

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини
Кафедра здоров'я людини

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для
ПТСР

здобувач ІІ курсу групи ПФР-23зм

спеціальність: 053 Психологія

Швецова Лариса Вікторівна

(ПІБ здобувача)



(підпис)

Керівник роботи

доц., д.психол.н., Добровольська Н.А.

(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

(підпис)

Київ – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини
Кафедра здоров'я людини
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія фізичної реабілітації

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувачка кафедри
здоров'я людини д. психол. н., доц.,
проф. Добровольська Н.А.
«07» вересня 2024 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ВИПУСКНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Швецової Лариси Вікторівни

1. Тема роботи: Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР

Керівник роботи Добровольська Наталія Анатоліївна, д.психол.н., доцент, затверджена наказом університету від 06 вересня 2024 року №60/15.20

2. Строк подання здобувачем роботи до захисту: 06.12.2024 року

3. Вихідні дані до роботи *обсяг роботи – 66 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння поняття посттравматичного стресового розладу, різноманітні психологічні аспекти та механізми розвитку посттравматичного стресового розладу;

2. Виявити основні патофізіологічні процеси щодо розвитку посттравматичного стресового розладу;

3. Узагальнити та систематизувати результати досліджень щодо особливостей невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР;

4. Обґрунтувати ефективність підходів, які використовують під час діагностики та в межах запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) таблиці, рисунки (діаграми, гістограми, сегментограми).

6. Консультанти розділів роботи


Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Добровольська Н.А. – д. психол.н., доцент, професор кафедри здоров'я людини	09.09.2024 р.	13.09.2024 р.
2.	Добровольська Н.А. – д. психол.н., доцент, професор кафедри здоров'я людини	15.10.2024 р.	23.10.2024 р.
3.	Добровольська Н.А. – д. психол.н., доцент, професор кафедри здоров'я людини	27.10.2024 р.	09.11.2024 р.

7. Дата видачі завдання " 06 " вересня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної випускної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1.	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	06.09.2024 р. – 09.09.2024 р.	
2.	Теоретичний аналіз поняття посттравматичного стресового розладу	20.09.2024 р. – 16.10.2024 р.	
3.	Аналіз історичних та емпіричних результатів досліджень щодо особливостей невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР	17.10.2024 р. – 26.10.2024 р.	
4.	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального етапу експерименту	27.10.2024 р. – 31.10.2024 р.	
5.	Обґрунтування ефективності підходів, які використовують під час діагностики та в межах запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу	01.10.2024 р. – 13.11.2024 р.	
6.	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	15.11.2024 р. – 30.11.2024 р.	

Здобувач вищої освіти:


Л.В.ШВЕЦОВА
(підпис) (ініціали і прізвище)

Керівник роботи

д. психол. н., доц.


Н.А.ДОБРОВОЛЬСЬКА
(підпис) (ініціали і прізвище)

РЕФЕРАТ

Текст – 66 с., рис. – 5, табл. – 4, літератури – 69 дж.

В кваліфікаційній роботі представлено особливості невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР. У теоретичній частині аналізується сутність поняття посттравматичного стресового розладу, різноманітні психологічні аспекти та механізми розвитку посттравматичного стресового розладу. Розглянуто патофізіологічні процеси щодо розвитку посттравматичного стресового розладу. Проаналізовано фізіологічні, емоційні та поведінкові прояви, на які слід звертати увагу. визначено чинники, що негативно впливають на динаміку психічного стану особистості, яка зазнає впливу психотравмуючих факторів.

Емпірична частина присвячена дослідженню особливостей переживання посттравматичного стресового розладу, а саме особливостей невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерні для ПТСР. Розглянуто кластери симптомів відповідно до Міжнародної класифікації хвороб. Проаналізовано вплив невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР, на психічне здоров'я людини в умовах військового стану.

На основі отриманих результатів обґрунтовано ефективність підходів, які використовують під час діагностики та в межах запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу. Розглянуто підходи до лікування ПТСР. Доведено значущість проведення психологічної просвіти в умовах воєнного часу.

Ключові слова: ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР), ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, СИМПТОМИ, ТРАВМА, ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ТЕРАПІЯ, ВІЙНА.

ABSTRACT

SHVETSOVA L.V. Neurotic and pathological syndromes characteristic of PTSD. – Qualification work. – Kyiv, 2024.

The qualifying work presents the features of neurotic and patho-characteristic syndromes characteristic of PTSD. The theoretical part analyzes the essence of the concept of post-traumatic stress disorder, various psychological aspects and mechanisms of the development of post-traumatic stress disorder. Pathophysiological processes regarding the development of post-traumatic stress disorder are considered. Physiological, emotional and behavioral manifestations that should be paid attention to are analyzed. factors that have a negative impact on the dynamics of the mental state of an individual exposed to psycho-traumatic factors have been determined.

The empirical part is devoted to the study of the peculiarities of experiencing post-traumatic stress disorder, namely the peculiarities of neurotic and patho-characteristic syndromes characteristic of PTSD. Clusters of symptoms according to the International Classification of Diseases were considered. The impact of neurotic and patho-characteristic syndromes, characteristic of PTSD, on the mental health of a person in the conditions of a military state is analyzed.

On the basis of the obtained results, the effectiveness of the approaches used during the diagnosis and within the scope of prevention of the development of post-traumatic stress disorder is substantiated. Approaches to the treatment of PTSD are considered. The importance of conducting psychological education in wartime conditions has been proven.

Key words: post-traumatic stress disorder (PTSD), mental disorders, symptoms, trauma, traumatic event, mental health, therapy, war.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ, ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ	12
1.1 Визначення ПТСР	12
1.2 Історія посттравматичного стресового розладу як діагнозу	14
1.3 Біологія ПТСР.....	18
1.4 Ризик та стійкість до розвитку ПТСР	20
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	27
РОЗДІЛ 2. ГОЛОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР).....	29
2.1 Травматичні події, що приводять до ПТСР	29
2.2 Ознаки та симптоми ПТСР	30
2.3 Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР	36
2.4 Діагностичні критерії ПТСР	46
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	50
РОЗДІЛ 3. ЗАПОБІГАННЯ ТА ТЕРАПІЯ ПТСР, ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	53
3.1 Вплив військових дій в Україні на психічне здоров'я українців	53
3.2 Запобігання ПТСР	55
3.3 Державні програми підтримки психічного здоров'я.....	60
3.4 Втручання та етапи лікування ПТСР	62
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ	68
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АКТГ - адренотропін

АПА - Американська психіатрична асоціація

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГГН - гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь

КПТ - когнітивно-поведінкова терапія

КРГ - кортикотропін-рилізинг-гормон

ПВЯ - паравентрикулярне ядро

ПЗПСП – психічне здоров'я та психосоціальна підтримка

ППД - перша психологічна допомога

ПТСР – посттравматичні стресові розлади

ПФК - префронтальна кора

ЧМТ - черепно-мозкова травма

ВСТУП

Багато хто знає фразу: “Не буває здоров’я без психічного здоров’я”. Але що це означає насправді? Як підтримувати психічне здоров’я, коли потреби зростають так швидко, а кількість людей, які потребують підтримки, різко збільшилася за останні два роки?

Війна є основним психотравмуючим фактором у формуванні посттравматичного стресового розладу. До початку повномасштабного вторгнення росії на територію України поняття посттравматичного стресового розладу переважно стосувалося поліцейських, військовослужбовців і спецпризначенців, які брали участь в операції Об’єднаних сил на Сході України. Наразі ж населення, що опинилося під обстрілами, стало свідками вбивств, каліцтва тощо через повномасштабне вторгнення росії на територію України, потребує фахової допомоги [3].

За даними Міністерства охорони здоров’я України, понад 15 000 000 людей в Україні потребуватимуть різних видів послуг з психічного здоров’я та психосоціальної підтримки (далі ПЗПСП). Тож питання полягає в тому, як забезпечити доступ до цих послуг і якісно подбати про психічне здоров’я всіх цих людей [12].

Класичною реакцією «бий або біжи» на передбачувану загрозу є рефлекторний нервовий феномен, який має очевидні переваги виживання в еволюційному плані. Однак системи, які організують констеляцію рефлексивної поведінки виживання після впливу передбачуваної загрози, можуть за певних обставин стати нерегульованими в цьому процесі. Хронічна дисрегуляція цих систем може призвести до функціональних порушень у певних осіб, які стають «психологічно травмованими» та страждають від посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР).

ПТСР – це хвороба значної поширеності, яка часто характеризується високою захворюваністю, стійкістю до лікування та хронічним перебігом.

Основні симптоми ПТСР включають стійке повторне переживання травматичної події, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, і вегетативне гіперзбудження.

ПТСР зустрічається у 5–10% населення і вдвічі частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків та є серйозним станом, що потребує професійного підходу до діагностики та лікування.

Розуміння симптомів і методів лікування ПТСР може допомогти покращити якість життя людей, які постраждали від цього розладу, та сприяти їхньому поверненню до нормального життя.

Підвищення обізнаності про ПТСР, активне впровадження психотерапевтичних методів і медикаментозне лікування є ключовими елементами в подоланні цього розладу.

Різноманітні психологічні аспекти та механізми розвитку посттравматичного стресового розладу вивчали такі вітчизняні дослідники, як: М. Ю. Галич, В. В. Литвин, М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, І. Котєньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко, Ю. Ліннік.

Особливості посттравматичного стресового розладу, дослідження впливу стресу, чутливості до стресорів та патофізіологія посттравматичного стресового розладу висвітлені у наукових працях таких зарубіжних вчених як Dennis S. Charney, Ariel Y. Deutch, John H. Krystal [17], Mardi Horowitz [18], Joseph, Stephen; Williams, Ruth; Yule, William [19], Yehuda, R., Hoge, C., McFarlane, A. [20].

Актуальність дослідження: попри те, що проблеми формування та перебігу посттравматичного стресового розладу висвітлювало багато науковців, питання особливості проявів невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР, діагностики та профілактики ПТСР в умовах перебування в країні, де тривають військові дії, є недостатньо вивченим, особливо це важливо для України в теперішній час.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР.

Завдання дослідження: відповідно до окресленої мети завдання полягає в:

1. аналізі теоретичних підходів до розуміння поняття посттравматичного стресового розладу, різноманітних психологічних аспектів та механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу.

2. виявленні основ патофізіологічних процесів щодо розвитку посттравматичного стресового розладу

3. узагальненні та систематизації результатів досліджень щодо особливостей невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР;

4. обґрунтуванні ефективності підходів, які використовують під час діагностики та в межах запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу.

Об'єктом дослідження є невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР.

Предметом дослідження є вплив невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР, на психічне здоров'я людини в умовах військового стану.

Теоретична та методологічна основа дослідження. Методологія. Методологічний інструментарій обрано відповідно до окресленої мети, специфіки об'єкта й предмета дослідження. Методологічну основу роботи становлять наукові концепції вивчення окремих психологічних аспектів проведення психодіагностики та профілактики виникнення посттравматичного стресового розладу.

Методи дослідження: аналіз, порівняння, систематизація даних психологічної, медичної літератури з проблем вивчення посттравматичного

стресового розладу (ПТСР); теоретичне моделювання з метою концептуалізації основних положень дослідження.

Наукова новизна полягає в узагальненні та систематизації результатів історичних та емпіричних досліджень, присвячених проблемі особливостей перебігу невротичних та патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР.

Теоретичне значення дослідження полягає в дослідженні феноменології, механізмів формування та розвитку посттравматичного стресового розладу, обґрунтовані ефективності підходів, які використовують під час діагностики та в межах запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути впроваджені в роботі практикуючих психологів при консультуванні клієнтів з симптомами ПТСР.

Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів і висновків, викладених на 64 сторінках друкованого тексту. Матеріали кваліфікаційної випускної роботи містять 4 таблиці і 5 рисунків. Список використаних джерел з 69 найменувань розміщено на 8 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ, ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ

1.1 Визначення ПТСР

Психологічна травма може бути результатом того, що ви стали свідком події, яка сприймається як така, що загрожує життю або може завдати серйозної тілесної шкоди собі чи іншим. Такі переживання, які часто супроводжуються сильним страхом, жахом і безпорадністю, можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і є необхідними для його діагностики [62]. Спочатку вважалося, що ПТСР являє собою нормативну реакцію на крайньому кінці континууму відповіді, Зтяжкість якої пов'язана насамперед з інтенсивністю травми/стресора. Однак з часом стало зрозуміло, що реакція індивіда на травму залежить не тільки від стресорних характеристик, а й від факторів, характерних для індивіда. Для переважної більшості населення психологічна травма, викликана переживанням глибокої загрози, обмежується гострим, мінущим порушенням.

Незважаючи на те, що такі реакції є тимчасовими, вони можуть бути досить неприємними і, як правило, характеризуються явищами, які здебільшого можна згрупувати в три основні сфери:

1. нагадування про вплив (включаючи флешбеки, нав'язливі думки, нічні кошмари);
2. активація (включаючи гіперзбудження, безсоння, збудження, дратівливість, імпульсивність і гнів);
3. деактивація (включаючи заціпеніння, уникнення, відсторонення, сплутаність свідомості, дереалізацію, дисоціацію та депресію).

Оскільки ці реакції є самообмежувальними за визначенням, загалом вони провокують мінімальні функціональні порушення з часом. З іншого боку, для значної меншості населення психологічна травма, спричинена досвідом глибокої загрози, призводить до більш тривалого синдрому, який був визначений, підтверджений і названий посттравматичний стресовий розлад у клінічній літературі. ПТСР часто супроводжується руйнівними функціональними порушеннями.

ПТСР характеризується наявністю ознак і симптомів у трьох основних сферах, описаних вище, протягом періоду, що перевищує 1 місяць (такі періоди в деяких випадках можуть виникати через тривалий час після первинного, що провокує травматичний вплив).

Ознаки та симптоми посттравматичного стресового розладу відображають стійку, аномальну адаптацію нейробиологічних систем до стресу від травми.

Не дивно, що багато досліджень були зосереджені на більш детальному вивченні цих систем, а також на спробах з'ясувати патологічні зміни, які відбуваються у пацієнтів, у яких розвивається ПТСР. Зокрема, були і продовжують тривати зусилля, спрямовані на те, щоб пов'язати нейробиологічні зміни, виявлені у пацієнтів, які страждають на ПТСР, з конкретними клінічними особливостями, які становлять посттравматичний стресовий розлад, включаючи змінене навчання/згасання, підвищене збудження та переривчасту дисоціативну поведінку як приклади, що стосуються кожної з трьох основних сфер. Зусилля з виявлення нейробиологічних маркерів посттравматичного стресового розладу спочатку припускали, що аномалії набуваються «нижче за течією» після впливу, як наслідок травматичного досвіду. Однак може статися так, що певні аномалії у пацієнта з ПТСР просто являють собою вже існуючу або «висхідну» патологію, яка функціонально спить, доки не звільниться під впливом травми та не буде виявлена після цього під час дослідження. У зв'язку з цим, останнім часом інтерес був зосереджений на факторах, які, як видається, модулюють

варіацію результатів у нейробіологічних системах після впливу травми, включаючи генетичні фактори схильності, жіночу стать, попередню травму, ранню стадію розвитку на момент травматичного впливу та фізичну травму (включаючи черепно-мозкову травму - ЧМТ) під час психологічної травми; ці параметри, ймовірно, сприяють підвищенню вразливості до розвитку посттравматичного стресового розладу, а не стійкості до нього.

Незважаючи на те, що біологічні, психологічні та соціальні наслідки ПТСР вже деякий час перебувають під пильною увагою науковців, а лікування значно покращилося, багато чого залишається невідомим про цей стан, і суперечки зберігаються як у нейронауковій, так і в клінічній/лікувальній літературі.

Ми розглядаємо нейробіологічний вплив психологічної травми з точки зору того, що генетичні, фактори розвитку та емпіричні фактори привертають певних людей до розвитку посттравматичного стресового розладу. Зокрема, ми розглянемо поточну базу даних щодо біологічних маркерів посттравматичного стресового розладу та можливості того, що деякі біологічні маркери можуть не бути набутими, а скоріше можуть фактично передувати травмі, доки не будуть функціонально «демасковані» стресом. Там, де це доречно, ми також звертаємо увагу на схожість між посттравматичним стресовим розладом та ЧМТ, які виходять за рамки добре відомих ознак та симптомів (таких як дратівливість та соціальна ізоляція) і включають аномалії в тих самих нейробіологічних системах [53]. Ідеї, висловлені в цьому розділі, робляться в інтересах розробки послідовної моделі для концептуальних цілей. З самого початку визнається, що в літературі можна знайти численні невідповідності, які підкреслюють багатофакторний і складний характер цієї галузі.

1.2 Історія посттравматичного стресового розладу як діагнозу

З 1980 року, коли ПТСР вперше було введено в класифікацію психічних розладів (Американська психіатрична асоціація, 1980), нозологія ПТСР широко дискутується. Були висловлені суперечки щодо структури симптомів ПТСР та їх високої супутньої патології з додатковими психіатричними станами, включаючи настрій, тривожність та розлад особистості [54].

ПТСР став діагнозом під впливом низки соціальних рухів, таких як групи захисту прав ветеранів, феміністок та тих, хто пережив Голокост. Дослідження про ветеранів, які поверталися з бойових дій, стали критично важливою частиною для встановлення діагнозу. Отже, історія того, що зараз відомо як посттравматичний стресовий розлад, часто посиляється на історію бойових дій.

Вплив травматичного досвіду завжди був частиною людського стану. Напади шаблезубих тигрів або терористів ХХІ століття, ймовірно, призвели до подібних психологічних реакцій у тих, хто пережив таке насильство. Літературні розповіді дають перші описи того, що ми зараз називаємо посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Наприклад, такі автори, як Гомер («Іліада»), Вільям Шекспір («Генріх IV») та Чарльз Діккенс («Повість про два міста»), писали про травматичний досвід та симптоми, які послідували за такими подіями [54].

Діагноз ПТСР заповнив важливу прогалину в психіатрії, оскільки його причиною була подія, яку пережила людина.

Розповіді про психологічні симптоми після військової травми сягають давніх часів. Громадянська війна в США (1861-1865) і франко-пруська війна (1870-1871) ознаменували початок офіційних медичних спроб вирішити проблеми військових ветеранів, які потрапили в бойові дії. Європейські описи психологічного впливу залізничних аварій також сприяли ранньому розумінню станів, пов'язаних із травмою.

Ще до військових зусиль США австрійський лікар Йозеф Леопольд (1761) писав про «ностальгію» серед солдатів. Серед тих, хто зазнав військової травми, деякі повідомили, що сумували вдома, відчували сум,

проблеми зі сном і тривогу. Цей опис симптомів, схожих на ПТСР, був моделлю психологічної травми, яка існувала до Громадянської війни [54].

Друга модель цього стану припускала фізичну травму як причину симптомів. «Солдатське серце» або «дратівливе серце» відзначалося прискореним пульсом, занепокоєнням і проблемами з диханням. Американський лікар Джейкоб Мендес Да Коста вивчав солдатів Громадянської війни з цими «серцевими» симптомами і описав це як надмірне збудження нервової системи серця, або «синдром да Коста». Солдатів часто повертали в бій після того, як вони отримували ліки для контролю симптомів.

Думка про те, що фізична травма призвела до симптомів, схожих на посттравматичний стресовий розлад, була підтримана європейськими повідомленнями про «залізничний хребет». У міру того, як залізничні подорожі ставали все більш поширеними, зростали і залізничні аварії. У постраждалих пасажирів, які загинули, були проведені розтини, які свідчили про пошкодження центральної нервової системи. Варто зазначити, що Чарльз Діккенс потрапив у залізничну аварію в 1865 році і писав про симптоми безсоння і тривожності в результаті травми.

У 1919 році президент Вільсон проголосив 11 листопада першим святкуванням Дня перемир'я, дня закінчення Першої світової війни. У той час деякі симптоми сучасного посттравматичного стресового розладу були відомі як «контузія», оскільки вони розглядалися як реакція на вибух артилерійських снарядів. Симптоми включали, серед іншого, паніку та проблеми зі сном. Спочатку вважалося, що контузія є результатом прихованого пошкодження мозку, викликаного ударом великих гармат. Мислення змінилося, коли більше солдатів, які не були поруч із вибухами, мали схожі симптоми. «Військові неврози» також були названі цим захворюванням у цей час.

Під час Першої світової війни лікування було різноманітним. Солдати часто отримували лише кілька днів відпочинку перед поверненням у зону

бойових дій. Для тих, хто має важкі або хронічні симптоми, лікування зосереджувалося на повсякденній активності для покращення функціонування, в надії повернути їх до продуктивного цивільного життя. У європейських лікарнях поряд з гіпнозом застосовувалися «гідротерапія» (вода) або «електротерапія» (шок) [63].

У Другій світовій війні діагноз контузії був замінений на реакцію бойового стресу, також відому як «бойова втома». Під час тривалих сплесків, характерних для Другої світової війни, солдати ставали втомленими та виснаженими в боях. Деякі американські військові лідери не вірили, що «втома від бою» була реальною. Хорошу розповідь про «бойову втому» можна знайти в книзі Стівена Крейна «Червоний знак відваги», де описується гостра реакція нового новобранця армії Союзу, коли він зіткнувся з першим шквалом артилерії Конфедерації.

До половини військових звільнень під час Другої світової війни були результатом бойового виснаження. «Бойову втому» лікували за принципами «ББО» («Близькість», «безпосередність», «очікування»). «ББО» вимагав негайного надання допомоги пораненим і забезпечення того, щоб хворі очікували повного одужання, щоб вони могли повернутися до бою після відпочинку. Переваги відносин між військовими підрозділами та підтримки стали фокусом як запобігання стресу, так і сприяння відновленню.

Розвиток діагнозу ПТСР

У 1952 році Американська психіатрична асоціація (АПА) випустила перший діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-I), який включав «реакцію на грубий стрес». Цей діагноз був запропонований для людей, які були відносно нормальними, але мали симптоми травматичних подій, таких як катастрофа або бойові дії. Проблема полягала в тому, що цей діагноз припускав, що реакції на травму зникнуть відносно швидко. Якщо через півроку симптоми все ще були присутні, потрібно було поставити інший діагноз [62].

Незважаючи на зростаючу кількість доказів того, що вплив травми був пов'язаний з психічними проблемами, цей діагноз був усунутий у другому виданні DSM (1968). DSM-II включав «реакцію адаптації до дорослого життя», яка була явно недостатньою для фіксації стану, схожого на ПТСР. Цей діагноз обмежувався трьома прикладами травми: небажаною вагітністю з суїцидальними думками, страхом, пов'язаним з військовими діями, і синдромом Гансера (відзначений неправильними відповідями на питання) у ув'язнених, яким загрожує смертний вирок.

У 1980 році Американська психіатрична асоціація (АПА) додала посттравматичний стресовий розлад до DSM-III, який виник на основі досліджень за участю ветеранів війни у В'єтнамі, які повернулися, тих, хто пережив Голокост, жертв сексуальних травм та інших. Встановлено зв'язок між травмою війни та поствоєнним цивільним життям.

Критерії DSM-III для посттравматичного стресового розладу були переглянуті в DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) і DSM-5 (2013) з урахуванням триваючих досліджень. Одним із важливих висновків, який спочатку не був зрозумілим, є те, що посттравматичний стресовий розлад є відносно поширеним явищем. Останні дані показують, що приблизно 4 з кожних 100 американських чоловіків (або 4%) і 10 з кожних 100 американських жінок (або 10%) матимуть діагноз ПТСР протягом життя.

Важливою зміною в DSM-5 є те, що ПТСР більше не є тривожним розладом [21]. ПТСР іноді пов'язаний з іншими станами настрою (наприклад, депресією) і з гнівною або нерозсудливою поведінкою, а не з тривогою. Отже, ПТСР тепер належить до нової категорії – розлади, пов'язані з травмою та стресорами.

1.3 Біологія ПТСР

Існує ряд факторів, які необхідно враховувати, розглядаючи взаємодію між несприятливою стимуляцією навколишнього середовища,

реакціями/реакціями на стрес і патологією. У цьому розділі розглядаються основні результати досліджень ендокринології, нейрохімії та схем мозку, проведених на пацієнтах з діагнозом ПТСР.

Ендокринні фактори

Основні ендокринні особливості ПТСР включають аномальну регуляцію кортизолу та гормонів щитовидної залози, хоча в літературі існують деякі розбіжності щодо цих висновків. Слід зазначити, що порушення ендокринної регуляції зустрічається і у пацієнтів, у яких діагностовано ЧМТ в результаті пошкодження ніжки гіпофіза.

Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГН) є центральним координатором нейроендокринних систем реагування на стрес ссавців, і тому вона була основним об'єктом уваги пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (рис. 1.1.) Якщо коротко, то вісь ГГН складається з ендокринних компонентів гіпоталамуса, включаючи передню частку гіпофіза, а також ефекторний орган - надниркові залози. Під впливом стресу нейрони паравентрикулярного ядра (ПВЯ) гіпоталамуса секретують кортикотропін-рилізінг-гормон (КРГ) з нервових закінчень у серединному піднесенні в гіпоталамо-гіпофізальний портальний кровообіг, який стимулює вироблення та вивільнення адренкортикотропіну (АКТГ) з передньої долі гіпофіза. АКТГ в свою чергу стимулює вивільнення глюкокортикоїдів з кори надниркових залоз. Глюкокортикоїди модулюють метаболізм, а також імунну та мозкову функцію, тим самим організовуючи фізіологічну та організаційну поведінку для управління стресовими факторами. У той же час кілька мозкових шляхів модулюють активність осі ГГН. Зокрема, гіпокамп і префронтальна кора (ПФК) пригнічують, тоді як мигдалеподібне тіло та амінергічні нейрони стовбура мозку стимулюють нейрони КРГ у ПВЯ. Крім того, глюкокортикоїди здійснюють негативний зворотний зв'язок щодо осі ГГН, регулюючи нейрони гіпокампу та ПВЯ. Тривалий вплив глюкокортикоїдів має несприятливий вплив на нейрони гіпокампу,

включаючи зменшення дендритного розгалуження, втрату дендритних шипів та порушення нейрогенезу [17].

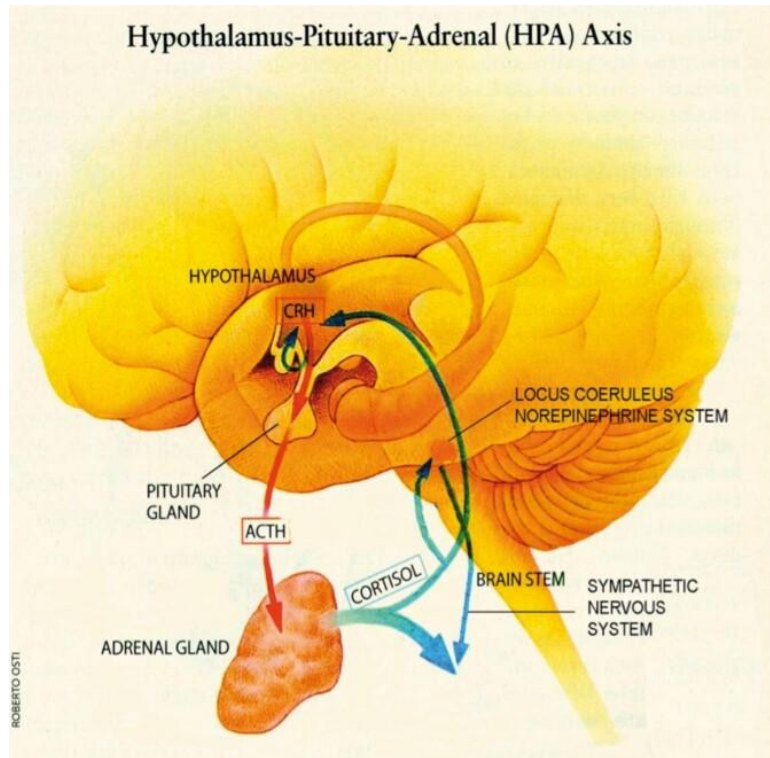


Рисунок 1.1. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь

Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь є основною системою реагування організму на стрес. Гіпоталамус виділяє КРГ, який зв'язується з рецепторами клітин гіпофіза, які виробляють/вивільняють АКТГ, який транспортується до надниркових залоз, де виробляються/вивільняються гормони надниркових залоз, такі як кортизол. Вивільнення кортизолу активує симпатичні нервові шляхи і генерує негативний зворотний зв'язок як для гіпоталамуса, так і для передньої долі гіпофіза. Ця система негативного зворотного зв'язку, мабуть, порушена у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом [16].

1.4 Ризик та стійкість до розвитку ПТСР

Особи, які зазнали впливу події, яка або загрожує серйозними травмами/смертю, або сприймається як така, реагують по-різному. Більшість з них відчуватимуть від мінімальних (секунди) до короткочасних (години) та короткострокові (дні/тижні) відхилення від норми, тоді як менша кількість

страждатиме від значної психопатології протягом більш тривалих (місяці) та хронічних (протягом життя) часових проміжків. Коротше кажучи, не у всіх людей, які стикаються з потенційно катастрофічною травмою, розвивається посттравматичний стресовий розлад. Чому в одних людей після травми розвивається ПТСР, а в інших – ні, має першорядне значення. Оскільки у більшості людей, які пережили травму, не розвивається посттравматичний стресовий розлад, у майбутньому дуже важливо розуміти фактори вразливості та стійкості. Науковцями обговорюється роль генетичних факторів, гендерних відмінностей та стресового досвіду раннього розвитку у зниженні ризику розвитку ПТСР у відповідь на психологічну травму, а також підвищений ризик розвитку ПТСР у контексті супутніх фізичних травм (включаючи ЧМТ).

Генетичні фактори ризику ПТСР

Дослідженням генетики ПТСР перешкоджають різноманітні фактори, такі як генетична гетерогенність (схожі фенотипи розвиваються з різних генотипів) та неповна фенотипова пенетрантність (у людини з генетичним ризиком ПТСР, яка не зазнала травми, не розвинеться ПТСР). Незважаючи на цю плутанину, накопичуються докази того, що ризик розвитку ПТСР значною мірою залежить від генетичних факторів. Дані досліджень сім'ї та близнюків вже давно свідчать про спадковий внесок у розвиток посттравматичного стресового розладу. Крім того, існують докази спадкового внеску в деякі нейробіологічні ендотипи ПТСР, про які йшлося вище, наприклад, зменшення об'єму гіпокампу [24] або перебільшена реактивність мигдалеподібного тіла [25]. Слід зазначити, що з'являється література про генетичні варіації в тих нейробіологічних системах, які зумовлюють реакцію на травму і, відповідно, співвідношення ризику та стійкості до розвитку ПТСР [26].

Одне дослідження пов'язало поліморфізм гена транспортера DA з ризиком посттравматичного стресового розладу. У цьому дослідженні у пацієнтів з ПТСР було виявлено надлишок алеля SLC6A39 повтору. Цей

висновок свідчить про те, що генетично обумовлені особливості передачі ДА можуть сприяти розвитку ПТСР серед людей, які пережили травму [27]. Кілька досліджень припускають поліморфізми в D₂ рецепторів як можливих елементів ризику ПТСР, хоча результати не були послідовними [28]. Крім того, існують докази, що пов'язують варіант транспортера серотоніну з низькою експресією зі стресовою реакцією та ризиком розвитку депресії у зв'язку з життєвим стресом, особливо за наявності низької соціальної підтримки [29]. Цей висновок показує, оскільки той самий поліморфізм пов'язаний із підвищеною реактивністю мигдалеподібного тіла [30], а також риса невротизму [31], що є ще одним фактором ризику ПТСР. Однак слід зазначити, що ці висновки щодо генетичного ризику щодо транспортера серотоніну нещодавно були поставлені під сумнів.

Особливо цікавими є висновки про те, що генетична варіація білка кошаперону глюкокортикоїдних рецепторів, FKBP5, знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у зв'язку з жорстоким поведінням у дитинстві [32]. У цьому дослідженні перевірялася взаємодія жорстокого поведіння в дитинстві, травм у дорослому віці та генетичних поліморфізмів у гені FKBP5 у 900 пацієнтів клінік загальної внутрішньої медицини, які не є психіатричними. Жорстоке поведіння в дитинстві та травма дорослого віку передбачали симптоми ПТСР, а поліморфізм FKBP5 значною мірою взаємодіяв із жорстоким поведінням у дитинстві для прогнозування симптомів ПТСР у дорослих. Генотип FKBP5 також був пов'язаний з підвищеною чутливістю до глюкокортикоїдних рецепторів, що відображає гіперсупресія дексаметазону, що є характерною ознакою посттравматичного стресового розладу. Зовсім недавно Ресслер і його колеги продемонстрували, що специфічне для жінок підвищення пептиду, що активує аденілатциклазу гіпофіза, корелює не тільки з фізіологією страху і діагностикою посттравматичного стресового розладу, але також специфічний однонуклеотидний повтор на елементі відповіді естрогену у тих же суб'єктів [33]. Ці висновки та цей тип роботи можуть пролити нове світло не лише на

добре відомі відмінності в ризику ПТСР між чоловіками та жінками, які обговорюються далі, але й на наше механістичне розуміння ПТСР загалом.

Гендерні відмінності та ризик розвитку ПТСР

Жінки частіше, ніж чоловіки, страждають від ПТСР з не зовсім зрозумілих причин. Жінки та чоловіки, як правило, піддаються різним типам травми, хоча відмінності в частоті ПТСР (як повідомляється, 2:1) навряд чи можна пояснити виключно на основі типу та/або тяжкості впливу. На додаток до тих висновків, які були описані вище, було задокументовано ряд гендерних відмінностей у нейробиологічній відповіді на травму [34]. Дослідження на гризунах показують, що самки, як правило, демонструють більшу величину та тривалість реакції осі ГГН на стрес, ніж самці, хоча висновки на людях не зовсім суперечливі [35]. Статеві відмінності в нейроендокринних реакціях на стрес пояснюються прямим впливом циркулюючого естрогену на нейрони КРГ. Статеві стероїди також взаємодіють з іншими нейромедіаторними системами, що беруть участь у реакції на стрес, такими як серотонінова система [36]. Прогестерон також бере участь у модулюванні цих систем [37]. Однак гендерні відмінності у реакціях ГГН на стрес також спостерігалися незалежно від гострого ефекту гонадних стероїдів [38].

Фактори, які можуть визначати гендерні відмінності в реакції на стрес, включають геномні відмінності (як зазначено вище) та/або девклопментально запрограмовані ефекти гонадних стероїдів. Слід зазначити, що нещодавне дослідження жінок-ветеранів показало, що вагітність підвищує ризик ПТСР вище, ніж у невагітних жінок [39]. Крім того, статеві стероїди відіграють важливу роль у структурній пластичності протягом життя кількох областей мозку, включаючи області, що беруть участь у реагуванні на стрес, такі як гіпокамп і мигдалеподібне тіло. Дослідження функціональної візуалізації виявили гендерні відмінності в реакції мозку на подразники страху [40]. З часом наше розуміння цього сузір'я процесів може врешті-решт зблизитися, що дозволить краще описати основу гендерних відмінностей і, зокрема, те, як

наслідки травми перетворюються на диференційований ризик розвитку ПТСР.

Фактори раннього розвитку та посттравматичний стресовий розлад

Попередній досвід знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у відповідь на травму, особливо коли вплив стресу відбувається в ранньому віці. Таким чином, негаразди в дитинстві пов'язані з підвищеним ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу у відповідь на бойове опромінення у ветеранів В'єтнаму [41]. Існує література, яка документує, що ранній несприятливий досвід, включаючи пренатальний стрес і стрес у дитинстві, має глибокий і тривалий вплив на розвиток нейробиологічних систем, тим самим «програмує» подальшу стресову реактивність і вразливість до розвитку ПТСР. Наприклад, нещодавно було показано, що діти з історією насильства схильні до ризику розвитку ПТСР у майбутньому [42]. Крім того, дослідження дітей, які вижили після урагану Катріна, вказує на значне підвищення ризику посттравматичного стресового розладу [43]. У зв'язку з цим, примати, які піддаються впливу умов мінливого попиту на корм, що спричиняє непередбачувану материнську турботу у немовляти, призводить до фенотипу дорослої людини з сенсibiliзацією до сигналів страху, гіперактивністю КРГ та низьким рівнем кортизолу, що є моделлю класичних ознак, характерних для посттравматичного стресового розладу [44]. Відповідно до цих висновків, у дорослих жінок з історією дитячих травм спостерігається сенсibiliзація як нейроендокринних, так і вегетативних реакцій на стрес [45]. Необхідні дослідження, які визначають конкретні чутливі періоди до наслідків раннього стресу, визначають параметри їх зворотного розвитку, а також ретельно вивчають взаємодію диспозиційних факторів (генів, статі) з особливостями розвитку при визначенні нейробиологічної вразливості до ПТСР.

Вплив фізичної травми і черепно-мозкової травми на розвиток ПТСР

Давно відомо, що фізичні травми, супутні психологічним, підвищують ризик розвитку ПТСР. У дослідженнях ветеранів В'єтнаму [52], і зовсім

недавно в дослідженні ветеранів Іраку і Афганістану [59], було виявлено, що фізичні травми підвищують ризик розвитку ПТСР щонайменше вдвічі.

Аналогічно, огляд літератури пацієнтів із задокументованою ЧМТ та дані оцінки програм з опитувань морських піхотинців США після впливу вибуху в Іраку продемонструвати, що ЧМТ становить підвищений ризик розвитку ПТСР [53]. Хоча диференціація ризику розвитку ПТСР у пацієнтів з ЧМТ ускладнюється суб'єктивними та об'єктивними відхиленнями, загальними для обох клінічних об'єктів, вражає те, що кожна з них має спільні ендокринні, нейрохімічні та ланцюгові аномалії. Таким чином, з цього випливає, що існування обох діагнозів у окремого пацієнта може бути адитивним, якщо не мультиплікативним з клінічної точки зору. Наприклад, у контексті ЧМТ (з пошкодженням лобової частки та поведінковим розгальмуванням) було б розумно очікувати дуже високого профілю ризику насильства для пацієнта, який страждає від дратівливості та гніву, характерних для коморбідного ПТСР. Крім того, слід зазначити, що безпорадність, яка супроводжує певні фізичні травми (можливо, особливо ЧМТ), безсумнівно, посилює проблеми обмеженої самоефективності (і загальної втрати почуття свободи вибору), які характеризують посттравматичний стресовий розлад. Таким чином, психологічні проблеми, пов'язані з ЧМТ, можуть створити додатковий хронічний ризик віктимізації, що сприяє посттравматичному стресовому розладу у тих пацієнтів, які мають тенденцію ставати все більш залежними з часом.

Не у кожного, хто переживає небезпечну подію, розвивається посттравматичний стресовий розлад — багато інших факторів відіграють певну роль. Деякі з цих факторів присутні до травми, інші стають важливими під час і після травматичної події.

Згідно з дослідженнями Американського Національного центру боротьби з посттравматичним стресовим розладом ветерани частіше страждають на посттравматичний стресовий розлад, ніж цивільні. Ветерани, які потрапили в зону бойових дій, також частіше страждають на

посттравматичний стресовий розлад, ніж ті, хто не брав участі в бойових діях [61].

До факторів ризику, які можуть збільшити ймовірність розвитку ПТСР, належать:

- Вплив попереднього травматичного досвіду, особливо в дитинстві;
- Отримали поранення або побачили, як люди постраждали чи їх вбили;
- Почуття жаху, безпорадності або сильного страху;
- Незначна соціальна підтримка після заходу або її відсутність;
- Робота з додатковим стресом після події, таким як втрата близької людини, біль і травма або втрата роботи чи дому;
- Наявність особистого або сімейного анамнезу психічних захворювань або вживання психоактивних речовин;

Фактори стійкості, які можуть знизити ймовірність розвитку ПТСР, включають:

- Пошук підтримки у друзів, родини або груп підтримки;
- Навчитися нормально ставитися до своїх дій у відповідь на травматичну подію;
- Мати копінг-стратегію, щоб пережити травматичну подію та винести уроки з неї;
- Бути готовим і здатним реагувати на неприємні події, коли вони відбуваються, незважаючи на почуття страху.

За даними Національного центру посттравматичного стресового розладу [64], програми Міністерства у справах ветеранів США, близько шести з кожних 100 людей відчувають посттравматичний стресовий розлад у певний момент свого життя. Жінки частіше хворіють на ПТСР, ніж чоловіки. Певні аспекти травматичної події та деякі біологічні фактори (наприклад, гени) можуть підвищити ймовірність розвитку ПТСР у деяких людей [58].

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хвороба значної поширеності, яка часто характеризується високою захворюваністю, стійкістю до лікування та хронічним перебігом.

ПТСР став діагнозом під впливом низки соціальних рухів, таких як групи захисту прав ветеранів, феміністок та тих, хто пережив Голокост. Дослідження про ветеранів, які поверталися з бойових дій, стали критично важливою частиною для встановлення діагнозу. Отже, історія того, що зараз відомо як посттравматичний стресовий розлад, часто посиляється на історію бойових дій. Діагноз ПТСР заповнив важливу прогалину в психіатрії, оскільки його причиною була подія, яку пережила людина.

Згідно Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів DSM-5 ПТСР більше не є тривожним розладом. ПТСР іноді пов'язаний з іншими станами настрою (наприклад, депресією) і з гнівною або нерозсудливою поведінкою, а не з тривогою. Отже, ПТСР тепер належить до нової категорії – розлади, пов'язані з травмою та стресорами.

ПТСР включає чотири різні типи симптомів: повторне переживання травматичної події (також зване повторним переживанням або вторгненням); уникнення ситуацій, які є нагадуванням про подію; негативні зміни в переконаннях і почуттях; і почуття замкнутості (також зване гіперзбудженням або надмірною реакцією на ситуації). Більшість людей відчувають деякі з цих симптомів після травматичної події, тому ПТСР не діагностується, якщо всі чотири типи симптомів не тривають принаймні місяць і не викликають значного стресу або проблем із повсякденним функціонуванням.

Основні ендокринні особливості ПТСР включають аномальну регуляцію кортизолу та гормонів щитовидної залози. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь є основною системою реагування організму на стрес. Патолофізіологія посттравматичного стресового розладу може включати дисфункцію кількох структур головного мозку, зокрема мигдалеподібного

тіла та гіпокампу, а також нейрохімічних систем норадренергічного, дофамінового, опіатного та кортикотропін-релізинг-факторів. Гостра, серйозна психологічна травма призводить до паралельної активації цих систем, виробляючи низку адаптивних поведінкових і фізіологічних реакцій, необхідних для виживання.

Також потрібно підкреслити, що не у всіх людей, які стикаються з потенційно катастрофічною травмою, розвивається посттравматичний стресовий розлад. У науковій літературі обговорюється роль генетичних факторів, гендерних відмінностей та стресового досвіду раннього розвитку у зниженні ризику розвитку ПТСР у відповідь на психологічну травму, а також підвищений ризик розвитку ПТСР у контексті супутніх фізичних травм (включаючи ЧМТ).

РОЗДІЛ 2. ГОЛОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР)

2.1 Травматичні події, що приводять до ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад, який розвивається у деяких людей, які пережили шокуючу, страшну або небезпечну подію.

Травматичні події, пов'язані з розвитком ПТСР, можуть бути переживаннями чи спостереженнями поодиноких, повторюваних або багаторазових подій, як, наприклад:

- серйозні аварії;
- фізичне або сексуальне насильство;
- жорстоке поводження, зокрема дитяче або домашнє насильство;
- травма, пов'язана з роботою, зокрема й дистанційний вплив;
- травма, пов'язана з серйозними проблемами зі здоров'ям або пологами (наприклад, госпіталізація у відділення інтенсивної терапії або смерть новонародженого);
- війна та конфлікт;
- катування [2].

Посттравматичний стресовий розлад може розвинути у будь-якої людини в будь-якому віці. Це стосується ветеранів бойових дій та людей, які пережили або стали свідками фізичного чи сексуального насильства, жорстокого поводження, нещасного випадку, катастрофи чи інших серйозних подій. Люди, які мають посттравматичний стресовий розлад, можуть відчувати стрес або страх, навіть якщо їм нічого не загрожує.

Не всі люди з посттравматичним стресовим розладом пережили небезпечну подію. Іноді, дізнавшись, що друг або член сім'ї пережив травму, можна спричинити посттравматичний стресовий розлад.

Природно відчувати страх під час і після травматичної ситуації. Страх є частиною реакції організму «бий або біжи», яка допомагає нам уникати потенційної небезпеки або реагувати на неї. Люди можуть відчувати цілий ряд стресових реакцій після травми (табл. 2.1), і більшість людей з часом відновлюються від початкових симптомів. Тим, хто продовжує відчувати проблеми, може бути поставлений діагноз ПТСР.

Таблиця 2.1

Поширені стресові реакції на небезпечну подію

Емоціональні ефекти	Фізичні ефекти	Когнітивні ефекти	Міжособистісні ефекти
<ul style="list-style-type: none"> • Шок • Злість • Відчай • Емоційне оніміння • Жах • Провина • Печаль або смуток • Дратівливість • Безпорадність • Втрата задоволення від звичних занять • Дисоціація* (<i>стан відключення від реальності, який може проявлятися як відчуття "нереальності", "туман у голові", тунельний зір, відчуття автоматизму чи перебування "у власному світі"</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Втома • Безсоння • Порушення сну • Гіперактивація • Соматичні скарги • Порушений імунний статус • Головні болі • Шлунково-кишкові проблеми • Втрата апетиту • Зниження лібідо • Реакція наляку (стартл-рефлекс) 	<ul style="list-style-type: none"> • Порушення концентрації • Порушення здатності приймати рішення • Порушення пам'яті • Відчуття нереальності • Сплутанність, проблеми з розумінням інформації • Спотворення: Неправильне сприйняття реальності • Знижена самооцінка • Знижена самоефективність • Самобичування • Нав'язливі думки та спогади • Тривога 	<ul style="list-style-type: none"> • Відчуження • Соціальна замкнутість • Збільшення конфліктів у стосунках • Професійне порушення • Проблеми з навчанням, зниження мотивації до навчання

2.2 Ознаки та симптоми ПТСР

Симптоми ПТСР зазвичай починаються протягом 3 місяців після травматичної події, але іноді вони з'являються пізніше. Щоб відповідати критеріям посттравматичного стресового розладу, людина повинна мати симптоми довше 1 місяця, а симптоми повинні бути достатньо серйозними,

щоб заважати аспектам повсякденного життя, таким як стосунки чи робота. Симптоми також не повинні бути пов'язані з прийомом ліків, вживанням психоактивних речовин або іншими захворюваннями.

Перебіг розладу різний. Деякі люди одужують протягом 6 місяців, тоді як інші мають симптоми, які тривають протягом 1 року або довше (рис. 2.1). Люди з посттравматичним стресовим розладом часто мають супутні стани, такі як депресія, вживання психоактивних речовин або один або кілька тривожних розладів.

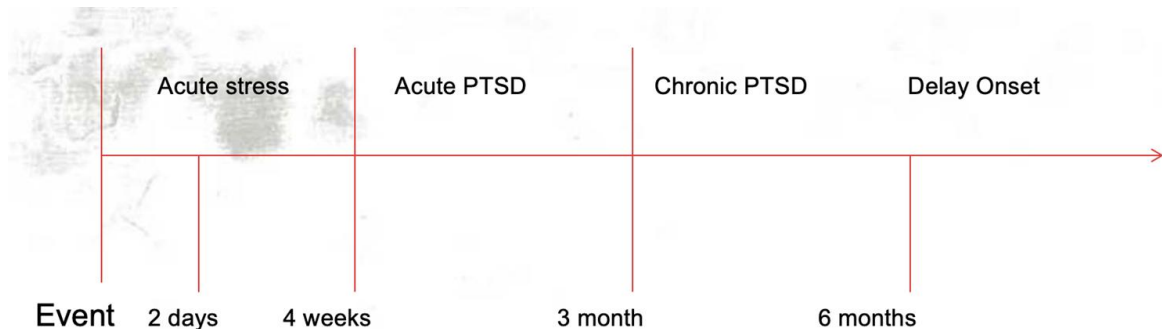


Рисунок 2.1. Хронологія перебігу етапів ПТСР

Після небезпечної події природно мати деякі симптоми. Наприклад, деякі люди можуть відчувати себе відстороненими від досвіду, ніби вони спостерігають за речами, а не переживають їх. Після таких подій зазвичай виникають неприємні спогади, почуття напруженості або проблеми зі сном, але більшість людей починають почуватися краще через кілька тижнів або місяців.

Якщо минуло більше кількох місяців, а думки та почуття від події все засмучують людину або спричиняють проблеми у житті, можливо, це посттравматичний стресовий розлад.

Кожен переживає ПТСР по-різному. Іноді симптоми ПТСР можуть початися через місяці або навіть роки після події. Або симптоми можуть з'являтися і зникати протягом декількох років.

Крейг «Стю» Шиплі (Корпус морської піхоти США, 1964-1968) пояснює, як посттравматичний стресовий розлад заважав йому довіряти людям — навіть власній родині та друзям: «Я ізолював себе від життя. Я

нікому не довіряв. Абсолютно нульова довіра навіть до власної сім'ї. Я повністю ізолював себе від життя» [65].

Бред Зайтц (Корпус морської піхоти США, 2002-2005) каже, що зрозумів, що йому потрібна допомога, коли святкування Дня пам'яті пішло не так: «Я пішов, взяв пістолет і почав нищпорити по будинку. Деякі люди стріляли з феєрверків, і один приземлився прямо на моєму порозі. Я огризнувся і просто перейшов у такий собі піхотний режим. Я пішов, узяв зброю і почав нищпорити по будинку» [65].

Сім'ї дуже страждають, коли мама чи тато приходять додому просто загубленими з посттравматичним стресовим розладом.

Сара Хамфріс (армія США, 1994-2012) розповідає, як через почуття заціпеніння їй було важко бути поруч зі своєю сім'єю: «Я відчувала себе виродком, що не можу відчувати емоції в моменти, коли інші люди відчують емоції на щось. Було легше просто залишитися у своєму власному маленькому світі» [65].

Симптоми посттравматичного стресового розладу

Виділяють 4 основних типи симптомів ПТСР:

1. Переживання небажаних спогадів або нічних кошмарів

Людина може боротися з неприємними спогадами про подію або кошмарами. Ці спогади можуть здаватися дуже реальними і страшними. Для деяких людей цей досвід настільки яскравий, що здається, ніби подія відбувається спочатку. Це називається флешбеком.

Майор Джошуа Брендон (армія США, 2002-дотепер) розповідав наступне: «Мій адреналін просто підскочив. Я пам'ятаю, як їхав у Теннесі, а за чийось будинком була горіла яма. І, напевно, на добрі 2 хвилини я був знову в Іраку. Мій адреналін просто підскочив» [65].

2. Уникання речей, які нагадують про подію

Людина може намагатися уникати певних людей або ситуацій, які нагадують про подію. Наприклад, ветеран бойових дій може уникати відвідування людних місць, таких як торгові центри, тому що йому

небезпечно перебувати поруч з такою кількістю людей. Або може намагатися бути зайнятим весь час, щоб не доводилося говорити або думати про подію.

Валері Овалле (армія США, 2004-2005) розповідала: «Я намагалася уникати багатьох речей. Я почала уникати [людей]. Я навіть уникала своїх друзів, з якими дуже довго їздила в Ірак, бо знала, що якщо почну з ними розмовляти, то почну згадувати те, що сталося. Тому я просто хотіла побути на самоті» [65].

3. Наявність негативних думок і почуттів

У людини може бути більше негативних думок і почуттів, ніж до події. Іноді ветерани борються з соромом чи почуттям провини за саму травматичну подію. Наприклад, деякі люди можуть хвилюватися, що вони могли б зробити більше, щоб допомогти іншим або запобігти події.

Також можуть відчувати смуток або заціпеніння та втратити інтерес до речей, які раніше подобалися, наприклад, до проведення часу з друзями та родиною. Може бути важко відчувати або виражати радість та інші позитивні емоції.

Сержант Едвард Бальдісарі (армія США, 1965-1969) згадує: «Все, що мені подобалося, просто зникло. Я думав, що я нічого не вартий. Друзів у мене не було. Всі мої стосунки зникли. Я пив, як дурень. У мене не було жодних захоплень, все, що мені подобалося, просто зникло... Роками так було» [65].

4. Відчуття на межі

Люди з посттравматичним стресовим розладом часто відчують себе на межі, ніби їм важко розслабитися. Відчуття того, що вони завжди перебувають в стані підвищеної готовності, може ускладнити сон або концентрацію на речах, які потрібно робити щодня. Вони часто помічають, що сердяться або засмучуються, і якщо хтось здивує їх, ти можуть легко здригнутися.

Сержант Едвард Рентас (армія США, 1999-2010) розповідав: «Я не можу заснути від думки, що двері відчинені. У нас був індикатор гаражних

воріт. Коли двері опущені, вони зелені. І я встаю вночі, а там зелений колір, а я все одно відкриваю двері і дивлюся. Я не довіряю цій речі. Не знаю чому, вони працюють ідеально» [65].

Фахівець у галузі психічного здоров'я, який має досвід допомоги людям із ПТСР, наприклад, психіатр, психолог або клінічний соціальний працівник, може визначити, чи відповідають симптоми критеріям ПТСР.

Щоб діагностувати ПТСР, доросла людина повинна мати все наступне протягом принаймні 1 місяця:

- Принаймні один симптом повторного переживання;
- Принаймні один симптом уникнення;
- Принаймні два симптоми збудження та реактивності;
- Принаймні два симптоми когнітивних функцій і настрою.

До повторних симптомів відносяться:

- Переживання флешбеків — переживання травматичної події, включно з фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття або пітливість;

- Наявність повторюваних спогадів або снів, пов'язаних із подією;
- Тривожні думки;
- Фізичні ознаки стресу.

Думки та почуття можуть викликати ці симптоми, як і слова, предмети чи ситуації, які є нагадуванням про подію.

До симптомів уникнення належать:

- Триматися подалі від місць, подій чи об'єктів, які нагадують про травматичний досвід;

- Уникнення думок або почуттів, пов'язаних із травматичною подією.

Симптоми уникнення можуть змусити людей змінити свій розпорядок дня. Наприклад, деякі люди можуть уникати водіння або їзди в автомобілі після серйозної автомобільної аварії.

Симптоми збудження та реактивності включають:

- Бути легко наляканим;

- Почуття напруженості, настороженості або напруженості;
- Труднощі з концентрацією уваги;
- Труднощі із засинанням або сном;
- Почуття дратівливості та спалахи гніву або агресії;
- Ризикована, нерозсудлива або деструктивна поведінка.

Симптоми збудження часто постійні. Вони можуть призвести до почуття стресу та гніву, а також можуть заважати частинам повсякденного життя, таким як сон, їжа або концентрація уваги.

Симптоми когнітивних функцій і настрою включають:

- Проблеми із запам'ятовуванням ключових особливостей травматичної події;

- Негативні думки про себе або світ;
- Перебільшене почуття провини, спрямоване на себе або інших;
- Постійні негативні емоції, такі як страх, гнів, провини або сором;
- Втрата інтересу до приємних занять;
- Почуття соціальної ізоляції;
- Труднощі з відчуттям позитивних емоцій, таких як щастя або задоволення.

Когнітивні функції та симптоми настрою можуть початися або погіршитися після травматичної події. Вони можуть призвести до того, що людина відчує себе відстороненою від друзів або членів сім'ї.

Діти та підлітки можуть мати екстремальні реакції на травму, але деякі з їхніх симптомів можуть відрізнятися від тих, що спостерігаються у дорослих. У дітей віком до 6 років ці симптоми можуть включати:

- Намокання ліжка після того, як навчилися користуватися туалетом;
- Забуваєш, як говорити, або не можеш говорити;
- Розігрування страшної події під час гри;
- Незвично чіпляєтесь до батьків або інших дорослих.

У дітей старшого віку та підлітків симптоми зазвичай більше схожі на ті, що спостерігаються у дорослих. У них також може розвинути

деструктивна, неповажна або деструктивна поведінка. Старші діти та підлітки можуть відчувати провину за те, що не запобігли травмам або смерті. У них також можуть виникати думки про помсту.

2.3 Невротичні та патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР

Серед невротичних і психопатологічних синдромів, що характерні для стану ПТСР, виділяють такі:

- “солдатське серце”, що характеризується болем за грудиною, серцебиттям, переривчастістю дихання, підвищеною пітливістю;
- синдром людини, що вижила – хронічне відчуття провини людини, що залишилася в живих;
- флешбек-синдром, який характеризується насильними спогадами, що вторгаються у свідомість людини, нестерпними подіями минулого;
- комбатантна психопатія виявляється у вигляді агресивності й імпульсивної поведінки зі спалахами насильства, зловживанням алкоголю і наркотиків, безладністю сексуальних зв'язків при замкнутості й підозрливості;
- синдром прогресуючої астенії спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення спокою;
- посттравматичні рентні стани такі, як набута інвалідність із усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції тощо [9].

Ці стани нестатичні, посттравматична симптоматика з віком може ставати дедалі більше вираженою. Крім виділених форм відзначаються інші варіанти, що включають посттравматичну симптоматику. Більшість із них виходять за рамки ПТСР і відповідають таким категоріям, як реактивні ендормні шизофреноподібні психози або стани, що імітують ПТСР.

Далі більш детально розберемо основні невротичні і патохарактерологічні синдроми, характерні для ПТСР стану [1]:

– «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість).

«Серце солдата» – це вислів часів Громадянської війни в Сполучених Штатах Америки. Термін вперше застосував лікар з Філадельфії Jacob Mendez Da Costa після обстеження 300 солдатів, які проходили лікування у шпиталі. Випадки недостатності міокарда у них трактувались у той час як нервовий колапс серця внаслідок його перенапруження та виснаження. Пізніше цей термін став означати зв'язок посттравматичного стресового розладу з підвищеною схильністю до розвитку серцево-судинних захворювань. Результати досліджень свідчать про те, що у ветеранів 2-ї Світової та інших збройних локальних конфліктів спостерігався високий ризик погіршення як психічного так і фізичного здоров'я [15].

– синдром того, що вижив (хронічне «відчуття провини що залишився в живих»),

Провина вцілілого (або провинна вцілілого) – це переживання психологічного стресу через виживання або вихід із ситуації відносно неушкодженим або незачепленим, порівняно з іншими. Наприклад, коли один з них виходить відносно неушкодженим внаслідок нещасного випадку, конфлікту чи пандемії, тоді як інші загинули або зазнали значних втрат, людина може відчувати провинну того, хто вижив, незважаючи на те, що не несе відповідальності за наслідки, що сталися.

Нідерланд, який народився в Німеччині (Східна Пруссія) й емігрував до США в 1934 році, був асесором Генерального консульства Федеративної Республіки Німеччини в Нью-Йорку в 1960-х роках. Він обстежив багато сотень травмованих людей, які пережили нацистські переслідування, більшість із них євреї, у рамках розгляду запитів на відшкодування збитків, і виявив у них синдром уцілілих [14]. У своїй книзі *Folgen der Verfolgung: Das*

Überlebenden-Syndrom – Seelenmord («Наслідки переслідування: синдром уцілілого — душевне вбивство») він узагальнив його причини так:

- Життя в атмосфері постійної загрози і спочатку незрозумілої, безіменної, а потім все ближчої загибелі;
- Супутнє фізичне та психічне виснаження людини в цілому;
- Часта гостра небезпека смерті та страх смерті;
- Невизначеність усіх міжособистісних стосунків і контактів;
- Беззахисне існування в постійному стані повної або майже повної безправності;
- Затоплення ментального его безперервним натиском громадських і особистих знущань, підозр, наклепів і звинувачень, знову ж таки без можливості вдатися до офіційного правового захисту [14].

Почуття провини вцілілого – це складний психологічний феномен, якому приділено значну увагу у сфері психічного здоров'я. Доктор Стенлі Кобб і доктор Еріх Ліндемманн ввели цей термін в 1943 році [57]. Почуття провини можна охарактеризувати або як диспозиційне і тривале, або як залежне від контексту і тимчасове, як це спостерігається при почутті провини, пов'язаному з травматичним досвідом. Дослідження показують, що почуття провини, пов'язане з травмою, особливо поширене серед осіб, які пережили травматичні події, і воно пов'язане з посиленням психопатологічних симптомів і думок про самогубство. Виявляється, що перші документи про провину вцілілого були описані в психоаналітичних працях про Голокост і тих, хто вижив у Хіросімі [66].

Цей психологічний феномен може виникнути у осіб, які зіткнулися зі смертю або стали її свідками і зуміли пережити цей досвід. Це може призвести до емоційних потрясінь і почуття провини. Було помічено, що ті, хто вижив, можуть взяти на себе провину за загибель або шкоду інших, навіть якщо вони мали мінімальний фактичний контроль або вплив на обставини. Почуття провини вцілілого колись розглядалося як симптом

посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, третє видання (DSM-III). Це було задумано для відображення дослідження, проведеного на ветеранах війни у В'єтнамі, у яких був підвищений рівень провини вцілілого. Він був ідентифікований як пов'язаний симптом з посттравматичним стресовим розладом у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, четверте видання, перегляд тексту (DSM-IV-TR), але згодом його видалили з Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання, перегляд тексту (DSM-V-TR). Почуття провини вцілілого тепер асоціюється з симптомами посттравматичного стресового розладу, пов'язаними з настроєм. Незважаючи на його попередню діагностичну значимість, систематичне вивчення цього явища було обмеженим.

Людина, яка живе з почуттям провини вцілілого, може відчувати те саме, що й люди, які стикаються з іншими формами провини: заціпеніння, втрата зв'язку, сором, смуток, головний біль, проблеми зі сном та соціальна роз'єднаність. Деякі дослідження показують, що люди з депресією в анамнезі або низькою самооцінкою можуть бути більш схильні до почуття провини вцілілого, ніж інші.

Людина може думати, що ніколи не зможе зробити достатньо, щоб допомогти іншим, яких торкнулося лихо, і тим самим посилює свою провину. Іноді, замість того, щоб взагалі допомогти, почуття провини змушує їх віддалятися від своєї спільноти і навіть свого близького кола спілкування.

Ветерани бойових дій часто відчують провину того, хто вижив. Солдат може стати свідком того, як вбивають товариша, що стоїть поруч, і дивуватися очевидній несправедливості власного виживання. Такі почуття не є раціональними, і дослідження ветеранів показують, що вони загалом це розуміють, але все одно можуть бути впевнені, що могли щось зробити для порятунку побратима і таким чином відчують відповідальність за свою долю. Їм навіть може здаватися, що вони зрадили мертвих. Коли нещасний

випадок, інцидент із дружнім вогнем або несправність призводять до загибелі, інші люди в підрозділі можуть відчувати глибоку провину.

Почуття провини вцілілого серед тих, хто пережив Голокост, є широко дослідженим явищем [67]. Тих, хто вижив, можна описати як страждання через очевидний привілей, який їхнє виживання дарувало їм, на відміну від дорогих родичів, друзів і сусідів. Дехто, хто вивчав психологію тих, хто вижив, вважає, що ця провина часто є проявом гніву тих, хто вижив, на винуватців Голокосту, зверненої всередину себе. Інші виявили, що почуття провини вцілілого спонукало багатьох тих, хто вижив, свідчити і говорити про уроки тієї епохи. А деякі дослідники виявили, що почуття провини вцілілого часто поширюється і на дітей тих, хто пережив Голокост [67].

– флешбек-синдром (спогади, що насильно вторгаються в свідомість, про «непереносні» події),

Для ПТСР характерно наявність флешбеків (невимушене і непередбачуване відновлення травматичного досвіду через надзвичайно яскраві спогади тривалістю від кількох секунд до кількох годин, під час якого здається, що відбувається вторгнення страшних реалій минулого в сьогодення: «перед очима стоїть війна», «я тут і не тут», сцени смерті друга, насильства; стираються межі між «тією» і справжньою реальністю) [6].

– прояви «комбатантної» психопатії (агресивність і імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрливості),

Вплив бойових дій постійно асоціюється з підвищеним ризиком посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших симптомів, пов'язаних із травмою, включаючи розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і депресію. Стверджується, що симптоми травми у ветеранів особливо помітні серед тих, хто брав участь у вбивствах.

На додаток до психічних розладів, все більше досліджень повідомляють про підвищену агресивну поведінку серед (колишніх) членів (пара)військових груп. Попередні дослідження показали, що спалахи

насильства (наприклад, насильство з боку інтимного партнера) часто пов'язані з гіперпильністю та/або імпульсивністю, які зазвичай пов'язані з симптомами травми. Крім того, з'являється все більше свідчень того, що активні члени збройних груп і колишні комбатанти можуть вважати насильницькі дії привабливими.

По суті, агресивна поведінка зазвичай є сумішшю наступних форм: реактивна агресія описує імпульсивне, афективне і неконтрольоване (автоматичне) насильницька поведінка, спровоковане уявною або реальною загрозою. Хижацька агресія - це контрольована дія, що здійснюється для досягнення певної мети. Агресія з апетитом мотивується внутрішньою винагородою і, таким чином, описує людський потенціал сприймати вчинене насильство як захоплююче, тобто потенційною реакцією є, при якій вчинення надмірного насильства сприймається як задоволення (бойовий кайф). Попередні дослідження виявили позитивний зв'язок між кількістю актів насильства, скоєних індивідом, і апетитною агресією. Крім того, захисний ефект апетитивної агресії на симптоми посттравматичного стресу був відзначений у кількох сценаріях війни.

Бойове опромінення включає різні форми свідків і пережитих травматичних подій, а також вчинені насильницькі дії, які можуть бути як травматичними, так і захоплюючими або корисними, відповідно. Наскільки нам відомо, поки що немає досліджень щодо внеску конкретних травматичних подій та скоєних дій у посттравматичний стрес та апетитивну агресію.

– Синдром прогресуючої астенії (післятабірна астения, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою).

Проблеми зі здоров'ям у колишніх в'язнів концтаборів вперше були досліджені у Франції. У 1946 році французькі дослідники описали синдром, який вони назвали *asthenia progressiva gravis* [68].

Термін KZ-синдром був введений данськими лікарями і позначав синдром концтабору. Дослідження такого типу проводилися в різних країнах і зазвичай стимулювалися необхідністю медичних довідок, що підтверджують заявки на отримання пенсій по інвалідності [68].

З 1954 року було організовано ряд конференцій і міжнародних конгресів з медичних, психологічних і соціологічних питань колишніх в'язнів концтаборів [22]. Конференції відбулися в Копенгагені в 1954 році, в Льєжі в 1961 році. Проблеми зі здоров'ям колишніх в'язнів також обговорювалися у Французькій медичній академії в 1956 році, а зустріч у Парижі в 1961 році була присвячена питанням здоров'я євреїв, яким вдалося вижити під час нацистських переслідувань.

У доповідях були вказані наступні етіологічні фактори прогресуючої астенії:

- голодування, нестача білків, жирів, вітамінів, солей Ca і Fe (похідне харчування в основному було засноване на крохмалі і зазвичай містило 600 ккал);
 - постійний холод і дефіцит одягу;
 - надмірні фізичні навантаження протягом 12-13 годин на добу;
 - антисанітарні умови, нестача простору (1 людина на 1 м²);
- атмосфера страху і жаху, що призводить до нейро-залозистого шоку.

Перераховані вище фактори призвели до наступних ефектів:

- поширення інфекцій;
- наростаюче гіпотрофія, що призводить до зниження рівня цукру в крові і м'язової атрофії і, як наслідок, до негативного білкового балансу, порушення білкового обміну, підвищення проникності капілярів, накопичення рідини в міжтканинних ділянках, що супроводжується зневодненням, висиханням клітин. Це призводило до порушення діяльності ендокринних залоз (головним чином щитовидної залози і репродуктивних органів), і тільки надниркові залози зберігали свою діяльність тривалий час.

Нервовий стрес, викликаний фізичними факторами, знижував нервову опірність, що в свою чергу призводило до більшої сприйнятливості до фізичних подразників.

Щодо патогенезу зазвичай припускають, що основною функцією в розвитку астенії були наслідки дистрофії і психологічного шоку. Однак важливість конкретних факторів поки що не уточнена. Крейндлер, Ейтінгер, Тігесен, Герман, Кілер, Гукасян, Хаген, Хоффмайєр, Мішель і Ейке стверджують, що основним фактором, відповідальним за розвиток астенії, є аліментарна дистрофія і пов'язане з цим пошкодження мозку [23]. Вони наводять експеримент у Міннесоті, в якому 36 пацієнтів чоловічої статі недоїдали протягом півроку. Їм дозволяли 1570 ккал на добу і, як наслідок, у них розвинувся психоневротичний синдром, який американці називають «голодним неврозом».

Також вважається, що психологічні фактори, стани напруги і тривоги, труднощі в пристосуванні до життя після табору є осьовими. Тому симптоми астенії часто могли спостерігатися лише після того, як колишні ув'язнені повернулися до своєї професійної діяльності.

Гофмайєр підкреслював основну функцію умов життя після визволення, хоча і погоджується з тим, що головним етіологічним фактором є голод. Він також згадує про додатковий фактор: переконання, що страждання були безглуздими з огляду на нову політичну ситуацію [23].

Крім врахування етіології і патогенезу, багато авторів включають описи симптомів і патологічних синдромів, що спостерігалися при прогресуванні астенії у колишніх ув'язнених.

Окремою групою виділяють передстаречу інволюційну неврастенію. Вона схожа на інволюційну депресію, за винятком того, що супроводжується симптомами, що свідчать про органічні ураження. Зазвичай він протікає наступним чином: симптоми повного виснаження і слабкості, клінічний прояв з переважанням дефектних розладів пам'яті та уваги, емоційна апатія. Інші симптоми, які можуть розвинутиися, включають тривогу, емоційну

нестабільність, занепокоєння, серйозні порушення сну та депресію. Цей тип синдрому з'являється після 40 років, зазвичай між 50-60 роками, хоча бувають випадки, коли він з'являвся і в 35 років.

Найбільш характерними для астенії вважаються такі симптоми: швидка стомлюваність, яка з'являється у 90 відсотків обстежених і у трьох чвертей випробовуваних становить постійну проблему на роботі. Втома зазвичай починається вранці і посилюється ближче до кінця дня. Вона супроводжується відчуттям тиску в грудній клітці, періостальними болями в ногах, головними болями у вигляді тиску в області чола, відчуттям порожнечі в потилиці, так званої гіподинамією зорової і слухової діяльності. У двох третинах випадків можуть спостерігатися серцево-судинні скарги у вигляді пароксизмальної тахікардії, екстрасистоїї та прекардіальних болів, схильність до підвищення артеріального тиску. Серед розладів травної системи часто виникають виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічна виразка кишечника, періодичні бактеріальні та амебні діареї [68].

До симптомів астенії також відносять порушення ендокринної секреції, які можуть з'явитися після латентного періоду в кілька років, або підвищену дратівливість в передменструальний період. Також можуть зустрічатися випадки ожиріння: повнокровного у чоловіків і губчастого у жінок.

Нейропсихологічні зміни складають найбільш серйозні астеничні розлади. До них відносяться втрата енергії, періодичні депресії, комплекси неповноцінності, схильність до надмірної самокритичності, суїцидальні думки. Часто присутній мінливий настрій, дратівливість, дисфорія. Інші симптоми включають відсутність самоконтролю, емоційну нестабільність, менш інтенсивне емоційне життя, нездатність виражати ентузіазм, схильність уникати людей і життя на самоті. Нерідко зустрічається переконання, що оточуючі з суб'єктом не в змозі його зрозуміти.

Люди, які пережили Голокост, зазвичай відчувають труднощі з отриманням нових знань і проблеми з концентрацією, а також скаржаться на

нездатність слідувати лініям думок. Результати тестів свідчать про порушення пам'яті та асоціації ідей, розлади уваги, легку стомлюваність [68].

Також дуже часті такі симптоми: дизестезія, неуточнені болі і парестезії в потилиці, лобі, скронях і обличчі, іррадіюючи в шийні хребці. Цервікалгії, люмбалгії і парестезії ніг вимагають їх постійного руху і викликають порушення сну. Крім того, можуть спостерігатися також запаморочення, відчуття, що розум порожній, невпевнені рухи, страх впасти.

Сон порушений, важкий, не приносить повноцінного відпочинку, часто супроводжується страшними сновидіннями. Застосування снодійних препаратів призводить до раптового пробудження вночі, тремтіння, ністагму, а іноді і до вогнищевих симптомів або епілептичних випадків. Додаткові дослідження спинномозкової рідини та рентгенографія черепа, а також пневмоцефалографія не показують незворотних змін. Електроенцефалограма іноді буває відхиленою від норми; з'являються плоскі хвилі або поодинокі піки.

Особливий тип формують напади порушень свідомості, як синдром емоційної пароксизмальної гіпермнезії з ретроградною амнезією. Сюди входять психомоторні атаки, під час яких табірні сцени повертаються як своєрідна низка подій. Такі напади супроводжуються глибоким занепокоєнням, і зазвичай закінчуються амнезією. Зустрічаються також субклінічні форми з ознаками онейричних автоматизмів, і нав'язлива заклопотаність, що супроводжується затемненням свідомості. Цей синдром нагадує гістероепілепсію.

Штраус і Колле Науковці описують специфічний розлад, який, як вони стверджують, в основному проявляється у євреїв. Вони називають цей синдром хронічною реактивною депресією. Її не можна порівнювати з депресією, яка зазвичай слідує за психологічними травмами. Навіть сама пригнічена людина зберігає працездатність, але у випадку з євреями, які пережили нацистські переслідування, можуть спостерігатися психологічні зриви, що тривають багато років [49,54].

2.4 Діагностичні критерії ПТСР

Діагностичними критеріями ПТСР є наступні:

- 1) наявність екстремальної події;
- 2) психотравмуюча подія, яка має місце у виниклих психічних розладах;
- 3) при посиленні актуальності психотравмуючої ситуації підсилюється психогенна реактивна симптоматика, а при зниженні – психотравмуюча симптоматика зменшується;
- 4) поява астено-невротичного синдрому, тривожності;
- 5) тривалість стійких порушень повинна бути не менш 1 місяця [7].

Структура розладів психічної діяльності містить дві взаємозалежні підгрупи порушень. Це симптоми нав'язливого вторгнення у свідомість образів, спогадів і емоцій, пов'язаних із змістом психотравмуючих обставин, що спричиняють сильний психологічний дистрес у індивіда; “симптоми уникнення”, що проявляються у прагненні і спробах наполегливо уникати думок, почуттів, розмов, осіб, місць і діяльності, що викликають спогади про травму. При цьому відзначаються такі явища, як звуження спектра і зменшення сили емоційного реагування, помітне зниження інтересу й участі у раніше значущих видах діяльності, відчуття залежності або відчуженості від людей, скорочення або відсутності майбутнього тощо.

Іншою загальною для підгрупою симптомів є стійкі симптоми фізіологічної гіперактивації, яких не було до травми. Вони виявляються у такому:

- порушення сну (складне засинання, безсоння);
- дратівливість, вибухи раптового гніву;
- труднощі у зосередженні, концентрації уваги;
- підвищена пильність, не відповідній звичайним обставинам;
- готовність до оборонної реакції “бий або біжи”.

Поряд із психопатологічною оцінкою часто використовується психологічна кваліфікація постстресових переживань.

У осіб, що пережили екстраординарну стресову подію, відбуваються певні зміни особистості, вони гранічні між психогеніями і персоногеніями. Зміни особистості, що виникають після екстраординарних стресових подій, є тим випадком, коли такі зміни особистості можуть бути винятково психогенного впливу. Вплив травматичної стресової події може призводити до таких варіантів змін особистості:

- a. формування позитивних, адаптивних змін, зміцнення характеру;
- b. формування негативних, дезадаптивних патологічних змін особистості;
- c. посилення специфічних стадій розвитку;
- d. розвиток ПТСР без змін особистості;
- e. розвиток ПТСР у сполученні з патологічними змінами особистості.

Постстресові зміни особистості можуть включати весь діапазон рівнів від акцентуацій до патохарактерологічних особливостей розвитку особистості. Вони можуть виникати безпосередньо після стресової події, частіше тривалої, або в результаті хронічного постстресового розладу: невротичного розвитку особистості, постреактивного розвитку особистості.

Наведемо інструменти для діагностування посттравматичного стресового розладу [4].

Підвищити рівень діагностики і своєчасності надання кваліфікованої допомоги покликаний цілий ряд методик, серед яких: Impact of Event Scale, Structured clinical Interview for DSM-III-R і декілька модифікацій Mississippi scale, специфічних для цільової аудиторії ветеранів війн (Combat version), заручників (Hostage version) і цивільних громадян, жертв нещасних випадків, стихійних лих і катастроф (Civilian version).

На сучасному етапі надання психологічної та психіатричної допомоги впроваджено та запропоновано низку шкал і методик, ефективність яких доведено світовою клінічною практикою.

Клінічна практика провідним діагностичним інструментом вважає SCID (Structured Clinical Interview) для DSM. Шкалу для клінічної

діагностики ПТСР CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) розроблено як додаток до SCID для визначення рівня тривожності симптоматики ПТСР та частоти її виникнення.

Шкала клінічної діагностики CAPS-DX за критеріями DSM-IV є модифікацією CAPS за критеріями DSM-III. CAPS-DX — це структуроване клінічне інтерв'ю, розроблене з урахуванням DSM-IV, за допомогою якого можна оцінити симптоматику ПТСР, тривалість розладу, ступінь порушення соціального функціонування.

Шкала CAPS-DX дає змогу оцінити наявність симптомів ПТСР як на поточний період, так і впродовж усього життя після психотравми.

Серед них можна виокремити:

- Шкалу оцінювання тяжкості травматичного впливу (IES-R);
- Міссісіпську шкалу для оцінювання посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale [47];
- Опитувальник Бека для діагностики депресивних станів (BDI: Beck Depression Inventory);
- Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатіса) [51];
- Інтерв'ю по діагностиці ПТСР PSS-I PTSD (Symptom Scale Interview) [55];
- Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist) [48];
- Шкалу посттравматичної діагностики (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD) [56].

Запропоновані шкали мають використовувати фахівці зі сфери психічного здоров'я, які ознайомлені з DSM, отримали спеціалізовану освіту з базовими знаннями психопатології та мають досвід роботи у сфері проведення психодіагностичних інтерв'ю [5].

Прикладом загальної спрямованості скринінгових питань є короткий опитувальник N. Breslau (1999), створений на підставі даних клінічних спостережень:

1. Ви запобігаєте спогадам про певні події через уникання відповідних місць, людей або діяльності?
2. Ви втратили зацікавленість до діяльності, яку раніше сприймали як важливу або приємну?
3. Ви стали почуватися самотнім та ізольованим від інших?
4. Вам складно відчувати любов або прихильність до інших?
5. Ви вважаєте безглуздим будувати плани на майбутнє?
6. У вас є проблеми із засинанням або сном?
7. Ви стали більш нервово реагувати на буденний шум чи інші чинники?

За даними дослідження, що проводилося серед тих, хто зазнали психічної травми, для 71 % осіб зі відповідями «так» на чотири і більше запитань діагноз ПТСР врешті підтвердився, а для 98 % осіб, які відповіли «так» на менш ніж чотири запитання, ПТСР не підтверджено [57].

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Травматичні події, пов'язані з розвитком ПТСР, можуть бути переживаннями чи спостереженнями поодиноких, повторюваних або багаторазових подій. Війна є основним психотравмуючим фактором у формуванні посттравматичного стресового розладу.

Симптоми ПТСР зазвичай починаються протягом 3 місяців після травматичної події, але іноді вони з'являються пізніше. Основні симптоми ПТСР включають стійке повторне переживання травматичної події, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, і вегетативне гіперзбудження. Діти та підлітки можуть мати екстремальні реакції на травму.

Багато факторів відіграють певну роль у розвитку ПТСР, наприклад такі як (сприйнята або реальна загроза життю, тривалість порушення життя, втрата близьких або майна, імовірність повторення, тощо). Також є певні фактори, які можуть як збільшити ймовірність розвитку ПТСР, так і знизити її.

Серед невротичних і психопатологічних синдромів, що характерні для стану ПТСР, виділяють такі:

- “солдатське серце”, що характеризується болем за грудиною, серцебиттям, переривчастістю дихання, підвищеною пітливістю;
- синдром людини, що вижила – хронічне відчуття провини людини, що залишилася в живих;
- флешбек-синдром, який характеризується насильними спогадами, що вторгаються у свідомість людини, нестерпними подіями минулого;
- комбатантна психопатія виявляється у вигляді агресивності й імпульсивної поведінки зі спалахами насильства, зловживанням алкоголю і наркотиків, безладністю сексуальних зв'язків при замкнутості й підозрливості;
- синдром прогресуючої астенії спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення спокою;

– посттравматичні рентні стани такі, як набута інвалідність із усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції тощо.

Клінічні ознаки ПТСР виникають після виходу хворого із стресової ситуації. На початковому етапі формування ПТСР з'являються тривожнофобічні стани з плаксивістю, із страхітливими сновидіннями, з дереалізацією та деперсоналізацією. У хворих з'являються напливи неприємних спогадів, пов'язаних з психотравмою нерідко нав'язливого характеру, зазвичай без яких-небудь зовнішніх приводів. У свідомості хворого ці спогади надзвичайно сильні і викликають у нього ті ж відчуття, що і реальна трагедія. Дуже сильне переживання викликають і різні нагадування про пережите, наприклад, у фільмах, телепередачах, оповіданнях оточення.

Ці повторні переживання розвиваються на тлі емоційної притупленості, соціальної відчуженості, зниженні реакції на те, що оточує, ангедонії. Хворі намагаються уникати ситуацій і думок, які могли б хоч би віддалено нагадувати пережиту трагедію. У них розвивається невпевненість через страх появи спогадів, що мучать, внаслідок чого хворі стають менш товариськими і відкладають ухвалення різних рішень. Порушується сон, знижується пам'ять, концентрація уваги, з'являється дратівливість, запальність. Хворі насилу спілкуються з оточенням, навіть з родичами, стають замкнутими, відчуженими, іноді злобними, проявляються зовнішні невмотивовані спалахи агресії. На роботі ці пацієнти не можуть дотримуватися субординації і виконувати вимоги трудової дисципліни. У сім'ях вони не можуть розділити переживання близьких, нерідко втрачають роботу і сім'ю. Багато хто починає зловживати алкоголем, наркотиками, токсичними речовинами, що ще більше посилює їх соціальну дезадаптацію. Ці особливості поведінки нагадують картину психопатоподібного синдрому.

Проте для пацієнтів з ПТСР характерна тривога, туга, відчуття власної провини, даремності свого життя, суїцидальні думки. Вони страждають від спогадів про пережиту трагедію, що повторюються, які часто з'являються

несподівано у вигляді яскравих образних представлень (flash backs), що тривають до декількох годин і що супроводжуються вираженими вегетативними порушеннями. Багато хворих бояться засинати, тому що нерідко уві сні «переживається трагедія».

Діагностичними критеріями ПТСР є наступні:

- 1) наявність екстремальної події;
- 2) психотравмуюча подія, яка має місце у виниклих психічних розладах;
- 3) при посиленні актуальності психотравмуючої ситуації підсилюється психогенна реактивна симптоматика, а при зниженні – психотравмуюча симптоматика зменшується;
- 4) поява астено-невротичного синдрому, тривожності;
- 5) тривалість стійких порушень повинна бути не менш 1 місяця

На сучасному етапі надання психологічної та психіатричної допомоги впроваджено та запропоновано низку шкал і методик, ефективність яких доведено світовою клінічною практикою.

Існує декілька інструментів для діагностування посттравматичного стресового розладу. Клінічна практика провідним діагностичним інструментом вважає SCID для DSM. Запропоновані шкали мають використовувати фахівці зі сфери психічного здоров'я, які ознайомлені з DSM, отримали спеціалізовану освіту з базовими знаннями психопатології та мають досвід роботи у сфері проведення психодіагностичних інтерв'ю.

РОЗДІЛ 3. ЗАПОБІГАННЯ ТА ТЕРАПІЯ ПТСР, ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Вплив військових дій в Україні на психічне здоров'я українців

Кожному, хто має симптоми ПТСР, важливо співпрацювати з фахівцем у галузі психічного здоров'я, який має досвід лікування посттравматичного стресового розладу. Основними методами лікування є психотерапія, ліки або комбінація психотерапії та медикаментів. Фахівець із психічного здоров'я може допомогти людям знайти найкращий план лікування для їхніх симптомів і потреб.

Деякі люди з посттравматичним стресовим розладом, наприклад, ті, хто перебуває в аб'юзивних стосунках, можуть переживати постійну травму. У цих випадках лікування, як правило, найбільш ефективне, коли воно спрямоване як на травматичну ситуацію, так і на симптоми ПТСР. Люди, які пережили травматичні події або мають посттравматичний стресовий розлад, також можуть відчувати панічний розлад, депресію, вживання психоактивних речовин або суїцидальні думки. Лікування цих станів може допомогти у відновленні після травми. Дослідження показують, що підтримка сім'ї та друзів також може бути важливою частиною одужання.

Війна суттєво вплинула на структури охорони психічного здоров'я в Україні. З лютого 2022 року ВООЗ зареєструвала 1552 атак на заклади охорони здоров'я, внаслідок яких постраждали медичні працівники [16].

Під обстрілами опинилися сховища медикаментів, устаткування, склади та транспорт, зокрема машини швидкої допомоги. Ці напади забрали життя щонайменше 112 осіб, зокрема медичних працівників і пацієнтів; ще більше людей отримали поранення [15].

Ті, хто залишився без нападу, стикаються з проблемами ланцюга поставок і переповнені пацієнтами, які звертаються за допомогою через травми та травми, отримані безпосередньо внаслідок конфлікту.

ВООЗ рекомендує, щоб служби психічного здоров'я ґрунтувалися на пірамідній структурі.

На рис. 3.1 наведена діаграма рівнів піраміди організації послуг психічного здоров'я, розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), яка визначає оптимальне поєднання охорони психічного здоров'я в країні:

1. Самодопомога та взаємодопомога;
2. Первинна медична допомога;
3. Спеціалізовані психіатричні служби;
4. Профілактика та реабілітація.

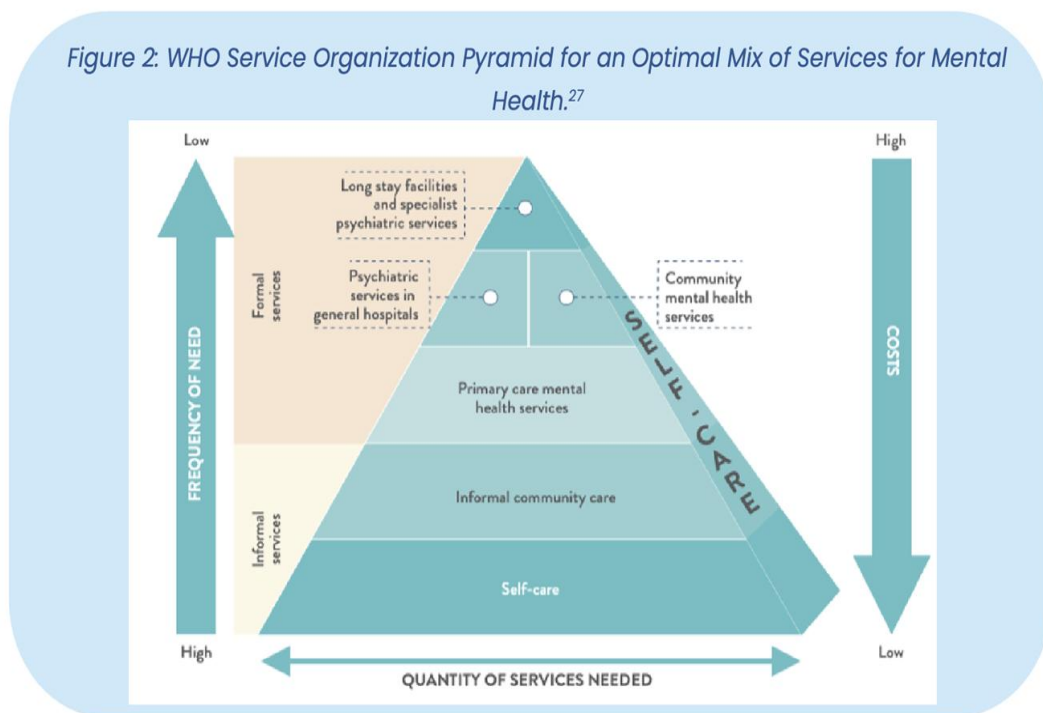


Рисунок 3.1. Піраміда організацій послуг психічного здоров'я згідно класифікації ВООЗ

Основа піраміди показує, що найбільше потрібні неформальні послуги, включаючи самообслуговування та неформальний догляд у громаді. Офіційні послуги потрібні з меншою частотою, причому первинна медична допомога

потрібна більше, ніж психіатричні послуги в лікарнях загального профілю та громадські служби психічного здоров'я. Засоби тривалого перебування потрібні рідше.

Для неформальних психологічних послуг в Україні спостерігається неоднозначна картина. До вторгнення були відсутні неофіційні послуги, а вторгнення створило стресові матеріальні та соціальні умови, які посилюють тиск на ці послуги. Однак українське населення розробило різні механізми подолання, які сприяють неформальним послугам, зокрема волонтерство, управління медіаспоживанням, активний відпочинок на природі та духовність.

3.2 Запобігання ПТСР

Для запобігання та лікування ПТСР важливо забезпечити доступ до психологічної підтримки та психотерапевтичного лікування для тих, хто постраждав від травматичних подій. Також важливо проводити інформаційну роботу та освіту щодо проявів та методів лікування ПТСР, щоб підвищити усвідомленість та підтримку від оточуючих [8].

В таблиці 3.1 представлено етапи психологічних (психіатричних) втручань при лікуванні ПТСР.

Таблиця 3.1.

Етапи психологічних (психіатричних) втручань

Первинні втручання	Вторинні втручання
Перша психологічна допомога	Плюс консультація щодо постійних симптомів
Психоосвіта для постраждалих	Продовжувати
Групова підтримка	Продовжувати
Психосоціальна діяльність	Продовжувати
Лікування важких розладів	Продовжувати

Перша психологічна допомога (ППД) рекомендовано багатьма міжнародними агентствами. ППД було розроблено, щоб служити посібником щодо того, як підтримати людей одразу після надзвичайно стресових подій.

Перша психологічна допомога охоплює гуманні, підтримуючі заходи реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки [13].

Теми ППД:

- надання практичної допомоги та підтримка, яка не втручається;
- оцінка потреб і проблем;
- допомога людям у задоволенні основних потреб (наприклад, їжа та вода, інформація);
- слухати людей, але не змушувати їх говорити;
- заспокоювати людей і допомагати їм відчувати спокій;
- допомога людям у підключенні до інформації, послуг і соціальної підтримки;

- захист людей від подальшої шкоди.

Також важливо розуміти чим ППД не є:

- це не щось, чим можуть займатися тільки спеціалісти;
- це не професійне психологічне консультування;
- це не «психологічний дебрифінг» у тому сенсі, що ППД не обов'язково передбачає детальне обговорення події, що спричинила дестрес.
- це не прохання проаналізувати те, що з ними сталося, або впорядкувати час і події. Хоча ППД передбачає можливість вислухати історії людей, мова не йде про тиск на людей, щоб вони розповіли вам про свої почуття та реакцію на подію.

Хто потребує ППД?

- постраждали люди, які нещодавно зазнали серйозної події; може надати допомогу як дітям, так і дорослим. Не кожен, хто переживає кризову подію, потребуватиме або хоче ППД. Не потрібно нав'язувати допомогу тим, хто її не хоче. Можуть виникати ситуації, коли комусь потрібна набагато більш розширена підтримка, окрім ППД (наприклад, серйозні травми, що загрожують життю).

Коли надається ППД?

– ППД спрямована на допомогу людям під час або одразу після кризової події; однак іноді це може тривати кілька днів або тижнів залежно від тривалості події та тяжкості.

Де надається ППД?

– там, де це достатньо безпечно для цього; зазвичай у громадських місцях (наприклад, на місці аварії, у притулках, школах, лікарнях).

Надання ППД: дуже важливий спосіб спілкування з кимось у біді. Людина може бути засмученою, тривожною, розгубленою. Спокій і розуміння можуть допомогти людям, які потрапили в біду, почуватися в безпеці, бути більш захищеними, розуміти, поважати та піклуватися про них належним чином. Важливо не тиснути ні на кого, щоб людина могла розповісти через що вона пройшла (табл. 3.2) [13].

Таблиця 3.2.

Рекомендації при проведенні ППД

Що слід говорити та робити

- Знайдіть тихе місце для розмови, мінімізуйте зовнішній вплив
- Будьте терплячими та спокійними
- Надайте достовірну інформацію, якщо вона у вас є

Що не слід говорити та робити

- Не змушуйте людей розповідати свою історію
- Не засуджуйте вчинки або почуття людини. Не кажіть: “Ви не повинні так думати” або “Радійте, що вижили”
- Не думайте, що повинні вирішити проблеми інших за них, і не дійте так

Кризові ситуації можуть бути хаотичними і часто потребують термінових дій. Скрізь, де це можливо, перш ніж увійти в кризове місце, потрібно отримати точну інформацію про ситуацію:

- що сталося, коли і де це відбулося?

- хто забезпечує основні потреби (їжа, вода, притулок, розшук членів родини); де і як люди можуть отримати доступ до цих послуг?

- чи закінчилася кризова подія (наслідки урагану/землетрусу) чи триває конфлікт; чи є зони, куди слід уникати входу, оскільки це не безпечно?

Три основні принципи дії ППД: дивись, слухай і направляй (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Основні принципи дії ППД

<p>ДИВИТИСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> » Проаналізуйте стан безпеки. » Виявляйте осіб з очевидними нагальними базовими потребами. » Виявляйте осіб у стані тяжкого дистресу. 	
<p>СЛУХАТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> » Зверніться до осіб, яким може бути потрібна підтримка. » Розпитайте про потреби та занепокоєння особи. » Вислухайте людей і допоможіть їм заспокоїтися. 	
<p>НАПРАВЛЯТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> » Допоможіть людям задовольнити їхні базові потреби та отримати доступ до послуг. » Допоможіть людям впоратися з проблемами. » Надайте їм інформацію. » Допоможіть людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку. 	

Ці принципи дій допоможуть сприймати та безпечно входити в кризову ситуацію, підходити до постраждалих людей і розуміти їхні потреби, а також пов'язувати їх із практичною підтримкою та інформацією.

– Дивитися: кризові ситуації можуть швидко змінюватися. Важливо приділити час, щоб «озирнутися» навколо себе, перш ніж пропонувати допомогу. Швидке сканування – будьте спокійні, безпечні та подумайте, перш ніж діяти.

– Слухати: навчіться слухати очима (нероздільна увага), вухом (по-справжньому чути їхні занепокоєння), серцем (турбуватися та проявляти повагу)

– Направляти: об'єднання людей із практичною підтримкою є основною частиною ППД. ППД часто є одноразовим втручанням, і ви можете бути там, щоб допомогти лише протягом короткого часу.

Постраждалим людям потрібно буде використовувати власні навички подолання, щоб у довгостроковій перспективі допомогти людям допомогти собі та відновити контроль над своєю ситуацією. Було показано, що люди, які відчують, що вони мали хорошу соціальну підтримку після кризи, справляються краще, ніж ті, хто відчуває, що вони не отримали належної підтримки. Через це зв'язок людей із близькими та соціальною підтримкою є важливою частиною ППД.

Те, як діти реагують на труднощі кризи (наприклад, спостерігаючи за руйнуваннями, пораненнями чи смертю, піддаючись впливу стихії, брак їжі та води), залежить від їхнього віку та етапу розвитку. Загалом діти справляються краще, коли поруч з ними стабільний, спокійний дорослий.

Як піклувальники можуть допомогти дітям (рис. 3.2) [13].

- Поговоріть з дітьми:

- Як вони почуваються?

- Що допомагає їм відчувати спокій?

- Хто їхня система підтримки?

- Заохочуйте позитивні стратегії подолання.

- Уміння зберігати спокій може запобігти подальшому розвитку

ПТСР.

- Заспокійливі втручання – позитивні способи подолання ПТСР:

- Нормалізація реакцій;

- Дихальні вправи;

- Прогресивна м'язова релаксація;

- Розмова з іншими;
- Волонтерство;
- Спорт;
- Спів, малювання, читання, гра;
- Медитація;
- Молитва;
- Масаж;
- Йога.

Немовлята

- Обіймайте їх та притискайте до себе
- За можливості, дотримуйтеся режиму годування і сну
- Говоріть спокійним і ніжним голосом

Діти раннього віку

- Приділяйте їм більше часу й увагу
- Часто нагадуйте, що вони в безпеці
- Поясніть, що вони не винні в тому поганому, що сталося

Діти старшого віку і підлітки

- Приділяйте їм час і увагу
- Допоможіть їм дотримуватись звичного режиму дня
- Надайте їм фактори про те, що трапилось, та поясніть, що відбувається зараз

Рисунок 3.2. Способи допомоги дітям при ПТСР

3.3 Державні програми підтримки психічного здоров'я

Опитування Організації Об'єднаних Націй показало українцям, що найбільше війна вплинула на їх психічне здоров'я.

Дослідження ВООЗ показало, що поширеність загальних психічних розладів, включаючи депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад і шизофренію, у постраждалих від конфлікту населення становить близько 22%. Крім того, вони підраховали, що поширеність важких розладів психічного здоров'я становить близько 5%. Отже, близько дев'яти

мільйонів через вторгнення росії люди страждатимуть від загальних психічних розладів, а близько двох мільйонів страждатимуть від серйозних розладів психічного здоров'я. В результаті Міністерство охорони здоров'я України прогнозує, що чотири мільйони людей потребуватимуть ліків для психічного здоров'я, а 15 мільйонів потребуватимуть іншої психосоціальної допомоги [50].

Згідно з останнім соціологічним опитуванням, понад 90% українців мають хоча б один із симптомів тривожних розладів, а 40-50% потребують психологічної підтримки різної інтенсивності.

При цьому 66% українців навіть не знають, куди вони могли б звернутися по допомогу в разі необхідності. В Україні запущена Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», яка була створена за ініціативою першої леді Олени Зеленської та покликана це змінити.

Мета програми — навчити українців піклуватися про своє ментальне здоров'я та показати інструменти, що допоможуть подолати тривожні або стресові стани. А ще — реновація системи психосоціальної підтримки, щоб зробити психосоціальну послугу доступною. У межах програми створено спеціальну платформу «Ти як?» (рис. 3.3). Там можна знайти телефони профільних установ, які діють у сфері охорони ментального здоров'я, корисні посилання, поради, техніки та методики, що допоможуть піклуватися про свій психологічний стан [11].



Рисунок 3.3. Платформа Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?»

3.4 Втручання та етапи лікування ПТСР

Кожному, хто має симптоми ПТСР, важливо співпрацювати з фахівцем у галузі психічного здоров'я, який має досвід лікування посттравматичного стресового розладу. Основними методами лікування є психотерапія, ліки або комбінація психотерапії та медикаментів. Фахівець із психічного здоров'я може допомогти людям знайти найкращий план лікування для їхніх симптомів і потреб.

Деякі люди з посттравматичним стресовим розладом, наприклад, ті, хто перебуває в аб'юзивних стосунках, можуть переживати постійну травму. У цих випадках лікування, як правило, найбільш ефективно, коли воно спрямоване як на травматичну ситуацію, так і на симптоми ПТСР. Люди, які пережили травматичні події або мають посттравматичний стресовий розлад, також можуть відчувати панічний розлад, депресію, вживання психоактивних речовин або суїцидальні думки. Лікування цих станів може допомогти у відновленні після травми. Дослідження показують, що підтримка сім'ї та друзів також може бути важливою частиною одужання.

Пацієнти зазвичай не звертаються за медичною допомогою, бо вважають, що люди, що не пережили їх трагедію, не зможуть їх зрозуміти. У більшості випадків при сприятливій сімейній обстановці і хороших соціальних умовах настає одужання[10].

Проте у віддаленому періоді можливі порушення сну, песимістична оцінка того, що відбувається навкруги. Нерідко розвивається психоорганічні зміни, викликані різними судинними порушеннями.

Катамнестичні спостереження показують, що повне одужання настає в 30% випадків ПТСР, залишкові легкі порушення спостерігаються у 40% хворих, порушення середньої тяжкості у 20%, погіршення стану настає у 10% хворих [10].

В початковому періоді, коли виявляється необхідна спеціалізована допомога хворим, що перенесли катастрофи і стихійні лиха, необхідно

призначати і психофармакологічну терапію. У цих випадках найбільш показані невеликі дози транквілізаторів або антидеприсантів з метою нормалізації сну і зниження емоційної напруги [10].

Велике значення має надання психокорекційної допомоги в підгострому і віддаленому періоді. На окремих етапах ПТСР хворі зазвичай не звертаються до лікарів, оскільки не оцінюють свій стан як хворобливий і побоюються, що відвідування психіатричних установ може вплинути на їх соціальний статус. В той же час психологічна корекція надзвичайно важлива для цих хворих. Хворих треба переконати в необхідності отримання терапії. Слід навчити хворого відноситися до своїх розладів як до нормальної реакції на психотравмуючу ситуацію. Пацієнт не повинен уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, зокрема спогадів про неї, допомогти йому переробити її раціонально і вижити емоційно. Ця робота вимагає від психотерапевта великого такту і терпіння, проводити її слід з урахуванням культурних і національних особливостей людей, що пережили катастрофу. Надання психологічної допомоги повинне тривати від декількох місяців до 1 - 2 років [10].

- Користь консультування:
 - Консультування може бути надзвичайно корисним у подоланні емоційних наслідків травми, таких як тривога, депресія, гнів та страх;
 - Психотерапевти можуть навчити ефективним способам подолання стресу та тривоги, допомогти людям зрозуміти та обробити свої переживання, а також сприяти відновленню почуття контролю та безпеки;
- Важливість скринінгу та оцінки:
 - Раннє виявлення осіб, які знаходяться в зоні ризику розвитку ПТСР та інших психічних розладів;
 - Оцінка допомагає визначити тяжкість симптомів та найбільш відповідні методи лікування для кожної людини;
- Медикаментозне лікування як правило, не є першочерговою лінією лікування для більшості дітей та дорослих, які пережили травму;

- Для людей, які вже приймають ліки, часто продовження прийому попередніх препаратів є оптимальним шляхом, якщо немає погіршення симптомів або взаємодій з новими ліками:

- Тривалий стрес може погіршити симптоми ПТСР або інших розладів, пов'язаних з травмою. У таких випадках може знадобитися корекція медикаментозного лікування або додаткові психотерапевтичні втручання;

- Більшість людей є стійкими;

- В середньому, 30-40% безпосередніх жертв катастроф відчуватимуть один або кілька розладів, таких як ПТСР, депресія чи тривога:

- Тяжкість травми впливає на набір розладів;

- Діти мають більший ризик;

- 5-10% людей у спільноті загалом;

- 10-20% респондентів перебувають у зоні ризику;

- Раннє втручання знижує ризик.

- Після оцінки стану людей, які пережили травму, важливо лікувати виявлені порушення, такі як біль, делірій, безсоння, тривога та депресія;

- Покрокове лікування, контроль результатів та визначення подальших дій – є ключовими в цьому процесі.

- Рекомендації щодо консультування:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ),

- Терапія когнітивної обробки,

- когнітивна терапія,

- терапія тривалого впливу [46];

- Медикаменти:

- Антидепресанти: сертралін, пароксетин, флуоксетин та венлафаксин [60].

При хронічному ПТСР рекомендуються наступні групи препаратів:

- анксиолітики: клоназепам, пропранолол, клонідін;

- антидепресанти: амітриптилін, іміпрамін, фенеізін, флуоксетин;

- стабілізатори настрою: солі літію;

- противосудомні: депакін, вальпроєва кислота.

Психотерапія (іноді її називають розмовною терапією) включає різноманітні методи лікування, які фахівці з психічного здоров'я використовують, щоб допомогти людям ідентифікувати та змінити тривожні емоції, думки та поведінку. Психотерапія може надати підтримку, освіту та рекомендації людям із посттравматичним стресовим розладом та їхнім сім'ям. Лікування може проходити один на один або в групі і зазвичай триває від 6 до 12 тижнів, але може тривати і довше.

Деякі види психотерапії націлені на симптоми ПТСР, тоді як інші зосереджені на соціальних, сімейних або робочих проблемах. Ефективна психотерапія часто наголошує на кількох ключових компонентах, включаючи навчання навичкам, які допомагають виявляти тригери та керувати симптомами.

Психотерапія (розмовна терапія) є основним методом лікування ПТСР, особливо форм когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Специфічні форми КПТ при ПТСР включають:

– **Терапія когнітивної обробки:** ця терапія була розроблена спеціально для лікування посттравматичного стресового розладу. Він зосереджений на зміні хворобливих негативних емоцій (таких як сором і провина) і переконань через травму. Це також допоможе протистояти тривожним спогадам та емоціям.

– **Терапія десенсибілізації та переробки рухів очей (EMDR):** цей метод передбачає рух очей певним чином, поки ви обробляєте травматичні спогади. Мета EMDR – допомогти зцілитися від травми або іншого неприємного життєвого досвіду. У порівнянні з іншими методами терапії, EMDR є відносно новим. Але десятки клінічних випробувань показують, що ця методика ефективна і може допомогти людині швидше, ніж багато інших методів.

EMDR для дорослих повинна:

– базуватися на затверджених рекомендаціях;

- зазвичай тривати від 8 до 12 сеансів, однак більше 12 сеансів за наявності клінічних показань, наприклад, якщо вони перенесли множинні травми;

- надаватися практикуючими фахівцями з регулярною супервізією;
- включати психоосвіту щодо реагування на травму, стратегій управління стресогенними спогадами та подіями, виявлення та опрацювання цільових спогадів (часто візуальних образів) та формувати альтернативні позитивні уявлення про себе;

- використовувати повторну двосторонню стимуляцію в сеансі (зазвичай із рухами очей) для конкретних цільових спогадів, поки вони не перестануть турбувати;

- включати навчання методам самозаспокоєння та методам управління спогадами, щоб використовувати це під час і між сеансами [5].

- **Групова терапія:** цей тип терапії заохочує людей, які пережили подібні травматичні події, ділитися своїм досвідом і почуттями в комфортній і незасуджуючій обстановці. Сімейна терапія також може допомогти, оскільки проблеми посттравматичного стресового розладу можуть впливати на всю сім'ю.

- **Терапія пролонгованої експозиції:** ця терапія використовує повторне, детальне зображення травми або прогресуючого впливу симптомових тригерів безпечним, контрольованим способом. Це допоможе зіткнутися зі страхом і взяти його під контроль, а також навчитися справлятися з ним.

- **КПТ, орієнтована на травму:** ця терапія передбачає вивчення того, як тіло реагує на травму та стрес. Людина також виявляє та переформулює проблемні моделі мислення та навчиться керувати симптомами. Також передбачається і експозиційна терапія [69].

Експозиційна терапія допомагає людям навчитися керувати своїм страхом, поступово піддаючи їх безпечному впливу травми, яку вони

пережили. В рамках експозиційної терапії люди можуть думати або писати про травму або відвідувати місце, де вона сталася. Ця терапія може допомогти людям з посттравматичним стресовим розладом зменшити симптоми, які завдають їм страждань.

Когнітивна реструктуризація допомагає людям осмислити травматичну подію. Іноді люди пам'ятають подію інакше, ніж те, як вона відбулася. Вони можуть відчувати провину або сором за те, що не є їхньою провиною. Когнітивна реструктуризація може допомогти людям з посттравматичним стресовим розладом реалістично осмислити те, що сталося.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

ПТСР зустрічається у 5–10% населення і вдвічі частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила 4 рівня піраміди організації послуг психічного здоров'я для оптимальне поєднання охорони психічного здоров'я в країні:

1. Самодопомога та взаємодопомога;
2. Первинна медична допомога;
3. Спеціалізовані психіатричні служби;
4. Профілактика та реабілітація.

Первинні та вторинні етапи психологічних втручань включають першу психологічну допомогу, психоосвіту для постраждалих, групову підтримку, психосоціальну діяльність та лікування важких розладів, причому перша психологічна допомога є дуже важливою частиною допомоги та рекомендовано багатьма міжнародними агентствами.

Ключовим завданням системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу є збереження психічного здоров'я населення. Саме тому застосування психопрофілактичних і психодіагностичних методів потребує комплексного підходу. Насамперед варто упроваджувати заходи просвітницької складової, оскільки популяризація знань щодо виникнення та перебігу негативних психоемоційних виявів сприятиме формуванню в населення правильних уявлень щодо їх наслідків для здоров'я. В Україні запущена Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», яка була створена за ініціативою першої леді Олени Зеленської та покликана це змінити.

Основними методами лікування є психотерапія, ліки або комбінація психотерапії та медикаментів, причому психотерапія в цілому показує найбільшу ефективність. Один із поширених видів психотерапії, званий когнітивно-поведінковою терапією, може включати експозиційну терапію та когнітивну реструктуризацію.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це захворювання значного поширення, яке часто характеризується високою захворюваністю, стійкістю до лікування та хронічним перебігом. Це різні психічні і соматовегетативні порушення, що виникають після екстремальних психічних травм. ПТСР виникає не відразу услід за психічною травмою, а через декілька тижнів, але не більше ніж через 6 місяців. У цих хворих гострий психогенний розлад буває незначним або відсутній зовсім.

За даними літератури поширеність ПТСР коливається від 10% – у свідків катастроф до 95% у потерпілих. Випадки ПТСР в мирний час складає в популяції серед чоловіків 0,5%, і серед жінок - 1,2%.

ПТСР став діагнозом під впливом низки соціальних рухів, таких як групи захисту прав ветеранів, феміністок та тих, хто пережив Голокост. Дослідження про ветеранів, які поверталися з бойових дій, стали критично важливою частиною для встановлення діагнозу. Отже, історія того, що зараз відомо як посттравматичний стресовий розлад, часто посиляється на історію бойових дій. Діагноз ПТСР заповнив важливу прогалину в психіатрії, оскільки його причиною була подія, яку пережила людина.

Згідно Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів DSM-5 ПТСР належить до нової категорії – розлади, пов'язані з травмою та стресорами [21].

ПТСР включає чотири різні типи симптомів: повторне переживання травматичної події (також зване повторним переживанням або вторгненням); уникнення ситуацій, які є нагадуванням про подію; негативні зміни в переконаннях і почуттях; і почуття замкнутості (також зване гіперзбудженням або надмірною реакцією на ситуації).

Доклінічні дослідження впливу стресу на процеси навчання та пам'яті показують, що обумовлення страху, поведінкова сенсibiliзація та невдача

зникнення можуть бути важливими для збереження та повторного переживання травматичних спогадів і чутливості до стресорів. Патофізіологія посттравматичного стресового розладу може включати дисфункцію кількох структур головного мозку, зокрема мигдалеподібного тіла та гіпокампу, а також нейрохімічних систем норадренергічного, дофамінового, опіатного та кортикотропін-релізінг-факторів. Гостра, серйозна психологічна травма призводить до паралельної активації цих систем, виробляючи низку адаптивних поведінкових і фізіологічних реакцій, необхідних для виживання.

Незважаючи на те, що вплив травми є передумовою для розвитку ПТСР, біологічні та психосоціальні фактори ризику все частіше розглядаються як предиктори початку, тяжкості та хронічності симптомів. ПТСР впливає на кілька біологічних систем, таких як мозкові схеми та нейрохімія, а також клітинну, імунну, ендокринну та метаболічну функції.

Також потрібно підкреслити, що не у всіх людей, які стикаються з потенційно катастрофічною травмою, розвивається посттравматичний стресовий розлад. У науковій літературі обговорюється роль генетичних факторів, гендерних відмінностей та стресового досвіду раннього розвитку у зниженні ризику розвитку ПТСР у відповідь на психологічну травму, а також підвищений ризик розвитку ПТСР у контексті супутніх фізичних травм (включаючи ЧМТ).

Серед невротичних і психопатологічних синдромів, що характерні для стану ПТСР, виділяють такі:

- “солдатське серце”, що характеризується болем за грудиною, серцебиттям, переривчастістю дихання, підвищеною пітливістю;
- синдром людини, що вижила – хронічне відчуття провини людини, що залишилася в живих;
- флешбек-синдром, який характеризується насильними спогадами, що вторгаються у свідомість людини, нестерпними подіями минулого;

– комбатантна психопатія виявляється у вигляді агресивності й імпульсивної поведінки зі спалахами насильства, зловживанням алкоголю і наркотиків, безладністю сексуальних зв'язків при замкнутості й підозрливості;

– синдром прогресуючої астенії спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення спокою;

– посттравматичні рентні стани такі, як набута інвалідність із усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції тощо.

Клінічні ознаки ПТСР виникають після виходу хворого із стресової ситуації. На початковому етапі формування ПТСР з'являються тривожнофобічні стани з плаксивістю, із страхітливими сновидіннями, з дереалізацією та деперсоналізацією. У хворих з'являються напливи неприємних спогадів, пов'язаних з психотравмою нерідко нав'язливого характеру, зазвичай без яких-небудь зовнішніх приводів. У свідомості хворого ці спогади надзвичайно сильні і викликають у нього ті ж відчуття, що і реальна трагедія. Дуже сильне переживання викликають і різні нагадування про пережите, наприклад, у фільмах, телепередачах, оповіданнях оточення.

Ці повторні переживання розвиваються на тлі емоційної притупленості, соціальної відчуженості, зниженні реакції на те, що оточує, ангедонії. Хворі намагаються уникати ситуацій і думок, які могли б хоч би віддалено нагадувати пережиту трагедію. У них розвивається невпевненість через страх появи спогадів, що мучать, внаслідок чого хворі стають менш товариськими і відкладають ухвалення різних рішень. Порушується сон, знижується пам'ять, концентрація уваги, з'являється дратівливість, запальність. Хворі насилу спілкуються з оточенням, навіть з родичами, стають замкнутими, відчуженими, іноді злобними, проявляються зовнішні невмотивовані спалахи агресії. На роботі ці пацієнти не можуть дотримуватися субординації і виконувати вимоги трудової дисципліни. У сім'ях вони не можуть розділити переживання близьких, нерідко втрачають роботу і сім'ю. Багато хто починає

зловживати алкоголем, наркотиками, токсичними речовинами, що ще більше посилює їх соціальну дезадаптацію. Ці особливості поведінки нагадують картину психопатоподібного синдрому.

Проте для пацієнтів з ПТСР характерна тривога, туга, відчуття власної провини, даремності свого життя, суїцидальні думки. Вони страждають від спогадів про пережиту трагедію, що повторюються, які часто з'являються несподівано у вигляді яскравих образних представлень (flash backs), що тривають до декількох годин і що супроводжуються вираженими вегетативними порушеннями. Багато хворих бояться засинати, тому що нерідко уві сні «переживається трагедія».

Діагностичними критеріями ПТСР є наступні:

- 1) наявність екстремальної події;
- 2) психотравмуюча подія, яка має місце у виниклих психічних розладах;
- 3) при посиленні актуальності психотравмуючої ситуації підсилюється психогенна реактивна симптоматика, а при зниженні – психотравмуюча симптоматика зменшується;
- 4) поява астено-невротичного синдрому, тривожності;
- 5) тривалість стійких порушень повинна бути не менш 1 місяця

На сучасному етапі надання психологічної та психіатричної допомоги впроваджено та запропоновано низку шкал і методик, ефективність яких доведено світовою клінічною практикою. Клінічна практика провідним діагностичним інструментом вважає SCID для DSM.

Підходи до лікування повинні передбачати комбінацію медикаментозних препаратів і психотерапії, причому психотерапія в цілому показує найбільшу ефективність. Дослідження патофізіології ПТСР спочатку були зосереджені на психофізіології та нейробіології стресових реакцій, а також на набутті та згасанні спогадів страху. Однак все більша увага приділяється виявленню факторів, які пояснюють індивідуальні відмінності у реакціях на травму та сприянні стійкості, таких як генетичні та соціальні

фактори, процеси розвитку мозку, кумулятивні біологічні та психологічні наслідки раннього дитинства та інші стресові події протягом життя.

Ключовим завданням системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу є збереження психічного здоров'я населення. Саме тому застосування психопрофілактичних і психодіагностичних методів потребує комплексного підходу. Насамперед варто упроваджувати заходи просвітницької складової, оскільки популяризація знань щодо виникнення та перебігу негативних психоемоційних виявів сприятиме формуванню в населення правильних уявлень щодо їх наслідків для здоров'я. Війна в Україні є основним психотравмуючим фактором у формуванні посттравматичного стресового розладу у населення. Водночас слід ураховувати, що надання комплексної допомоги повинно реалізовуватися в умовах воєнного часу, коли виключення особистості з психотравмуючих умов неможливе.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Базика Є. Л. Аналіз стану посттравматичного стресового розладу як суспільна проблема в кризових умовах життя, матеріали II Міжнародної інтернет-конференції «Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології» (18 трав. 2015 р.) - URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/15/22/136>
2. Варивода, К. (2022). Нейробіологічні та психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: аналітичний огляд. *Scientia Et Societas*, (2), 101–107. <https://doi.org/10.31470/2786-6327/2022/2/101-107>
3. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. - *Юридична психологія*. 2022. No 1 (30) Юридична психологія. - doi: <https://doi.org/10.33270/03223001.22>
4. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад - URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#h3-4&gsc.tab=0>
5. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>.
6. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції - URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-81802-ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii
7. Ліпатов І.І., Приходько І.І., Ірхін Ю.Б., Пасічник В.І. та ін. *Основи роботи психолога внутрішніх військ МВС України: навч. посіб. / – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2008. – 153 с.*

8. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
9. Романовська Д.Д., О.В. Ілащук О.В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
10. Самардакова Г.О., К.О. Зеленська К.О. Психіатрія та наркологія: робочий зошит для самостійної роботи студентів стоматологічного факультету// а – Харків, 2019. – 196 с.
11. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»: куди звертатися за допомогою | Кабінет Міністрів України (kmu.gov.ua)
12. Заклади охорони здоров'я та освіти в Україні дедалі більше потерпають від обстрілів. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/ukraine-witnessing-increasing-impact-attacks-health-and-education>
13. Офіційний сайт Товариства Червоного Хреста України – URL: <https://redcross.org.ua/>
14. Провина вцілілих - URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B2%D1%86%D1%96%D0%BB%D1%96%D0%BB%D0%B8%D1%85
15. «Серце солдата» - URL: <https://amnu.gov.ua/sercze-soldata/>
16. Який вплив на психічне здоров'я населення України має війна? Та кому надаватиме підтримку Український Червоний Хрест. – URL: <https://redcross.org.ua/news/2024/04/69915/>
17. Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. Psychobiologic Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(4):294–305. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820160064008

18. Horowitz, M. (1990). Post-Traumatic Stress Disorders: Psychosocial Aspects of the Diagnosis. *International Journal of Mental Health*, 19(1), 21–36. <https://doi.org/10.1080/00207411.1990.11449151>
19. Understanding Post-traumatic Stress : A Psychosocial Perspective On PTSD and Treatment author: Joseph, Stephen.; Williams, Ruth; Yule, William. publisher: John Wiley & Sons, Ltd. (UK) - URL: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/19350/1/111.pdf>
20. Yehuda, R., Hoge, C., McFarlane, A. et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15057 (2015). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994
22. Andere Spätfolgen (auf Grund der Beobachtungen bei den ehemaligen Deportierten und Internierten der nazistischen Gefängnisse und Vernichtungslager). *Medizinische Konferenzen der Internationalen Föderation der Widerstandskämpfer. Gruppe 2. ВІДЕНЬ: F.I.R.*
23. Helweg-Larsen P., Hoffmeyer H., Kieler I., Hess E., Thaysen I., Thygesen P., Hertel-Wulf M. Starvation Disease in German Concentration Camps: Complications and After-effects with Special Reference to Tuberculosis, Psychological Disorders and Social Consequences. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. 1952;27.
24. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, Kasai K, Lasko NB, Orr SP, Pitman RK. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*. 2002 Nov;5(11):1242-7. doi: 10.1038/nn958. PMID: 12379862; PMCID: PMC2819093.
25. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D, Egan MF, Weinberger DR. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*. 2002 Jul 19;297(5580):400-3. doi: 10.1126/science.1071829. PMID: 12130784.

26. Broekman BF, Olf M, Boer F. The genetic background to PTSD. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31(3):348-62. doi: 10.1016/j.neubiorev.2006.10.001. Epub 2006 Nov 28. PMID: 17126903.
27. Segman RH, Cooper-Kazaz R, Macciardi F, Goltser T, Halfon Y, Dobroborski T, Shalev AY. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry.* 2002;7(8):903-7. doi: 10.1038/sj.mp.4001085. PMID: 12232785.
28. Broekman BF, Olf M, Boer F. The genetic background to PTSD. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31(3):348-62. doi: 10.1016/j.neubiorev.2006.10.001. Epub 2006 Nov 28. PMID: 17126903.
29. Kilpatrick DG, Koenen KC, Ruggiero KJ, Acierno R, Galea S, Resnick HS, Roitzsch J, Boyle J, Gelernter J. The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *Am J Psychiatry.* 2007 Nov;164(11):1693-9. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06122007. PMID: 17974934.
30. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D, Egan MF, Weinberger DR. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science.* 2002 Jul 19;297(5580):400-3. doi: 10.1126/science.1071829. PMID: 12130784.
31. Lesch KP, Bengel D, Heils A, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science.* 1996;274:1527-1531.
32. Binder EB, Bradley RG, Liu W, Epstein MP, Deveau TC, Mercer KB, Tang Y, Gillespie CF, Heim CM, Nemeroff CB, Schwartz AC, Cubells JF, Ressler KJ. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA.* 2008 Mar 19;299(11):1291-305. doi: 10.1001/jama.299.11.1291. PMID: 18349090; PMCID: PMC2441757.
33. Ressler KJ, Mercer KB, Bradley B, Jovanovic T, Mahan A, Kerley K, Norrholm SD, Kilaru V, Smith AK, Myers AJ, Ramirez M, Engel A, Hammack SE,

Toufexis D, Braas KM, Binder EB, May V. Post-traumatic stress disorder is associated with PACAP and the PAC1 receptor. *Nature*. 2011 Feb 24;470(7335):492-7. doi: 10.1038/nature09856. Erratum in: *Nature*. 2011 Sep 1;477(7362):120. PMID: 21350482; PMCID: PMC3046811.

34. Becker JB, Monteggia LM, Perrot-Sinal TS, Romeo RD, Taylor JR, Yehuda R, Bale TL. Stress and disease: is being female a predisposing factor? *J Neurosci*. 2007 Oct 31;27(44):11851-5. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3565-07.2007. PMID: 17978023; PMCID: PMC6673348.

35. Rhodes ME, Rubin RT. Functional sex differences ('sexual diergism') of central nervous system cholinergic systems, vasopressin, and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in mammals: a selective review. *Brain Res Brain Res Rev*. 1999 Aug;30(2):135-52. doi: 10.1016/s0165-0173(99)00011-9. PMID: 10525171.

36. Bethea CL, Mirkes SJ, Su A, Michelson D. Effects of oral estrogen, raloxifene and arzoxifene on gene expression in serotonin neurons of macaques. *Psychoneuroendocrinology*:20022743144511911997

37. Centeno ML, Reddy AP, Smith LJ, Sanchez RL, Henderson JA, Salli NC, Hess DJ, Pau FK, Bethea CL. Serotonin in microdialysate from the mediobasal hypothalamus increases after progesterone administration to estrogen primed macaques. *Eur J Pharmacol*. 2007 Jan 19;555(1):67-75. doi: 10.1016/j.ejphar.2006.10.027. Epub 2006 Oct 19. PMID: 17112509; PMCID: PMC1794103.

38. Roca CA, Schmidt PJ, Deuster PA, Danaceau MA, Altemus M, Putnam K, Chrousos GP, Nieman LK, Rubinow DR. Sex-related differences in stimulated hypothalamic-pituitary-adrenal axis during induced gonadal suppression. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Jul;90(7):4224-31. doi: 10.1210/jc.2004-2525. Epub 2005 May 10. Erratum in: *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Sep;90(9):5522. Roca, Catherine A [added]; Schmidt, Peter J [added]; Deuster, Patricia A [added]; Danaceau, Merry A [added]; Altemus, Margaret [added]. PMID: 15886244.

39. Mattocks KM, Skanderson M, Goulet JL, Brandt C, Womack J, Krebs E, Desai R, Justice A, Yano E, Haskell S. Pregnancy and mental health among women veterans returning from Iraq and Afghanistan. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Dec;19(12):2159-66. doi: 10.1089/jwh.2009.1892. Epub 2010 Nov 1. PMID: 21039234; PMCID: PMC3052271.

40. Schienle A, Schäfer A, Stark R, Walter B, Vaitl D. Gender differences in the processing of disgust- and fear-inducing pictures: an fMRI study. *Neuroreport*. 2005 Feb 28;16(3):277-80. doi: 10.1097/00001756-200502280-00015. PMID: 15706235.

41. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Staib LH, Soufer R, Charney DS. Neural correlates of declarative memory for emotionally valenced words in women with posttraumatic stress disorder related to early childhood sexual abuse. *Biol Psychiatry*. 2003 May 15;53(10):879-89. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01891-7. PMID: 12742675.

42. Wolitzky-Taylor KB, Ruggiero KJ, Danielson CK, Resnick HS, Hanson RF, Smith DW, Saunders BE, Kilpatrick DG. Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Jul;47(7):755-762. doi: 10.1097/CHI.0b013e318172ef5f. PMID: 18520962; PMCID: PMC3485067.

43. McLaughlin KA, Fairbank JA, Gruber MJ, Jones RT, Osofsky JD, Pfefferbaum B, Sampson NA, Kessler RC. Trends in serious emotional disturbance among youths exposed to Hurricane Katrina. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Oct;49(10):990-1000, 1000.e1-2. doi: 10.1016/j.jaac.2010.06.012. Epub 2010 Sep 6. PMID: 20855044; PMCID: PMC3228600.

44. Coplan JD, Andrews MW, Rosenblum LA, Owens MJ, Friedman S, Gorman JM, Nemeroff CB. Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1996 Feb 20;93(4):1619-23. doi: 10.1073/pnas.93.4.1619. PMID: 8643680; PMCID: PMC39991.

45. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000 Aug 2;284(5):592-7. doi: 10.1001/jama.284.5.592. PMID: 10918705.
46. Hilman, A., & Kulesha, N. (2022). POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD): THEORY, DIAGNOSIS AND PRACTICAL ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY. *European Science*, 2(sge14-02), 50–66. <https://doi.org/10.30890/2709-2313.2022-14-02-017>
47. 14. Keane T.M. PTSD Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clin. Psychol.* 1987. Vol. 43. P. 32–43.
48. Koopman C Classen C., Spiegl D. at all. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Okland. *Amer. J. Psychiat.* 1994. Vol. 154, № 6. P. 888–894.
49. Kolie K. Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. *Der Nervenarzt*. 1958;29: 148-158.
50. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):276-82. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.276. PMID: 15677591.
51. Maruta N., Pan'koT., FedchenkoV., Kutikov O. The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. Abstr. WPA International Congress 2012 (17–21 october, Prague). *Ceska a slovenska psychiatrie*. 2012. P. 251.
52. Pitman RK, Altman B, Macklin ML. Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*. 1989 May;146(5):667-9. doi: 10.1176/ajp.146.5.667. PMID: 2785348.
53. van Reekum R, Cohen T, Wong J. Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000 Summer;12(3):316-27. doi: 10.1176/jnp.12.3.316. PMID: 10956565.

54. Strauss H. Besonderheiten der nichtpsychotischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung. *Der Nervenarzt*. 1957;28: 344-350.

55. Foa E.B., Rothbaum B.O. *Treating the trauma of rape Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York. Guilford Press.

56. Foa E.B., Davidson I.R.T., *Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV*. *J. Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100, № 3. P. 346–355.

57. Zigmond A.S. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 67. P. 361–370

58. National Institute of mental health. URL: <https://www.nimh.nih.gov/>

59. *Treating patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. A Quick Reference Guide*. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-guide.pdf

60. *Rapid Gender Analysis of Ukraine (4 May 2022)*. URL: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-05/Rapid-Gender-Analysis-of-Ukraine-en.pdf>

61. *PTSD: National Center for PTSD -* URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_adults.asp

62. *PTSD Treatments.-* URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments>

63. Karolina Staniaszek, Maria Cyniak-Cieciura, Bogdan Zawadzki, *Posttraumatic stress disorder symptom profiles – The role of temperament, traumatization, and cognitive factors, Personality and Individual Differences, Volume 193, 2022, 111595, ISSN 0191-8869, https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111595.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188692200099X)https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019188692200099X#preview-section-snippets*

64. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5 - URL:
https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp
65. Learn about PTSD from Veterans who've lived it. - URL:
<https://www.ptsd.va.gov/apps/aboutface/what-is-ptsd/>
66. Bistas K, Grewal R. The Intricacies of Survivor's Guilt: Exploring Its Phenomenon Across Contexts. *Cureus*. 2023 Sep 21;15(9):e45703. doi: 10.7759/cureus.45703. PMID: 37868549; PMCID: PMC10590163. URL:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10590163/>
67. Survivor Guilt - URL:
<https://www.psychologytoday.com/intl/basics/survivor-guilt>
68. Progressive asthenia in former prisoners of the Auschwitz-Birkenau concentration camp - URL:
<https://www.mp.pl/auschwitz/journal/english/170054,progressive-asthenia-in-former-prisoners-of-the-auschwitz-birkenau-concentration-camp>
69. PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) - URL:
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9545-post-traumatic-stress-disorder-ptsd>