

УДК 159.944.4

ІСТОРИЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ©Самойлова О.В.¹, o.samoylova@karazin.ua©Міщенко О.М.¹, a.mischenko@karazin.ua

1-Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, Україна

У статті вивчено історичні аспекти формування поняття про глобальну проблему сучасного суспільства – посттравматичні стресові розлади (ПТСР), розкрито клініко-психологічні особливості їх формування, як у дорослому, так і у дитячому віці. Метою дослідження є аналіз світового досвіду сучасних поглядів на проблему ПТСР, а також вивчення основних механізмів формування даного розладу та наявні факторів ризику захворювання. У роботі було обстежено 2 групи дітей і підлітків 7-18 років: 305 – із сімей вимушених переселенців і 60 осіб контрольної групи, в яку були включені діти зі звичайних сімей. Було проаналізовано основні клініко-психологічні характеристики розвитку ПТСР. За даними літературних джерел ПТСР має досить значну поширеність, як в нашій державі, так і в усьому світі, що актуалізує дану проблему на тлі останніх світових і вітчизняних подій. Особливого значення розвиток цієї психосоматичної патології набуває у дитячому віці з огляду на досить широку різноманітність клінічних проявів й значний психотравмуючий вплив на несформовану дитячу особистість. У роботі було встановлено основні фактори ризику виникнення ПТСР та вплив психотравмуючих чинників на формування особистісно-характерологічних рис особистості.

Ключові слова: діти, посттравматичний, стресовий, розлад, психотравмуючий, фактор

Вступ

Останніми роками, як сучасна так і світова історія, була перенасичена доленосними, драматичними та екстремальними за своєю силою та інтенсивністю подіями. Швидко змінювалися соціально-економічні та політичні формації, руйнувались ідеологічні системи, відбувалися техногенні та природні катастрофи, велися воєнні дії, тощо. У зв'язку з цим великий прошарок населення нашої планети постійно відчуває вплив досить значних за своєю силою та інтенсивністю психотравмуючих чинників, що в кінцевому результаті, призводить, в багатьох випадках, до різних негативних медико-соціально-психологічних наслідків [14, 27]. Найбільший психотравмуючий вплив щодо розвитку таких ситуацій як бойові події, терористичні акти, насилля над особистістю, тощо, які отримує людина, змінює її психічний стан здоров'я та соціально-психологічне благополуччя. Психопатологічна симптоматична картина у осіб, які були під дією вищезгаданих травматичних подій, може бути представлена значним розмаїттям розладів – від психологічних реакцій та хворобливих станів до клінічно-виражених психопатологічних форм. Найчастіше серед цих розладів зустрічаються, так звані, посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА) [1, 18]. За даними офіційних джерел ПТСР вперше зустрічається в США в Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM III) з 1980 року, що означає діагностичний і статистичний посібник щодо психічних розладів, а в міжнародний класифікатор хвороб (МКХ) – з 1995 року. В історичному

аспекті такий діагноз, як ПТСР з'явився відносно нещодавно. Аналіз численних спостережень і досліджень ветеранів війни у В'єтнамі посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) було включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1994 р. в США введена нова, четверта редакція DSM-IV (DSM-IV, 1994) [30], потім – DSM-V [25].

До недавнього часу діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів існував тільки в США. Однак в 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії з DSM були введені і в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКХ-10 [17], основного діагностичного стандарту в Європейських країнах.

Проте, як відмічено в багатьох літературних джерелах провідними науковцями, ПТСР не можна вважати досить раннім захворюванням, тому що воно існувало з того часу, з якого населення почало відчувати дію психотравмуючих чинників (війни, вбивства, природні катаклізми, тощо) [2, 6, 7, 15, 19, 20, 22].

Мета роботи

Метою дослідження є аналіз світового досвіду сучасних поглядів на проблему ПТСР, а також вивчення основних механізмів формування даного розладу та наявні факторів ризику захворювання.

Матеріали і методи

Нами було обстежено 2 групи дітей і підлітків 7-18 років: 305 – із сімей вимушених переселенців і 60 осіб контрольної групи, в яку були включені діти зі звичайних сімей. Було проаналізовано основні клініко-психологічні характеристики розвитку ПТСР.

Результати та їх обговорення

За світовими даними, поширеність ПТСР досягає 100,0% серед осіб, які перенесли наслідки важкої психотравмуючої ситуації насильства над особистістю (замах на вбивство, важкі тілесні ушкодження, зґвалтування, тощо). При цьому, порушення стану психічного здоров'я у вигляді повної картини ПТСР спостерігалось в повному обсязі у 56,0% осіб. Деякі окремі наслідки психотравмуючої ситуації мали 44,0% осіб. Поширеність ПТСР серед усього населення сягає від 9,0% до 12,0%. При цьому, надто вразливою групою, щодо дії психотравмуючих чинників, є діти [13]. Несформованість їх психіки, малий рівень вольового контролю емоційних реакцій викликають у них реакції порушення сну, емоційно-вегетативні розлади, досить високу психічну напруженість, що може призвести до стійкого порушення поведінки, низької успішності, конфліктності на усіх рівнях, порушення дисципліни, тощо. Несвоєрідність поведінки таких дітей та викликана цим несприйнятність їх у соціумі викликають високий рівень їх агресії та підсилюють їх медико-соціальну та психологічну дезадаптацію [26]. В нашій державі за даними досліджень Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) більш ніж 40,0% дітей 7–12 років та більше 50,0% дітей 13–18 років були безпосередніми свідками подій, пов'язаних з війною (14,0% – свідки дії військової техніки; 13,0% – свідки наслідків боїв; 2,2% – бойових сутичок; 4,0% та 15,0% – свідки насильства та побиття знайомих; 6,0% й 5% – свідки погроз застосування зброї). Так, сутність розладів, які виникають у людини під дією будь-якої перенесеної катастрофи або іншої психотравмуючої ситуації намагалися описати та діагностувати раніше.

Першу згадку про психічний розлад, як наслідок тяжкої травми помічено в 1867 році в роботі англійського хірурга J.E. Erichsena «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій було систематизовано симптоматику психічних розладів після аварії на залізниці. За свідченням

постраждалих на протязі декількох тижнів після аварії вони відчували так званий «душевний дискомфорт», кошмарні сновидіння (відображали перенесену трагедію), порушення пам'яті та концентрації уваги. J.E. Erichson запропонував даному симптомокомплексу дати термін «залізничний спинний мозок» [10]. Через деякий час, у 1888 році німецький вчений-невролог Н. Орпенгейм запропонував для практики ввести так званий термін «травматичний невроз», який включав в себе симптомокомплекс сучасного ПТСР [10].

Багато робіт щодо цієї проблеми, з'являються після значних військових конфліктів [3]. Так, важливі дослідження з'явилися у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918 рр.). Крепеллін, характеризуючи травматичний невроз, вперше показав, що після важких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, які посилюються з часом. Пізніше Майєрс в роботі «Артилерійський шок у Франції 1914–1919» визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряду» і «снарядним шоком». Контузія, викликана розривом снаряду, розглядалася ним як неврологічний стан, викликаний фізичною травмою, тоді як «снарядний шок» Майєрс розглядав як психічний стан, викликаний сильним стресом. Реакції, зумовлені участю в бойових діях, стали предметом широких досліджень в ході Другої світової війни. Це явище у різних авторів називалося по-різному; «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз» та ін [3].

У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» [12]. Він вважав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав опис симптомокомплексу ПТСР:

- 1) збудливість і дратівливість;
- 2) нестримний тип реагування на раптові подразники;
- 3) фіксація на обставинах травмуючої події;
- 4) відхід від реальності;
- 5) схильність до некерованих агресивних реакцій.

Інтерес до цієї проблеми виник у вітчизняній психіатрії в зв'язку з військовими конфліктами, природними і техногенними катастрофами, що спіткали нашу країну в останні десятиліття. Особливо важкими за наслідками були аварія на Чорнобильській АЕС (1986) і землетрус у Вірменії (1988).

У світовій практиці війна у В'єтнамі послужила потужним стимулом щодо досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопили значний матеріал щодо психопатологічних і особистісних розладів у учасників війни. Схожу симптоматику також було виявлено у осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких по тяжкості до психогенного впливу. Однак, цей симптомокомплекс не відповідав ні одній із загальноприйнятих нозологічних форм. У зв'язку з цим, в 1980 р. М. Горовіц запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом» (posttraumatic stress disorder, PTSD). Надалі, група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-LLI і DSM-III-R), а пізніше (практично без змін) – для МКБ-10 [10, 25].

Дослідження ПТСР-синдрому в 1980-х років поширились. В США були виконані численні дослідження, щодо розвитку та уточнення різних аспектів ПТСР. Серед них виділяють роботи Егендорфа і Боуландера. Перша з них присвячена порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів та їх однолітків, що не воювали, а друга – вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес у того ж контингенту [3]. Результати цих

досліджень не втратили своєї важливості й досі. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії Фіглея «Травма і її наслідки», де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наведені і результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій або насильства над особистістю [3]. У 1988 р. були також опубліковані дані загальнонаціональних ретестових досліджень різних аспектів післявоєнної адаптації ветеранів в'єтнамської війни. Ці роботи дозволили уточнити багато питань, пов'язаних з природою і діагностикою ПТСР.

Початок систематичних досліджень пост стресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття. Число робіт за наслідками катастроф, які виявляють наявність ПТСР, набагато менше, ніж кількість досліджень, проведених з ветеранами бойових дій [5, 31].

Щодо клініко-психопатологічних особливостей ПТСР слід зазначити, що ПТСР – це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, роль жертвозвущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [21]. Чинником ПТСР є відстрочена або затяжна реакція організму (стрес) на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, які можуть викликати загальний дистрес майже у кожної людини [28]. ПТСР виникає на тлі травматичних подій. До травматичних подій безпосередньо відносяться наступні: бойовий досвід; насильницький вплив на особистість (сексуальний або фізичний, пограбування, груповий напад); кіднепінг; терористичні напади; тортури; перебування у концентраційних таборах; природні катастрофи; промислові катастрофи; різного роду автомобільні катастрофи; ситуації, коли людині діагностують невиліковну, небезпечну для життя хворобу; випадки фізичного насильства над іншими людьми; важкі нещасні випадки або важкі фізичні травми у члена сім'ї або близького друга; звістка про раптову, несподівану смерть члена сім'ї або близького друга; інші ситуації.

У дітей причиною появи посттравматичного синдрому постають події, які відрізняються від звичного для дитини середовища. Страх, паніка, крики, втеча людей, втрата батьків – все це і багато іншого викликає у дитини емоційний стрес, який характеризується гострими або тривалими фізичними, психічними і соціальними наслідками [24].

До найбільш поширених дитячих травм слід віднести: смерть одного або обох батьків (особливо гостро переживають раптову або насильницьку смерть, суїцид); втрату домашнього улюбленця; аварії або катастрофи; розлучення батьків; втрату відносин (в т.ч. дружніх уподобань), сварку з близьким другом; крадіжку; зраду; втрату цнотливості (сексуальне насильство); стресові події в країні і за кордоном (створюють відчуття нестабільності, порушують стан базової безпеки) і т. д. [4].

Дані багатьох досліджень вказують, що у підлітків, які були безпосередніми учасниками стресової ситуації (військових подій або інших), зберігається висока емоційна напруга навіть через 2–4 місяці після подій з'являються проблеми в навчанні та спілкуванні. Їм властиві порушення поведінки від депресії до агресії [11, 23]. Вони відзначають появу соматичних скарг, які за результатами медичних оглядів не мають органічної природи. Слід зазначити, що досить часто діти і підлітки зі стресовим розладом переживають вторинну травматизацію, яка виникає при обговоренні травмуючої події з однолітками, батьками, медичним персоналом, працівниками соціальної сфери і т.д. Негативні реакції проявляються в запереченні самого факту травми,

зв'язки між травмою і стражданнями людини і навіть обвинуваченні жертв, відмову у наданні допомоги [16].

При цьому, індикаторами психологічного стану дітей при дії психотравмуючих подій є наступні [21]:

1. Почуття незахищеності і безпорадності (діти сприймають світ як джерело непрогнозованих небезпечних подій);

2. Тривога про майбутнє, очікування «поганого», страх змін (очікування «поганого» у дітей, в основному, проявляється в почутті страху й настороженості);

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини (відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвиває їх низьку самооцінку, почуття ущемленої гідності. Низька самооцінка дітей проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування спонтанної активності. Так само для дітей характерно почуття провини);

4. Напади люті, агресивності (у травмованих дітей фрустровані потреби безпеки, захищеності і самоповаги. Фрустрація цих потреб викликає гнів і підвищення рівня агресії);

5. Відчуження та ізолюваність від навколишньої фізичної та соціальної реальності;

6. Невиплакане горе і печаль – найважливіші характеристики психотравми, які завжди пов'язані з почуттям будь-якої втрати – втрата близької людини, уявлення про себе, надії і т.д. (головною перешкодою стають почуття сорому і безпорадності, бажання стримати агресивний імпульс);

7. Травматичні ігри і повторювані дії (повторюють той чи інший епізод травми);

8. Деформація картини світу (дитина, у якої ще не сформована система переконань, постає перед небезпекою утворення у неї деформованої картини світу під впливом травми. Часто світ представляється як джерело зловісних подій, ворожості, а сама дитина в ньому – незахищена, безпорадна жертва. Така картина світу позбавляє дитину свободи вибору, блокує її життєві сили);

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання (невиплаканий травматичний досвід – психологічно незавершене явище, тому він несе у собі тенденцію постійної актуальності. Для людини, а особливо для дитини, ця актуалізація досить болісний процес, тому більша частина життєвої енергії дитини спрямована на опір цій тенденції, на приборкання хворобливих емоцій. Це накладає відбиток на пізнавальну активність – увага розсіюється, виникають труднощі зосередження, знижується обсяг пам'яті, може виникати «в'язкість» мислення);

10. Різного роду страхи (страх виконує захисну функцію і має доцільний характер. На різних вікових етапах дитині властиві різні «нормальні страхи». На відміну від «нормальних страхів», невротичні страхи, мають дуже сильну (панічну) інтенсивність, вони тривалі у часі і тому деструктивні за своїм характером);

11. Травматичні сновидіння і порушення сну (одна із ознак «непережитого», все ще неподоланого травматичного досвіду. Сновидіння може відтворювати пережиту картину повністю або змінену);

12. Психосоматичні порушення.

При цьому, слід звернути увагу на гендерні відмінності ступеню впливу психотравмуючого фактору. Причиною стресового розладу у хлопчиків частіше бувають такі травматичні події: участь у битвах; занедбаність; досвід фізичного насильства; а у дівчаток: зґвалтування; сексуальне домагання; фізичний напад; загроза застосування зброї; досвід фізичного насильства. Вперше гендерні відмінності виявляються з трьох років життя [29]. Р. Лоубер узагальнив дані про гендерні особливості агресивної поведінки дітей і зробив висновок,

що ці відмінності починають чітко виявлятися у дошкільному віці [8, 9]. Їх особливості, із спостережень Р. Лоубера, полягають в тому, що рівень агресивності у хлопчиків більш високий, ніж у дівчаток. Найбільш часто відзначається страх (найчастіше – це страх смерті). У багатьох пацієнтів проявлявся страх самотності (у 60,0% випадків). У деяких випадках виявлялися агорафобії.

Висновки

Слід зазначити, що за даними літературних джерел ПТСР має досить значну поширеність, як в нашій державі, так і в усьому світі, що актуалізує дану проблему на тлі останніх світових і вітчизняних подій. Особливого значення розвиток цієї психосоматичної патології набуває у дитячому віці з огляду на досить широку різноманітність клінічних проявів й значний психотравмуючий вплив на несформовану дитячу особистість.

Список літератури

1. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии / В. А. Абрамов. — 2004. — Донецк. — 272 с
2. Александров Е. О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и лечение / Е. О. Александров. — Новосибирск: Сибвузиздат. — 2001. — 154 с
3. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навч. посіб. / В. І. Алещенко, О. Ф. Хміляр. — Харків: ХУПС. — 2005. 84 с
4. Бадьина Н. П. Психологическая помощь ребенку, пережившему психическую травму: Метод. рекомендации для педагогов-психологов ОУ / Н. П. Бадьина. — Курган. — 2005. — 5 с
5. Боевая психическая травма как фактор риска развития хронического посттравматического стрессового расстройства / А. А. Сумароков, Н. Л. Бундало, А. В. Подкорытов [и др.] // Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всеросс. Юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием. — СПб.: Человек и здоровье. — 2007. — С. 38–39
6. Бундало Н. Л. Невротические, обусловленные стрессом, и соматоформные расстройства. Лечебно-диагностические стандарты: Учебно-методическое пособие для послевузовской подготовки врачей. С грифом УМО / Я. П. Гирич, Н. Л. Бундало. — Красноярск: КрасГМА — 2004. — 117 с
7. Бундало Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей / Н. Л. Бундало, Е. П. Малюткина // Матер. XIV съезда психиатров. — М., 2005. — С. 185
8. Бундало Н. Л. Гендерные особенности проявлений агрессивности и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве / Н. Л. Бундало, А. А. Курицына, // Сибирское медицинское обозрение. — 2007. — № 1. — С. 47–50
9. Бундало Н. Л. Половые различия клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства / К. В. Фадеева, Н. Л. Бундало // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии: Матер. второй Всеросс. конф. с международным участием. — Томск, 2008. — С. 224–225
10. Бундало Н. Л. Актуальные вопросы этиологии посттравматического стрессового расстройства (обзор литературы) / Н. Л. Бундало // Сибирское медицинское обозрение. — 2007. — № 1. — С. 3–10

11. Бундало Н. Л. Особенности агрессии у детей при ПТСР / Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства: Матер. региональной науч.-практич. конф.— Томск, 2007.— С. 29–34
12. Кардинер А. Психологические границы общества / А. Кардинер. — М., 2010.— 231 с
13. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків; під ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. В. С. Підкоритова [та ін.]: Клінічний посібник.— Харків: Фоліо.— 2001.— 271 с
14. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк.— К.: Ніка-Центр.— 2006.— 580 с
15. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М.: Медицина. — 2005.— 432 с
16. Марценковский И. А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: поиск нового смысла / И. А. Марценковский // Газета здоровье Украины. — 2007.— № 170.— С. 16–19
17. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике; под. ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.— К.: Факт, 1999.— 259 с
18. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10.— М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.— 407 с
19. Падун М. А. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика» / М. А. Падун, А. В. Котельникова. — М.: Институт психологии РАН.— 2012.— 141 с
20. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева.— М.: Изд-во Института психотерапии.—2000.— 128 с.
21. Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса: учеб. пособие / Е. В. Пятницкая.— Балашов: Николаев.— 2007.— 140 с
22. Решетников М. М. Психическая травма / М. М. Решетников.— СПб.: Восточно-Европейский институт изучения психоанализа.— 2006.— 322 с
23. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростка / Л. М. Семенюк.— М.— Воронеж.—1996.— 96 с
24. Сидельников С. А. Особенности посттравматического стрессового синдрома у детей / С. А. Сидельников, М. Р. Дышекова, М. Ю. Часыгова // Бюллетень медицинских интернет-конференций.— 2013.— Вып. № 2, т. 3.— С. 236
25. Синописис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англ.; ред. Л. Підлісецька.— Львів: Видавництво Українського католицького університету.— 2014.— 112 с
26. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика // Н. В. Тарабрина.— М.: Ин-т психологии РАН, 2009.— 303 с
27. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування.— 2014.— № 7–8.— С. 57–58
28. Bundalo N. L. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder / N. L. Bundalo, S. P. Korolenko // Росс. биомедицинский журн Medline.ru.— 2007.— Т. 8.— Р. 694–702
29. Coil J. D. Aggression and antisocial behavior. In W. Damon, N. Eisenberg. Handbook of child psychology / J. D. Coil, K. A. Dodge.— N. Y.: Wiley.— 1998.— Р. 779–862

30. DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edition 4 (text revised). The American Psychiatric Association.— 2000,— 943 p

31. Green A. H. Children traumatized by physical abuse / A. H. Green // S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.). Post-traumatized stress disorders in children.— Washington, DC: American Psychiatric Association.— 1985.— P. 133–154

ИСТОРИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

©Самойлова А.В., ©Мищенко А.Н.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Харьков, Украина

В статье изучены исторические аспекты формирования понятия о глобальной проблеме современного общества - посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), раскрыты клиничко-психологические особенности их формирования, как во взрослом, так и в детском возрасте. Целью исследования является анализ мирового опыта современных взглядов на проблему ПТСР, а также изучение основных механизмов формирования данного расстройства и имеющиеся факторы риска заболевания. В работе было обследовано 2 группы детей и подростков 7-18 лет: 305 - из семей вынужденных переселенцев и 60 человек контрольной группы, в которую были включены дети из обычных семей. Были проанализированы основные клиничко-психологические характеристики развития ПТСР. По данным литературных источников ПТСР имеет значительную распространенность, как в нашем государстве, так и во всем мире, что актуализирует данную проблему на фоне последних мировых и отечественных событий. Особое значение развитие этой психосоматической патологии приобретает в детском возрасте, учитывая достаточно широкое разнообразие клинических проявлений, и значительное психотравмирующее влияние на несформированную детскую личность. В работе были установлены основные факторы риска возникновения ПТСР и влияние психотравмирующих факторов на формирование личностно-характерологических черт личности.

Ключевые слова: дети, посттравматическое, стрессовое, расстройство, психотравмирующий, фактор

HISTORICAL, CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES FOR FORMATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

©Alena Samoylova, ©Alexander Mishchenko

V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

The historical aspects of the formation of the global problem of modern society - post-traumatic stress disorders (PTSD), reveals the clinical and psychological characteristics of their formation, both in adults and in children have been examined in the article. The aim of the study is to analyze the world experience of modern views on the problem of PTSD, as well as to study the main mechanisms for the formation of this disorder and the available risk factors for the disease. The study examined 2 groups of children and adolescents aged 7–18 years: 305 from families of forced migrants and 60 people from the control group, which included children from ordinary families. The main clinical and psychological characteristics of the development of PTSD were analyzed. According to literary sources, PTSD has a

significant prevalence, both in our state and around the world, which actualizes this problem against the background of recent world and domestic events. Emphasis and development of this psychosomatic pathology is in childhood, given the fairly wide variety of clinical manifestations, and a significant psycho-traumatic effect on the unformed children's personality. The work identified the main risk factors for PTSD and the influence of psycho-traumatic factors on the formation of personality-characterological personality traits.

Keywords: children, post-traumatic, stress, disorder, traumatic, factor

REFERENCES

1. Abramov V. A. (2004) Standards of multi-axis diagnostics in psychiatry, Donetsk, 272 p (in Russian)
2. Aleksandrov E.O. (2001) Blown up brain. Posttraumatic stress disorder. Clinic and treatment, Novosibirsk: Sibvuzizdat, 154 p (in Russian)
3. Aleshchenko V.I. (2005) Psychological Rehabilitation of Servicemen with Post-Stress Mental Disorders: Teaching. manual Kharkiv, 84 p (In Ukrainian)
4. Badina N. P. (2005) Psychological assistance to a child who has experienced a psychological trauma: Method. recommendations for educational psychologists, Kurgan, 5 p (in Russian)
5. Combat mental injury as a risk factor for the development of chronic post-traumatic stress disorder // Actual problems of psychiatry and neurology: Mater. Vseross Anniversary scientific-practical. conf. with international participation, SPb, Man and health, 2007, P. 38–39 (in Russian)
6. Bundalo N.L (2004) Neurotic, due to stress, and somatoform disorders. Therapeutic and diagnostic standards: Teaching aid for postgraduate training of doctors Krasnoyarsk, 117 p (in Russian)
7. Bundalo N. L. Post-traumatic stress disorder in children // Mater. XIV Congress of Psychiatrists, 2005, P. 185
8. Bundalo N. L. Gender features of manifestations of aggressiveness and hostility in post-traumatic stress disorder // Siberian Medical Review, 2007, № 1, P. 47 -50 (in Russian)
9. Bundalo N. L. Sexual differences in the clinical manifestations of post-traumatic stress disorder // Modern problems of biological psychiatry and narcology: Mater. second All-Russia. conf. with international participation, Tomsk, 2008, P. 224–225
10. Bundalo N. L. Actual issues of the etiology of post-traumatic stress disorder (literature review) // Siberian Medical Review, 2007, № 1, P. 3–10
11. Bundalo NL. Features of aggression in children with PTSD // Clinical and biological problems of protecting the mental health of motherhood and childhood: Mater. regional scientific-practical. Conf., Tomsk, 2007, P. 29–34
12. Cardiner A. (2010) Psychological boundaries of society, 231 p
13. Criteria for diagnostics and principles of psycho-romance of mental health and behavior among children and children (2001) P.V. Voloshin, V.M. Ponomarenko, V.S. Pidkoritova [et al], Kharkiv, Folio, 271 p (In Ukrainian)
14. Korolchuk M.S. (2006) Social and Psychological Psychology, in General and Extreme Minds, Nika-Center, 580 p (in Russian)
15. Litvintsev S. V. (2005) Combat mental trauma: a guide for physicians, Medicine, 432
16. Martsenkovsky I. A. Post-traumatic stress disorder in children: the search for a new meaning // Health newspaper of Ukraine, 2007, № 170, P. 16–19
17. International Classification of Diseases (10th revision) (1999) Classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic instructions, Yu. L. Nuller, S. Yu. Tsirkina,

Fakt, 259 p

18. Multi-axis classification of mental disorders in childhood and adolescence Classification of mental and behavioral disorders in children and adolescents in accordance with ICD-10 (2003), SPb, Speech, 407 p

19. Padun MA. (2012) Mental injury and picture of the world. Theory, empiricism, practice, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 141 p (in Russian)

20. Pushkarev A.L., Domoratsky V.A., Gordeeva E.G. (2000) Posttraumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy, Publishing House of the Institute of Psychotherapy, 128 p (in Russian)

21. Pyatnitskaya Ye.V. (2007) Psychology of traumatic stress: studies. Manual, Nikolaev, 140 p

22. Reshetnikov M.M. (2006) Mental Trauma, SPb, East European Institute for the Study of Psychoanalysis, 322 p (in Russian)

23. Semenyuk L.M. (1996) Psychological features of aggressive behavior of a teenager, Voronezh, 96 p (in Russian)

24. Sidelnikov S. A. (2013) Peculiarities of post-traumatic stress syndrome in children // Medical Internet Conference Bulletin, Vol. № 2, P. 236

25. Synopsis of Diagnostic Criteria DSM-V and Protocols of NICE for Diagnostics and Likewise of the Basic Psychic Concepts of Children and Children and People. (2014) H English; ed. L. Pidlitsetska, Lviv: Vidavnistvo Ukrainian Ukrainian Catholic University, 112 p (In Ukrainian)

26. N. Tarabrina (2009) Psychology of Post-Traumatic Stress: Theory and Practice, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 303 p

27. Tsikhonya V. Pam'yatka about post-traumatic stress disorder // Art Gallery, 2014, P. 57–58

28. Bundalo N. L. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder // Ross. Biomedical Journal Medline.ru, 2007, T. 8, P. 694–702

29. Coil J. D. Aggression and antisocial behavior. In W. Damon, N. Eisenberg. Handbook of child psychology, 1998, P. 779–862

30. DSM-IV-TR, Diagnostic and mental manual of mental disorders. Edition 4 (text revised) (2000) The American Psychiatric Association, 943 p

31. Green A. H. Children traumatized by physical abuse // S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.). Post-traumatized stress disorders in children, Washington, American Psychiatric Association, 1985, P. 133–154