

It was stated that teenagers' difficulties of adaptation may be caused by different types of accentuation, heightened emotionality because of spontaneity of somatic, physiological, constitutional changes. The interpersonal relationships are determined to be one of the diagnostic criteria for violations of social adaptation.

It is found that the choice of ways to overcome teenagers is influenced by individual and psychological characteristics: accentuation, the level of anxiety, features the locus of control, orientation of the personality. It was concluded that for the formation of adaptive psychological self-defense of teenagers one need to develop the following abilities: flexibility, tolerance to changes in the environment, creativity, adequate perception of the individual characteristics, self-regulation of emotional states, constructiveness in resolving internal and external conflicts.

The necessity to form the psychological qualities of teenagers is established to provide: stress tolerance, positive self-attitude, self-esteem, self-confidence, positive thinking, development of adaptive abilities. One must also create a need for self-knowledge, the importance of personal activities, the ability to predict the future.

Key words: psychological self-defense, teenager, adaptation, accentuation, personality, intercourse, anxiety, conflict, coping-behavior, communications, emotion, stress.

Received October 15, 2014

Revised November 17, 2014

Accepted December 06, 2014

УДК 616-059+616-05+159.972

I.A. Коваль

irenekoval@bigmir.net

Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці

Koval I.A. Diagnosis and differential diagnosis of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in general medical practice / I.A. Koval // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 27. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 210–219.

І.А. Коваль. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загально-медичній практиці. В статті проаналізовано дані сучасної літератури, що включають у себе інформацію про симптоми і прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та гострого стресового розладу (ГСР). Досліджено медичні літературні джерела, що містять інформацію щодо особливостей симптомів ПТСР, підходів до діагностики особистостей з психологічними травмами, аналіз травматичних подій і особливості психофізіологічних предикторів, що можуть свідчити про більшу вірогідність розвитку травматичного розладу.

Здійснено порівняння основних симптоматичних проявів ГСР і ПТСР для того, щоб полегшити ранню діагностику й оптимізувати алгоритм лікування, що включає в себе індивідуальний підхід.

Дані про соматичні прояви розладів адаптації враховано при складанні психодіагностичного алгоритму діагностики і при розгляді схем психофармакологічного лікування.

Зроблено висновок, що при виконанні кожного пункту, маючи теоретичну підготовку стосовно диференційної діагностики травматичних розладів (ГСР і ПТСР) та практичні навички щодо психодіагностики, можна забезпечити ранню вірну діагностику розладу. Це дозволяє уникнути гіпо- і гіпердіагностики, своєчасно надати допомогу пацієнту, запобігти тривалості симптомів, що призводять до морфофункціональних змін в органах і системах, а також можливість оптимізувати використання часу на діагностику та фіксацію даних.

Обґрунтовано доцільність подальшого вдосконалення алгоритму, що буде базуватися на нових дослідженнях психосоматичних особливостей стресових розладів та розладів адаптації.

Ключові слова: гострий стресовий розлад (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), диференційна діагностика, адаптація, стрес, дистрес, алгоритм лікування, психічна дезадаптація, травма, предиктор травми.

И.А. Коваль. Диагностика и дифференциальная диагностика острого стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства в общей медицинской практике. В статье проанализированы данные современной литературы, включающие информацию о симптомах и проявлениях посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и острого стрессового расстройства (ОСР). Были исследованы медицинские литературные источники, которые включают информацию об особенностях симптомов ПТСР, подходов к диагностике личности с психологическими травмами, анализ травматических событий и особенностей психологических предикторов, свидетельствующих о большой вероятности развития травматического расстройства.

Проведено сравнение основных симптоматических проявлений ОСР и ПТСР для того, чтобы облегчить раннюю диагностику и оптимизировать алгоритм лечения, включающий в себя индивидуальный подход.

Данные о соматических проявлениях расстройств адаптации были учтены при составлении психодиагностического алгоритма диагностики и при составлении схем психофармакологического лечения.

Сделан вывод, что при исполнении каждого пункта, имея теоретическую подготовку касательно дифференциальной диагностики травматических расстройств (ОТР и ПТСР) и практические навыки психодиагностики, можно обеспечить раннюю и верную диагностику расстройства. Это дает возможность избежать гипо- и гипердиагностики, своевременно оказать помощь пациенту, предотвратить длительную пролонгацию симптомов, приводящих к морфофункциональным изменениям в органах и системах, а также возможность оптимизировать использование времени на диагностику и фиксацию данных.

Обоснована целесообразность дальнейшего усовершенствования алгоритма, который будет базироваться на новых исследованиях психосоматических особенностей стрессовых расстройств и расстройств адаптации.

Ключевые слова: острое травматическое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, дифференциальная диагностика, адаптация, стресс, дистресс, алгоритм лечения, психическая дезадаптация, травма, предиктор травмы.

Постановка проблеми. У наш час наявність значної кількості людей з діагнозом ПТСР у всьому світі та в Україні, зокрема, спонукає до детальнішого дослідження критеріїв даного діагнозу, диференційної діагностики ПТСР з ГСР й іншими психічними розладами. Така необхідність виникає і через наявність впливу цих розладів на соціальні процеси і працездатність; великої кількості матеріалів і досліджень, що не систематизовані і не узгоджені між собою, а подекуди й викликають протиріччя у визначенні факторів розладів і алгоритму діагностики. Тому аналіз і систематизація даних по симптомах і критеріях розладів дає можливість створити дієві засоби і методи профілактики та більш прицільні психосоматотерапевтичні методи лікування ГСР і ПТСР.

Вивчення посттравматичного стрессового розладу і гострого стрессового розладу є актуальним завжди і в будь-якій країні, але особливо актуальним стало для українських лікарів упродовж останнього року.

Аналіз останніх досліджень. Травмуючі події мають найбільший вплив на дітей, особливо дошкільного віку. У статті G. Hornor «Posttraumatic Stress Disorder» [7, с.29–38] наведено дані, що відображають проблеми діагностики впливу психотравми, фактори ризику і коморбідність ПТСР, а також рекомендовані методи лікування. Спеціалісти, що працюють з дітьми і з дорослими з ГСР

або ПТСР, відзначають необхідність ранньої діагностики для визначення подальшої вірної тактики надання допомоги.

Американські психіатри зазначають важливість дифдіагностики з психотичними станами та вплив підготовленості оточення (близького та соціуму) на швидкість одужання пацієнта [4, с.15–16].

На пострадянському просторі вивчення механізму стресу відбувалося паралельно на фізіологічному і психічному рівнях, подекуди велися наукові суперечки щодо визначення механізму первинності процесу: чи патофізіологічна основа ПТСР чи ПТСР викликає патофізіологічні зміни. Сьогодні існують прихильники обох теорій, а також і третьої, що за холістичним принципом вважає обидві складові одним цілим [2, с.115–162].

Щодо питання чи є ПТСР нормальною відповіддю на жахливу подію, немає однозначної відповіді. Тривалий час ПТСР вважали нормальною відповіддю на сильний стресор, який діяв протягом тривалого часу після зникнення стресора [5, с.23]. У більшості осіб, що вижили після жахливих травм, таких як війна, Голокост або тортури, тривалий ПТСР не виникав [6, с.37]. В кількох нещодавно проведених дослідженнях було показано, що ПТСР може розвиватися і після дії слабких стресорів, що часто зустрічаються, наприклад таких як автомобільні аварії, медичні маніпуляції чи інфаркт міокарду [8, с.58–62].

Мета статті – на підставі останніх сучасних даних про ГСР і ПТСР створити алгоритм діагностики цих розладів.

Матеріали дослідження. За міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10), класифікація психічних і поведінкових розладів, розділ F4 (Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади), в якому, підрозділ F43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації»; F43.0 «Гостра реакція на стрес»; F43.1 «Посттравматичний стресовий розлад».

Розлади завжди виникають як прямий наслідок гострого важкого стресу або пролонгованої травми. Стресова подія або тривалі неприємні обставини є первинним і основним причинним фактором, і розлад би не виник без їхнього впливу. В цю категорію внесено реакцію на важкий стрес і розлади адаптації у всіх вікових групах, включаючи дітей і підлітків. Кожен із окремих симптомів, з яких складається гостра реакція на стрес і розлад адаптації, може зустрічатися і при інших розладах, але наявні деякі особливі ознаки в тому, як проявляються ці симптоми, що виправдовує поєднання цих станів в клінічній одиниці. У ПТСР відносно специфічні і характерні клінічні ознаки. Ці розлади можна розглядати

як порушення адаптаційних реакцій на важкий пролонгований стрес, вони перешкоджають дії механізму адаптації, призводять до порушення соціального функціонування [3, с. 145–151].

ПТСР розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. Психічна травма визначається як невідворотна подія, що руйнує існуючі копінг-механізми індивіда.

Виокремлюють сім основних ознак ПТСР:

1. Травма має містити загрозу для життя й індивід повинен реагувати на неї інтенсивним страхом, відчуттям беззахисності і жахом. Індивід може або переживати особисто, або бути свідком травмуючої події.

2. Травма переживається повторно в таких варіантах:

- Часті нав'язливі спогади про подію (пацієнт скаржиться, що він не може припинити думати про травму).
- Часті нічні жахи, що стосуються даної події.

3. Індивід діє або почуває себе так, наче подія повторюється, наприклад флеш-беки.

4. Уникає будь-яких нагадувань про подію:

- Уникнення розмов, місць, людей та подій, що нагадують про подію.
- Відчуття відокремленості від оточуючих, емоційного обмеження або почуття вкороченого майбутнього.

5. Пацієнт відчуває стійке й інтенсивне автономне збудження, яке містить неадекватну настороженість і неадекватну реакцію наляканості.

6. Симптоми повинні тривати більше ніж 1 місяць.

7. Симптоми повинні викликати виражений дистрес і порушення основних сфер людської життєдіяльності.

Психофізіологія ПТСР полягає в тому, що ПТСР є соматичним переживанням. Вкрай інтенсивні слухові, зорові, тактильні та смакові стимули, що діють одночасно, першочергово можуть викликати порушення здатності мозку інтегрувати їх в змістовне переживання, тобто, побудова історії травми, яка б інтегрувала травму і «Я» та поєднувала травму з попередньою структурою. Зазвичай беруть участь всі прошарки мозку: стовбур-гіпоталамус, лімбічна система і неокортекс. Важливо, що нейрони здатні до безперервної фізичної зміни [1, с.9].

Існують, як мінімум, чотири психобіологічні відхилення при ПТСР:

1. Психобіологічні ефекти:

- надмірні вегетативні реакції на стимули, що нагадують про травму;

- надмірне збудження у відповідь на сильний, але нейтральний стимул (втрата здатності розмежовувати стимули).
2. **Нейрогормональні ефекти:**
- підвищення рівня катехоламінів (норадреналін);
 - зниження рівня глюкокортикоїдів;
 - зниження серотонінергічної активності;
 - посилена опіодна відповідь на стимули, що нагадують про травму.
3. **Нейроанатомічні ефекти:**
- зменшення об'єму гіпокампу;
 - активація мигдалевидного тіла (яке бере участь в оцінці емоційного значення отриманих стимулів) і кори зорової ділянки правої півкулі під час флеш-беків;
 - зниження активності поля Брока під час флеш-беків (можливо, це пояснює, чому пацієнтам з ПТСР важко висловитися про переживання);
 - виражена правопівкульна асиметрія.

Існують підтипи ПТСР: гострий (протікає 1-3 місяці); хронічні – симптоми ПТСР наявні більше 3 місяців; з затриманим початком – симптоми з'являються через 6 місяців після травми.

ГСР починається в перші хвилини отримання травми, триває не більше трьох діб (зі зменшенням інтенсивності симптомів до чотирьох тижнів); проявляється гострими афективними реакціями (дезорієнтація або ажитація, гнів, жах, агресія і аутоагресія, психоз, суїцидальні спроби, заперечення події – може бути схожим на «гнівну» депресію).

На підставі цього можна провести диференційну діагностику ПТСР з гострим травматичним розладом, або гострим стресовим розладом (ГСР).

Таблиця 1

Різниця між особливостями прояву ПТСР і ГСР

Гострий стресовий розлад (ГСР)	Посттравматичний стресовий розлад ПТСР
Починається з перших хвилин отримання травми Триває не довше 4 тижнів	Починається через місяць після травматизації і може тривати довше, ніж півроку
Наявність ГСР є тимчасовим зривом адаптаційних систем організму і не обов'язково переходить у ПТСР	Виникнення ПТСР обумовлено предикторами (порушення регуляції між симпатичною та парасимпатичною нервовими системами, що наявні до травми; психологічна схильність до сприйняття стресу як нестерпного відчуття)

ГСР може поєднуватись з реакцією гострого горя; у ГСР включають кризовий стан, гостру кризову реакцію, бойову втому та психічний шок.	ПТСР виникає за наявності постійного, постійно повторюваного переживання травматичної події; включається травматичний невроз.
Лікування ГСР медикаментозне, з психотерапевтичним супроводом	В лікуванні ПТСР більше значення має психотерапія, яку підтримують психофармакотерапією

Для впевненості в діагнозі необхідно провести диференційний діагноз ПТСР з іншими розладами адаптації, або схожими на них розладами.

1. Розлад адаптації. Стресор буває різної важкості. Діагностують, якщо критеріїв для встановлення діагнозу ПТСР недостатньо і стрес не є екстремальним, а симптоми пацієнта включені в критерії ПТСР.

2. Обсесивно-компульсивний розлад. Рекурентні, нав'язливі думки переживаються як невчасні і не пов'язані з конкретною травмою.

3. Флеш-беки при ПТСР слід відрізнити від ілюзій і галюцинацій при психотичних розладах: шизофренії, розладі настрою з психотичними рисами, інших психотичних розладах, делірії, розладах, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами, і психотичних розладах внаслідок основного соматичного захворювання.

4. Гострий стресовий розлад триває не довше, ніж 4 тижні і починається в перші хвилини після отримання травми.

Наступний крок – визначення факторів, що призвели до розвитку ПТСР, адже ретельний збір анамнезу незамінний у діагностиці.

На підвищену чутливість (сприйняття) до ПТСР впливають генетичні, біологічні фактори і вплив навколишнього середовища. Наприклад, наявність психічних розладів, особливо алкоголізму, в сімейному анамнезі; пережите насильство в дитинстві; раннє розлучення з батьками; бідність батьків; низький рівень освіти.

Наступний фактор – вік, діти більш схильні до впливу травми.

Значення стресора проявляється в тому, що ризик ПТСР, як правило, зростає при більш інтенсивній і небезпечній травмі (сильне пошкодження або смерть), збільшенні тривалості травматизації і повторення травми.

Впливає на виникнення ПТСР та на його інтенсивність відсутність підготовки до травмуючої події та досвіду реагування на неї.

Вірогідність розвитку ПТСР корелює з відповіддю індивіда на травму або перитравматичною відповіддю. Провісники роз-

витку ПТСР: дисоціація, капітуляція, дезорганізація, ажитація та виражені тривога і паніка, а також копінг-стилі, що є передумовою розвитку ПТСР. У пацієнта, який володіє успішними копінг-механізмами, такими як дії зі зменшення впливу стресора, вірогідність розвитку ПТСР менша.

Більшість поведінкових і когнітивних процесів жертви, що виникли після травми, є адаптивними; чим вища здатність пацієнта до засвоєння й інтеграції травми у свій досвід, тим менша вірогідність розвитку ПТСР.

Пацієнт з ПТСР перебуває у стані постійного перезбудження вегетативної нервової системи. Мозок і тіло посиляють сигнал, в якому констатують наявність небезпеки.

Відчуття беззахисності заміщується почуттям провини. Краще почувати себе відповідальним і контролювати ситуацію (навіть помилково), ніж бути беззахисним. При важких травмах зазвичай відзначають почуття приниження і меншовартості. Самооцінка жертви знижується. Це викликає почуття сорому, що є досить вираженим і може відділятися від усвідомлення.

Жертви травми розробляють особисту теорію щодо себе, світу і своїх взаємин із ним. В межах створеної реальності вони дотримуються своїх установок. Якщо травма не може інтегруватися в попередній досвід – відчувають сильну тривогу. Синдром стресової відповіді може бути зруйнованою основною уявою (установкою) про себе і навколишній світ.

Висновки і перспективи подальших досліджень. На підставі аналізу попередніх матеріалів дослідження можна скласти алгоритм діагностики ГСР і ПТСР.

1. З'ясування наявності реальної психотравмуючої події, її інтенсивності і давності.

2. Проведення диференційного діагнозу з психотичними станами з урахуванням психологічного і соматичного анамнезу, коморбідних захворювань, наявності травми та її характеру, особистісних особливостей – як можливими предикторами виникнення розладу.

3. На підставі давності появи симптомів розладу встановлення діагнозу.

4. Проведення психодіагностичного дослідження особистості з використанням стандартизованих, валідних, надійних методик для визначення психоемоційного статусу особистості. Наприклад, опитувальник Спілберга-Ханіна на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності, мультифункціональний опитувальник ММРІ).

5. На підставі ключових факторів особистості, ступеня давності і важкості травми вибір психотерапевтичного підходу до лікування пацієнта з ПТСР.

Отже, при виконанні кожного пункту, маючи теоретичну підготовку щодо дифдіагностики травматичних розладів та практичні навички психодіагностики, можна забезпечити ранню вірну діагностику розладу. Це дозволяє уникнути гіпо- і гіпердіагностики, своєчасно надати допомогу пацієнту, запобігти довготривалості симптомів, що призводять до морфофункціональних змін в органах і системах.

При дотриманні алгоритму діагностики також можна скоротити час, необхідний на збір анамнезу, постановку діагнозу та призначення лікування.

Зазначений алгоритм допоможе знизити психосоматичну травматизацію у пацієнтів, що перенесли інтенсивну травмуючу подію.

Список використаних джерел

1. Игрунова К.Н. Психофизиологический механизм стресса / К.Н. Игрунова // Таврический медико-биологический вестник. – 2004. – С. 8–16.
2. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – Москва : Наука, 1981. – С. 115–162.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. – Киев : Сфера, 2005. – С. 145–151.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. – Washington, DC. – 1994.
5. Chu J.A: Rebuilding Shattered Lives : The Responsible Treatment of Complex Posttraumatic and Dissociative Disorders. – New York, John Wiley & Sons. Inc., 1998.
6. Herman J.L. Trauma and Recovery. – New York : Harper-Collins, 1992.
7. Hornor G. Posttraumatic Stress Disorder: Journal of Pediatric Health Care. – 2013. – 27 (3). – S. e29-e38
8. van der Kolk B.A. The body keeps score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. – New York, The Guilford Press, 1996.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Igrunova K.N. Psihofiziologicheskij mehanizm stressa / K.N. Igrunova // Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik. – 2004. – S. 8–16.

2. Meerson F.Z. Adaptacija, stress i profilaktika / F.Z. Meerson. – Moskva : Nauka, 1981. – S. 115–162.
3. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. – Kiev : Sfera, 2005. – S. 145–151.

I.A. Koval. Diagnosis and differential diagnosis of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in general medical practice. The article analyzes the recent literature data, which include information about the symptoms and signs of PTSD and ASD. There has been studied medical literature containing information about the features of PTSD symptoms, approaches to the diagnosis of individuals with psychological trauma, analysis of traumatic events and features of psychophysiological predictors that may indicate a greater truth of traumatic disorder development.

There has been made the comparison between major symptomatic manifestations of ASD and PTSD, in order to facilitate early diagnosis and optimize treatment algorithm that includes individual approach.

Data on the physical manifestations of adjustment disorder were taken into account in the preparation of psychodiagnostic diagnosis algorithm when considering schemes of psychopharmacological treatment.

The experience with posttraumatic stress disorder with somatic origin is indicated.

The intense auditory, visual, tactile and gustatory stimuli are explained acting simultaneously disrupt the brain's ability to integrate them into meaningful experiences.

It is concluded that under each item, with theoretical training on differential diagnosis of traumatic disorders (ASD and PTSD) and practical skills for psychological diagnostics one can provide early diagnosis of true disorder. This allows you to avoid hypo- and hyper diagnosis in a timely manner to help a patient avoid enduring symptoms that lead to morphological changes in organs and systems, as well as possibility to optimize the use of time for diagnosis and holding data.

The expediency of further improvement of the algorithm is based on new research features of psychosomatic stress disorder and adjustment disorder.

Key words: acute stress disorder (ASD), post-traumatic stress disorder (PTSD), differential diagnosis, adaptation, stress, distress, algorithm of treatment, exclusion (psychological maladjustment), trauma, predictor of trauma.

Received October 15, 2014
Revised November 09, 2014
Accepted December 08, 2014