

зростання хворих на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які потребують психологічної й активної медичної реабілітації. В цих умовах лікарі закладів медико-соціальної експертизи активно сприяють вирішенню нагальних питань сучасності.

2. Використання в клінічній практиці опитувальника *Mississippi scale, Combat version* дає змогу виявити ветеранів з початковими проявами ПТСР, що важливо для раннього початку реабілітації. Нечасте використання подібних методик на первинному рівні надання медичної допомоги свідчить про необхідність висвітлення цієї теми у вищих медичних навчальних закладах та в спеціальній літературі.

3. Незначна кількість обстежених ветеранів, які були залучені в даному дослідженні, не дає змоги робити більш серйозні висновки. Водночас, актуальність проблеми потребує особливої уваги з боку лікарів та поглибленого вивчення і продовження проведення подібних досліджень, особливо в умовах продовження військової операції на території країни.

Література

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рекомендації / уклад. П. В. Волошин та ін. – Харків, 2014.

2. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2001. – 426 с.

3. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб.: Спец. литература, 1997. – 225 с.

4. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов / В. С. Мякотных. – М, 2005. – 225 с.

5. Напреенко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу / О. К. Напреенко, Т. Є. Марчук // Архів психіатрії. – 2002. – № 1. – С. 117.

6. Пушкарев А. Л. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий: метод. рекомендации / А. Л. Пушкарев, Р. А. Евсегнеев, Н. Г. Аринчина, В. А. Доморацкий. – Минск: МЗ РБ, БНИИЭТИН, 1999. – 20 с.

7. Руководство к МКБ-10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями / сост. Дж. Е. Купер. – Киев, 2000.

8. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посібник / за ред. І. Я. Пінчук та ін. – Київ, 2014. – 92 с.

9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

10. Daytime Prazosin Reduces Psychological Distress to Trauma Specific Cues in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder/ F.B. Taylor, K. Lowe, C. Thompson [et al.] // Biol. Psychiatry. – 2006. – № 2. – P. 106.



УДК: 616.89: 616-036.86

ЩОДО ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, Ю. О. Гончар

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме: В статті по даним літератури сформульовані підходи к психологічному консультуванню інвалідів вследствие боевых действий. Показано, что на этапе консультування необходимо собирать травмаспецифический анамнез, уточнять факторы психической травматизации, оценивать травматическую память и ее последствия на психическое здоровье, характеризовать темы переживаний и типы интрузивных воспоминаний, оценивать клинические симптомы, выраженность и характер посттравматических стрессовых реакций, искать коморбидность, уточнять варианты, типы и течение психической патологии. Сложные психопатологические нарушения, возникающие у участников боевых действий, требуют формирования особых подходов к психологическому консультуванню этих лиц.

Ключевые слова: психологическое консультування, інваліди, бойові дії, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации

Summary: According to the literature review, the approaches to psychological counseling of persons with disabilities, gained as a result of participation in military actions, are formulated in the article. It is shown that at the stage of counseling it is necessary to collect the anamnesis specific for trauma, to clarify the factors of psychical traumatization, to assess the traumatic memory and its after-effect on mental health, to characterize the themes of significant experience and types of intrusive memories, to evaluate the clinical symptoms, the severity and the nature of post-traumatic stress reactions, to search for comorbidity, to specify the options, types and progress of psychical pathology. Difficult psychopathological disorders appearing among combatants require the formation of special approaches to psychological counseling of these people.

Keywords: counseling, people with disabilities, military actions, post-traumatic stress disorder, adjustment disorder

Психічні та поведінкові розлади під час бойових конфліктів є розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військовослужбовців Збройних сил України (ЗС), бійців Національної гвардії (НГ) та полонених, так і їхніх родичів та тимчасово переміщених осіб, які вимушено лишили місця постійного мешкання [1]. За результатами науково-дослідних робіт, що були проведені в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», клінічна картина психічної патології у цих осіб представлена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології [1].

За думкою О. І. Романчука, існує «Т» і «т»-травма. «Т»-травма – це події, які характеризуються небезпекою для життя або серйозного ураження тіла, тоді як «т»-травма – це стресові події, які залишають рану у психіці, тобто перевищують ресурси копінгу особистості [2]. До основних видів «Т»-травми належать війна, масове інтерперсональне насильство, стихійні лиха й техногенні катастрофи, пожежі, дорожньо-транспортні травми, фізичне або сексуальне насильство, самогубство близької людини, емоційне занедбання або скривдження дітей, хвороби з раптовою загрозою життю та чимало інших [2].

Ризик розвитку ускладнень після травми залежить від багатьох факторів. По-перше, від характеристики самої травми (її виду та «дози» травми): чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик [2, 3, 4]. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості – травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, загибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР. По-друге, характеристики потерпілої особи та копінгу з травмою: особливості суб'єктивного сприйняття травми, особливості копінгу з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й неінтегровані травми в дитинстві. З іншого боку,

наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. Так само виявлені певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми. Втретє, характеристика соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація). При всьому цьому наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором. Вчетверте, існують інші фактори, такі як масштабність травматичної події (травма торкнулась однієї людини, чи цілої спільноти); наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, а також тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм [2, 3, 4].

Як вважають П. В. Волошин зі співавторами, для військовослужбовців Збройних сил України та бійців Національної гвардії чинниками психічної травматизації є: реальна загроза життю, яка виникла під час пересування на позиції без відповідного захисту, загроза підриву на вибухових пристроях, загроза загибелі під вогнем снайперів, постійне очікування загострення ситуації, необхідність бачити тіла загиблих та торкатись їх, спілкування з важкопораненими. У полонених виявляються інші психотравмуючі чинники: стан невизначеності та невідомості, відсутність достовірної інформації, небезпека непередбачуваних дій терористів, тяжких побутових травм, нестача їжі, води та можливості задовольнити власні потреби, чутки про значну кількість загиблих у полоні та загроз, що призводять до думок про розправу та загибель [1].

Класифікацією травматичних подій виділено: монотравму (дорожньо-транспортні травми), мультитравму (одночасно різні види травм під час воєнних дій), секвенційну травму (сімейне насильство), травми розвитку (травматичне дитинство та емоційне занедбання) [2, 4]. До наслідків впливу травми на психічне здоров'я людини належать: детальна характеристика травматичної події, особливості характеру потерпілої особи та ресурсів її копінгу, реакція соціального оточення [2, 3, 4]. Травматична пам'ять, на відміну від автобіографічної, не має «мітки часу», переживається як «тут і тепер», супроводжується вираженим страхом, відповідною поведінкою та емоціями, що були під час травматичної події. Вона є фрагментованою, неконтрольованою, не інтегрованою в автобіографічну, не пов'язаною з іншими знаннями та досвідом, а також актуалізується сама по собі та активується тригерами, які можуть бути досить неспецифічними

[2]. О. І. Романчук характеризує травматичні спогади як яскраві та емоційно заряджені, фрагментовані, як такі, що не мають «мітки часу», відбуваються «тут і тепер», не пов'язані з іншими знаннями та досвідом, містять неопрацьовані перитравматичні емоції. Тоді як звичайні спогади не такі яскраві і не супроводжуються сильними емоціями. Вони впорядковані, пов'язані з часом, з певними подіями та з іншими спогадами, які разом утворюють одну життєву історію, контрольовані, згадуються за власним бажанням [2].

Для розуміння характеру травми необхідно згадати, як працюють механізми пам'яті та як травматична подія запам'ятовується. У людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна. В разі ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті та не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це можуть спричинити як нейроендокринні реакції в момент стресової події (висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі), так і захисні «увімкнення» механізму дисоціації. Суть цього механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складники свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка зберігає записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості». Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворюється дисоціативний бар'єр у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу [2].

Описані травми впливають на формування клінічної картини та перебіг психічних і поведінкових розладів у учасників та інвалідів унаслідок бойових дій. Поряд із клінічною симптоматикою існують теми переживань, що повторюються за типом кліше у багатьох пацієнтів: постійний страх, що травмуюча подія може повторитися в дійсності та у сновидіннях, сором за свою уявну безпорадність, ідентифікація себе з загиблими або потерпілими [1]. О. І. Романчук, характеризуючи травматичні спогади, указує на те, що всі вони яскраві, тривожні та зливаються одні з одними; під час інтрузій відбувається усвідомлення «тут і тепер» і тривають вони від кількох секунд до кількох хвилин; під час флешбеків спостерігається малий зв'язок «тут і тепер», виникають сильні фізичні відчуття, переживання травматичної ситуації триває від кількох секунд до кількох хвилин; під час дисоціативних флешбеків визначається відсутність зв'язку «тут і тепер», надмірні фізичні відчуття, тривалість яких сягає від декількох хвилин до декількох годин; сновидіння характеризуються травматичним змістом і тематикою; гра (у дітей) відображає травматичні спогади [2, 4].

Досвід лікарів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» свідчив, що

клінічна картина психічних і поведінкових розладів може характеризуватись повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненнями уникати всього, що може викликати в пам'яті минулі події. Типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненнями до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги. Деякі пацієнти говорять про неможливість згадати ці події за своїм бажанням (незважаючи на яскраві нав'язливі спогади), про відчуття нечутливості, відчуженості, поверхневий характер нічного сну, страхітливі сновидіння, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію, також про зниження інтересу до буденної діяльності. Ці симптоми часто поєднуються з сексуальними розладами, розлученням, суїцидальними думками, зловживанням алкоголем або наркотиками [1, 5].

Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбек – миттєве, безпричинне, відтворення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (відчуття, ніби травматична ситуація відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми [1].

Досить виразними у військових, демобілізованих та інвалідів унаслідок бойових дій є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що подягає в прагненні відособленого, ізольованого способу життя. Типовою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Пацієнти скаржаться на відчуття скороченої життєвої перспективи, небажання будувати будь-які плани на майбутнє, часті думки про близьку смерть. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації пацієнтів [1].

Досить поширеними є симптоми психогенної амнезії. Травматичні спогади первісно зберігаються в пам'яті у вигляді обривчастих сенсорних фрагментів, семантично пов'язаних, а в разі повторного переживання ситуації мимоволі постають у свідомості у формі різних сомато-сенсорних дисоціативних проявів різної модальності, до яких належать і флешбеки. Неконтрольовані спалахи гніву через незначні причини, що часом переходять у приступи ауто- і гетероагресії, ці особи вважають однією з основних проблем [1].

У багатьох пацієнтів спостерігаються симптоми гіпертрофованої неадекватної пильності – постійне очікування небезпеки та готовність до негайних дій з метою її уникання. Досить поширеними є ознаки депресії, що в одних випадках розвиваються відразу після травми, в інших – перші симптоми з'являються через кілька місяців і навіть років. Особливим переживанням є тяжке почуття

провини перед загиблими, яке відчувають ті, хто вижили [1].

Узагальнюючи вищенаведене, О. І. Романчук та П. В. Волошин вважають, що військовим, демобілізованим та інвалідам унаслідок бойових дій найчастіше притаманні симптоми повторного пережиття подій (нав'язливі спогади – інтрузії, флешбеки, кошмарні сновидіння, гра у дітей на тему травми, контакт з тригером провокує пережиття спогадів), уникнення (уникнення у зовнішньому й внутрішньому світі, відчуття дії тригерів, рестрикція життєвого простору); негативні емоційні та когнітивні зміни (амнезія, емоційне оніміння, негативні переконання про себе та оточуючих, стійкі негативні емоційні стани, такі як відчуття провини, сором, злість); гіпертривожність/гіперреактивність [1, 2]. У клінічній картині серед цього контингенту найчастіше спостерігаються посттравматичні стресові розлади (F43.1) (ПТСР) та розлади адаптації (F43.2) (РА). Слід зазначити, що ПТСР та РА проявляються переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних і пристосувальних особистісних реакцій в умовах зашкодженої дії стресогенних чинників [1, 2].

Ще у 1987 році для оцінки ступеня виразності посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій було розроблено Місісіпську шкалу (МШ) [6]. Сьогодні вона є одним з найбільш використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лікерта. Оцінювання результатів проводиться за підсумком балів. Загальний показник свідчить про ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду на психіку досліджуваного. Пункти опитувальника відповідають 4-м категоріям, 3 з яких співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникнення й 8 питань належать до критерію фізіологічної збудливості, також 5 питань спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальності. МШ відзначається високою діагностичною ефективністю, а підсумковий бал за шкалою корелює з діагнозом ПТСР. Проте встановлення клінічного діагнозу ПТСР здійснюється за наявності відповідних клінічних критеріїв за МКХ-10, доповнених результатами обстеження за допомогою МШ. Обстеження за допомогою МШ здійснюється тільки у випадку наявності у людини в анамнезі переживання екстремальної події (діагностичний критерій А). У разі відсутності критерію А, обстеження пацієнта за допомогою МШ не здійснюється [1, 6].

Значущість основних симптомів ПТСР та коморбідної афективної патології у пацієнтів дає можливість виділити кілька клінічних варіантів ПТСР: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, дисоціативний та змішаний [1, 3, 5, 7].

Тривожний варіант характеризується високим рівнем невмотивованої тривоги, часто на тлі зниженого настрою з нав'язливими переживаннями й уявленнями, що відображають події пережитої

психотравмуючої ситуації. Цим хворим притаманні відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження, дратівливості. Спостерігаються порушення сну, які характеризуються важкістю засинання з домінуванням тривожних думок про свій стан здоров'я, страхом перед жахливими сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, загибелі рідних, часто сцени розправи з самою людиною). Пацієнти навмисно відтягують настання сну, їм притаманні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, прискоренням серцебиття, з підвищеною пітливістю, його проймає то жар, то холод [1, 5].

Астеничний варіант характеризується домінуванням почуття слабкості та млявості. Фон настрою знижений і поєднується з переживанням байдужості до подій, що раніше викликали інтерес до життя. Поведінка цих хворих відрізняється пасивністю, їм притаманні прояви ангедонії, почуття безперспективності, страх перед виконанням роботи, яка раніше не викликала серйозних перешкод. Упродовж тижня декілька разів у пацієнтів виникають нав'язливі переживання епізодів психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного варіанта, у цих хворих спогади позбавлені яскравості, емоційної забарвленості. Порушення сну характеризуються відсутністю відчуття відпочинку. Поведінка уникання їм непритаманна, хворі рідко приховують свої переживання й, як правило, самотійно звертаються за допомогою [1, 5].

Для **дисфоричного варіанта** характерні постійні переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою. Хворі мають високий рівень агресивності, прагнення перенести на оточуючих дратівливість та лють. Домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання, суперечок із застосуванням фізичної сили, що викликає відчуття страху та змушує обмежити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Ці хворі часто не можуть стримувати свої бурхливі емоційні реакції на зауваження, про що потім шкодують. Водночас, у них виникають невимуснені уявлення та спогади психотравмуючої ситуації сценічного характеру (часто картини насильства з активною участю самого хворого). Зовнішньо пацієнти виглядають похмурими, їм притаманна міміка з відтінком невдоволення та дратівливості, їхня поведінка характеризується підкресленою обережністю. Типовою є поведінка уникання, замкнутість та небагатослівність. Активно скарг хворі не пред'являють і потрапляють до психіатрів через поведінкові порушення, які помічаються родичами або колегами по роботі [1, 3, 5].

Іпохондричний варіант характеризується наявністю постійних різноманітних соматичних скарг, у пацієнтів формується стала поведінка уникання. Симптоми емоційного заціпеніння та феномен флешбеків при цьому варіанті клінічної картини зустрічаються досить рідко. Депресивний афект, представлений недиференційованою гіпотимією з чіткими тривожно-фобічними включеннями. Ідеаторний компонент більш представлений іпохондричною фіксацією на соматичних відчуттях та па-

роксизмальних нападах, які супроводжуються вираженою тривогою щодо очікування їх виникнення. Симптоми гіперзбудження та переживання психотравмуючої ситуації для них менш характерні [1, 5].

За **соматоформного варіанта** пацієнтам притаманне витіснення психотравмуючих переживань, які заміщуються збільшення кількості скарг, здебільш соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних). У структурі розладу домінують симптоми емоційної неврівноваженості, які поєднуються з ознаками поведінки уникання [1, 5].

Особам з **змішаним варіантом** властиві скарги та психопатологічні порушення, які характерні одразу для декількох варіантів клінічної картини ПТСР.

На підставі вивчення особливостей та закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР, П. В. Волошин і Б. В. Михайлов виділяють кілька типів їх перебігу (прогресивний, стабільний та регресивний) [1, 5].

Прогресивний тип перебігу характеризується тим, що клінічна картина розладу представлена симптомами вторгнення, уникнення й гіперактивності та впродовж усього захворювання має незначні зміни за своїм змістом. Водночас інтенсивність і частота проявів симптоматики помітно зростає, призводячи до суттєвого обтяжування клінічної картини. В першу чергу зростає вираженість нав'язливих спогадів, думок і відчуттів. Меншою мірою змінюється частота флешбек-феноменів [1, 5].

Для хворих з даним типом перебігу ПТСР властиве, перш за все, посилення афективних порушень. Якщо на початкових етапах захворювання в клінічній картині переважає тривожна симптоматика, то надалі домінують симптоми депресивного регістру. Їхня інтенсивність наростає від субдепресивного до депресивного рівня помірного ступеня важкості. В структурі депресивного афекту поступово з'являються симптоми апатії і/або дисфорії. Також у пацієнтів спостерігається посилення симптоматики, яка відображає існуючі поведінкові порушення. З часом вони стають більш вираженими, помітно проявляються ознаки агресивності, а також симптоми, що характеризують поведінку уникання. Все це призводить до зростання відчуженості й посилення соціальної ізоляції, зміцнення відчуття безперспективності майбутнього, а також зниження інтенсивності вищих емоцій. Крім того, спостерігається посилення симптомів вегетативної гіперреактивності: прискорене серцебиття, гіпергідроз шкіри, посилення вазомоторних реакцій, а також диссомнічна симптоматика [1, 5].

Однією з ознак несприятливого перебігу ПТСР є стійкі суїцидальні думки й тенденції. Про прогресивність і хронізацію процесу свідчать формування і розвиток коморбідної патології у вигляді різних форм хімічної залежності (переважно алкоголізації). Спостерігається зловживання транквілізаторів або антидепресантів без формування клінічних ознак хімічної залежності. Прогноз ефективності фармакотерапії та психотерапії

у пацієнтів з прогресивним типом перебігу ПТСР найбільш несприятливий. У них наявна відносна резистентність до різних форм терапії, що може бути негативною прогностичною ознакою розвитку соціальної, психологічної та професійної дезадаптації, формування хронічних змін особистості (F62.0) [1, 5].

Стабільний тип перебігу характеризується тим, що клінічні ознаки психічного розладу за змістом та за інтенсивністю проявів не мають значних коливань, тобто є постійними. Виразність симптомів вторгнення, уникнення й гіперактивності залишається без помітних змін. Стійкими є нав'язливі думки та сновидіння, що відображають особливості травматичної події, а також прояви вегетативної гіперреактивності. Флешбеки хоча і виявляються дещо рідше, ніж інші симптоми вторгнення, проте їхня інтенсивність також стабільна. Афективні порушення у вигляді тривожної і депресивної симптоматики, так само як і прояви дратівливості й агресивності, є постійними та стабільними. Помірними, але досить помітними, без ознак суттєвої динаміки, є прояви соціальної ізоляції та дезадаптації у сфері професійних і міжособистісних відносин. У деяких хворих спостерігаються помірні за інтенсивністю, але досить стійкі суїцидальні думки, які не переходять у суїцидальні наміри й дії [1, 5].

Стабільний тип перебігу клінічної симптоматики упродовж тривалого часу можна розглядати як умовно позитивну прогностичну ознаку. Регресивний тип характеризується вираженою тенденцією до редукції симптоматики, що становить основу клінічної картини ПТСР, а також її інтенсивності. У хворих з даним типом перебігу має місце редукція симптомів вторгнення, в першу чергу, флешбеків. Саме зменшення їхньої інтенсивності призводить до зниження афективної симптоматики, проявів дезадаптивної поведінки і вегетативної гіперреактивності. Спостерігається зниження інтенсивності симптомів тривожного та депресивного регістру, зменшення проявів агресивності та відчуженості, збільшення соціальної ізоляції. В осіб із регресивним типом перебігу з'являється відчуття перспективи та змін на краще в майбутньому. Суттєво піддаються редукції дисомнічні розлади, зменшуються дратівливість і спалахи гніву. В клінічній картині пацієнтів з регресивним типом перебігу ПТСР спостерігається позитивна динаміка у відповідь на застосування фармакотерапії та психотерапії, підвищення рівня міжособистісного, професійного й соціального функціонування, якості життя загалом, що свідчить про сприятливий прогноз подальшого перебігу захворювання [1, 5].

Формування різних клінічних варіантів і типів перебігу ПТСР обумовлене складними патернами, такими як особливості травматичної події, демографічні, соціальні, клінічні, соціально- та індивідуально-психологічні чинники, характеристики стану здоров'я. Чинники, що складають патерни, характеризуються складною внутрішньою взаємодією і взаємним впливом. Один і той же фактор у різних людей може бути запускаючим, підтриму-

ючим, потенціуючим, або стримуючим і протекторним відносно виникнення у них психічних порушень. Визначальними з усіх чинників формування і розвитку ПТСР є особливості психотравмуючої події, індивідуальна значущість психотравми, рівень соціальної підтримки, особистісні особливості (механізми психологічного захисту і копінг-стратегії, характеристики емоційної сфери, рівень фрустраційної толерантності), а також фактори ризику (стать, вік, наявність психічних розладів та психотравмуючих подій в анамнезі, низький соціально-економічний статус). Для розвитку ПТСР найбільш значущими є характеристики пережитої катастрофи (більш важкий, інтенсивний і тривалий вплив екстремальних чинників), наявність поранень і фізичних травм, перевага в структурі захисних механізмів проєкції та регресії. Індивідуально-психологічні чинники виступають як основна опосередкована ланка у формуванні того чи іншого типу перебігу ПТСР [1, 3, 5].

Для формування прогресивного типу перебігу ПТСР визначальними чинниками є: особливості психотравмуючої події та її висока індивідуальна значущість для потерпілого; тривалий час експозиції психотравми; низькі фрустраційна толерантність й адаптивний потенціал особистості; вік, в якому була перенесена психотравма (діти й особи старшого віку більш уразливі). Для стабільного перебігу ПТСР значущими є такі чинники: помірні показники індивідуальної значущості психотравми; помірні або низькі характеристики фрустраційної толерантності й адаптивного особистісного потенціалу; особливості соціального, професійного і міжособистісного функціонування. Регресивний тип перебігу ПТСР визначається такими чинниками: низька індивідуальна значущість психотравми; нетривалі терміни її експозиції; висока фрустраційна толерантність, наявність адаптивних копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту; високий соціальний і матеріальний статус [1, 5].

Розлади адаптації (РА), в залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики, можна умовно розділити на два основні клінічні варіанти: афективний і поведінковий. Афективний варіант РА містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний [1, 5].

Депресивний підваріант (відповідає діагностичним критеріям пролонгованої депресивної реакції – F 43.21) характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи. Періодично виникають відчуття суму, пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності й безпомічності, залежності від оточуючих людей та обставин. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю у своєму професіоналізмі, з адекватністю своїх потреб і вимог, зі зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки пацієнтів

значною мірою фіксовані на негативних подіях власного життя, своїх переживаннях. Але песимістичні судження не виходять за рамки трактування реальних подій та не сягають ступеня безвихідності й приреченості. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки набувають відтінку пасивності й байдужості. Періодично ці люди можуть скаржитися на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення в разі прийняття рішень і визначення своєї відповідальності, на зниження рівня спонукань. В клінічній картині спостерігаються в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності та пасивності [1, 5].

Тривожний підваріант (відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.23 «Розділ адаптації з перевагою порушень інших емоцій»). Він характеризується поєднанням різних проявів тривожного регістру, що виникають час від часу, таких як відчуття психічного і фізичного дискомфорту; невмотивована напруженість; нав'язливе уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані в майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитися; відчуття внутрішнього тремтіння або дискомфорту і «тиск» у грудях. Може спостерігатися епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи причиняє і розлади сну, які характеризуються труднощами із засинанням, порушенням його глибини та тривалості. Спостерігається схильність хворих до рефлексії, яка проявляється у сумнівах щодо своєї поведінки, пошуку «правильних» її мотивів, невпевненості щодо своїх здібностей. Поряд із нерішучістю можуть спостерігатися спалахи нервозності та дратівливості, що спрямовані, як правило, на самого хворого. Значне місце в клінічній картині цих пацієнтів посідають виражені соматовегетативні порушення. Найчастіше скаржаться на запаморочення, головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардію, відчуття оніміння або похолодання кінцівок, проймає то жар, то холод, підвищена пітливість, важко дихати, відчуття клубка у горлі, нудоту, важкість у епігастральній зоні. Також має місце виражена астенична симптоматика, яка проявляється у вигляді неухвальної й незібраності, розбитості та дратівливої слабкості, а також швидкої виснажливості [1, 5].

Змішаний підваріант (тривожно-депресивний) відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.22 «Змішана тривожна і депресивна реакція». Він характеризується поєднанням клінічних ознак двох перших варіантів. Тривожні і депресивні порушення в разі розладів адаптації не сягають того ступеня, який дав би змогу діагностувати інший депресивний або тривожний психічний розлад психогенної природи. Особливістю клінічного прояву тривожного компонента при цьому варіанті РА є поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювань або нерішучості

щодо прийняття рішень. Водночас може відмічатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж за тривожного варіанта РА. Найбільш характерні симптоми: вазомоторна лабільність у вигляді почервоніння або блідості обличчя, похолодання або підвищена пітливість кінцівок, відчуття перебоїв серцебиття або нестачі повітря, дискомфорт в епігастральній зоні, запаморочення, відчуття «втрата основи під ногами». Порушення сну характеризується тривалим періодом засинання, коли пацієнти не можуть позбавитися неприємних і тривожних думок, частих пробуджень серед ночі. При цьому варіанті розладу мають місце і деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у повсякденному житті така «гіперстенічність» виявляється малопродуктивною і більше спрямована на сварки та загальний неспокій, ніж пошук реальних можливостей їх уникнення та розв'язання складних життєвих ситуацій [1, 5].

Варіанту РА з порушеннями поведінки (за МКХ-10 рубрика F 43.24 «Розлад адаптації з перевагою порушення поведінки») відповідає наявність у клінічній картині симптомів дезадаптивної або дисоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо. До того ж указані прояви чітко пов'язані за часом з фактом психотравмуючої події. Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. У клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їхня вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що і зміни поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони не були притаманні пацієнтам до факту психотравмуючого впливу та проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу [1, 5].

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації можна виділити такі типи їх перебігу: прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний.

Перший тип характеризується прогресуючим обтяженням і ускладненням клінічної симптоматики з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (згідно з МКХ-10 – депресивні епізоди, тривожні й тривожно-депресивні розлади, розлади особистості). Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності та розширення спектра проявів, у першу чергу, афективних порушень.

Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоцій-

ної нестійкості, з фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням у клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості (F 32). Динаміка тривожних проявів (загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного й фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не тільки в минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних), у вигляді зростання їх частоти та інтенсивності упродовж більш як 6 місяців свідчить про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади (F 41.1–F41.3) [1, 5].

Прогресуючий тип перебігу РА з домінуванням у клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формування дезадаптивної і дисоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їхня трансформація або в хронічні зміни особистості (F 62.0), або, за наявності попередньої психологічної вразливості у вигляді відповідної адаптації характеру, в специфічні (F 60) або змішані розлади особистості (F 61) [1, 5].

Домінуючою характеристикою рецидивуючого типу перебігу РА є хвилеподібне коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії та рецидиви є різними за своєю тривалістю.

Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує прояви розладу. Проте деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується «Пролонгованої депресивної реакції» (F 43.21). Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого [1, 5].

Особливістю регредієнтного типу перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, у першу чергу, афективних порушень: пригніченого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності та впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, невмотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання,

спрямовані на майбутнє, зникає відчуття тривоги. В разі регредієнтного типу перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання хворого і його повернення до попереднього соціального статусу [1, 5].

Крім розладів адаптації, часто у цих обстежених зустрічається посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини [1, 5, 7, 8].

До клінічних діагностичних критеріїв ПТСР належать:

Критерій А (належать до травматичної події). Людина знаходилась під впливом екстремальної травматичної події, що характеризувалася двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі чи поранень. До того ж людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньою жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) із таких способів:

1. Нав'язливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання.

2. Страхітливі сновидіння про пережиту подію, що повторюються.

3. «Флешбек»-ефекти – миттєве, безпричинне, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, ніби травматична подія відбувається знову) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

Критерій С («уникання»). Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки намбінгу (numbing) – блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми). Визначається за наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля для уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля для уникнення дій, місць або людей, що викликають спогади про травму.

3. Неможливість згадати про важкі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Значно знижений інтерес до участі у раніше значущих видах діяльності.

5. Відчуженість або віддаленість від інших людей.

6. Зниження прояву вищих емоцій (нездатність любити).

7. Відсутність перспективи в майбутньому (відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або власного тривалого життя).

Критерій D («гіперактивність»). Постійні симптоми гіперактивності, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявності, як мінімум, двох з нижче наведених симптомів:

1. Труднощі засинання або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Складнощі з зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що належать до критеріїв B, C і D, спостерігаються більше одного місяця після травми.

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Як впливає з опису критерію А, визначення травматичної події належить до першочергових в разі діагностики ПТСР.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, що характеризуються могутнім негативним впливом, ситуацією погрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль з подолання наслідків їхнього впливу [7-10]. Виділяють кілька типів травматичних ситуацій:

1. Короткочасна, несподівана травматична подія (наприклад, сексуальне насильство, природні катастрофи, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди тощо);

2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії).

ПТСР зазвичай виникає слідом за психотравмою після латентного періоду, що може тривати від 4 тижнів до декількох місяців (але, за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Формуванню ПТСР може передувати етап гострої стресової реакції.

Під час діагностики ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик: Місісіпська шкала ПТСР (цивільний і військовий варіанти), Шкала для самооцінки наявності ПТСР, клінічна діагностична шкала (CAP), опитувальник для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), MMPI, тест Люшера, тест Бека. Першим етапом діагностики ПТСР є встановлення в анамнезі пацієнта самого факту переживання ними екстремальної (травматичної) події. Потім проводяться вищевказані клініко-

психопатологічні і психодіагностичні дослідження [1, 5, 6, 10].

Діагностика розладів адаптації (F 43.2) полягає у виявленні стану суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, який зазвичай перешкоджає соціальному функціонуванню і продуктивності і виникає в період адаптації до значної зміни в житті або стресової події [1, 5, 8, 9].

Вони діагностуються за відповідності стану таким критеріям:

– критерій (наявність в анамнезі ідентифікованого психосоціального стресу, в тому числі екстремальних подій; симптоми розладу з'являються упродовж місяця);

– критерій (наявність окремих симптомів (за винятком маячних і галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F 3), невротичних, стресових і соматоформних (F 4) розладів і порушень соціальної поведінки (F 91), але не відповідають цілком жодному з них);

– критерій (тривалість розладів не перевищує 6 місяців з моменту припинення дії стресу, за винятком затяжних депресивних реакцій (F 43.21).

Розлади адаптації в залежності від характеру домінуючої клінічної картини диференціюються таким чином:

а) короткочасна депресивна реакція (F 43.20) – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

б) пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

в) змішана тривожна і депресивна реакція (F 43.22) – представлена як тривожною, так і депресивною симптоматикою, що за інтенсивністю недосягає змішаного тривожного й депресивного розладу (F 41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F 41.3);

г) з перевагою порушень інших емоцій (F 43.23) – за яких різноманітна структура афекту представлена тривогою, депресією, занепокоєнням, напруженістю та гнівом. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F 41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F 41.3), але їхня вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

г) з перевагою порушення поведінки (F 43.24) – розлад, що торкається переважно соціальної поведінки;

д) змішаний розлад емоцій і поведінки (F 43.25) – за якого визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки;

е) інші специфічні переважаючі симптоми (F 43.28).

У МКХ-10 існує діагностична рубрика «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F 62.0), що може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і про-

фесійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності).

Під час проведення диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у пацієнтів поряд із клінічною картиною ПТСР досить часто мають місце порушення, що належать до інших психічних розладів. У таких випадках може йти мова про коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності. Також можуть відзначатися поєднання ПТСР із панічними, обсесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та ін. Ці обставини повинні враховуватися не тільки під час визначення діагнозу і проведення диференційної діагностики, але й під час призначення медикокаментозного і психотерапевтичного лікування [5, 7, 10].

У першу чергу, диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Розмежування між ними проводять на підставі особливостей клінічної картини, а також часу виникнення і тривалості розладів, що спостерігаються.

Істотні труднощі викликає проведення диференційної діагностики депресивного розладу і ПТСР. Це пов'язано з тим, що дуже часто депресивна симптоматика поряд з іншими симптомами є змістовною частиною клінічної картини. У тих випадках, коли клінічна картина розладів, що спостерігаються, відповідає як критеріям діагностики ПТСР, так і критеріям діагностики депресивного епізоду (згідно з МКХ-10), має місце коморбідність.

У випадку, коли в клінічній картині хворих на ПТСР провідними є симптоми фобічного уникнення, від простих фобій допомагає їх відрізнити характер психотравми (екстремальна подія) і наявність інших порушень, властивих ПТСР.

Високий рівень тривоги, порушення сну, підвищена пильність, рухове занепокоєння можуть наближати клінічну картину ПТСР до генералізованого тривожного розладу. Тут треба звертати увагу на гострий початок і більшу вираженість фобічної симптоматики, що притаманне ПТСР на відміну від генералізованого тривожного розладу.

Розбіжність на початку й упродовж захворювання, зв'язок з попередньою екстремальною подією, наявність флешбеків дозволяють диференціювати ПТСР від панічного розладу.

Від порушень, що належать до рубрики «Розвиток фізичних симптомів з психічних причин» (F 68.0), ПТСР відрізняє гострий початок після травми і відсутність незвичайних скарг на неї.

Від симулятивного розладу (F 68.1) ПТСР відрізняє відсутність суперечливих анамнестичних даних, нетипової структури наявних порушень, девіантної поведінки в преморбіді, більшою мірою характерних для симуляції.

ПТСР виникає лише в результаті переживання екстремальної події, а розлади адаптації – як наслідок надзвичайних подій, так і під впливом стре-

су, який не сягає надзвичайного або катастрофічного рівня. Розвитку ПТСР і РА може передувати гостра стресова реакція. Диференційно-діагностичними критеріями даних розладів є: час їх формування (в разі ПТСР – через 1 місяць, в разі РА – упродовж 1 місяця), існування латентного періоду (в разі ПТСР він обов'язковий, в разі РА – можливий), а також їхня тривалість (в разі ПТСР вона необмежена, а в разі РА – не більше 6 місяців, за винятком пролонгованої депресивної реакції (F 43.21)).

ПТСР і РА можуть трансформуватися в інші нозологічні одиниці. Так, ПТСР може перетворитися на хронічні зміни особистості (F 62.0), а РА – на невротичні і соматоформні розлади (F 40), депресивний епізод (F 32), специфічні (F 60) і змішані (F 61) розлади особистості.

Основні клінічні і клініко-психологічні діагностичні критерії ПТСР: наявність симптомів вторгнення, уникнення і гіперактивації; показник Місісіпської шкали більше 97 балів; виражений/помірний ступінь депресивності за шкалою Бека. Для РА ці критерії такі: наявність окремих симптомів афективних, невротичних, соматоформних, постстресових розладів і порушень соціальної поведінки; показник Місісіпської шкали становить від 77 до 97 балів; значення шкали Бека відповідає помірному/легкому ступеню депресивності. В разі ПТСР обов'язково мають місце ознаки соціальної дезадаптації, в той час як для РА вони можливі [1, 5, 7, 8].

За думкою П. В. Волошина та його співавторів, ПТСР та РА є однією з найчастіших і несприятливих форм психічних порушень у осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації та посідають провідне місце серед так званих нових пограничних психічних розладів, що виокремлюють в останні десятиліття. Вплив травматичних подій поширюється не тільки на безпосередні жертви, а й набагато ширше, ефекти травматизації охоплюють їхні сім'ї, оточення, працівників рятувальних служб. Складні психопатологічні порушення, безумовно, потребують істотної корекції існуючих підходів до їх лікування, яка має знайти своє відображення в нових стандартах надання медико-психологічної та психіатричної допомоги жертвам екстремальних подій воєнного часу [1, 10]. Це, в першу чергу, стосується підходів до діагностики, лікування

та профілактики різноманітних психічних порушень, що виникають унаслідок травматичних подій, а також системи надання психологічної та психіатричної допомоги особам, які страждають від зазначених розладів.

Література

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. – Х., 2014. – 79 с.
2. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади : прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії [Електронний ресурс] / О. І. Романчук // Neuro News. – Режим доступу до журналу: www.neuro.health-ua.com.
3. Вестбрук Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Д. Кірк. – Л.: Свічадо, 2014. – 408 с.
4. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / М. Мюллер. – Л.: Свічадо, 2014. – 408 с.
5. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / [Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, С. Є. Казакова та ін. / Під заг. редакцією проф. Б. В. Михайлова]. – Х.: ХМАПО, 2013. – 224 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психології посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Спб.: Питер, 2001. – 272 с.
7. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder; пер. з англ. Катерина Явна. – 2014. – Режим доступу: <http://psychiatryonline.org/content.aspx>.
8. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства; под редакцией Эдны Б., Фoa Теренса М., Кина Мэтью, Дж. Фридмана. – Москва: Когнито-Центр. – 2005. – 457 с.
9. Does Perpetrating Violence Damage Mental Health? Differences between forcibly recruited and voluntary combatants in DR Congo / [Hecker T., Hermenau K., Maedl A. et al.] // Journal of Traumatic Stress. – 2013. – Vol. 26 (1). – P. 142–184.
10. Psychological rehabilitation of ex-combatants in non-western, post-conflict settings. In Trauma rehabilitation after war and conflict: community and individual perspectives / [Maedl A., Schauer E., Odenwald M. et al.]. – Edited by Martz E. – New York: Springer, 2011. – P. 177–214.

