В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан

Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях



Київ
2016

УДК 159.98+616-001.36

Рецензенти:

Данилюк І.В., доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка,

Сердюк Л.З., доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

ISBN 978 -966- 644 – 426-7

Посібник присвячено аналізу сучасних зарубіжних психологічних досліджень кризових ситуацій та підходів до їх діагностики. Визначено різні напрями до дослідження кризових ситуацій, копінг-стратегій й можливостей постстресового відновлення. Окрему увагу приділено типології стресових розладів, зокрема актуальному для реалій сучасної України посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). У посібнику міститься інформація про класифікації кризових ситуацій, типології копінг-стратегій й чинники постстресового відновлення.

Читачам запропоновано нові зарубіжні психодіагностичні методики вже поширені і ефективні у західній науці, але ще невідомі українським психологам. Представлено нові аспекти вже відомих, проте часто недооцінених методик. Особливу увагу приділено аналізу сучасних програм постстресового відновлення, розглянуто методики психотерапевтичних інтервенцій для осіб, що пережили психотравматичні ситуації.

Посібник адресовано психологам, соціальним працівникам, студентам вищих навчальних закладів, волонтерам, а також всім, хто цікавиться психологічною діагностикою особистості у кризових умовах життя.

УДК 159.98+616-001.36

ISBN 978 -966- 644 – 426-7

© Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В., 2016

Згідно із науковцями Американської психологічної асоціації (APA) виділяє три основні види стресів: гострий, епізодичний гострий і хронічні стреси[2].

Гострий стрес. Це найпоширеніший вид стресу, зумовлений надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому. У невеликій кількості гострий стрес збуджує та навіть приносить задоволення, але коли його занадто – настає виснаження. Дію гострого стресу можна порівняти із катанням на лижах: спочатку це захоплююче та цікаво, але згодом настає втома, людині бракує сил не лише для катання, але й інших видів діяльностей, а перевтома може стати причиною соматичних проблем, зокрема й переломів кісток внаслідок втрати обережності, неуважності тощо. Так само і гострий стрес зумовлює психологічний дистрес, головний біль, втрату апетиту та інші симптоми. Як правило, дія гострого стресу нетривала і не призводить до важких розладів, втім може викликати такі симптоми як: емоційний дистрес (поєднання гніву та роздратування, тривоги та депресії); м'язові проблеми (головний біль напруги, болі в спині, кінцівках, щелепі, розтягненні м'язів і сухожиль); проблеми зі шлунком і кишківником (печія, підвищення кислотності, метеоризм, закрепи, діарея, синдром роздратованого кишківника); гіперактивність ЦНС (підвищення тиску, прискорення серцебиття, мігрені, холодні кінцівки, запаморочення, задишка, біль у грудях).

Гострий стрес трапляється часто в житті людини, він керований, а його наслідки легко піддаються лікуванню.

Епізодичний гострий стрес. Є люди, які часто страждають від гострого стресу, їхнє життя настільки неупорядковане, що їм доводить жити у постійному хаосі, вони постійно поспішають, але завжди запізнюються, часто беруть на себе надмірні зобов'язання, але не в силах впоратися з ними. Такий стан властивий для осіб у стані перезбудження, вони характеризують себе як «сповненими енергії», але часто виражають її у вигляді роздратування, агресії, руйнуванні міжособистісних стосунків, робота стає для них занадто стресогенною, а вдома вони не можуть відпочити.

Розрізняють два типи реагування в епізодичному гострому стресі. Тип «А» - кардіологічний. Характеризується агресивністю, нетерплячістю, раціоналізованим негативним ставленням до оточуючих. Вони схильні до розвитку ішемічної хвороби серця. На відміну від них, представники типу «В» характеризуються песимістичністю, постійним занепокоєнням, вважають світ ворожим і небезпечним та більше схильні до депресії, а не до проявів агресії.

Епізодичний гострий стрес по суті є способом життя людей, які не розрізняють стресові події як такі, опираються змінам і не вважають, що відчувають дистрес.

Хронічний стрес. Якщо гострий стрес призводить до збудження, підвищення активності, то хронічний стрес, який триває роками, лише виснажує,

[2] http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx

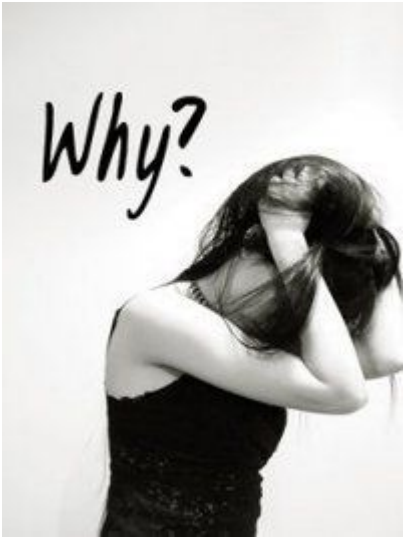
негативно позначається як на психічному благополуччі, так і соматичному здоров'ї. Він характерний для людей, які живуть у постійній бідності, дисфункціональних сім'ях, перебувають у нещасливому шлюбі чи довгий час не можуть працевлаштуватися.

Хронічний стрес виникає, коли людина не бачить вихід із критичної ситуації. Це стрес постійного тиску на людину, коли неприємностей настільки багато, що вона відмовляється шукати можливі варіанти рішення проблем. Деякі хронічні стреси зумовлені дитячими психотравмами, які впливають й на теперішнє життя людини. Не менш стресовий вплив чинять й інтерналізовані уявлення про світ (наприклад «світ небезпечний», «всі чоловіки – ґвалтівники»). Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, якщо гострий стрес сприймається як наявний, тому що він раптовий і містить певну новизну, то хронічний стрес ігнорується оскільки він звичний, а часто й комфортний. Наслідками хронічного стресу можуть бути суїциди, насильство, інфаркт, інсульт чи онкологія. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичне та психічне виснаження людини.

Посттравматичний стресовий розлад у МКХ-10.

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) – документ, що використовується як головна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10, 1993 https://mkh10.com.ua) розлади, зумовлені стресом виділені у групу F40-F48 – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, виключаючи: пов'язані з розладами поведінки, кваліфікованими у рубриках F91.- (F92.8)[3].



(F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації

(F43.0) Гострі стресові реакції

Гостра кризова реакція

Гостра реакція на стрес

Нервова демобілізація

Кризовий стан

Психічний шок

(F43.1) Посттравматичний стресовий розлад

Травматичний невроз

(F43.2) Порушення адаптації

Культурний шок

Реакція горя

Госпіталізм у дитячому віці

Виключаючи: острах самотності в дитячому віці (F93.0)

(F43.8) Інші реакції на тяжкий стрес

(F43.9) Реакція на тяжкий стрес, неуточнена

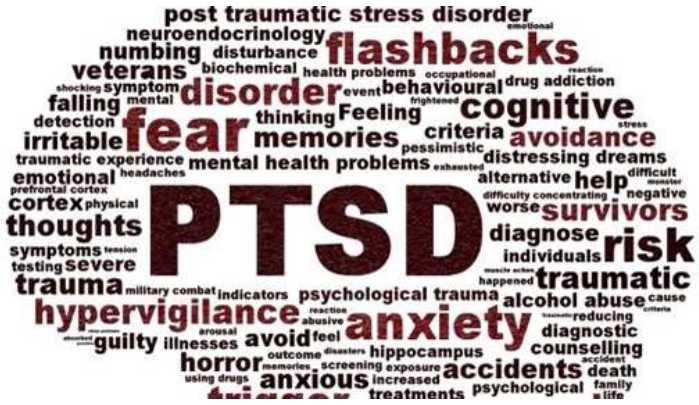
[3] http://mkb-10.com/index.php?pid=4257

Гостра стресова реакція

Транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці або фізичній цілісності індивіда чи близької особи (наприклад, природна катастрофа, нещасний випадок, битва, злочинна поведінка, зґвалтування) або незвично різка і загрозлива зміна у соціальному положенні і /або оточенні хворого, наприклад, втрата багатьох близьких або пожежа в будинку. У момент стресу виникає фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація, витіснення. В результаті можливі зміни свідомості, порушення сприйняття і поведінки.

Для постановки діагнозу повинна бути обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж, симптоми є змішаними тобто до ініціального стану додаються депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність, але жоден з симптомів не триває довго; симптоми припиняються швидко (щонайбільше протягом кількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожної людини. Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервове захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не поодинокими є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передує латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу різний, але в більшості випадків настає одужання. У деяких випадках стан може набути хронічного перебігу на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).



Порушення адаптації.

Стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору. Прояви дуже варіабельні і охоплюють пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити лишитися в цій ситуації. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо в юнацькому віці. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій і поведінки.

Зазначимо, що ПТСР і розлад адаптації є одними з найбільш широко використовуваних діагнозів в системі надання допомоги при психічних розладах у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів протягом тривалого часу залишаються предметом серйозних суперечок через відсутність адресності багатьох клінічних проявів, труднощів з розмежуванням хворобливих станів з нормальними реакціями на стресові події, наявністю значних культуральних особливостей у реагуванні на стрес та ін.

Посттравматичний стресовий розлад у проекті МКХ-11.

Робоча група з підготовки діагностичних критеріїв МКХ-11 (її видання планується на 2018 р.) для розладів, викликаних стресом, представила свій проект нового розділу міжнародної класифікації[4].

Діагноз ПТСР критикується за широке поєднання різних кластерів симптомів, низький діагностичний поріг, високий рівень коморбідності, а щодо критеріїв DSM-IV за те, що понад 10 тисяч різних комбінацій з 17 симптомів можуть призводити до постановки цього діагнозу.

Все це стало причиною для досить серйозної переробки критеріїв даної групи розладів в проекті МКХ-11 (бета-версія класифікації доступна на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я[5]).

Перше нововведення стосується назви для групи розладів, зумовлених стресом. У МКХ-10 існує рубрика F43 "Реакція на важкий стрес і порушення адаптації", що відноситься до розділу F40 - F48 "Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади". Робоча група рекомендує уникати широко застосовуваний, досить заплутаний термін «розлади, пов'язані зі стресом», в зв'язку з тим, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад,

---

4 http://wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/World%20Psychiatry_October%202013.pdf

5 http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/

депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин тощо), але більша частина з них можуть також виникати і при відсутності стресових або травматичних життєвих подій. У даному ж випадку, мова йде лише про розлади, стрес для яких є обов'язковою і специфічною причиною їх розвитку. Спробою підкреслити цей момент в проекті МКХ-11 стало введення терміну «disorders specifically associated with stress», який, ймовірно, найбільш точно можна перекласти, як «*розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом*».

Пропозиції робочої групи, що стосуються окремих розладів, включають:

- вужчу концепцію ПТСР, яка не дозволяє ставити діагноз на основі лише неспецифічних симптомів;
- нову категорію «комплексний ПТСР» («complex PTSD»), яка, окрім стрижневих симптомів ПТСР, охоплює три групи симптомів;
- новий діагноз «пролонгована реакція горя», який використовується для характеристики пацієнтів, які відчувають інтенсивну, хворобливу, що приводить до втрати працездатності реакцію на важку втрату;
- суттєвий перегляд діагностики «розладів адаптації», що включає конкретизацію симптомів;
- перегляд концепції «гострої реакції на стрес» у контексті уявлень про цей стан, як про нормальне явище, яке, однак, може потребувати клінічного втручання.

Основні симптоми ПТСР (F43.1) за МКХ-11:

- труднощі у регуляції емоцій,
- відчуття себе приниженою, переможеною, нічого не вартою людиною,
- труднощі у підтримці міжособистісних стосунків.

Комплексний ПТСР – це нова діагностична категорія, яка замінює охоплену нею категорію МКХ-10 F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи», яка не стала предметом широких наукових досліджень і не включала розлади, що виникають через тривалий стрес у ранньому дитинстві. Дана симптоматика може виникнути після впливу єдиного травматичного стресора, але частіше виникає після важкого пролонгованого стресу або множинних чи повторюваних небажаних подій, уникнути вплив яких було неможливо (наприклад, вплив геноциду, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство).

Пролонгована реакція горя. Нова категорія в МКХ-11. Існування цієї діагностичної одиниці було підтверджено у різних культурах. Центральний компонент пролонгованої реакції горя (туга за померлим) не залежить від неспецифічних симптомів тривоги і депресії. При цьому дані переживання не чутливі до лікування антидепресантами (тоді як депресивні синдроми, пов'язані з втратою, чутливі), а психотерапія, стратегічно націлена на симптоми пролонгованої реакції горя, демонструє більшу ефективність у полегшенні її проявів, ніж лікування, спрямоване на депресію. Люди з пролонгованою реакцією горя мають серйозні психосоціальні проблеми і проблеми зі здоров'ям, включаючи інші проблеми психічного здоров'я, такі як суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівну поведінку або соматичні

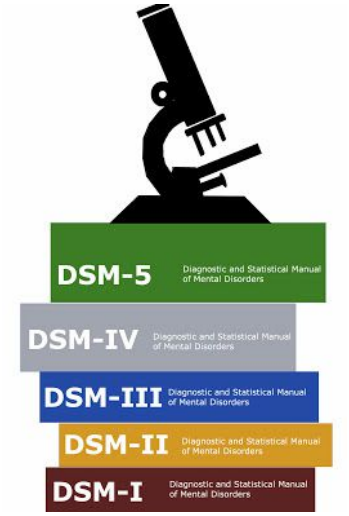
розлади, такі як високий артеріальний тиск і підвищена частота серцево-судинних захворювань.

Розлад адаптації (F43.2). Реакція недостатньої адаптації до стресової події, на тривалі психосоціальні труднощі або на комбінацію стресових життєвих ситуацій, що, як правило, виникає протягом місяця після впливу стресора і має тенденцію до вирішення протягом 6 місяців, якщо стресовий фактор не зберігається на триваліший термін. Реакція на стресор характеризується симптомами стурбованості проблемою: надмірним занепокоєнням, рецидивними і болісними думками про стресор або постійними роздумами про його наслідки. Наявна нездатність адаптуватися, тобто симптоми заважають повсякденному функціонуванню, виникають труднощі з концентрацією уваги або порушення сну, що призводять до порушення працездатності. Симптоми також можуть бути пов'язані з втратою інтересу до роботи, суспільного життя, турботи про інших, дозвілля, що призводить до порушень у соціальному чи професійному функціонуванні (обмеження кола спілкування, конфлікти в родині, прогули на роботі тощо). *Якщо критерії діагностики підходять для іншого розладу, то цей розлад слід діагностувати замість розладу адаптації*.

На думку авторів проекту, відсутні докази валідності підтипів розладів адаптації, описаних в МКХ-10, у зв'язку з цим вони будуть видалені із МКХ-11. Такі підтипи можуть вводити в оману за рахунок приділення особливої уваги домінуючому змісту дистресу, приховуючи тим самим те, що лежить в основі даних розладів. Підтипи не мають відношення до вибору лікування і не пов'язані з конкретним прогнозом[6].

Посттравматичний стресовий розлад у DSM-V.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Керівництво по діагностиці і статистиці психічних розладів) – багатоосьова нозологічна система. Розробляється і публікується Американською психіатричною Асоціацією (American Psychiatric Association, APA)[7]. З 18 травня 2013 року діє система DSM-5 (тобто, п'яте видання DSM), наступне покоління класифікатора.



DSM змінювалися по мірі змін провідних концепцій психічних розладів.

DSM-I (1952) створена в контексті допомоги учасникам бойових дій у Другій світовій війні. Значною мірою відображала вплив А. Майера на американську психіатрію і класифікувала психічні розлади як різноманітні реакції на стресори. Особистісні розлади розглядалися окремо від неврозів, а гомосексуальність вважалася соціопатичним розладом особистості. У DSM-I травматичний стрес визначався як велика стресова реакція – «нормальна реакція особистості у подоланні всеохоплюючого страху» [17].

[6] http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en
[7] http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx

З DSM-II (1962) концепція реакцій була виключена, але вона все ще знаходилася під сильним впливом психодинамічної теорії, зокрема діагноз «невроз» було збережено, але відокремлено його від психозу. Травматичний досвід позначався як «пристосувальні реакції дорослого життя». У 1974 р. видано другу редакцію DSM-II, з якої вилучено діагноз «гомосексуальність», втім на думку професорів психіатрії Колумбійського університету R. Spitzer і M.B. First використовувати дану класифікацію було неможливо, валідними виявилися лише три категорії: розумова відсталість, органічний мозковий синдром (але не його підтипи) та алкоголізм. Стресові розлади лишалися у класифікації нечітко визначеними [23].

У DSM-III (1980) відбулася зміна системи класифікації, було зроблено спробу упорядкувати номенклатуру DSM відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), прийнятої ВООЗ, а також поліпшити однорідність і обґрунтованість психіатричних діагнозів, оскільки як з'ясувалося, психіатричні діагнози помітно відрізнялися у Європі та США. На зміну психодинамічному та фізіологічному підходами прийшли емпіричний і феноменологічний підходи до постановки діагнозу. Було прийнято нову, багатоосьову систему, де кожен психічний розлад розглядався як клінічно значимий поведінковий або психологічний синдром. Саме у DSM-III вперше введено діагноз посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Війна у В'єтнамі стала потужним стимулом для емпіричних досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопичили значний матеріал про психопатологічні та особистісні розлади в учасників війни. Схожа симптоматика виявлялася і в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких за важкістю психогенного впливу. У зв'язку з тим, що цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 р М. Горовіц (M. Horowit, 1980) запропонував виділити його в якості самостійного синдрому у контексті тривожних розладів, назвавши «посттравматичним стресовим розладом» (posttraumatic stress disorder, PTSD) [16]. Надалі група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше (практично без змін) – для МКХ-10.

DSM-IV (1994). Основною зміною порівняно із попередніми версіями включення клінічного критерію значущості до більшості категорій, де зазначено, що симптоми зумовлені клінічно значущим дистресом або порушенням у соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування (A.Frances, 2013) [14].

Згідно DSM-IV-TR (2000) при формулюванні повного діагнозу враховують такі чинники («осі»):

- наявність або відсутність психічної хвороби (вісь I),
- фонової психопатії (вісь II),
- соматичної хвороби (вісь III),
- посилюючі психосоціальні фактори (вісь IV),
- загальний рівень адаптації (вісь V).

Діагностичні критерії ПТСР за DSM IV (Інтрузії, уникнення, гіперактивність)

A. Хворий перебував під впливом травмуючої події, де мали місце такі явища:

Хворий пережив, був свідком або учасником події або подій, які представляли реальну або можливу загрозу смерті або серйозної шкоди або небезпеки порушення фізичної цілісності, що загрожувала хворому або іншим людям.

Реакція хворого проявлялася у вигляді страху, безпорадності або жаху.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох варіантів: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

B. Травмуюча подія повторно сприймалася у вигляді одного або декількох наступних проявів (інтрузія):

Повторні, нав'язливі спогади про події, включаючи образи, думки або відчуття.

Повторювані, такі, що викликають значне занепокоєння, сни про пережиту подію.

Такі дії або відчуття, мов би травмуюча подія трапилася знову (включаючи відчуття відтворення пережитого, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при пробудженні або в стані сп'яніння).

Сильний психологічний дистрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-який аспект травмуючої події (статті в газетах, телепередачі, почуті розповіді, іноді просто гул літака у пережили бомбардування).

Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-який аспект травмуючої події (те саме, що і в 5).

C. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, і загальне заціпеніння (відсутні до травми), про які свідчить, щонайменше, 3 симптоми з наступних (уникнення):

Спроби уникнути думок, відчуттів або розмов, пов'язаних з травмою;

Спроби уникнути дій, місць або людей, які викликають спогади про травму;

Часткова або повна амнезія важливих аспектів травми;

Виражене зниження інтересу до раніше значимих видів діяльності або до участі в них;

Відчуття відчуженості від оточуючих;

Звуження діапазону афективних реакцій (наприклад, нездатність відчувати любов);

Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу (наприклад, хворий не планує займатися кар'єрою, одружитися, мати дітей або будувати нормальне життя);

D. Стійкі прояви підвищеного збудження (відсутні до травми), про які свідчить не менше 2 симптоми з наступних (гіперактивність):

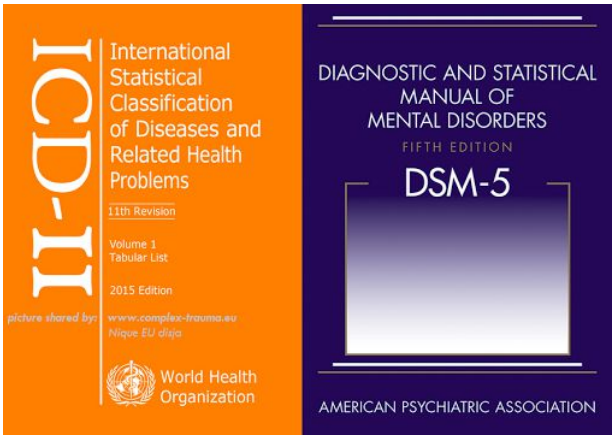
Труднощі при засинанні або порушення тривалості сну;

Дратівливість або спалахи гніву;
Труднощі концентрації уваги;
Наднастороженність;
Посилена реакція на переляк.

E. Тривалість розладу (симптомів, описаних в рамках критеріїв B, C, і D) понад 1 міс.

F. Розлад викликає клінічно значимий дистресс або порушення в соціальній. трудової або інших сферах життєдіяльності.

DSM-5 (2013). Найбільшою зміною у п'ятій редакції класифікатора було видалення підтипів шизофренії (параноїдної, дезорганізованої, кататонічної, невизначеної та резидуальної). Втім змінилися й підходи до діагностики стресових розладів (D.A.Regier, E.A.Kuhl, D.J.Kupfer) [20]. Важливо знати, що DSM-5 ідентифікується арабськими, а не римськими цифрами. Додаткові оновлення будуть визначені з десятковими знаками (DSM-5.1, DSM-5.2). Нове видання буде позначено зміною цілого номера (DSM-5, DSM-6 та ін.).



Посттравматичний стресовий розлад у форматах МКХ-10 і DSM-IV суперечить прийнятому для цих класифікаціях анозогностичному підходу, так як його етіологія визначена і навіть винесена в якості основного критерію (критерію А в форматі DSM); ПТСР з великою натяжкою здатний претендувати на статус окремої нозології, легко гіпердіагностується у тих випадках, коли в анамнезі пацієнта є вказівки на перенесений дистрес. Крім того, активне використання діагнозу патологізує нормальні людські переживання в ситуації втрати. Почали з'являтися нові діагнози, як то посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з відвідуванням стоматолога (post-traumatic dental care anxiety), з медикаментозним перериванням вагітності (post-traumatic abortion syndrome), з реакцією образи (post-traumatic embitterment disorder) і після перегляду телепередач. Тобто, критерій А - перший критерій ПТСР у DSM-IV виявився невалідним, оскільки один і той же симптомокомплекс міг розвинутися в результаті «об'єктивно» не зовсім катастрофічних подій, які, однак, індивідуально переживались як трагедія, що порушували звичне функціонування людини (R.L.Spitzer, M.B.First, J.C.Wakefield, 2007) [23].

Відмінності у діагностиці стресових розладів між DSM-IV і DSM-5:

1. Гострий стресовий і посттравматичний стресовий розлад виведені з групи тривожних розладів і включені в новий клас – «Trauma and Stressor-related Disorders» (розлади, пов'язані з травмою і стрессором).

2. Крім дорослого» варіанту ПТСР в DSM-5 виділено варіант ПТСР для дітей 6-ти років і молодше (for children 6 years old and younger), а також підтип із дисоціативними симптомами.

3. Три основні ознаки ПТСР перетворилися на чотири в DSM-5, колишній критерій С – уникнення і емоційне заціпеніння розділений на два – С (уникнення) і D (негативні зміни в настрої і когнітивних процесах). Постановка діагнозу ПТСР повинна включати як мінімум одну із ознак уникнення.

Критерії гострого стресового розладу повторюють симптоми ПТСР в DSM-5. Слід зазначити, що DSM-5 як і раніше не виділяє категорію гострої реакції на стрес (F43.0 в МКХ-10), яка розвивається протягом декількох хвилин після впливу дистресора і триває до 2-3 днів (зазвичай протягом декількох годин).

Опис ПТСР в DSM-5 лишається як і раніше лінійним та не враховує культурних відмінностей переживання стресу (О.Молчанова, 2014) [5].

Одне із суперечливих питань щодо DSM-5 полягає в тому, чи можна психічні розлади розглядати як стани, якісно відмінні від норми або вони являють собою континуум, де відсутні суворі розмежування між нормальним функціонуванням і психічним розладом як таким. Подібні протиріччя призвели до початку створення нової класифікації – Research Domain Criteria (RDoC)[8].

ПТСР у Критеріях дослідницьких доменів (RDoC).

RDoC – це проект за ініціативи Національного інституту психічного здоров'я США (US National Institute of Mental Health). На відміну від DSM RDoc стверджує трансляційний підхід до опису розладів, пояснюючи (для експериментальних цілей) патологію у термінах відхилень від основних функціональних систем (B.N. Cuthbert, 2014) [12]. Стандартний підхід спочатку визначає психічний розлад (на основі ознак і симптомів), а потім займається пошуком патофізіологічних механізмів, пов'язаних з цими симптомами. RDoC ж, навпаки, ставить такі важливі питання: Який розподіл конкретного ознаки або характеристики може вважатися нормальним? Яка система мозку передусім здійснює цю функцію?

В системі RDoc виділено наступні домени:

1. Система негативної валентності (поведінка в аверсивних ситуаціях): страх, тривога, фрустрація, зумовлена неотриманням винагороди, реакція втрати.

2. Система позитивної валентності (поведінка у позитивних мотиваційних ситуаціях): заохочення навчання та оцінювання, оцінка зусиль, вибір способу дій, звички.

3. Когнітивні системи (різноманітні когнітивні процеси): увага, сприймання, експліцитна пам'ять, оперативна пам'ять, когнітивний контроль, мовлення.

4. Системи соціальних процесів (системи, які опосередковують реакції на різні типи міжособистісних стосунків, у тому числі сприймання та інтерпретацію дій інших осіб): соціальна комунікація, сприймання та розуміння себе, сприймання та розуміння інших, афіліація.

5. Системи активації/модуляції (відповідають за активацію нервової системи у відповідь на різні ситуації, підтримку енергетичного балансу та сон): серцевий ритм, сон, бадьорість.

[8] https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml

ПТСР в RDoc визначається у контексті нейробіологічних досліджень (ділянок головного мозку, нейронних мереж, систем, пов'язаних зі стресом (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркoвою системою), генетичних і нейрогенетичних засад розвитку стресових розладів). ПТСР відноситься до першого домену (система негативної валентності) у контексті тривожних розладів і розладів настрою (L.M. McTeague, P.J. Lang, M.-C. Laplante, B.N. Cuthbert, J. R. Shumen, M.M. Bradley, 2010) [18].

Особливу увагу в контексті сучасних українських реалій слід приділили аналізу стресових розладів в учасників бойових дій.

Поняття бойової психічної травми має тривалу історію. Дослідники вказують на згадки Геродотом психосоматичних розладів в учасників Марафонської битви (битва 12 вересня 490 до н. е. під час греко-перських воєн). Зокрема відоме ім'я воїна Епіцеліуса, який повністю втратив зір, без будь-яких зовнішніх пошкоджень. Психологічні зміни і психопатологічні розлади у учасників бойових дій, зокрема ремінісценції, як основний елемент травматичного неврозу військових, описував Лукрецій у I ст. до н. е. Поема Гомера «Іліада» стала одним із перших класичних творів, в якому описана як загальна травматологія, так і реакція воїнів на психотравмуючі події, зокрема у пісні XXIV Ахілл згадує свого загиблого друга, ці спогади часто повторюються, призводять до неспокою та безсоння: «Тільки Ахілл свого друга Згадував любого й плакав, і сон, що усіх підкоряє, Не подолав його, все він на ложі своєму метався Й журно спогадував силу могутню і мужність Патрокла, Скільки удвох пережить довелось їм і лиха зазнати В битвах тяжких з ворогами і в хвилях бурхливого моря. Все це спогадував він, рясні проливаючи сльози, Лежачи то на боку, то навзнак, то ницьма раптово Перевертаючись. То він, з постелі своєї схопившись, Берегом моря блукав у нестямі» [1].

Першими описали психологічні проблеми, які виникли у солдат після повернення додому, американські лікарі часів Громадянської війни в Америці (1861 – 1865 рр.), зокрема у 1871 р. Я. М. да Коста описуючи психосоматичні порушення у солдатів, наголошував, що у клінічній картині спостерігається домінування кардіологічних симптомів, що дозволило автору назвати цей стан «солдатське серце» (Da Costa's syndrome), нині – за МКХ-10 – F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція, більш відома як вегето-судинна (нейроциркуляторна) дистонія чи психовегетативний синдром. Окрім цього, основним діагнозом для військових на той час була «ностальгія», а для її лікування створювалися центри для надання психотерапевтичної допомоги, один із перших – створений у 1863 р. військовий психіатричний госпіталь [3].

Однією з основних причин виникнення посттравматичних розладів є суттєвий дисонанс між системою моральних цінностей, сформованих у учасників бойових дій безпосередньо під час участі у них, і цінностями, культивованими сьогодні в нашому суспільстві, зокрема надмірна роль фінансового благополуччя і пов'язаних із ним життєвих привілеїв. За таких умов з точки зору демобілізованих, проблемним є саме суспільство, яке слід змінювати і надавати пріоритетів іншим моральним орієнтирам. Ця, актуальна нині для України проблема не є новою, зокрема її відчуло американське суспільство ще за війни у

В’єтнамі, й сьогодні Ізраїль перебуває у пошуку шляхів її вирішення відповідно для власних реалій.

Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом багатьох досліджень, як у психології, так і й медицині, зокрема вагомий внесок у дану галузь зроблений зарубіжними дослідниками історії медицини (O. Paul, M. Fossey, S.Freeth, H. Hughes) [19], які першими звернули увагу на наявність симптомів психотрамватизації у учасників різних воєн. Дослідник психологічного стресу вперше М. Горовіц розробив спеціальну шкалу для вивчення особливостей реагування на психотравмуючу подію (Impact of Event Scale) [16]. Послідовники М. Горовіца визначили, що подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів як: характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики ветерана та особливості умов, у які він потрапляє після повернення додому. У 1920-х рр. Е.Хемінгуей ввів у світову літературу поняття «втрачене покоління», - тобто покоління учасників Першої світової війни, які несли в своєму життєвому досвіді тяжкий вантаж фронтових переживань. Письменники «втраченого покоління» (Дж. Пассос, Е. Каммінгс, В.Фолкнер, Р.Олдингтон, Е.М. Ремарк) часто поєднували у своїх творах військову фактуру з післявоєнним досвідом - своїм і, відповідно, своїх героїв. Так війна ставала емблемою часу, всієї цивілізації, символом дійсності в цілому, а єдиною опорою для колишніх військових на тлі втрати колишніх цінностей та авторитетів залишалося фронтова спільнота.

Дослідники Х.-Г. Хофер і В. Еккерт великі масштаби психотравматизації солдатів під час Першої світової війни пов'язують насамперед зі зміненим способом ведення війни, яку також називали «війною в траншеях», тобто військові часто не бачили людей, які їх атакують, оскільки ті знаходилися за кілька кілометрів, втім військові постійно перебували під обстрілами та часто не мали можливості втекти із траншеї [15].

Відстрочені психічні явища у ветеранів першої світової війни З.Фройд назвав «військовим неврозом», який не слід ототожнювати із «неврозом травматичним», отриманим під впливом фізичної травми. Військовий невроз за З. Фрейдом є Его-конфліктом, конфліктом між мирним та войовничим Его солдата, що виявляється у ситуаціях повоєнного існування, коли набуте агресивне Его намагається витіснити мирне Его і скеровує поведінку військового у руйнівне русло [8]. Засновник психологічної антропології, неофройдист А. Кардінер розглядав відстрочені психічні явища з точки зору концепції адаптації, а психологічні проблеми ветеранів першої світової війни як зумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів організму і ослабленням сили Его, за таких умов зовнішній світ починає сприйматися ними як ворожий [6].



Під час Першої світової війни 106000 американських військових зверталися за медичною допомогою з причини психічних розладів, з них 69000

були визнані повністю недієздатними та були демобілізовані, 36600 госпіталізованих на строк від кількох тижнів до 5-6 місяців. Під час Другої світової війни понад 1393000 американських солдат на певний час втрачали боєздатність через психічні розлади, а лише в наземних силах сухопутних військ 504000 осіб зазнали сильної психотравматизації (що складає приблизно 50 піхотних дивізій). За час війни у В'єтнамі за психологічною та психіатричною допомогою зверталися 35200 осіб, а війна у Перській затоці призвела до того, що хворих на психічні розлади було понад п'ятсот.

Представники когнітивних теорій (E.B. Foa, A.Ehlers, D.M. Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo) наголошують на визначальній ролі когнітивних факторів у розвитку та перебігу симптомів ПТСР [13]. При цьому основними вважаються характеристики когнітивного стилю та зміна переконань індивіда під впливом травматичної події, зокрема змінюється ставлення до себе та світу, визначається власна роль у виникненні травми (M.Startup, L.Makgekgenene, R.Webster, 2007) [24].

Згідно із когнітивною моделлю A.Ehlers, D.M. Clark, інформація про травму представлена в структурах пам'яті фрагментарно, без включеності у чіткий просторово-часовий контекст [13]. Це призводить до того, що, з одного боку, довільні спогади про травму, як правило, ускладнені, а з іншого – травматичні образи активуються мимоволі у відповідь на зовнішні сигнали. Виникнення образів із асоціативної пам'яті відбувається в обхід свідомості – людина переживає відтворення травматичної інформації, не усвідомлюючи зв'язку зі стимулом, що запустили спогади.

На думку А. Бандури, самоефективність грає ключову роль у стресових реакціях та особливості захисту від потенційно небезпечних ситуацій. Представники соціально-когнітивної теорії наголошують, що люди, переконані у неконтрольованості потенційних загроз, вважають оточуюче середовище вкрай небезпечним, живуть у стані постійного страху і турбуються про події, які малоймовірно можуть статися з ними (C.C. Benight, A. Bandura, 2004) [10].

Спираюсь на положення моделі схильності (diathesis) до стресу, згідно з якою патологічна поведінка є наслідком поєднання генетичної схильності і впливу середовищного стресу, когнітивні психологи виділяють три види предиспозицій (схильностей) до виникнення стресових розладів: когнітивні, конституційні та змішані.

Роль самоефективності у виникненні ПТСР підтверджено й численними дослідженнями ізраїльських військових психологів (Z.Solomon, R.Benbenishty, M.Mikulincer, 1991) [22]. Чим нижчий рівень самоефективності солдат, тим більше вони страдають від інтрузій і тим складнішою є їх повоєнна адаптація. Втім, слід зазначити, що прогностичні фактори виживання змінюються із плином часом: спочатку важкість емоційного безсилля у травматичній ситуацій визначається рівнем самоефективності особистості у бойових ситуаціях, а згодом – коли травматична ситуація сприймається менш болісно – людина повертається до своїх довоєнних копінг-стратегій. Найбільш впливають на самоефективність солдата різного виду поранення – якщо після отриманої травми і наданої на місці допомоги солдат повертався на фронт – він мав значно вищій рівень

самоефективності і менше ризиків виникнення ПТСР, ніж той, хто на тривалий час лишався у госпіталі. Вчені наголошують на недостатній увазі до проблем самоефективності, психологічної стійкості до сильних стресових військових ситуацій, значно більше уваги приділено визначенню факторів ризику ніж умовам успіху на війні (P.A.Saigh, M.Mroueh, B.J. Zimmerman, J.A. Fairbank, 1995) [21].

Наукові дослідження зв'язку посттравматичних когніцій, симптомів ПТСР і уявлень про власну самоефективність (R.Cieślak, C.C.Benight, V.C. Lehman, 2008) [11] довели важливу роль когнітивних факторів у розвитку стресових розладів, що зумовило їх включення у якості окремого критерію ПТСР (критерій А) до класифікації DSM-5.

Позитивні та негативні когніції лежать в основі EMDR моделі (десенсибілізація за допомогою рухів очей і репроцессінг). EMDR – це метод психотерапії, спочатку розроблений для полегшення дистресу, пов'язаного з травматичними спогадами. Він успішно застосовується для подолання таких наслідків травмуючих подій, як депресія, тривога, фобії, гостре горе, соматичні розлади і залежності. Після успішної EMDR терапії відбувається зниження емоційної напруги і дистресу, переформулюються негативні переконання. У 2013 р. ВОЗ визнала цей метод найбільш ефективним у терапії ПТСР.

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації. Питання адаптації учасників бойових дій вивчалися на матеріалі Афганської та Чеченської воєн, виявлено, що висока інтенсивність бойового досвіду, наявність поранень різного ступеню важкості пов'язані із соматизацією тривоги та емоційною ригідністю, які суттєво впливають на подальшу адаптацію військових до мирного життя. Тривала учать у бойових діях призводить до дисгармонії, яка виявляється у своєрідному поєднанні тривожності з імпульсивністю. Тому окрім діагностики симптомів ПТСР особливу увагу слід звертати на адаптованість учасника бойових дій, його актуальні копінг-стратегії та наявність соціальної підтримки з боку родини.