

8. Malgina G. B. Perinatalnyye problemy. svyazannyye s psikhoemotsionalnym stressom pri beremennosti i ikh korrektsiya / G. B. Malgina. E. G. Vetchanina. T. A. Pronina // Materialy Vserossiyskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem «Perinatalnaya psikhologiya i meditsina». – Ivanovo. 2001. – S. 35–38.

9. Ushakova V. R. Efekty`vnist` vprovadzheny`x zahodiv medy`ko-psy`xologichnoyi pidtry`mky` sim'yi v period ochikuvannya dy`ty`ny` / V. R. Ushakova; [Elektronny`j resurs]. – Rezhy`m dostupu : <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/1761/1505>

Litvinova O.V.

EMPIRICAL INDICATORS OF THE EMOTIONAL CONDITION OF A WOMAN DURING PREGNANCY

The article focuses on the problem of studying the characteristics of the emotional states of a woman during pregnancy, which is especially important in today's unstable living conditions of Ukrainian society. An analysis of theoretical approaches to the study of the effect of pregnancy on changes in the emotional experiences of women, as well as the relationship of emotions of a pregnant woman and the intrauterine development of the unborn child is presented. An analysis of the literature has shown that the main emotional experiences of women during pregnancy are anxiety, distrust, touchiness, fear about the child, fear of the upcoming birth, changes in mood, irritability. An empirical study of pregnant women made it possible to state that most of them have an average level of anxiety, which is necessary for adaptation, facilitates the exercise of caution. Anxiety is positively correlated with neuro-psychological tension and the level of its manifestation is associated with the marital status of women.

Key words: pregnancy, emotional states, internal picture of pregnancy, anxiety, psychological stress, fear.

Літвінова Ольга Володимирівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології, педагогіки та філософії Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського.

УДК 159.92

Лозіна В.Е.

АКТУАЛЬНІ НАПРЯМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТІКАННЯ І СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ПТСР У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

В статті проаналізовано поточні знання ПТСР і представлено роль аллостазу як нову перспективу в фундаментальних дослідженнях ПТСР. Проаналізовано область досліджень, заснованих на фактичних даних в медицині, особливо в контексті додаткового медичного втручання для пацієнтів з ПТСР. Наведено аргументи на підтримку уявлення про те, що майбутнє клінічних і трансляційних досліджень в ПТСР полягає в систематичній оцінці результатів досліджень в лікуванні, щоб забезпечити найбільш ефективне лікування в інтересах пацієнта.

Ключові слова: особистість, посттравматичні стресові розлади, аллостаз.

Постановка проблеми. Наразі наше суспільство переживає події, які, по-перше, мають затяжний характер, а по-друге, дадуть довготривалі наслідки для різних сфер

суспільного життя і так чи інакше усіх прошарків населення. Стрес, який фізіопатологічних результатів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним розладом, який є результатом досвіду або свідoctва травматичних або небезпечних для життя подій. ПТСР має глибокі психобіологічні кореляти, які можуть завдати шкоди повсякденному життю людини і стати загрозою для життя. У світлі поточних подій світу (наприклад, затяжних бойових дій, військових інцидентів, тероризму, впливу певних екологічних токсинів) в наступному десятилітті очікується різке зростання числа пацієнтів з діагнозом ПТСР. ПТСР є серйозною проблемою громадської охорони здоров'я, що змушує шукати нові парадигми і теоретичні моделі для поглиблення розуміння стану і розробки нових і поліпшених способів лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У той час як термінологія ПТСР виникла відносно скоро після В'єтнамського конфлікту, спостереження, що травматичні події можуть привести до безлічі психобіологічних проявів, не нова. Під час громадянської війни у США такий розлад, пов'язаний з ПТСР, називався синдромом «Да Коста», за ім'ям американського терапевта Якоба Мендеса Да Коста (1833-1900 рр, військовий госпіталь у Філадельфії). Синдром був вперше описаний ABR Myers (1838-1921) в 1870 році як поєднання втоми, задишки, здуття дихання, серцебиття, потовиділення, тремору, болювого відчуття в лівому перикарде, втоми, збільшення симптомів при зусиллях, що іноді завершується непритомністю. Було відзначено, що синдром швидше нагадує відмову від емоцій і страху, а не «зусилля», з якими звичайні суб'єкти беруть участь у вирішенні проблем. У 1871 році американська наука спільною повідомила, що розлад найчастіше зустрічається у солдатів під час стресу, особливо коли мова йшла про страх. Синдром все частіше спостерігався під час Громадянської війни і під час Першої світової війни. В залежності від подій, що стали наслідком масових симптомів ПТСР, і країни виникнення, сукупність цих симптомів називали «комбатантським синдромом», «в'єтнамським синдромом», «афганським синдромом», і т.п. Найглибше проблема була вивчена на матеріалах війни у В'єтнамі американськими дослідниками Френком Пьюселіком та ін.

Мета статті – визначити актуальні напрями дослідження особливостей протікання і способів лікування ПТСР у сучасному суспільстві.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Аллостаз належить до процесу психобіологічного регулювання, яке забезпечує емоційну стабільність за допомогою зміни стану, пов'язаного зі стресом. Психоемоційний стрес можна визначити як суттєвий недолік або критичну невідповідність зовнішнього світу внутрішнім вимогам і очікуванням особистості. Травматичні події, які викликають ПТСР, є прекрасними прикладами таких обтяжливих вимог, які призводять до свідомого чи несвідомого переживання з боку суб'єкта своєї нездатності впоратися. Сприйняття стресу часто пов'язано з психологічними проявами тривоги, дратівливості і гніву, сумними і пригніченими настроями, напруженістю і втомою, а також з певними тілесними проявами, включаючи потіння, збільшення серцевого ритму або зниження артеріального тиску, і кишкові судоми і дискомфорт. Ці ознаки відображають спектр психобіологічних симптомів в ПТСР. Ці прояви зазвичай пов'язані з характером стресу, його тривалістю і тяжкістю.

Відомий французький фізіолог дев'ятнадцятого століття Клод Бернард (1813-1878) вперше запропонував ідею, що захист внутрішнього середовища (*le milieu intérieur*, 1856) є фундаментальною особливістю фізіологічного регулювання в системах ссавців, звідки і походить термін «гомеостаз».

На початку 1930-х років Уолтер Кеннон (1871-1945) припустив, що організми беруть участь в динамічному процесі коригування фізіологічного балансу внутрішнього середовища у відповідь на мінливі умови навколишнього середовища.

Ганс Сельє (1907-1982) встановив кардинальні моменти «Узагальненої відповіді на стрес» в своїй демонстрації узгоджених фізіологічних реакцій на стресові проблеми.

Фізіологічні наслідки стресу. Стрес змінює регуляцію як симпатичної, так і парасимпатичної гілок вегетативної нервової системи з наступними змінами в гіпоталамічному контролі ендокринної реакції, контрольованої гіпофізом.

Автономна активація і підвищення гормонів, в тому числі, продукуються віссю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової залози, відіграють вирішальну роль в регуляції механізмів імунного спостереження, опосередкованих клітинами, включаючи виробництво цитокінів, які контролюють запальні і загоювальні функції.

Якщо коротко, сприйняття стресу призводить до значного навантаження на фізіологічну регуляцію, включаючи добове регулювання, сон і психо-нервово-ендокринно-імунну взаємодію. Якщо коротко, стрес - це глибокі зміни в крос-регуляції і взаємодії гормонально-імунної регуляторної осі. Досвід стресу, а також травматичної події і тривожні спогади з цього приводу - викликають первинну відповідь ендокринної системи, яка включає вивільнення глюкокортикоїдів (ГК).

ГК регулюють клітинну імунну активність системно і локально.

Вони блокують утворення прозапальних цитокінів (наприклад, інтерлейкіну, і цитокінів на молекулярному рівні, але можуть також незначно впливати на цитокіни типу 2).

Чистий ефект стимулюючих імунних клітин полягає в ослабленні активації і проліферації імунних Т-клітин при збереженні продукції антитіл.

Секреція по корі надниркових залоз знаходиться під контролем переднього гіпофізарного адренкортикотропіну (АСТН).

Імунні проблеми викликають прозапальні цитокіни (наприклад, IL-1 β , IL-6), які викликають гіпоталамічну секрецію фактора вивільнення кортикотропіну фактора АКТГ (CRF) у тварин і у людей.

Стресові стимули також призводять до значної активації симпатичної нервової системи і підвищення рівнів прозапальних цитокінів (тобто IL-1 β і IL-6). Звідси випливає, що наслідки стресу нерівномірні. У деяких людей психопатологічний і фізіопатологічний вплив стресу може бути значно вище, ніж у інших. Результат стресу може бути багатовалентним.

Алlostаз і гетеростаз. Термін «гетеростаз» виник з дослідження стресу, щоб описати ситуацію, коли вимоги до організму перевищують притаманну йому фізіологічну граничну здатність. Стерлінг і Ейер використовували термін «алlostаз» для опису подій, які включають системне регулювання свідомості і тіла, щоб відновити стрес, а не локальний зворотній зв'язок.

Алlostатичне регулювання тепер означає відновлення і підтримання внутрішнього балансу і життєздатності в умовах мінливих обставин, пов'язаних зі стресом. Воно охоплює ряд поведінкових і фізіологічних функцій, які направляють адаптивну функцію регулювання гомеостатичних систем у відповідь на подразники.

Лікування ПТСР є складним, як з точки зору доступних методів лікування, так і з безліччю можливостей травми, які його викликають. Першим кроком має бути правильний діагноз ПТСР відповідно до критеріїв DSM-IV, включаючи оцінку супутньої захворюваності. Потім слід лікування з різним ступенем доведеної ефективності.

Історично склалося так, що на початку 80-х років почалося дослідження ефективності лікування ПТСР.

З тих пір було створено безліч тематичних досліджень, присвячених різним видам ПТСР.

В цілому, як когнітивні поведінкові підходи, так і селективні режими інгібітора зворотного захоплення серотоніну виявилися ефективними для лікування різних видів ПТСР. У той же час є також свідчення того, що інші методи лікування, такі як психодинамічна психотерапія, гіпнотерапія, десенсибілізація і регенерація очей, також можуть бути ефективними; хоча їх дані отримані з менш численних і менш контрольованих досліджень (т. е. відкритих випробувань або звітів про випадки) (41, 42). Що стосується комбінованих методів лікування, то історично не було систематичних зусиль з вирішення питання про цінності поєднання ліків з психотерапією і / або комбінаціями ліків. Втручання ПТСР ускладнюється ще й тим, що супутні захворювання (наприклад, зловживання психоактивними речовинами, зловживання лікарськими засобами без рецепта, психічні розлади, включаючи основну депресію) є загальними. Зокрема, в ситуаціях, коли існує супутня захворюваність, слід враховувати комбінований підхід. Крім того, існують інші міркування, що впливають на придатність лікування:

- тип ПТСР, що викликає травму
- пол пацієнта
- число випадків впливу травми і
- вік пацієнта.

Через небезпечність стану світу – тобто великою кількістю воєн і тероризму - виникає питання про те, який тип ПТСР викликає травму.

Військові дії викликають високі показники ПТСР і роблять його більш стійким до лікування, ніж інші травми, що викликають ПТСР.

На думку експертів, ветерани бойових дій з ПТСР можуть бути менш чутливі до лікування, ніж інші жертви інших травматичних впливів.

Поки неясно, чому ПТСР, пов'язаний з бойовими діями, більш стійкий до лікування, ніж ПТСР, викликаний іншими травмами.

Нижче наведено список можливих причин:

- велика ступінь психопатології, представлена пацієнтами, що звертаються за допомогою в лікарні адміністрації ветеранів;
- ізоляції від підтримки і допомоги при поверненні додому і
- потенціал для вторинного виграшу, наприклад допомога по непрацездатності.

Бойовий ПТСР часто асоціюється з іншими психічними розладами, включаючи депресію, тривогу, розлади настрою і розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами.

Більш конкретно, 57-62% хорватських балканських ветеранів війни, діагностованих з ПТСР, також відповідали критеріям супутніх діагнозів, причому найбільш поширеним є депресія, алкоголь, наркоманія, фобії, панічні розлади і психосоматичні та психотичні розлади.

Що стосується психотичної симптоматики, пов'язаної з ПТСР, то у від 30 до 40% бійців з ПТСР може розвиватися психотична симптоматика.

Зазвичай вважається, що найбільш ефективні результати лікування виходять, коли і ПТСР, і інші розлади розглядаються разом, а не один за іншим.

Стає все більш важливим визначити цю позицію, оскільки поширеність ПТСР і порушення комплексного стресу в наступному десятилітті неминуче різко виростуть,

що пов'язано з нинішнім багатонаціональним станом тривоги і тривоги після триваючого трагічного, безглузкого і широко поширеного тероризму, і особливо з повагою до боротьби з ПТСР в теперішній час.

Психотерапевтичні втручання. Психотерапевтичні підходи мають давню традицію в лікуванні ПТСР, включаючи посттравматичні стресові розлади, індуковані бойовими діями. Деякі з них більш ефективні, ніж інші.

Деякі з цих підходів можуть бути придатними для усунення початкових етапів травми.

Психологічні опитування - це втручання, що проводиться незабаром після виникнення травматичної події.

Мета таких опитувань полягає в тому, щоб запобігти подальшому розвитку негативних психологічних ефектів і виявити небажані динаміки на ранньому етапі.

Фактично, психологічні підходи до ПТСР можна охарактеризувати як напівструктуровані втручання, спрямовані на зниження початкового психологічного стресу.

Стратегії включають в себе емоційну обробку через катарсис, нормалізацію і підготовку до майбутніх непередбачених обставин.

Ветерани війни в Перській затоці, які зазнали психологічного розбору, майже не виявили суттєвих відмінностей в своїх оцінках двох шкал, що вимірюють ПТСР в порівнянні з контрольною групою.

Загалом, мало що свідчить про підходи психологічного дебрифінгу, ефективно діючих для запобігання психопатології, хоча учасники, схоже, відкриті для цього, що може вказувати на його корисність як будуючої сили для взаємодопомоги або в якості інструменту скринінгу.

В цілому, однак, в цій області немає строго проведених досліджень.

До цього дня в даних є нечисленність для орієнтації щодо лікування ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, для ветеранів.

Міжнародна консенсусна група по депресії і тривозі підтверджує, що психотерапія експозиції є найбільш підходящим підходом для цього розладу, хоча цей підхід не робить істотного впливу на негативну симптоматику ПТСР, таку як уникнення, порушення відносин або контроль гніву. З точки зору доведеної ефективності, когнітивна поведінкова терапія і зорова десенсибілізація є ефективними підходами до боротьби з ПТСР, в той час, як інші психотерапевтичні підходи (наприклад, гуманістичні або психодинамічні втручання) не мають достатніх доказів, щоб зробити переконливі висновки щодо їх корисності.

Когнітивно-поведінкова психотерапія включає в себе безліч підходів (наприклад, систематична десенсибілізація, релаксаційні тренування, біологічний зворотний зв'язок, когнітивна обробка, тренування по стимуляції навантажень, тренування наполегливості, терапія експозиції, комбіновані тренування з досягнення результатів і експозиційна терапія, комбінована терапія експозиції, релаксаційна терапія, і когнітивна терапія).

Висновки. Актуальність області поточних досліджень аллостазу для ПТСР тим більше очевидна, якщо врахувати, що суб'єкти позиціонують себе по спектру аллостатичної регуляції, між аллостазом (тобто до відновлення фізіологічного балансу) і аллостатичним перевантаженням (тобто до фізіологічного колапсу і пов'язаного з цим потенціалу виникнення різноманітних патологій). Недавні досягнення в розумінні адаптації організму до стресових проблем, аллостатичний процес, - представляють нову і багату парадигму для досліджень в області психобіології ПТСР. Майбутні дослідження

повинні досліджувати, чи буде дихотомія аллостатичних відповідей типу I і типу II ефективною теоретичною моделлю для розробки нових і поліпшених способів втручання для лікування ПТСР.

Література

1. Бакалейник, М. М. Клинические и социальные особенности комбатантов с ПТСР, совершивших противоправные действия: автореф. дис. ...канд. мед. наук / М. М. Бакалейник М., 2005. 20 с.
2. Вахов В.П., Колманов Г.Б. Состояния психической дезадаптации и их коррекция в условиях стихийных бедствий и катастроф // Психиатрические и медико-психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и экологических кризисах. — СПб, 1992.-С. 75-78.
3. Воробьев А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенёвших боевую психическую травму // Воен.-мед. журн.- 1991.-N 8.-С. 71-74.
4. Волошин, В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства / В. М. Волошин //Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. -2004.-Т., № 1. С. 17-23.
5. Вяткина, В. А. Посттравматическое стрессовое состояние Посттравматические стрессовые состояния / В. А. Вяткина // Соц. и клин. психиатрия. 2001. - №4. -С. 27-29.
6. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на ЧАЭС / Ю. А. Александровский, Г. М. Румянцева, В. В. Юров, и др. //Журн. невропатол. и психиатр. 1991. - №12. - С. 3-6.
7. Донцов Д.А., Донцова М.В. Психосоциальный подход к ПТСР и к психологической помощи при ПТСР // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. – Казань: Изд-во Отечество, 2011. С. 143–147.
8. Исаев А.Б., Котенев И.О., Филиппов Н.М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях: (По материалам зарубежных исследований) // Психические расстройства у пострадавших при землетрясении в Армении. — М., 1989. -С. 15-26.
9. МКБ-10.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
11. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Progress in Behavior Modification. — 1996. — N 30. — P.165-189.
12. Gersons B.P., Carlier I.V. Post-traumatic stress disorder : the history of a recent concept // Brit. J. Psychiatry. — 1992. — Vol. 161. — P. 742-748.

Транслітерація

1. Bakalejnik, M. M. Klinicheskie i social'nye osobennosti kombatantov s PTSR, sovershivshih protivopravnye dejstviya: avtoref. dis. . kand. med. nauk / M. M. Bakalejnik M., 2005. 20 s.
2. Vahov V.P., Kolmanov G.B. Sostoyaniya psihicheskoy dezadaptatsii i ih korrekciya v usloviyah stihijnyh bedstvij i katastrof // Psihiatricheskie i mediko-psihologicheskie voprosy diagnostiki i okazaniya pomoshchi pri katastrofah i ehkologicheskikh krizisah. — SPb, 1992.-S. 75-78.
3. Vorob'ev A.I. Sindrom posttravmaticheskogo stressa u veteranov vojny, perenyosshih boevuyu psihicheskuyu travmu // Voen.-med. zhurn.- 1991.-N 8.-S. 71-74.

4. Voloshin, V. M. Tipologiya hronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva / V. M. Voloshin //ZHurn. nevrol. i psihiatrii im. S.S. Korsakova. -2004.-T., № 1. S. 17-23.
5. Vyatkina, V. A. Posttravmaticheskoe stressovoe sostoyanie Posttravmaticheskije stressovye sostoyaniya / V. A. Vyatkina // Soc. i klin, psihiatriya. 2001. - №4. -S. 27-29.
6. Dinamika psihicheskoy dezadaptacii v usloviyah hronicheskogo stressa u zhitel'ej rajonov, postradavshih posle avarii na CHAEHS / YU. A. Aleksandrovskij, G. M. Rummyanceva, V. V. YUrov, i dr. //ZHurn. nevropatol. i psihiatr. 1991. - №12. - S. 3-6.
7. Doncov D.A., Doncova M.V. Psihosocial'nyj podhod k PTSR i k psihologicheskoy pomoshchi pri PTSR // Vyzovy ehpoi v aspekte psihologicheskoy i psihoterapevticheskoy nauki i praktiki. – Kazan': Izd-vo Otechestvo, 2011. S. 143–147.
8. Isaev A.B., Kotenev I.O., Filippov N.M. Psihologicheskije i psihiatricheskije problemy pri katastroficheskikh stihijnyh bedst-viyah: (Po materialam zarubezhnyh issledovanij) // Psihicheskije ras-strojstva u postradavshih pri zemletryasenii v Armenii. — M., 1989. -S. 15-26.
9. MKB-10.
10. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. — SPb.: Piter, 2001. — 272 s.
11. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Progress in Behavior Modification. — 1996. — N 30. — P.165-189.
12. Gersons B.P., Carlier I.V. Post-traumatic stress disorder : the history of a recent concept // Brit. J. Psychiatry. — 1992. — Vol. 161. — P. 742-748.

Lozina V.E.

THE ACTUAL DIRECTIONS OF THE INVESTIGATION OF THE PECULIARITIES AND METHODS OF TREATMENT OF PTSD IN MODERN SOCIETY

The article analyzes the current knowledge of PTSD and presents the role of allostasis as a new perspective in the fundamental research of PTSD. The area of research based on factual data in medicine is analyzed, especially in the context of additional medical intervention for patients with PTSD. Arguments are provided to support the idea that the future of clinical and translational research in PTSD is to systematically evaluate the results of research in treatment to provide the most effective treatment in the interests of the patient.

Key words: *personality, post-traumatic stress disorder, allostasis.*

Лозіна Валерія Едуардівна – магістрант 2 курсу спеціальності «Психологія» (спеціалізація «Практична психологія») Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк.