

Олег Чабан: ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування

Отже, посттравматичний стресовий розлад. Ну, розкриття конфлікту зацікавлення вас не цікавить. А от ці книги я б рекомендував, адже майже всі ті, що я зараз показую, – перекладені або українською, або російською мовами:

- «Отчуждённость от тела при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве», *Йохай Атария, 2018*
- «Терапия комплексного посттравматического стрессового расстройства. Практическое руководство», *Ариэль Шварц, 2020*
- «EMDR: полное руководство. Теория и лечение комплексного ПТСР и диссоциации», *Джим Найп, 2020*
- «Травма та унікаючий пацієнт: стратегії вилікування, які ґрунтуються на привязаності», *Роберт Т. Мюллер, 2010*
- «Управління пост -травматичним стресом. Клінічна настанова» АРА, 2016

Ну, і продовжую розповідати про літературу: знову ж таки, рекомендую почитати Роберта Мюллера «Травма та унікаючий пацієнт», забажаєте – прочитайте «Управління посттравматичним стресом» і, звичайно, я рекомендую Піта Уокера.

- «Комплексний ПТСР: керівництво з відновленню дитячої травми», *Піт Уокер, 2021*

І є ще одна чудова книга – її написали наші грузинські колеги, здебільшого, прототипи взяті із західних гайдлайнів: «Травма, її природа та шляхи одужання». Щоправда, російською й англійською мовою.

- «Травма, ее природа и пути исцеления», *Зураб Беберашвили, Джана Джавахишвили, София Табагуа <http://surl.li/comtq>*

Це не розхвалювання нашої роботи, просто ці праці доволі практичні.

- **«Практикум з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму»** під ред. проф., д-ра мед. наук О.С. Чабана. – К: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2017 <http://surl.li/btput>
- **«Пережить потрясение: помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах»**, Олег Чабан, Ирина Пинчук, Елена Хаустова, Михаил Боро, Елена Москаленко-Моспаненко, Анна Олейник, Ирина Франкова. – Харків: ООО “С.А.М.”, 2015 <http://surl.li/btpvc>
- **«Невідкладна допомога в психіатрії та наркології»**, Чабан О.С., Хаустова О.О., Нестерович Я. М.
- **«Практична психосоматика: діагностичні шкали»**, за ред. Чабана О.С., Хаустової О.О. <http://surl.li/buyq>
- **Center for the Study of Traumatic Stress** <http://surl.li/butlm>

І літературний огляд я закінчу нашою літературою. Це:

- **«Практикум із підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму»;**
- **«Пережить потрясение: помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах».**

Бачите, що там вже є багато статей, перекладених українською, тому ви легко зможете їх почитати, йдеться про різні варіанти ПТСР: у дітей, жінок, військових тощо.

А тепер переходимо до розуміння ПТСР: чому це стало настільки актуальним не зараз, ми просто якби розглядаємо продовження та показуємо, що українські реалії – в сучасній ситуації , під час хронічної війни – нічим не відрізняються від становища у світі.

Статистика ПТСР у світі:

- Розвивається протягом життя в 1-3% усього населення земної кулі, а в 15 % – окремими симптомами;
- Розвивається в 25-30% осіб, які постраждали в результаті надзвичайно травматичних подій;
- Тривалість – від кількох тижнів до 30-ти та більше років;

- Частота виникнення з часом зростає: 80-ті роки – 1-3 %; 90-ті –7-8%, 2000-ні – 10-12%;
- Жінки – 10,4%; чоловіки – 5,0% (в американській популяції).

Поширеність ПТСР

69% дорослого населення повідомляють про пережиті одну та більше важких стресових подій за своє життя.

У 25% людей, які пережили травматичну подію, пізніше розвинулось ПТСР, у 9% – тривалий (Breslau et al., 1991).

55% комбатантів (учасників бойових дій), які брали участь у локальних війнах останніх десятиліть, пізніше страждали ПТСР (Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А., 2005).

У переселенців ПТСР розвивається в 42% (Sheikh, T.L. et al., 2014), а за деякими даним, – до 90% (С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян, 2010).

Генетичний фактор прояву ПТСР – як фатум?

Подвійні дослідження показали, що ризик впливу деяких видів травм може бути сам собою спадковим, що називається «ефектом кореляції ген-середовище» (rGE). (Ліонс та ін., 1993), використовуючи дані з В'єтнамського реєстру «Ера-близнюків» (Eisen et al, 1987; Goldberg et al, 1987), встановили, що спадковість бойової психотравми коливалася від 35 до 47%. У цивільних (Штейн та ін., 2002) встановлено, що вплив міжособистісних травматичних подій був низькоспадковим (~ 20%). Зрозуміло, що рівень впливу травми значною мірою пояснюється генетичними впливами на особистість (Afifi et al, 2010; Jang et al, 2003). Наприклад, пошук відчуттів – це спадкова риса особистості, яка характеризується залученням до ризикової поведінки, наприклад, керуванням автомобілем на високій швидкості (Zuckerman, 1994), що може підвищити ймовірність впливу травми. Крім того, ризик виникнення ПТСР після впливу травми помірноспадковий, навіть після контролю за генетичними впливами на травмування. Дослідження близнюків встановили, що генетичні впливи пояснюють значну частку вразливості до ПТСР, від ~ 30% у чоловікі-ветеранів В'єтнаму (True et al, 1993), до 38% у

вибірці цивільних чоловіків і жінок (Stein et al, 2002), зі зростанням спадковості 72% у молодих жінок (Sartor et al, 2011). Це можна порівняти з іншими інтерналізуючими розладами, такими, як депресивний розлад і панічний (Kendler and Prescott, 2007). Крім того, генетичний вплив на ПТСР може перетинатися з впливом інших психічних розладів. Генетичні впливи на основні депресивних розладів і ПТСР можуть суттєво перекриватися (Fu et al, 2007; Koenen et al, 2007; Sartor et al, 2012). Фенотипи, такі як алкогольна та наркотична залежність (Sartor et al, 2011; Xian et al, 2000) та нікотина залежність (Koenen et al, 2005), поділяють ~ 40% генетичного ризику при ПТСР. Генетичні впливи, характерні для генералізованого тривожного розладу та симптомів панічного розладу, становлять ~ 60% генетичної дисперсії при ПТСР (Chantarujikarong et al, 2001).

У 40% людей – генетична схильність до ПТСР на сильну психотравму. Із них у 60 % – генетична дисперсія тривожно-панічної симптоматики при ПТСР. Тривожно-панічних розладів у світі стає все більше та більше. І ці пацієнти розмиваються в мережі інтернів: вони йдуть до кардіолога (серцебиття), гастроентеролога (розлади шлунко-кишківникового тракту), пульмонолога тощо. Вони ходять до всіх, бо лікують симптоматику, якою займається фахівець.

В мене таке риторичне запитання: а чи не попали вони в ці 60% і, відповідно, не спускаючись до 40% ПТСР? Поки що це – риторичне питання. Головне, запам'ятайте цю цифру – 40%.

Подивіться на цю криву. Цей розрив – те, що «впало» на людину. Жила собі вона мирно, і раптом прилітає ракета, хати немає. Це – сильна травма? Однозначно, дуже потужна травма. Людина переживає стрес. Спочатку кортизол підіймається на дуже високий рівень, а потім крива починає спускатися, рівень стресу з місяцями починає зменшуватися, щоб вийти на стартову лінію продовження життя. Це – природній процес одужання.



І тут я нагадую про ті 40%: тоді що, після сильного стресу кожен другий отримає психічний розлад? Ні, не так! Виявляється дуже цікавий момент: у реальності розладів буде 10-20%. Тоді логічне запитання: як так сталося, що 20% компенсували стрес і вийшли неушкодженими з цієї ситуації? Все залежить від втручань, які можуть змінити траєкторію розладу.

Це – важливий момент. Він має більш практичне значення. Тому що ми з вами – лікарі будь-якої спеціальності, до нас можуть потрапити пацієнти у цей найближчий час, і від того, що ми зробимо чи не зробимо, буде мінятися ця траєкторія.

У більшості людей, які зазнали травми, не розвиваються розлади, пов'язані зі стресом. Але важливо вчасно отримати й соціальну підтримку, і психологічну допомогу.

Це – достатньо цікаві дослідження наших японських колег. Йдеться про військових-ліквідаторів наслідків великого землетрусу в Японії.



Більшість людей – 25% – одужали. Повільне одужання – в 10%. ПТСР – це не фатум, із ним можна працювати, його можна запобігти, це – не генетична домінанта, де ти підіймаєш руки й говориш: «я вразливий, мені достатньо зустрітися із землетрусом чи ДТП – і я вже стану психічно хворим».

Зараз проводять багато генетичних досліджень тригерів травм. Вони зводяться от до чого: ПТСР викликає гормональні зміни, пов'язані з віссю гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA) та в експресії певних генів (VUKOJEVIC et al., 2014).

Тоді виходить, що те, чи розвинеться в людини ПТСР залежить від двох глобальних факторів:

1. Реекспресії травмованих генів;
2. Протекції експресії генів за травматичним типом ще до «зустрічі» з травмою. Іншими словами, що ми заклали в людину в дитинстві, наскільки стресостійкою її виховували, психологічно гнучкою, адаптивною, такою, що вміє обробляти стреси, які трапляються їй. Якщо дорослі навчають її цій протекції, це вже 50% успіху переживання стресу в дорослому віці.

Уявимо, що ПТСР – як будинок, який розвалився:

- Погана георозвідка – генетика;
- Неякісне проектування – епігенетика;
- Вкрадені матеріали в процесі будівництва – виховання;
- Відсутність ремонтів – соматичні проблеми;
- Трамвай поряд, перепланування – стреси.

Я наводжу приклад, де вивчається зв'язок прифронтальної кори, орбітофронтальної кори та лімбічної системи, роботи амігдолої та гіпокампу, які, травмуючись психічною ситуацією, починають між собою невірно взаємодіяти, наприклад, закидаючи в потиличну ділянку травматичну пам'ять, травматичні спогади, і таким чином формується ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад

Префронтальна кора
області, пов'язані з досвідом і регуляцією емоцій

Гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь

Мигдалеподібне тіло
Відповідає за виявлення загрози й умовні та безумовні реакції страху

Гіпокамп
Пам'ять, орієнтація в просторі

ДАРНИЦЯ
це наше

Проблема в тому, що ПТСР – це не просто якийсь розлад, він доволі часто комбінується, він не виокремлений ситуацією психічного переживання. От публікація, яка показує, що проблема ПТСР комбінується з «м'якими» баротравмами = дисфункція гіпофізу:

Отримані дані також свідчать на користь того, що багато ветеранів із діагнозом ПТСР можуть мати гормональні порушення, пов'язані з гіпофізом – пошкодженням залози під час вибуху.

ДАРНИЦЯ
це наше

Близький вибух – людина потрусила головою, в голові гупає тощо. Людина проігнорувала або вирішила: «ну, всі це переживають і рухаються далі». Але, якщо це відбувається часто, а я описує чітку військову ситуацію, пишучи саме цю статтю, то потім через деякий час ми маємо навіть на рівні нейроанатомії дисфункцію гіпофізу.

Потрібно розуміти, що в гострому періоді реакцією на травматичну подію існує крах системи цінностей, переконань, уявлень про світ і про себе (ідентичності), що загалом становить когнітивну модель світу індивіда. Прагнення компенсувати цю катастрофу реалізується у вигляді одночасного існування двох протилежних тенденцій: спроби зберегти колишню систему цінностей і переконань і перегляду та створення нової, більш гнучкої та життєздатної системи.

Тобто, з одного боку, людина намагається переробити, переосмислити травматичну подію для включення цього досвіду у власну когнітивну модель, з іншого — заперечує цю подію, виключає її зі своєї системи світу. Саме відображення цих тенденцій – симптоми ПТСР: вторгнення травми (спогади, сновидіння, інші форми повторного переживання) та її уникнення.

Посттравматичний стресовий розлад МКХ-11 (6B40)

Захворювання, яке може розвинутиися після впливу надзвичайно загрозової, або страхітливої події, або серії подій.

Характеризується (всім наступним):

- 1) повторне переживання травматичної події або подій у сьогоднішній як яскраві нав'язливі спогади, флешбеки або кошмари, що, як правило, супроводжується сильними негативними емоціями, особливо страхом чи жахом, а також сильними фізичними відчуттями;
- 2) уникнення думок і спогадів про подію або події чи уникнення діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію або події;
- 3) стійкі уявлення про підвищену поточну загрозу, наприклад, прояви гіпернастороженості або підвищена реакція переляку на стимули, такі як несподівані шуми (підвищений чотирьохпагорбний рефлекс (старт-рефлекс)).

Основні вияви та симптоми ПТСР у психічних сферах:			
СОМАТИЧНІ	КОГНІТИВНІ/ ПСИХІЧНІ	ЕМОЦІЙНІ	ПОВЕДІНКОВІ
<ul style="list-style-type: none"> • Озноб • Утруднене дихання • Запаморочення • Підвищений артеріальний тиск • Неприємність • Втомилюваність • Скреготіння зубами • Головні болі • Тремор • Нудота • Біль • Рясне потовиділення • Прискорене серцебиття • Судоми • Слабкість 	<ul style="list-style-type: none"> • Звинувачення інших людей • Зниження розумових здібностей • Сплутаність свідомості • Надмірна настороженість • Посилення або погіршення можливостей орієнтації в навколишньому середовищі • Нав'язливі образи • Проблеми з пам'яттю • Нічні жахи • Порушення абстрактного мислення • Порушення пам'яті • Зниження концентрації уваги • Труднощі з прийняттям рішень • Труднощі з розв'язанням проблем 	<ul style="list-style-type: none"> • Ажитація • Тривога • Підвищена настороженість • Уникання • Депресія • Емоційний шок • Страх • Стан пригніченості • Смуток • Почуття провини • Неадекватна емоційна реакція • Дратівливість • Втрата контролю над емоціями 	<ul style="list-style-type: none"> • Зловживання алкоголем • Антисоціальна поведінка • Зміна повсякденної активності • Труднощі у спілкуванні • Зміни в сексуальній поведінці • Зміна мовленнєвої поведінки • Емоційні спалахи • Неможливість розслабитися • Зміна апетиту • Високий темп життя • Надмірне реагування на стимули • Підозрливість • Соціальна самоізоляція

Діагноз посттравматичного стресового розладу визначається через 1 місяць після травматичного впливу та, згідно з Класифікатором ВООЗ, характеризується такими критеріями:

- Критерій А: травматичний вплив стресової події, чи особливо загрозливої, чи жахливої ситуації, яка може спричинити глибокий дистрес практично в будь-кого. Надзвичайно небезпечна, чи жахлива подія, чи серія подій, наприклад: стихійне лихо чи катастрофа, спричинена людським фактором, війна, нещасний випадок, небезпечне для життя захворювання, сексуальне насильство чи зґвалтування, а також – раптова, несподівана, чи насильницька смерть коханої людини; якщо особа виявилася свідком насильницької смерті іншої людини; до травматичних подій також належать переживання, які можуть повторюватися або відбуватися протягом тривалого періоду часу та яких важко або неможливо уникнути, наприклад, тортури, сексуальне чи фізичне насильство над дитиною, насильство в сім'ї тощо.
- Критерій В: кластер повторних відчуттів. Відповідно до класифікатора ICD-11, у цьому кластері розглядаються два симптоми: нав'язливі, тривожні сни, у яких розігрується якийсь фрагмент травмуючої події або пов'язаний із ним переживанням; та сильні образи, що вторгаються або спогади, які залишають відчуття, що травмуюча подія відбувається/повторюється тут і зараз (так званий «флешбек»).
- Критерій С: уникнення/ухилення. Критерії кластера уникнення включають заперечення події, зневіру та наступні спроби ухилення від неї. Він також характеризується двома симптомами: уникненням внутрішніх нагадувань (думок, почуттів, фізичних відчуттів) і зовнішніх нагадувань про досвід (ситуація, люди, місце, предмет тощо).
- Критерій D: Почуття небезпеки в цьому кластері реакція виявляється надпильністю та здриганням.
- Критерій E: визначає клінічно значуще порушення функціонування.

APA DSM-5

- Діагностика посттравматичного стресового розладу в класифікаторі APA DSM-5 розширена. Він уже включає ангедонічний/дисфоричний та екстерналізований фенотипи. Крім того, кількість симптомних груп, необхідних для постановки діагнозу, збільшилася з 3 до 4, симптоми уникнення та заціпеніння/застигання були розділені та представлені

критерієм «уникнення» та новим кластером «стійкі, негативні зміни думок і настрою».

- Розширена симптоматика (20 симптомів) включає постійну негативну оцінку як себе, так й інших, самозвинувачення та самобичування, негативний емоційний стан і недбалу чи ризиковану, саморуйнівну поведінку. Необхідний чинник для встановлення діагнозу – порушення повсякденної життєдіяльності.

DSM-5, яка з 2015 року в нас у роботі

І ключові моменти, які я б виділив:

Травматична пам'ять:

- обов'язкова індивідуально значима потужна психотравма із сильними переживаннями;
- постійні кошмарні сновидіння;
- тривожне очікування, що ситуація повториться;
- постійне уникнення ситуацій, які нагадують обставини травми;
- надмірна збудливість (порушення сну, гнів, агресія, страх...) або психогенна амнезія;
- відчуття провини вцілілого, екзистенційні пустки, тривога.

КРИТЕРІЇ ПТСР ЗА ICD-10, ICD-11 И DSM-5

	ICD-10	DSM-5	ICD-11
Критерій А – експозиція	✓	✓	✓
Повторне переживання (кластер В)	1 В	1 В	1 В
Уникнення (кластер С)	1 С	1 С	1 С
Негативні зміни думок та настрою (кластер D DSM-5)	✗	2 D	
Наднастороженість (кластер E ICD-11)		Зміна збудження та реактивності 2E	Відчуття небезпеки в сьогоденні 1D
Амнезія	1 D або		
Збудження	2 D		
Початок	Менше 6 місяців	Більше 1 місяця	Більше 1 місяця
Функціональні обмеження	✗	✓	✓

Посттравматичний стрес (en. Posttraumatic stress, PTS) – спектр станів і розладів психіки, які можуть розвинутиися після важкої травми (фізичної або психологічної). Один із різновидів важкої психологічної травми – участь військового в бойових діях. Виділяють такі стани (розлади) за часовим перебігом:

- гостра стресова реакція (від перших хвилин після травми до двох діб);
- гострий стрес учасника бойових дій та операцій (COSR – en. Combat et operational stress reaction) – комплексні порушення, терміном до чотирьох діб;
- гострий стресовий розлад – від двох днів до одного місяця (ASD - en. Acute stress disorder);
- гостра форма ПТСР (від одного до трьох місяців);
- хронічна форма ПТСР (більше ніж три місяці);
- ПТСР із відтермінованим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або ще пізніше).

У 2013 році АРА переглянула діагностичні критерії ПТСР у п'ятому виданні свого «Діагностичного та статистичного підручника з розумових розладів» («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5»).

Посттравматичний стресовий розлад (так само, як і гострий стресовий розлад) перемітили з класу «Розлади тривоги» в новий клас – «Розлади, зумовлені травмою та стресором». Всі стани, котрі внесли до цього класифікаційного класу, передбачають такий діагностичний критерій, як «експозиція до травми або стресової події».

Діагноз ПТСР, як це сформульовано і DSM-5 (2013), передбачає повне виконання групи критеріїв (А - Н):

- наявність факту психотравми (критерій **A**);
- одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів (**B - E**);
- тривалість понад 1 місяць (критерій **F**),
- значне страждання людини або порушення її функціонування (критерій **G**);
- відсутність іншої причини розладу (критерій **H**).

Дефініція травми (критерій А)

- Пацієнт особисто та безпосередньо пережив ситуацію, де мала місце його фактична смерть, або близькість до смерті, або серйозне каліцтво, або інше посягання на фізичну гідність (себто зґвалтування або сексуальне насильство);
- Пацієнт спостерігав ситуацію, де була присутня смерть, серйозне каліцтво або посягання на фізичну гідність (зґвалтування) іншої особи;
- Пацієнт дізнається про нещастя з членом родини або іншою близькою людиною: несподівану або насильницьку смерть, серйозне ушкодження, близькість до смерті або серйозне каліцтво.

Ревізія критерію А1 у DSM-5 звузила кваліфікаційне коло травматичних подій: виключено таку подію, як «неочікувана смерть члена родини або близької людини, що настала від природної причини».

ПТСР відрізняється від тривожного розладу за «критерієм А».

Катастрофічний стресор (психотравма), тобто зовнішній (екзогенний) фактор, що перевищує адаптивні можливості нормальної людської психіки.

Хвороба проявляється в одночасній наявності в пацієнта симптомів з усіх кластерів:

- A) катастрофічний стресор;
- B) настирливі спогади (так звані «флешбеки»);
- C) уникання пацієнтом думок, спогадів, ситуацій, що нагадують про травму;
- D) негативні думки та настрої;
- E) гіперзбуджуваність, гіперреактивність, порушення сну.

Діагноз потребує «не менше як двох симптомів у категорії D та E», що дає загальне правило «шість симптомів».

B:

Повторні переживання щодо травматичної події переслідують людину всупереч її волі та супроводжуються неприємними відчуттями. Повторне переживання виявляється в:

- нав'язливих тяжких спогадах про травматичну подію;
- флешбеках (вторгнення спогадів, відчуття, наче травматична подія відбулася нещодавно);
- кошмарних сновидіннях (про травматичну подію або інші страхи);
- сильній депресії при нагадуванні про травму;
- сильній фізичній реакції при згадуванні про травматичну подію (посилене серцебиття, прискорене дихання, нудота, потовиділення).

C:

- уникнення дій, місць, думок чи відчуттів, що нагадують про травму;
- нездатність згадати важливі аспекти травми;
- втрата інтересу до життєдіяльності та життя загалом;
- відчуття відсторонення від інших й емоційного заціпеніння;
- відчуття безперспективності майбутнього, коли не очікуєш прожити довге життя, одружитися, вибудувати кар'єру.

D:

- складнощі зі сном;
- роздратування та спалахи гніву;
- складнощі з концентрацією;
- гіперпідозрілість, стан постійного очікування тривоги;
- гіпертрофована реакція переляку.

Особливості поведінки при ПТСР

По-перше, жертвам ПТСР складно відновитися після негативних емоцій, викликаних травмою. Вони – пасивні за визначенням та рідко відчувають задоволення від життя, натомість їхні постійні супутники – песимізм, сум, пасивні суїцидальні нахили та прихована злість, безпомічність і розчарування. У ставленні до життя вони виробляють фаталістичний підхід: бачать життя у темних тонах, які неможливо змінити.

По-друге, для жертв ПСТР характерні розлади в особистих стосунках. Їм важко побудувати довірчі стосунки з іншими, до яких вони ставляться з недовірою, натомість вони прагнуть до самоізоляції.

По-третє, побудові нормальних людських стосунків заважає самоусвідомлення власної неповноцінності внаслідок перенесеного травматичного досвіду, відмінності від інших «нормальних» людей. Вони часто звинувачують себе в тому, що сталося, а до насильників – справжніх винуватців – виробляють особливе почуття лояльності та страху перед їхньою всесильністю, що контрастує з власною неповноцінністю. Звідси виникають сором і провина. Такі люди схильні до віктимізації інших і слабших.

«Time Warp» – викривлений час

Флешбеки викривляють час і роблять минуле сьогоднішнім. Лише для травматичної пам'яті властива так звана «хронологічна петля» – реальність минулого постійно проривається в реальність сьогодення та стає новою травмуючою реальністю.

Розпізнавання:

- яскраві та тривожні спогади, повторні переживання, тривога, депресія;
- порушення сну, тривожне очікування, уникнення, флешбеки.

Цитуючи нашу власну книжку «Стресостійкість», тут я спробував зібрати симптоми проявів ПТСР:



МКХ-10, DSM-4 і DSM-5: що складного з діагнозом ПТСР?

- широке поєднання різних кластерів симптомів;
- низький діагностичний поріг;
- високий рівень коморбідності;
- а в критеріях DSM-4 більше 10 тисяч різних комбінацій із 17 симптомів можуть привести до неправильної постановки діагнозу;
- звідси – неспецифічне лікування;
- специфічні біомаркери відсутні.

Варіанти ПТСР

«Комплексний ПТСР» – «Complex PTSD»; МКХ-11 (6B41) (К-ПТСР)

Термін вперше запропонований на початку 90-х років ХХ сторіччя dr. J.L. Herman як клінічний синдром, що виникає після виснажливих травматичних, зазвичай, довготривалих боїв.

Використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких не можна пояснити жодною коморбідною патологією.

Захворювання, яке може розвинутиися після впливу на подію чи низка подій надзвичайно загрозливого або страхітливого характеру, найбільш часто тривалі або повторювані події, уникнути яких важко чи неможливо (наприклад, тортури, рабство, геноцид, тривале насильство в сім'ї, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві).

Характеризується **усіма діагностичними вимогами до ПТСР**.

Крім того, характеризується важкими та стійкими:

- 1) порушеннями контролю над афективною сферою;

2) сприйняттям себе як приниженого, переможеного або нікчемного, яке супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією;

3) труднощі в підтримці відносин і втрата відчуття близькості до оточуючих. Ці симптоми викликають значне погіршення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування.

У 2018 році К-ПТСР включили до 11-ої редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) як окрему категорію стосовно вже наявної в класифікації категорії «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)». Окрім трьох груп симптомів ПТСР («повторне переживання», «уникнення» та «почуття загрози»), К-ПТСР включає три додаткові групи ознак:

- емоційна дисрегуляція (emotional dysregulation);
- негативний образ Я (negative self-concept);
- порушення у відносинах (disturbance в відносинах).

Ці додаткові симптоми об'єднуються поняттям «порушення в Я-організації» (disturbances in self-organization).

К-ПТСР: як розвивається та основні характеристики:

- Психотравми не припиняються та тривають вже давно, доволі часто – з дитинства;
- Можуть мати не негативну старт-дію стрес-агента, а й позитивну;
- Опір при К-ПТСР різко зменшується та неуразеність психічного здоров'я людини знаходиться практично в області «0»;
- До всіх проявів ПТСР доєднується самий важливий для Комплексного ПТСР – власне обезцінювання себе, набута безпорадність і відчуття власної нікчемності;
- Властиве й для вищих тварин, які живуть групами та мають тривале життя в ситуації, коли потрібно боротися за їжу чи можливість розмножуватися (слони, мавпи, китоподібні);
- Не включений у класифікацію DSM-5, оскільки симптоми на 90% збігаються з ПТСР, тому оцінюється як важка форма ПТСР;

- Виявлені кореляти величини гіпокампу та важкості К-ПТСР, але цю ситуацію можна виправити зайняттями медитацією та йогою.

Додаткові критерії віктимізації за Френком Очбергом:

- сором, самоприниження; самозасудження;
- жертва бере на себе відповідальність, навіть якщо її невинність цілком очевидна;
- покірність, почуття безпорадності, втрата здатності домінувати;
- ненависть, що доходить до нав'язливості щодо винуватця травми з бажанням помститися або принизити його (що в деяких випадках може виявлятися вибухами гніву);
- «парадоксальна подяка» до винуватця травми — від співчуття до романтичного кохання.

Подяка може відчуватися, наприклад, через те, що агресор залишив жертву в живих («Стокгольмський синдром»).

А також:

- почуття забрудненості, відраза до себе, аж до відчуття себе поганим, «зіпсованим»;
- сексуальні проблеми та труднощі зближення з партнером (що більш характерно для жертв сексуального насильства);
- почуття безнадії, відмова від боротьби, зламана воля (часто жертва дозволяє продовжувати виявляти насильство щодо неї або експлуатувати її);
- помітне зниження інтересу до свого минулого чи майбутнього;
- повторна віктимізація;
- зниження соціоекономічного статусу;
- підвищений ризик знову стати жертвою через психологічні та соціальні наслідки травми.

При К-ПТСР, особливо того, що виник у дитячому віці, характерна втрата наступних властивостей (або не існувала можливість їх розвинути):

- Прийняття себе;
- Виразна самоідентифікація;

- Співчуття до себе;
- Самозахист;
- Здатність відчувати комфорт від відносин;
- Вміння розслаблятися;
- Здатність до повного самовираження;
- Сила волі, ініціатива, завзятість, мотивація;
- Здатність здоровим чином висловити свій гнів;
- Здатність зберігати внутрішній спокій і впевненість у собі;
- Здатність дбати про себе;
- Здатність вірити, що життя — це дар;
- Здатність бачити позитивні можливості, які пропонує життя.

«Частковий ПТСР» - «Partial PTSD»

Підпороговий ПТСР – «Subthreshold PTSD»

Субклінічний ПТСР – «Subclinical PTSD»,\

Пресиндромальний ПТСР – «Subsyndromal PTSD»

Використовується клініцистами для класифікації стану пацієнтів, у яких мають місце **клінічно значущі прояви посттравматичної реакції на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони цілковито не відповідають діагностичним критеріям ПТСР.**

Вперше висунутий у США як спосіб класифікації ветеранів В'єтнаму, які не відповідали критеріям DSM.

«Бойова та оперативна стресова реакція»

«Combat and Operational Stress Reaction»

Використовується з 1999 р. Американською військовою психіатрією для комбатантів і є військовим аналогом гострого стресового розладу (DSM-V: 308.3) та відображає перехідну реакцію на бойову травму в умовах ведення бойових дій, яка триває до 72 годин.

ГРС у МКХ-11 – не психічний розлад! QE84 – фактор, який впливає на стан здоров'я чи контакти зі службами охорони здоров'я.

Діагноз «ПТСР» – DSM-III (1980 р.) і соціум

Соціально-економічні та політичні чинники:

- Численні ветерани війни у В'єтнамі могли розраховувати на державну допомогу тільки у випадках значних тілесних ушкоджень;
- Противоєнні погляди прихильників введення діагнозу ПТСР у США;
- Фокусування уваги на психотравмуючому характері війни;
- Протипоставлення захисту державних інтересів «військовою психіатрією» гуманістичному підходу та захисту інтересів людини.



Infographic titled "Association of Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms With Mortality in Women". It features a portrait of a man and text detailing a study from JAMA Network Open.

У ході цього дослідження вивчили дані понад 50 000 жінок у середньому віці (43-64 років) і виявили, що у жінок із високими рівнями симптомів як ПТСР, так і депресії шанси померти в найближчі 9 років від усіх основних причин були збільшені більш ніж у 4 рази.

OBJECTIVE: To investigate the association between PTSD symptoms, with or without comorbid depression, and risk of death.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: This prospective cohort study was conducted using data on female US nurses in the Nurses' Health Study II followed from 2008 to 2017. Women who reported the 2008 questionnaire reporting PTSD and depressive symptoms were excluded. Data were analyzed from September 2018 to November 2020.

EXPOSURES: Symptoms of PTSD, measured using the brief screening scale for depressive and National Medical of Mental Disorders Fourth Edition PTSD, and depression symptoms, measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-10 (CES-D-10).

MAIN RESULTS AND MEASURES: All-cause mortality was determined via National Death Index, US Postal Service, or report of participant's family. The hypothesis being tested was formulated after inferential, biologic, and psychologic.

Meaning: These findings suggest that treatment of PTSD and depression in women with symptoms...

Logo: ДАРНИЦЯ це наше

У людей із ПТСР ризику розвитку деменції внаслідок порушеного сну та інших факторів зростають до 61%.

Тривога та емоційне оніміння при ранніх ознаках ПТСР – виражений предиктор пізньої інвалідності.

ДАРНИЦЯ
це наше

FARMACIA

Original Article

GENDER-RELATED DIFFERENCES OF STRESS REACTIONS IN UKRAINIAN COMBATANTS

O.S. Chuhar, V.H. Buzhko, O.O. Khamurov, O.V. Burdakov, V.R. Koval, A.A. Kopylov

Ukrainian National Medical University, 12 T. Shevchenko Blvd., 01081 Kyiv, Ukraine
State Institute "Institute of Pathology, Histology and Cytology of NAMS of Ukraine", 9 Pansva Makhovych str., 04079 Kyiv, Ukraine
Dnievo-Medical-Law National Medical University, 69 Palanka str., 79010 Lviv, Ukraine

Abstract: The overall current prevalence of clinically significant post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms across the sample was estimated at 20%. The mean symptom severity was 15.98 (95% CI 12.65-19.27) with an statistically significant difference between men and women ($p=0.021$). The PTSD symptoms were least severe in the military exposed to war zone stress for 2 or more years, compared to others. Anxiety and alcoholism levels had significant gender differences, anxiety was more pronounced in women compared to men ($F(1,1) = 5.20, p=0.041$), and alcoholism levels were higher in men compared to women ($F(1,1) = 36.41, p=0.002$). The problem of PTSD in the military is extremely relevant in Ukrainian reality. It requires urgent attention in the form of adaptation and implementation of effective therapeutic methods with proven efficacy for PTSD, such as Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and/or Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Keywords: post-traumatic stress disorder, stress, combat, depression, anxiety

Introduction

Stress is one of the major risk factors for the development of many mental and somatic health problems. Among other forms of stress, participation in combat, as well as staying in the war zone, plays an important role. It has been established that post-traumatic stress disorder (PTSD) develops in every fifth individual in the combat zone [1, 2], and in the presence of additional aggravating factors (age, sex, somatic status) – in 25-50% of cases and even more frequently [3-5].

PTSD is by no means the only problem faced by those who survived the intense single or multiple fire in the zone of prolonged or warfare stress. Among mental problems, stress affects one of the main causes for depression, psychosis, adjustment disorders, as well as a whole range of psychosomatic disorders [6, 7], and among somatic ones – a significant risk factor for coronary disease, heart rhythm disturbances and other cardiovascular problems [7].

Among the individuals in the combat zone, the prevalence of mental and physical health problems depends on the type of conflict, nature of the warfare, gender, and many other

<http://surl.li/buywu>

Фактори та умови формування ПТСР (I-VII)

I. Особливості пережитої екстремальної ситуації:

- 1) зміст: природні, техногенні, антропогенні катастрофи, війни, терористичні акти, насильство та інше (екстремальні ситуації, породжені людиною, загалом виявляються більш травматичними ніж природні);
- 2) раптовість;
- 3) тривалість;
- 4) інтенсивність (чим несподіваніше виникнення екстремальних подій, триваліша й інтенсивніша їхня дія, тим більше ймовірність розвитку ПТСР);
- 5) масовий або індивідуальний характер (загалом індивідуальна травма набуває риси унікальності та частіше призводить до розвитку ПТСР);
- 6) організація рятувальних робіт (гарна організація рятувальних робіт зменшує ризик ПТСР);

- 7) інформованість (достатній рівень інформованості постраждалого населення знижує травматизацію);
- 8) наявність «вторинних» психотравмуючих факторів (їхня наявність збільшує ризик розвитку ПТСР).

II. «Професійні» чинники (для професій підвищеного ризику):

- 1) ефективність профвідбору (особливе значення має виявлення осіб із певними особистісними особливостями, а саме – акцентуація характеру, низька стресостійкість, високий рівень тривожності й інше, що можуть стати особистісними факторами ризику розвитку ПТСР);
- 2) рівень професійної підготовки (високий рівень професійної підготовки – чинник антиризиків);
- 3) ступінь сформованості готовності до діяльності в екстремальних умовах (необхідний елемент ефективної професійної діяльності);
- 4) загальний стаж служби (чим більший стаж, тим вища ймовірність формування ПТСР);
- 5) рівень «стресогенності» професійної діяльності (чим він вищий, тим вищий ризик ПТСР);
- 6) рівень психопрофілактичного забезпечення професійної діяльності (адекватна психопрофілактика – чинник, що знижує ризик ПТСР).

III. Соціально-демографічні фактори:

- 1) вік (діти та підлітки, люди похилого віку більш уразливі щодо виникнення в них психопатологічних реакцій на стрес);
- 2) стать (у жінок частота ПТСР у середньому в 2 рази вища ніж у чоловіків);
- 3) сімейний стан;
- 4) професійний статус (наявність задовільних сімейних відносин і роботи – чинник антиризиків ПТСР). Комплекс незадоволених роботою («буркотунів»);
- 5) належність до професій підвищеного ризику.

IV. Фактори, пов'язані зі станом здоров'я:

Наявність:

- 1) соматичних захворювань;
- 2) нервово-психічних захворювань;

3) психотравмуючих чинників в анамнезі (наявність соматичних, нервово-психічних захворювань, а також психотравмуючих факторів в анамнезі підвищує ризик розвитку ПТСР).

V. Соціальні фактори:

- 1) соціальна підтримка та захист на державному рівні;
- 2) доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм;
- 3) соціально-економічний статус постраждалого (достатній рівень соціальної підтримки, доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм, задовільний соціально-економічний статус потерпілих знижують ризик розвитку ПТСР).

VI. Соціально-психологічні фактори:

- 1) етнокультурні особливості (має значення властиве для тих або інших етнічних, релігійних співтовариствах ставлення до смерті та страждань);
- 2) релігійність (релігійність окремої людини або груп населення загалом виступає як фактор антиризик);
- 3) розвиненість і характер мікросоціальних зв'язків (чим більш вони розвинуті в жертви катастрофічної події, тим менший ризик ПТСР);
- 4) ставлення суспільства до тієї або іншої екстремальної події (зміст сформованих і функціонуючих суспільних стереотипів щодо конкретних екстремальних подій, катастроф та їхніх жертв можуть виступати як фактори ризику, так і фактори антиризик розвитку ПТСР. Відомий вислів про те, що «рани переможців гояться швидше», у цьому випадку мова йде не тільки про фізичні рани, але й про душевні. Патріотичні, визвольні, т.зв. «популярні війни» супроводжуються загалом меншим рівнем психічної травматизації, ніж «непопулярні»).

VII. Індивідуально-психологічні фактори:

- 1) індивідуальна значущість екстремальної події;
- 2) емоційні особливості;
- 3) індивідуально-типологічні особливості;
- 4) провідні особистісні риси та тенденції;
- 5) ціннісно-сміслова сфера;
- 6) фрустраційна толерантність (стресостійкість);

7) особливості життєвого стилю та стратегій подолання, механізмів психологічного захисту (преморбідні особистісні особливості, ступінь залучення особистості в екстремальну подію та розвиненість стратегій подолання можуть бути як факторами ризику, так і факторами антиризиків).

Особливості діагностики ПТСР у дітей:

- Кошмарні сновидіння;
- Відтворення ситуації травматизації в іграх;
- Нав'язливі думки;
- Уникнення речей, пов'язаних із подією;
- Проблемна поведінка;
- Порушення концентрації уваги;
- Надмірна настороженість;
- Труднощі зі сном.

ПТСР у дітей проявляється таким чином:

- Загострені емоції: агресивні реакції, тривожні прояви;
- Посилення страхів, поява випадкових страхів, яких раніше не було;
- Регрес – повернення на ранні форми проявів поведінки (виникнення потреби в допомозі батьків для виконання чогось, якої не потрібно було раніше, смоктання пальця, ритмічне розхитування);
- Відмова від їжі, порушення сну;
- Підвищена активність або, навпаки, замкненість, пасивність (у залежності від типу нервової системи);
- Послаблення імунітету, загострення хронічних хвороб;
- Часта травматизація;
- Постійний пошук самовираження через конфлікти з однолітками, незадоволення, агресія до них;
- Кошмарні сновидіння, пов'язані з психотравмою;
- Травматичні ігри та відтворення травматичних подій в іграх чи малюнках;
- Страх спати самому, страх спати в темряві, закритому приміщенні;
- Енурез, який з'явився після психотравми;
- Гіперчутливість, особливо до раптових різких і голосних звуків;
- Відчуття власної провини за те, що трапилося;

- Погана концентрація, значне погіршення успіхів у навчанні;
- Настирливе нерозставання з «фетішними» предметами, іграшками;
- Психосоматичні розлади після психотравми;
- Гіпногічні страхотливі ілюзії;
- Аутоагресивні дії (алкоголь, наркотики, самопошкодження), суїцидальні дії.

Типи ПТСР:

- Тривожний – 32 %;
- Астенічний – 27 %;
- Дисфоричний – 21 %;
- Соматоформний – 20 %.

Тривожний тип характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно-афективному фоні з переживанням, не рідше декількох разів на добу, мимовільних, із відтінком нав'язливості уявлень, що відображають психотравмуючу ситуацію. Характерне дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засипанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість і тривалість сну, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, часто – розправ із самими хворими). Хворі часто навмисно відтягують засипання та засипають лише під ранок. Характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Вони самостійно звертаються за допомогою, і хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнуть до спілкування, будь-якої цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

Астенічний тип відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою знижений із переживанням байдужості до раніше цікавими подіями в житті, байдужості до проблем сім'ї та робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерне переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну

неспроможність. Протягом тижня кілька разів виникають мимовільні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, в цих випадках переживання позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості та визначаються хворими як «нав'язливі картини». Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісної дрімотою, часом – протягом усього дня. Унікаюча поведінка не характерна, вони рідко приховують свої переживання та, як правило, самотійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злости та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Пацієнти демонструють високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточуючих свої дратівливість і запальність. У їхній свідомості домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих і змушує зводити свої контакти з оточенням до мінімуму. Найчастіше стриматися не можуть і на зауваження тих, хто поруч, дають бурхливі реакції, про які згодом жалкують. Водночас виникають мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій, сценopodobного характеру. Нерідкі сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення та дратівливості, поведінка відрізняється відгородженням. Типово для них уникати поведінки, замкнутість, малослівність. Активно скарг не висловлюють і потрапляють в поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, на які вказують сторонні.

Соматоформний тип характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією тілесних сенсацій у кардіологічній (54%), гастроентерологічній (36%) і церебральній (20%) анатомічних областях, що поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Власне симптоми ПТСР виникають у цих пацієнтів через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відставлений варіант ПТСР. Типово формування унікаючої поведінки на тлі панічних атак, а симптоми емоційного заціпеніння і феномени «флешбеків» зустрічаються досить рідко та не носять настільки обтяжливого емоційного характеру.

Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотімією з виразними тривожно-фобічними включеннями. Ідеаторний компонент симптомокомплексу більше представлений іпохондричною фіксацією на тілесному рівні та в пароксизмальних нападах із вираженою тривогою очікування їхнього виникнення ніж симптомами гіперзбудливості та переживанням психотравмуючої ситуації.

Додаткові ознаки, які можуть вказати на прихований ПТСР:

- Надмірна пильність і настороженість навіть у ситуації безпеки та спокою, наприклад, вдивляння в щілину під дверима, чи немає там руху, чи прислухання до звуку, який з'явився в кімнаті або за вікном;
- Постійний пошук новин на тему пережитого, аж до адиктивної поведінки, пов'язаної з новинами. Або протилежна поведінка – максимальна відгородженість від будь-яких новин;
- Незрозуміла та необґрунтована агресивність, зокрема, щодо своїх рідних;
- Докори сумління, відчуття вини, що виникає в ситуації спокою та безпеки;
- Алкоголізація, зокрема, в поєднанні зі спалахами агресії, гніву, люті;
- Відстороненість від людей, нерозуміння їх радостей;
- Погана концентрація на роботі та часті помилки, злість на себе за це, конфлікти з цього приводу на роботі;
- Раптові серцебиття та тремтіння при різких і несподіваних звуках;
- Рефлекторні падіння та накриття голови при різких і раптових звуках;
- Відчуття, що життя минуло та немає нічого гарного попереду, суїцидальні думки;
- Будь-які тривалі та незрозумілі болі в тілі в поєднанні із сильними переживаннями;
- Розлади кишківника, болі в області шлунку;
- Сексуальні розлади.