

М.М. Матяш, д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та рефлексотерапії Київського медичного університету УАНМ;
Л.І. Худенко, асистент кафедри неврології, психіатрії та рефлексотерапії Київського медичного університету УАНМ

Соціально-стресові розлади в структурі «українського синдрому»

В останні десятиліття в нашій країні значно зріс інтерес до вивчення взаємозв'язку суспільного розвитку та психічного здоров'я. Економічна криза, безкінечні реформи системи охорони здоров'я, загострення суспільно-політичної ситуації в країні об'єктивно призводять до погіршення здоров'я населення, насамперед психічного.

Аналіз динаміки психічних розладів населення України за 2004-2016 рр. свідчить про зростання захворюваності на алкоголізм, наркоманію, психосоматичні розлади, тобто тих розладів, виникненню яких сприяють соціально-економічні фактори. Контингент осіб, які страждають на психічні розлади, значною мірою поповнюється за рахунок людей, що постраждали від військових дій, стихійних лих, аварій та катастроф.

Згадуючи «Револьюцію гідності» та враховуючи сьогоднішню ситуацію в Україні, коли вже вичерпалися сподівання про швидке завершення збройного конфлікту між терористичними угрупованнями, загонами сепаратистів, російськими спецпризначенцями з одного боку та регулярними військами України, батальйонами добровольців, частинами національної гвардії з іншого, коли з жахом отримуєш звістки про кількість загиблих, поранених, приходить усвідомлення впливу стрес-факторів збройних конфліктів на фізичне та психічне здоров'я людини. Ейфорія від оманливої перемоги над несправедливістю об'єктивно була реалізована для суспільства анексією Криму та військовим конфліктом на сході України. Соціум охоплений розпадом та розчаруванням і як результат — соціально-економічна криза та нестабільна політична ситуація в країні.

Виснаження здатності надіятися та сподіватися на краще викликає гнітючу напруженість, посилюючи депресивні настрої, призводить до виникнення низки особистісних та міжособистісних конфліктів. Результатом цих дезадаптивних станів є

психопатизація особистості і зростання кількості психосоматичних та соматопсихічних захворювань. Стан здоров'я людини визначається за кількістю та силою існуючих адаптивних резервів. У дезадаптивному стані людина вирізняється специфічністю емоційних реакцій зі схильністю до фрустрації, напруженості, тривоги. Особливо характерні підвищена реактивність з акцентом на самозахисті, схильність до самозвинувачень, унаслідок чого з'являється ризик суїцидів, пошук винного, чим користуються ті, кому вигідне виникнення конфліктних ситуацій, хто, маніпулюючи свідомістю, отримує можливість злочинно керувати руйнівним гнівом людей. Сьогодні держава та органи управління байдужі до людини та її потреб. Економічна та політична культура мислення в більшій частині населення сформована так, щоб викликати залежність від влади, що не передбачає самостійності дій. Безініціативність, залежність від «правителя», пасивність перешкоджають адаптації людини до нових умов. Тим часом сьогодні спостерігається тенденція до зростання матеріально-споживчих потреб. У мас-медіа постійно популяризується статеві свобода, що провокує втрату ідей та ідеалів й ослаблює віру в сімейні цінності, призводить до втрати соціальних зв'язків. Навіть сучасні демократичні свободи, що забезпечують можливість для вираження власної волі, викликають стрес.

Фахівці в усьому світі переконані, що більшість психічних розладів мають поліетіологічний характер, тобто їх формують як внутрішні, так і зовнішні фактори,

серед яких, зокрема, біологічно-конституційний тип особистості, особистісний життєвий досвід, соціальні фактори та етнокультуральні особливості. Оскільки вирішальним у виникненні розладу адаптації (РА) і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є значущість певної події для конкретної особи, а не тільки сила психотравми, слід звернути увагу на ще один важливий аспект. Це тема смерті, яка в останні два роки прийшла в родини багатьох українців. Сьогодні травма (з грецьк. — рана), коли людина стає свідком загибелі тих, хто поруч, а також постає перед загрозою власної смерті, стає

не метафорою, а реальністю. Тому нині особливо важливими є допомога та супровід спеціалістами пацієнтів, які пережили кризові стани. Це учасники бойових дій і свідки терактів, які пережили втрату побратимів та друзів, ті, хто втратив рідних та близьких, а також спеціалісти — медики та психологи з ПТСР, які працюють із пацієнтами, допомагаючи їм подолати кризовий стан.

Мета: дослідити роль соціальних факторів у формуванні та перебігу РА і ПТСР. Дослідити клініко-психопатологічні особливості й патопсихологічні характеристики хворих із РА і ПТСР.



М.М. Матяш

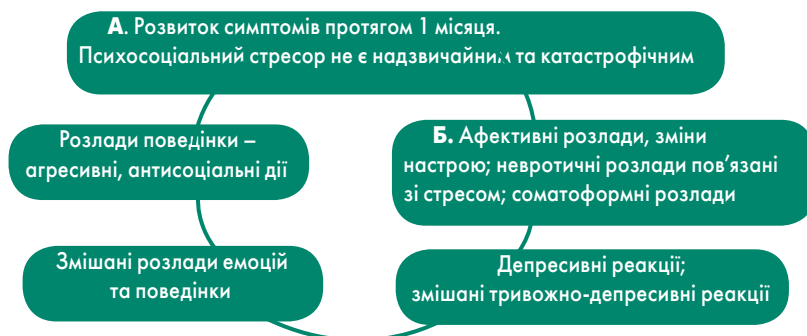


Рис. 1. Діагностичні критерії РА (за МКХ-10)

Таблиця 1. Форми адаптивних розладів		
Аномічна форма	Диссоціальна форма	Масфренічна форма
Проявляється апатією, усамітненням та соціальним відчуженням. Клінічні прояви включають в себе астеничні, тривожні, депресивні та апатоабулічні компоненти	Проявляється у осіб з преморбідною акцентуацією за збудливим та нестійким типом. Стрес активує у них потенціал до агресії. В клініці переважають прояви афективного розладу, зниженого контролю за своєю поведінкою, нетерпимістю до оточуючих	Проявляється розладом мислення в вигляді наявності надцінних ідей містичного ірраціонального змісту

Таблиця 2. Діагностичні критерії ПТСР (за МКХ-10)	
А	Перебування під дією стресового фактору (як короткого, так і тривалого) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати дистрес
Б	Стийкі спогади, ремінісценції, яскраві спогади, сни або повторне переживання горя при дії ситуації, асоційованої зі стресором
В	Наявність факту уникання або прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором
Г	Будь-яке з двох: 1. Психогенна амнезія (часткова або повна) щодо травматичних подій. 2. Стийкі симптоми високої психологічної чутливості та фізичної збудливості: порушення сну, нестримні спалахи гніву, порушення уваги, підвищений рівень активності, підвищений рефлекс четверохолмія

Критерії Б, В, Г виникають упродовж 6 місяців після стресогенної ситуації або наприкінці періоду дії стресу.



Рис. 2. Основні прояви ПТСР (F43.1 за МКХ-10)



Рис. 3. Критерії діагностики ССР



Рис. 4. Основні варіанти ССР

Об’єкт і методи дослідження

Було проведено спостереження за 178 особами, які пережили різні життєво небезпечні ситуації — зазнали фізичного насильства, їм загрожували зброєю, були свідками загибелі когось із найближчого оточення, змушені були виїхати з місць свого проживання, брали участь у бойових діях у складі військових формувань та добровольчих батальйонів. Серед них для подальшого аналізу було відібрано 108 пацієнтів, у яких унаслідок травматичних подій виникли психопатологічні порушення, що згідно з МКХ-10 відповідають критеріям «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) (табл. 3) і «Розлад адаптації» (F43.2) (табл. 1).

В дослідженні взяли участь 108 пацієнтів (81 чоловік та 27 жінок, віком від 21 до 38 років, середній вік 28,1), що проходили лікування в Центрі функціональної неврології Київської обласної клінічної лікарні.

До та після лікування всі пацієнти пройшли клініко-неврологічне дослідження і психологічне тестування. Для оцінки депресії і тривожності було використано низку психодіагностичних методик: шкали Гамільтона (НАМ-Д і НАМ-А), опитувальник депресивності Бека, шкалу вираженості реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкали оцінки самопочуття, активності і настрою (САН), тест якості життя; стан когнітивних функцій визначали за допомогою Mini Mental Scale (MMS).

Результати та їх обговорення

Психічні розлади виникають під впливом соціального стресу — військові дії, терористичні акти, вимушена міграція, соціальна незахищеність, порушення соціальної адаптації у окремих осіб під впливом радикальних суспільних змін. Клінічна картина порушень психічного стану особистості, обумовлених дією соціального стресу, є РА. Діагностичні критерії РА виведені в рисунку 1. Цей стан виникає в період адаптації у відповідно на дію стресогенного фактора, проявляється як дистрес та супроводжується емоційними розладами та змінами в психоемоційному стані особистості.

На жаль, в історії вітчизняної психоневрології і до сьогодні домінують біологічні ідеї та своєрідне, віддалене від соціальних реалій, клінічне мислення, що не в повній мірі створює умови для адекватної роботи з новими контингентами хворих. З точки зору сучасної психології, умовно можна виділити 3 форми адаптивних розладів (табл. 1)

На відміну від РА, який виникає протягом одного місяця після дії стресового фактора і не завжди є надзвичайним для конкретної особистості, ПТСР (згідно з МКХ-10) виникає як віддалена і затяжна реакція на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожної людини. ПТСР має дві особливості — психогенну природу та непереносиму звичайною людиною тяжкість психогенії. Діагностичні критерії ПТСР наведено в таблиці 2, основні варіанти їх проявів — на рисунку 2.

Соціально-психологічна ситуація, що склалася в Україні в останні роки, призвела до зламу суспільної свідомості та зміни життєвих орієнтирів мільйонів людей. Психоемоційне перенапруження та психічна дезадаптація, що виникли в останні роки, по суті є колективною травмою, або соціально-стресовими розладами (ССР). У МКХ-10 їх визначено як «Невротичні,

пов’язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40-F48). Діагностичні критерії ССР, основні варіанти їх проявів наведені на рисунках 3 та 4.

Виникнення і тяжкість перебігу РА і ПТСР, спричинених соціально-стресовими факторами, залежать від особистісних психофізичних базових факторів кожного пацієнта, серед яких: індивідуальний стиль мислення, рівень освіти, попередній травматичний досвід, наявність психофізичної натренованості, соціальний та сімейний статуси, психічні та соматичні захворювання в минулому. Від особистісних базових факторів залежить, як триватиме трансформація переживань та якою буде картина хвороби в кожного пацієнта. Клінічна картина основних психопатологічних симптомів у досліджуваних пацієнтів з РА і ПТСР подана в таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, частіше зустрічались симптоми зниження настрою — всіх пацієнтів. Зниження яскравості емоційних переживань, зниження енергетичного потенціалу, підвищена втомлюваність, зниження фізичної активності, погіршення концентрації уваги, погіршення пам’яті, суїцидальні думки — ці симптоми переважували більше у жінок з РА та у чоловіків з ПТСР. Очікування гіршого майбутнього, симптоми ангедонії — більше у чоловіків з РА та жінок з ПТСР. Порушення сну, ідеї самозвинувачення, зниження самооцінки та впевненості в собі — більше у жінок з РА та ПТСР. Прагнення до усамітнення, сомато-вегетативні розлади частіше зустрічались у чоловіків з РА та ПТСР.

З метою більш валідної оцінки нами було використано батарею уніфікованих психодіагностичних методик. Не тільки для квантифікаційної характеристики, а й для діагностичної оцінки структури депресивних симптомів (табл. 4).

У групі хворих, що страждали на РА і ПТСР за наявної невротичної депресії, шкали для самооцінки і професійні шкали приблизно рівноцінно відобразили середню тяжкість депресії. Шкала Бека відображає насамперед вегетативний компонент, найбільш чутливий для оцінки зміни тривоги. З таблиці видно, що достовірних відмінностей між пацієнтами з РА і ПТСР за рівнем депресії та якістю життя не виявлено. Так само, як і шкала Гамільтона, шкала Спілбергера-Ханіна виявляє тривожність середнього рівня. Показники особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у жінок з ПТСР (51,6%) та в чоловіків з ПТСР (52,4%) були вищі, ніж у жінок з РА (45,5%) та в чоловіків з РА (51,2%). Жінки з РА (45,0%) і ПТСР (41,0-42,0%) мали вищі показники щодо настрою відповідно до шкали САН і когнітивних функцій за MMS — РА (8,1%) і ПТСР (7,9%).

У таблиці 5 подано психопатологічні розлади в пацієнтів з РА та ПТСР. Як бачимо, астеничний синдром переважує у чоловіків з РА (38,5%) і ПТСР (34,2%), тривожно-фобічний синдром — у чоловіків з ПТСР (29,3%) та в жінок з ПТСР (28,0%), істероформний синдром — у жінок з РА (17,1%) та ПТСР (20,0%), депресивний синдром — у чоловіків з РА (23,1%) і ПТСР (24,4%). У жінок депресивний синдром — з РА (24,2%) і ПТСР (24,0%) — трапляється частіше, ніж істероформний

Для астеничного типу ПТСР характерно превалювання симптоматики виснаження нервової системи з вегетативними, сомоторними та афективними дисфункціями, домінування відчуття підвищеної втомлюваності, млявості, зниження розумової діяльності. Фон настрою знижений, виникає почуття втрати задоволення

Таблиця 3. Основні психопатологічні симптоми

Основні психопатологічні симптоми	Частота виявлення симптому							
	Чоловіки (n=13) з РА		Жінки (n=29) з РА		Чоловіки (n=41) з ПТСР		Жінки (n=25) з ПТСР	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Зниження настрою	13		29	100	41	100	25	100
Ангедонія	11	4,7	33	79,4	32	78,1	22	88,0
Зниження яскравості емоційного реагування	11	84,7	29	100	36	87,8	23	92,0
Зниження енергетичного потенціалу	11	84,7	29	100	35	85,4	21	84,0
Підвищена втомлюваність, зниження фізичної активності	7	53,9	22	75,9	34	83,0	19	76,0
Погіршення концентрації уваги	9	69,3	26	89,7	37	90,3	20	80,0
Погіршення пам’яті	6	46,2	14	48,3	23	56,1	13	52,0
Зниження самооцінки та впевненості в собі	8	61,6	24	82,8	25	61,0	16	64,0
Утруднення засинання, переривчастий сон	9	69,3	26	89,7	32	78,1	20	80,0
Ідеї самозвинувачення та самоприпинення	3	23,1	7	24,2	8	19,6	5	20,0
Очікування гіршого майбутнього	5	38,5	10	34,5	10	24,4	7	28,0
Прагнення до усамітнення	7	53,9	13	44,9	22	53,7	13	52,0
Суїцидальні думки	3	23,1	7	24,2	11	26,9	4	16,0
Соматовегетативні розлади	7	53,9	14	48,3	21	51,3	12	48,0

Таблиця 5. Розподіл хворих з РА та ПТСР за основним синдромом

Група	Астенічний синдром	Тривожно-фобічний синдром	Істероформний синдром	Депресивний синдром
Чоловіки з РА (n=13)	5 хв (38,5%)	9 хв (23,1%)	2 хв (15,3%)	3 хв (23,1%)
Жінки з РА (n=29)	9 хв (31,1 %)	8 хв (27,6%)	5 хв (17,1%)	7 хв (24,2%)
Чоловіки з ПТСР (n=41)	14 хв (34,2%)	12 хв (29,3%)	9 хв (12,1%)	10 хв (24,4%)
Жінки з ПТСР (n=25)	7 хв (28,0%)	7 хв (28,0%)	5 хв (20,0%)	6 хв (24,0%)

від життя, переважають думки про власну неповноцінність. Поведінка відрізняється пасивністю. Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю підвестися з ліжка, сонливістю впродовж усього дня.

Тривожно-фобічний тип ПТСР характеризується високим рівнем немотивованої тривоги з болісними переживаннями, що проявляється частіше у вигляді нападів, іноді до панічних станів, із характером навіязливості. Для фобій невротичних характерний типово невротичний стан із патологічно вираженими страхами конкретних предметів або ситуацій. Виникає відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну супроводжуються труднощами при засинанні, у свідомості домінують тривожні думки про свій стан, страх перед болісними сновидіннями. Характерні пароксизмальні стани з відчуттям браку повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом.

Для істероформного типу ПТСР характерне превалювання порушення вегетативних, сенсорних та моторних функцій («конверсійна форма»), селективна амнезія за типом «умовної приємності та бажаності», підвищена навіюваність та самонавіюваність на тлі афективно звуженої свідомості, а також зміни форм поведінки, іноді до ступеня істеричної дуги. Рідше — істероформні невротичні розлади у вигляді соматоформних розладів із нападами задухи, запаморочливих станів, не пов’язаних із серцево-судинною

або легеневою патологією. Рееструють астазі-абазії, відчуття кому в горлі, зрідка — рухові розлади з подальшою м’язовою слабкістю та сонливістю.

Депресивний тип ПТСР характеризується невротичними розладами, які супроводжуються неадекватною за силою та клінічними проявами депресією, що є наслідком психотравмувальних обставин. Спостерігаються виразна загальна загальмованість, байдужість до оточуючих. При депресії відсутні прояви вітальних компонентів, добові та сезонні коливання, хворий зосереджений на психотравмувальній ситуації.

Висновки

1. Встановлено взаємозв’язок між психологічним станом особистості: астеною, підвищеним рівнем тривожності і депресією та станом суспільно-економічної напруженості в країні.

2. Виявлено психофізіологічний шлях відреагування на дію стресора: наслідки впливу на людину травматичної ситуації не обмежені розвитком РА та ПТСР (якому, як правило, коморбідні: депресії, залежності від психоактивних речовин та ін.), найвагомішим наслідком дії травми є травматичне переживання, когнітивно-емоційні та поведінкові зміни особистості.

3. Визначено процес двобічної взаємодії — зовнішні фактори можуть змінюватись так само, як і поведінкова реакція, що ними регулюється. Тобто як соціум та стресові фактори визначають які поведінкові сценарії будуть актуалізуватись, так і особистість з допомогою поведінкової реакції визначає які з багатьох потенційних стресорів матимуть значущу дію та які форми впливу на особистість вони здійснюватимуть.

4. Встановлено, що ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР визначається вираженістю тривожного, фобічного, істероформного та депресивного синдромів.

Список літератури знаходиться в редакції.