

## Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд

У статті розкриваються основні причини виникнення посттравматичного стресового розладу, його епідеміологія, фази протікання, симптоми, теоретичні передумови вчення про ПТСР та даються діагностичні критерії відповідно міжнародної класифікації хвороб (МКХ)-10.

Автором проведено історичний огляд вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу, особлива увага приділена впливу військового стресу на особистість і його наслідки.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, травматичний невроз, стрес, травматичні події.

В статье раскрываются основные причины возникновения посттравматического стрессового расстройства, его эпидемиология, фазы протекания, симптомы, теоретические предпосылки учения о ПТСР и даются диагностические критерии в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ)-10.

Автором проведен исторический обзор изучения проблемы посттравматического стрессового расстройства, особое внимание уделено влиянию военного стресса на личность и его последствия.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, травматический невроз, стресс, травматические события.

В останні десятиліття у всьому світі спостерігається ріст кількості різних катастроф, конфліктів у суспільстві й мікросоціумі. Ця ситуація характеризується екстремальним впливом на психіку людини. Виникаючі в подальшому психічні розлади іноді значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію потерпілих і відповідно знижують їхню трудову активність.

Найбільш частою формою розладів у жертв екстремальних подій, які важко піддаються лікуванню та корекції й проявляються психологічними, соціальними і соматичними змінами є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Даному питанню в останні роки присвячується все більше наукових досліджень [1; 2; 9; 13].

Термін ПТСР був запропонований М. J. Horowitz, який розробив діагностичні критерії ПТСР, прийняті за основу при складанні американської класифікації хвороб DSM-III (1976—1980). Пізніше ці критерії зазнали деяких змін і в 1995 році були внесені в Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ-

10). За визначенням МКХ-10, ПТСР називається “відстрочена і/або затяжна реакція на стресову подію... (короткочасну або затяжну) виключно загрозуючого або катастрофічного характеру, яка в принципі може викликати дістрес практично у будь-якої людини”.

Термін “розлад” був використаний усвідомлено, оскільки це не хвороба в повному розумінні цього слова: по суті, це – нормальна реакція психіки на ненормальні обставини. На жаль, ці симптоми і поведінкові ознаки в більшості випадків викликають страждання і заважають особистісному функціонуванню потерпілих.

Клінічна типологія і класифікація ПТСР продовжують уточнюватись. У цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, учасників природних і техногенних катастроф, після короткочасного або тривалого екстремального впливу. Важливою характеристикою важкого травматичного стресу є несподіваність, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість впливу. Важливу роль відіграє також уразливість індивідуума до ПТСР (астенічні риси, гіперсенситивність, залежність і ін.) і психологічні аспекти стресу, а саме: значимість події, релігійного та ідеологічного світогляду. Сприятливим фактором може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо соматичне виснаження на фоні порушення стереотипу сну і прийому їжі.

Початок ПТСР виникає вслід за травмою після латентного періоду, який триває від декількох тижнів до 6 місяців. Перебіг хвилеподібний, іноді можна виявити хронічний перебіг на протязі багатьох років і стійку зміну особистості після переживання катастрофи.

Багато людей мають досвід травматичних подій: транспортні аварії, насильства в сім’ї, бойові дії, стихійні лиха, терористичні акти, пожежі і ін.

Деякі дослідники ПТСР вважають (R. Ursano, 1994; Ю.А. Александровский, 2000), що переживання людей, які зазнали впливу різних катастроф, війни, якщо навіть вони не отримали тілесних ушкоджень, безслідно для них не проходять. Через декілька років, після пережитої ситуації, у них розвиваються різні невротичні патохаректорологічні стигми. На їхньому фоні часто формуються патологічні стани (Ch. R. Figley, 1978; J. Wieson, 1978).

Самі звичні форми травм, які викликають посттравматичні порушення – ті, які вводять індивіда у раптову, незвичну фазу безпорадності і надзвичайної небезпеки. ПТСР більш серйозний і триває довше, якщо стрес, викликаний людьми [14, с.90].

Актуальність теми обумовлена тим, що ПТСР розвивається у 50-80% тих, хто переніс важкий стрес. Поширеність ПТСР серед населення коливається від 1% до 12% і досягає 30% серед населення, яке пережило стихійні лиха і катастрофи (McCauley, 1994). Така варіативність, обумовлена як відсутністю єдиного чіткого підходу до визначення діагностичних критеріїв даного розладу, так і особливостями популяції і методів дослідження.

ПТСР часто виникає у учасників бойових дій. У В'єтнамі ПТСР спостерігався у 21-40% випадків (М.Ж. Horowitz, 1976; F.D.Jones, 1995), в Афганістані – у 10-15% всіх не поранених солдатів, а в Чечні (перша кампанія) – у 20-25% і у 30-45% тих, що отримали поранення [7, с.16].

У мирний час питома вага випадків ПТСР серед інших психічних розладів складає від 0,5 до 1,2%.

В 90-і роки ХХ-го століття показники виникнення ПТСР значно виросли. Спеціальні дослідження показали, що симптоми ПТСР у певній кількості осіб з наслідками воєнної травматизації з віком стають усе більш чіткими.

Найвні в літературі дані вказують на те, що схильність до ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, які виникають, як наслідок травми або існували до неї. До числа таких порушень відносяться: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок і спроб; алкогольна або наркозалежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи. Данні свідчать про те, що у 50-100% пацієнтів, які страждають ПТСР, є які-небудь із перерахованих супутніх захворювань, а частіше всього два або більше (Н.В.Тарабрина, 2001).

Серед усіх медичних наслідків бойових дій ПТСР складають від 10 до 50%. Бойові дії накладають помітний відбиток на протікання психічної діяльності і поведінку військовослужбовців. Бойовий стрес, відігравши позитивну роль у збереженні цілісності організму і особистості воїна в екстремальних умовах, виступає причиною наступної дезадаптації учасників бойових подій.

ПТСР турбує людину протягом багатьох років. Так, навіть через 15-19 років після закінчення війни майже в півмільйона ветеранів В'єтнаму залишились прояви ПТСР (15,2%). Аналогічні результати (17%) були отримані при обстеженні учасників бойових дій в Афганістані [4, с.63].

Незважаючи на те, що далеко не всі аспекти ПТСР вивчені, на сьогоднішній день не викликає сумніву той факт, що будь-яка екстремальна ситуація може стати причиною виникнення психічних розладів, а саме – ПТСР, практично в кожній людині.

Враховуючи великомасштабність катастроф, стихійних лих, війн – ПТСР може розвинутиись одночасно у великої кількості людей, що потребує належного рівня організації кваліфікованої допомоги.

Синдром, подібний до того, який зараз називають ПТСР, був помічений у військових під час Громадянської війни (1861-1865) у Сполучених Штатах Америки. Перші дослідницькі роботи були присвячені саме військовому стресу (Хартшорн, 1864; Берд, 1869; Да Коста, 1871). Психічні розлади в той час розглядались як прояви “ностальгії”, що вважалось різновидом “меланхолії” або “слабо вираженим психозом” внаслідок розчарування, незадоволення й нудьги за домом (А.Ж.Гласс, 1966).

Початок учення про травматичний невроз припадає на кінець 18-го століття. У цей час в Англії і Німеччині починається науково-технічна революція, механізація виробництва, що спричинило і ріст нещасних випадків. В 1866 році англійський хірург Еріксон описує “струс спинного мозку, нервовий шок і інші невияснені ушкодження нервової системи”. Він пов’язував психічні розлади, які виникають при катастрофах змінами в мозкових оболонках і речовині спинного і головного мозку.

Німецький психіатр Мелі (1881) походження “травматичного психозу” пояснював впливом психічного фактора, душевного збудження, переляком. Його ідеї підтвердили американські лікарі Уїлкс, Уолтом і Петнем, які підтримали ідею функціональної, істеричної природи травматичного неврозу.

Шарко (1884) вважав основною причиною “травматичного неврозу” емоцію і шок. В 1889 році німецький невролог Оппенгейм випустив монографію “Травматичні неврози”, в якій розглянув патогенез травматичного неврозу.

Перелік симптомів, які належать до ПТСР, зустрічається в роботах німецьких психіатрів на початку ХХ-го століття (Брунс, 1901; Штірлін, 1901; Оппенгейм, 1923).

Під час російсько-японської війни 1904-1905 р.р. М.О. Шейкович і С.А. Суханов звернули увагу на особливу групу психогенних розладів, у структурі яких відобразились напружені події військового часу. В 1910 році вийшла монографія Л.Станіловського “Травматичні неврози”.

У Росії проблемою травматичних неврозів почали займатися в Першу світову війну і Громадянську війну (С.Крайц, П.Ганушкін, І.Бехтерев). Після Другої світової війни – В.Гіляровський і Є.Краснушкін.

На початку, вивченням “травматичних” розладів займались переважно військові психіатри, які досліджували емоційні реакції

учасників військових дій. Військовий невроз у різних авторів отримав різні назви. ПТСР називали: “солдатським серцем”, “тривожним серцем” через наявність вегетативних симптомів зі сторони серця, “тривожним неврозом”, “травматичним неврозом”. Da Costa у своїй роботі “Про схвильоване серце” в 1871 р. описує цих солдатів. Під час першої світової війни синдром був названий “шоком від снарядів” і була висловлена думка про те, що він спостерігається внаслідок травми, яка зумовлена вибухом снаряду. Пізніше посттравматичний стрес спостерігався в нацистських концентраційних таборах і в тих, хто пережив атомне бомбардування в Хіросімі і Нагасакі. У всіх випадках поява патологічних симптомів корелювала з важкістю стресу. Найбільш важкі стреси (у концентраційних таборах) викликали появу синдрому більш ніж у 75% жертв.

Цікаві дані приводились ще в 1915 році С.А. Сухановим у роботі “Психоневрози воєнного часу”. Автор виділяє два види травматичного психоневрозу. До першого виду він відносить ті форми при яких у клінічній картині переважають наслідки стресу центральної нервової системи з якимось ушкодженнями периферичних відділів органів відчуття. Другий вид – це психогенна форма, яка маскується під видом травматичної істерії.

До Першої світової війни вважалося, що травматичний невроз є, по-перше, наслідком поганої дисципліни і боягузтва, а по-друге, органічних порушень головного мозку. Інтерес до біологічної природи військового стресу, а саме органічних порушень у діяльності нервової системи, з часом посилювався і залишається одним із центральних.

У період першої світової війни, згідно з даними К. Jaspers, після повітряних атак англійської авіації в психіатричні клініки Берліна потрапляли люди, які страждали страхами і безсонням. При поганій погоді, непридатній для польотів ці розлади припинялись.

Уже в ранніх роботах відмічалось, що військовий стрес має хронічну причину і тенденцію до поступового прогресування. Це підтверджується дослідженнями з вивченням осіб з наслідками військової травматизації, які вказують на те, що симптоми ПТСР із віком посилюються. До того ж ПТСР може проявитись як упродовж одного місяця після травми, так і через 30-40 років після травми.

Основна інформація по військовому неврозу була зібрана і сформульована Абрахам Кардінером (1941). Провівши дослідження на ветеранах Першої Світової війни – він встановив, що військовий стрес – це фізіоневроз. А. Кардінер вказав на те, що фізіоневроз

включає як фізіологічні, так і психологічні розлади. Він одним із перших виявив дисоціативні епізоди, які назвав “комплексом епілептичних симптомів” (epileptic symptom complex), і на, його думку, вони є причиною деяких функціональних розладів мозку.

В 1947 році А. Кардінер уперше дав всебічний клінічний опис стресових реакцій, зумовлених участю в бойових діях і виділив симптоми, властиві цьому розладу:

- збудливість і дратівливість;
- безупинний тип реагування на раптові подразники;
- фіксація на обставинах травмуючої події;
- відхід від реальності;
- схильність до некерованих, агресивних реакцій.

Значним поштовхом до розвитку інтересу щодо вивчення ПТСР послужила війна у В’єтнамі. Після в’єтнамської війни американські психологи і психіатри виявили, що для ветеранів війни характерні психічні розлади, раніше не описані в психологічній літературі. Тоді ці розлади отримали назву “в’єтнамський синдром” (P.S.Bourne, 1970; M.D. Blum, 1984; J.I. Escobar., 1983; J.M.Allen, 1986). Приблизно у 25% учасників бойових дій у В’єтнамі, під впливом психічної травми, відбулись зміни особистості. За даними статистики, на початку 1990 років біля 100 тисяч в’єтнамських ветеранів здійснили самогубства, а біля 40 тисяч ведуть замкнутий спосіб життя. Серед них спостерігається високий рівень актів насильства, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних контактів. Пізніше виявили подібні розлади і при інших травматичних подіях.

У 80-х роках минулого століття вивчення ПТСР стало ще більш широким. В цей час з’являються роботи Н.Кристал (1986) про масові травми, А.Егендорфа із співавторами, які провели порівняльний аналіз особливостей адаптаційного процесу у в’єтнамських ветеранів і їх невоюювших ровесників і Г.Боуландера із співавторами присвячені особливостям (відстроченої) віддаленої реакції на стрес. Роботи Егендорфа лягли в основу критеріїв діагностики ПТСР.

З 1980-х рр. значна увага почала приділятися розробці інструментів для оцінки ПТСР. Кін і ін. в роботі з ветеранами в’єтнамської війни розробили методики психометричної і психофізіологічної оцінки. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній монографії “Травма і її слід” (С.Р.Фіглей, 1986), в якій приводяться особливості розвитку ПТСР військової етіології, жертв геноциду і насильств над особистістю.

У нашій країні психічні розлади при надзвичайних станах особливо інтенсивно почали вивчатись після Чорнобильської

катастрофи. Цьому питанню присвячена значна кількість наукових досліджень [3; 7; 8; 10].

Значна увага приділялась аналізу нервово-психічних і психоневрологічних розладів і встановлено, що в тих, хто знаходився в зоні з підвищеною радіацією, психічна дезадаптація виникала через психологічні травми, а не під впливом іонізуючого випромінювання [3, с.8].

Вивчались також питання клінічної характеристики психічних порушень населення, яке проживає в зоні радіаційного забруднення та психічним особливостям посттравматичних стресових станів у ліквідаторів аварії на ЧАЕС [5; 11].

У кінці ХХ століття з'явилося багато робіт, присвячених вивченню проблеми тероризму (Е.Г.Ляхов, 2000; П.П.Баранов, 2000).

Війна у Перській затоці породила “синдром Перської затоки”, або “синдром війни в затоці”. Її особливості полягають у тому, що військові дії відбувались в складних умовах і з використанням нових видів зброї (Shumacher H.Ralph., 1998).

Теоретичні передумови вчення про ПТСР базуються в першу чергу на роботах Г.Сельє про загальний адаптаційний синдром, на теорії когнітивного дисонансу Л. Фестінгера, на моделі М.Ж. Норовітца (1975).

Зміст теорії Г. Сельє розкривається в чотирьох основних положеннях.

1. Усі біологічні організми наділені вродженими механізмами підтримки рівноваги функціонування своїх систем. Підтримка стану внутрішнього балансу є життєво важливим завданням організму.

2. Сильні зовнішні подразники, або стресори, порушують внутрішню рівновагу. На будь-який вплив, позитивний або негативний, організм реагує специфічним фізіологічним збудженням. Ця реакція має пристосувально-захисний характер.

3. Розвиток і пристосування до такої адаптаційної реакції відбувається в декілька стадій. Час перебігу й переходу на кожну стадію залежить від рівня стійкості організму, інтенсивності й тривалості дії стресора.

4. Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей попередження і подолання стресу – їх виснаження може призвести до захворювання й смерті.

М.Ж.Норовітц (1985) описав фази ПТСР.

1. Відчаю – гостра тривога без ясного усвідомлення значимості того, що відбулось.

2. Заперечування – безсоння, амнезія, оціпеніння, соматичні симптоми.

3. Нав'язливість – вибухові реакції, емоційна лабільність, хронічний стан гіперзбудливості з порушенням сну.

4. Аналізування розуміння причин травми і горя.

5. Завершення – нові плани на майбутнє.

У МКХ-10 визначені такі діагностичні критерії ПТСТР:

А. Хворий має піддатися впливу стресорної події або ситуації виключно загрожуючого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дістрес майже в кожного індивіда.

Б. Стійке згадування, або “оживлення”, стресора у нав'язливих ремінесценціях, яскравих споминах або частих снах, або повторне переживання горя впливу ситуацій, які нагадують, або асоціюють зі стресором.

В. Хворий має виявити фактичне уникнення або бажання уникнути обставини, які нагадують або асоціюють зі стресором.

Г. Будь-яке із двох:

1. Психогенна амнезія, часткова або повна по відношенню до важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (яких до дії стресора на було), представлені будь-якими двома з наступних:

а) утруднене засипання або збереження сну;

б) дратівливість або спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня бадьорості;

д) посилений рефлекс чотиригорбкового тіла.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом 6 місяців стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

Проблема медико-психологічних наслідків катастроф, стихійних лих, надзвичайних ситуацій, війн, актів насильства, тероризму, характерних для другої половини ХХ і початку ХХІ століття, викликають серйозну заклопотаність учених, внаслідок збільшення їх частоти та негативного впливу на здоров'я населення в цілому. Саме тому про ПТСТР говорять усе більше, з'являються все нові і нові роботи з даної проблеми.

#### **Список використаних джерел**

1. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний / Ю.А.Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2005. – №1. – С. 4-12.



2. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / З.И.Кекелидзе, А.А.Портнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т.102. – №12. – С.56-62.
3. Краснов В. Н., Юркий М. М., Войцех В. Ф. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / В.Н.Краснов, М.М.Юркий, В.Ф.Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – №1. – С. 5-10.
4. Лазебная О.Е., Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О.Е.Лазебная, М.Е.Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – Т.20. – №5. – С. 63.
5. Лакошина Я.Д., Сергеев И.И., Воскресенский Б.А. и др. Клиническая характеристика психических нарушений у населения, проживающего в зоне радиационного заражения / Я.Д.Лакошина, И.И.Сергеев, Б.А.Воскресенский // Журн. невропатол. и психиатр. – 1992. – Т. 12. – № 5. – С. 69-71.
6. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования последствий локальных военных конфликтов / А.Г.Маклаков, С.В.Чермянин, Е.Б. Шустов // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19. – №2. – С. 15-25.
7. Моляко В.А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы. / В.А.Моляко // Психол. журн. – 1992. – Т. 13. – № 1. – С. 135-147.
8. Смирнов Ю. Н., Пескин А.В. Состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (аналитический обзор) // Чернобыльский след: медико-психологические последствия радиационного воздействия. / Ю.Н.Смирнов, А.В.Пескин. – М.: МГП “Вотум”, 1992. – С. 39-65.
9. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы. / Н.В.Тарабрина, Е.О.Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13.- №2. – С.14-26.
10. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Петрухин Е. В. и др. Посттравматические стрессовые нарушения у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС / Н.В.Тарабрина, Е.О.Лазебная, Е.В.Петрухин // Чернобыльский след: Медико-психологические последствия радиационного воздействия. – М., 1992. – С. 192-237.
11. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / Н.В.Тарабрина,

- Е.О.Лазебная, М.Е.Зеленова // Психол. журн. – 1994. – Т. 15. – № 5. – С. 67-70.
12. Тарабрина Н. В. Психологические последствия вынужденной миграции / Н.В.Тарабрина, В.А.Агарков, М.Г.Хаскельберг // Материалы V Международной конференции “Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф”. – Минск, Республика Беларусь, 1998. – С. 182.
13. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
14. Ivan Ulric. Uber PTSD und Gruppen-psychotherapie mit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung. // Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Furderverein Gruppentherapie e.v.Munster: 2000. – pp.87-109.

The article describes the most common causes of PTSD, its epidemiology, phase flow, symptoms, theoretical premises doctrine of PTSD and its diagnostic criteria are given according of International classification of illnesses (ICI)-10.

The author of an historical overview of learning problems PTSD, with special attention given to the impact of stress on military identity and its implications.

**Keywords:** posttraumatic stress disorder, traumatic neurosis, stress, traumatic events.

*Отримано: 1.02.2011*

**УДК 37.016:81-028.31:159.923.2**

*С.А. Михальська*

## **ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМУНІКАТИВНО- МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ДОШКІЛЬНИКА**

Комунікативно-мовленнева складова є важливою характеристикою особистості, оскільки визначає специфіку особистості через реалізацію та включення дитини в суспільні відносини. Особистість – виражений феномен, що проявляється під час спілкування з оточуючими людьми.