

УДК 159.9

DOI: 10.15421/102909

**Ткаченко Н. В.,**

кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної та соціальної психології  
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара  
ORCID ID: 0000-0001-5232-4339  
tkachenko\_n.v@ukr.net

**Алещенко О. В.,**

аспірантка кафедри загальної та соціальної психології  
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара  
ORCID ID: 0000-0003-5274-5433  
rusina.olga@gmail.com

## ОСНОВНІ СИМПТОМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

## THE MAIN SYMPTOMS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

**Анотація:** Причинами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можуть бути: особисте спустошення, викликане смертю близької людини, домашнім або сексуальним насильством, катастрофічними ситуаціями, небезпечними для життя нещасними випадками, фізичними травмами та інвалідністю. У деяких людей ПТСР може виникнути, навіть якщо вони не були безпосередньо залучені, а просто стали свідками серйозної травматичної ситуації. ПТСР характеризується трьома групами симптомів: постійним повторенням події, що спричинила травму; спробами уникати стимулів, які нагадують про травму; підвищеною вегетативною активністю, включаючи підвищену реакцію страху (стартл-рефлекс); і раптовим болісним зануренням у минуле, коли людина знову і знову переживає події так, ніби вони щойно сталися (флешбеки). Стійкі переживання можуть також проявлятися у вигляді неприємних спогадів, важких снів, підвищеної фізіологічної, психологічної та емоційної реакції на подразники, так чи інакше пов'язані з подіями, що спричинили психологічну травму. Посттравматичний стресовий розлад також характеризується старечим станом: зниженням пам'яті на події, пов'язані з травмою, притупленням емоцій, почуттям безсилля і відчаю. Також спостерігається погіршення інстинкту самозбереження, що характеризується постійним підвищенням внутрішнього психоемоційного напруження для того, щоб постійно підтримувати механізм фільтрації зовнішніх подразників, щоб не пропустити стимули, які закарбувалися у свідомості як ознаки небезпеки. Посттравматичний стресовий розлад впливає не лише на психологічний стан, а й на фізичний. Підвищується кров'яний тиск, з'являються або загострюються психосоматичні захворювання, такі як виразка шлунку, бронхіальна астма та інші. Жінки страждають від різних порушень менструального циклу та викиднів на початку вагітності, а чоловіки відчувають падіння лібідо та проблеми з енергією. Однією з особливостей посттравматичного стресового розладу є те, що він може виникнути через деякий час після ситуації, яка спричинила травму, і є нешкідливою фазою; ступінь вираженості симптомів залежить в основному від тривалості латентного періоду і стадії хвороби.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, симптоми, флешбеки, уникнення, стартл-рефлекс, безсоння, інстинкт самозбереження.

**Abstract:** The causes of PTSD can be: experiencing a personal disaster caused by the death of a loved one, domestic violence or sexual violence, catastrophic situations, accidents that could lead to death, physical trauma and crippling. In some individuals, post-traumatic stress disorder can occur

even when the person did not directly participate, but was only a witness to a severe traumatic situation. Post-traumatic stress disorder is characterized by three groups of symptoms: constant experience of the event that caused the injury, attempts to avoid stimuli that remind of psychological trauma, increased vegetative activity, including an increased reaction of fright (startl-reflex), sudden painful immersion in the past, when a person experiences events again and again as if they had occurred only now (“flashbacks”). Constant experiences can also manifest themselves in the form of unpleasant memories, difficult dreams, increased physiological, psychological and emotional reactions to stimuli that are in one way or another associated with events that caused psychological trauma. In addition, with PTSD, there is anhedonia, a decrease in memory of events associated with trauma, dulling of affect, a feeling of derealization and hopelessness. There is also an aggravation of the instinct of self-preservation, for which a constant increase in internal psycho-emotional stress is typical to constantly maintain a mechanism for filtering external stimuli, so as not to “miss” the stimuli imprinted in the mind as signs of an extraordinary event. With PTSD, not only psychological, but physical condition worsens. There is an increase in blood pressure, such psychosomatic diseases as peptic ulcer, bronchial asthma and others manifest or worsen. Women have a variety of menstrual disorders, miscarriages in early pregnancy; in men, decreased libido and problems with potency. PTSD is characterized by such features of the course as the possibility of occurrence a certain period of time after the situation that caused the injury, the stage is determined; The degree of manifestation of symptoms, for the most part, depends on the duration of the latent gap, as well as on the stage of the disorder.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, symptoms, flashbacks, avoidance, startl-reflex, insomnia, instinct of self-preservation.

**Вступ.** Здатність протистояти найрізноманітнішим і часом дуже важким подіям закладена в природі людської психіки. Люди можуть адаптуватися і пристосовуватися до змін у своєму житті та навколишньому середовищі, але швидкі зміни, травми і важкі переживання можуть призвести до стійких стресових ситуацій, які в підсумку можуть перерости в патологічний стан – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Нині ПТСР є одним із п'яти основних психічних розладів. За статистикою, приблизно 8 % населення планети протягом життя страждатимуть від тієї чи іншої форми ПТСР. ПТСР – це психічний та поведінковий розлад, який може розвинутися внаслідок впливу травматичної події, такої як: сексуальне насильство, військові дії, дорожньо-транспортні пригоди, жорстоке поводження з дітьми, домашнє насильство або інші загрози для життя людини. Симптоми можуть включати тривожні думки, почуття або сновидіння, пов'язані з подіями, психічний або фізичний дистрес у відповідь на пов'язані з травмою сигнали, спроби уникнути пов'язаних з травмою сигналів, зміни у способі мислення та почуттях людини, а також посилення реакції «бий або тікай». Ці симптоми тривають понад місяць після події [3]. Людина з ПТСР має вищий ризик самогубства та навмисного самоушкодження.

**Мета статті:** теоретично та емпірично дослідити основні симптоми посттравматичного стресового розладу.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження: основні симптоми посттравматичного стресового розладу.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** ПТСР – це психічний розлад, який може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливих або жахливих подій. Багато людей демонструє неабияку стійкість і здатність до відновлення після пережитої травми. ПТСР може виникнути після однієї травматичної події або внаслідок тривалого впливу травми, наприклад сексуального насильства в дитинстві. Прогнозування того, у кого розвинеться ПТСР, є складним завданням (див. рис. 1).

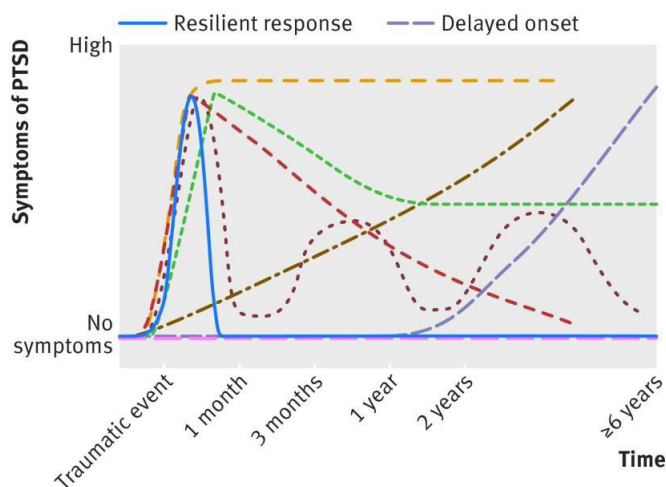


Рис 1. Імовірність виникнення симптомів ПТСР. Джерело [4]

Згідно з критеріями DSM-5 до основних діагностичних критеріїв ПТСР належать:

1. «Симптоми нав'язливості»: повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади; тривожні сновидіння, що весь час повторюються (за змістом та/або пов'язані з афектами); дисоціативна реакція (поведінка або відчуття, що подія повторюється); інтенсивний або тривалий психологічний дистрес та значні фізіологічні реакції у відповідь на сигнали, які можуть бути пов'язані з травматичною подією.

2. Уникнення або намагання уникати тривожних думок чи почуттів, пов'язаних з травмою; уникнення або намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій).

3. Негативні зміни в когнітивній сфері та настрої: нездатність згадати важливий аспект (зазвичай через дисоціативну амнезію); стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших або світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ абсолютно небезпечний»); стійкі викривлені уявлення про причину або наслідки, які призводять до самозвинувачення або звинувачення інших; стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина, сором); помітно знижений інтерес до участі у важливих видах діяльності; почуття відстороненості або відчуженості від інших, стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення, любов).

4. Зміни збудження та реактивності: дратівлива поведінка та спалахи гніву (при незначних провокаціях або без них); безрозсудна або саморуйнівна поведінка; підвищена пильність; перебільшена реакція на переляк; проблеми з концентрацією уваги; порушення сну [3].

У Міжнародній класифікації хвороб 11 (МКХ-11) до цих симптомів додається: стійке сприйняття підвищеної поточної загрози, про що може свідчити підвищена пильність або посилена реакція здригання на подразники, зокрема несподівані звуки; серйозні поширені проблеми з регуляцією афективних реакцій; стійкі переконання у власній неповноцінності, поразці або нікчемності, що супроводжуються глибоким почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаним зі стресором; стійкі труднощі у підтримці стосунків та відчутті близькості з іншими людьми [5].

ПТСР може бути важко діагностувати через суб'єктивний характер більшості діагностичних критеріїв (хоча це справедливо для багатьох психічних розладів); ризик потенціального перебільшення симптомів, наприклад при отриманні допо-

моги з інвалідності або коли ПТСР може бути пом'якшувальною обставиною при винесенні кримінального вироку, можливості приховування симптомів, наприклад через гордість або страх, що діагноз ПТСР може перешкоджати певним можливостям працевлаштування; збіг симптомів з іншими психічними розладами, такими як obsесивно-компульсивний розлад, депресія та генералізований тривожний розлад. Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, які часто спричиняють деякі з тих самих ознак і симптомів, що й ПТСР і можуть підвищувати вразливість до ПТСР або загострювати симптоми ПТСР, або і те, і інше. Також варто пам'ятати про диференційоване вираження симптомів з огляду на культурні особливості (зокрема, щодо симптомів уникнення та оніміння, тривожних сновидінь та соматичних симптомів).

Варто відрізнити гострий стресовий розлад, який триває до чотирьох тижнів, від ПТСР, який може тривати значно довше або виникати через місяці, а інколи й роки після впливу екстремального стресового і/або травматичного фактору. Також необхідно провести диференціальну діагностику з obsесивно-компульсивним розладом, при якому нав'язливі думки та дії не пов'язані з травматичною подією.

В екстремальних випадках тривалої, повторюваної травматизації, коли немає шансів втекти, у постраждалих може розвинутися комплексний ПТСР. Він виникає внаслідок нашарувань травми, а не однієї травматичної події, і містить додаткову симптоматику, таку як втрата цілісного відчуття особистості.

Посттравматичний розлад може призвести до виникнення дисоціативних симптомів. Під терміном «дисоціація» розуміють захисний механізм (або його результат), за допомогою якого узгоджений набір дій, думок, стосунків або емоцій відокремлюється від цілісної психіки особистості та функціонує незалежно. При цьому два або більше психічних процеси можуть співіснувати незалежно один від одного. Одним із результатів дії цього захисного механізму є те, що якщо пацієнт входить у стан дисоціації, у нього знижується больова чутливість. У більшості пацієнтів із ПТСР не спостерігається значних дисоціативних симптомів. За даними досліджень, їх наявність корелює з травматичним дитячим досвідом. Також зазначено, що присутність симптомів дисоціації призводить до вищого ризику суїциду при ПТСР. Дисоціативна амнезія: неможливість згадати будь-яку інформацію за відсутності розладів пам'яті. Дисоціативна fuga (від лат. fuga – втеча), яка виражається у виникненні рухового збудження на тлі сутінкового стану (роздягання, біг та інші подібні активності). Період перебування в сутінковому стані частіше короткий, але може тривати багато годин і зазвичай забувається індивідом. У деяких випадках індивід може покинути своє місце проживання, забути своє минуле життя і вважати себе іншою людиною.

Дереалізація – індивід відчуває те, що відбувається з ним, як щось дивне, надприродне або навіть нереальне. Тривалість цього стану може варіюватися. Він виникає зазвичай у стані інтенсивного стресу і може викликати сильний страх. Під час дереалізації індивід сприймає реальність відсторонено, вона не викликає в нього жодних емоцій. Однак досвід втрати відчуття реальності може бути настільки страшним, що він посилює тривожний стан індивіда. Симптом деперсоналізації схожий на дереалізацію, але стосується не зовнішнього, а внутрішнього світу індивіда. Виражається він у втраті почуття власної ідентичності. Людина пам'ятає про події, які з нею відбувалися, але в неї немає внутрішнього відчуття, що вона брала участь у тому, що відбувається. Іноді їй здається, що вона не існує в реальності або є персонажем фільму. В індивіда може також з'являтися відчуття, що він не контролює свою поведінку і свої висловлювання. У нього може знижуватися тілесна чутливість і емоційний відгук щодо зовнішніх стимулів. Як і дереалізація, цей досвід може бути лякаючим і своєю чергою посилювати відстороненість людини від самої себе.

Багато військовослужбовців потребують медико-психологічної підтримки та реабілітації після повернення із зони бойових дій або повернення до цивільного життя після звільнення зі Збройних сил України. Згідно з даними психічні розлади у учасників збройних конфліктів трапляються у 20–70 % осіб, причому частота психічних розладів утричі–вчетверо вища, ніж у мирний час. Це впливає на функціонування всього організму, особливо внутрішніх органів, і потенційно спричиняє різноманітні захворювання, зокрема захворювання сечовидільної системи. За даними досліджень, проведених у США та Австралії, середня частота ПТСР у осіб, які брали участь у бойових діях, становить 15 %, що визначає очікуваний рівень цього захворювання серед військовослужбовців Збройних сил України. Такі військовослужбовці потребуватимуть медичної та психологічної підтримки і реабілітації. Досвід військових психологів показав, що ПТСР рідко розвивається у людей, які можуть швидко інтегруватися в суспільство через роботу, сім'ю, друзів і захоплення.

ПТСР зазвичай характеризується трьома основними групами симптомів: постійне нагадування про травматичну подію, спроби уникнути стимулів, що нагадують про травму, підвищена вегетативна активність, включно з підвищеною полохливістю (рефлекс лякання), різкий біль, занурення в минуле та повторне переживання події знову й знову, начебто вона щойно сталася (флешбеки). Певні переживання можуть також проявлятися у вигляді неприємних спогадів, важких снів і підвищених фізіологічних, психологічних та емоційних реакцій на стимули, що так чи інакше пов'язані з подією, яка спричинила психологічну травму [1, с. 67].

Крім того, ПТСР характеризується старінням, зниженням пам'яті про події, пов'язані з травмою, емоційним притупленням, дереалізацією і почуттям безнадійності. Також спостерігається загострення інстинкту самозбереження, що призводить до надмірної пильності щодо подразників, схожих із травматичною подією (наприклад, солдат, почувши гучний шум, падає на землю та закриває голову руками, тобто людина падає, щоб вчасно уникнути катастрофи, яку вона пережила або свідком якої стала, тощо). Однак варто зазначити, що «надмірна» реакція або гіперзбудження на психоемоційному чи фізіологічному рівнях може бути спричинена лише стимулами, безпосередньо пов'язаними з подією, що якимось чином спричинила травму, тоді як ознаки інших небезпечних ситуацій спричиняють адекватну увагу та відповідні реакції.

ПТСР проявляється на різних рівнях існування людини (ментальному, емоційному та фізичному). Люди намагаються уникати ситуацій, які навіть віддалено нагадують травму, що суттєво впливає на якість їхнього життя, а також на їхню соціальну та громадську інтеграцію й діяльність. ПТСР асоціюється з підвищенням артеріального тиску, розвитком або загостренням психосоматичних розладів, таких як: бронхіальна астма, виразка шлунку й дванадцятипалої кишки, дискінезія жовчовивідних шляхів і дуже високою частотою різноманітних інфекцій, у тому числі сечостатевої системи. Захворюваність на різні інфекції надзвичайно висока. У жінок виникають проблеми з порушенням менструального циклу і вагітністю, а у чоловіків – проблеми з потенцією. Багато людей з ПТСР також мають відчуття холоду і поколювання в долонях і підшвах ніг, періодичне серцебиття, ламкість нігтів, випадіння волосся тощо.

Протягом 6 місяців обстеження проходили 70 військовослужбовців віком від 20 до 50 років, що мають статус учасника бойових дій і перебували в реабілітаційному відділенні військового шпиталю м. Дніпра. У дослідженні брали участь лише чоловіки. Серед них було 48 офіцерів (69 %) і 22 представники солдатсько-сержантського складу (31 %).

Була розроблена анкета для опитування військовослужбовців, що складалася із таких блоків запитань: паспортний блок; запитання, спрямовані на визначення доступності психологічної допомоги; запитання, спрямовані на визначення рівня довіри до психологів серед військовослужбовців. PCL-5-тест для визначення симптомів посттравматичного стресового розладу. Цей тест являє собою 20 тверджень для самовизначення учасником дослідження 20 симптомів ПТСР згідно з міжнародною класифікацією DSM-5 [3]. PCL-5 має різноманітне призначення, серед яких: моніторинг зміни симптомів під час та після лікування; скринінг осіб на посттравматичний стресовий розлад; постановка попереднього діагнозу ПТСР. До шкал включені чотири домени, що відповідають чотирьом критеріям ПТСР в DSM-5: повторне переживання (критерій В); уникнення (критерій С); негативні зміни у пізнанні та настрої (критерій D); гіперзбудження (критерій Е). Оцінка опрацьовується шляхом складання кількості балів за кожну відповідь. Мінімальний бал – 0, максимальний – 80. Існує два методи встановлення попереднього діагнозу ПТСР. 1. Скорочена оцінка становить 38 і більше для попереднього діагнозу ПТСР. 2. Наявність хоч в одному пункті В (питання 1–5), одному пункті С (питання 6–7), двох пунктах D (питання 8–14), двох пунктах Е (питання 15–20) тверджень, оцінених як 2 – «помірно» або вище, згідно з критеріями DSM-5, дозволяють діагностувати ПТСР. Якщо шкала використовується для відстеження симптомів з плином часу, мінімальна зміна в 10 балів являє собою клінічно вагому зміну.

У 12 (54%) представників солдатсько-сержантського складу та у 14 (30%) офіцерів, які брали участь у бойових діях можна діагностувати ПТСР. Тож варто звернути увагу, що у військовослужбовців солдатсько-сержантського складу посттравматичний стресовий розлад було діагновано більше ніж у половини учасників дослідження, тоді як серед офіцерів ПТСР виявлено лише у 30%. Можливо, така розбіжність у результатах діагностики пов'язана з різним ступенем психологічної підготовки та інформованості солдатів й офіцерів, що передувала відправленню в зону бойових дій, а також особливості несення служби – велика кількість травматичних подій, постійне перебування в умовах дистресу та особистісні якості, такі як низька стресостійкість, нервово-психічна нестійкість. На думку доктора медичних наук, психотерапевта О. С. Чабана: «Не всім потрібно воювати. Психіка деяких людей просто не пристосована для того, щоб винести всі жахіття війни» [2]. Тобто необхідно приділити увагу як первинній, так і вторинній профілактиці ПТСР.

Занепокоєння викликає низький рівень довіри до військових та медичних психологів (більше ніж половина респондентів зазначили, що впораються самостійно, 16% звернеться по допомогу до близьких людей, навіть військовий капелан переважає психолога). Візуально структура готовності до допомоги в психологічному відновленні наведена на рис. 2.

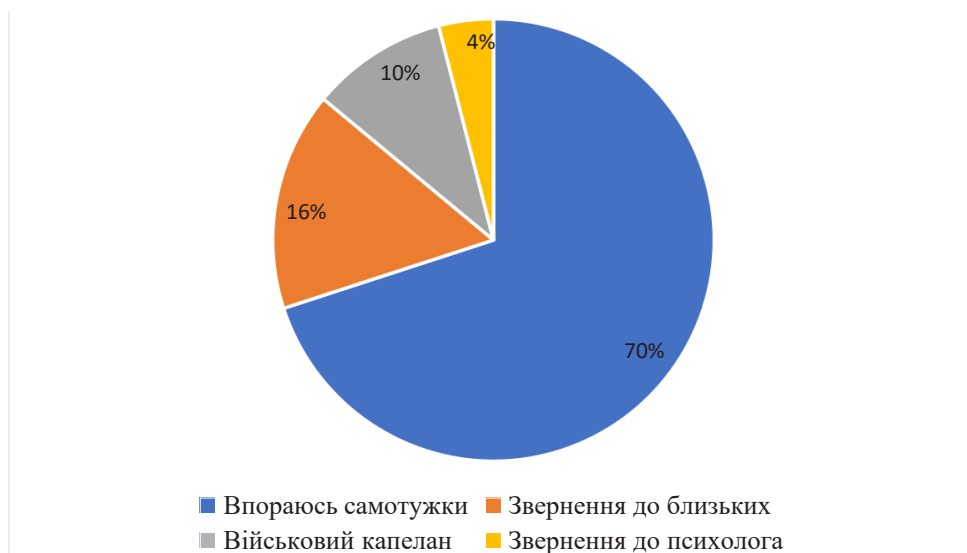


Рис. 2. Готовність учасників бойових дій до психологічної допомоги

Встановлено, що профілактична психологічна робота, на жаль, проводиться недостатньо – жоден з учасників дослідження не отримав психологічну консультацію до відрядження в зону бойових дій. Також жодному з членів родин учасників бойових дій не пропонувалась психологічна допомога, а, як відомо, виникнення психічних розладів після повернення із зони бойових дій значно зменшується, якщо військовослужбовець повертається до родини, яка розуміє особливості психоемоційного стану комбатанта та допомагає швидше інтегруватися в мирне життя. Тож у військовослужбовців солдатсько-сержантського складу ПТСР діагностовано у 54 % учасників дослідження, серед офіцерів ПТСР виявлено у 30 %. Тобто більше ніж третина військовослужбовців не здатні інтегрувати свій досвід у повсякденне життя, перебувають у стані постійної «гіперготовності та надуваги», що своєю чергою суттєво знижує фізичні адаптаційні можливості та імунітет безпосередньо й сприяє збільшенню розвитку інфекційних захворювань та ускладненому їх протіканню.

**Висновки з проведеного дослідження.** ПТСР – це психічний розлад, викликаний жахливою подією, яку людина пережила або стала її свідком. Симптоми можуть включати спогади, нічні кошмари і сильну тривогу, а також неконтрольовані думки про подію. Більшість людей, які пережили травматичні події, можуть мати тимчасові труднощі з адаптацією та подоланням, але з часом за умов належного догляду їм зазвичай стає краще. Якщо симптоми погіршуються, тривають місяцями або навіть роками і заважають повсякденному функціонуванню, можна говорити про ПТСР. Військові конфлікти часто спричиняють таке надмірне напруження, що призводить до ПТСР, і тому посідають важливе місце в дослідженнях психологів, психіатрів, соціологів та інших учених. Дуже важливо зазначити, що виникнення і вираженість симптомів ПТСР за військового неврозу посилюється тим, що комбатанту важко адаптуватися до мирного існування.

#### Література

1. Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014. 267 с.
2. Чабан О. С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия, 2015. № 2 (66).

3. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 271–280.
4. Bisson JJ, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 351: h6161. doi:10.1136/bmj.h6161. PMC 4663500
5. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013;381:1683–5.

#### References

1. Dzeruzhinskaya N. A., Syropyatov O. G. (2014). Post-traumatic stress disorder. Manual for self-training. Kiev: Ukrainian Military Medical Academy, 267 p. [in Ukrainian].
2. Chaban O. S. (2015) Modern trends in the diagnosis and treatment of post- traumatic stress disorder. *NeuroNews: Psychoneurology and Neuropsychiatry*. № 2 (66) [in Ukrainian].
3. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 271–280.
4. Bisson JJ, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP (November 2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 351: h6161. doi:10.1136/bmj.h6161. PMC 4663500
5. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013;381:1683–5.