


ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ТА КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ВІДДАЛЕНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ ПОДІЇ

Бучок Юрій Степанович 

канд. мед. наук, доцент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії
Медичний факультет

Державний вищий навчальний заклад

«Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Метою дослідження було визначення клініко-психопатологічної специфіки та клінічних варіантів віддалених проявів посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у осіб, які в дитячому або підлітковому віці пережили катастрофічні події, а також виділення провідних біологічних, психологічних й психосоціальних чинників їх формуванні і перебігу.

Було обстежено 161 людина, які в дитячому або підлітковому віці пережили катастрофічні події на Закарпатті. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний. Встановлено, що існують два клінічних синдромологічних варіанта віддалених проявів ПТСР: 1) афективно-сенситивний та 2) експлозивно-психопатичний. Виділені складові даного феномену, а саме, стрижнева симптоматика ПТСР, афективні й поведінкові прояви, порушення особистісної самоорганізації й уявлень щодо самого себе, а також соціальна дезадаптація з ураженням, в першу чергу, міжособистісних відносин. В генезі даного розладу вагомий вплив здійснюють біологічні, психосоціальні й психологічні чинники, наявність і взаємодія яких, з одного боку, обумовлює розвиток віддалених проявів ПТСР, в іншого – визначає своєрідність їх клінічних синдромологічних варіантів.

Ключові слова: надзвичайні події, посттравматичні стресові розлади, катастрофічна подія, чинники формування, клінічні варіанти

Переживання людиною життєвонебезпечних подій неминуче призводить до різноманітних негативних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найчастіша і найбільш несприятлива форма психічного розладу, який виникає як відстрочена та/або затяжна реакція на травматичну ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру [1,2]. Особливою проблемою є процес постстресової адаптації особистості, який є багатовимірним, зачіпає всі сфери людського буття і складається з комплексу чинників [2]. Після пережитої

екстремальної події для суб'єкта змінюються не стільки зовнішні обставини життя, до яких потрібно пристосуватися, скільки його власний внутрішній світ. Переживання екстремальної події на суб'єктивному рівні знаходить своє відображення у виникненні відчуття особистісної зміни (як правило, негативної), може призвести до процесу переоцінки індивідуальних цінностей та пріоритетів, перетворення особистісних значень як конструктив психологічного майбутнього [3].

Жителі Закарпатської області, особливо молодого віку, що в минулому пережили надзвичайні ситуації (дві катастрофічні повені 1998 та 2001 рр.), викликають інтерес як група людей, в якій прогнозовано розвинулися та достатньо широко поширені різноманітні розлади психічної сфери, питому вагу яких складає симптоматика ПТСР. Тому актуальною є проблема виділення комплексу чинників, які можуть сприяти хронізації постстресових психічних розладів в віддаленому періоді, а також визначення особливостей їх клінічної картини та перебігу [4,5].

Метою дослідження було визначення клініко-психопатологічної специфіки та клінічних варіантів віддалених проявів посттравматичних стресових розладів у осіб, які в дитячому або підлітковому віці пережили катастрофічні повені, а також виділення провідних біологічних, психологічних й психосоціальних чинників їх формуванні і перебігу.

Було обстежено 161 людина, які в дитячому або підлітковому віці пережили катастрофічні повені на Закарпатті. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний.

Результати дослідження. Встановлено, що клінічно окреслені й мозаїчні психопатологічні прояви були у 127 обстежених, при цьому, у 22 (17,3%) хворих виявлялися симптоми, які клінічно класифікувались як хронічний варіант ПТСР за МКХ-10, в інших 105 (82,7%) випадках спостерігались різноманітні клініко-психопатологічні прояви ПТСР, вираженість яких не досягала нозологічної окресленості. У 34 осіб на період обстеження були відсутні будь які ознаки психопатологічних розладів.

В симптоматиці превалювали нав'язливі спогади про пережиті психотравмуючі події у сполученні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося; наявність повторних кошмарних сновидінь; підвищена збудженість, генералізована тривога, неконтрольована злість, депресивний настрій, емоційні розлади із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливість, відчуття нечутливості, відчуженості, а також про зниження інтересу до повсякденної діяльності, безсоння, труднощі концентрації уваги. Вираженими були симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Розповсюдженою у обстежених була втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Хворі скаржилися на відчуття скороченої життєвої перспективи, небажання будувати будь-які плани на майбутнє, часті думки про швидку смерть. Спостерігалася втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика ставала джерелом додаткової травматизації хворих. Приблизно у третини пацієнтів спостерігались неконтрольовані спалахи гніву з незначних приводів,

що часом виливалися в приступи ауто- і гетероагресії. У багатьох пацієнтів відзначалися симптоми гіпертрофованої неадекватної пильності – постійне чекання небезпеки і готовність до негайних дій з метою її уникання.

Узагальнення отриманих клініко-психопатологічних даних дозволило типологізувати наявну симптоматику та виділити два клінічних синдромологічних варіанта віддалених проявів ПТСР:

1) афективно-сенситивний – у 86 (67,7%) осіб, який характеризувався тривожною, депресивною, фобічною симптоматикою різного ступеню вираженості, сенситивним струменем та прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапалося;

2) експлозивно-психопатичний – у 41 (32,3%), якому були притаманні прояви неадекватної агресивності, адиктивної поведінки (психічні й поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, наркотичних й токсичних речовин, патологічна схильність до азартних ігор, ризикована сексуальна поведінка), спонтанні спалахи дисфорії, повторні кошмарні сновидіння.

При цьому, віддалені прояви ПТСР характеризується основними його симптомами, а також розвитком атипичних усталених порушень в афективній і/або поведінковій сферах, в соціальному функціонуванні і системі відношень до самого себе, включаючи труднощі в регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої, переможеної людини, яка випробовує труднощі в підтримці взаємин. Вираженість клінічних проявів залежала від віку дитини, рівня залученості в стресорну подію, та, найголовніше, – від характеру реагування на катастрофу найближчих родичів (батьків).

Для диференціації особливостей проявів віддалених наслідків ПТСР за результатами комплексного аналізу, досліджено взаємозв'язки чинників ризику їх виникнення. Було відокремлено комплекс біологічних, психосоціальних та психологічних чинників, які впливають на ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР, в залежності від провідного синдромологічного клінічного варіанта, а саме, афективно-сенситивного та експлозивно-психопатичного. Найбільш значущими біологічними чинниками, які мали предиспонуєчий вплив на формування віддалених проявів ПТСР, незалежно від їх клінічного наповнення, виявлені вік, в якому відбулась травматична подія, захворювання ЦНС та спадкоємна обтяженість в анамнезі.

Психосоціальні фактори оцінювалися із позиції не лише виявлення їх у діагностичному сенсі, а з метою їх використання як мішеней психотерапії на соціальному рівні функціонування пацієнтів. Серед них найбільш впливовими, які відігравали значущу роль у формуванні віддалених проявів ПТСР, встановлені наявність контекстуальних факторів та руйнація батьківської родини.

Основні психологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості віддалених проявів ПТСР у обстежених за отриманими результатами були диференційовані нами на загальні чинники, патологічна дія яких стає підґрунтям для розвитку віддалених проявів ПТСР (негармонійні особистісні конструкти, облігатність травматичного реагування за типом «фізіологічної збудливості»), та специфічні, що стають основою для різних клінічних їх варіантів. Так, в ґенезі експлозивно-психопатичного синдромологічного

варіанту серед психологічних факторів найбільш вагомого впливу завдають домінування інструментальних цінностей, а також домінування «вторгнення» як типу реагування на травматичну подію. Для афективно-сенситивного клінічного варіанту найбільший вплив має брак самореалізації, а також реагування на травматичну подію за типом «уникання».

Отже, отримані нами дані дозволяють стверджувати, що віддалені прояви ПСТР за клінічною феноменологією являють собою комплекс симптомів, який може виникнути після впливу як одиничного травматичного стресора, так і внаслідок множинних або повторюваних небажаних подій, уникнути вплив яких не уявляється можливим. Даний розлад характеризується сполученням основних симптомів ПТСР та розвитком усталених атипових порушень в афективній і/або поведінковій сферах, в соціальному функціонуванні і системі відношень до самого себе, включаючи труднощі в регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої, переможеної людини, яка випробовує труднощі в підтримці взаємин.

Даний клінічний конструкт, кваліфікований як «віддалені прояви ПТСР», що проявляється у вигляді як хронічного варіанту ПТСР, так і окремих синдромокомплексів афективно-сенситивного або експлозивно-поведінкового змісту, включає три стрижневих ознаки ПТСР і, на додаток до них, порушення афективної та/або поведінкової сфер, сфері уявлень про самого себе і в соціальному функціонуванні, насамперед, міжособистісних взаєминах. Ці додаткові домени відображають наявність індукованих стресом порушень, які за своєю природою є стійкими, тривалими і наскрізними, і які при своїй появі не обов'язково безпосередньо співвідносяться з пов'язаними з травмою стимулами.

Проблеми в афективній сфері включають ряд симптомів, що виникають в результаті труднощів з регуляцією емоцій, що можуть проявлятися як в підвищеній емоційній реактивності або, навпаки, у відсутності адекватного емоційного реагування. Поведінкові порушення включають спалахи люті та прояви безрозсудної або саморуйнівної поведінки.

Проблеми у сфері уявлень про самого себе проявляються відчуттям браку реалізації базової потреби в безпеці, викривленням самоідентифікації на тлі браку самореалізації, стійкими негативними уявленнями про себе, як про приниженого, переможеного і нічого не варту людину. Вони можуть супроводжуватися глибокими і всеохоплюючими почуттями сорому, провини або неспроможності, пов'язаними, наприклад, з неможливістю подолати негативні обставини або неможливістю запобігти страждання інших.

Висновки. Доведено, що віддалені прояви ПТСР є окремим клінічним конструктом, який має патогномонічні клінічні прояви й особливості формування. Існують два клінічних синдромологічних варіанта віддалених проявів ПТСР: 1) афективно-сенситивний (67,7%) та 2) експлозивно-психопатичний (32,3%) осіб. Виділені складові даного феномену, а саме, стрижнева симптоматика ПТСР, афективні й поведінкові прояви, порушення особистісної самоорганізації й уявлень щодо самого себе, а також соціальна дезадаптація з ураженням, в першу чергу, міжособистісних відносин. В генезі даного розладу вагомим впливу надають біологічні, психосоціальні й

психологічні чинники, наявність і взаємодія яких, з одного боку, обумовлює розвиток віддалених проявів ПТСР, в іншого – визначає своєрідність їх клінічних синдромологічних варіантів.

Встановлено, що наявність перенесеної в дитинстві надзвичайної ситуації з розвитком ознак ПТСР, за умови відсутності належної медичної допомоги, сприяє подальшій клінічній динаміці і формуванню віддалених проявів ПТСР з різноманітними скаргами і клініко-психопатологічними симптомами різного ступеню вираженості. Всі ці дані мають значення для комплексного лікування та реабілітації цих груп населення.

Список використаних джерел:

- [1] Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф. & Подкорытов В.С. (2014) Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики. *Международный медицинский журнал*, (1), 33 – 37.
- [2] Волошин П.В., Линский И.В., Кузьминов В.Н., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Е.Г. & Прилуцкая Т.Н. (2017) Постстрессовые реакции у взрослого гражданского населения в условиях «гибридной войны». *Журнал НАМН Украины*, (2-3), 104–115.
- [3] Михайлов Б.В. (2013). Посттравматичні стресові розлади. Харків: ХМАПО.
- [4] Бучок Ю. С. (2007) Катамнестичний аналіз посттравматичних стресових розладів у осіб, які пережили катастрофічні повені в Закарпатській області. *Український вісник психоневрології*, (1), 160 – 161.
- [5] Підкоритов В. С., Шестопалова Л. Ф. & Бучок Ю. С. (2016). *Особливості клініки, формування та комплексного лікування віддалених проявів посттравматичного стресового генезу*. Волошин П.В. & Марута Н.О. (ред) *Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика)* (с. 209-229). Харків: ФОП Строков Д.В.