

УДК 159.9 :378

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304)

Романенко Євген Олександрович доктор наук з державного управління, професор, Заслужений юрист України, Президент Всеукраїнської асамблеї докторів наук з державного управління, Проректор з наукової роботи, Національний Авіаційний Університет, проспект Любомира Гузара, 1, м. Київ, 03058, тел.: (044)-408-53-33, e-mail: poboss1978@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2285-0543>

Коляденко Ніна Володимирівна доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології, «ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», вул. Фрометівська, 2, м. Київ, 02000, тел.: (067) 756-72-57, e-mail: ninak@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0003-2099-0163>

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК МЕДИКО-ПСИХО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Анотація. Доведено, що з огляду на основні потреби всіх рівнів психіки людини, міжвидові відносини з собакою здатні задовольнити більшу частину психологічних потреб, тому каніс-терапія в комплексі з іншими медико-психологічними заходами є дієвим лікувально-реабілітаційним засобом. Фелінотерапія (кішкотерапія) - це метод лікування і профілактики захворювань, в основі якого лежить взаємодія людини з кішками. Спілкування з кішкою допомагає людині розслабитися, зняти стрес, отримати задоволення від погладження приємної вовни, від заспокійливого муркотіння. Можливості фармакотерапевтичної допомоги при ПТСР доволі обмежені – лікарські засоби можуть лише знизити виразність окремих симптомів розладу.

Відзначено, що розлад пристосувальних реакцій (F43.2) – це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для громадської діяльності і вчинків, виникає в період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця), або представляти широкий діапазон змін і переломів в житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід у відставку).

Проаналізовано, що стійка зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0) зберігається принаймні два роки після дії катастрофічного стресу. Стрес може бути таким екстремальним, що немає необхідності брати до уваги індивідуальну вразливість для того, щоб пояснити глибину його впливу на особистість. Психічний розлад характеризується ворожим або підозрілим ставленням до навколишнього, соціальної самоізоляції, почуттям порожнечі і безвиході, стійким відчуттям "перебування на межі", як це зазначається в разі

постійних загроз, і відчуженістю

Обґрунтовано ефективність каніс- та фелінотерапії при ПТСР, як найбільш доступних та ефективних способів регуляції психоемоційних станів. Психокорекція із застосуванням цих різновидів зоотерапії не лише сприяє редукції симптомів ПТСР, але й є ефективним психопрофілактичним засобом.

Ключові слова: диференційна діагностика, гіперзбудженість, переживання, адаптаційні механізми людини, стресовий розлад.

Romanenko Yevhen Oleksandrovyh Doctor of Science in Public Administration, Professor, Honored Lawyer of Ukraine, President of the All-Ukrainian Assembly of Doctors of Science in Public Administration, Vice-Rector for Research, National Aviation University, 1 Lyubomyr Husar Avenue, Kyiv, 03058, tel.: (044) 408-53-33, e-mail: poboss1978@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2285-0543>

Koliadenko Nina Volodymyrivna Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology, PJSC "Interregional Academy of Personnel Management", Frometivska St., 2, Kyiv, 02000, tel.: (067) 756-72-57, e-mail: ninak@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0003-2099-0163>

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AS A MEDICAL-PSYCHO-SOCIAL PROBLEM

Abstract. It is proved that given the basic needs of all levels of the human psyche, interspecific relationships with the dog are able to meet most psychological needs, so canis therapy in combination with other medical and psychological measures is an effective treatment and rehabilitation tool. Felinotherapy (cat therapy) is a method of treatment and prevention of diseases, which is based on human interaction with cats.

Communication with a cat helps a person to relax, relieve stress, get pleasure from stroking nice hair, from a soothing purr. The possibilities of pharmacotherapeutic care for PTSD are quite limited - drugs can only reduce the severity of certain symptoms of the disorder.

It is noted that the disorder of adaptive reactions (F43.2) is a state of subjective distress and emotional disorder that creates difficulties for social activities and actions, occurs during the period of adaptation to a significant change in life or stressful event. A stressful event can disrupt the integrity of an individual's social ties (severe loss, separation) or a broad system of social support and values (migration, refugee status), or represent a wide range of life changes and changes (school entry, parental status, failure). achieving the cherished personal goal, retirement).

It is analyzed that a stable change of personality after experiencing a catastrophe (F62.0) persists for at least two years after the action of catastrophic stress. Stress can be so extreme that it is not necessary to take into account individual vulnerability in order to explain the depth of its impact on the individual. Mental disorder is characterized by hostile or suspicious attitudes toward others, social self-isolation, feelings of emptiness and hopelessness, a persistent feeling of "being on the edge", as

noted in the case of constant threats, and alienation.

The effectiveness of canine and felinotherapy in PTSD as the most accessible and effective ways to regulate psycho-emotional states is substantiated. Psychocorrection with the use of these types of zootherapy not only helps to reduce the symptoms of PTSD, but is also an effective psychoprophylactic.

Keywords: differential diagnosis, hyperexcitability, re-living, human adaptation mechanisms, stress disorder.

Постановка проблеми. В сучасному світі людина стикається з багатьма стресогенними чинниками. На жаль, все частіше серед подій трапляються такі, що є загрозливими для життя. В тих, хто був учасником або свідком таких подій, може виникнути специфічне порушення психічного здоров'я – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Проблемою є те, що можливості фармакотерапевтичної допомоги при ПТСР є досить обмеженими, ліки можуть лише дещо знизити виразність окремих симптомів цього розладу, тому значне місце в комплексному лікуванні ПТСР посідає психотерапія. Серед різноманітних психотерапевтичних втручань найбільш ефективним вважається КПТ (когнітивно-поведінкова терапія). Втім, не завжди наявні окремі патопсихологічні симптоми досягають клінічного рівня ПТСР, а отже, вчасне виявлення таких симптомів та відповідні профілактичні заходи можуть запобігти розвитку захворювання. Серед психокорекційних впливів, здатних нормалізувати психоемоційний стан, запобігти розвитку ПТСР або підвищити ефективність лікувально-реабілітаційних втручань при цьому захворюванні, є використання зоотерапевтичних підходів, насамперед каніс- і фелінотерапії. Домашні тварини, які вже понад 30000 років живуть поруч із людиною, надають психологічну підтримку бійцям безпосередньо в зоні бойових дій і в закладах медико-соціальної реабілітації, дітям у лікарнях і притулках.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогодні особливості психологічних механізмів впливу на психоемоційні стани людини досліджують як в соціогуманітарних напрямках (Ічанська О.М., Помиткіна Л.В., Хохліна О.П., Яковицька Л.С. та ін.) так і в технічних (Корольчук М.С., Фугелова Т.А., Shevchuk D., Yakushenko O. а ін.). Втім, ґрунтовних психологічних досліджень, які б переконливо доводили ефективність зоотерапевтичних втручань, у науковій літературі є обмаль, хоча в останні роки таких публікацій стає все більше, зважаючи на актуальність даного питання.

Мета статті полягає у визначенні особливостей психоемоційних станів при симптомах ПТСР.

Виклад основного матеріалу. Розлади, зібрані в цій рубриці, навпаки, завжди розглядаються як безпосередній наслідок гострого важкого стресу або тривалого травмування, стресові події або тривалі неприємні обставини є первинним або переважаючим причинним фактором і розлад не могло б виникнути без їх впливу [1]. Таким чином, розлади, класифіковані в цій рубриці, можуть розглядатися як збочені пристосувальні реакції на важкий або тривалий стрес, при цьому вони заважають успішно впоратися зі стресом і, отже, ведуть до

проблем соціального функціонування [2].

Гостра реакція на стрес (F43.0) – це розлад, яке розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів. У поширенні й тяжкості стресових реакцій мають значення індивідуальна вразливість і здатність володіти собою [3]. Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння). Симптоматика зазвичай проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може бути присутнім часткова або повна амнезія (F44.0) на стресову подію.

Посттравматичний стресовий розлад, або ПТСР (F43.1), виникає як відтермінована або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати глибокий стрес майже в кожній людині [4]. Такі фактори, як особистісні особливості (компульсивність, стомлюваність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення [5]. Типові ознаки ПТСР включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах ("кадрах"), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, безсловесності на навколишнє і уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена настороженість, підвищена реакція на переляк, безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, і не рідкістю є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передуює латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців [6]. Перебіг розладу різний, але в більшості випадків можна очікувати одужання. В деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).

Розлад пристосувальних реакцій (F43.2) – це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для громадської діяльності і вчинків, виникає в період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця), або представляти широкий діапазон змін і переломів в житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід у відставку).

Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль в ризику виникнення і формі прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактора. Прояви дуже варіабельні і включають пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити залишатися в цій ситуації, а також включає деяку ступінь зниження здатності діяти в повсякденному житті.

Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо в юнацькому віці. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція або порушення інших емоцій і поведінки.

Стійка зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0) зберігається принаймні два роки після дії катастрофічного стресу. Стрес може бути таким екстремальним, що немає необхідності брати до уваги індивідуальну вразливість для того, щоб пояснити глибину його впливу на особистість. Психічний розлад характеризується ворожим або підозрілим ставленням до навколишнього, соціальної самоізоляції, почуттям порожнечі і безвиході, стійким відчуттям "перебування на межі", як це зазначається в разі постійних загроз, і відчуженістю [7]. Цьому типу зміни особистості може передувати розлад, викликаний травматичним стресом (F43.1).

Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) — психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті.

Останнім часом спостерігається тенденція використовувати термін «ПТСР» як узагальнюючий для всіх вищеназваних розладів. Також слід зауважити, що в МКХ-10 чітко визначені діагностичні критерії захворювань, спричинених переживанням стресу, без яких встановлення відповідного діагнозу є неправомірним (Рис. 1.).



Рис. 1. Схема виникнення та розвитку ПТСР

Однак спостерігається практика характеристики психічного стану як ПТСР навіть у тому випадку, коли наявні лише окремі симптоми цього розладу або інші прояви, якщо цьому передувала важка психотравмуюча ситуація. Часто про діагноз ПТСР кажуть психологи або працівники соціальних служб, тоді як прерогатива його встановлення є функцією лікаря. Тобто, в ряді випадків має місце або гіпердіагностика, або некоректна діагностика ПТСР. Враховуючи вищезазначене, в даній роботі ми виходили не з виокремлення діагностичних груп досліджуваних на основі встановленого клінічного діагнозу, а за ознакою перенесеної психотравми, після якої виникли симптоми, що можуть бути частиною симптомокомплексу ПТСР та інших післястресових психологічних порушень.

ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес - за визначенням лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події.

При ПТСР порушуються адаптаційні механізми людини, як це видно на Рис. 2., такі як норадренергічна, серотонінергічна, глутаматергічна системи, система «гіпоталамус-гіпофіз-кора над нирок» тощо. При томографічному дослідженні відмічається зменшення об'єму гіпокампу та передньої сингуляти, надмірна активність мигдалини, знижена активація пре фронтальної кори та гіпокампу.

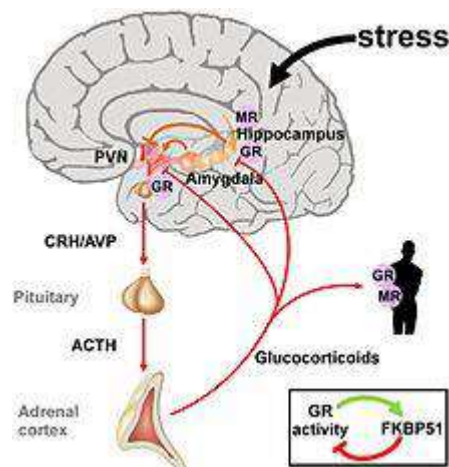


Рис. 2. Схема механізмів адаптації людини до стресу

При ПТСР спостерігають 4 кластери симптомів, таких як уникнення, гіперзбудженість (проблеми зі сном, ризикована поведінка, відчуття непереможності), переживання, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою (наприклад, відчуття ізольованості від людей). Із часом симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватись. ПТСР діагностують, якщо сила симптомів наростає, заважає нормальному функціонуванню людини та коли їхня тривалість перевищує місяць від травматичної події.

ПТСР супроводжують часті, повторювані спогади про травматичні події, флеш-беки; відчуття нереальності події, так наче подія трапилася з іншою людиною; високий рівень гнівливості, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів, уникнення або втрата

лінійності подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається понад місяць після психотравми. Флеш-беки (В), уникання думок про травму С), негативний настрій (D) та гіперзбуджуваність (E) - це 4 кластери симптомів, для встановлення діагнозу необхідна наявність не менше як 2-х симптомів з категорій D та E, що є загальним правилом 6-ти симптомів.

Однією зі складностей при проведенні диференційної діагностики є можливість спостереження поряд із клінічною картиною ПТСР, симптомів, спровокованих порушеннями, що належать до інших психічних захворювань — неврозів чи депресії.

Діагноз ПТСР введений в практику, починаючи із 1980 р. Критерії захворювання востаннє переглянули у 2013 р. Захворювання розглядають у межах загальної концепції пост-травматичного стресу.

Стресовий розлад діагностують:

- серед військовослужбовців після перебування у зоні бойових дій;
- серед цивільного населення, постраждалого від бойових дій або катастроф;
- серед дітей, жінок та чоловіків у цивільному житті мирного часу.

В більшості людей після психотравмивної події чи подій ПТСР не розвивається. Також спостерігають відтермінований розвиток цього захворювання, наприклад, із виходом на пенсію.

Лікують ПТСР за допомогою групової та індивідуальної психотерапії та медикаментів.

Висновки. Підсумком теоретичного аналізу вищезазначеної проблеми є те, що в більшості людей після психотравмивної події чи подій ПТСР не розвивається. Також спостерігають відтермінований розвиток цього захворювання, наприклад, із виходом на пенсію.

Література:

1. Гарнов В.М. Формирование психопатологической симптоматики в рамках посттравматического стрессового расстройства // В.М. Гарнов.- Материалы XIII съезда психиатров России, 10–13 окт. 2000 г. — М., 2000. — С. 101–102.
2. Каменченко П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство // П.В. Каменченко.- Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1993. — Т. 93, вып. 3. — С. 95–99.
3. Селье Г. Стресс без дистресса [Пер. с англ.] / Г. Селье.- М.: Прогресс, 1982 // Электронный ресурс.- режим доступу: https://www.booksite.ru/localtxt/sel/selye_g/str/ess/stress/index.htm.
4. Посттравматичний стресовий розлад [Електронний ресурс].- режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Посттравматичний_стресовий_розлад
5. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. Biol Psychiatry. Jan 15 2002;52(2):189-192.
6. Brewin CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. J Trauma Dissociation. 2005;6(2):123-130.
7. CPG (2010). "Підручник по клінічній практиці у поводженні із пост-травматичним стресом." Видання Міністерства у справах Ветеранів та Департаменту оборони США, 2010, 254 с, більше 600 літ.дж. (VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-traumatic Stress, 2010) англ.

References:

1. Garnov V.M. Formirovanie psihopatologicheskoy simptomatiki v ramkah posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva // V.M. Garnov.- Materialy VIII s#ezda psihiatrov Rossii, 10–13 okt. 2000 g. — M., 2000. — S. 101–102.
2. Kamenchenko P.V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo // P.V. Kamenchenko.- Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. — 1993. — T. 93, vyp. 3. — S. 95–99.
3. Sel'e G. Stress bez distressa [Per. s angl.] / G. Sel'e.- M.: Progress, 1982 // Elektronnij resurs.- rezhim dostupu: https://www.booksite.ru/localtxt/sel/selye_g/str/ess/stress/index.htm.
4. Posttravmatichnij stresovij rozlad [Elektronnij resurs].- rezhim dostupu: https://uk.wikipedia.org/wiki/Posttravmatichnij_stresovij_rozlad
5. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. Biol Psychiatry. Jan 15 2002;52(2):189-192.
6. Brewin CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. J Trauma Dissociation. 2005;6(2):123-130.
7. CPG (2010). "Pidruchnik po klinichnij praktici u povodzhenni iz post-travmatichnim stresom." Vidannja Ministerstva u spravah Veteraniv ta Departamentu oboroni SShA, 2010, 254 s, bil'she 600 lit.dzh. (VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-traumatic Stress, 2010) angl.