

Danyk Yuriy, Druz Oleg, Chernenko Inna. Classification system of stress-associated and post-traumatic stress disorders and its justification. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):1265-1279. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2550586>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6531>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 03.06.2017. Revised: 20.06.2017. Accepted: 30.06.2017.

CLASSIFICATION SYSTEM OF STRESS-ASSOCIATED AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AND ITS JUSTIFICATION

Yuriy Danyk, Oleg Druz, Inna Chernenko

S. P. Koroliiv Zhytomir Military Institute;

**National Military-Medical Clinical Centre “The Main Military Clinical Hospital”,
Ukraine**

Abstract

The objective: to form classification of stress- associative and post-traumatic stress disorders on the base of analysis of their existing theoretical and empirical studies. Through the use of a content analysis of theoretical and empirical studies, the features of the formation and development of various manifestations of post-traumatic personality stress disorders and combat mental trauma are considered. A holistic classification of post-traumatic stress disorders is proposed, depending on: the variant and stage of development, the type of course, clinical or psychological manifestations, the time of the course, the results and degrees of severity. It has been established that the development of post-traumatic stress disorders affects: the duration of a crisis situation, terrain, primorbid, history of life, the type of individual reaction to the crisis situation itself, the motivation of which the soldier consciously (or unconsciously) goes to war, micro and macrosocium, information effects, the influence of the media, individual experience gained, both practical and theoretical, social and psychological support, the influence of chemical agents (drugs, chemical ix). The final stage of the development of post-traumatic stress disorders may be the formation of post-traumatic personality disorder, as its extreme manifestation.

Key words: post-traumatic stress disorders, combat psychic trauma, combat trauma, stress, psychotrauma, combat actions, stress-associative factors, disadaptation, military personnel, combatants.

СИСТЕМА КЛАСИФІКАЦІЇ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇЇ ОБГРУНТУВАННЯ

¹ Ю. Г. Даник, ² О. В. Друзь, ² І. О. Черненко

¹Житомирський військовий інститут ім. С. П. Корольова;

²Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»

Актуальність. Особливістю воєн і воєнних конфліктів сучасності став прояв у багатьох їх учасників і у тих, хто опинився в зоні, де вони відбуваються, характерних специфічних симптоматик, які пов'язують з комплексним впливом на них фізичних, психологічних, інформаційних та інших факторів війни та супутніх ним інформаційних та когнітивних впливів соціуму, ЗМІ тощо поза зоною де конфлікти відбуваються безпосередньо.

Мета статті. Проаналізувати існуючі теоретичні та емпіричні дослідження щодо виявлення стресс-асоціативних та посттравматичних стресових розладів з метою формування їх класифікації.

Методи дослідження: контент-аналіз теоретичних та емпіричних досліджень щодо виявлення причин стресс-асоціативних та посттравматичних стресових розладів з метою формування їх класифікації.

Результати дослідження і їх обговорення. Нездатність сотень тисяч американських ветеранів адаптуватися до моторошних умов війни у В'єтнамі, реадаптуватися до мирного, комфортного життя в США (більше 150 тисяч з них, так чи інакше покінчили з собою) змусила звернути особливу увагу на бойовий стрес і його наслідки [11]. Обширна багаторічна програма обстежень комбатантів, які повернулися з війни, дозволила описати складну багатофакторну симптоматику психічних і тілесних розладів у ветеранів [2, 8].

Розрізняють два типи причин бойового ПТСР: по-перше, це психотравма, що викликала помітні стресові зміни психічного і фізичного стану і явні порушення

поведінки (агресія, панічна втеча або заціпеніння, відхід «у себе» та ін.). Іншого роду причини ПТСР актуалізуються у людей, які успішно брали участь у боях, але не здатні до реадаптації в мирному житті.

Причиною відновлення ПТСР після латентного спокійного періоду бувають повторні травматизації або інші впливи, які виступають у ролі пускових механізмів. Наприклад, негативне ставлення оточення, медичного персоналу, соціальних працівників. Це трапляється через те, що в оточення сформувався своєрідний психологічний комплекс у вигляді неусвідомлюваного протесту проти можливості виникнення у них самих такого ж захворювання, таких же порушень здоров'я і поведінки, які вони бачать і лікують у тих, хто страждає на ПТСР [8, 9]. Таке порушення професійного навичку добре вивчено і називається «вигорання персоналу» [3, 4, 10]. З психоаналітичних позицій даний феномен можна розглядати як «контрперенос» з витісненням власної тривожності, що пробуджується самим лише виглядом нещастя. Але треба мати на увазі, що повторна травматизація може виникати і через надмірне оберігання їх від повсякденних життєвих стресів, тобто в результаті гіперопіки [1, 6].

Багаторічні дослідження під керівництвом Н.В. Тарабріної показали, що «після впливу бойового травматичного психологічного стресу учасникам бойових дій доводиться фактично заново відтворювати в умовах мирного життя структуру свого суб'єктивного життєвого простору, в тому числі і структуру самоставлення, самооцінки і смисложиттєвих орієнтацій» [4].

Через кращу вивченість бойового ПТСР на його прикладі наочніше видно стадії розвитку цього розладу. Василевський В.Г., Фастовець, Г.А. (2005) розглядають формування ПТСР як процес, виділяючи стадії патологічного процесу [3]. Як першу стадію ПТСР вони розглядають гострі афективні реакції безпосередньо в бойовій обстановці. Після афективної перенапруги в бою, під бомбардуванням настає емоційне виснаження з астеною і переживання спустошеності, душевного потрясіння.

Найближчі наслідки станів, що виникли після впливу екстремальних стресорів, досить сприятливі – практичне одужання в 67% випадках. Однак ймовірність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми у віддаленому періоді виявлялося при цьому вищою. Серед ветеранів, які безпосередньо брали участь у боях, вони простежуються в 48,7% випадках; серед інших військовослужбовців – в 20% [5].

Важливою і специфічною особливістю ПТСР є те, що після закінчення періоду часу, насиченого психотравматичними подіями, коли зникає емоційне перенапруження,

багатьом людям здається, що повернулося хороше самопочуття. У них немає скарг на здоров'я і минулі психотравми здаються забутими. Але пізніше виявляється, що це латентний (прихований, перехідний) період формування ПТСР і хвороба повертається знову. Через багаторазові гострі стресові навантаження і нервово-психічне виснаження в боях, минаючи латентний період, або після нього можуть виникати невротичні реакції. Це ще одна стадія формування стійкого ПТСР.

Наступною стадією в патогенезі ПТСР стають патологічні зміни характеру, які наближають стан людини до розгорнутої картині ПТСР і тією чи іншою мірою залишаються у ветеранів в подальші роки їх життя. Цей невротичний розвиток характеру не є однаковим у різних людей. Він залежить від генетичних, особистісних факторів, впливу соціального середовища і особливостей військової діяльності або окремих вчинків: героїчних або несхвальних з буденної точки зору.

Стійкий, багатосимптомний, розгорнутий ПТСР В. Г. Василевський і Г. А. Фастовець пропонують розглядати як заключну стадію його розвитку [3].

Важливим психотравматичним фактором стає тривале перебування у зоні бойових дій. Дослідження бойового стресу в «афганській» і «чеченській» війнах, проведені Е. В. Снедковим суттєво доповнюють і виправляють вищенаведене судження про «бойове загартування» [5]. Він виявив, що дійсно упродовж 6-ти місяців перебування в бойовій обстановці у 20,3% бойового контингенту підвищуються адаптивні здібності особистості, бійці стають стійкими, обстріляними, здатними успішно протистояти противнику. У 42,6% воїнів немає помітних емоційно-поведінкових змін. Однак у 36,1% виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація». У бойових підрозділах, що беруть участь у боях протягом 7-ми місяців – 1-го року число солдатів і офіцерів з підвищеною адаптивністю до бойових екстремальних впливів зменшувалася до 5,8%, і, навпаки, «стійка дезадаптація» – порушення здатності адаптуватися до небезпек і гніту війни – була відзначена в 61,1%. Перебування більше року в бойовій обстановці створює таку «особистісну дизадаптацію» у 83,3%; через рік ні в кого вже не зберігається підвищена адаптованість до бойового стресу [5, 6].

Вірогідність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми (БПТ) безпосередньо залежить від тяжкості перенесеного стрессорного впливу та тривалості перебування в умовах театру військових дій. Вона збільшується у військовослужбовців з наявністю акцентуації характеру епілептоїдного, гіпертимного, нестійкого і конформного типу [5, 6]. Формування того чи іншого типу зміни особистості

комбатантів залежить від суспільно-політичної оцінки характеру війни, як це видно з аналізу психіатричної патології учасників воєн XX і XXI століття.

За даними J.R. Davidson (1995), поширеність (показник life-time prevalence) ПТСР коливається від 3,6 до 75% (у тих, хто пережив екстремальні події). Відповідні епідеміологічні дослідження, проведені в США серед ветеранів в'єтнамської війни, дозволили встановити ПТСР у 30% осіб; парціальні й субклінічні прояви синдрому були додатково виявлені у 22% учасників війни [11, 12].

Однією з перших почала використовувати комплексне дослідження бойового ПТСР Захава Соломон в Ізраїлі [12, 13]. Особливе значення вона надавала латентному періоду після бойової психотравми. Її невелика група ентузіастів виявилася більш результативною, ніж велика громістка структура – «Адміністрація військових ветеранів» в США. Захава Соломон створила триступеневу медико-психологічну систему діагностики та лікування ПТСР, що виникає в бойовій обстановці [12, 13].

На першому етапі психологи опитували командирів після бою. За їхніми звітами виявляли для подальшого обстеження тих солдатів і офіцерів, хто надто емоційно (активно, або пасивно) переживав стрес в бою.

На другому етапі цих військовослужбовців обстежили, коли їх бойовий підрозділ відводили на відпочинок, щоб виявити латентне «визрівання» ПТСР; за необхідності їх відразу відправляли в госпіталь для профілактики розгорнутих форм ПТСР.

Третій етап – лікування тих, кому не допомогла профілактика, і тих, у кого ПТСР виник без надмірних первинних емоційно-стресових реакцій в боях і з безсимптомним перехідним (латентним) періодом.

Багаторічні дослідження ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців після бойових травм під час «афганської» і «чеченських» воєн підтвердили доцільність «багатоступінчастої» психологічної служби в бойовій обстановці [5, 6].

Використання комплексу методів корекції безпосередньо в бойових умовах забезпечує їх максимальну ефективність у порівнянні з відстроченим використанням [10].

«Ступінчастість», «фазність» в динаміці ПТСР використовується для його профілактики і лікування (Циганков Б. Д., Григор'єв М. Е., 2000; Мар'їн М. І., Касперович В. Г., 2003; Шилова Л. А., 2003; Кекелідзе З. І., 2005 та ін.) [1, 6, 9].

Академік А.Б. Смулевіч зазначає, що сигналами про можливість розгорнутої картини ПТСР, тобто маркерами латентного періоду, можуть бути субдепресивність та гіпоманіакальність людей, які раніше зазнали психічного травмування [5, 6, 9].

Лікувально-профілактичні заходи під час латентного періоду ПТСР істотно зменшують число розгорнутих форм цього розладу після будь-яких надзвичайних ситуацій. Однак існують різні думки щодо того, коли ці заходи є найбільш ефективними. Багато хто стверджує, що чим раніше після психотравми вони розпочаті, тим краще. Але деякі практичні психологи помітили, що треба вловити в динаміці ПТСР момент, коли він вже «визрів», але розгорнутої форми розладу ще немає. Часто це буває під кінець третього місяця після психотравми [3, 6, 9].

Таким чином, проведений аналіз показав, що рання діагностика дозволяє зменшити небезпеку розвитку ПТСР при цьому є необхідним діагностичне супроводження хворого з метою своєчасного втручання та корегування психосоматичних та соматопсихічних станів. Отже, напрацювання проведені авторами показали, що вирішення проблеми ранньої діагностики БПТ (в тому числі і в бойових умовах) потребує подальшого супроводження та наявності відповідних апаратно-програмних засобів, які забезпечать можливість інструментальної, об'єктивної діагностики. Це спонукало авторів до створення засобів інструментального виявлення ознак, які є характерними для осіб з небезпекою розвитку ПТСР.

Окремим випадком БПТ є ПТСР, який становить від 10 до 50% усіх медичних наслідків участі у війні. Критерієм ефективності роботи психіатрів і психологів є здатність знизити психіатричні втрати, максимально зберегти психічне здоров'я військовослужбовців [2, 5, 8].

Виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротка або тривала) виключно загрозового або катастрофічного характеру, яка може викликати глибокий стрес майже в кожного. Сприятливі фактори, такі як особистісні особливості (компульсивність, стомлюваність) або нервове захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості, відсутності реакції на оточення і уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце Perezбудження і виражена настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними

симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не рідкістю є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу буває різним, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років із можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0). Травматичний невроз.

Шлях формування ПТСР може відбуватися досить по-різному. Основна причина – «травма минулим», тобто ніяк не забувається подія, яка надзвичайно виходить за межі звичайного (раніше звичного) досвіду життя людини. «Травма минулим» могла бути спричинена переживанням жаху або болю це може запустити своєрідний процес посттравматичного стресового розладу.

Причиною посттравматичного стресового розладу може виявитися і «травма нинішнім життям». Це буває у людини, яка адаптувалася, звикла до одних умов існування, але щойно опиняється в зовсім іншій обстановці, здавалося б, більш легкій, ніж та, до якої вона звикла, життя може стати нестерпним, психотравматичним. Як хворобливий захист від цього формується посттравматичний стрес, хоча в таких випадках ця назва не є цілком коректною, оскільки психіку вражає не попередня, а поточна травматизація.

Джерелом посттравматичного стресу часто буває «травма очікуваним майбутнім», коли людина боїться трагедій, які траплялися раніше і залишили жахливий слід у душі. Однак ще гіршими є невідомі небезпеки, що насуваються з майбутнього. «Травма очікуваним майбутнім» часто найгірша. Людина живе тут і зараз, тобто кожен «момент життя», і живе вона для майбутнього [1, 6-9].

Можливі також різні форми патологічного розвитку ПТСР: переважна – психосоматизація захворювання, або найбільш помітним стає регрес психіки, або ж починає проявлятися дисоціація свідомості і підсвідомості.

На сьогоднішній день існує ряд класифікацій розроблених авторами МКХ-10, DSM4, які розкривають більшість класифікаційних ознак, однак не враховують особливостей, які суттєво впливають на учасників сучасних війн та воєнних конфліктів, що потребує окремих досліджень та систематизації.

Вивчено різні типи ПТСР[7]:

- Тривожний тип ПТСР відрізняється частим виникненням невмотивованої тривоги, не тільки усвідомлюваної, але й такої, що відчувається тілесно. Через це

виникають часті зміни настрою, порушений сон: кошмари, безсоння. Такі люди прагнуть до спілкування і це полегшує їх хворобливо-тривожний стан.

- Астенічний тип ПТСР характеризується млявістю, слабкістю, апатичністю, нав'язливою байдужістю до свого життя і проблем оточуючих людей. Власна неспроможність мучить і це ще більше гнітить. Сон порушений інакше, ніж при тривожному типі ПТСР: надовго виникає болісна дрімота, іноді весь день важко піднятися з ліжка. Хворі цього типу згодні лікуватися, відгукуються на допомогу друзів і близьких.

- Людям з дисфоричним типом ПТСР властиві постійна дратівливість, агресивне невдоволення і похмурий настрій. Вони вразливі, бувають активно мстиві, забіякуваті, потім можуть шкодувати про свою нестриманість або, навпаки, відчувати задоволення. За допомогою не звертаються, уникають її. Їх починають лікувати після того, як стає зрозумілим, що протестна агресивність таких людей не відповідає реальності.

- При соматоформному типі ПТСР виникають масивні хворобливі відчуття всередині тіла: в області серця (54%), в шлунково-кишковому тракті (36%), в голові (20%) [2, 6]. Ці хворобливі симптоми з'являються, як правило, через 6 місяців після психотравматичної події, тобто це відставлений варіант ПТСР. Іпохондрична фіксація на цих симптомах і тривожне очікування їх посилення змушує хворих звертатися до лікарів, якщо у них не сформований комплекс невіри в медицину і своєї приреченості.

- При фанатичному варіанті зміни особистості виявляється залежність між наявністю ПТСР в поєднанні з розладом адаптації і вираженістю відчуженості, замкнутості, підозрливості, жорстокості, прямолінійності, авторитарності [1-4]. Даний варіант змін спостерігається в осіб збудливого типу. Поєднання зазначених рис знижує гнучкість, конструктивність, відкритість, емоційну впорядкованість поведінки. При фанатичному варіанті зміни особистості сенс життя змінюється: в 77% випадків сенсом життя стає помста і в 32% випадків стверджується, що життя не має сенсу. Дослідники і клініцисти, що курують людей, які страждають від ПТСР, свідчать про те, що реальне його різноманіття є значно багатшим і складнішим, ніж це викладено в офіційній рубриці «F43.1, МКБ-10», присвяченій цьому розладу.

ПТСР має дві суттєві особливості, що відрізняють його від звичайного стресу.

Перша полягає в тому, що психологічні, фізіологічні та соціально-психологічні розлади тривають після усунення стресора, коли навколо людини, раніше психотравмованої, вже спокійне, звичне життя.

Друга особливість – це те, що ПТСР може виникати через кілька місяців, навіть років, після пережитої психотравми, тобто коли стресовий стан, що виник через неї, здавалося б, давно закінчився.

ПТСР, як і інші форми стресу, має активні і пасивні прояви.

Активні прояви ПТСР – це неадекватна агресивність, підвищена реактивність в ситуаціях, що хоч якось нагадують психотравматичну подію і багато іншого, що розглянемо нижче.

Пасивні прояви ПТСР тобто ухилення від нагадувань про травму: розмов і місць, пов'язаних із нею, блокування емоційних реакцій, зниження інтересу до життя, почуття відстороненості від того, що відбувається навколо тощо. У картині захворювання можуть переважати активні або пасивні симптоми, вони також можуть чергуватися [2, 9].

Для ПТСР характерним є постійне відчуття тривоги, часті нав'язливі спогади про пережиті події, нездатність до підтримання адекватних контактів із близькими. Такі хворі воліють спілкуватися з колишніми комбатантами. Вони починають зловживати алкоголем, наркотиками, швидко втрачають соціальну адаптацію, нерідко скоюють самогубства [3, 9, 10].

Розмаїття посттравматичного стресу, тобто його численні прояви можна звести до двох видів нав'язливості, які можуть поєднуватися. Більш помітна – «нав'язливість минулого». Іншою підставою посттравматичного стресу є «нав'язливість майбутнього», тобто не цілком усвідомлюване, часто безпричинне передбачення психотравматичних подій аналогічних тим, що вже відбулися.

Дослідження американських психологів показали довгострокові ефекти на сімейне життя, коли про травматичну подію не було розказано, і необхідне лікування не проводилося [2, 3, 9].

Можливі чотири варіанти поведінки і розвитку подій у сім'ї за наявності людини з ПТСР, що не лікувалася.

Перший варіант – часті сварки через підвищене збудження. Акти вербального та фізичного насильства над іншими членами сім'ї, які будуть це терпіти. Розвивається цикл насильства.

Другий варіант – розвиваються дуже «бідні» навички близькості в сім'ї, не тільки сексуальні, а й всі інші міжособистісні навички спілкування. Люди з ПТСР уникають емоційних тем, стають дуже потайливі у власних почуттях. Таким чином,

емоційно відходять від інших членів сім'ї. Через деякий час така комунікація призводить до браку довіри і почуття фрустрації.

Третій варіант – загальна незадоволеність всієї родини. Людина з ПТСР починає зловживати алкоголем або іншими речовинами. Сім'я відчуває періодично кризи стабільності і в один з таких моментів може розпастися.

Четвертий варіант – розвиток співзалежності інших членів сім'ї. Співзалежність – це нездорова залежність від однієї людини до такої міри, що співзалежна людина жертвує своїми потребами та емоціями, своїм життям для задоволення потреб і бажань іншої людини. Співзалежна людина починає допомагати аддикції людини з ПТСР, приховуючи це від інших, даючи гроші тощо [1].

Нижче наведені критерії ПТСР в DSM-V для дорослих, підлітків і дітей старше 6 років.

Критерій А. Вплив смертельної небезпеки або загроза смерті, отримання або загроза серйозного поранення, сексуального насильства або його загроза, що може проявиться одним з нижчеперелічених способів: 1) безпосереднє переживання травматичної події; 2) свідок події, в якій залучені інші особи; 3) звістка про подію, яка відбулася з близькими членами родини або близькими друзями. У випадках безпосередньої або можливої загрози смерті члена сім'ї або друга, подія повинна бути раптовою або несподіваною; 4) повторювана або надмірна схильність деяких аспектів травматичної події, що викликають сильну негативну емоційну реакцію (наприклад, ті, хто в силу обставин першими виявилися на місці загибелі людей і зайняті збором тіл і останків тіл загиблих; поліцейські, багаторазово ставали свідками безпосередніх наслідків насильства над дітьми).

Зауваження: У пункті А (4) виключається непрямий вплив через засоби мас-медіа, телебачення, кінофільми, статичні зображення тільки в тих випадках, коли це пов'язано з виконанням професійних обов'язків.

Критерій В. Присутність одного або більше симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією, які з'явилися після травматичної події: 1) повторювані, мимовільні, нав'язливі спогади про травматичному подію, які викликають дистрес; 2) повторювані сновидіння, що викликають дистрес, зміст і / або афект яких має відношення до травматичної події; 3) дисоціативні реакції, в яких індивід відчуває або веде себе так, як нібито травматична подія минулого відбувається в сьогоденні; 4) сильний або тривалий психологічний дистрес при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або володіють схожістю з будь-яким з аспектів

травматичної події; 5) фізіологічна реактивність при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або володіють схожістю з будь-яким з аспектів травматичної події.

Критерій С. Стале уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, що спостерігається після завершення травматичної події (як мінімум, одне з переліченого нижче): 1) уникнення або спроби уникнути викликають дистрес спогадів, думок або почуттів, безпосередньо або тісно пов'язаних з травматичним подією; 2) уникнення або спроби уникнути зовнішнього нагадування, в результаті якого виникають спогади, які викликають дистрес, думки або почуття, які стосуються або тісно пов'язані з травматичним подією.

Критерій D. Погіршення когнітивного функціонування і настрою, пов'язане з травматичною подією, яке почалося або посилювалося після завершення травматичної події (як мінімум, два з переліченого нижче): 1) неможливість пригадати важливі аспекти травматичної події (головним чином, в силу дисоціативної амнезії і не пов'язане з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків); 2) стійкі і перебільшено спотворені переконання або очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ; 3) сталі і спотворені переконання щодо причини або наслідків травматичної події, на яких засновано самозвинувачення або звинувачення інших; 4) стійкі негативні емоційні стани; 5) помітно значуще зниження інтересу або залученості в види діяльності, які раніше були значимі; 6) почуття відстороненості і відчуженості від інших людей; 7) стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення або почуття любові і прихильності)

Критерій E. Помітна і значна зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалася або посилювалася після завершення травматичної події (як мінімум, два з переліченого нижче): 1) дратівливість або спалахи гніву (що виникають без всякої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів; 2) поведінка самоушкодження, безрозсудна ризикована поведінка; 3) підвищена настороженість; 4) перебільшена стартова реакція; 5) труднощі із засипанням або збереженням сну; 6) труднощі з концентрацією уваги.

Критерій F. Тривалість розладів (симптомів, описаних в умовах B, C, D і F) більше 1 місяця.

Критерій Г. Розлад викликає клінічно значимий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи іншій сфері функціонування індивіда.

Критерій Н. Розлад не пов'язаний з фізіологічним ефектом вживання речовин (наприклад, ліки, алкоголь) або з іншими розладами і захворюваннями.

Враховуючи вищезазначене та зважаючи на необхідність здійснення систематизації зазначених розладів із врахуванням особливостей їх виникнення, розвитку та інших факторів може бути запропонована наступна класифікація ПТСР:

За варіантами виникнення ПТСР: шоківий (БПТ, БФТ+БПТ); накопичений; інформаційно-когнітивний; вторинний.

За факторами і умовами в яких сформувався ПТСР: бойові дії (локальні конфлікти, війни); техногенні катастрофи, природні катаклізми; фізичне або психічне насильство; нещасні випадки.

За пусковими механізмами: тригерного типу; комунікативного типу; комплексного типу.

За варіантами розвитку ПТСР: тривожний; фобічний; депресивний; астеничний; апатичний; дисфоричний; іпохондричний; дисоціативний; соматоформний; змішаний.

За типами перебігу ПТСР: прогресивний; стабільний; регресивний.

За стадіями розвитку ПТСР: початкових клінічних проявів; невротична; психотизму.

За проявами ПТСР: 1) клінічні: фізіологічні, ендокринні, метаболічні; 2) психологічні: нав'язливі спогади про психотравмуючу ситуацію; намагання уникати обставин, які нагадують про психотравмуючі події; неможливість згадати важливі моменти, пов'язані із психотравмуючою ситуацією; стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості, які в свою чергу можливо підрозділити на: а) утруднене засинання; б) підвищена дратівливість і образливість; в) зниження концентрації уваги; г) тривалий період неспанья; д) підвищений чотириохолмний рефлекс (здогання, настороженість у відповідь на несподіваний, різкий подразник).

По часу перебігу: пред- ПТСР; гострий ПТСР; хронічний ПТСР; віддалений ПТСР.

За ускладнюючими факторами: наркотичні; алкогольні; обтяжений анамнез; суїцидальні спроби та думки в анамнезі; соматичні травми та захворювання.

За наслідками: 1) у комбатантів спостерігається значне підвищення рівня агресії і соматизації; 2) ймовірність формування соматоформних розладів при відсутності сильних емоційних переживань; 3) має місце неусвідомлена «подавлена» тривога,

затяжні не вирішені проблеми; 4) постійний вплив стресових факторів посилює астенизацію і соматизацію психічних розладів.

За ступенями важкості ПТСР: легкий; середньої тяжкості; тяжкий.

Висновки. Розглянуто особливості формування та різні прояви ПТСР та БПТ. Запропоновано цілісну класифікацію ПТСР в залежності від: варіанту та стадії розвитку, типу перебігу, клінічних чи психологічних проявів, по часу перебігу, за наслідками та ступенями важкості.

Встановлено, що в становленні ПТСР має місце: тривалість дії кризової ситуації, місцевість, приморбід, анамнез життя, тип індивідуальної реакції на саму кризову ситуацію, мотивація з якою військовослужбовець усвідомлено (чи не усвідомлено) вирушає на війну, мікро- і макросоціум, інформаційні впливи, впливи ЗМІ, набутий індивідуальний досвід, як практичний так і теоретичний, соціальна і психологічна підтримка, вплив хімічних агентів (медикаментозних, хімічна зброя). Кінцевою стадією розвитку ПТСР може бути формування посттравматичного розладу особистості, як його крайній прояв.

Література:

1. Александров Е. Ю., Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. Новосибирск: Сибпринт. 2005., 482 с.
2. Андреева, И. А. Исследование психологических особенностей лиц с ПТСР / И. А. Андреева, Л. Р. Курамшина // Надежность деятельности в экстремальных условиях. – СПб. : Акмеологическая академия, 2005 – С. 5– 7.
3. Василевский В. Г., Фастовец, Г. А., История вопроса и клинико-психопатологические особенности посттравматического стрессового расстройства у комбатантов / Посттравматическое стрессовое расстройство. М.: ГНЦССП им. Сербского, 2005. с. 32-35.
4. Зеленова М.Е. Исследования смысло-жизненных ориентации у ветеранов боевых действий в Афганистане // Боевой стресс: Механизмы стресса в экстремальных условиях. Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ. М.: Истоки, 2005. 91с.
5. Литвинцев, С. В. Боевая психическая травма / С. В. Литвинцева, Е. В. Снедоков, А. М. Резник. – М. : Медицина, 2005. – 431 с.
6. Литвинцев, С. В. Посттравматические стрессовые расстройства / С. В. Литвинцев, В. М. Лыткин, В. К. Шамрей // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 2. – С. 46-47.

7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина – Киев, изд.: Сфера, 2005. – 307 с.
8. Тарабрина Н. В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова и др. // Труды Института психологии РАН. – М. : ИП РАН, 1997. – С. 254–262.
9. Тарабрина Н. В. Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина // Психологический журнл. – 2007. – Т. 28. – № 4. – С. 5–14.
10. Ушаков И.Б. Боевой стресс: психофизиологические маркеры устойчивости / И.Б. Ушаков, Ю.А. Бубеев // Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ. – М.: Истоки, 2005. – С. 10 – 12.
11. Hyams K. C. War syndromes and their evaluation: from the U.S. Civil War to the Persian Gulf War / К. С. Hyams, F. S. Wignall, R. Roswell. *Annals of Internal Medicine*. 1996. Vol. 125. P. 398 – 405.
12. Solomon Z., Benbenishy R. 1986. The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War / *Amer. J. Psychiat.*, V. 143, № 5, P. 613-617.
13. Solomon Z., Mikulincer M., Blech A., 1988. Characteristic Expressions of Combat-recanted PTSD among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War // *Behavioral Med.*, V. 14, №4, P. 171-178.

References:

1. Aleksandrov E. Yu., Integrative psychotherapy of post-traumatic stress disorder. Novosibirsk: Sibprint. 2005. 482 p.
2. Andreeva, I. A. Study of the psychological characteristics of persons with PTSD / I. A. Andreeva, L. R. Kuramshina // Reliability of activity in extreme conditions. - SPb. : Acmeological Academy, 2005 - P. 5–7.
3. Vasilevsky V. G., Fastovets, G. A., Background and clinical and psychopathological features of post-traumatic stress disorder in combatants / Post-traumatic stress disorder. М. : GNTSSSP them. Serbian, 2005. p. 32-35.
4. Zelenova M.E. Studies on life-sense orientations of war veterans in Afghanistan // Combat stress: Mechanisms of stress in extreme conditions. Sat scientific papers of the symposium devoted to the 75th anniversary of the State Research Institute of Biophysics. М. : Istoki, 2005. 91s.
5. Litvintsev, S.V. Fighting mental trauma / S.V. Litvintseva, E.V. Snedokov, A.M. Reznik. - М.: Medicine, 2005. - 431 p.

6. Litvintsev, S. V. Post-Traumatic Stress Disorders / S. V. Litvintsev, V. M. Lytkin, V. K. Shamray // *Problems of Rehabilitation*. - 2000. - № 2. - p. 46-47.
7. International Classification of Diseases (10th revision) / Ed. Yu. L. Nuller, S. Yu. Tsirkina - Kiev, ed. : Sphere, 2005. - 307 p.
8. N. V. Tarabrina. Psychological Characteristics of Persons Surviving Military Stress / N. V. Tarabrina, E. O. Lazebnaya, M. E. Zelenova, etc. // *Proceedings of the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences*. - Moscow: IP RAS, 1997. - P. 254–262.
9. Tarabrina N. V. Teoretiko-empirical studies of post-traumatic stress / N. V. Tarabrina // *Psychological journal*. - 2007. - V. 28. - № 4. - P. 5–14.
10. Ushakov I.B. Combat stress: psychophysiological markers of resistance / I. B. Ushakov, Yu.A. Bubeev // *Sat. scientific papers of the symposium dedicated to the 75th anniversary of the State Scientific-Research Institute*. - M. : Istoki, 2005. - p. 10 - 12.
11. Hyams K. C. War syndromes and their evaluation: from the U.S. Civil War to the Persian Gulf War / K. C. Hyams, F. S. Wignall, R. Roswell. *Annals of Internal Medicine*. 1996. Vol. 125. P. 398 – 405.
12. Solomon Z., Benbenishy R. 1986. The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War / *Amer. J. Psychiat.*, V. 143, № 5, P. 613-617.
13. Solomon Z., Mikulincer M., Blech A., 1988. Characteristic Expressions of Combat-recanted PTSD among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War // *Behavioral Med.*, V. 14, №4, P. 171-178.