



СЕКЦІЯ 4. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9.072.5

ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ТА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У КОМБАТАНТІВ

Попелюшко Р.П., к. психол. н.,
доцент кафедри практичної психології та педагогіки
Хмельницький національний університет

У статті проаналізовано теоретичні та практичні аспекти основних психологічних критеріїв та діагностичного інструментарію дослідження посттравматичного стресового розладу в комбатантів. Розглянуто клінічні критерії посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій за DSM-4. Зроблений огляд сучасних закордонних та вітчизняних психодіагностичних методик дослідження посттравматичного стресового розладу в комбатантів, учасників бойових дій.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, клінічні критерії, діагностика, комбатант, травматична подія, бойова травма.*

В статье проанализированы теоретические и практические аспекты основных психологических критериев и диагностического инструментария исследования посттравматического стрессового расстройства у комбатантов. Рассмотрены клинические критерии посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий по DSM-4. Сделан обзор современных зарубежных и отечественных психодиагностических методик исследования посттравматического стрессового расстройства у комбатантов, участников боевых действий.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, клинические критерии, диагностика, комбатант, травматическое событие, боевая травма.*

Popeliushko R.P. MAIN CRITERIA AND DIAGNOSTICS OF PTSD IN A COMBATANT

The article analyzes the theoretical and practical aspects of the basic psychological criteria and diagnostic tools for research in PTSD combatants. We consider the clinical criteria for PTSD in the combatants on DSM-4. The review of modern foreign and domestic psychodiagnostic methods research in PTSD combatants.

Key words: *post-traumatic stress disorder, clinical criteria, diagnostic, combatant, traumatic event, combat trauma.*

Постановка проблеми. Військові події, що відбуваються на сході України, привертають увагу спеціалістів до проблеми збереження психічного та фізичного здоров'я і працездатності комбатантів. Результати численних досліджень показали, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової травматичної події, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій. Наслідки бойової травми можуть проявитися через тривалий час, раптово, на фоні загального зовнішнього добробуту комбатанта, і згодом це погіршення стану стає усе більш чітко вираженим.

Необхідність своєчасної та ефективної діагностики психологічних змін, що відбуваються з комбатантами в ситуації війни, виходить з загальноновизнаного положення про психотравматизацію, якою буде обумовлений можливий розвиток як психічної, так і психосоматичної патології у комбатантів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. До проблематики, що пов'язана з

діагностичними критеріями та самою діагностикою ПТСР у учасників бойових дій, зверталися як зарубіжні, радянські, такі українські вчені. Так, Р.А. Абурахманов, А.А. Боченков, М.Є. Зеленова, С.Д. Максименко, В.Ф. Місюра, Є.В. Підчасов, О.В. Тімченко, Б. Колодзін активно вивчали психологічні наслідки стресу, викликаного участю у бойових діях; Ю.А. Александровський, В.П. Каменченко, Є.О. Лазебна, Н.В. Тарабріна, Б.П. Щукін досліджували особливості реакції людини на вплив різних інших екстремальних факторів, таких як аварії, стихійні лиха, різні форми насильства, травми внаслідок медичних процедур; М.І. Бобнева, О.М. Гарнець, П.С. Гончар, С.І. Яковенко проводили експериментальну роботу щодо вивчення посттравматичного стресу внаслідок Чорнобильської аварії.

Не дивлячись на наявні теоретичні та практичні дослідження з означеної теми, все ж залишається недостатньо вирішеним питання удосконалення і впровадження загальних критеріїв діагностики та більш ін-

формаційної батареї методик дослідження рівня ПТСР у комбатантів, що отримали бойові психічні травми різного ступеня тяжкості в ході бойових дій.

Постановка завдання. Отже, метою статті є аналіз та систематизація наукових і практичних знань про критерії та діагностику посттравматичних стресових розладів у комбатантів, які необхідні для визначення шляхів подолання наслідків військових дій у військовослужбовців і розробки програми адаптаційно-реабілітаційних заходів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Комплекс симптомів, що спостерігалися у тих, хто пережив травматичний стрес, одержав назву «посттравматичний стресовий розлад» – ПТСР (F43.1). Критерії діагностики цього розладу були включені до Американського Національного Діагностичного Психіатричного Стандарту і зберігаються там дотепер. З 1994 року ці критерії включені й у європейський діагностичний стандарт МКХ-10.

Необхідно підкреслити, що діагностика посттравматичного розладу, який припускає наявність травми в структурі психіки, відбувається за допомогою спеціально підібраного комплексу клініко-психологічних методик, сам же комбатант, як правило, не усвідомлює зв'язку симптомів свого стану з травматичним впливом. В більшості випадків вплив психічної травми відбувається двома основними шляхами: постійні нав'язливі думки і переживання про психотравмуючу подію або старання їх уникання. В обох випадках «чорна діра травми», за висловлюванням одного з американських дослідників ПТСР Р. Пітмана, притягує до себе усі думки та почуття комбатанта. З огляду на це стає зрозумілим основне завдання сучасної психологічної діагностики і корекції – допомогти комбатантам усвідомити причинно-наслідковий зв'язок симптомів страждання з травматичним переживанням і далі намагатися інтегрувати свідомість комбатанта.

Відповідно до МКХ-10 та DSM-4 посттравматичний стресовий розлад розвивається після травмуючої події, що виходить за межі нормального людського досвіду. Він може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій.

Практичному психологу в своїй діяльності з комбатантами необхідно враховувати такі діагностичні критерії ПТСР за DSM-4 [1].

Критерій А. Комбатант був під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

– травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями ком-

батанта, або з можливою загрозою такої загибелі чи поранень, при цьому комбатант може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою;

– під час перебування в травматичній ситуації комбатант повинен відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох складових: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

Як видно з опису критерію А, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР.

Критерій В. Травмуюча подія повторно переживається у вигляді одного чи декількох проявів:

– нав'язливі і повторювані спогади травматичної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання;

– кошмарні сновидіння про пережиту подію, що повторюються;

– «флешбек-ефекти» – миттєве, без видимих причин, відновлення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями бойової психотравми;

– інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх;

– фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

Критерій С. Систематичне уникання стимулів, пов'язаних із психотравмою, а також ознаки намбінгу – блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалося до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

– спроби уникнути дій, місць чи людей, які викликають спогади про травму;

– намагання уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою;

– нездатність згадати про важливі аспекти травми;

– проявляється відчуженість або віддаленість від інших людей;

– спостерігається зниження інтересу або участі у раніше значущих видах діяльності;

– звуження діапазону афективних реакцій;

– нездатність орієнтуватися на далеку життєву перспективу.

Критерій D. Постійні симптоми гіперактивності, що не спостерігалися у комбатанта до травми. Визначаються за наявністю як



мінімум двох з перерахованих нижче симптомів:

- роздратованість чи спалахи гніву;
- складнощі з зосередженням уваги;
- труднощі з засипанням або поганий сон;
- підвищений рівень пильності, стан постійного очікування небезпеки;
- гіпертрофована реакція переляку.

Критерій Е. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв В, С і D, спостерігаються протягом більше одного місяця після психотравми.

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації комбатанта в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. Спостерігаються такі типи розладу:

- гострий – симптоми зберігаються менше трьох місяців;
- хронічний – симптоми зберігаються три місяці і більше;
- відстрочений – симптоми виникають не менше, ніж через шість місяців після закінчення дії стресора.

Під час проведення диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у комбатантів поряд з клінічною картиною ПТСР досить часто мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. В таких випадках йдеться про коморбідну патологію. Доволі часто спостерігається поєднання ПТСР із депресіями, різними формами хімічної залежності, панічними, обсессивно-компульсивними та тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою тощо. Ці обставини повинні враховуватися не тільки при постановці діагнозу і проведенні диференційної діагностики, але й при призначенні медикаментозного і психотерапевтичного лікування [1].

Першим етапом діагностики ПТСР є встановлення в анамнезі комбатанта самого факту переживання ним психотравмуючої події. Потім проводяться клініко-психопатологічні і психодіагностичні дослідження.

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик. Нижче наводимо короткий опис діагностичного інструментарію для визначення посттравматичного стресового розладу у комбатантів.

Шкала для самооцінки ПТСР (PCL). Ця шкала базується на критеріях DSM-4 та містить 17 пунктів – ознак ПТСР і проходить за 5–7 хвилин. Існують три версії PCL-шкали. PCL-M – це військова версія, і питання стосуються «травматичного військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного досвіду у минулому».

PCL-S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Респонденти оцінюють кожний пункт, щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявилась гарним діагностичним інструментом, а межі від 50 балів і вище є оптимальним показником для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР у комбатанта [5].

Пенсільванський опитувальник посттравматичного стресу був розроблений американським дослідником, доктором філософії Пенсільванського університету Мелвіном Хаммарбергом і містить 26 пунктів. Психометричні характеристики перевірялися на людях, які пережили численні травми, і його специфічність дорівнює специфічності Міссісіпської шкали, а сензитивність трохи нижче.

Він може бути використаний при діагностиці комбатантів з травматичним досвідом. Формат відповіді передбачає вибір однієї позиції з чотирьох, яка найкращим чином характеризує ступінь, частоту або інтенсивність прояву своїх почуттів протягом останнього тижня. Опитувальник не оцінює всі 17 DSM-симптомів ПТСР і включає в себе елементи, які безпосередньо не пов'язані з критеріями DSM. Цей опитувальник показує загальний бал (в межах від 0 до 78), що відображає тяжкість ПТСР [5].

Шкала посттравматичної діагностики (PTSD), розроблена Едною Фоа, заснована на визначенні симптомів ПТСР за DSM-4 і містить 17 питань. PTSD передують 12 питань, спрямованих на з'ясування типу травматичних подій, пережитих комбатантом. Після цього у комбатанта запитують, яка з пережитих подій за останній місяць його більше турбувала. Далі комбатант дає оцінки своїм реакціям на подію в той час, коли вона відбулася. Потім комбатант відзначає за 4-значною шкалою частоту прояву кожного з 17 симптомів ПТСР за останні 30 днів. В останньому розділі шкали комбатанта просять самому оцінити погіршення в дев'яти областях життєдіяльності [5].

Опитувальник симптомів ПТСР був розроблений дослідниками Національного Центру ПТСР в Бостоні, він існує в двох версіях: одна для цивільних осіб, інша для військових. Шкала містить 17 пунктів, що мають діагностичні критерії за DSM, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Ренсіса Лікерта [5].

Шкала дисоціації. Опитувальник призначений для надійної, валідної і зручної кількісної оцінки диссоціативних переживань.

Шкала є опитувальником самозвіту для вимірювання дисоціації як постійної риси. В інструкції респондента просять оцінити частоту переживання того чи іншого диссоціативного феномена. У тому випадку, коли респонденту з тих чи інших причин важко читати, допускається читання інструкції дослідником, який потім допомагає респонденту зробити відповідну оцінку в бланку. Методика може бути використана для оцінки диссоціативних феноменів на неклінічну популяцію. Вік респондента не повинен бути менше 18 років [3].

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS). Застосовується для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти її проявів. CAPS дає можливість оцінити тяжкість ПТСР не тільки протягом останнього місяця, а й протягом усього посттравматичного періоду в цілому.

Слід пам'ятати, що час розгляду кожного симптому – 1 місяць. За допомогою шкали визначається частота виникнення досліджуваного симптому протягом попереднього місяця, а потім оцінюється інтенсивність його прояву. Ключові моменти можуть бути зачитані консультантом, це дасть змогу отримати коректні оцінки. Оцінка частоти > 1 і оцінка інтенсивності > 2 можуть говорити про наявність симптому [3].

Шкала оцінки впливу травматичної події. Вона дає змогу оцінити реакцію на надзвичайну, психотравмуючу подію, виявляє вираженість тенденцій «уникнення», «вторгнення» і «фізіологічної збудливості» при переживанні травматичної події. «Вторгнення» включає нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки. «Уникнення» – це спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з подією, зниження реактивності. Шкала «фізіологічна збудливість» відображає такі симптоми гіперзбудження, як злість, дратівливість, проблеми з концентрацією, безсоння [3].

Метод структурованого клінічного інтерв'ю включає низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дає змогу працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування комбатанта на першому етапі дослідження. Існують різні модифікації, в тому числі неклінічні. Одна з них – це інтерв'ю для діагностики ПТСР у ветеранів війни – SCID-NP-V [4].

Опитувальник травматичного стресу застосовується для оцінки вираженості симптомів постстресових розладів у комбатантів на основі критеріїв DSM-4.

Опитувальник складається з інструкції та 110 тверджень. Комбатанту пропонується

за допомогою 5-бальної шкали оцінити кожне твердження залежно від його відповідності власному стану. 56 тверджень є ключовими для оцінки прояву симптомів ПТСР, 15 тверджень входять в додаткову шкалу депресії, 9 тверджень складають оціночні шкали «брехні», «агравачії», «дисимуляції», які дають змогу контролювати ступінь щирості досліджуваного [4].

Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події. Методика дає змогу встановити наявність у комбатанта ПТСР за проявом однієї з двох тенденцій: вторгнення чи уникнення. Шкала містить 22 твердження, які дають можливість встановити ступінь прояву зазначених тенденцій протягом останніх семи днів. Оцінка проводиться самим досліджуваним і передбачає варіанти «зовсім ні», «дуже рідко», «іноді», «часто» [4].

Додаткова шкала PTSDMMPI. Шкала була емпірично валідізована на групах з клінічно підтвердженим діагнозом ПТСР та «норми».

ПТСР встановлюється при значеннях шкали >30 . Також характерно підвищення основних шкал F >60 , D >78 , Sc >79 [4].

Міссісіпська шкала має необхідні психометричні властивості, гарні диференціально-діагностичні можливості, високий підсумковий бал за шкалою, добре корелюється з діагнозом ПТСР [4].

Опитувальник депресивності Е. Бека використовується для оцінки депресивних симптомів. Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Численні дослідження поведінки комбатантів у В'єтнамі та Кореї показали, що рівень депресивності за методикою у ветеранів з ПТСР був значно вищим, ніж у здорових респондентів [4].

Методика діагностики суб'єктивного контролю Дж. Роттера використовується для діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК). РСК є характеристикою, що визначає ступінь незалежності людини, її самостійності, відповідальності й активності в досягненні цілей [5].

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова дає змогу визначити ступінь вираженості (глибини, тяжкості) депресивного стану комбатанта, головним чином тужливої або меланхолійної депресії, на момент обстеження. Методика передбачає кілька варіантів стану залежно від кількості набраних балів: а) депресія відсутня; б) депресія мінімальна; в) легка депресія; г) помірна депресія; д) виражена депресія; е) глибока депресія [2].

Клінічна шкала тривоги та депресії розроблена для оцінки характеру та глибини



емоційних розладів у осіб, які не страждають психічними захворюваннями, та є методом експрес-діагностики станів тривоги та депресії. Шкала дає змогу виокремити три рівні розладів: «норма», «граничні стани», «хвороба». Позитивними сторонами методики є простота, інформативність та позитивне сприйняття пунктів опитувальника більшістю досліджуваних. Шкала може неодноразово використовуватися, завдяки чому можна оцінювати динаміку стану при проведенні психокорекційної роботи [4].

Також для проведення обстеження комбатантів, які брали участь в бойових діях, можна використовувати такі методики, як «Метод діагностики міжособистісних відносин», «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості», «Рівень суб'єктивного контролю», «Метод кольорових виборів», «Малювання смерті», «Намалюй час», «Анкета учасників бойових дій». Ці додаткові психодіагностичні методики, є достатньо ефективним для виявлення комбатантів, які потребують особливої уваги з боку психологів і яким необхідно надати психологічну допомогу після участі в бойових діях.

Висновки з проведеного дослідження. За останні роки уявлення про посттравматичний стресовий розлад у комбатантів радикально змінилося. Удосконалення змісту клінічних критеріїв посттравматичного стресового розладу та його діагностика у комбатантів є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу. Посттравматичний стресовий розлад може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Доволі часто посттравматичний стресовий розлад може виникнути і після вторинної психічної травматизації (посттравма). Також необхідно зазначити, що психофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу ситуацію, і вони можуть пройти без надання психологічної допомоги.

Виходячи з аналізу науково-практичної літератури, ми можемо зазначити, що посттравматичні стресові розлади у комбатантів, учасників бойових дій, мають більш глибокий та сильно виражений характер, що обумовлює необхідність надання постстраждалим психологічної допомоги для корекції цих розладів.

Перспективу подальших розвідок ми вважаємо у дослідженні особливостей ефективного використання практичними психологами та психологами військових частин діагностичних методик для виявлення посттравматичного стресового розладу у комбатантів, які отримали психічні травми різного ступеня тяжкості в ході бойових дій. При вмілому і комплексному їх застосуванні будуть сформовані передумови зниження рівня психосоматичної травматизації комбатантів за рахунок вчасної та ефективної реабілітаційної роботи на основі достовірних даних діагностики учасників бойових дій.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : Методичні рекомендації / [укл.: П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, І.В. Лінський, В.С. Підкоритов, І.І. Ліпатов, Ю.С. Бучок, В.І. Заворотний]. – Х. : ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, 2014. – 67 с.
2. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития / И.Б. Дерманова. – СПб. : Изд-во «Речь», 2002. – 118 с.
3. Попова Р.Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях : [учебное пособие] / Р.Р. Попова. – Казань : Издательство Казанского ун-та, 2013. – 135 с.
4. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів : Навчально-методичний комплекс / укл. Л.М. Москалюк. – К. : Вид-во Національної академії внутрішніх справ, 2014. – 38 с.
5. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Б.Ф. Эдны, Т.М. Кина, М.Дж. Фридмана. – М. : Когито-Центр, 2005. – 491 с.