

СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ АТО НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано історичний екскурс у висвітленні питання виникнення різних розладів психіки та поведінки психогенного походження, зокрема посттравматичного стресового розладу. Розглянуто визначення, етіологію і патогенез, первинну діагностику посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, що перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Виділено основні групи (кластери) невротичних, патоперсонологічних і психопатологічних проявів у таких пацієнтів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, дезадаптація, демобілізовані учасники АТО, програма медико-психологічної реабілітації, санаторно-курортні умови.

Глобальні цивілізаційні процеси, які відбуваються наприкінці ХХ — початку ХХІ ст., мають суперечливий характер. Значну роль у них відіграють фактори урбанізації. Крім того, соціальний прогрес супроводжується посиленням напруженості у суспільстві та, як наслідок, підвищенням рівня конфліктності. При цьому негативний соціальний потенціал накопичується за рахунок подій катастрофічного характеру — соціальних потрясінь, воєн і катастроф техногенного походження [1].

Сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та відбуваються міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження [2]. Найчастішим із них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70–80-х рр. минулого сторіччя, проте розлади, що розвиваються у результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів), описували і діагностували й раніше [3]. Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження було проведено у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918). Німецький психіатр Е. Краєрлін (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, які з часом посилюються [4].

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (М. J. Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром під назвою «ПТСР» [5].

Початок систематичних досліджень постстресових станів, спричинених переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 1950–1960-х рр. [6, 7].

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій. Обстеження постраждалих із ПТСР дало змогу виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, аніж постраждали, у яких не спостерігався цей розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалося також на вищих показниках розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушування до вступу до статевого зв'язку із кимось із найближчого оточення дитини) корелювало із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки [8].

Преморбідні особистісні особливості хворих із ПТСР гетерогенні. Хоча люди, у характері яких присутні риси тривожності, вельми схильні до їх розвитку, подібні розлади нерідко виникають і при обсесивному, залежному, навіть шизоїдному типах особистості. Проте логічно було б очікувати, що індивіди з вищими показниками за опитувальниками

для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів ПТСР, ніж люди флегматичного складу [9].

Істотно підвищений ризик розвитку ПТСР виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важко вирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя [10].

Слід зазначити, що у всіх обстежених нами пацієнтів були певні проблеми у мікросоціумі, такі як, наприклад, конфлікти у родині з батьками або дітьми, друзями, колегами по роботі, розлучення тощо.

В етіології ПТСР головну роль відігравали три групи чинників [11].

I. Спадково-конституціональні. У цій групі необхідно виділити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи й особистісно-акцентуовані особливості.

II. Психоемоційні, або психогенні. Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, що мали як когнітивну, так і емоційну значущість і через це відігравали роль психогенії.

III. Психоорганічні. Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу.

ПТСР у клінічній практиці має однойменну рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду і являє собою синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

Для чоловіків найчастішими його чинниками є військові події, дорожньо-транспортні пригоди, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

Із клінічної точки зору ПТСР належить до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок пережитої надзвичайної ситуації, яка має патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації, що є безпосередньою загрозою для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру, таких як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо). Саме тому медико-психологічна робота має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів для осіб, які брали участь в АТО.

Метою цього дослідження було вивчення психоемоційного стану учасників АТО з ПТСР на етапі реабілітації в санаторно-курортних умовах та реалізація програми медико-психологічної реабілітації даного контингенту.

У дослідженні взяли участь 80 демобілізованих учасників АТО, які перебували на медико-

психологічній реабілітації в санаторно-курортних умовах. Контингент обстежених було розподілено за Міссісіпською шкалою визначення ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшло 63 пацієнта із такими розладами ($126,7 \pm 3,18$), та групу втручання 2, яку становили 17 хворих, у яких не було ознак ПТСР, але вони мали скарги на психічний стан ($74,5 \pm 2,36$).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 40 год за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами було використано такі методики: шкалу тривоги та депресії М. Гамільтона, шкалу депресії А. Бека, шкалу діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, Міссісіпську шкалу ПТСР (військовий варіант).

Основні психопатологічні феномени ПТСР спостерігалися у вигляді облігатних симптомів: нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «*ravor nocturna*»); обтяжливих сновидінь; недиференційованої тривоги; відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації; переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією; психомоторного недиференційованого збудження; емоційного притуплення, навіть до ступеня «*anaesthesia dolorosa psychica*».

Нав'язливі спогади при ПТСР розглядалися як симптомокомплекс, що перебуває у причинно-наслідковому зв'язку з конкретним психоемоційним стресом надсильного характеру. Основним клінічним проявом були повторні, мимовільні, суб'єктивно болісні переживання обставин психотравмуючої ситуації.

Демобілізовані бійці неодноразово переживали психотравмуючу ситуацію у вигляді тяжких болісних переживань (ремінісценцій); зазвичай вони виникали як нав'язливі мимовільні спогади, надзвичайно яскраві та живі, аж до ейдечного рівня. У пацієнтів часто формувалися вторинні нав'язливості у вигляді симптомів уникнення обставин, що нагадували про перенесену психотравму.

Семіотичний комплекс ПТСР розвивався протягом кількох тижнів або місяців після дії первинного стресора, зазвичай у супроводі симптомів тривоги.

Нічні жахи траплялися у вигляді безсюжетних, обтяжливих емоційно-забарвлених переживань, як правило з вираженими соматовегетативними

проявами. На відміну від них обтяжливі сновидіння бійців мали розгорнений сюжетний характер, як правило з фабулою, пов'язаною з первинною психотравмуючою ситуацією. У більшості випадків вони переживали ці сновидіння мовби безпосередні учасники подій, що відбуваються.

Тривожний синдром в обстежених із ПТСР мав недиференційований, поліморфний характер із найбільш вираженими компонентами фобічного, астеничного прояву, загального емоційного дискомфорту, тривожної оцінки майбутніх перспектив.

У цілому слід констатувати, що у бійців із ПТСР здебільшого виявлялися інтрапсихічні компоненти тривожного синдрому. У них визначалися виражені стани, коли на тлі певної зовнішньої дії, що асоціювалася з первинною психогенією, виникало відчуття повторного переживання наявної психотравмуючої ситуації; при цьому дійсність набувала суб'єктивних ознак минулого, пов'язаного з психотравмою [11]. Ці стани розвивалися на тлі збереженої свідомості і супроводжувалися гострою тривогою, часто з компонентом паніки, страху, з вираженими сомато-вегетативними реакціями, при цьому в деяких випадках спостерігалось психомоторне збудження або, навпаки, субступорозний стан.

Таким чином, спектр психопатологічних явищ був доволі широкий: від семіотичних комплексів, близьких до панічних атак, до психогенної каталепсії.

Багато пацієнтів із групи 1 відзначали емоційне притуплення у відносинах із рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

У більшості облігатними були різні невротичні прояви, які зазвичай розвиваються на тлі відносного тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності в складних умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення тощо). На тлі вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижувалася працездатність. У ряді випадків у хворих з'являлася метушлива і непродуктивна діяльність, що була підкреслена домінуванням стану дезадаптації. Нерідко спостерігалось загострення преморбідних індивідуально-типологічних рис.

Усі невротичні, патоперсоналогічні та психопатологічні прояви, що мали такі пацієнти, були розділені на групи, або кластери:

а) з переважанням неспецифічних невротичних, здебільшого астеничних порушень;

б) із загостренням особистісно-типологічних рис;

в) із формуванням соматизованих еквівалентів;

г) із загостренням існуючих психосоматичних захворювань;

д) із екзацербациєю існуючих психічних захворювань та психопатологічних станів.

У клініці в усіх пацієнтів із ПТСР спільним було те, що переживання травми ставало головним в їхньому житті, змінюючи його стиль і соціальне функціонування, відбувався «зсув» акцентів із самої травми на її наслідки.

Вираженими особливостями зазначених невротичних проявів були тимчасовий характер, нестабільність, парціальність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, що змінилася на сприятливу.

Але редукція таких типів реагування, як загострення особистісно-типологічних рис, існуючих психосоматичних та екзацербация психічних захворювань і психопатологічних станів відбувалася більш повільно, ніж із невротичних (астеничних та психастеничних) порушень і соматизованих еквівалентів.

В усіх обстежених групи 1 спостерігалось зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості у них були істотно знижені; визначалося також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Хворобливий стан пацієнтів із дезадаптацією характеризувався 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 міжособистісних комунікацій у поєднанні з підвищеною конфліктністю і дратівливістю з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смысловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості.

Результати патопсихологічного дослідження учасників АТО (таблиця) свідчать, що в усіх обстежених виявлено високий рівень реактивної тривоги як реакцію на пережитий стрес: у групі 1 — 100,0% ($46,8 \pm 1,04$) та групі 2 — 88,2% ($45,7 \pm 1,23$); рівень особистісної тривожності превалював серед хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною (в 93,7% ($20,6 \pm 2,3$) випадків), так і суб'єктивною оцінкою (в 90,5% ($44,5 \pm 1,12$)). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно

Середньостатистичні дані психоемоційного стану демобілізованих військовослужбовців

Показник	Група втручання 1, n = 63			Група втручання 2, n = 17		
	абс. ч.	%	$\mu \pm m$	абс. ч.	%	$\mu \pm m$
Тривога (за шкалою Спілбергера — Ханіна):						
реактивна тривога > 40 балів	63	100,0	46,8±1,04	15	88,2	45,7±1,23
особистісна тривожність > 40 балів	57	90,5	44,5±1,12	8	47,1	43,7±1,31
Тривога (за шкалою Гамільтона) > 18 балів	59	93,7	20,6±2,3	9	52,9	20,6±2,3
Депресія (за шкалою А. Бека) > 15 балів	54	85,7	15,1±2,04	11	64,7	17±1,3
Депресія (за шкалою Гамільтона) > 15 балів	48	76,2	17,7±0,5	6	35,3	13,2±1,3

відчували наявність депресії (відповідно 85,7% (15,1±2,04) та 64,7% (17±1,3)), але за об'єктивними даними у 76,2% (17,7±0,5) пацієнтів із ПТСР рівень депресії був вищим.

На другому етапі було проведено заходи з медико-психологічної реабілітації для демобілізованих учасників АТО, яка здійснювалася за ступеневим принципом:

1) перший — заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики — сімейної медицини);

2) другий (за потребою) — амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії);

3) третій (за потребою) — реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій;

4) четвертий (за потребою) — центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниці».

Змістовною частиною цієї системи була програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, розроблена відповідно до європейських та світових стандартів. При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація — як комплекс заходів, що спрямовані на максимальне відновлення рівня їх соціального функціонування та якості життя.

Для вирішення основних завдань медико-психологічної реабілітації було оптимально використано різні фактори, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруження адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови таких заходів, а саме:

1) принцип максимального синергічного співробітництва: лікар — пацієнт — терапевтичний комплекс;

2) багаторівневий характер саногенних заходів;

3) сполучений характер біологічних і психологічно орієнтованих впливів;

4) послідовність і етапність проведення заходів;

5) комплексний підхід для вирішення клінічних задач, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів;

6) принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.

Тривалість програми — від 12 до 21 діб.

Програма реалізувалася в три етапи:

1) початковий (етап налагодження терапевтичного контакту — комплаєнсу) тривалістю 2–3 доби.

Проводилися:

— структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем-психологом;

— визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;

— узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

— початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми;

2) основний (реабілітаційний) тривалістю 14–18 діб.

Проводилися:

— індивідуальна психотерапія (4 сесії);

— групова психотерапія (10–12 сесій);

— релаксаційні методи із засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

— ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);

— медикаментозна терапія (за показаннями);

3) супортивний (завершувальний/підтримувальний) тривалістю 2–3 доби.

Проводилися:

— індивідуальна психотерапія (2–3 сесії);

— релаксаційні методи із засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

— завершення усіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох групах

стабілізувався емоційний стан пацієнтів завдяки виробленню навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалися стабілізація сну, зниження дратівливості, покращення апетиту. Знизився рівень реактивної тривоги ($34,7 \pm 1,82$). За суб'єктивною ($11,2 \pm 0,8$) та об'єктивною ($15,7 \pm 1,1$) оцінками спостерігалася стабілізація депресивного розладу. Пацієнти відзначали зменшення частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ($p < 0,05$). Таким чином, реалізація розробленої програми медико-психологічної реабілітації демобілізованих бійців АТО свідчить про доволі високий рівень її ефективності.

Список літератури

1. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. / Б. С. Федак, Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко [та ін.].— Харків, 2014.— 18 с.
2. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журн.— 2015.— № 6 (76).— С. 59–71.
3. Лікування та реабілітація комбатантів-мироотворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська [та ін.].— К.: Вид. О. Т. Ростунов, 2012.— 76 с.
4. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник.— М.: Медицина, 2005.— 432 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых.— М.: Эксмо, 2005.— 960 с.
6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. / Б. С. Федак, Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко [та ін.].— Харків, 2014.— 30 с.
7. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) / Б. В. Михайлов.— К.; Харків, 2015.— 72 с.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [Електронний ресурс].— Режим доступу: moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160223_0121.html
9. Посттравматичні стресові розлади: навч. посіб.; за заг. ред. Б. В. Михайлова.— 2-е вид., перероб. та доп.— Харків: ХМАПО, 2014.— 285 с.
10. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / R. A. Lanius, E. Vermetten, R. J. Loewenstein [et al.] // Am. J. of Psychiatry.— 2010.— Vol. 167.— P. 640–647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
11. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonas, K. Cusack, C. A. Fomeris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews.— 2013.— Vol. 92; UKR: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/347/1435/PTSD-adult-treatment-perport-130403.pdf

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ АТО НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Б. В. МИХАЙЛОВ, А. И. СЕРДЮК, И. Д. ВАШКИТЕ, Т. А. АЛИЕВА, С. А. ВЯЗЬМИТИНОВА

Дан исторический экскурс в освещении вопроса возникновения различных расстройств психики и поведения психогенного происхождения, в частности посттравматического стрессового расстройства. Рассмотрены определение, этиология и патогенез, первичная диагностика посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Выделены основные группы (кластеры) невротических, патоперсоналогических и психопатологических проявлений у таких пациентов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дезадаптация, демобилизованные участники АТО, программа медико-психологической реабилитации, санаторно-курортные условия.

STRUCTURAL AND DYNAMIC FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PARTICIPANTS OF ANTITERRORIST OPERATION AT THE STAGE OF REHABILITATION IN RESORT CONDITIONS

B. V. MYKHAILOV, O. I. SERDIUK, I. D. VASHKITE, T. A. ALIEVA, S. O. VIAZMITINOVA

Historical insight in the question of occurrence of various disorders and behavior mental of psychogenic origin, in particular post-traumatic stress disorder is presented. The questions of definition,

etiology and pathogenesis, primary diagnosis of post-traumatic stress disorder in the demobilized participants of the antiterrorist operation treated in resort conditions are discussed. Basic groups (clusters) of neurotic, pathopsychological and psychopathological manifestations in this group of patients were distinguished.

Key words: post-traumatic stress disorder, maladjustment, demobilized participants of the antiterrorist operation, the program of medico-psychological rehabilitation, resort conditions.

Надійшла 09.12.2016