

УДК [616.891::614.0.06]+615.862

Ю. С. Бучок

**ВІДДАЛЕНІ ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ:  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ФОРМУВАННЯ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

Ю. С. Бучок

**ОТДАЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕСОВОГО РАССТРОЙСТВА:  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ФОРМИРОВАНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Yu. Buchok

**TERM MANIFESTATIONS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER:  
CLINICAL FEATURES, FORMATION AND COMPLEX TREATMENT**

Протягом 2001—2013 рр. здійснено лонгітудинальне дослідження, метою якого був аналіз специфіки клініко-психопатологічних проявів віддалених наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ідентифікація ролі біологічних, психологічних й психосоціальних чинників в їх розвитку і перебігу, та розроблення підходів до їх комплексного лікування.

На першому етапі (2001—2002 рр.) було здійснено комплексне обстеження 305 дітей 6—14 років, які проживали у Закарпатській області, та перенесли масивний психотравмуючий вплив катастрофічних повеней 1998 та 2001 рр. На цьому етапі в обстежених встановлено три провідні клініко-психопатологічні симптомокомплекси: з домінуванням астениї (28,8 %), тривожно-фобичної симптоматики (34 %), поведінкових порушень (25,2 %); у 11,8 % дітей психопатологічних змін виявлено не було. Частина дітей (136 осіб) отримали своєчасну терапевтичну допомогу, що призвело до поліпшення їхнього психічного стану.

У 2009—2013 рр. з загальної кількості обстежених, з якими встановлено зворотний зв'язок, та які погодились взяти участь у повторному обстеженні (161 особа), клінічно окреслені й мозаїчні психопатологічні прояви встановлені у 127 респондентів, які склали основну групу дослідження; 34 особи без психопатологічних розладів склали групу порівняння. Встановлені два клінічні варіанти віддалених проявів ПТСР: 1) афективно-сенситивний (67,7 %); 2) експлозивно-психопатичний (32,3 %). Зроблено висновок, що віддалені прояви ПТСР характеризуються основними його симптомами, а також розвитком атипичних усталених порушень в афективній і/або поведінковій сферах, в соціальному функціонуванні і системі ставлення до самого себе, включаючи труднощі в регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої, переможеної людини, яка зазнає труднощів у підтримці взаємин.

Пропоновані підходи до лікування, в першу чергу, декларують необхідність інтегративного характеру впливів, тобто сполучати в собі як немедикаментозні (психотерапевтичні), так і медикаментозні терапевтичні засоби, причому ефективність терапії напряму залежить від обсягу застосування психотерапевтичних впливів.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, віддалені прояви, діти, комплексне лікування

В течение 2001—2013 гг. проведено лонгитудинальное исследование, целью которого был анализ клинико-психопатологической специфики отдаленных проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), идентификация роли биологических, психологических и психосоциальных факторов в их развитии и течении, а также разработка подходов к их комплексному лечению.

На первом этапе (2001—2002 гг.) осуществлено комплексное обследование 305 детей 6—14 лет, проживающих в Закарпатской области, перенесших массивное психотравмирующее влияние катастрофических наводнений 1998 и 2001 гг. На этом этапе у обследованных установлено три ведущих клинико-психопатологических симптомокомплекса: с доминированием астении (28,8 %), тревожно-фобической симптоматики (34 %), поведенческих нарушений (25,2 %); у 11,8 % детей психопатологических изменений выявлено не было. Часть детей (136 человек) получили своевременную терапевтическую помощь, что привело к улучшению их психического состояния.

В 2009—2013 гг. из общего числа обследованных, с которыми была установлена обратная связь, и которые согласились принять участие в повторном обследовании (161 человек), клинически очерченные и мозаичные психопатологические проявления установлены у 127 респондентов, составивших основную группу исследования; 34 человека без психопатологических расстройств составили группу сравнения. Установлены два клинических варианта отдаленных проявлений ПТСР: 1) аффективно-сенситивный (67,7 %); 2) эксплозивно-психопатический (32,3 %). Сделан вывод, что отдаленные проявления ПТСР характеризуются основными его симптомами, а также развитием атипичных устоявшихся нарушений в аффективной и/или поведенческой сферах, в социальном функционировании и системе отношений к самому себе, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного человека, испытывающего трудности в поддержании отношений.

Предлагаемые подходы к лечению, в первую очередь, декларируют необходимость интегративного характера воздействий, т. е. сочетания как немедикаментозных (психотерапевтических), так и медикаментозных терапевтических средств, причем эффективность терапии напрямую зависит от объема применения психотерапевтических воздействий.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, отдаленные проявления, дети, комплексное лечение

During 2001—2013 years the longitudinal study whose purpose was to analyze the clinical specificity of clinical and psychopathological manifestations term effects of post-traumatic stress disorder (PTSD), identifying the role of biological, psychological and psychosocial factors in their development and progress, and development of a comprehensive approach to treatment was done.

In the first phase (2001—2002 years) was carried out a comprehensive survey of 305 children 6—14 years who lived in the Trans Carpathian region, and suffered massive traumatic impact of the catastrophic floods of 1998 and 2001. At this stage, the patients are three major clinical and psychopathological symptomatic: the dominance of fatigue (28.8 %) with the dominance of anxiety-phobic symptoms (34 %) with the dominance of behavioral disorders (25.2 %); in 11.8 % of children psychopathological changes were found. Some children (136 people) received timely therapeutic care, which led to an improvement in their mental state.

In the 2009—2013 years biennium from the total number of patients, which is set feedback, and who agreed to participate in the re-survey (161 people), clinically defined psychiatric manifestations and mosaic set in 127 respondents constituted the main group research; 34 people with psychopathological disorders accounted for group of comparisons. Are two clinical variants term effects of PTSD: 1) affective and sensitive (67.7 %); 2) explosive-psychopathic (32.3 %). It is concluded that long-term consequences of PTSD is characterized by its main symptoms, and the development and persistent disturbances in the cross-affective and/or behavioral areas of social functioning and relations to the system itself, including the difficulty in regulating emotion, feeling as humiliated, defeated man who is experiencing difficulties in maintaining relationships.

Suggested approaches to treatment in the first place, the need to declare integrative nature of the impact, is how to combine a non-medication (psychotherapy), medications and therapeutic agents, and the effectiveness of therapy depends on the amount of use of psychotherapeutic effects.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, long-term manifestations, children, combined treatment

Надзвичайні (екстремальні) ситуації (НС) характеризуються, перш за все, надсильним впливом на психіку людини, що спричиняє у неї травматичний стрес. Медико-психологічні і психіатричні наслідки перебування людини в умовах НС стосуються всіх рівнів функціонування (фізіологічного, особистісного, соціально-комунікативного та ін.), суттєво погіршують стан здоров'я та якість життя постраждалих. Наслідки пережитого травматичного стресу почасти виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), що виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою для життя чи здоров'я. ПТСР є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили НС. Вважається, що цей розлад виникає протягом життя в 1—3 % усього населення земної кулі, а в 15 % можуть виникати окремі його симптоми [1—5].

Жителі Закарпатської обл., особливо молодого (19—25 років) віку, що в минулому пережили НС (дві катастрофічні повені 1998 та 2001 рр.), викликають дослідницький інтерес як група, в якій прогнозовано розвинулися та достатньо широко поширені різноманітні розлади психічної сфери, питому вагу яких складає симптоматика ПТСР. За статистичними даними, ПТСР розвивається у 25—80 % осіб, що постраждали внаслідок психотравмуючих надзвичайних подій, а тривалість проявів ознак ПТСР може відмічатися від кількох тижнів до 30-ти і більше років [6].

Незважаючи на великий інтерес дослідників до розробки проблем профілактики та лікування ПТСР, на теперішній час це не залишає своєї актуальності. Особливої уваги заслуговує питання віддалених наслідків перенесеної в дитинстві катастрофічної події, яка до теперішнього часу є прогалиною в вітчизняних наукових дослідженнях, що обумовлює відсутність дієвих алгоритмів роботи з такою категорією пацієнтів в умовах реальної клінічної психіатричної практики.

Отже, з огляду на викладене вище, нами здійснено дослідження, метою якого було — на основі аналізу клініко-психопатологічної специфіки віддалених проявів ПТСР та ідентифікації ролі біологічних, психологічних й психосоціальних чинників в їхньому розвитку і перебігу розробити підходи до їх комплексного лікування.

Дослідження мало лонгітудинальний характер і складалось з двох етапів. Перший етап був реалізований у 2001—2002 рр., коли було здійснено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 305 дітей 6—14 років, які проживали у Закарпатській області, та перенесли масивний психотравмуючий вплив катастрофічних повеней — однократний, внаслідок повені 1998 р. (98 осіб) та двократний — через повені 1998 та 2001 рр. (207 дітей).

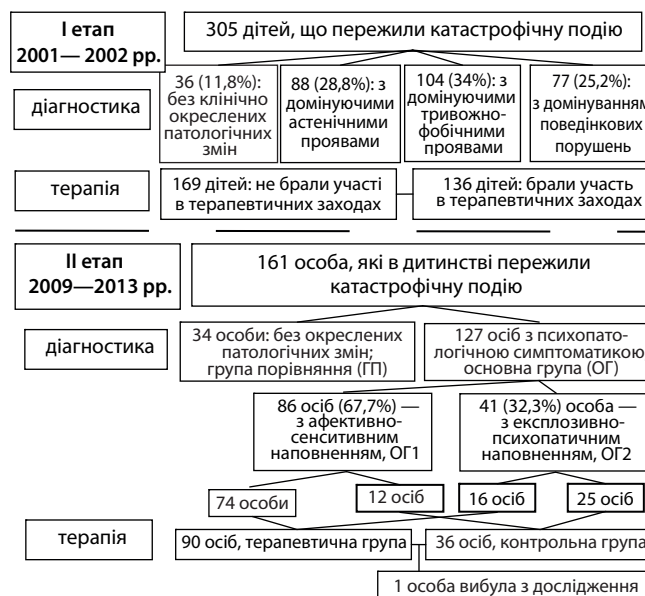
Катастрофічність перенесеної події виражалась у затопленні домівок та придомових територій, загибелі домашніх тварин, відсутності зв'язку та своєчасної допомоги з «великої землі», відірваності від світу та виникнення внаслідок цього відчуття покинутості й відчаю.

Постраждали, а також їхнє мікросоціальне оточення, спостерігалися у фахівців включно до 2002 року. На цьому етапі частина дітей (136 осіб) отримали своєчасну терапевтичну допомогу, що призвело до поліпшення їхнього психічного стану. У 2009—2013 рр. зі 161 особою з тих, хто був обстежений у 2001—2002 рр., був встановлений зворотний зв'язок, та вони погодились взяти участь у повторному обстеженні. Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи подано на рисунку.

Аналіз наявної у дітей психопатологічної симптоматики, здійснений у 2001—2002 рр., дозволив виявити

у 43 (15,9 %) з них клінічно виражений ПТСР, а в інших 226 (84,1 %) — донозологічні мозаїчно представлені його прояви. Серед наявної симптоматики було встановлено декілька провідних клініко-психопатологічних симптомомокомплексів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний — 13,7 % й астеничний — 18,9 % клінічні варіанти), з домінуванням тривожно-фобічної симптоматики (тривожний — 23,0 % і іпохондричний — 15,6 % клінічні варіанти), з домінуванням поведінкових порушень (дисфоричний — 15,2 % і змішаний — 13,4 % клінічні варіанти). Усім пацієнтам були характерні дезорганізація, напади роздратування, експресивна плаксивість, уникнення контактів, сепараційна тривога, недовіра; повторне відтворення травматичних подій, наприклад, в одоманітних іграх або малюнках; лякаючі сни без чіткого змісту або нічні кошмари; почуття безперспективності та імпульсивності.

Вираженість клінічних проявів залежала від віку дитини, рівня залученості в стресорну подію, та, найголовніше, — від характеру реагування на катастрофу найближчих родичів (батьків).



Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи

Аналіз клінічної динаміки встановленої психопатологічної симптоматики дозволив виокремити три типи перебігу ПТСР та його окремих проявів у обстеженого контингенту. Прогредієнтний тип перебігу спостерігався у 56 (20,8 %) обстежених, серед яких домінуючі астеничні прояви були виявлені у 18 (20,5 %), тривожно-фобічні прояви — у 22 (21,1 %), поведінкові порушення — у 16 (20,8 %). Стабільний тип перебігу спостерігався у 103 (38,3 %) обстежених, з яких домінуючі астеничні прояви виявлені у 33 (37,5 %), домінуючі тривожно-фобічні прояви — у 42 (40,4 %), домінуючі поведінкові порушення — у 28 (36,4 %). Регредієнтний тип перебігу спостерігався у 110 (40,9 %) обстежених, серед яких домінуючі астеничні прояви були виявлені у 37 (42 %) осіб, тривожно-фобічні прояви — у 40 (38,5 %), поведінкові порушення — у 33 (42,5 %) пацієнтів.

За результатами дослідження дітям, що перенесли катастрофічну подію у період 1998—2001 рр., були проведені регламентовані заходи комплексної медичної допомоги і реабілітації, головна мета яких — відновлення (або формування) нормативного особистісного статусу хворого, який дозволяє реінтегруватися (інтегруватися) в суспільство на основі відновлення здоров'я й отримання здатності до успішного соціального функціонування. Заходи носили комплексний характер і адресувалися до усіх проявів захворювання, а також чинників ризику його несприятливого перебігу. Основними складовими реабілітації постраждалих від стресогенного впливу катастрофічної події дітей були: медико-педагогічна реабілітація (яка несла в собі також функції вторинної та третинної профілактики); психологічна реабілітація; соціальна реабілітація. Серед загальної кількості дітей, що брали участь в реабілітаційних заходах, кількість дітей без клінічно окреслених патологічних проявів складала 78,7 %.

На другому етапі дослідження з загальної кількості обстежених (161 особа) клінічно окреслені й мозаїчні донозологічні психопатологічні прояви ПТСР встановлені у 127 респондентів, які склали основну групу (ОГ) дослідження; 34 особи без психопатологічних розладів склали групу порівняння (ГП). Клінічні прояви ПТСР у обстежених ОГ мали стійкий тривалий характер, отримавши відповідну клінічну динаміку з моменту їх виникнення до часу клінічного обстеження.

З загальної кількості обстежених на II етапі 133 особи не отримували медичної допомоги у 2001—2002 рр., у 127 з них і були діагностовані віддалені прояви ПТСР. Крім того, клініко-анамнестичним аналізом виявлено, що ОГ склали хворі з прогредієнтним (49 осіб, 38,6 % ОГ; 87,5 % осіб з даним типом перебігу) та стабільним (78 осіб, 61,4 % ОГ; 75,7 % осіб з даним типом перебігу) типами перебігу ПТСР, встановлених на I етапі роботи. Більшість з пацієнтів ОГ за період між I і II обстеженнями відмічали наявність в житті НС зі значним психотравмуючим впливом (автокатастрофа, розлучення, втрата близьких та ін.).

За результатами дослідження встановлено, що у 22 (17,3 %) хворих виявлялися симптоми, які клінічно класифікують хронічний варіант ПТСР за МКХ-10, в інших 105 (82,7 %) випадках спостерігались різноманітні клініко-психопатологічні прояви ПТСР, вираженість яких не досягала нозологічної окресленості. В симптоматиці превалювали нав'язливі спогади про пережиті психотравмуючі події у сполученні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилось; наявність поворотних 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. Особливим симптомом повторного переживання стресора були флешбеки — миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми. Досить вираженими були симптоми уникання — прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживання і спогадів про травму. Внаслідок цього виникало почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що втілюється в прагненні до відособленого, ізольованого існування. Розповсюдженою в 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 хворого. Досить розповсюдженим у хворих був також симптом психогенної амнезії. Травматичні спогади первісно зберігалися в пам'яті у вигляді обривкових сенсорних фрагментів, семантично не пов'язаних воєдино, що у випадку повторного переживання ситуації мимоволі виникали у свідомості у формі різних сомато-сенсорних дисоціативних проявів різної модальності, до яких належать і флешбеки. 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. До перерахованих вище симптомів приєднувались вегетативні розлади.

Узагальнення отриманих клініко-психопатологічних результатів дало змогу типологізувати наявну симптоматику та виокремити два клінічних синдромологічних варіанти віддалених проявів ПТСР: 1) афективно-сенситивний у 86 (67,7 %) осіб, стан яких характеризувався тривожною, депресивною, фобічною симптоматикою різного ступеня вираженості, флешбеками, сенситивним радикалом та прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилось; 2) експлозивно-психопатичний у 41 (32,3 %) осіб, яким 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.

Треба зазначити, що серед осіб з клінічно вираженим хронічним ПТСР у більшості встановлений експлозивно-психопатичний синдромологічний варіант віддалених проявів ПТСР (15,7 % загальної вибірки; 90,9 % пацієнтів з даною нозологією).

Для ідентифікації особливостей формування віддалених проявів ПТСР за результатами комплексного аналізу, досліджено взаємозв'язки чинників ризику їх виникнення. Із прогностичною метою виокремлені біологічні, психосоціальні та психологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості віддалених проявів ПТСР, в залежності від провідного клінічного синдромологічного варіанта, а саме, афективно-сенситивного ( $n = 86$ , ОГ1) та експлозивно-психопатичного ( $n = 41$ , ОГ2) (табл. 1). Найбільш значущими біологічними чинниками, які мали предиспонуєчий вплив на формування віддалених наслідків ПТСР, незалежно від їх клінічного наповнення, виявлені вік, в якому відбулась травматична подія, захворювання ЦНС, наявність соматичних або інфекційних хвороб та спадкова обтяженість в анамнезі ( $p < 0,05$ ).

Психосоціальні чинники оцінювали із позиції не лише виявлення їх у діагностичному сенсі, а з метою їх використання як мішеней психотерапії на соціальному рівні функціонування пацієнтів. Серед основних психосоціальних чинників, які впливають на ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР у обстежених, найбільш впливовими, такими, що відігравали значущу роль у формуванні віддалених наслідків ПТСР, встановлені наявність контекстуальних чинників та руйнація батьківської родини ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу біологічних чинників за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості віддалених проявів ПТСР у обстежених ОГ

Чинники / Показники	Група	Ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР		
		1	2	3
Вік	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	++	+++	+++
Генетичні захворювання, у т. ч. спадкового характеру та вроджені аномалії розвитку	ОГ1	++	++	++
	ОГ2	++	++	++
Недостатність загального фізичного розвитку	ОГ1	+	-	-
	ОГ2	+	-	-
Захворювання ЦНС	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	+++	+++	+++
Соматичні або інфекційні хвороби	ОГ1	++	++	++
	ОГ2	++	++	++

Примітка. Сила кореляційного зв'язку показників: «-» — зв'язок не встановлено; «+» — 0,6—0,69 (вірогідний вплив); «++» — 0,70—0,79 (вагомий вплив); «+++» — 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)

Основні психологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР у обстежених, подано у табл. 3. Наведені дані демонструють наявність як загальних чинників, патологічна дія яких стає підґрунтям для розвитку віддалених наслідків ПТСР (негармонійні особистісні конструкти, облігатність травматичного реагування за типом «фізіологічної збудливості»), так і специфічних, що стають підґрунтям для різних клінічних їх варіантів. Так, в генезі експлозивно-психопатичного синдромологічного варіанту серед психологічних чинників 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» ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу психосоціальних чинників за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості віддалених проявів ПТСР у обстежених ОГ

Чинники / Показники	Група	Ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР		
		1	2	3
Викривлення міжособистісної взаємодії	ОГ1	++	++	++
	ОГ2	++	++	++
Наявність контекстуальних чинників (вісь Z МКХ-10)	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	+++	+++	+++
Недостатні матеріально-побутові умови	ОГ1	++	++	++
	ОГ2	++	+++	+++
Дезінтеграція суспільних відносин	ОГ1	+	+	++
	ОГ2	++	+++	+++
Руйнація родини (неповна, низький ступінь згуртованості, конфлікти, бідність контактів з найближчими родичами)	ОГ1	++	+++	+++
	ОГ2	+++	+++	+++

Таблиця 3

Результати кореляційного аналізу психологічних чинників за інтенсивністю впливу на клінічне наповнення і ступінь вираженості віддалених проявів ПТСР у обстежених ОГ

Чинники / Показники	Група	Ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР		
		1	2	3
Домінування інструментальних цінностей	ОГ1	+	+	++
	ОГ2	++	+++	+++
Негармонійні особистісні конструкти	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	+++	+++	+++
Брак самореалізації	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	+	++	+++
«Вторгнення» як тип реагування за шкалою оцінки впливу травматичної події Impact of Event Scale-R (IES-R)	ОГ1	++	++	++
	ОГ2	+++	+++	+++
«Уникання» як тип реагування за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	++	++	++
«Фізіологічна збудливість» як тип реагування за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R	ОГ1	+++	+++	+++
	ОГ2	+++	+++	+++

Розгляд особливостей пристосування обстежених у суспільстві дозволив виокремити три типи їх соціальної адаптації (адаптивний, що спостерігався у осіб ГП; субдезадаптивний, що виявився властивим пацієнтам ОГ1; дезадаптивний, що був характерним для хворих ОГ2), та виокремити предиспонуєчі, провокуючі та підтримуючі чинники, що є підґрунтям викривлення соціального функціонування обстежених (табл. 4, 5).

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

В генезі даного розладу вагомого 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.

Даний клінічний конструкт, кваліфікований нами 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, сфери 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.

Таблиця 4

**Чинники передиспонууючої дії в генезі деформації соціального пристосування в осіб, які перенесли в дитинстві вплив катастрофічної події**

Чинники	Адаптивний тип пристосування, ГП (n = 34)	Субдезадаптивний тип пристосування, ОГ1 (n = 86)	Деадаптивний тип пристосування, ОГ2 (n = 41)
<b>Психосоціальні</b>			
Контекстуальні чинники МКХ-10	—	— труднощі організації життєдіяльності (Z73);	— деформація образу життя (Z72); — патологія первинної підтримки у родині (Z63)
Деструкція батьківської родини	— етнічні чи релігійні особливості життєвого стилю сім'ї	— викривлені родинні стосунки; — порушення внутрішньо-родинних комунікацій	— деструкція ставлення до праці та деспотична родина
Особливості соціальної взаємодії	— «непідпорядкованість», — самостійність	— «сенситивність до афекту»; — нездатність до саморегуляції власних емоцій на тлі підвищеного прагнення до цього	— матеріально-побутове неблагополуччя; — відчуження від родини, ігнорування соціальних норм; — нездатність до саморегуляції власної поведінки
<b>Психологічні</b>			
Особистісні особливості	— активність; — задоволеність життям; — негостинність	— емоційна лабільність; — замкнутість; — низька самооцінка	— емоційна холодність; — імпульсивність; — жорстокість
Мотиваційні особливості	— наслідування позитивної поведінки інших	— пасивний протест	— залежність від настрою

Таблиця 5

**Чинники провокуючої та підтримуючої дії в генезі деформації соціального пристосування в осіб, які перенесли в дитинстві вплив катастрофічної події**

Чинники	Адаптивний тип, ГП (n = 34)	Субдезадаптивний тип, ОГ1 (n = 86)	Деадаптивний тип, ОГ2 (n = 41)
<b>Провокуючі чинники</b>			
Макросоціальні	— глобальні негативні суспільні події	— безробіття	— відсутність перспектив у житті; — безробіття
Мікросоціальні	— тяжка хронічна хвороба (власна або близького родича)	— родинні конфлікти, погіршення відносин з батьками; — погіршення матеріально-побутових умов; — хронічна хвороба	— розлучення, смерть близьких; — ізоляція та позбавлення волі; — погіршення матеріально-побутових умов; — хронічна хвороба
<b>Підтримуючі чинники</b>			
Особливості соціальної дезадаптації	—	— аутоагресивна поведінка; — відчуття ворожого ставлення до себе; — низька самооцінка	— вживання ПАР; — кримінальні дії; — розрив соціальних зв'язків; — відчуття безнадійності
Соціальний стан	— задоволеність соціальним статусом і функціонуванням	— відмова від соціальної активності; — незадоволення, але упокорення соціальним статусом і функціонуванням	— незадоволеність соціальним станом і функціонуванням при завищеній самооцінці

Проблеми в афективній сфері включають низку 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 принижено, переможено 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 стражданню інших.

Порушення в соціальному функціонуванні проявляються за субдезадаптивним або дезадаптивним типом пристосувальної поведінки, облігатним проявом яких є труднощі в почутті близькості з іншими: людина або демонструє незацікавленість в особистих взаєминах і соціальної залученості в цілому, або, час від часу може мати близькі або насичені взаємини, але відчуває труднощі в їх підтримці.

Узагальнення отриманих результатів стало підґрунтям для розроблення підходів до комплексної терапії віддалених проявів ПТСР. Пропоновані підходи, в першу чергу, декларують необхідність інтегративного характеру впливів, тобто сполучати в собі як немедикаментозні (психотерапевтичні), так і медикаментозні терапевтичні засоби. Вибір фармакологічних препаратів для лікування постраждалих осіб, безперечно, повинен проводитись з урахуванням вікових обмежень, клінічного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР

(афективно-сенситивного або експлозивно-поведінкового), особистісними і фізіологічними особливостями хворого, доступністю медичної допомоги та, за можливості, толерантністю мікросоціального оточення.

Фармакотерапія хронічного ПТСР призначалась відповідно до затверджених МОЗ України стандартів лікування даної нозології та мала значну тривалість. У випадку доклінічних віддалених проявів ПТСР медикаментозне лікування мало нетривалий характер і полягало у корекції симптоматичних розладів сну, поведінки, фобій та емоційних розладів. В залежності від клінічних особливостей, наявності коморбідних розладів, базова терапія включала призначення транквілізаторів, снодійних препаратів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, β-адреноблокаторів (вегетостабілізаторів), ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів, стабілізаторів настрою, іноді — малих доз антипсихотичних препаратів. При цьому диференційований характер фармакотерапії враховував провідний клінічний синдромологічний варіант симптоматики віддалених проявів ПТСР:

1) при афективно-сенситивному — базова терапія антидепресантами селективної або подвійної дії доповнювалася призначенням транквілізаторів, а також м'яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією;

2) при експлозивно-поведінковому — призначалися коректори поведінки, нормотимики, м'які нейролептики;

3) за умови присутності вираженої астенічної симптоматики до базової терапії антидепресантами зі стимулюючою дією приєднувалися церебропротектори, при наявності порушень сну — снодійні препарати.

Протягом лікування у пацієнтів зменшувались афективні порушення, які проявлялись, насамперед, у вигляді зниженого настрою, тривожності, звуженням кола загальних інтересів, підвищеною стомлюваністю і зниженою активністю тощо. Критерієм результативності проведеного лікування стало зменшення вираженості ідей провини або — навпаки — «героїзації», песимістичного бачення майбутнього. Вже на початку лікування зменшувались порушення сну в фазі засинання та емоційне забарвлення снів. Інколи недовіком застосування деяких препаратів був виражений седативний ефект в денний час.

Призначення фармакотерапії призвело до зменшення інтенсивності і частоти проявів афективної психопатологічної симптоматики: знизився рівень депресивності, редукувалися напади тривоги, стабілізувався настрій, апетит та нічний сон. Поступово сформувалася впевненість в собі, у своєму майбутньому, зникло почуття відчаю і безпорадності. Ефективність медикаментозного лікування на пряму корелювала з психологічною налаштованістю мікросоціального оточення.

Психотерапевтична складова комплексного лікування передбачала врахування пріоритетних завдань та видів психотерапевтичного втручання, які здійснювалися на тлі постійної турботи про встановлення й підтримку достатнього рівня комплаєнсу, а саме:

**1. у разі експлозивно-психопатичного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР:**

— для виявлення «дефектів» соціальної адаптації, визнання і прийняття факту хвороби, корекції неадекватних реакцій на неї, формування мотивації до фармакотерапії і групової психотерапії, формування адекватних планів на майбутнє — пропонується використання проблемно-орієнтованої психотерапії;

— для ідентифікації проблем та усвідомлення неадекватних когніцій, дистанціювання від них та формування

більш гнучких правил поведінки — пропонується використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії;

**2. у разі афективно-сенситивного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР:**

— для оптимізації поведінки, подолання відчуття невпевненості у собі і страху спілкування — пропонується використання поведінкових тренінгів релаксації, самопомоги, техніки десенсибілізації;

— для подолання страху перед виявленням своїх емоцій та фізичним контактом з оточуючими, підвищення комунікативних здібностей — пропонується застосування тілесно-орієнтованої психотерапії;

— для виявлення і корекції дезадаптивних особистісних настанов, формування здатності самостійно визначати життєві пріоритети — пропонується використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії;

— для покращання когнітивної диференційованості, соціальної перцепції, комунікативної проблемно-вирішальної поведінки — пропонується використання підтримуючої психотерапії;

— для нормалізації реакції родини на наявність у родича віддалених проявів ПТСР, посилення сімейного опору хворобі, зниження сімейного навантаження — пропонується використання сімейної психотерапії.

Таким чином, підходи до комплексного лікування осіб з віддаленими проявами ПТСР, які перенесли в дитинстві психотравмуючий вплив катастрофічної події, передбачають комплексний характер допомоги й інтеграцію медикаментозних і психотерапевтичних впливів, диференційованих в залежності від клінічного синдромологічного варіанту та механізму його формування, причому, за нашими спостереженнями, ефективність терапії на пряму залежить від обсягу застосування психотерапевтичних впливів.

#### Список літератури

1. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. [та ін.] — Х., 2002. — 47 с.
2. Post-traumatic stress disorder: medicine and politics / D. J. Stein, S. Seedat, A. Iversen, S. Wessely // *Lancet*. — 2007. — Vol. 369. — P. 139—144.
3. Yufik T. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms / T. L. Yufik, J. Simms // *J. Abnorm. Psychol.* — 2010. — Vol. 119. — P. 764—776.
4. Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review / R. A. Bryant // *J. Clin. Psychiatry*. — 2011. — Vol. 72. — P. 233—239.
5. Порівняльний аналіз епідеміологічних даних щодо невротичних розладів та етногенетичних характеристик населення України / [Марута Н. О., Кутіков О. Є., Семікіна О. Є., Череднякова О. С.] // Тезиси науч.-практ. конф. с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологии в современную медицину», АР Крым, Ялта, 6—7 июня 2013 года // *Таврический журнал психиатрии*. — 2013. — Т. 17. — № 2 (63). — С. 47.
6. Волошин П. В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкоритов // *Международный медицинский журнал*. — 2000. — Т. 6. — № 3. — С. 31—34.

Надійшла до редакції 14.07.2014 р.

**БУЧОК Юрій Степанович**, асистент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету Міністерства освіти і науки України, м. Ужгород; e-mail: bouchok@rambler.ru

**BUCHOK Yurii Stepanovych**, Assistant of the Department of Neurology, neurosurgery and psyhyatry of medical faculty Uzhhorod National University of Ministry of Education and Science of Ukraine, Uzhhorod; e-mail: bouchok@rambler.ru