

М.Н. Матяш, Л.І. Худенко
Київський медичний університет УАНМ

Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому

Для встановлення взаємозв'язку між психологічним станом особистості та суспільно-економічною напруженістю в Україні проведено неврологічне, патопсихологічне і психометричне обстеження пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом і розладом адаптації внаслідок травмуючої події. Встановлено, що ступінь соціальної дезадаптації при зазначених станах визначається вираженістю тривожно-фобічного, істероформного та депресивного синдромів.

Ключові слова: розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад, соціально-стресові розлади.

Вступ

В останні десятиліття в Україні значно зріс інтерес до вивчення взаємозв'язку суспільного розвитку та психічного здоров'я. Стан економіки, безкінечні реформи системи охорони здоров'я, суспільно-політична ситуація в країні призвели до погіршення здоров'я населення, перш за все — психічного. Результат аналізу динаміки психічних розладів населення України за період 2004–2016 рр. свідчить про підвищення рівня алкоголізму, наркоманії, психосоматичних розладів — саме тих порушень, у виникненні яких важливу роль відіграють соціально-економічні фактори. Контингент осіб, які мають психічні розлади, значною мірою поповнюється за рахунок людей, постраждалих від військових дій, стихійних лих, аварій та катастроф.

Враховуючи нинішню ситуацію в Україні, коли вже ніхто не сподівається на швидке завершення збройного конфлікту, коли з жахом отримуєш звістки про кількість загиблих і поранених, приходиться усвідомлення впливу стрес-факторів збройних конфліктів на фізичне та психічне здоров'я людини. Суспільство охоплене розпачем і розчаруванням, що спричинило виникнення соціально-економічної кризи та нестабільної політичної ситуації у країні.

Втрата здатності надіятись і сподіватися на краще викликає гнітючу напруженість, посилюючи депресивність настроїв, і призводить до низки особистісних і міжособистісних конфліктів. Результатом таких дезадаптивних станів є психопатизація особистості та ріст рівня психосоматичної та соматопсихічної захворюваності. Стан здоров'я людини визначається за кількістю та силою існуючих адаптивних резервів. Особистість у дезадаптивному стані вирізняється специфічністю емоційних реакцій зі схильністю до фрустрації, напруженістю, тривогою. Особливо характерні для неї підвищена реактивність із акцентом на самозахист, схильність до самозвинувачень, пошук винного, в результаті чого підвищується ризик суїциду. Цим дуже легко користуються ті, кому вигідні ситуації конфлікту; маніпулюючи

свідомістю постраждалого, вони отримують можливість злочинно керувати його руйнівним гнівом.

Особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників збройного конфлікту та вимушених переселенців описані у попередній роботі, за результатами якої сформована динамічна модель розвитку хвороби в результаті дії психотравмуючої ситуації: травмуючий фактор → невротична реакція → ПТСР → невротичний розвиток особистості (Матяш М.М., Худенко Л.І., 2014). У цих умовах особливо помітна відстороненість держави та систем управління від такого індивіда та його потреб. Безініціативність, пасивність більшої частини населення перешкоджають адаптації до нових умов. Між тим, спостерігається соціально-культурна тенденція до збільшення матеріально-споживчих потреб. Окрім цього, в масмедіа популяризують статеvu свободу, яка провокує втрату більш високих ідей та ідеалів, ослаблює віру в сімейні цінності, призводить до втрати соціальних зв'язків. Навіть демократичні свободи сьогодення, які могли б дати можливості для вираження власної волі, викликають стрес.

У всьому світі фахівці впевнені, що більшості психічних розладів мають поліетіологічну природу, тобто їх формують як внутрішні, так і зовнішні фактори. Важливим є біологічно-конституційний тип особистості та особистісний життєвий досвід, соціальні фактори та етнокультуральні особливості індивіда (Бандура А., 2000).

Оскільки вирішальним моментом у виникненні розладів адаптації (РА) та ПТСР є значущість події для конкретної особистості, а не лише вплив сили психотравми, необхідно звернути увагу на ще один важливий аспект — тему смерті, яка прийшла в родини багатьох українців. В реаліях сьогодення травма (з грецької «рана») від картин смерті, коли людина стає очевидцем і зіштовхується із загрозою для власного життя, є не метафоричним виразом, а реальною проблемою. Тому тепер особливо важлива допомога та супровід спеціалістами (психологами) пацієнтів, які пережили кризові стани: учасників бойових дій і терактів, які перенесли втрату побратимів і друзів, осіб із ПТСР (Малкина-Пых И.Г., 2005; Кривцова С.В. и соавт., 2009; Соколов Е.Ю., Паршин А.Н., 2013).

Мета роботи — дослідити роль соціальних факторів у формуванні і перебігу РА та ПТСР, а також визначити клініко-психопатологічні особливості й патопсихологічні характеристики пацієнтів із РА та ПТСР.

Об'єкт і методи дослідження

Для дослідження зі 178 осіб, які пережили різні життєво небезпечні ситуації: були учасниками бойових дій у військових формуваннях і добровольчих батальйонах, стали свідками загибелі когось із найближчого оточення, пережили фізичне насильство, погрози зброєю, а також вимушени переселення. Відібрано 108 пацієнтів (81 особа віком 21–38 років, середній вік становив 28,1 року), в яких внаслідок травматичної події виникли психопатологічні порушення, які згідно з МКХ-10 відповідають критеріям патології «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) (рис. 1) і «Розлад адаптації» (F43.2) (рис. 2) (American Psychiatric Association, 1987; 1994). Усі вони проходили лікування в кабінеті функціональної неврології Київської обласної клінічної лікарні та Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни.

До та після лікування усім пацієнтам проводили клініко-неврологічне обстеження і психологічне тестування. Використовували психодіагностичні методики: для оцінки ступеня депресії та тривожності — шкали Гамільтона (Hamilton depression rating scale (HAM-D) і Hamilton Rating scale for anxiety (HAM-A)), Бека, опитувальник Спілбергера — Ханіна — для оцінки вираженості реактивної та особистісної тривожності, а також шкалу оцінки самопочуття, активності та настрою (CAH). Стан когнітивних функцій визначали за допомогою шкали оцінки психічного стану (Mini Mental Scale — MMS).

Таблиця 1

Аномічна	Дисоціальна	Магіфренічна	Форми РА
Проявляється апатією, усамітненням і соціальним відчуженням. Клінічні прояви включають астеничні, тривожні, депресивні й апатоабулічні компоненти	Проявляється в осіб із преморбідною акцентуацією за збудливим та нестійким типом. Стрес активує в них потенціал агресії. Серед клінічних симптомів переважають прояви афективного розладу, зниження контролю своєї поведінки, нетерпимість до оточуючих	Проявляється розладом мислення у вигляді наявності надцінних ідей містичного ірраціонального змісту	

Результати та їх обговорення

Психічні розлади виникають під впливом соціального стресу, спричиненого військовими діями, терористичними актами, вимушеною міграцією, соціальною незахищеністю, порушенням соціальної адаптації в окремих осіб під впливом радикальних суспільних змін (Boscarino J.A., 2008; von Känel R. et al., 2010). Клінічні прояви порушень психічного стану особистості, зумовлених дією соціального стресу, охоплені терміном РА (American Psychiatric Association, 1987; 1994; Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. (ред.), 1994). Цей стан виникає в період адаптації у відповідь на дію стресогенного фактора, проявляється як дистрес і супроводжується емоційними розладами, а також змінами у психоемоційному стані особистості (Вельтищев Д.Ю., 2010).

На жаль, в історії вітчизняної психоневрології і до сьогодні домінують біологічні ідеї та своєрідне, віддалене від соціальних реалій, клінічне мислення, що

не повною мірою створює умови для адекватної роботи з новими контингентами хворих. З позицій сучасної психології умовно можна виділити три форми РА (табл. 1).

На відміну від РА, який виникає протягом 1 міс після дії стресового фактора і не завжди є надзвичайним для конкретної особистості, ПТСР виникає як віддалена й затяжна реакція на стресову подію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожній людині. ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для звичайної людини тяжкість психогенії (Тарабрина Н.В., 2007). Основні варіанти проявів ПТСР наведено на рис. 3.

Соціально-психологічна ситуація в Україні призвела до зламу суспільної свідомості та змін життєвих орієнтирів мільйонів людей. Психоемоційне перенапруження та психічна дезадаптація, які виникли в останні роки, є по суті колективною травмою чи соціально-стресовими

розладами (ССР), в МКХ-10 їх визначають як «Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади» (F40–F49) (Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. (ред.), 1994; Дмитриева Т.Б., Воложин А.И. (ред.), 2001). Діагностичні критерії ССР і основні варіанти проявів ССР наведено на рис. 4 і 5.

Виникнення і тяжкість перебігу РА та ПТСР, спричинені соціально-стресовими факторами, у кожного пацієнта зумовлені особистісними психофізичними базовими факторами: індивідуальним стилем мислення, рівнем освіти, попереднім травматичним досвідом, наявністю психофізичної натренованості, соціальним і сімейним статусами, психічними та соматичними захворюваннями в минулому. Від особистісних базових факторів залежить, як відбуватиметься трансформація переживань та якою буде картина хвороби у кожного пацієнта (Бандура А., 2000). Основні психопатологічні симптоми обстежених під час дослідження пацієнтів із РА та ПТСР наведено в табл. 2.

Найчастіше у пацієнтів з РА та ПТСР відзначали симптоми зниження настрою. Зниження яскравості емоційних переживань, енергетичного потенціалу, фізичної активності; підвищену втомлюваність; погіршення концентрації уваги та пам'яті; суїцидальні думки — ці симптоми переважували здебільшого у жінок із РА та у чоловіків із ПТСР. Очікування гіршого майбутнього, симптоми ангедонії — у чоловіків із РА та жінок із ПТСР. Порушення сну, ідеї самозвинувачення, зниження самооцінки та впевненості в собі — більше у жінок з РА та ПТСР. Прагнення до усамітнення, соматовегетативні розлади частіше відзначали у чоловіків із РА та ПТСР.

З метою високоякісної оцінки використано батарею уніфікованих психодіагностичних методик не лише для кваліфікаційної характеристики, а й для діагностичної оцінки структури депресивних симптомів (табл. 3).

У групі пацієнтів із РА та ПТСР з невротичною депресією результати аналізу за шкалами суб'єктивної та об'єктивної оцінки приблизно рівноцінно відображали середню тяжкість патології. Результати оцінки за шкалою Бека відображали, перш за все, вегетативний компонент, найбільш чутливий при змінах рівня тривоги. Достовірних відмінностей між пацієнтами з РА та ПТСР за характеристиками рівня депресії та якості життя не виявлено. Дані оцінки рівня тривожності за шкалою Гамільтона і шкалою Спілбергера — Ханіна свідчили про наявність у пацієнтів тривожності середньої тяжкості. Показники особистісної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна у пацієнтів із ПТСР були вищими, ніж у пацієнтів із РА. Жінки з РА та ПТСР мали достовірно вищі показники оцінки настрою за шкалою САН і когнітивних функцій за MMS.

У більшій частині чоловіків із РА та ПТСР переважав астеничний синдром (38,5 та 34,2% відповідно), тривожно-фобічний синдром відзначали у 29,3 і 28,0% чоловіків і жінок із ПТСР, істероформний синдром — у 17,1 і 20,0% жінок із РА та ПТСР,

Рис. 1

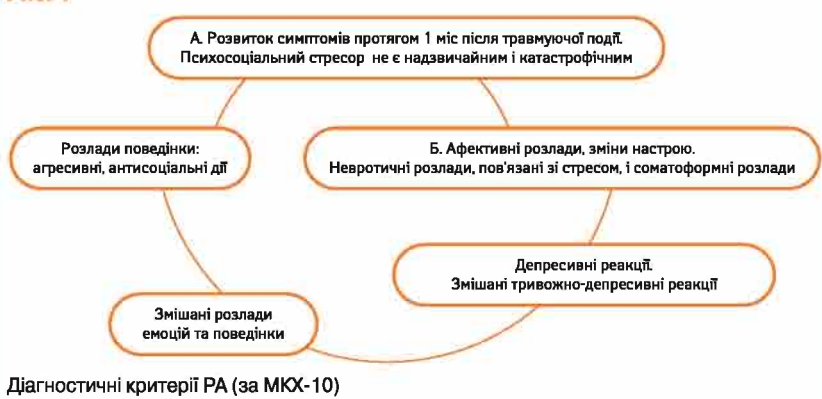


Рис. 2

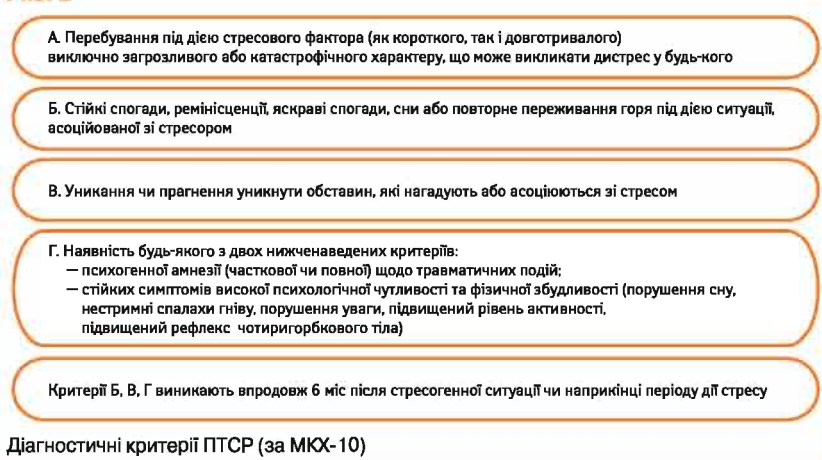


Рис. 3



депресивний синдром — у 23,1 і 24,4% чоловіків із РА та ПТСР відповідно. У 24,2 та 24,0% жінок з РА та ПТСР відповідно депресивний синдром реєстрували частіше, ніж істероформний (табл. 4).

Для астенічного типу ПТСР характерно превалювання симптоматики виснаження нервової системи з вегетативними, сен-

сомоторними та афективними дисфункціями, домінуванням відчуття підвищеної втомлюваності, млявості, зниження розумової діяльності. Загальний фон настрою знижений із почуттям втрати задоволення від життя, домінуванням думок про власну неповноцінність. Поведінка відрізняється пасивністю. Розлади сну характеризують-

ся гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, сонливістю протягом усього дня.

Тривожно-фобічний тип ПТСР характеризується високим рівнем немотивованої тривоги з болісними переживаннями, що проявляється частіше у вигляді нападів, інколи — панічних станів із характером нав'язливості. Фобії невротичні з типово невротичним станом, із патологічно вираженими страхами конкретних предметів або ситуацій. Характерним для цього типу є відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну проявляються труднощами при засинанні, з домінуванням тривожних думок про свій стан, страхом перед болісними сновидіннями. Властиві пароксизмальні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, знобливістю.

Для істероформного типу ПТСР характерне превалювання порушення вегетативних, сенсорних та моторних функцій (конверсійна форма), селективна амнезія за типом «умовної приємності та бажаності», підвищена нав'язаність і самонавіюваність на фоні афективно звуженої свідомості. Зміни форм поведінки, інколи — до ступеня істеричної фуги. Рідше відзначають істероформні невротичні розлади у вигляді соматоформних розладів із нападами задухи, запаморочливих станів, не пов'язаних із серцево-судинною чи легеневою патологією. Астазії-абазії, відчуття клубка в горлі, зрідка — рухові розлади з подальшою м'язовою слабкістю та сонливістю.

Для депресивного типу ПТСР характерні невротичні розлади у вигляді неадекватної за силою і клінічними проявами депресії — наслідком психотравмуючих обставин із вираженою загальною загальмованістю, байдужістю до оточуючих. Депресія не включає вітальних компонентів, не має добових та сезонних коливань і вирізняється зосередженням хворого на психотравмуючій ситуації.

Висновки

1. Встановлено взаємозв'язок між психологічним станом особистості (астенією, підвищеним рівнем тривожності й депресією) та станом суспільно-економічної напруженості у країні.

Таблиця 2

Основні психопатологічні симптоми	Основні психопатологічні симптоми			
	Частота виявлення симптому, n (%)			
	Пацієнти з РА		Пацієнти з ПТСР	
	Чоловіки (n=13)	Жінки (n=29)	Чоловіки (n=41)	Жінки (n=25)
Погіршення настрою	13 (100)	29 (100)	41 (100)	25 (100)
Ангедонія	11 (84,7)	23 (79,4)	32 (78,1)	22 (88,0)
Зниження яскравості емоційного реагування	11 (84,7)	29 (100)	36 (87,8)	23 (92,0)
Зниження енергетичного потенціалу	11 (84,7)	29 (100)	35 (85,4)	21 (84,0)
Підвищена втомлюваність, зниження фізичної активності	7 (53,9)	22 (75,9)	34 (83,0)	19 (76,0)
Зниження концентрації уваги	9 (69,3)	26 (89,7)	37 (90,3)	20 (80,0)
Погіршення пам'яті	6 (46,2)	14 (48,3)	23 (56,1)	13 (52,0)
Зниження рівня самооцінки та впевненості в собі	8 (61,6)	24 (82,8)	25 (61,0)	16 (64,0)
Утруднене засинання, переривчастий сон	9 (69,3)	26 (89,7)	32 (78,1)	20 (80,0)
Ідеї самознищення та самоприпинення	3 (23,1)	7 (24,2)	8 (19,6)	5 (20,0)
Очікування гіршого майбутнього	5 (38,5)	10 (34,5)	10 (24,4)	7 (28,0)
Прагнення до усамітнення	7 (53,9)	13 (44,9)	22 (53,7)	13 (52,0)
Суїцидальні думки	3 (23,1)	7 (24,2)	11 (26,9)	4 (16,0)
Соматовегетативні розлади	7 (53,9)	14 (48,3)	21 (51,3)	12 (48,0)

Таблиця 3

Група	Шкала Бека	Показники депресії, тривоги, якості життя, дані MMS в обстежених пацієнтів								
		Шкала Гамільтона		Шкала Спілбергера — Ханіна		Шкала якості життя	MMS	САН		
		НАМ-A	НАМ-D	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність			Самопочуття	Активність	Настрій
Чоловіки з РА	16,2	8,1	8,3	51,2	42,3	7,9	28,3	40,0	41,0	41,0
Жінки з РА	14,5	4,5	6,2	45,5	39,3	8,1	29,9*	45,0	45,0	54,5*
Чоловіки з ПТСР	16,4	8,2	8,4	52,4	43,4	7,8	27,9	42,0	40,0	40,0
Жінки з ПТСР	15,8	7,6	7,9	51,6	42,1	7,9	28,1	41,0	42,0	42,0

*Різниця показників між групами чоловіків і жінок (з РА та ПТСР) достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Група	Розподіл пацієнтів із РА та ПТСР за основним синдромом			
	Пацієнти з РА		Пацієнти з ПТСР	
	Чоловіки (n=13), %	Жінки (n=29), %	Чоловіки (n=41), %	Жінки (n=25), %
Астенічний синдром	5 (38,5)	9 (23,1)	2 (15,3)	3 (23,1)
Тривожно-фобічний синдром	9 (31,1)	8 (27,6)	5 (17,1)	7 (24,2)
Істероформний синдром	14 (34,2)	12 (29,3)	9 (12,1)	10 (24,4)
Депресивний синдром	7 (28,0)	7	5	6

Рис. 4



Рис. 5



2. Виявлено психофізіологічний шлях реагування на дію стресора: наслідки впливу на людину травматичної ситуації не обмежені розвитком РА та ПТСР — найвагомішим наслідком дії травми є травматичне переживання, когнітивно-емоційні та поведінкові зміни особистості.

3. Визначено процес двобічної взаємодії: зовнішні фактори можуть змінюватися так само, як і поведінкова реакція, що ними регулюється. Тобто соціум і стресові фактори визначають, які поведінкові сценарії будуть актуалізуватись, а характеристики особистості через поведінкові реакції визначають, які з багатьох потенційних стресорів матимуть значимий дію та які форми впливу на особистість вони здійснюватимуть.

4. Встановлено, що ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР визначається вираженістю тривожного, фобічно-істероформного та депресивного синдромів.

Список використаної літератури

Бандура А. (2000) Теорія соціального навчання. Євразія, Санкт-Петербург, 320 с.

Вельтищев Д.Ю. (2010) Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения. Соц. и клин. психиатр., 2: 48–51.

Дмитриева Т.Б., Воложин А.И. (ред.) (2001) Социальный стресс и психическое здоровье. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, Москва, 248 с.

Кривцова С.В., Баранников А.С., Барышникова Е.Г. и др. (2009) С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии: Сб. статей. Генезис, Москва, 279 с.

Малкина-Пых И.Г. (2005) Экстремальные ситуации. Эксмо, Москва, 960 с.

Матяш М.М., Худенко Л.І. (2014) Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. Укр. мед. часопис, 6(104): 124–127 (<http://www.umj.com.ua/article/81802>).

Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. (ред.) (1994) Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. Аддис, Санкт-Петербург, 304 с.

Соколов Е.Ю., Паршин А.Н. (2013) Психические расстройства при боевом стрессе и их профилактика. Мед. психология в России: электрон. науч. журн., 2(19) (http://mprj.ru/archiv-global/2013_2_19/nomer/nomer11.php).

Тарабрина Н.В. (2007) Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса. Психолог. журн., 28(4): 5–14.

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. 3rd ed., revised. Washington, 567 p.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, 886 p.

Boscarino J.A. (2008) A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: implications for surveillance and prevention. Psychosom. Med., 70(6): 668–676.

von Känel R., Begeré S., Abbas C.C. et al. (2010) Inflammatory biomarkers in patients with post-traumatic stress disorder caused by myocardial infarction and the role of depressive symptoms. Neuroimmunomodulation, 17(1): 39–46.

Соціально-стрессові розлади в структурі українського синдрому

М.Н. Матяш, Л.І. Худенко

Резюме. Для установлення взаємозв'язку між психологічним станом людини та суспільно-економічною напруженістю в країні проведено неврологічне, патопсихологічне та психометричне обстеження пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом та розладом адаптації в результаті травмируючого події. Установлено, що ступінь соціальної дезадаптації при вказаних станах характеризується вираженістю тривожно-фобічного, істероформного та депресивного синдромів.

Ключевые слова: розлад адаптації, посттравматичне стресове розлад, соціально-стрессові розлади.

Social stress disorders in the structure of ukrainian syndrome

M.N. Matyash, L.I. Khudenko

Summary. To establish the relationship between the psychological state of the individual and social-economic tensions in the country, neurological, pathopsychological and psychometric testing of patients with post-traumatic stress disorder and adjustment disorder caused by the traumatic event were conducted. It was found, that the degree of the social exclusion of patients with these conditions is determined by the severity of anxiety-phobic, hysterical and depressive syndromes.

Key words: adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, social stress disorder.

Адреса для листування:

Матяш Михайло Миколайович
01004, Київ, вул. Льва Толстого, 9
Київський медичний університет УАНМ,
кафедра неврології,
психіатрії та рефлексотерапії
E-mail: drmatyash@gmail.com

Одержано 13.06.2016