

Інтерес до різноманітних аспектів психічних розладів стресогенної природи періодично підживлюється соціальними катаклізмами, що викликають збільшення кількості пацієнтів відповідного профілю. На жаль, війна в Україні вплинула на появу великої кількості осіб, що отримали важку психотравму та потребують своєчасної, сучасної та ефективно медичної допомоги як на первинній ланці, так і на етапах спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Предикторами виникнення та формування травматичних стресових розладів є не тільки безпосередня участь у бойових діях, але й соціальні пертурбації в осіб, що вимушено залишили свою домівку та стали біженцями чи внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Причинами дистресу, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища: незвичні умови життя, переміщення як всередині країни, так і переїзд до іншої держави, зміна мовного середовища та як наслідок — бар'єр під час спілкування, зміна культурних та релігійних традицій. За оцінками ООН, щонайменше 11,7 млн осіб змушені залишити свої домівки через воєнні дії на території України, з яких 5,5 млн знайшли прихисток за межами України, а 6,2 млн — переїхали до регіонів всередині країни. Майже всі ці люди потребують психологічної допомоги різного характеру, але обсяг і якість ресурсів, що можуть бути їм надані, на жаль, обмежені.

Травматичні стресові розлади дуже часто трапляються у практиці лікарів усіх спеціальностей, починаючи з первинної ланки надання медичної допомоги, при цьому очевидною є гіподіагностика даної патології та недостатнє забезпечення пацієнтів необхідною клініко-психопатологічною та психотерапевтичною допомогою.

Проблема вдосконалення системи надання медичної допомоги пацієнтам із гострим стресовим розладом (ГСР), посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та розладами адаптації (РА) є пріоритетним завданням під час воєнних дій в Україні.

У пропонованому посібнику наведено діагностичні підходи до гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, описані методи психодіагностичного обстеження за кожною нозологією, що дає можливість верифікувати наявність та ступінь тривоги, депресії, безсоння, суїцидальних тенденцій. Подано класифікації МКХ-10 та МКХ-11 із тлумаченням змін. Викладено клінічну характеристику гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, наведено алгоритм надання першої психологічної допомоги відповідним пацієнтам і описані схеми диференційованої терапії з ретельним описанням психотерапевтичних методів та фармакотерапії.

ДЕФІНІЦІЇ

У англійській літературі поняття «post-traumatic stress disorder», «traumatic stress», «post-traumatic stress» поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми. У вітчизняних наукових публікаціях найчастіше використовуються поняття «травматичний стрес» та «посттравматичний стрес» чи просто «стрес», у науково-популярних виданнях все більше матеріалів присвячують проблемі ПТСР.

Під стресом розуміють особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу.

Травматичний стрес — це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травмогенним, може стати причиною психічної травми.

Психічна травма — життєва подія чи ситуація, що зачіпає суб'єктивно значимі аспекти життєдіяльності людини, викликаючи глибокі емоційні переживання.

Руйнівна сила стресу залежить від індивідуальної значущості травматичної події для конкретної особистості та розвитку у неї індивідуальних механізмів захисту психіки. Тому до психотравм передовсім зараховують загрозливі для біологічного виживання та соціального статусу ситуації, тяжкі особистісні конфлікти, втрату близьких людей чи звичної обстановки тощо.

Посттравматичний стрес виникає у відповідь на травматичну подію та характеризується виникненням відчуття інтенсивного страху, безпорадності, втратою контролю та загрозою знищення.

Розлади адаптації — патологічні реакції на стреси незначної сили та суб'єктивної значимості, що проявляються протягом місяця після стресових переживань у вигляді афективної, соматоформної чи (та) поведінкової симптоматики.

Реакції на тяжкий стрес — спотворені пристосувальні механізми реагування на надзвичайно несприятливі життєві події, що не виконують адаптивну функцію, а навпаки, призводять до проблем психосоціальної адаптації.

Виокремлюють гострі реакції на тяжкий стрес і посттравматичний стресовий розлад.

Гострі реакції на стрес — транзиторні психічні розлади неспсихотичного регістру, що виникають у відповідь на дію надзвичайного за силою або суб'єктивною значимістю стресу і тривають протягом декількох годин або днів.

Посттравматичний стресовий розлад (в'єтнамський синдром, афганський синдром тощо) — відстрочена або пролонгована реакція на одиничні або тривалі стресові переживання надзвичайно загрозливого, іноді катастрофічного характеру.

Відстрочені реакції — реакції, які відбуваються не в момент сильного стресу, а коли ситуація сама по собі вже завершена, але психологічно для людини вона ще триває.

До відстрочених реакцій на сильну стресову ситуацію зараховують комплекс змін в емоційній, психічній сферах, поведінкові зміни, що виникають у результаті отримання людиною психічної травми.

Виникнення та формування відстрочених реакцій на стресову і травматичну ситуацію має безліч факторів, що пов'язані з травматичною ситуацією, а також з індивідуальними психічними і фізіологічними характеристиками людини, яка її пережила.

Сьогодні гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації є окремими нозологічними одиницями та виключені з рубрики тривожних розладів, що пов'язано з можливою відсутністю тривожного компонента в клінічній картині захворювання та переважання таких клінічних симптомів як ангедонія, дисфорія, гнів, агресія чи дисоціація.

Динаміка переживання травматичної ситуації

Перший етап — фаза заперечення, або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії психотравми, людина не може прийняти те, що відбулося, на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, є короткотривалим та нетривалим.

Другий етап — фаза агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що трапилося, людина намагається звинувачувати в події тих, хто прямо або непрямо був причетний до цього. Після людина звертає агресію на себе і відчуває інтенсивне почуття провини («Якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап — фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, покинутості, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що утворилася, втрачає відчуття мети.

На цій стадії дуже важлива підтримка близьких, рідних та соціального оточення. Однак людина, яка переживає травму, дуже рідко отримує цю підтримку, оскільки навколишні несвідомо уникають її. Крім того, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає її втомлювати, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап — фаза зцілення. Їй властиве повне (свідоме й емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що трапилося, справді було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна отримати з подій корисний життєвий досвід.

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТРАВМ

Найбільш поширеними й актуальними механізмами психологічного захисту від психотравматизації є зокрема такі.

Витіснення — недопущення в сферу свідомості або усунення з неї болісних і суперечливих почуттів та спогадів, неприйнятних бажань і думок. Це найбільш примітивний, як правило, малоефективний спосіб захисту, але певною мірою він приєднується до дії всіх інших захисних механізмів. Витісняється, забувається зазвичай те, що знижує відчуття власної цінності як особистості. Частіше він проявляється в особистостях з незрілим «Я», істеричними рисами характеру, у дітей. Близьким до описаного способу захисту є механізм перцептивного захисту (автоматичні реакції несприйняття у разі розбіжностей між наявною інформацією та тією, що надходить).

Придушення — свідоме уникнення тривожної інформації, відволікання уваги від усвідомлюваних афектогенних імпульсів і конфліктів.

Блокування — затримка, гальмування (зазвичай тимчасове) емоцій, думок або дій, які викликають тривогу. Заперечення невизнання, заперечення ситуацій, конфліктів, ігнорування болючої реальності, фактів. Зазначену сукупність захисних механізмів об'єднує відсутність усвідомлення змісту того, що піддається витісненню, придушенню, блокуванню чи запереченню.

Друга група захисних механізмів пов'язана з перетворенням (спотворенням) значення змісту думок, почуттів, поведінки. Механізм раціоналізації проявляється в псевдопоясненні індивідом власних неприйнятних бажань, переконань і вчинків, інтерпретації по-своєму різних власних особистісних рис (агресивності як активності, байдужості як незалежності, скнарості як ошадливості тощо).

При захисному механізмі за типом інтелектуалізації активізується контроль над емоціями й імпульсами за допомогою переважання роздумів, міркування з їх приводу замість безпосереднього переживання.

Характерною ознакою є «об'єктивне» ставлення до ситуації, надмірно когнітивний спосіб подання та спроб вирішення конфліктних тем, без відчуття пов'язаних з нею афектів. Близьким до описаного способу захисту є механізм ізоляції, що складається з інтелектуально-емоційної дисоціації, відділення емоції від конкретного психічного змісту, в результаті чого подання або емоція витісняються, або емоція пов'язується з іншим, менш значущим поданням, і тим самим досягається зниження емоційної напруги.

Сучасний підхід вирізняє 2 види психотравматичних розладів: гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад. Гострий стресовий розлад та ПТСР є клінічно подібними, за винятком того, що ГСР розпочинається відразу після психічної травми і триває від 3 днів до 1 міс., тоді як ПТСР триває більше 1 міс. та є продовженням гострого стресового розладу, або виникає як самостійний розлад протягом 6 міс. після травми.

ГОСТРІ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС

Гострі реакції на стрес — транзиторні психічні розлади непсихотичного регістру, що виникають у відповідь на дію надзвичайного за силою або суб'єктивною значимістю стресу і тривають протягом декількох годин або днів.

Етіологічні чинники. Природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя чи життя іншої людини або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння.

Класифікація за МКХ-10

Афективно-шокові реакції кодуються як гостра реакція на стрес [F43.0], поєднуючи в собі як тяжкі психотичні, так і легкі невротичні варіанти перебігу.

/F43/ Реакція на тяжкий стрес і адаптаційні розлади

F43.0 Реакція на гострий стрес

- А. Вплив виключно психологічного або фізичного стресора.
 Б. Симптоми виникають негайно після дії стресора (протягом години).
 В. Виділяють дві групи симптомів:
1. Виконуються критерії Б, В і Г для генералізованого тривожного розладу (F41.1).
 2.
 - а) втеча від потенційних соціальних взаємодій;
 - б) звуження уваги;
 - в) дезорієнтація;
 - г) гнів, вербальна агресія;
 - г) розпач, безнадія;
 - д) неадекватна або безцільна гіперактивність;
 - е) неконтрольоване, і згідно з культуральними стандартами, надмірне переживання горя.

Реакція на гострий стрес:

- Легка F43.00 — відповідає тільки критерію 1);
- Помірна F43.01 — виконується критерій 1) і є два симптоми з критерію 2);
- Тяжка — виконується критерій 1) і є 4 симптоми з критерію 2); або розвивається дисоціативний ступор (див. F44.2).

Г. Якщо стресор тимчасовий або може бути полегшений, симптоми зменшуються максимум через 8 год. Якщо ж стресор продовжує діяти, симптоми зменшуються максимум через 48 год.

Д. Найбільш вживані критерії виключення: реакція має відбуватися за відсутності будь-яких інших психічних або поведінкових розладів МКХ-10, винятком є лише F41.1 (генералізовані тривожні розлади) та F60 — (розлади особистості), і мінімум через три місяці після завершення епізоду будь-якого іншого психічного або поведінкового розладу.

Класифікація за МКХ-11

Гостра реакція на стрес (QE84) у МКХ-11 винесена за межі розділу «Психічні та поведінкові розлади» і не вважається психічним захворюванням. Це обумовлено необхідністю надання можливості медичним працівникам інших спеціальностей проходити навчання для розпізнавання та надання допомоги тим, хто має такі реакції, без іншої патології. На думку експертів, існувала потреба в непатологічній категорії, щоб визначити тих, хто потребує допомоги з різноманітними перехідними емоційними та соматичними реакціями негайно після гострої стресової події.

У МКХ-11 гостра реакція на стрес (**QE84**) визначається як транзиторний стан і належить до переліку станів, що не є розладами і включені до розділу Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів охорони здоров'я». Відповідно, в МКХ-11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-5. Віднесення гострої реакції на стрес до розділу Z МКХ-11 дозволить працівникам охорони здоров'я бути готовими розпізнавати гостру реакцію на стрес і надавати допомогу, не вважаючи людей хворими на психічні розлади. При таких реакціях кориснішою є практична психосоціальна допомога, а не психіатрична. Такий підхід у МКХ-11 нині позначений як первинна психологічна допомога.

У МКХ-11 гостра реакція на стрес — це розвиток транзиторних емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів внаслідок впливу події чи ситуації (короткочасної чи тривалої) надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (природні чи антропогенні катастрофи, бої, серйозні аварії, сексуальне насильство, напади).

Симптоми:

- вегетативне збудження (тахікардія, пітливість, почервоніння);
- запаморочення;
- розгубленість;
- смуток;
- тривога;
- гнів;
- відчай;
- надмірна недоцільна активність;
- бездіяльність;
- соціальна ізоляція;
- заціпеніння.

Відповідь на стресор вважається нормальною, враховуючи ступінь вираженості стресора та починає стихати протягом декількох днів після травматичної події чи після усунення загрозливої ситуації для життя людини.

Включається: гостра кризова реакція, гостра реакція на стрес.

Виключається: Посттравматичний стресовий розлад (6B40)

Можливі терміни: ГСР, схвильований стан, ГРС, емоційна криза.

Якщо симптоми гострої реакції на стрес не починають зменшуватися протягом приблизно тижня після їх початку, потрібно розглянути необхідність діагностування розладу адаптації або ПТСР, залежно від клінічних проявів. Гостра реакція на стрес може супроводжуватися суттєвим порушенням особистісного функціонування на додачу до суб'єктивного дистресу, порушення функціонування не є обов'язковою ознакою гострої стресової реакції [4]. У DSM-4 гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад були класифіковані як тривожні розлади. У проєкті МКХ-11 і в DSM-5 створена окрема група розладів, пов'язаних зі стресом. Робоча група МКХ рекомендує уникати поширеного, але такого, що вносить плутанину, терміну «розлади, пов'язані зі стресом», враховуючи, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад, депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин), але можуть також виникати при відсутності ідентифікованих стресових або травматичних життєвих подій. Спробою відобразити цю відмінність у проєкті МКХ-11 став термін «розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» («disorders specifically associated with stress»), який використовується для таких розладів як ГСР і ПТСР. Гостра реакція на стрес залишається в DSM-5 у групі розладів, пов'язаних зі стресом, але в результаті визнання неоднорідності реакцій на стрес в ній більше немає вимог до наявності спеціальних кластерів симптомів і вона не розглядається в якості попередника ПТСР.