

**Чистовська Ю.Ю.**

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

*У статті обґрунтовано теоретико-методологічні основи та психофізіологічні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу. Основною парадигмою, яка узагальнює механізми розвитку класичного / психофізіологічного і психологічного стресу, є концепція алостазу. Надтривала напруга нейроендокринної регуляції призводить до збоїв в організмі, що позначається як «алостатичне навантаження», основним проявом якого є тривале підвищення концентрації глюкокортикоїдів, що виходять за межі фізіологічних значень. Водночас «слабкими ланками» у центральній нервовій системі (ЦНС) є гіпокамп, мигдалина і префронтальна кора. Дія глюкокортикоїдів на ці структури викликає когнітивні розлади, які можуть мати і соматичні еквіваленти.*

*Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено корекційно-реабілітаційну програму, у якій використовувалися психологічні методи, техніки розслаблення та медитації, а також загальний руховий режим. Теоретичною основою для програми психологічної корекції ми обрали травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію (TF-CBT).*

*Дослідження проводилось на 37 особах чоловічої статі віком 25–45 років, які до цього брали участь у бойових діях на Донбасі, а потім перебували на реабілітації в санаторії «Мошногір'я». Під час проведення дослідження ми переконалися у тому, що в пацієнтів маніфестація симптомів С та D відбулась саме після травмивної події. Якщо стан пацієнта відповідав діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, то він визначався як такий, що відповідав діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, який розвинувся в посттравматичний період.*

*Для діагностики частоти й інтенсивності стресогенних чинників використовувалась шкала клінічної діагностики Clinician Administered PTSD Scale for DSM (CAPS) для оцінки посттравматичного стресового розладу. Як додатковий інструментарій для оцінки вираженості психопатологічних проявів посттравматичного стресового розладу ми використали «Контрольний список симптомів» (SCL-90-R). Отриманий експериментальний матеріал обробляли методом варіаційної статистики за допомогою програми SPSS 23.*

*Результати дослідження показали наявність достовірних відмінностей ( $p < 0,01$ ) між значеннями шкал соматизації – Somatization (SOM), міжособистісної тривожності (INT), депресії – Depression (DEP).*

**Ключові слова:** *посттравматичний стресовий розлад, стрес, соматизація, обесивність – компульсивність, міжособистісна тривожність, депресія, тривожність, ворожість, фобії, паранояльність, психотизм.*

**Постановка проблеми.** Проблема вивчення, діагностики та корекції негативних наслідків, що виникають через вплив стресогенних чинників, джерелами яких є різні травмивні події (аварії, катастрофи, військові дії, насильство), належить до найбільш актуальних.

Наслідками участі в бойових діях, окрім поранень та інших фізичних ушкоджень, можуть бути різні порушення психічного здоров'я. Найчастіше серед порушень психіки діагностується посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР). Велика кількість військовослужбовців отримують поранення різного ступеня тяжкості під час

ведення бойових дій. Звичайно, їм надається перша медична допомога і кваліфікована спеціалізована у військових госпіталях та спеціальних медичних установах, але дуже суттєве значення має також і подальша реабілітація військовослужбовців для цілковитого відновлення їхніх функцій і можливості повноцінно працювати і жити в суспільстві. Ідеться як про фізичну реабілітацію, так і про психологічну.

Незважаючи на те, що останні десятиліття кількість досліджень, які присвячені вивченню наслідків перебування людини у травмивній ситуації, зростає, чимало теоретико-методологічних

питань даної проблематики залишаються невирішеними та дискусійними.

Значна частина робіт, що стосуються ПТСР, концентрують увагу на епідеміології, етіології, патогенезі, діагностиці та терапії ПТСР. Дослідження проводять на різних вибірках: комбатантах, жертвах насильства і тортур, постраждалих від антропогенних та техногенних катастроф, осіб, хворих на загрозлив для життя захворюваннями, біженців, рятувальників та інших.

Основні категорійні поняття, якими оперують дослідники, що працюють в даному напрямі, такі: «травма», «травматичний стрес», «травматичні ситуації» і «посттравматичний стресовий розлад».

Але, як зазначають багато науковців, наслідки перебування у психотравмувальних ситуаціях не обмежуються появою гострого стресового розладу (далі – ГСР) чи ПТСР; спектр клінічних проявів наслідків надестремального впливу на психіку людини, безперечно, вимагає подальших комплексних та міждисциплінарних досліджень.

Успішність відновлення психічного здоров'я військовослужбовців, які пройшли через горнило бойових дій, залежить не тільки від них самих і медичних працівників. Процес реабілітації, куди, зрештою, входить і адаптація, може тривати до 6 місяців, а в тяжких випадках – кілька років.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Нині основною парадигмою, яка узагальнює механізми розвитку класичного / психофізіологічного і психологічного стресу, є концепція алостазу [1]. Під цим терміном розуміється гомеостаз, який досягається шляхом напруги, а іноді і наднапруження нейроендокринних механізмів регуляції.

Надтривала напруга нейроендокринної регуляції призводить до збоїв в організмі, що позначається як «алостатичне навантаження», основним проявом якого є тривале підвищення концентрації глюкокортикоїдів, що виходять за межі фізіологічних значень. Водночас «слабкими ланками» у центральній нервовій системі (далі – ЦНС) є гіпокамп, мигдалина і префронтальна кора. Дія глюкокортикоїдів на ці структури викликає когнітивні розлади, які можуть мати і соматичні еквіваленти. Виходячи із цих загальнотеоретичних уявлень, приріст рівня вмісту глюкокортикоїдів у хворих із ПТСР є цілком очікуваним фактом. Водночас представляється парадоксальним те, що в жертв Голокосту, жертв терактів, ветеранів військових конфліктів, жертв насильства й інших осіб, що пережили психотраму, рівень кортизолу виявляється зниженим протягом тривалого часу. Отже,

когнітивні розлади можливі й у разі наявності гіпокортизолемії. Важливо відзначити, що для цих людей характерний підвищений рівень чутливості до глюкокортикоїдів, в основі якого лежить підвищення кількості глюкокортикоїдних рецепторів на мембранах клітин-мішеней [2].

Функціональні методи нейровізуалізації з використанням методів позитронно-емісійної томографії (далі – ПЕТ) і функціональної магнітно-резонансної томографії (далі – ФМРТ) проливають більше світла на механізми, що лежать в основі ПТСР і підтримують структурні зміни мозку. Так, у дослідженні [3] виявлено, що загальні нейробіологічні механізми, що лежать в основі тривожних розладів, прояви страху і ПТСР пов'язані з функціональними змінами на рівні поясної звивини і вентромедіального префронтального кортекса. Також ФМРТ- і ПЕТ-дослідження осіб із ПТСР демонстрували зміни в активності мигдалини, вентромедіального префронтального кортекса, гіпокампа [6].

Розроблені різні підходи до дослідження нейронних взаємозв'язків ПТСР. Наприклад, у деяких дослідженнях проводилася оцінка нейронних взаємозв'язків ПТСР щодо специфічних когнітивних функцій із використанням завдань на стимулювання робочої пам'яті, на декларативну епізодичну пам'ять, кодування і пригадування слів або виконавчі функції з різними завданнями. В інших дослідженнях вивчалася емоційна сфера з використанням афективних картинок. Функціональний аналіз загальних нейрональних субстратів ПТСР включає мережу областей мозку, що ініціюють активність структур в області міжтім'яної частини кори і її фронтальної частини, а також лімбічну систему і поясну звивину. Ці області відіграють комплементарну роль у підтримці симптоматики ПТСР, наприклад страхів, зумовлених пов'язаними із травмивними стимулами або нездатністю згадати обставини травми. Зокрема, модель нейронної мережі ПТСР передбачає, що вентромедіальна префронтальна кора не може пригнічувати активність мигдалини, гіперактивація якої призводить до збільшення реакції страху, порушення реакцій згасання реакцій страху і дефіциту регуляції емоцій [7].

У метааналізі було встановлено, що в пацієнтів із ПТСР виявляється гіперактивація середньої поясної кори (middle cingulate cortex) і передньої поясної кори (anterior cingulate cortex), а також структур, які, як передбачається, аналогічні «прелімбічній корі» – структурі, яка відповідає за вираження зумовленого страху [8].

Результати структурної візуалізації мозку демонструють менший обсяг гіпокампа в пацієнтів із ПТСР. Кора гіпокампа бере участь у декларативній епізодичній пам'яті, її ураження викликає відому медіальну амнезію скроневої долі [5].

Також у разі розвитку ПТСР отримані дані про активацію тім'яної частки, зокрема нижньої тім'яної дольки (inferior parietal lobule), проінтерпретовані з позиції оцінки участі цієї зони у сприйнятті болю. У світлі цієї недавньої знахідки, а також з урахуванням доказів існування гіпокампально-тім'яної нейронної мережі ПТСР варто вважати, що нижня тім'яна часточка, можливо, є частиною цієї нейронної мережі і залучена у спогади про біль [4].

Такого роду результати підтверджуються даними метааналізу досліджень структурної нейровізуалізації мозку. У цих даних наводиться висновок про те, що гіпокамп може мати вирішальне значення у формуванні патонейробіологічних і психопатологічних проявів ПТСР через його зв'язки з тім'яною долею.

Для експертних рішень варто використовувати «Шкалу клінічної діагностики ПТСР» (Clinical-Administered PTSD Scale (далі – CAPS)). Вона розроблена для діагностики тяжкості поточного ПТСР як протягом минулого місяця, так і в посттравматичному періоді загалом [8].

Шкала CAPS застосовується зазвичай додатково до структурованого клінічного інтерв'ю (далі – СКІД) (Structured Clinical Interview for DSM) для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти прояву симптомів. Її використовують, якщо під час інтерв'ю діагностується наявність будь-яких симптомів ПТСР або всього розладу загалом [9; 10].

**Постановка завдання.** Гіпотеза – одужання осіб, що страждають на ПТСР, відбувається швидше й ефективніше за умови комплексних реабілітаційних заходів, фізичних та психологічних.

**Мета дослідження** – розробити індивідуальну корекційно-реабілітаційну програму для військовослужбовців, що страждають на ПТСР, і апробувати її.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дослідження проводилось на 37 особах чоловічої статі віком 25–45 років, які до цього брали участь у бойових діях на Донбасі, а потім перебували на реабілітації в санаторії «Мошногір'я». Під час проведення дослідження ми переконались, що в пацієнтів маніфестація симптомів С та D відбулась саме після травмивної події. Якщо стан пацієнта відповідав діагностичним критеріям ПТСР, то він визначався як такий, що відповідав діагностичним критеріям ПТСР, який розвинувся в посттравматичний період.

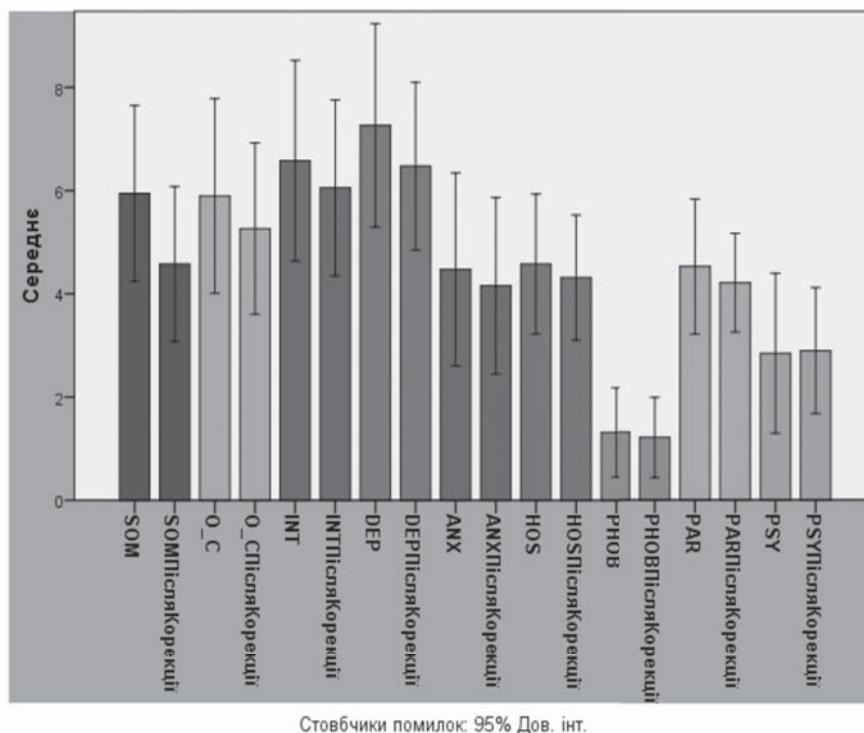


Рис. 1. Динаміка середніх значень показників шкал Контрольного списку симптомів до та після проходження корекційно-реабілітаційної програми

Таблиця 1

**Середні значення показників Контрольного списку симптомів SCL-90-R  
до та після корекційно-реабілітаційної програми**

Статистики парних вибірок				
		Середнє	Стд. відхилення	Стд. помилка середнього
Пара 1	SOM	5,95	<b>3,535</b>	<b>0,811</b>
	SOM після реабілітації	4,58	<b>3,115</b>	<b>0,715</b>
Пара 2	O – C	5,89	<b>3,914</b>	<b>0,898</b>
	O – C після реабілітації	5,58	<b>3,355</b>	<b>0,770</b>
Пара 3	INT	6,58	<b>4,032</b>	<b>0,925</b>
	INT після реабілітації	6,05	<b>3,535</b>	<b>0,811</b>
Пара 4	DEP	7,26	<b>4,094</b>	<b>0,939</b>
	DEP після реабілітації	6,47	<b>3,373</b>	<b>0,774</b>
Пара 5	ANX	4,47	<b>3,878</b>	<b>0,890</b>
	ANX після реабілітації	4,16	<b>3,548</b>	<b>0,814</b>
Пара 6	HOS	4,58	<b>2,815</b>	<b>0,646</b>
	HOS після реабілітації	4,37	<b>2,499</b>	<b>0,573</b>
Пара 7	PHOB	1,32	<b>1,797</b>	<b>0,412</b>
	PHOB після реабілітації	1,11	<b>1,487</b>	<b>0,341</b>
Пара 8	PAR	4,53	<b>2,716</b>	<b>0,623</b>
	PAR після реабілітації	4,32	<b>2,083</b>	<b>0,478</b>
Пара 9	PSY	2,84	<b>3,219</b>	<b>0,739</b>
	PSY після реабілітації	2,68	2,473	0,567

Таблиця 2

**Результати перевірки достовірності відмінностей середніх значень показників  
Контрольного списку симптомів SCL-90-R**

Критерій парних вибірок							
	Парні відмінності					t	Значущість (двостороння) p =
	Середнє	Стд. відхилення	Стд. помилка середнього	95% довірчий інтервал різниці середніх			
				Нижня межа	Верхня межа		
SOM – SOM після реабілітації	1,368	0,895	0,205	0,937	1,800	6,664	0,000
O – C – O – C після реабілітації	0,316	0,820	0,188	-0,079	,711	1,679	0,111
INT – INT після реабілітації	0,526	0,612	0,140	0,231	0,821	3,750	0,001
DEP – DEP після реабілітації	0,789	1,032	0,237	0,292	1,287	3,336	0,004
ANX – ANX після реабілітації	0,316	0,478	0,110	0,086	0,546	2,882	0,010
HOS – HOS після реабілітації	0,211	0,631	0,145	-0,093	0,514	1,455	0,163
PHOB – PHOB після реабілітації	0,211	0,419	0,096	0,009	0,412	2,191	0,042
PAR – PAR після реабілітації	0,211	0,918	0,211	-0,232	0,653	1,000	0,331
PSY – PSY після реабілітації	0,421	1,216	0,279	-0,165	1,007	1,509	0,149



Для діагностики частоти й інтенсивності стресогенних чинників використовувалась шкала клінічної діагностики Clinician Administered PTSD Scale for DSM (CAPS) для оцінки посттравматичного стресового розладу. Шкала дає можливість оцінити частоту й інтенсивність 17 ключових чинників травматичних подій, здійснити їхню інтегральну оцінку.

Як додатковий інструментарій для оцінки вираженості психопатологічних проявів ПТСР ми використали «Контрольний список симптомів» (SCL-90-R). Дана методика має такі шкали: «Соматизація», «Обсесивність – компульсивність», «Міжособистісна тривожність», «Депресія», «Тривожність», «Ворожість», «Фобії», «Паранояльність», «Психотизм».

Отриманий експериментальний матеріал обробляли методом варіаційної статистики за допомогою програми SPSS 23 [11].

На першому етапі всі досліджувані пройшли медичне і психологічне обстеження, що дало нам змогу більш ефективно розробити індивідуальну корекційно-реабілітаційну програму для кожного пацієнта. Програма включала в себе два етапи: перший етап включав в себе інтервенції під час стаціонарного перебування в закладі; другий етап – продовження роботи, але вже в домашніх умовах. Другий етап передбачав роботу над собою: комплекси вправ ЛФК, підтримання загального рухового режиму, а також практику медитацій та релаксації.

На основі здійснених діагностичних процедур проводили диференційовану оцінку необхідності залучення до корекційно-реабілітаційної групи.

Розроблена програма була основана на індивідуально-типологічному підході, що передбачав розгляд багаторівневої системи психологічних властивостей в їхній сукупності. Програма призначена для осіб із ПТСР залежно від психологічного стану, ступеня виразності ознак дезадаптації, динаміки емоційних станів.

Реабілітаційна робота розпочиналась із проведення заходів корекції, поступово переходила у профілактичні заходи, диференційовано для осіб із різними проявами ПТСР. Зусилля були спрямовані на: 1) ліквідацію проявів ПТСР; 2) редукцію високої тривоги і депресії; 3) нівелювання патологічних фізичних та характерологічних станів і тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів; 4) формування продуктивної стратегії поведінки; 5) соціально-психологічне навчання контролю та психічної саморегуляції.

Теоретичною основою для програми психологічної корекції ми обрали травмо-фокусовану

когнітивно-поведінкову терапію (TF-CBT) як таку, що має доказову базу.

TF-CBT є короткостроковою психотерапією, яка має на меті зменшення симптомів, пов'язаних із травматичним подією.

Цей метод був створений Джудіт Коен, Ентоні Маннаріно й Естер Деблінгер у 1980-х рр. Він зосереджений на роботі з негативними емоціями, фізичними реакціями і будь-якими іншими труднощами, пов'язаними із травматичним досвідом [12].

На завершальному етапі ми знову застосували діагностичні методи для оцінки психологічного стану та ступеня вираженості ПТСР, а саме CAPS і SCL-90-R. Це дало нам змогу оцінити ефективність реабілітаційної програми.

**Аналіз власних досліджень та їх обговорення.** Нами було здійснено аналіз відмінностей показників шкал контрольного списку симптомів в осіб, що перебували на реабілітації в санаторії Мошногір'я. На основі даних, наведених на рисунку 1, можна зробити висновок, що дослідження виявило статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності середніх значень до і після проходження корекційно-реабілітаційної програми.

Результати дослідження показали наявність достовірних відмінностей ( $p < 0,01$ ) між значеннями шкал «Соматизація» – Somatization (SOM), «Міжособистісна тривожність» (INT), «Депресія» – Depression (DEP).

Встановлено, що показники шкал «Тривожність» (ANX) та «Фобії» (PHOB) мають слабку достовірність відмінностей середніх величин, ніж шкали «Соматизація» (SOM), «Депресія» (DEP) та «Міжособистісна тривожність» (INT), адже під час перевірки відмінностей критерієм U – Манна – Уїтні різниці виявились достовірними лише на рівні  $p < 0,05$ , що видно з таблиці 2.

За шкалами «Обсесивність – компульсивність» (O – C), «Ворожість» (HOS), «Паранояльність» (PAR) та «Психотизм» (RSY) достовірних відмінностей не виявлено.

**Висновки.** Програма показала ефективність застосування в комплексному лікуванні посттравматичного стресового розладу. Результати дослідження показали наявність достовірних відмінностей між значеннями шкал «Соматизація» – Somatization (SOM), «Міжособистісна тривожність» (INT), «Депресія» – Depression (DEP), «Тривожність» (ANX) та «Фобії» (PHOB) до та після реабілітаційних заходів. Отже, після проходження програми психокорекції в досліджуваних установлено зниження інтенсивності деяких проявів ПТСР.

## Список літератури:

1. Фрідман М.Дж. ПТСР – історія та загальний огляд. Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. Пер. з англ. 2016.
2. Cannon W.B. The wisdom of the body. New York : W.W. Norton, 1932. 215 p.
3. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Москва : Наука, 1979. 126 с.
4. Діагностичні критерії для ПТСР згідно із DSM-5 (2016) DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released. Офіційна публікація Міністерства у справах ветеранів США. Англ.
5. Табаровські І. Що може Україна запозичити із досвіду інших країн щодо ПТСР? (Tabarovsky I. Kennan Cable № 13 : What Ukraine Can Learn from Other Countries' Experiences with PTSD). Публікація Wilson Center, 5 січня 2016 р. Англ.
6. Курцин И.Т. Кортикальные механизмы регуляции деятельности внутренних органов. Москва ; Ленинград, 1966.
7. Суворов Н. Физиология и патология кортико-висцеральных взаимоотношений как научная основа психосоматической медицины. *Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова*. 1986. № 8. С. 1016–1026.
8. PTSD : National Center for PTSD. DSM-5 Measures. URL: [http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/DSM\\_5\\_Validated\\_Measures.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/DSM_5_Validated_Measures.asp) (дата звернення: 01.02.2016).
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. *Збірник наукових праць співробітників Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*. 2016. № 25. 619 с. URL: [http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_YKPMД\\_PTSR.doc](http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMД_PTSR.doc) (дата звернення: 01.03.2016).
10. Посттравматичний стресовий розлад у військових ветеранів / М. Фрідман та ін. 1994. (Post-traumatic stress disorder in the military veteran / M. Friedman et al. *Psychiatric clinics of North America*. V. 17. № 2. P. 265–277). Англ.
11. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации Platinum Editium. Пер. с нем. Санкт-Петербург : ООО «ДиаСофтЮП», 2005. 608 с.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. С. 146–157.

**Chystovska Iu.Yu. PECULIARITIES OF MENTAL HEALTH OF PERSONS WITH PTSD**

*The article substantiates the theoretical and methodological foundations and psychophysiological mechanisms of PTSD development. The main paradigm, generalizing the mechanisms of development of classical (psychophysiological) and psychological stress, is the concept of allostasis. Excessive stress of neuroendocrine regulation leads to disruptions in the body, which is referred to as “allostatic load”, the main manifestation of which is a prolonged increase in the concentration of glucocorticoids beyond physiological values. The “weak links” in the central nervous system (CNS) are the hippocampus, tonsils and prefrontal cortex. The action of glucocorticoids on these structures causes cognitive disorders, which may have somatic equivalents.*

*A correctional and rehabilitation program was scientifically substantiated, developed and implemented, which used psychological methods, relaxation and meditation techniques, as well as general motor regime. We chose trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) as the theoretical basis for the psychological correction program.*

*The study was conducted on 37 males, aged 25–45, who had previously participated in the fighting in the Donbass, and then were in rehabilitation at the sanatorium “Moshnogorye”. During the study, we were convinced that the manifestation of symptoms C and D in patients occurred after the traumatic event. If the patient’s condition met the diagnostic criteria for PTSD, it was defined as one that met the diagnostic criteria for PTSD that developed in the post-traumatic period.*

*To diagnose the frequency and intensity of stressors, the Clinical Diagnostic Scale of the Administered PTSD Scale for DSM (CAPS) was used to assess post-traumatic stress disorder. As an additional tool to assess the severity of psychopathological manifestations of PTSD, we used the “Checklist of symptoms” (SCL-90-R). The obtained experimental material was processed by the method of variation statistics using the program SPSS 23.*

*The results of the study showed significant differences ( $p < 0,01$ ) between the values of the scales somatization – Somatization (SOM), interpersonal anxiety – (INT), depression – Depression (DEP).*

**Key words:** *post-traumatic stress disorder, stress, somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal anxiety, depression, anxiety, hostility, phobias, paranoia, psychoticism.*