

Олег Анатолійович Панченко,

доктор медичних наук, доктор філософії, Заслужений лікар України,
Директор Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-
діагностичний центр МОЗ України», Президент громадської організації
«Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»

Наталія Олександрівна Зайцева,

практичний психолог Державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ В СИТУАЦІЇ БОЙОВИХ ДІЙ

Розглядаються прояви постстресових розладів у мешканців Донецького регіону. У дослідженні брали участь дорослі (18 – 70 років) люди різного соціального статусу (1501 особа). Протягом 2014 – 2015 років змінювалось ставлення мешканців Донецького регіону до інформації, що надходить, в напрямку скорочення потреби в її пошуку. Жителі Донецької області відчують різноманітні негативні емоції, інтенсивність яких зберігається протягом тривалого часу, близько третини опитаних мають окремі ознаки ПТСР, 13% – ПТСР (за даними психодіагностики).

Ключові слова: *постстресові розлади, мирне населення Донецької області, негативні емоції, посттравматичний стресовий розлад*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Розглядаючи проблему постстресових розладів в історичному аспекті, слід зазначити, що в літературі є дві тенденції: ці розлади підрозділяються за генезом та специфічними симптомами на бойові та природні. Існує також точка зору, що різниці між ними немає, що це такі ж психопатологічні розлади, які виявляються в звичайній психіатричній практиці, але виникають під впливом незвичайних за силою переживань [1].

Психопатологічні розлади в екстремальних ситуаціях багато в чому схожі на ті, які розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності, зумовлені як етіопатогенезом захворювання, так його динамікою. По-перше, причиною захворювання є перебування в умовах психотравмуючої ситуації, яка

характеризується екстремальністю виникнення, афективної насиченістю і незвичайністю переживання. По-друге, розлад виникає одночасно у великого числа людей (хоча це не стосується випадків, де відбувається насильство по відношенню до особистості). Постраждалі змушені продовжувати активну боротьбу з наслідками травми (стихійне лихо, катастрофа, війна і т.д.), щоб вижити самому і захистити близьких. Пережита людиною аномалія постає перед ним як безглузда. Актуалізується складне завдання генерації нових сенсів в соціальному просторі, який став незнайомим і багато в чому чужим, виникає необхідність переосмислення трагічного досвіду, набутого в травматичній ситуації, і коригування всієї системи світосприйняття. В цілому травмуючі події відповідають наступним критеріям (Циганков Б. Д. і співавт., 1998): загрожують життю або можуть призвести до серйозної травми або поранення; пов'язані зі сприйняттям картин смерті і поранень інших людей, в тому числі і близьких; пов'язані з присутністю при насильстві і отриманням інформації про це; мають відношення до впливу згубних факторів середовища; пов'язані з виною за смерть або важку травму іншої людини; пов'язані з різними формами насильства над самим суб'єктом.

Проблема діагностики стресу полягає в тому, що прояви стресу відображаються на різних органах і системах, і людина, побоюючись виникнення серйозної хвороби, буває змушена звертатися до фахівців різного профілю. За даними літератури (Смулевич А. Б. і співавт., 1999) близько 30-50% хворих, які звертаються зі скаргами в поліклініки і стаціонари, мають проблеми психічного здоров'я, зумовлені саме стресом.

Всі причини, що викликають ментальний (психічний) стрес (психічну травму), сьогодні прийнято поділяти на: природні і антропогенні катастрофи, стресори особистому житті, соціальні стресори, війни, етнічні та релігійні конфлікти, побутові проблеми і т.д. Крім того, Г.К. Ушаков (1993) виділяє загальні, специфічні стресори і категорію осіб, що піддаються найбільшому ризику (інваліди, підлітки, особи похилого віку, іммігранти). До загальних стресорів автор відносить взаємини людини і навколишнього середовища,

виробничі відносини, ступінь відповідності між очікуваним і дійсністю, депривацію і ін. До специфічних стресорів він відносить обсяг роботи, надлишок інформації, положення в колективі, самосвідомість і свобода вибору, участь у трудовій ситуації і право контролю та інші.

Виходячи з інтенсивності психічної травми, виділяються наступні типи:

1. Масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові:

а) надактуальні для особистості;

б) неактуальні для особистості (наприклад, природні, громадські катастрофи, інтактні для даного індивідуума);

2. Ситуаційні гострі (підгострі), несподівані (пов'язані з втратою соціального престижу, з шкодою для самоствердження);

3. Пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку – кумир сім'ї):

а) усвідомлювані і переборні,

б) неусвідомлювані і нездоланні;

4. Пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження (виснажують):

а) що викликаються самим змістом ситуації,

б) що викликаються надмірним рівнем домагань особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети в звичайному ритмі діяльності. При цьому психічні травми можуть бути тривалими, одноразовими і повторюваними, монотематичними і багатоаспектними, очікуваними і несподіваними, актуальними і не актуальними, індивідуальними і значущими для оточення і т.д.

Прояви стресу не завжди сприймаються як хвороба. Спочатку виникають психологічно зрозумілі особистісні або невротичні реакції, які з позиції пацієнта завжди «обґрунтовані і мотивовані», з яких він (пацієнт) і не думає звертатися до лікаря. Слід зауважити, що стрес рідко викликає «чисті» психопатологічні феномени – тривогу, занепокоєння, погіршення настрою,

безсоння, страх. Найчастіше відзначаються так звані психосоматичні розлади – різні види порушення сну або безсоння, труднощі зосередження, втома і загальна дратівливість, головні болі, запаморочення, шум у вухах, прискорене серцебиття або навпаки, коливання артеріального тиску, м'язова напруга і болі в серці; спазми в животі та інші проблеми з шлунково-кишковим трактом і т.д. Тадевосян А. С. (2002) наводить результати дослідження, проведеного в Англії, результати якого свідчать, що тільки 2% людей розцінюють симптоми, що спостерігаються, як «хворобливі» або «знижують життєві функції». Зазвичай люди звертаються до лікарів в тому випадку, коли хворобливі симптоми досягають певного рівня і тривалості і розцінюються як загрозові. Характерно, що в 56% випадків при наявності симптомів люди схильні нічого не робити, в 10% просять поради у родичів, 34% їх звертається до лікаря.

Первинні емоційні (реактивні) проблеми переростають у вторинний психологічний дискомфорт. На психологічному рівні найчастіші прояви стресових розладів представлені таким чином:

- занепокоєння і тривога. Особливо характерна для затяжного стресу невмотивована тривога, що «дрейфує», іншими словами – безпідставні побоювання з приводу малоймовірних подій, які можливо ніколи не відбудуться,
- пригнічений настрій (аж до ступеня депресії). Можливі також різкі перепади настрою, нерідко супроводжуються емоційною неврівноваженістю – неконтрольованими бурхливими спалахами емоцій і проявами агресивності,
- невмотивована дратівливість і конфліктність, викликана внутрішнім станом людини,
- порушення емоційних контактів і відносин з людьми - від емоційної холодності, бездушності, «заморожування» емоцій до відкритої ворожості по відношенню до оточуючих,
- прагнення відгородитися від людей і реальному житті як джерел стресу, ізолюватися від повсякденної суєти, що нагадує про стресових подіях.

Одночасний – і психологічний, і фізіологічний – характер носять напади паніки, які варіюють від побоювання втратити контроль над собою до всепоглинаючого страху смерті.

До недавнього часу було прийнято вважати, що загальні закономірності виникнення і розвитку посттравматичних порушень не залежать від того, які конкретно травматичні події послужили причиною психологічних, психосоматичних і психопатологічних порушень. Має значення лише те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності. Однак в останні роки дослідники цієї проблеми прийшли до висновку, що психічна травма являє собою багатоаспектну конструкцію [2] і її оцінка тягне за собою як значну концептуальну неоднозначність, так і певні практичні труднощі (Омельянович В. Ю., 2000).

Аналіз дослідження «травматичних неврозів» показав, що травма не завжди призводить до розвитку тільки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), більш того, в більшості випадків має місце розвиток інших, зокрема, депресивних і тривожних розладів (Finlay-Jones R., Brown GW, 1981; Kendler KS, Hettema JM, Butera F. et al., 2003; Kessler RC, 1997; Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN et al., 1969). Початкова теза про специфічність ПТСР в останні роки помітно похитнулася, оскільки виявилось, що ПТСР не єдиний наслідок психічної травми (стресу). Зокрема, дослідження показують, що, наприклад, депресія і наркоманія після травми в дійсності виявляються більш часто, ніж ПТСР. Wilkeson A. et al. (2000) відзначають, що вплив травмуючих подій викликає як депресію, так і емоційні і психофізіологічні розлади, які перекриваються діагностичними критеріями ПТСР [3].

Frueh et al. (2005) виявили, що деякі з постраждалих, що отримували лікування з приводу посттравматичного бойового розладу, насправді навіть не брали участь в боях. Роль травматичного стресора вказується і в генезі агресії. Так, Carlson E. B. et al. (2008) виявили почуття гніву, дратівливості і підвищену агресивність у 47% літніх ветеранів воєн, які проходили лікування в

реабілітаційному центрі. При цьому агресія значимо частіше спостерігалася серед тих, хто піддавався впливу травматичного стресора, а симптоми ПТСР корелювали з кількістю травматичних стресорів.

Поліморфізм клініки ПТСР обумовлений різним поєднанням і співвідношенням пре- і посттравматичних чинників, особистісних особливостей, загального соматичного стану організму, віку і ряду інших. Виникнення депресивних, тривожних, диссоціативних, соматоформних та інших розладів після травми пов'язано з факторами, що і для ПТСР; питання специфічності чинників залишається відкритим [4].

Високий рівень особистісної тривожності також пов'язаний з ПТСР. Більш того, є дані про те, що пацієнти з ПТСР і без розладу більш значуще різняться за рівнем особистісної тривожності, ніж за рівнем ситуативної тривожності, депресії і результатами ММРІ. Шалев А. Я. з співавторами (1992) виявили, що у випробовуваних з ПТСР через 6 місяців після травматизації спостерігаються зміни в рівні ситуативної тривожності, в той час як особистісна тривожність залишається незмінною.

Мета дослідження – оцінка емоційного стану та постстресових розладів у мирного населення, що проживає в зоні бойових дій.

Об'єкт та методи дослідження. У липні 2014 – січні 2016 року в ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка Донецької області проводилося дослідження особливостей емоційного стану та постстресових розладів у мирного населення, що проживає в зоні бойових дій. У дослідженні брали участь дорослі (18 - 70 років) люди різного соціального статусу (1501 особа).

Для психодіагностики були використані: Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, анкета для самооцінки емоційного, фізичного стану і працездатності.

Результати та їх обговорення. Високий відсоток осіб, які відчувають підвищену потребу в новій інформації (рисунок 1), стабільно знижується протягом досліджуваного періоду (верхній ряд), тоді як група людей, які зовсім

не цікавляться новинами, зросла майже до 30% (нижній ряд). Таким чином, спочатку свідки бойових дій прагнули задовольнити базові потреби в безпеці шляхом пошуку нової інформації, з плином часу все більше людей відчують надлишковий характер інформації, тому свідомо відмовляються від неї. Останній факт може бути також результатом дії захисних механізмів підсвідомого, що змушують ігнорувати травмуючі аспекти події.

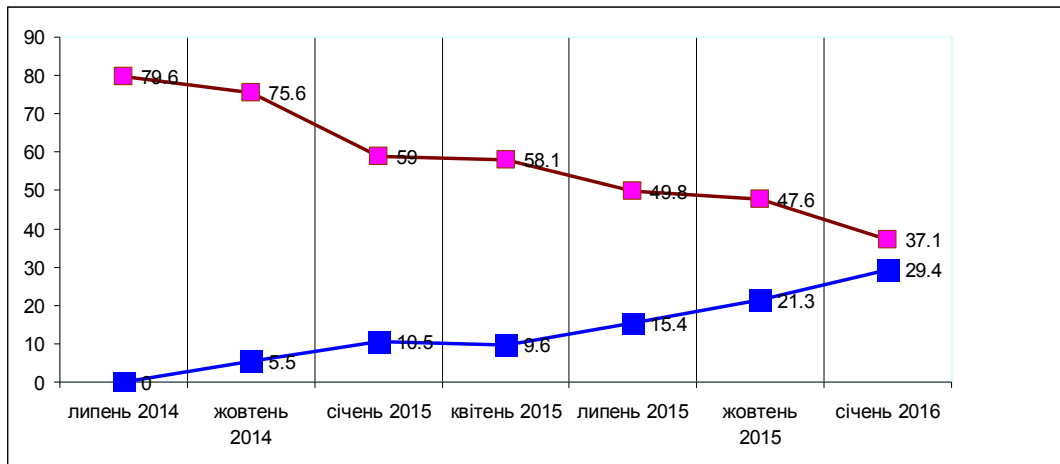


Рисунок 1 – Потреба в новій інформації у жителів регіону: відчуття підвищеної потреби в інформації (верхній ряд), ігнорування новин (нижній ряд)

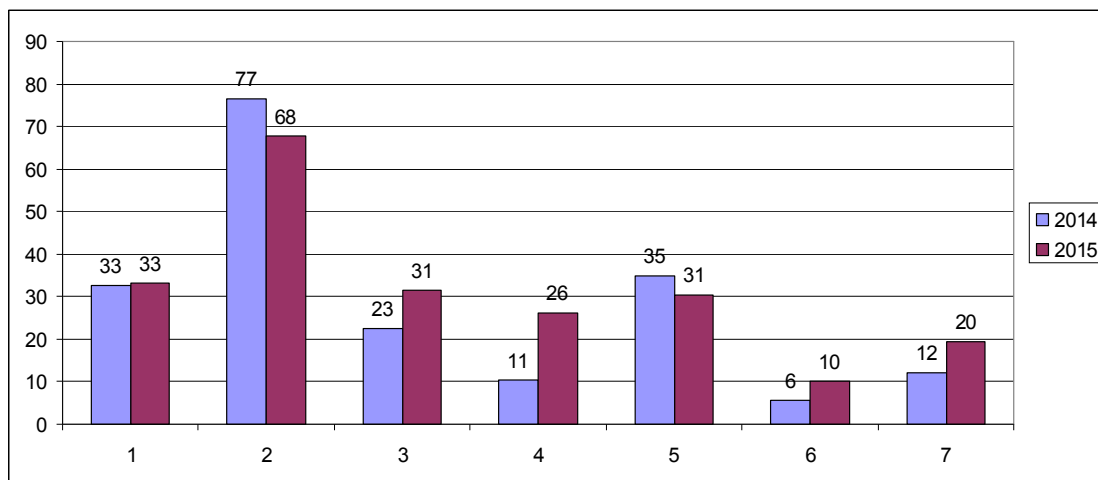


Рисунок 2 – Емоції, що відчують мешканці Донецького регіону: 1 – страх, 2 – тривога, 3 – безпорадність, 4 – відчай, 5 – роздратування, 6 – байдужість, 7 – смуток

Психодіагностичне дослідження виявляло переважаючі емоції у жителів регіону бойових дій. Найбільш вираженою є тривога, яку відчують близько 70% осіб, які проживають в регіоні військового протистояння (рисунок 2). Слід зазначити, що прояви тривоги можуть бути першим етапом на шляху

формування психопатологічних симптомів. Результати анкетування свідчать, що тривога та роздратування дещо знизились протягом 2015 року, в той же час безпорадність, відчай, байдужість та смуток мають тенденцію до зростання.

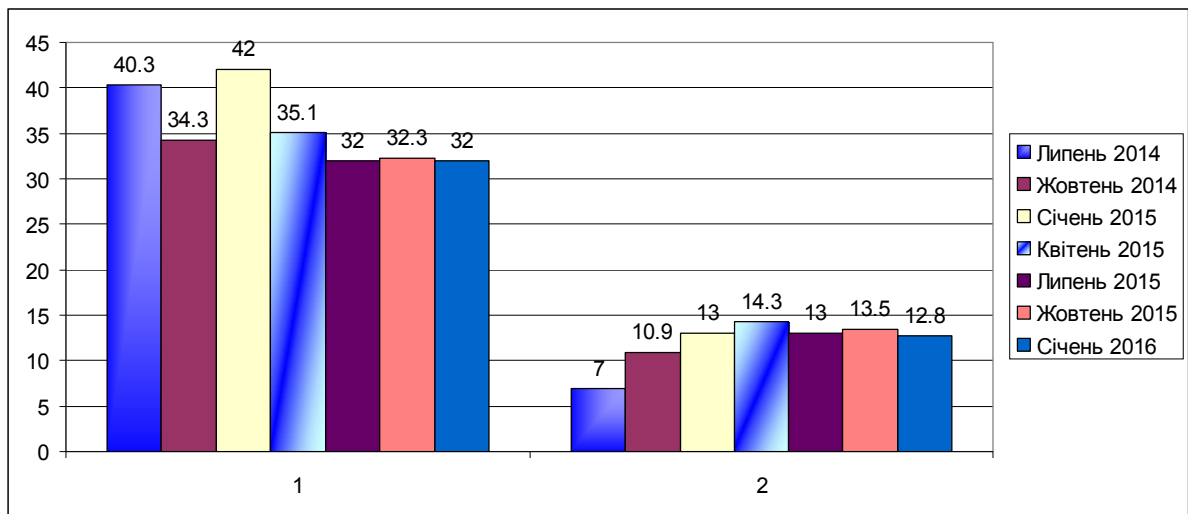


Рисунок 3 – Результати діагностики посттравматичного стресового розладу за допомогою Міссісіпської шкали. 1 – окремі ознаки ПТСР, 2 – ПТСР

Діагностика ПТСР у жителів регіону свідчить про стабільно високий відсоток осіб, що відчувають окремі ознаки ПТСР (погіршення активності, настрою), та близько у 13% мешканців Донецької області відзначається ПТСР (нав'язливі спогади про події, уникання, вегетативне збудження) (рисунок 3).

Висновки. Протягом 2014 – 2015 років змінювалось ставлення мешканців Донецького регіону до інформації, що надходить, в напрямку скорочення потреби в її пошуку. Жителі Донецької області відчувають різноманітні негативні емоції, інтенсивність яких зберігається протягом часу, близько третини опитаних мають окремі ознаки ПТСР, 13% – ПТСР (за даними психодіагностики).

Список використаної літератури

1. Сукиасян, С. Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество / С. Г. Сукиасян, А. С. Тадевосян, С. С. Чшмаритян, Н. Г. Манасян. – Ер. : Асогик, 2003. – 348 стр.

2. Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. Seery, Mark D.; Holman, E. Alison; Silver, Roxane Cohen. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 99(6), Dec 2010, 1025 – 1041.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В. А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.

4. Гончаров, С. Ф. Актуальные теоретические и практические аспекты проблемы посттравматического расстройства и пути ее решения с учетом опыта медицины катастроф / Гончаров С. Ф., Коханов В. П. // *Медицина катастроф*. – 2013. – №3. – С. 39–43.

Стаття надійшла до редакції 17.02.2016

Панченко О. А., Зайцева Н. А. Психологическое состояние мирного населения в ситуации боевых действий

Рассматриваются проявления постстрессовых расстройств у жителей Донецкого региона. В исследовании принимали участие взрослые (18 - 70 лет) люди разного социального статуса (1501 человек). В течение 2014 - 2015 лет менялось отношение жителей Донецкого региона к поступающей информации, что выражалось в сокращении потребности в ее поиске. Жители Донецкой области испытывают различные отрицательные эмоции, интенсивность которых сохраняется в течение длительного времени, около трети опрошенных отдельные признаки ПТСР, 13% – ПТСР (по данным психодиагностики).

Ключевые слова: *постстрессовые расстройства, мирное население Донецкой области, негативные эмоции, посттравматическое стрессовое расстройство.*

Panchenko O. A., Zaitseva N. O. Civil Population's Psychological Status in the Context of Regional Military Development

Donetsk region population's post-stress disorder manifestations have been examined in the work. Regional social space has dramatically changed lately. Stress situation development leads to new social senses generation actualization. There is a need of tragic experience upheaval and world perception correction for regional civil population. Suffered injury leads not only to posttraumatic dementia (PTD) development, but in the great majority of cases to depressive, anxious and other similar disorders. The aim of our investigation is to estimate military development area civil population emotional state and posttraumatic dementia after-effects. During our investigation we use such methodologies as: Mississippian posttraumatic dementia development scale, emotional, physical and capacitive self-assessment questionnaires. 1501 adult patients (aged 18-70) of various social statuses have taken part in our investigation. During 2014-2015, Donetsk region population's

attitude level to information about military situation contracted substantially. Accordingly, in the beginning, military action witnesses tried to satisfy their basic safety needs by the way of new information search and then they consciously refused to get rid of excess information. Donetsk region population suffers of various negative emotional states (fear, anxiety, helplessness, despair, annoyance, indifference, sorrow and so on). Such emotional states intensity level remains high for an appreciable length of time. Enquiry results give evidence that during 2015 anxiety and annoyance levels descended but helplessness, despair, indifference and sorrow levels increased dramatically. Donetsk region population PTSD diagnostic measures have shown stably high level of individual PTSD symptoms (decreased activity and bad mood). About 13% Donetsk region residents suffer of some PTSD symptoms (compulsive memories, avoidant behavior, vegetal exaltation and so on).

Keywords: *posttraumatic dementia, Donetsk region civil population, negative emotion, post-stress disorder.*