

## ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 416.45-001.1/3(09)+614.8(09)+61(09)

О.О. Хаустова<sup>1</sup>, Л.Є. Трачук<sup>2</sup>

### ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

<sup>1</sup>Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

lidiatrachuk@gmail.com

#### Ключові слова:

стрес, військові дії, психотравма, посттравматичні порушення, військовий невроз.

У статті наведено результати проведеного контент-аналізу наукових статей, присвячених проблемі посттравматичного стресового розладу. Наведені історичні аспекти дослідження даного стану, його діагностичних критеріїв та заходів лікування від перших згадок у літературі до сьогодення.

**Актуальність.** Від солдатів до жертв насильства, від в'язнів концтаборів до тих, хто пережив стихійні лиха, безліч людей за всю історію переслідував їх жахливий досвід. На жаль, надзвичайні ситуації є частиною нашого життя. У світі постійно відбуваються різноманітні трагічні події, люди втрачають будинки, близьких, виявляються відірваними від сім'ї і звичного оточення [8]. Останнім часом зростає кількість досліджень, присвячених посттравматичному стресовому розладу, методам його діагностики та лікування. Окрім того, значної актуальності набуває визначення особливостей розвитку даного стану в історичному аспекті.

**Мета:** вивчити історичні особливості формування поняття посттравматичного стресового розладу.

#### Матеріали та методи дослідження

Було проведено контент-аналіз наукових статей в спеціалізованих медичних базах даних Medline, Medscape, PubMed, а також методичних рекомендацій та підручників за ключовими словами: стрес, військові дії, психотравма, посттравматичні порушення, військовий невроз. Відібрано для дослідження 86 джерел, з них в остаточний аналіз було включено 27.

#### Результати та їх обговорення

Термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) увійшов у наш словник лише у 1980 році, до цього існувало багато понять для позначення цього стану та чимало письменників згадували про нього, в тому числі Шекспір і Діккенс.

У деяких стародавніх релігійних текстах є згадка про страшні наслідки травматичних подій, зокрема у Книзі Іова, де йдеться про страждання Іова внаслідок лих, що його спіткали. У Махабгараті описаний бойовий стрес воїнів під час війни [26]. Як згадується в книзі Второзаконня, військовим лідерам вже давно було відомо, що солдати повинні бути віддалені від лінії фронту через нервовий зрив, який, окрім того, є заразним [14].

Перший великий епос людства, розповідь про Гільгамеша, дає нам чіткий опис любові і посттравматичних симптомів, припускаючи, що останні також є частиною фундаментального людського досвіду. Після того, як Гільгамеш втрачає свого друга Енкіду, він відчуває горе, а потім починає бігати з місця на місце в паніці, розуміючи, що теж повинен померти. Це протистояння зі смертю змінило його особистість. Перший випадок хронічних психічних симптомів, викликаних переляком на полі бою, наведено Геродотом у 440 р до н.е. в звіті про битву при Марафоні. Один із солдатів, який брав участь у бою, осліп після того, як на його очах убили людину. Відзначається, що симптоми були викликані не фізичною травмою, а страхом, та зберігалися з плином років. Нічні кошмари із переживанням бойових дій згадуються Гіппократом (4607–377 до н.е.) [14].

Крім того, деякі експерти вважають, що в Іліаді також описані симптоми ПТСР. Гомер говорить, що Аякс збожеволів під впливом Афіни, вбиваючи стадо овець, яких він прийняв за ворогів, а потім покінчив із собою [9].

Генріх IV з творів Шекспіра мав досить багато, якщо не всі, з діагностичних критеріїв ПТСР, як і ряд інших героїв та героїнь, описаних в світовій літературі [26].

У 1666 році Семюел Піпс писав про свою психотравму після Великої пожежі в Лондоні, яка залишила його зі «снами про пожежу і падіння будинків» [26].

Жан Фруассар (1337–1405) був найвідомішим представником літописців Столітньої війни між Англією та Францією. У 1388 році він розповів випадок про колишнього солдата, який не міг спати поряд з дружиною і дітьми, через звичку вставати вночі і хапати за меч, щоб битися з ворогами [3].

Етіологічні гіпотези про походження даного розладу були висунуті військовими лікарями під час французьких революційних воєн (1792–1800 рр.) і наполеонівських воєн (1800–1815 рр.). Вони зазначали, що солдати поринали в затяжний ступор після того, як

повз них пролітали снаряди, хоча й залишалися фізично неушкодженими. Тоді було описано так званий синдром «*vent du boulet*», коли військові були налякані вітром пролітаючого гарматного ядра [14].

Чарльз Дікенс писав про те, що він був «незвичайно слабкий ... начебто оговтавшись від важкої хвороби», після аварії на залізниці, в якій передня частина поїзда зірвалася з моста та 10 людей загинули, а ще 49 отримали поранення. Дікенс говорив про неможливість подорожувати залізницею, тому що його не покидало відчуття, ніби поїзд знову потрапить в аварію. Після цього інциденту почався найбільш плідний період письменника. Дікенс помер у п'яту річницю аварії потягу [26].

На думку психолога Е. Тік, ПТСР мав більше ніж 80 найменувань за всю історію його дослідження [25]. Нижче наведені лише деякі з них:

Ностальгія. Цей діагноз встановлював швейцарським солдатам в 1678 році лікар Йоханес Хофер. У 1761 році австрійський лікар Леопольд Ауенбруггер писав про значно поширений діагноз ностальгії у своїй книзі *Inventum Novum*: «солдати засмучені, мовчазні, апатичні, задумливі, зітхаючі і стогнучі. Нарешті, вони перестають звертати увагу на будь-що і стають байдужими до всього. Ця хвороба називається «ностальгія». Французькі лікарі в наполеонівських війнах вірили, що солдати частіше страждають від ностальгії, якщо вони прийшли з сільських районів, аніж з міських. Вони призначали для лікування прослуховування музики і регулярні фізичні вправи.

Туга за батьківщиною. Приблизно в той самий час німецькі солдати називали цей стан «*heimweh*», а французи – «*maladie du pays*». Обидва терміни означають «туга за батьківщиною».

Кардіореспіраторний невроз. Психіатр Пінель у своєму трактаті «Філософська нозографія» (1798 р.), описав випадок філософа Паскаля, який мало не потонув у Сені в своєму екіпажі. Впродовж решти восьми років свого життя Паскаль бачив один і той самий сон про прірву біля свого ліжка та ставив поряд з собою стілець, щоб запобігти падінню. Його особистість змінилась, він став більш тривожним, скрупульозним і депресивним. Зі свого досвіду роботи з пацієнтами в стані шоку від подій і воєн під час Французької революції, Пінель зробив перший точний опис військового неврозу, якому він дав назву «кардіореспіраторний невроз», а також гострих ступорозних посттравматичних станів, які він називав «ідіогізм» [14].

Серце солдата. Лікар внутрішньої медицини Яків Мендес Да Коста вивчав ветеранів громадянської війни в Сполучених Штатах Америки, і виявив, що багато з них страждали від тахікардії, тривоги і утрудненого дихання. Він назвав цей феномен «серце солдата» або «синдром роздратованого серця». Надалі цей симптомокомплекс став відомим як «синдром Да Коста» [15, 24].

Компенсаційна хвороба або «залізничний спинний мозок». Промислова революція дала початок першим цивільним техногенним катастрофам та випадкам ПТСР поза межами поля бою. У кінці ІХ століття, коли подорожі залізницею стали набагато поширенішими, так само як і залізничні аварії – психологи почали відзначати випадки

психотравми серед тих, хто вижив у цих аваріях. Дуже скоро виникли суперечки між прихильниками органічної теорії, згідно з якою психічні симптоми були викликані мікроскопічними пошкодженнями хребта або головного мозку, та тими, хто вважав, що першопричиною був емоційний шок та природа симптомів була істеричною [14].

Психолог СТJ Rigler ввів термін «компенсаційний невроз» – назва походила від «компенсації» збитків за моральну шкоду з посиланням на новий закон, який дозволяв людям подати в суд на перевізника. На думку Rigler, люди були більше схильні повідомляти про симптоми, що їх турбували або, можливо, перебільшувати їх, якщо вони хотіли отримати виплату. У 1867 р. англійський хірург GE Erichsen зробив узагальнення ознак «залізничного спинного мозку» (*railway spine*), що виникає в результаті залізничних катастроф, подібний із хронічним мієломенінгітом, поєднується з розладами уваги та кошмарними сновидіннями. Erichsen підкреслював, що описаний ним розлад властивий «чоловікам з активною життєвою позицією» і його не слід плутати з істерією, що «головним чином спостерігається в жінок».

Травматичний невроз. У 1888 р. німецький невролог Herman Oppenheim використовував термін «травматичний невроз», що став заголовком його книги. Початком неврозу Oppenheim вважав сильні емоції, що впливають на організм як фізичний фактор. Він стверджував, що в патогенезі травматичного неврозу лежить шок периферійних нервів з молекулярними змінами в них, що передаються з периферії на різні частини ЦНС та паралізують як периферійні, так і центральні частини останньої. Цей новий діагноз був категорично розкритикований Шарко, який стверджував, що ці випадки були лише формами істерії, неврастенії, або істеро-неврастенії. Погляди Ж. Шарко на істерію вплинули на підхід французьких, англійських і американських лікарів до травматичного неврозу як до захворювання, що має психогенно-емотивне походження. Після смерті Шарко в 1893 р. термін «травматичний невроз» продовжив свій шлях у французькій психіатрії: психіатр Жан Крок у 1896 році повідомив про 28 випадків даного стану, викликаних залізничними аваріями [14].

Контузійний шок. Починаючи з Першої світової війни, «контузійний шок» став найвідомішим терміном для ПТСР. До грудня 1914 року близько 10% офіцерів страждали на контузійний шок, 40% постраждалих внаслідок битви на Соммі були контуженими.

Бойове виснаження. Так ПТСР почали називати під час Другої світової війни і війни в Кореї. Було визначено, що вирішальний вплив на розвиток цього порушення має «блок згуртованості», тобто більш схильними до його розвитку були солдати, які змінили підрозділ.

Синдром відповіді на стрес. Цей термін було введено в DSM-I у 1952 році та цей стан діагностували у солдатів під час війни. У DSM-II цей синдром був поєднаний з іншими та віднесений у нову категорію під назвою «ситуаційні розлади».

Дослідження стресових розладів було нерозривно пов'язане із військовими конфліктами. Під час російсько-японської війни (1904–1905 рр.) психіатричні симптоми, які виникали після битви, були вперше визнані як

лікарями, так і військовим командуванням. Російські психіатри закликали військово-медичну владу офіційно визнати психіатричних пацієнтів, які опинилися у військових госпіталях, саме психічно хворими (а не симулянтами або соматичними хворими). Ряд російських психіатрів пропонували пояснювати неврози, пов'язані з війною, за допомогою поняття «травматичний невроз». П.М. Автократов, начальник психіатричного відділення варшавського Уяздовського військового госпіталю, був призначений уповноваженим Червоного Хреста з психіатричних питань на Далекому Сході. До осені 1904 він почав організовувати психіатричний госпіталь в Харбіні в Манчжурії, кілька психіатричних приймально-сортувальних станцій на лінії фронту і спеціальні евакуаційні поїзди для перевезення психічно хворих на довгострокове лікування [2, 14].

Німецький лікар Honigman був першим, хто ввів в ужиток термін «військовий невроз» (kriegsneurose) в 1907 році для позначення того, що раніше називали «бойова істерія» і «бойова неврастенія». Крім того, він підкреслив схожість між цими випадками і тими, про які повідомляв Оппенгейм після залізничних аварій [16].

Перша світова війна – один з найбільш широкомасштабних збройних конфліктів в історії людства. Психічні розлади в учасників Першої світової війни були неодноразово описані в літературних автобіографіях англійськими, німецькими та французькими авторами, такими як Роберт Грейвс («Прощай все це», 1929 р.), Ернст Юнгер («В сталевих грозах», 1920 р.), або Анрі Барбюс («Пожежа», 1916 р.).

Психіатричні жертви були зареєстровані на самому початку війни в такій кількості, якої ніхто не очікував. Французький лікар G. Milian зареєстрував чотири випадки «гіпнозу битви» після військових дій в 1914 році. Відомий німецький психіатр R. Gaupp повідомив в 1917 році:

«Великі артилерійські бої грудня 1914 року ... наповнили наші лікарні великою кількістю неущокоджених солдатів і офіцерів з психічними розладами. З тих пір це число зростає постійно з великою швидкістю. ... Тепер психічно хворі складають досить велику питому вагу в наших збройних силах ... Основними причинами цього є переляк і занепокоєння, викликані вибухом ворожих снарядів та тим, що вони бачать покалічених або загиблих товаришів ... В результаті виявляємо симптоми стану раптової німоти, глухоти ... Загальний тремор, нездатність стояти або ходити, епізоди втрати свідомості і конвульсії» [14].

У своєму огляді 88 випадків психічних розладів у 1915 році французький психіатр Régis висловив дуже схожу думку про етіологічну роль переживання жакливої смерті товаришів: «Лише 20% мали фізичні травми, але у всіх випадках основним фактором був страх, емоційний шок після того, як солдати бачили скалічених товаришів».

У британській армії пацієнтам з різними психічними розладами в результаті бойового стресу ставили діагноз «контузійний шок». За Merskey, першою згадкою даного терміну може бути розповідь, опублікована в Таймс 6 лютого 1915 року, про те, що військове відомство влаштувало відправку солдатів, які страждають від «шоку», на лікування в спеціальні палати Національного госпіталю

для паралізованих та епілептичних в Квін-Сквер [21]. Крім того, в лютому 1915 року термін «контузійний шок» був використаний С.М. Myers у статті в журналі The Lancet для опису стану трьох солдатів, які страждають від «втрати пам'яті, зору, нюху і смаку» [22]. Myers повідомив про трьох пацієнтів, які потрапили до лікарні в Ле-Туке на початку війни, в період з листопада 1914 по січень 1915 р. Ці пацієнти були в стані шоку через снаряди, що вибухають в безпосередній близькості від готелю. За Myers, ці випадки були тісно пов'язані з «істерією».

Досвід перших місяців війни і несподівано значне поширення психічних розладів призвели до змін у підходах до лікування. Евакуація психічно хворих у тил стала менш систематичною, досвід військових років переконав психіатрів, що лікування повинно проводитись поблизу лінії фронту: солдати, які отримували лікування в прифронтових госпіталях, завдяки емоційній підтримці своїх товаришів мали високу ймовірність повернення в свою частину, тоді як ті, хто був евакуйований, часто демонстрували поганий прогноз із хронізацією симптомів. Лікування на передовій (Psychiatrie de l'Avant) стало стандартом лікування, поряд з п'ятьма ключовими принципами, коротко викладеними в 1917 році американським лікарем T.W. Salmon: безпосередність, близькість, надія, простота і централізованість. Під безпосередністю мали на увазі лікування якомога раніше, перш ніж гострий стрес змінив латентний період, який часто говорив про розвиток хронічних симптомів; близькість означає лікування пацієнта недалеко від лінії фронту, в межах чутності бойових дій, замість евакуації його в спокійну обстановку тилу; надія – позитивне очікування швидкого одужання, якого домагалися за допомогою психотерапії; простота передбачала використання простих засобів лікування, таких як відпочинок, сон і психотерапія; нарешті, централізованість означала регулювання потоку психічних втрат від передової в тил і послідовну терапевтичну доктрину, прийнятну для всього медичного персоналу [14].

Серед багатьох засобів лікування стресових розладів, які часто використовували під час Першої світової війни, існував метод фарадизації, який передбачав застосування електричного струму. Найбільш радикальний опис електролікування був опублікований в 1916 році F. Kaufmann, він пояснив, як військові неврози можна вилікувати в рамках однієї сесії, комбінуючи навіювання та застосування електричного струму, поки симптоми не вщухнуть [14].

Еміль Крепелін (1856–1926), без сумніву, один з найвпливовіших психіатрів нашого часу, використовував термін «schreckneumse» (невроз пожежі) для того, щоб позначити окремий клінічний стан, що включає численні нервові і фізичні феномени, які виникають у результаті різних емоційних потрясінь або раптового переляку та переростають у тривожність [7]. Він писав про власний досвід з військових неврозів під час Першої світової війни у своїй автобіографії, опублікованій посмертно німецькою мовою в 1983 році:

«[Вже в 1917 році] піднято питання про військовий невроз. Ми, психіатри, всі погодилися, що повинні спробувати обмежити надмірно ліберальну видачу

компенсацій, які могли б призвести до різкого зростання числа випадків і претензій ... Справа в тому, що всі види більш-менш серйозних психіатричних симптомів можуть призвести до тривалого перебування в стаціонарі, або навіть до комісування з армії з щедрою пенсією по інвалідності, що матиме катастрофічні наслідки. За таких обставин число тих, хто вважає, що «нервовий шок» дає їм право комісування і постійної підтримки, різко зросло».

Коментарі Крепеліна відображали типові суперечки, які вирували в той час: (I) психічні симптоми – не більше ніж симуляція, з чіткою метою залишити лінію фронту? 346 британських солдатів були розстріляні за наказом військового командування, і в це число входили вояки, які страждали від гострого стресового розладу та були звинувачені в дезертирстві або боягузтві; (II) посттравматичні симптоми мають патологоанатомічне пояснення? Наприклад, були вони обумовлені струсом мозку або напруженням нервових волокон, як у припущенні, що виникло в попередні десятиліття для «залізничного спинного мозку» в результаті аварій на залізничному транспорті? (III) психологічна причина обмежується переважно тривожними складовими травми або необхідно заглиблюватися в преморбід особистості пацієнта? [14]

Психологічними проблемами учасників Першої світової і громадянської воєн в Росії займалися В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкін, С.В. Крайц, а після Великої Вітчизняної війни – Є.К. Краснушкін, В.О. Гіларовський, В.Г. Архангельський, В.Є. Галенко, Є.М. Залкінд, М.В. Соловйова та багато інших [3, 7].

Жахливим винаходом Другої світової війни була концепція «тотальної війни», з систематичними обстрілами цивільного населення, про що свідчать мільйони смертей, викликаних Голокостом, повітряними нальотами на міста, щоб зламати бойовий дух цивільного населення, і атомними бомбами, скинутими на Хіросіму і Нагасакі. Незважаючи на досвід Першої світової війни, армія знову була не готова до великої кількості психічних втрат і психіатрів часто розглядали як непотрібний тягар, про що свідчить меморандум на ім'я Уїнстона Черчилля в грудні 1942 року:

«Я впевнений, що було б розумно обмежити, наскільки це можливо, роботу цих панів [психологів і психіатрів] ... Неправильно турбувати велику кількість нормальних здорових чоловіків і жінок, ставити свого роду дивні запитання, в яких психіатри спеціалізуються» [14].

У «Психіатрії в неспокійному світі» William S. Menninge (1948) показує, які уроки Першої світової війни були повністю забуті американськими військовими: «У перших битвах в Африці психіатричні жертви були відправлені назад в базові лікарні, часто за сотні кілометрів від фронту. Тільки 5% з них змогли повернутися до своїх обов'язків». Як пояснив F.D. Jones, американські експерти, під керівництвом Гаррі Стек Саллівана, вірили, що потенційні психічні втрати можуть бути відсіяні до призову. Відповідно, психіатри не були призначені для бойових підрозділів і не було розроблено жодного положення для спеціальних психіатричних лікувальних відділень на місцях дислокації армії чи зони зв'язку. Принципи передового лікування було відновлено

в ході передвиборної кампанії в Північній Африці в 1943 році, за поданням психіатра Frederick Hanson видано директиву від 26 квітня 1943 року, яка встановила утримання психіатричних пацієнтів протягом 7 днів у 9-му евакуаційному госпіталі, і вперше термін «виснаження» було визначено в якості попереднього діагнозу для всіх бойових психіатричних розладів [17]. Це слово було обране, тому що вважали, ніби воно найменше передає причетність до нейропсихіатричних порушень. Починаючи з 1943 року лікування на передовій, як і під час Першої світової війни, було взяте за правило, завдяки чому від 50 до 70% психіатричних пацієнтів змогли повернутися до війська. У 1944 році госпіталізації внаслідок поранень складала близько 86 на 1000 осіб на рік, а кількість нейропсихіатричних розладів становила 43 на 1000 на рік [14].

У 1941 році, в перший рік війни для США, *Abram Kardiner* опублікував книгу, засновану на його досвіді лікування ветеранів Першої світової війни у період між 1922 і 1925 роками [17]. Він писав, що «справжній урок Першої світової війни полягає у хронічних випадках, тому цей синдром повинен розглядатися негайно, щоб запобігти консолідації неврозу в його хронічні і часто нерозв'язні форми». Він визначив травматичний невроз як «фізіоневроз», тим самим підкреслюючи супутність соматичних і психологічних симптомів. *Kardiner* вперше дав всеосяжний клінічний опис стресових реакцій (хронічний військовий невроз), зумовлених участю в бойових діях: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травмувальної події; відхід від реальності; схильність до некерованих, агресивних реакцій [3].

Посттравматичні психічні симптоми у військовослужбовців, які воювали у Другій світовій війні, були зареєстровані ще в 1945 році американськими психіатрами Grinker та Spiegel [18]. Автори виділили 19 симптомів, які зустрічалися у фронтовиків, що були зведені ними в синдром «операційної втоми»: занепокоєння; дратівливість або агресія; розбитість, летаргія; порушення сну; тривога; постійна втома; реакція переляку; відчуття напруги; депресія; зміна особистості і втрата пам'яті; тремор; труднощі з концентрацією, сплутаність; алкоголізм; охоплення війною; знижений апетит; нічні кошмари; психосоматичні симптоми; ірраціональні страхи (фобії); підозріливість. Також вони розрізняли гостру «реакцію під час бою» та відстрочені «реакції після бою» (військові неврози). Інші хронічні наслідки бойових дій включали пасивно-залежні стани, психосоматичні стани, почуття провини, депресії, агресивні і ворожі реакції, і психотичноподібні стани [14].

Подібні типи розладів спостерігали у в'язнів концентраційних таборів та військовополонених. Описана емоційна адаптація 34 військовополонених, які перенесли 3 роки японського полону. Погане харчування, хвороби, примусова праця, побої, витончені види тортур – такі були умови життя цих людей. З числа обстежених майже 23% страждали від пов'язаних з війною нічних кошмарів і страхів, притупленості афекту, ослаблення пам'яті, нападів сильної дратівливості і депресії. Подібним чином були обстежені 100 норвезьких в'язнів нацистських таборів, і з'ясувалося, що у 85 обстежуваних мали місце хронічна

стомлюваність, знижена здатність до концентрації уваги і сильна дратівливість [7].

У Москві відразу після війни, в 1946 році, вийшов підручник з психіатрії, опублікований М.О. Гуревич та М.Я. Серейським, які продемонстрували існування діагностичної схеми для класифікації посттравматичних розладів. Автори описують афективні шоківі реакції, підтип психогенних реакцій, які спостерігаються після військових подій, землетрусів або залізничних аварій; вони характеризуються гострими (кілька днів) і субхронічними (кілька місяців) симптомами. Автори відзначають серцево-судинні та вазомоторні симптоми, які нагадують синдром Да Коста в солдатів американської громадянської війни [1, 14].

Під час війни у В'єтнамі активно застосовували принципи лікування психічних втрат на передовій, з відповідно низькою кількістю постраждалих з гострими психіатричними розладами (11,5 на 1000 осіб на рік). Однак, високою була частота алкоголізму та наркоманії, а крім того, віддалені наслідки у вигляді ПТСР стали істотним джерелом інвалідності серед ветеранів у США [14]. Відзначений також високий рівень актів насильства, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних контактів. Відсоток ПТСР серед поранених та інвалідів значно вищий (до 42%), ніж серед фізично здорових ветеранів (від 10 до 20%). Крім того, було відзначено, що вплив бойових стресорів провокує ранню смерть, незалежно від ПТСР [7].

Поств'єтнамський синдром став потужним стимулом для досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопичили значний матеріал про психопатологічні і особистісні розлади в учасників війни. Схожу симптоматику виявляли і в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких за тяжкістю психогенного впливу. Оскільки цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, в 1980 р. М. Horowitz запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Horowitz розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM-III), а пізніше (практично без змін) – для МКХ-10 [7, 10, 19, 27].

Радянські дослідження ветеранів війни в Афганістані (фізично здорових) підтверджують результати американських досліджень – відсоток ПТСР серед них такий самий [7]. Війна в Афганістані і, особливо, війна в Чечні принесли нове у вивчення травматичних розладів дослідниками, хоча, як і раніше, вважалося, що найчастіше це «непатологічні психоемоційні реакції», які значної уваги не заслуговують. Найчастіше ці розлади вивчали психологи (Н.В. Тарабріна, О.О. Лазебна, Н.Є. Зеленова). Основою цих робіт слугували реальні труднощі, які відчували при поверненні до умов мирного життя «афганці» та їхні близькі. У дослідженнях було доведено, що в цілому бойовий травматичний досвід, отриманий учасниками локальних війн (Афганістан, Таджикистан, Чечня) має таку ж структуру, як і бойовий досвід тих, хто воював у В'єтнамі. За даними цих робіт відомо, що ветерани війни в Афганістані страждають

від постійного нав'язливого вторгнення в свідомість неприємних спогадів, пов'язаних з їх військовим досвідом, від надмірної дратівливості, що призводить до значної алкоголізації або вживання наркотиків. Вони переживають почуття «відокремленості», «відчуженості», психологічної ізолюваності. Схожі проблеми відчують учасники бойових дій в Чеченській республіці. Великою проблемою, породженою локальними війнами, є проблема біженців, заручників, а також людей, які зазнали тортур [5, 7].

Війна в Перській затоці (1991 р.) сприяла появі так званого «синдрому Перської затоки» або «синдрому війни в затоці». Особливості цього військового конфлікту полягали в тому, що він проходив у надзвичайно складних для західних солдатів умовах: тривала відсутність пересування, забруднене середовище, застосування нових видів зброї. Описані різноманітні симптоми ураження: від хронічної втоми, задишки, прискореного серцебиття, головного болю, запаморочення, болю в суглобах і порушень травлення до кульгавості і паралічу [23]. Нові дані сприяли тому, що в DSM-III були внесені діагностичні критерії для визначення порушень, викликаних травматичним впливом стресорів на психіку людини.

У першому формулюванні DSM-III, під травматичною подією розуміли вплив катастрофічного стресора, який знаходився поза діапазоном звичайного людського життя. Творці оригінального діагнозу ПТСР мали на увазі такі події, як війни, тортури, зґвалтування, нацистський Голокост, атомні бомбардування Хіросіми і Нагасакі, стихійні (землетруси, урагани і виверження вулканів) і антропогенні лиха (вибухи на фабриках, авіакатастрофи і автомобільні аварії). Вони вважали, що травматичні події відрізняються від тяжких стресів, які являють собою нормальні мінливості життя, такі як розлучення, звільнення з роботи, серйозні хвороби, фінансові невдачі тощо. Ця дихотомізація між травматичними та іншими стресорами була заснована на припущенні, що, хоча більшість людей мають здатність справлятися зі звичайним стресом, їх адаптаційні можливості, ймовірно, будуть перевантажені, коли вони стикаються з катастрофічним стресором. Діагностичні критерії DSM-III для ПТСР були переглянуті в DSM-III-R (1987 р.), DSM-IV (1994 р.), і DSM-IV-TR (2000 р.) [11, 12].

В DSM-IV критерії діагностики ПТСР включали наявність в анамнезі впливу травматичної події і проявів кожного з представлених кластерів симптомів: нав'язливі спогади; негативні зміни когнітивних процесів і пам'яті; помітні зміни у збудженні і реактивності. Інші критерії стосувалися тривалості симптомів та наявності суттєвого функціонального порушення.

Остання редакція, DSM-V (2013 р.), внесла ряд помітних змін до діагностичних критеріїв ПТСР на основі фактичних даних. Основні відмінності з попередніми класифікаціями полягають у тому, що:

- 1) розлади, пов'язані з посттравматичним стресом, згруповані в окремий кластер і винесені з рубрики тривожних розладів. ПТСР тепер класифікується в новій категорії – розладів, пов'язаних із травмою та стресом;
- 2) виділено два додаткові підтипи ПТСР: «дитячий» і підтип з дисоціативними симптомами;

3) були проведені зміни в переліку діагностичних критеріїв з метою полегшення діагностики ПТСР і гострої реакції на стрес та надання діагнозу більшої валідності [4].

4) ПТСР в DSM-V розширився і тепер включає ангедонічні/дисфоричні прояви [13, 14].

## Висновки

В історичному контексті поняття посттравматичних порушень змінювало визначення: від «серця солдата», травматичного неврозу та контузійного шоку, із пошуком симулятивної чи органічної природи патології, до виділення сучасного діагнозу ПТСР. З часу появи ПТСР у рамках DSM-III його діагностичні критерії продовжують інтенсивно вивчатися і обговорюватися. Сучасні критерії ПТСР відображають його належність до розладів, пов'язаних із травмою та стресом, особлива увага приділяється також поведінковим симптомам, які супроводжують розвиток цього розладу, однак вони не є остаточними. У світі, в тому числі й в Україні, продовжуються дослідження важливої медичної проблематики посттравматичних розладів.

## Список використаної літератури

1. Гуревич М. О. Учебник психиатрии / М. О. Гуревич, М. Я. Серейский. – М. : Медгиз, 1946. – 440 с.
2. Кононенко В. В. Бойова психічна травма / В. В. Кононенко, В. З. Скоробрега, О. Д. Паламар // *Одеський медичний журнал*. – 2001. – № 3. – С. 99–101.
3. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы / Е. С. Молчанова // *Медицинская психология в России : электрон. науч. журн.* – 2014. – № 1 (24). – С. 2.
5. Сенявская Е. Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром / Е. Сенявская // *История*. – 1999. – № 43.
6. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах. Методичний посібник [ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І.] / Т. А. Золоторьова, О. С. Чабан, О. О. Хаустова [та ін.]. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 20014. – 92 с.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
8. Щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту : методичні рекомендації. [Текст] ; заг. ред. О. Л. Іванова / І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова, Н.М. Степанова та ін. – Київ, 2014. – 48 с.
9. «History of Post-traumatic Stress Disorder in Combat» presentation by Mylea Charvat, MS to Veterans Administration.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC, 1980.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 3rd ed.)*. Washington, DC, 1987.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, DC, 2000.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
14. Crocq M. A. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology / M. A. Crocq, L. Crocq // *Dialogues Clin. Neurosci.* – 2000. – Vol. 2 (1). – P. 47–55.
15. Da Costa J. M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences / J. M. Da Costa // *Am. J. Med. Sci.* – 1871. – Vol. 61. – P. 17–52.
16. Ellis P. S. The origins of the war neuroses. Part I. / P. S. Ellis // *J. R. Nav. Med. Serv.* – 1984. – Vol. 70 (3). – P. 168–177.
17. Glass A. J. Neuropsychiatry in World War II. Vol. II. Overseas Theaters / A. J. Glass. – Washington DC : Office of the Surgeon General, Dept of the Army, 1973. – P. 989–1027.
18. Grinker R. R. Men Under Stress / R. R. Grinker, J. P. Spiegel. – Philadelphia, Pa: Blakiston, 1945.
19. Jones E. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century / E. Jones, S. Wessely // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2007. – Vol. 21. – P. 164–175.
20. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. *Psychosomatic Medicine Monograph II III* / A. Kardiner. – Menasha, Wis: George Banta Publishing Company, 1941. – 258 p.
21. Merskey H. Post-traumatic stress disorder and shell shock - clinical section / H. Merskey. – In: Berrios GE, Porter R, eds. *A History of Clinical Psychiatry*. – London, UK: The Athlone Press, 1995. – P. 490–500.
22. Myers C. M. Contributions to the study of shell shock / C. M. Myers // *Lancet*. – 1915. – Vol. 13. – P. 316–320.
23. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans / R. H. Stretch [et al.] // *Military Medicine*. – 1996. – № 161. – P. 407–410.
24. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // *Evid Based Complement Alternat Med.* – 2005. – Vol. 2 (4). – P. 503–512.
25. Tick E. War and the Soul: Healing Our Nation's Veterans from Post-Traumatic Stress Disorder / E. Tick. – Wheaton, IL : Quest Books, 2005. – 341 p.
26. Trimble M. R. Post-traumatic stress disorder: history of a concept / M. R. Trimble. – In Figley CR (ed). *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. – New York : Brunner / Mazel. – 1985. – Vol. 5. – P. 5–14.
27. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. – Geneva, Switzerland, 1992.

### ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Е.А. Хаустова, Л.Е. Трачук

В статье приведены результаты проведенного контент-анализа научных источников, посвященных проблеме посттравматического стрессового расстройства. Представлены исторические аспекты исследования данного состояния, его диагностических критериев и методов лечения, от первых упоминаний в литературе до настоящего времени.

**Ключевые слова:** стресс, военные действия, психотравма, посттравматические нарушения, военный невроз.

### POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A HISTORICAL PERSPECTIVE

A. Khaustova, L. Trachuk

The article presents the results of a content analysis of scientific sources on the issue of post-traumatic stress disorder. The presented study The historical aspects of this condition, its diagnostic criteria and treatment measures are presented since the first references in the literature to nowadays.

**Key words:** stress, war, psychotrauma, post-traumatic disorders, war neurosis.