

Б. В. Михайлов¹, О. І. Сердюк², І. Д. Вашкіте¹, Т. А. Алієва¹, С. О. Вязьмітінова¹

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії¹;
ДП Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»².

B. V. Mikhailov¹, A. I. Serdyuk², I. D. Vashkite¹, T. A. Alieva¹, S. O. Vyazmitinova¹,
Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy¹;
CP Clinical sanatorium «Resort Berezovsky mineral water»².

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

**СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА У ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО, НАХОДЯЩИХСЯ НА
РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ**

**SOCIAL RISK FACTORS FOR PTSD AMONG THE DEMOBILIZED MEMBERS OF THE
ANTITERRORIST OPERATION, LOCATED ON REHABILITATION IN SANATORIUM CONDITIONS**

УДК 616.891.6-092:616-001

Стаття надійшла до редакції 10.03.2016.

Резюме

Розглядаються загальні питання визначення, етіології і патогенезу, первинної діагностики посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, що знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Приділено увагу соціальним чинникам ризику розвитку ПТСР і медико-психологічній реабілітації демобілізованих учасників АТО в санаторно-курортних умовах.

Ключові слова

посттравматичний стресовий розлад, медико-психологічна реабілітація, санаторно-курортні умови.

Резюме

Рассматриваются общие вопросы определения, этиологии и патогенеза, первичной диагностики посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Уделено внимание социальным факторам риска развития ПТСР и медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях.

Ключевые слова

посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, санаторно-курортные условия.

Resume

The general questions of definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD among the demobilized members of the antiterrorist operation, located on rehabilitation in sanatorium conditions are considered. Attention is paid to the social development of risk factors for PTSD and medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions.

Keywords

post-traumatic stress disorder, medico-psychological rehabilitation, sanatorium-resort conditions.

У основній тенденції сучасного етапу розвитку суспільства як і раніше залишається зростання ролі наукових досліджень і розвитку технологій; при цьому наукова діяльність не тільки визначає стратегічні напрямки цивілізаційного процесу, але і є чинником, що формує якість повсякденного місця існування людини. Успіхи технічних галузей знання призвели до раніше небаченого рівня розвитку техногенної цивілізації. Однак це стало причиною вторинного формування умов, що завдають негативний вплив на організм людини: погіршення екологічних умов, збільшення кількості стресогенних соціально-обумовлених чинників, розширення масштабів техногенних катастроф, виникнення цілого ряду нових і патоморфозу існуючих захворювань. Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що впливає до істотного погіршення рівня психічного здоров'я в популяції [1, 2].

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушені міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження [3].

Найбільш частим з них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70 – 80-х роках минулого століття, проте розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів) описували і діагностували і раніше [2].

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914 – 1918). Е. Краєпелін (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом [3].

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (М. Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стресовим розладом.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття [1].

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій.

Вивчення постраждалих із посттравматичними стресовими розладами дозволило виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, ніж постраждали, у яких не спостерігався вищезазначений розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушення у вступ до статевого зв'язку із кимось з найближчого оточення дитини) корелювало із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки [4, 5].

Преморбідні особистісні особливості хворих із посттравматичними стресовими розладами гетерогенні. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку посттравматичних стресових розладів, подібні розлади нерідко виникають і при обесивному, залежному і навіть шизоїдному типі особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками за опитувальниками для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів, ніж люди флегматичнішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важко вирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя [6].

Слід зазначити, що у всіх обстежених нами хворих спостерігалась наявність проблем у мікросоціумі, таких, як, наприклад, конфлікти в родині з батьками або дітьми, друзями, колегами по роботі, розлучення тощо.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відігравали такі три групи чинників.

I. Спадково-конституціональні.

У цій групі необхідно виділити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуовані особливості.

II. Психоемоційні, або психогенні.

Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мали як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відігравали роль психогенії.

III. Психоорганічні.

Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретікулярного комплексу.

Для чоловіків найбільш частими чинниками була участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

З клінічної точки зору посттравматичний стресовий розлад відносився до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка носила патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації являли безпосередню загрозу для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру, – таких, як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо).

Саме тому медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, що призвело до її активного відбудовування та поступового обов'язкового залучення до частини комплексних реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО [7 – 9].

Метою цього дослідження було вивчення соціальних факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну – однойменну – рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і представляється як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

В дослідженні взяло участь 80 демобілізованих учасників АТО, які знаходились на медико-психологічній реабілітації в санаторно-курортних умовах. У ході дослідження основна група з 80 хворих була розділена за Міссісіпською шкалою визначення наявності ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшли 63 хворих з ПТСР (126,7±3,18), та групу втручання 2, в яку увійшли 17 хворих, які не мали ознак ПТСР, але мали скарги на психічний стан (74,5±2,36).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 40 годин за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами були використані наступні шкали суб'єктивної та об'єктивної оцінки: шкала тривоги та депресії М. Гамільтона, шкала депресії А. Бека, шкала діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергерра, адаптована Ю. Л. Ханіним, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

Основні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу спостерігалися у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короточасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «ravor nocturna»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеня «anaesthesia dolorosa psychica».

Більшість обстежених нами хворих із посттравматичним стресовим розладом відзначали емоційне притуплення у відносинах з рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

У більшості облігатними були різні невротичні прояви, які зазвичай розвиваються на тлі відносного тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності в складних умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення тощо).

Багато з обстежених нами хворих втратили інтерес до суспільного життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Спостерігалася втрата здатності до співпереживання і зниження потреби в душевній близькості з іншими людьми. Поручена здатність підтримувати соціальні контакти позначалася і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий перебуває в розлученні.

На тлі вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижувалася працездатність. У ряді випадків у обстежених хворих з'являлася метушлива і непродуктивна діяльність, що була підкреслена домінуванням стану дезадаптації. Нерідко спостерігалася загострення преморбідних індивідуально-типологічних рис.

В клініці в усіх хворих на посттравматичний стресовий розлад загальним було те, що переживання травми ставало головним в житті хворого, змінюючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувався зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

Вираженими особливостями вищевказаних невротичних проявів був тимчасовий характер, нестабільність, парціальність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, що змінилася на сприятливу.

У усіх обстежених хворих з посттравматичним стресовим розладом мало місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих були істотно знижені; спостерігалася також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Хворобливий стан хворих з дезадаптацією характеризувався високим рівнем тривожності (з переважанням астенічних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань відносно свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособистісних комунікацій у поєднанні підвищеної конфліктності і дратівливості з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смысловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості.

Як правило, до колишніх бійців ставляться з нерозумінням і побоюванням, що тільки посилює хворобливу реакцію демобілізованих військовослужбовців на незвичну обстановку, яку вони оцінюють з властивим їм фронтовим максималізмом. Учасники бойових дій зазнали труднощів процесу адаптації до умов мирного життя внаслідок їх конфліктної поведінки в соціальному середовищі: нездатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміси, спроби вирішити спори мирного часу звичними силовими методами. Демобілізовані військовослужбовці підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт, хоча і розуміють, що це неадекватно. Після «фронтвої ясності» конфлікти мирного часу, коли «противник» формально таким не є і застосування силових методів боротьби заборонено законом, виявляються складними для сприйняття військовослужбовців, у яких виробилася миттєва реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом демобілізованим бійцям важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички трохи що хапатися за зброю, в прямому чи переносному значенні [10, 11].

Результати патопсихологічного дослідження показали, що у всіх досліджених хворих був високий рівень реактивної тривоги (ГД1 – 100,0% (46,8±1,04) та ГД2 – 88,2% (45,7±1,23)), як реакція на пережитий стрес, тоді як рівень особистісної тривожності превалював серед хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною (у 93,7% (20,6±2,3)), так і суб'єктивною оцінкою (у 90,5% (44,5±1,12)). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно відчували наявність депресії (у ГД1 – 85,7% (15,1±2,04) та у ГД2 – 64,7% (17±1,3)), але за об'єктивними даними у 76,2% хворих з ПТСР рівень депресії був вищим (17,7±0,5).

На другому етапі була проведена медико-психологічна реабілітація для демобілізованих учасників АТО, яка здійснювалася за ступеневим принципом:

1. Перший ступінь – заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики – сімейної медицини).

2. Другий ступінь (за потребою) – амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії).

3. Третій ступінь (за потребою) – реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.

4. Четвертий ступінь (за потребою) – центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниці».

Змістовною частиною цієї системи була Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, яка розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація – як комплекс заходів, які спрямовані на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

Для вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації були оптимально використані різні фактори, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів.

Тривалість програми – від 12 до 21 діб.

Програма реалізувалася за 3 етапами:

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту –комплаєнсу).

Тривалість – 2 – 3 доби.

Проводилося:

– структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем психологом;

– визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;

– узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

– початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2) Основний (реабілітаційний).

Тривалість – 14 –18 діб.

Проводилося:

– індивідуальна психотерапія (4 сесії);

– групова психотерапія (10 –12 сесій);

– релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

– ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);

–медикаментозна терапія (за показаннями).

У індивідуальній психотерапії перевага надавалася використанню когнітивно-біхевіоральній психотерапії. Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні ПТСР, депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як він оцінює світ». Тобто, якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і поведінка його і емоції будуть відповідними.

Групова психотерапія полягала в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємин і взаємодій, що виникали між учасниками групи, включаючи і ведучого групи (психолога, психотерапевта), в корекційних цілях. Доцільним було створення психотерапевтичних груп закритого типу, кількістю від 10 до 12 учасників, за змістом психотерапевтична робота була спрямована на трансформування життєвої стратегії поведінки за рахунок зміни якості життя та адаптаційних механізмів (соціальної спрямованості).

Індивідуальна та групова психотерапія також носила соціальний напрям, який передбачав два рівня: макросоціальна реадаптація особистості (відновлення і корекція рольової позиції осо-

бистості); мікросоціальна реадаптація особистості (відновлення і корекція мікросоціальних рольових позицій в міжособистісній взаємодії).

В якості релаксаційних методів використовувалась сугестивна особистісно-орієнтована психотерапія, яка проводилася в групах по 10-12 чоловік. Сугестивний вплив у вигляді словесних формул був направлений на зняття емоційної напруги, концентрацію уваги на роботі життєво важливих органів і систем організму, налаштування їх на ритмічну роботу. Розвивалась здатність волевого управління своїми вегетативними функціями, активністю, настроєм, самопочуттям. На психотерапевтичних сеансах засвоювалися формули для аутогенного тренування.

3) Супортивний (завершальний / підтримуючий).

Тривалість – 2–3 доби.

Проводилося:

– індивідуальна психотерапія (2–3 сесії);

– релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

– завершення всіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох групах досліджених у хворих стабілізувався емоційний стан за рахунок вироблення навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалась стабілізація сну, зниження дратівливості, покращення апетиту. Знизився рівень реактивної тривоги ($34,7 \pm 1,82$). За суб'єктивною ($11,2 \pm 0,8$) та об'єктивною ($15,7 \pm 1,1$) оцінкою спостерігалась стабілізація емоційного стану. Хворі відмічали зниження частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ($p < 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перер. та доп. – Х.: ХМАПО, 2014. – 285 с.
2. Малкіна-Пых І. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Справочник практического психолога / И. Г. Малкіна-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
3. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – №6 (76). – С. 59–71.
4. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / R. A. Lanius, E. Vermetten, R. J. Loewenstein [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167. – P. 640–647.
5. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonah, K. Cusack, C. A. Fomeris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. – 2013. – Vol. 92.
6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко [і співавт.]. – МОЗ України, ХМАПО, Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. – Х., 2014. – 30 с.
7. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / рук-во для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
8. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сиропятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська [та ін.]. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.
9. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) – К. – Х., 2015. – 72 с.
10. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко [і співавт.]. – МОЗ України, ХМАПО, Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. – Х., 2014. – 18 с.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».