

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ФОРМУВАННЯ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДДАЛЕНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Доктор медичних наук, проф. Підкоритов В. С.,
Доктор психологічних наук, проф. Шестопалова Л. Ф.,
Канд.мед.наук Бучок Ю. С.

Надзвичайні (екстремальні) ситуації (НС) характеризуються, перш за все, надсильним впливом на психіку людини, що викликає у неї травматичний стрес. Медико-психологічні і психіатричні наслідки перебування людини в умовах НС стосуються всіх рівнів її функціонування (фізіологічного, особистісного, соціально-комунікативного та ін.), суттєво погіршують стан здоров'я та якість життя потерпілих [1, 2, 6]. 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 у 15% можуть виникати окремі його симптоми [2, 4, 12].

Жителі Закарпатської обл., особливо молодого (19 – 25 р.) 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 [3, 8, 10, 11]. Згідно наукових даних, 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 [2, 9, 10].

Особливої уваги заслуговує питання віддалених проявів перенесеної в дитинстві катастрофічної події, яка до теперішнього часу є прогалиною в вітчизняних наукових дослідженнях. Це обумовлює відсутність в нашій країні дієвих алгоритмів лікувально-реабілітаційної роботи з такою категорією пацієнтів. Вищезазначене викликає нагальну необхідність проведення спеціального дослідження з такої тематики.

Метою нашого дослідження було на основі аналізу клініко-психопатологічної специфіки віддалених проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та ідентифікації ролі біологічних, психологічних й психосоціальних чинників в їх розвитку і перебігу розробити підходи до їх комплексного лікування.

Дослідження мало лонгитудінальний характер і складалось з двох етапів. Перший етап був реалізований у 2001 – 2002 рр., коли було здійснено клініко-психопатологічне обстеження 305 дітей 9 – 15 років (учнів 3 – 8 класів шести загальноосвітніх шкіл Хустського району Закарпатської області), які 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 і їх мікросоціальне оточення, спостерігалися у фахівців включно до 2002 року. На цьому етапі частина дітей (136 осіб) отримали своєчасну терапевтичну допомогу, що призвело до поліпшення їх психічного стану.

У 2009 – 2013 рр. зі 161 особою з тих, хто був обстежений у 2001 – 2002 рр., був встановлений зворотній зв'язок, та вони погодились взяти участь у повторному клініко-психопатологічному і психодіагностичному обстеженні (з них 85 (52,8%) жінок і 76 (47,2%) чоловіків). 53% обстежених проживали в міських умовах, 47% – у сільській місцевості. 75,4% осіб у дитячому віці проживали в низинних районах області, де наслідки повені

носили найбільш масивний і руйнівний характер, а 24,6% жили в гірській місцевості, де його наслідки повені були менш руйнівними. За етнокультуральним складом обстежені пацієнти були представлені: 57% – українці, 37% – угорці, 5% – представники інших національностей. Більшість обстежених (97%) виховувалися в релігійних сім'ях з стійкими релігійними традиціями і тісними зв'язками в конфесійних громадах (римо-католицька, греко-католицька, протестантська). Батьки 3% обстежених страждали на психічні розлади (алкогольна залежність, епілепсія, шизофренія). До перенесення стресорного впливу 86% були психічно і соматично здоровими, тому за медичною допомогою не зверталися і на обліку не перебували.

Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи представлений на рис. 1.

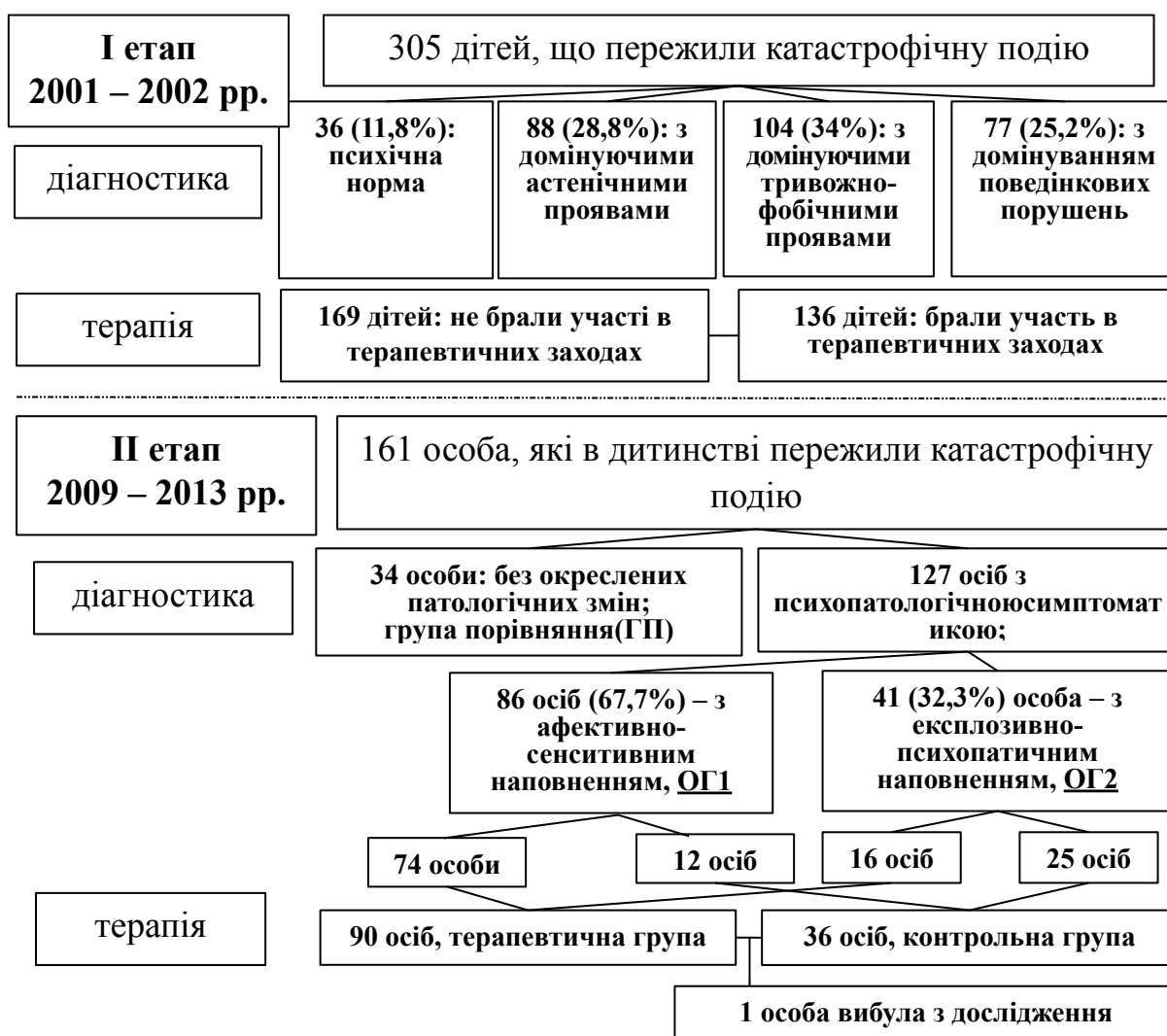


Рис. 1. Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи.

Перший етап дослідження передбачав використання клініко-психопатологічного методу, доповненого цільовим анкетуванням та довільним інтерв'ю дітей, які перенесли катастрофічні повені. На другому етапі роботи процедура клініко-психопатологічного обстеження включала розгорнуте клінічне інтерв'ю з аналізом психічного стану (за діагностичними критеріями МКХ-10), аналіз анамнестичних даних. При цьому враховувалися синдромальні характеристики психічного розладу, фіксувалася тривалість та особливості динаміки. Вивчали й медичну документацію (історії хвороби, виписки з історій хвороби, амбулаторні картки, довідки, протоколи засідань МСЕК).

Клініко-психопатологічне обстеження було доповнено шляхом психометричного шкалування при визначенні вираженості психопатологічної симптоматики за допомогою шкали депресії Бека BDI [5] та опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R [7].

Вираженість посттравматичної симптоматики оцінювали з використанням Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу MississippiScaleforCombat-Related PTSD та шкали оцінки впливу травматичної події ImpactofEventScale IES-R [7].

Психодіагностичний метод включав діагностику життєвих цінностей (за методикою «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча за А. А. Кареліним, 2000), а також аналіз особистісних властивостей обстежених (за 16-факторним особистісним опитувальником Р. Кеттела (форма С) Sixteen Personality Factor Questionnaire, 1970) як преморбідного тла для розвитку та прогресивності віддалених проявів ПТСР. Також застосовували методику інтегративної оцінки якості життя Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez і співавт. (1999). В якості критеріїв ефективності пропонованих заходів комплексної терапії розглядалась динаміка показників вираженості психопатологічної симптоматики (за опитувальником SCL-90-R) та якості життя (за однойменною методикою).

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. До того ж, встановлена відсутність розбіжностей клініко-психопатологічної симптоматики у дітей, які пережили однократний (ОТВ) або двократний (ДТВ) травматичний вплив. Так, поширенішими психопатологічними симптомами у обстежених були встановлені: прагнення до ізоляції і обмеження контактів (ОТВ – 72,4% та ДТВ – 92,8%); підвищена стомлюваність і знижена активність (ОТВ – 69,4% та ДТВ – 91,3%); знижений настрій (ОТВ – 69,4% та ДТВ – 94,2%); напади безпричинної дратівливості (ОТВ – 66,3% та ДТВ – 94,2%); зниження яскравості емоційних реакцій (ОТВ – 64,3% та ДТВ – 91,3%); нав'язливі спогади (ОТВ – 62,2% та ДТВ – 88,4%); втрата життєвих інтересів (ОТВ – 59,2% та ДТВ – 84,1%); прояви флешбек-феноменів були менш значними і спостерігалися трохи більш, ніж у половини обстежених (ОТВ – 52,0% та ДТВ – 73,9%); уникаюча поведінка (ОТВ – 54,1% та ДТВ – 76,8%); безконтрольна агресія (ОТВ – 36,7% та ДТВ – 52,2%). Помітною була питома вага тих симптомів ПТСР, що відображали порушення у соматовегетативній сфері: зниження апетиту (ОТВ – 64,3% та ДТВ – 91,3%); прискорене серцебиття – (ОТВ – 59,2% та ДТВ – 84,1%); симптоми м'язової напруги – (ОТВ – 56,1% та ДТВ – 79,9%); неприємні відчуття в епігастрії – (ОТВ – 45,9% та ДТВ – 65,2%).

Серед наявної симптоматики було встановлено декілька провідних клініко-психопатологічних симптомокомплексів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний – 13,7% й астенічний – 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 одноманітних іграх або малюнках; лякаючі сни без чіткого змісту або нічні кошмари; почуття безперспективності та імпульсивність.

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

Аналіз клінічної динаміки встановленої психопатологічної симптоматики дозволив виділити 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 і отримання здібності до успішного соціального функціонування. Заходи носили комплексний характер і адресувалися до усіх проявів захворювання, а також факторів 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 склала 78,7%.

На другому етапі дослідження, з загальної кількості обстежених (161 особа), клінічно окреслені й донозологічні мозаїчні 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., серед 127 з них і були діагностовані віддалені прояви ПТСР. Крім того, клініко-анамнестичним аналізом виявлено, що ОГ склали хворі з прогресивним (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 класифікували 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 трапалося; 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. Внаслідок цього виникало почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що втілюється в прагненні до відособленого, ізольованого існування. 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. Досить розповсюдженим був також симптом психогенної амнезії. Травматичні спогади первісно зберігалися в пам'яті у вигляді обривкових сенсорних фрагментів, семантично не пов'язаних воедино, що у випадку повторного переживання ситуації мимоволі спливали у свідомості у формі різних сомато-сенсорних дисоціативних проявів різної модальності, до яких відносяться 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 з виділенням двох клінічних синдромологічних варіантів віддалених проявів ПТСР:

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

2) експлозивно-психопатичного 41 (32,3%), якому були притаманні прояви неадекватної агресивності, аддиктивної 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 диференціації особливостей проявів віддалених наслідків ПТСР за результатами комплексного аналізу, досліджено взаємозв'язки чинників ризику їх виникнення. Із прогностичною метою відокремлено вплив біологічних, психосоціальних та психологічних чинників, які впливають на ступінь вираженості віддалених наслідків ПТСР, в залежності від провідного синдромологічно-клінічного варіанта, а саме, афективно-сенситивного та експлозивно-психопатичного. Найбільш значущими біологічними чинниками, які мали предрисуючий 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 ($p < 0,05$).

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 (вісь Z МКХ-10) та руйнація батьківської родини ($p < 0,05$).

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 генезі 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» ($p < 0,05$).

Розгляд особливостей пристосування обстежених у суспільстві дозволив виділити 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 виділити предиспонууючі, провокуючі та підтримуючі чинники, що є підґрунтям викривлення соціального функціонування обстежених (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Чинники предиспонууючої дії в генезі деформації соціального пристосування у осіб, які перенесли в дитинстві вплив катастрофічної події

Чинники	Адаптивний тип пристосування, ГП, n=34	Субдезадаптивний тип пристосування,	Дезадаптивний тип пристосування,
Психосоціальні			
<i>Контекстуальні чинники МКХ-10</i>	—	- труднощі організації життєдіяльності (Z73);	- деформація образу життя (Z72); - патологія первинної підтримки у родині (Z63);
<i>Руйнація батьківської родини</i>	- етнічні чи релігійні особливості життєвого стилю сім'ї;	- викривлені родинні стосунки; - порушення внутрішньо-родинних	- деструкція відношення до праці та деспотична родина;

<i>Особливості соціальної взаємодії</i>	- «не підпорядкованість» , - 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
Психологічні			
<i>Особистісні особливості</i>	- активність; задоволеність життям, - не егоїстичність	- емоційна лабільність; - замкнутість; - низька самооцінка	- емоційна холодність; - імпульсивність; - жорстокість
<i>Мотиваційні особливості</i>	- наслідування позитивної поведінки інших	- пасивний протест	- залежність від настрою

Таблиця 2

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

Чинники	Адаптивний тип, ГП, n=34	Субдезадаптивний тип, ОГ1, n=86	Деадаптивний тип, ОГ2, n=41
Провокуючі чинники			

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;	- розлучення, смерть близьких; - ізоляція та позбавлення волі; - погіршення матеріально- побутових умов; - хронічна хвороба
Підтримуючі чинники			
Особливості соціальної дезадаптації	—	- аутоагресивна поведінка; - відчуття ворожого відношення до себе; - низька самооцінка	- вживання ПАР; - кримінальні дії; - розрив соціальних зв'язків; - відчуття безнадійності
Соціальний Стан	- задоволеність соціальним статусом і функціонуван ням	- відмова від соціальної активності; - незадоволення, але упокорення соціальним статусом і функціонуванням	- незадоволеність соціальним станом і функціонуванням при завищеній самооцінці

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.

В генезі даного розладу вагомий вплив 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, 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 принижену, переможену 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.

Порушення в соціальному функціонуванні проявляються за субдезадаптаційним або дезадаптаційним 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 основою для розробки 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), особистісних і фізіологічних особливостей хворого, доступністю медичної допомоги та, за можливості, толерантністю мікросоціального оточення.

Фармакотерапія хронічного ПТСР призначалась згідно 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:

- при афективно-сенситивному – базова терапія антидепресантами селективною або подвійною дією доповнювалася призначенням транквілізаторів, а також м'яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією;

- при експлозивно-поведінковому – призначалися коректори поведінки, нормотиміки, м'які нейролептики.

За умови присутності вираженої астеничної 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, звуженні кола загальних інтересів, підвищеній стомлюваності і зниженій активності та ін. Критерієм результативності проведеного лікування стало зменшення виразності ідей провини або – навпаки – «героїзації», песимістичного бачення майбутнього. Вже на початку лікування зменшувались порушення сну в фазі засинання та емоційне забарвлення снів. Інколи недоліком 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 підтримки достатнього рівню комплаєнсу, а саме:

1. для експлозивно-психопатичного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР:

- для виявлення «дефектів» соціальної адаптації, визнання и 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. для 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 установок, формування здібності самостійно визначати життєві пріоритети – пропонується використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії;

- для покращення 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 і інтеграцію медикаментозних і психотерапевтичних впливів, диференційованих в залежності від клінічного синдромологічного варіанту та механізму його формування, причому, за нашими спостереженнями, ефективність терапії напряму залежить від об'єму застосування психотерапевтичних впливів.

В результаті впровадження запропонованих лікувальних підходів у пацієнтів ТГ встановлена редуція психопатологічної симптоматики (середнє значення загального індексу тяжкості симптоматики становило 0,35, при вихідному значенні 0,63), та підвищення середнього показника загальної якості життя (7,15 при вихідному 6,2 балів). У осіб КГ, навпаки, спостерігалась

зворотна тенденція: подальше прогресування клініко-психопатологічних проявів (середнє значення загального індексу тяжкості симптоматики становило 0,71 при вихідному значенні 0,63) та зниження якості життя (4,9 при вихідному 6,2 балів).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що серед дітей, які пережили катастрофічну подію природного характеру, у 88,2% діагностується психопатологічна симптоматика ПТСР. У 14,1% має місце клінічно виражений ПТСР, у 74,1% – донозологічні мозаїчні його прояви. Вираженість клінічних проявів залежить від віку дитини, рівня залученості в стресорну подію та характеру реагування на катастрофу найближчих родичів (батьків).

Наявна симптоматика представлена трьома клініко-психопатологічними симптомокомплексами 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). За типами перебігу, прояви ПТСР у дітей розподіляються на прогресивний (20,8%), стабільний (38,3%) і регресивний (40,9%).

У більшості осіб, в яких в дитинстві були встановлені прояви ПТСР з прогресивним і стабільним типами перебігу, та які в той період не отримали медичної допомоги, в дорослому віці діагностується клінічно окреслена (17,3%) та донозологічна різноманітна симптоматика ПТСР (82,7%). Клініко-психопатологічна картина, притаманна даному контингенту, типологізується з виділенням двох клінічних синдромологічних варіантів віддалених проявів ПТСР: афективно-сенситивного (67,7%), що виражається тривожною, депресивною, фобічною симптоматикою, сенситивним струменем та прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося, і експлозивно-психопатичного (32,3%), якому притаманні прояви неадекватної агресивності, аддиктивної поведінки та дисфорії.

Виявлені біологічні, психологічні і психосоціальні чинники та їх роль в розвитку віддалених проявів ПТСР. Найбільш значущими біологічними чинниками, які мають предиспонууючий 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. Найбільш впливовими психосоціальними чинниками, які відіграють значущу роль у формуванні віддалених проявів ПТСР, є наявність контекстуальних факторів та руйнація батьківської родини.

Серед провідних психологічних чинників виділені загальні, 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. Для афективно-сенситивного клінічного варіанту найбільший вплив має брак самореалізації, а також реагування на травматичну подію за типом «уникання». В генезі експлозивно-психопатичного синдромологічного варіанту серед психологічних факторів найбільш вагомого впливу завдають домінування інструментальних цінностей, а також домінування «вторгнення» як типу реагування на травматичну подію.

Виділено три типи соціального пристосування осіб, які в дитинстві перенесли катастрофічну подію природного характеру. Для осіб без віддалених проявів ПТСР характерним є адаптивний тип, пацієнтам з афективно-сенситивним синдромологічним клінічним варіантом притаманний субдезадаптивний, а хворим з експлозивно-психопатичним варіантом – дезадаптивний тип пристосування в суспільстві.

Узагальнення отриманих даних дозволяє стверджувати, що віддалені прояви ПТСР є окремим клінічним конструктом, складовими якого є: а) стрижневі симптоми ПТСР; б) порушення афективної та/або поведінкової сфер, самоорганізації і сфери уявлень про самого себе; в) дезадаптація соціального пристосування, зокрема, міжособистісних відносин та ставлення до оточуючого світу.

Обґрунтовані й розроблені підходи до комплексної терапії віддалених проявів ПТСР, що передбачає інтегративність лікувальних впливів зі сполученням психотерапевтичних й фармакотерапевтичних засобів, які різняться в об'ємі та змісті в залежності від клінічного синдромологічного варіанту. Система складається з поєднання психофармакотерапевтичних і психотерапевтичних впливів, основу яких складають когнітивно-біхевіоральна терапія. Ефективність розроблених заходів доведена за даними дослідження динаміки клінічної картини та змін в якості життя пацієнтів.

Література

1. Волошин П. В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 33–37.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін. // Методичні рекомендації. – 2014. – 80 с.
3. Ковалёв В. В. Панические тревожно-депрессивные состояния у детей и подростков, перенесших стихийные бедствия и катастрофы / В. В. Ковалёв, Н. К. Асанова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1993. – № 93 (3). – С. 60 – 64.
4. Костюченко С. Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков / С. Костюченко. – Нейронews. – 2013. – № 3 – С. 62 – 65.
5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – С. 77 – 104.
6. Посттравматичні стресові розлади. Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2013. – 224 с.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

8. 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.
9. Cook A. Complex trauma in children and adolescents / A. Cook, J. Spinazzola, J. D. Ford [et al.] // Psychiatr. Ann. – 2005. – Vol. 35. – P. 390 – 398.
10. Prigerson H. G. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 / H. G. Prigerson, M. J. Horowitz, S. C. Jacobs [et al.] // PLoS Med. – 2009. – Vol. 6. – P. 8.
11. Rutter M. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology / M. Rutter, R. Uher // Int. Rev. Psychiatry. – 2012. – Vol. 24. – P. 514 – 529.
12. 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.

АННОТАЦИЯ

Подкорытов В. С., Шестопалова Л. Ф., Бучок Ю. С. Особенности клиники, формирования и комплексного лечения отдаленных проявлений посттравматического стрессового расстройства.

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, которые согласились принять участие в повторном обследовании (161 человек), клинически

очерченные (17,3%) и донозологические мозаичные психопатологические проявления (82,7%) выявлены у 127 респондентов, составивших основную группу (ОГ) исследования; 34 человека без психопатологических расстройств образовали группу сравнения. Установлены два клинических варианта отдаленных проявлений ПТСР: 1) аффективно-сенситивный (67,7%); 2) эксплозивно-психопатический (32,3%). Показано, 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, ощущения себя как униженного, побежденного человека, испытывающего трудности в межличностных отношениях.

Разработанные подходы к лечению базируются на необходимости 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.

ANNOTATION

Pidkoritov V. S., Shestopalova L.F., Buchok Yu. S. Clinical features, formation and complex treatment of term manifestations of post-traumatic stress disorder.

During 2001 - 2013 years the longitudinally study who purpose was to analyze the clinical specificity of clinical and psychopathological manifestations term effects of PTSD, identifying the role of biological, psychological and psychosocial factors in the irdevelopment 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 TransCarpathian region, and suffered massive traumatic impact of the catastrophic floods of 1998 and 2001. At this stage, the patient showed three major clinical and psychopathological symptoms: 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 issued feedback, and who agreed to participate in this survey (161 people), clinically defined psychiatric manifestations and mosaic in 127 respondents constituted the main group (MG) research; 34 people with psychopathological

Disorders accounted for group of comparisons. Are two clinical variants: 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 function in 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 fusion of psychotherapeutic effects.

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