

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ (АНТИТЕРРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ)

Стаття присвячена проблемі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сучасному етапі медико-психологічної допомоги. Встановлено, що ПТСР набуває значного поширення, призводить до тривалого відриву від виконання обов'язків служби та, навіть, звільнення з військової служби за станом здоров'я. Специфічність та висока інтенсивність дій психотравмуючих факторів обстановки призводить до особливого генезу та симптоматики захворювання. Наголошується на необхідності вдосконалення системи діагностування ПТСР та пошуку ефективних стратегій його лікування. Таким чином, на перший план виходить саме психотерапевтична допомога, що може надаватися спеціально підготовленими психологами (психологами-реабілітологами, практичними психологами)

Ключові слова: ПТСР, учасники бойових дій, гострий стресовий розлад.

Статья посвящена проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) на современном этапе медико-психологической помощи. Установлено, что ПТСР приобретает значительное распространение, приводит к продолжительному отрыву от выполнения обязанностей службы и, даже, увольнению с военной службы по состоянию здоровья. Специфичность и высокая интенсивность действий психотравмирующих факторов обстановки приводит к особому генезису и симптоматике заболевания. Делается акцент на необходимости усовершенствования системы диагностирования ПТСР и поиска эффективных стратегий его лечения. Таким образом, на первый план выходит именно психотерапевтическая помощь, которая может предоставляться специально подготовленными психологами (психологами-реабилитологами, практическими психологами)

Ключевые слова: ПТСР, участники боевых действий, острое стрессовое расстройство.

Дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) набуває все більшої актуальності не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і ступеня вираженості наслідків збройних конфліктів і локальних війн. Участь у них часто супроводжується виникненням ускладнень різного роду. Ці ускладнення досить довго супроводжують особу та її оточення вже в умовах безконфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо залишити без належної уваги.

Залучення Збройних Сил України до виконання завдань антитерористичної операції (АТО) та збільшення кількості людей з діагнозом ПТСР у всьому світі спонукає до детальнішого дослідження такої проблематики, діагностування ПТСР у його різних проявах. Така необхідність впливає із негативного впливу розладу на виконання обов'язків служби та функціонування в системі соціальної взаємодії.

Досвід країн, що зіткнулися з явищами, що виникають після повернення людей з війни, показав, що участь в подіях, пов'язаних з ризиком для життя, травматичним чином діє на психічне здоров'я і стан учасників бойових дій. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, належать до групи осіб з

підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень. Військові медики використовують для характеристики їх стану такі нетрадиційні термінологічні позначення, як бойова психічна травма, бойова втома тощо.

Як свідчать дослідження, що проводяться в цій галузі, у людей, що побували в екстремальних ситуаціях, виникають так звані посттравматичні стресові порушення. Так, результати досліджень показують, що в структурі психічної патології серед військовослужбовців строкової служби, що брали участь у бойових діях під час локальних воєн в Афганістані, Карабаху, Абхазії, Таджикистані, Чечні, психогенні розлади досягали 70 %, у офіцерів і прапорщиків цей показник дещо менший. У 15-20 % військовослужбовців, що пройшли через збройні конфлікти, були хронічні посттравматичні стани, викликані стресом.

Це і обумовлює вивчення психологічного стану та особливостей прояву ПТСР у людей, які пройшли через збройні конфлікти, з метою їх повернення до строю, реадаптації до мирних умов життя, збереження здоров'я і працездатності. ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Світова статистика

свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і людей з особливими потребами - кожен третій.

Дослідження так званого бойового стресу (В.Г. Василевський, А.Б. Довгополук, Г.О. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, Е.М. Єпачинцева, С.В. Литвинцев, Є.В. Снедков, Г.М. Тимченко, Г.А. Фастовцев, О.М. Харитонов) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими. Після ж повернення з війни у В'єтнамі покінчили з собою в три рази більше ветеранів, ніж загинуло; третина ув'язнених в американських в'язницях тоді були учасниками війни у В'єтнамі [2]. На території СНД вибіркові клінічні роботи визначають показник ПТСР серед ветеранів афганської війни у 30%, і до 55% у комбатантів (учасників бойових дій), які брали участь у локальних війнах останніх десятиліть [3]. За даними національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни (1988 р.) у 30,6% спостерігався ПТСР. У 55,8% осіб, що мають ПТСР, були виявлені межові (між нормою і патологією) нервово-психічні розлади; ймовірність опинитися безробітним у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, проблеми з вихованням дітей у 35%, крайні форми ізоляції у 47,3%, виражена ворожість у 40% [3].

За міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10), класифікація психічних і поведінкових розладів, розділ F4 (Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади), в якому, підрозділ F43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації»; F43.0 «Гостра реакція на стрес»; F43.1 «Посттравматичний стресовий розлад». Розлади завжди виникають як прямий наслідок переживання гострого важкого стресу або пролонгованої травми. Стрессова подія або тривалі неприємні обставини є первинним і основним фактором, і розлад би не виник без їхнього впливу. ПТСР розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. Психічна травма визначається як невідворотна подія, що руйнує існуючі копінг-стратегії індивіда.

Виокремлюють сім основних ознак ПТСР:

1. Травма має містити загрозу для життя й індивід повинен реагувати на неї

інтенсивним страхом, відчуттям беззахисності і жахом. Індивід може або переживати особисто, або бути свідком травмуючої події.

2. Травма переживається повторно в таких варіантах:

- Часті нав'язливі спогади про подію (пацієнт скаржиться, що він не може припинити думати про травму).

- Часті нічні жахи, що стосуються даної події.

3. Індивід діє або почуває себе так, наче подія повторюється, наприклад флеш-беки.

4. Уникає будь-яких нагадувань про подію:

- Уникнення розмов, місць, людей та подій, що нагадують про подію.

- Відчуття відокремленості від оточуючих, емоційного обмеження або почуття вкороченого майбутнього.

5. Пацієнт відчуває стійке й інтенсивне автономне збудження, яке містить неадекватну настороженість і неадекватну реакцію наляканості.

6. Симптоми повинні тривати більше ніж 1 місяць.

7. Симптоми повинні викликати виражений дистрес і порушення основних сфер людської життєдіяльності.

ПТСР розуміється нами як неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за рамки звичайного людського досвіду і здатного викликати дистрес [1]. До такого роду стресорів і відносяться: серйозна загроза для життя або фізичної цілісності, вимушене вбивство людини, серйозне фізичне ушкодження (поранення), смерть або каліцтво товариша по службі. Вплив такого екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР.

За даними Харківської міської Спільки ветеранів Афганістану, в афганській війні взяло участь 13500 мешканців області, загинуло 242. За післявоєнний період померло 1200, покінчило життя самогубством 56 осіб. У цілому ж, після «афганської» війни померло від ран і захворювань у п'ятеро більше її учасників, ніж загинуло, кількість інвалідів збільшилася втричі! На даний момент ситуація істотно не відрізняється. Таким чином, актуальність порушеної теми визначається соціальною ситуацією, що складається в суспільстві і гострою потребою ветеранів бойових дій у

соціальному захисті, соціально-психологічній реабілітації та підтримці.

Таким чином, відсутність необхідної соціально-психологічній реабілітації цих категорій військовослужбовців призводить до тяжких соціальних наслідків: ці люди використовуються тими, хто зацікавлений в розпалюванні міжнародних, соціальних конфліктів, організації терористичних актів і тому подібне. Виховані війною, такі, що звикли до екстремальної ситуації у своїй діяльності, в мирних умовах тепло, що не отримало, співчуття і розуміння після демобілізації, колишні воїни прагнуть повернутися в звичний для них стан війни.

Моральні і моральні цінності, існуючі у будь-якому суспільстві, виправдовують ведення війни у тому випадку, якщо йдеться про визвольну війну. Ці війни мають характер народних, визвольних, у зв'язку з чим придбавають смислові контексти війни священної, вітчизняної і тому подібне. Локальні війни сучасності залишають після себе не лише руйнування і смерть, вони ставлять ряд серйозних проблем, пов'язаних з психологічним статусом військовослужбовців, що брали участь в цих війнах. Перебування на війні супроводжується комплексним впливом ряду чинників:

1 – ясно усвідомлюваним почуттям загрози для життя (так званім біологічним страхом смерті, поранення, болю, інвалідизації);

2 – особливим стресом, що виникає у людини, що безпосередньо бере участь у бойовій дії; разом з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю на очах товаришів по зброї або з необхідністю вбивати супротивника;

3 – дією специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дій, несподіваність, невизначеність, новизна);

4 – знегодами і поневіряннями (нерідко відсутністю повноцінного сну, особливостями водного режиму і харчування);

5 – незвичайним для учасників війни кліматом і рельєфом місцевості (гіпоксія, жара, підвищена інсоляція). [4]

За даними провідних вітчизняних та зарубіжних військових психіатрів, що вивчають частоту і структуру санітарних втрат у збройних конфліктах і локальних війнах, останнім часом істотно змінилися втрати психіатричного профілю у бік

збільшення числа розладів межового рівня. Проте набагато серйозніше пом'якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають не лише на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але і на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій.

Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я». Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особовий, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистих змін не лише у людей, що безпосередньо пережили стрес, але і у членів їх сімей, а також очевидців.

Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на усе подальше життя. Психічна травма, психологічний шок і їх наслідки - ось що визначатиме життєвий настрій тих, що вижили у військових конфліктах. Статистичні дані також показують, що на кожного загиблого на війні військовослужбовця припадає один випадок самогубства ветеранів в період після проходження військової служби.

Дані психодіагностичного обстеження різних років показали, що рівень тривожності, депресії і загальної психопатологічної симптоматики в групі військовослужбовців з ПТСР за усіма шкалах виявився вищий, ніж в групі без діагнозу. Аналіз структури психічних розладів у учасників бойових дій в Чечні на пізньому госпітальному етапі дозволив виявити п'ять груп за рівнями психічного здоров'я відповідно до характеру і міри вираженості психічних порушень:

1. Без ознак психологічної дезадаптації: військовослужбовці, що не виявили ознак психічної дезадаптації і не висловили при первинному обстеженні в госпіталі скарг на стан здоров'я.

2. Військовослужбовці, що мають окремі ознаки психічної дезадаптації. Поранені цієї групи також не висловили скарг на стан здоров'я, але при клініко-анамнестичному обстеженні виявляли окремі прояви психічного неблагополуччя у вигляді порушення уваги, занепокоєння за стан

власного здоров'я, труднощів засипання, невпевненості в майбутньому на тлі скарг з приводу наслідків отриманого поранення. Прояви, що спостерігалися, були розцінені як психологічні стресові реакції, що не досягали не лише ознак нозологічних форм психічних розладів, але і що не укладалися в рамки яких-небудь психопатологічних синдромів.

3. Військовослужбовці, що мають емоційні і поведінкові порушення (дратівливість, підвищену тривожність, запальність разом зі швидко стомлюваністю, слабкістю і переживаннями з приводу отриманих поранень, нестійкий настрій, переважання тенденцій до його зниження). Клініко-психопатологічний аналіз дозволив виділити серед обстежених в цій групі основні синдромо-комплекси: астено-депресивний, тривожно-депресивний, астено-невротичний, істеро-невротичний, астено-іпохондричний.

4. Військовослужбовці з психопатологічними проявами, що спостерігалися в попередній групі, з тією відмінністю, що розвиток цих розладів відбувався опісля трьох – чотирьох тижнів після отримання поранення і проведення необхідних заходів медичної допомоги, ліквідації загрози життю. Клінічними ознаками цих розладів були: наявність розпізнаваного стресора, повторного травмуючого переживання (нічних військових кошмарів), зниження активності і відповідальності в повсякденному житті, а також специфічні симптоми, що не спостерігалися перед травмою, - відчуття провини того, хто вижив, труднощі концентрації уваги, тривожність. Значну частину хворих цієї групи відрізняли підвищена агресивність, конфліктність, як з хворими, так і медперсоналом, прагнення звернути на себе увагу, самовільні відходи з госпіталю, вживання алкоголю.

5. Військовослужбовці з отриманими непроникаючими черепномозковими травмами середньої і легкої тяжкості, а також із затяжними формами невротичних реакцій. У хворих із затяжними невротичними реакціями виявлена переважно астено-депресивна і тривожно-депресивна симптоматика, що розвинулася безпосередньо в зоні бойових дій після різних психотравмуючих переживань.

Як показали результати досліджень, в комплексному проведенні заходів медико-психологічної реабілітації мають потребу не лише особи з межовими психічними

розладами, але, в значному числі випадків, і ті що не мають діагнозів (так звані "практично здорові", тобто без ознак психічної дезадаптації).

До основних симптомів синдрому ПТСР належать наступні. Порушення сну. Кожного пацієнта, що звертається з приводу порушення сну, слід розпитати про наявність і характер страхітливих сновидінь. Для страхітливих снів при ПТСР характерно фотографічно точне відтворення дійсно пережитих подій, тому цей розлад слід припускати у будь-якої людини, що описує незвично живі або правдоподібні нічні кошмари. Клієнти можуть прокидатися в поту або у збудженні, можливо, кричачи або видаючи інші звуки, стискаючи або нападаючи на своїх сусідів за ліжками.

Соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших, включаючи близьких членів сім'ї.

Невідповідність минулому особи наступних поведінкових проявів :

- зміни поведінки, експлозивні спалахи, драгівливість або схильність до фізичного насильства над іншими людьми;
- зловживання алкоголем або наркотиками, особливо для «зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або почуттів;
- антисоціальна поведінка або протиправні дії (за відсутності такої поведінки раніше);
- депресія, суїцидальні думки або спроби до самогубства;
- високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги (наприклад головний біль);
- повторне переживання травми;
- емоційне збіднення, а також уникнення стимулів, пов'язаних з травмою;
- зниження або втрата інтересу до якої або активності, яка «раніше займала», відчуття відчуження (відгородження) від інших людей, зниження здатності радіти, любити, бути безтурботним, відхід від соціального життя. [4].

Велика кількість учасників АТО зазнали негативного впливу психотравмуючих факторів та мали діагноз гострий стресовий розлад (ГСР). Проте більшість з них поверталася в стрій після нетривалого лікування. Хоча існували випадки розвитку ПТСР. Таблиця 1 ілюструє відмінності проявів ПТСР і ГСР.

Різниця між особливостями прояву ПТСР і ГСР

Гострий стресовий розлад (ГСР)	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
Починається з перших хвилин отримання травми. Триває не довше 4 тижнів	Починається через місяць після травматизації і може тривати довше, ніж півроку
Наявність ГСР є тимчасовим зривом адаптаційних систем організму і не обов'язково переходить у ПТСР.	Виникнення ПТСР обумовлено предикторами (порушення регуляції між симпатичною та парасимпатичною нервовими системами, що наявні до травми; психологічна схильність до сприйняття стресу як нестерпного відчуття)
ГСР може поєднуватись з реакцією гострого горя; у ГСР включають кризовий стан, гостру кризову реакцію, бойову втому та психічний шок.	ПТСР виникає за наявності постійного, постійно повторюваного переживання травматичної події; включається травматичний невроз.
Лікування ГСР медикаментозне, з психотерапевтичним супроводом	В лікуванні ПТСР більше значення має психотерапія, яку підтримують психофармакотерапією

Враховуючи певну поліморфність розладу, для впевненості в діагнозі необхідно провести диференційний діагноз ПТСР з іншими розладами адаптації, або схожими на них розладами.

1. Розлад адаптації. Стресор буває різної важкості. Діагностують, якщо критеріїв для встановлення діагнозу ПТСР недостатньо і стрес не є екстремальним, а симптоми пацієнта включені в критерії ПТСР.

2. Обсесивно-компульсивний розлад. Рекурентні, нав'язливі думки переживаються як невчасні і не пов'язані з конкретною травмою.

3. Флеш-беки при ПТСР слід відрізнити від ілюзій і галюцинацій при психотичних розладах: шизофренії, розладі настрою з психотичними рисами, інших психотичних розладах, делірії, розладах, пов'язаних зі

зловживанням психоактивними речовинами, і психотичних розладах внаслідок основного соматичного захворювання.

4. Гострий стресовий розлад триває не довше, ніж 4 тижні і починається в перші хвилини після отримання травми.

Сучасне збройне протистояння на Сході України характеризується унікальним та надто інтенсивним застосуванням засобів ураження різного роду. Внаслідок цього ментальне та фізичне здоров'я зазнає значного руйнівного впливу, що в свою чергу призводить до розвитку нехарактерної до цього часу симптоматики за силою та специфікою прояву. Усе це потребує подальших досліджень для своєчасного діагностування та ефективного лікування ПТСР.

Список використаних джерел.

1. Зайцев А.А. Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. / А.А. Зайцев, Т.Е. Левицкая, Е.Н. Дмитриева // Психология и педагогика – Томск, 2008. – С. 165–168
2. Лесной Н. После войны / Н. Лесной // ГЕО. – 2006. – № 2. – С. 104–108
3. Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. / Є.В. Підчасов, Г.І. Ломакін // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2011. Вип. 10 – С. 86–98
4. . Личность в экстремальных условиях. / Л. Цыбаева // Развитие личности – М. – 2007. №1 – С. 165–171

Chislitska O. V., PhD in psychology

PROBLEM POSTTRAUMATIC STRESSOVOGO ROZLADU IN UCHASNIKIV BOYOVIN DIY (ANTITERRORISTICHNOI OPERATSII)

The article deals with post-traumatic stress disorder (PTSD) at the present stage of medical and psychological care. It was found that PTSD becomes a significant distribution, resulting in prolonged isolation from the duty service activities and even dismissal from military service for health reasons. The specificity and high intensity action of stressful factors of the situation leads to a special genesis and symptoms of the disease. Because the polymorphism and disorder delayt makes it harder to make diagnosis timely. It emphasizes the need to improve the system of diagnosing PTSD and find effective strategies for its treatment. Thus, at the forefront is psychotherapeutic assistance that can be provided by specially trained psychologists (psychologists, rehabilitators, practical psychologists). All this involves the creation of infrastructure and training of such specialists together with victims rehabilitation programs development.

Keywords: PTSD, combatants, acute stress disorder