжкий стрес; F43.9 — реакція на тяжкий стрес не уточнена.

За винятком F43.3, інші рубрики можна охарактеризувати як клінічно окреслені, дезадаптивні стани. Це, як правило, психопатологія пограничних порушень або невротичного рангу, що розташована досить близько до нозологічно самостійних, невротичних порушень, які мають у своїй структурі специфічні ознаки [3, 22]. Ці ознаки відображають прив'язку дезадаптивних проявів до перенесеного раніше стресу.

Виділено основні критерії, які характеризують ПТСР [3, 16, 22]: 1) перенесений стресорний стан; 2) напливи спогадів про місце, де відбувалися життєво небезпечні ситуації, виникнення «провини за виживання» перед загиблими, сновидіння з кошмарними сценами пережитого; 3) прагнення уникнути емоційних навантажень, непевність і страх появи спогадів, які мучать («прогривання трагедії»), неконтактність із оточенням; 4) комплекс неврастенічних порушень переважно з підвищеною дратівливістю, зниження концентрації, уваги, «тону функціонування»; 5) стигматизація окремих патохарактерологічних симптомів і тенденція до формування психопатії з епізодами антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркоманія, цинізм, відсутність поваги до офіційних осіб). Крім того, сформовані особливості клінічного перебігу, включаючи віддалені періоди часу. На відміну від гострої стресової реакції, ПТСР виникає не в момент стресової події, а у віддалений термін.

Підгострі порушення психіки характеризуються дереалізаційними й деперсоналізаційними розладами; тривожно-депресивними станами з почуттям страху за своє життя, плаксивістю, кошмарними сновидіннями; депресивними реакціями з конверсійними розладами; реакціями ейфоричного типу з багатослів'ям, значною недооцінкою тяжкості свого соматичного стану; obsесивно-фобічними розладами й порушеннями сну [23–26].

У подальшому розвитку ПТСР привертає увагу комбінація двох груп клінічних явищ: триваючих напливів (оживлень) у свідомості хворого переживань екстремальної ситуації із супровідними афективними реакціями (тривоги, жаху, страху); поведінки ухилення, уникнення ситуації, тобто прагнення піти від усього, що може нагадувати про трагічну подію. На перший план частіше

виступають розлади сну, дратівливість і вибуховість, зниження деяких когнітивних функцій (особливо пам'яті й уваги). Можуть виникати й більш виражені психічні порушення (депресія, тривожні розлади, адиктивні розлади тощо). Хворі виглядають замкненими, відчуженими, іноді злісними. Вони із труднощами контактують із оточенням, їм важко вживатися у родині і з іншими людьми. Вони дратівливі, часом агресивні, причому спалахи злості та агресії можуть видатися зовсім немотивованими. Звичайні виробничі вимоги, пов'язані з дисципліною й субординацією, виявляються для них нездійсненними. У родині хворі скоро стають чужими, тому що не можуть розділити ні прикостей, ні радості домашніх. У зв'язку із цим вони можуть втратити роботу і родину. Схильність до зловживання алкоголем і наркотиками підсилює соціальну дезадаптацію: хворі легко втягуються в кримінальне середовище або поповнюють армію бездомних.

У цілому особливості поведінки хворих із ПТСР нагадують картину психопатоподібного стану. Однак при дослідженні з'ясовується, що вони переживають глибоку пригніченість, тривогу й тугу, іноді з почуттям провини, марності свого життя, навіть із суїцидальними думками. Пацієнти страждають від настільки повторюваних спогадів про ту ситуацію, яку вони пережили. Останні часто бувають у вигляді раптово виникаючих, яскравих образних вистав (flashbacks), тривають від кількох секунд до кількох годин і супроводжуються пригніченням, страхом, пітливістю й іншими вегетативними розладами [25–28]. Світ інших людей, їхні інтереси, тривоги й надії уявляються для хворих дрібними, не вартими уваги. Більшість пацієнтів впевнені у тому, що люди, які не пережили того, що пережили вони, не в змозі зрозуміти їхніх проблем; часто вони пояснюють цим свою замкнутість. Багато з них так само пояснюють своє зятате небажання звертатися по медичну допомогу, оскільки вони впевнені, що лікар не зможе їх зрозуміти. Іноді вони прагнуть знайти вихід у спілкуванні з товаришами по нещастю, але й це стає складно, оскільки провокує спогади, яких хворі намагаються уникнути. Уживання алкоголю й наркотиків приносить їм спочатку деяке полегшення, що пояснює значне поширення того й іншого серед хворих на ПТСР.

На більш віддаленому етапі (через 12–14 міс) можливі стани з порушенням сну, почуттям розпачу, безвиході, украй песимістичною оцінкою ситуації в країні, отождоуванням цієї ситуації із власною долею й пов'язаними із цим думками про самогубство. Цей стан може бути настільки важким, що призводить до втрати працездатності.

Останнім часом актуальною стала тема бойової психічної травми (БПТ). Під БПТ розуміють переживання великої сили, викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості й руйнування психологічної структури дій [26, 28]. Інакше кажучи, людина не поранена, не контужена, не отруєна, але вести бойові дії не може. Основним психотравмуючим фактором бойової обстановки є небезпека, що загрожує життю й фізичному здоров'ю. Переживання цієї небезпеки є найсильнішим і, як правило, пов'язане зі сприйняттям жахливої картини загибелі й поранень інших людей. Насамперед дуже важливо зрозуміти, що постраждалий від БПТ прирівнюється до тих, що одержали вогнепальне поранення, важку фізичну травму, контузію, хімічне отруєння тощо. Тому зазначену категорію відносять до втрат (психологічних).

Поданий матеріал показує, що стресорна реакція є неспецифічною формою реакції особистості. Отже, клінічна картина порушень при БПТ буде відповідати описаним варіантам. За умовами і часом БПТ можна розділити на дві групи. До першої належить БПТ, що виникає у відносно короткий проміжок часу, практично в момент психотравмуючої ситуації. Такий постраждалий із БПТ може впасти в повну загальмованість (ступор), слабо або взагалі не реагувати на навколишнє оточення чи навпаки — виявляти високу рухову активність (метатися, кричати тощо). Нервові потрясіння, яке в цей момент переживає людина, настільки сильне, що вона тимчасово втрачає здатність критично оцінювати навколишнє середовище, аналізувати й планувати свої дії [28].

До другої групи відносять БПТ, що розвивається відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих факторів [23, 26–28]. Накопичення психічної напруги відбувається постійно і непомітно для військовослужбовця. Його поведінка поступово змінюється, він може стати замкненим, похмурим, грубо реагувати на звернення до себе з боку товаришів. За таких обставин змінюється стиль спілкування, коли солдати або офіцери без достатніх на те причин починають кричати одне на одного, виявляти ознаки агресії. Спілкування за допомогою крику поступово стає нормою поведінки. Раптові вибухи гніву, агресії можуть супроводжуватися зміною самопочуття (головний біль, відчуття розбитості у всьому тілі, запаморочення, нудота тощо), високою руховою активністю, за якою швидко настають виснаження й апатія. Навіть ті воїни, які адаптувалися до бойової обстановки, мають солідний бойовий досвід, раптово відчують сильні напади страху перед виконанням

бойового завдання, стають занадто обережними. У військовій психології така поведінка одержала назву «бойове виснаження».

Гостра реакція на стрес може виявлятися й психологічним рівнем реагування у вигляді психоадаптаційних та психодезадаптаційних станів [28–34]. Психоадаптаційні стани виникають, якщо в індивіда досить добре розвинені здатності до «витиснення, заперечення» дестабілізуючих психогенів. При цьому психоадаптаційний стан все-таки не «норма», а «передпатологія», оскільки вплив психогенів відбивається на функції психіки й лише завдяки адекватності компенсаторних механізмів не має переходу в патологію.

Психодезадаптаційні стани є відносно стабільним симптомокомплексом, відповідним задіяному регістру розладів психіки. Формується протягом тривалого часу (близько 6 міс й більше) у вигляді трьох варіантів: астеничного, дистимічного, психовегетативного. Найважливішими ознаками є: втрата звичного пристосувального характеру особистісної реакції, її невідповідність актуальній ситуації; розлад механізмів психологічного захисту і зосередження уваги на вузькому колі афективно заряджених уявлень та суджень; ізолюваність окремих емоційно-вольових реакцій, що мають абортивний, рудиментарний і минулий характер; поява тривожності, ригідності, динамічних нейрофізіологічних, нейрогуморальних та імунологічних порушень.

Виділяють такі варіанти психодезадаптаційних станів клінічного рівня: за ознакою провідної симптоматики — патохарактерологічний, невротичний і психосоматичний [29–32]; за принципом сталості проявів — відносно нестабільні (одиничні, короткочасні погіршення, але без стійких і тривалих змін працездатності); стійкі й тривалі (у цілому більше 2 міс щороку) погіршення стану. Ці екстранозологічні розлади діагностуються на основі таких критеріїв: зниження соціальної адаптації, поява відчуття занепаду сил, слабості, посилення суб'єктивного сприйняття соматичного дискомфорту, стійка зміна напрямку уваги від проблем зовнішніх до внутрішніх, пов'язаних із власним здоров'ям, виникнення інтолерантності до незначних зовнішніх впливів. Є дві тенденції в динаміці психоадаптаційних і психодезадаптаційних станів від їхньої флуктуації на рівні психічного здоров'я до затяжного, торпідного перебігу з ускладненням клініки і подальшим переходом у стійкі невротичні та патохарактерологічні стани.

Підводячи підсумок даного аналізу, можна зробити такі висновки.

Незважаючи на важливість передстресових особливостей особистості для розвитку реакції на стрес, у літературі досить мало досліджень цих



факторів. Дані мають уривчастий характер, не демонструють наявності або відсутності зв'язків з виникненням, феноменологією, варіантами клінічного перебігу реакції на стрес.

Аналіз психологічного і психопатологічного рангів симптоматики не демонструє чіткого розмежування між ними. Відсутні критерії (маркери) загрози трансформації психологічного реагування в психопатологічне.

У літературі відсутні дані про взаємний вплив ПТСР і ССР, що вкрай важливо для трактування симптоматики, психокорекції та прогнозу перебігу реакції на стрес.

Аналіз показав необхідність систематизації і розмежування дезадаптивних порушень не тільки за рангом симптоматики, але й за ступенем повноти адаптації (деадаптації) до результатів стресорного впливу; розробки єдиної моделі дезадаптаційних порушень.

#### Список літератури

1. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье.— М.: Прогресс, 1982.— 68 с.
2. Загуровский В. М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений / В. М. Загуровский // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.— К., 2014.— Вип. 23, кн. 2.— С. 180–187.
3. Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2001.— № 4.— С. 116–117.
4. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций / П. С. Гуревич.— М.: Юнити, 2012.— 495 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых.— М.: Эксмо, 2006.— 960 с.
6. Психология деятельности в экстремальных условиях / В. Н. Непопалов, В. Ф. Сопов, А. В. Родионов [и др.]; под ред. А. Н. Блеера.— М.: Академия, 2008.— 256 с.
7. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Канторович, Е. И. Крукович.— СПб.: Речь, 2005.— 256 с.
8. Красило А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний / А. И. Красило.— М.: Московский психолого-социальный институт, 2004.— 96 с.
9. Загуровский В. М. Факторы консолидации структуры стратегии поведения личности в качестве психосоматической патологии / В. М. Загуровский // Вісн. проблем біології і медицини.— 2014.— Вип. 4, т. 1 (113).— С. 110–115.
10. Загуровский В. М. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний / В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний.— 2013.— № 2 (49).— С. 62–64.
11. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.— 352 с.
12. Нагаев В. В. Основы клинической психологии / В. В. Нагаев, Л. А. Жолковская.— М.: Юнити-Дана, 2007.— 463 с.
13. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии / Т. Г. Визель.— М.: АСТ, 2006.— 400 с.
14. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков / А. Е. Личко.— СПб.: Речь, 2010.— 256 с.
15. Табачников С. І. Соціальна психіатрія / С. І. Табачников, М. В. Маркова // Психіатрія. Національне керівництво для лікарів-психіатрів; за заг. ред. В. М. Козідубової.— Харків: Оберіг, 2013.— С. 23–26.
16. Белов В. Г. Психология кризисных ситуаций: учеб. пособ. / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов.— СПб.: Невский институт управления и дизайна, 2010.— 175 с.
17. Briere J. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model / J. Briere, M. Hodges, N. Godbout // J. Traum. Stress.— 2010.— Vol. 23.— P. 767–774.
18. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций / П. С. Гуревич.— М.: Юнити, 2012.— 495 с.
19. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных ситуациях / Ю. А. Александровский [и др.].— М., 1991.— 115 с.
20. Панченко О. А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О. А. Панченко, И. И. Кутько, Н. А. Зайцева // Новости медицины и фармации.— 2014.— № 15 (509).— С. 6.
21. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 / A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant [et al.] // Lancet.— 2013.— Vol. 381.— P. 1683–1685.
22. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рек. / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов [та ін.].— Харків, 2002.— 47 с.
23. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.].— Харків, 2014.— 79 с.
24. Люмберг Л. Стресс: его военные последствия, медицинские аспекты, проблемы / Л. Люмберг // Эмоциональный стресс.— Л.: Медицина, 1970.— С. 255–260.
25. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журн.— 1992.— Т. 13, № 2.— С. 14–29.
26. Военная психиатрия: учебник; под ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея.— СПб.: ВМедА; ЕЛБИ-СПб., 2001.— 236 с.

27. Акарачкова Е. С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // Лечащий врач.— 2010.— № 10.— С. 60–64.
28. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение / И. И. Кутько, О. А. Панченко, Г. С. Рачкаускас, А. Н. Линева // Новости медицины и фармации.— 2014.— № 16 (510).— С. 7.
29. Шестопалова Л. Ф. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция / Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевникова // Укр. мед. альманах.— 2004.— № 4 (доп.).— С. 123–126.
30. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder / R. A. Bryant, M. Creamer, M. L. O'Donnell [et al.] // J. Clin. Psychiatry.— 2008.— Vol. 69.— P. 923–929.
31. Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: a systematic review / R. A. Bryant // J. Clin. Psychiatry.— 2011.— Vol. 72.— P. 233–239.
32. Bryant R. A. Grief as a psychiatric disorder / R. A. Bryant // Br. J. Psychiatry.— 2012.— Vol. 201.— P. 9–10.
33. Клиническая психология; под ред. Б. Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2011.— 960 с.
34. Психология деятельности в экстремальных ситуациях; под ред. А. Н. Блещера.— М.: Академия, 2008.— 256 с.

## ПОСТСТРЕССОВЫЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

М. В. МАРКОВА, П. В. КОЗЫРА

**Проанализированы данные литературы, освещающие проблему стресса и реакции на стресс. Проведено детальное изучение проявлений психологического ранга реагирования и их связи с невротическим и пограничным рангами в структуре реакции на острый стресс. Детально проанализированы современные взгляды на формирование посттравматических стрессорных и социально-стрессорных расстройств, проведена их сравнительная характеристика. Показана необходимость систематизации и размежевания дезадаптивных нарушений не только по рангу симптоматики, но и по степени полноты адаптации (дезадаптации) к результатам стрессорного влияния; разработки единой модели дезадаптационных нарушений.**

**Ключевые слова:** стресс, стрессорная реакция, дезадаптивные состояния, постстрессорные расстройства, боевые действия.

## POST-STRESS DEADAPTIVE STATES AGAINST A BACKGROUND OF SOCIAL CHANGES: THE PROBLEM ANALYSIS

M. V. MARKOVA, P. V. KOZYRA

**The work analyzes the literature data featuring the problem of stress and reaction to stress. The manifestations of the psychological rank of reaction and their communication with neurotic and borderline ranks in the structure of reaction to acute stress were investigated in detail. Modern views on formation of post-traumatic stress disorders and social stressor disorders were analyzed in detail; their comparative characteristic was carried out. The necessity of systematization and differentiation of deadaptation disorders not only by the signs rank but also by the degree of completeness of adaptation (deadaptation) to the results of stressor influence as well as development of a uniform model of deadaptive disorders is shown.**

**Key words:** stress, stress reaction, deadaptive states, post-stress disorders, military operations.

Надійшла 29.01.2015