

УДК 159.9:618.2+618.4]:61

Д. М. Харченкодоктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри психології
Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького**С. О. Гурський**аспірант кафедри психології
Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

ОСОБЛИВОСТІ ТЕМПЕРАМЕНТУ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

У статті на основі комплексного аналізу психофізіологічних властивостей була зроблена спроба знайти предиктори посттравматичного стресового розладу. Виявлені особливості взаємозв'язку генетично зумовлених властивостей темпераменту з посттравматичним стресовим розладом в осіб, що перебували в зоні бойових дій, а саме між рівнем нейротизму та показниками клініко-діагностичних критеріїв CAPS. Особи з високим рівнем нейротизму мають значно більшу ймовірність появи ПТСР в екстремальних умовах.

Ключові слова: ПТСР, темперамент, нейротизм, CAPS.

Постановка проблеми. Із 2014 року на Донбасі триває війна. Більше 150 000 осіб брали чи беруть участь у цій війні, понад 93 000 українських військовослужбовців є безпосередніми учасниками бойових дій [1].

Одним із наслідків участі в бойових діях можуть бути різноманітні порушення психічного здоров'я. Найбільш часто згадується посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР). У засобах масової інформації України лунають спекулятивні заяви про 80% військовослужбовців, які страждають на ПТСР [2], що видається малоімовірним.

Результати епідеміологічних досліджень, проведених після війни у В'єтнамі, виявили, що частка ветеранів із ПТСР досягала 30%. Від 7 до 20% військовослужбовців, які брали участь в операції зі звільнення Іраку, мали ПТСР [3].

Для об'єктивного дослідження поширення ПТСР серед демобілізованих військовослужбовців бажано, щоб інструменти цих досліджень були сучасними (тобто відповідали сучасним класифікаціям і протоколам) а також були адаптованими.

У світовій психологічній практиці для діагностики ПТСР розроблена й використовується велика кількість спеціально сконструйованих клініко-психологічних і психометричних методик.

Імовірність появи травматичної ситуації будь-якої людини в сучасному світі безперервно зростає, і це ставить перед фахівцями різного профілю завдання щодо розроблення адекватних методів діагностики й лікування патологічних наслідків, що можуть виникнути.

Незважаючи на те, що кількість досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків перебування людини в травматичній ситуації, за останні десятиліття стрімко зростає, багато теоре-

тико-методологічних аспектів цієї проблеми залишаються або невирішеними, або дискусійними.

Велика частина робіт по ПТСР присвячена епідеміології, етіології, динаміці, діагностиці та терапії ПТСР. Дослідження проводяться на різних контингентах: учасниках бойових дій, жертвах насильства й тортур, антропогенних і техногенних катастроф, на хворих із загрозливими для життя захворюваннями, біженцях, пожежниках, рятувальниках і т. д.

Основні поняття, які використовують дослідники, що працюють у цій галузі, – «травма», «травматичний стрес», «травматичні стресори», «травматичні ситуації» й «посттравматичний стресовий розлад».

Однак, як указують багато дослідників, наслідки перебування людини в травматичних ситуаціях не обмежуються розвитком гострого стресового розладу (ГСР) або ПТСР (якому, як правило, коморбідні депресія, панічний розлад і залежність від психоактивних речовин); діапазон клінічних проявів наслідків зверхекстремального впливу па психіку людини, безумовно, вимагає подальших комплексних і міждисциплінарних досліджень.

У вітчизняній психології й психіатрії інтерес до досліджень у цій галузі збільшився у зв'язку з введенням у науковий дискурс категорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У 80-ті роки минулого століття ПТСР (post-traumatic stress disorder – PTSD) було включено в якості самостійної нозологічної одиниці в американській класифікатор психічних розладів, а в середині 90-х ПТСР увійшов у Міжнародну класифікацію психічних і поведінкових розладів (МКБ-10) [4]. Це викликало лавиноподібне зростання кількості клінічних, психологічних, соціально-психологічних, культурологічних робіт, що проводяться в рамках нового нау-

ково-практичного спрямування – «травматичний стрес», що нині інтенсивно розвивається.

Введення ПТСР до класифікаторів неодноразово оцінювалося різними клініцистами в різних країнах; разом із помітним прогресом досліджень у цій галузі підвищується дискусійність проблем, що з ними пов'язані. Особливо це стосується семантичного поля травматичного стресу, проблем моделі залежності рівня реакції від інтенсивності стресора (*dose-response model*), внесення почуття провини в реєстр посттравматичних симптомів, можливого впливу мозкових порушень, ефекту стрес-гормонів, спотворень пам'яті при діагностуванні ПТСР, що виникли в результаті сексуального насильства в ранньому дитинстві, впливу соціально-політичної обстановки в суспільстві на постановку діагнозу «ПТСР».

Кількість країн, які застосовують у клінічній практиці діагноз «ПТСР», зросла в період із 1983 по 1987 рр., а з 1998 по 2002 рр. збільшилася із 7 до 39. Тенденція зростання досліджень у галузі ПТСР пов'язана насамперед зі зростанням міжнародної терористичної активності [4].

При ПТСР порушення виявлені в більшості механізмів, які забезпечують адаптацію. Це такі системи, як норадренергічна, гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників, серотонінергічна, глутаматергічна й інші. Томографія мозку показує зменшення об'єму гіпокампу та передньої ділянки *cingulate*, надмірну активність *amygdala*, знижену активацію префронтальної кори та гіпокампу.

Діагноз ПТСР, як це сформульовано в DSM-5 (2013 р.), передбачає повне виконання групи критеріїв (A–H) – наявність факту психотравми (критерій A), одночасну наявність симптомів з усіх чотирьох кластерів (B–E), тривалість понад 1 місяць (критерій F), значне страждання людини чи порушення її функціонування (критерій G), відсутність іншої причини розладу (критерій H).

Дефініція травми полягає в тому, що пацієнт особисто й безпосередньо пережив ситуацію, де мала місце його фактична смерть, або близькість до смерті, або серйозне каліцтво, або інше посягання на фізичну гідність (себто згвалтування чи сексуальне насильство).

– Пацієнт наочно спостерігав ситуацію, де мала місце смерть, серйозне каліцтво, або посягання на фізичну гідність (згвалтування) іншої особи.

– Пацієнт дізнається про нещастя із членом родини чи іншою близькою людиною (несподівану чи насильницьку смерть, серйозне ушкодження, близькість до смерті або серйозне каліцтво).

Ревізія критерію A1 у DSM-5 звузила кваліфікаційне коло травматичних подій, виключено таку подію, як «неочікувана смерть члена родини або Чотири кластери симптомів».

Причина ПТСР (на відміну від тривожного розладу) – це «критерій A», катастрофічний стресор

(травма), тобто зовнішній (екзогенний) фактор, що перебільшує адаптивні можливості нормальної людської психіки. Хвороба проявляється в одночасній наявності в пацієнта симптомів з усіх чотирьох кластерів: B) вторгнення спогадів (так звані флешбеки); C) уникання пацієнтом думок, спогадів, ситуацій, що нагадують про травму; D) негативні думки та настрої; E) гіперзбуджуваність, гіперреактивність, порушення сну. Діагноз потребує «не менше як два симптоми в категорії D та E», що дає загальне правило «шість симптомів».

За даними на 2016 рік, найбільш ефективними методами допомоги при ПТСР є два психотерапевтичні методи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, *Cognitive behavioral therapy*) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR). Ці два методи рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР. Про це саме йдеться й у підручнику CPG [4].

Мета статті – дослідити особливості темпераменту осіб, що пережили посттравматичний стресовий розлад.

Виклад основного матеріалу. Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) – психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій (військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті чи перебування свідком або заповідювачем чужої смерті).

ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес; за визначенням лікарів, його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події.

При ПТСР спостерігають 4 кластери симптомів, таких як уникнення, гіперзбудженість (проблемами зі сном, може виявлятися у ризиковій поведінці, відчутті непереможності), перепроживання, проблеми з пам'яттю й емоційною сферою (відчуття обрізаності власного життя, ізольованості від людей). Із часом симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватися. ПТСР діагностують, якщо сила симптомів наростає, заважає нормальному функціонуванню людини, а також коли їхня тривалість перевищує місяць після травматичної події. ПТСР супроводжують часті, повторювані спогади про травматичні події, флешбеки; відчуття нереальності події, наче подія трапилася не з потерпілим; високий рівень гнівливості, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів, уникнення чи втрата лінійності подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається упродовж більше місяця після психотравми.

У більшості людей після психотравмуючої події чи подій ПТСР не розвивається. Також спостерігають відтермінований розвиток цього захворювання, наприклад із виходом на пенсію. Лікують ПТСР за допомогою групової й індивідуальної психотерапії та медикаментів.

Посттравматичний стрес (en. Posttraumatic stress, **PTS**) – спектр станів і розладів психіки, які можуть розвинути після важкої травми (фізичної чи психологічної). Один із різновидів важкої психологічної травми – участь військового в бойових діях. Виділяють такі стани (розлади) за часовим перебігом:

- гостра стресова реакція (від перших хвилин після травми до двох діб);
- гострий стрес учасника бойових дій і операцій (COSR – en. Combat et operational stress reaction) – комплексні порушення (строком до чотирьох діб);
- гострий стресовий розлад – від двох днів до одного місяця (ASD – en. Acute stress disorder);
- гостра форма ПТСР (від одного до трьох місяців);
- хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці);
- ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми чи ще пізніше).

Однією зі складностей проведення диференційної діагностики постраждалого є можливість спостереження поряд із клінічною картиною ПТСР симптомів, спровокованих порушеннями, що належать до інших психічних захворювань – неврозів чи депресії.

У світовій психологічній практиці для діагностики ПТСР розроблена й використовується велика кількість спеціально сконструйованих клініко-психологічних і психометричних методик. Основним клініко-психологічним інструментом обстеження пацієнтів, які перенесли важку травму, є структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю – СКІД (Structured Clinical Interview for DSM – SCID) [11].

Перекладені й часто використовувалися в російськомовних дослідженнях «Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події» (Impact of Event Scale Revised, IES-R); «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»; «Шкала дисоціації» (Dissociative Experience Scale – DES) [11], Гарвардський опитувальник травматизації й низка інших.

В «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», що впроваджується в Україні, включили Short Screening Scale for PTSD для скринінгу; Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), шкалу тривоги

Гамільтона (HAM-A) і низку інших опитувальників як необов'язкових.

Для планування адаптації опитувальників і шкал, які використовуються у скринінгу й діагностиці ПТСР, необхідно провести огляд уже перекладених на російську й українську мови опитувальників і порівняти з рекомендованими сучасними протоколами ПТСР шкалами й опитувальниками для обстеження пацієнтів, які перенесли важку травму.

SCID містить низку діагностичних модулів (блоків питань), що забезпечують діагностику психічних розладів за критеріями DSM. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким модулем, а також із модулем ПТСР. У кожному модулі подані чіткі інструкції, що дозволяють досліднику за необхідності перейти до бесіди за іншим блоком питань. Авторами методики передбачена можливість її подальших модифікацій залежно від конкретних завдань дослідження. Ці версії SCID базуються на DSM-IV.

Шкала клінічної діагностики CAPS. Шкала клінічної діагностики CAPS є «золотим стандартом» в оцінці ПТСР [8]. Сучасний варіант – CAPS-5 – структуроване інтерв'ю з 30 питань, які можуть бути використані для оцінки проявів ПТСР за останній місяць, на минулому тижні чи за все життя. Є додаток для оцінки 20 симптомів ПТСР по DSM-5, питання націлені на початок і тривалість симптомів, суб'єктивне відчуття дистресу, вплив симптомів на соціально-професійну діяльність та ін. CAPS був розроблений для лікарів і клінічних дослідників, які мають знання щодо ПТСР. Повне інтерв'ю займає 45–60 хвилин. У літературі не знайдено інформації про переклад українською CAPS-5.

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – це опитувальник із 20 пунктів, який оцінює 20 симптомів посттравматичного стресового розладу за DSM-5. PCL-5 має безліч цілей, зокрема моніторинг зміни симптомів під час і після лікування, скринінг ПТСР, попередню постановку діагнозу ПТСР. Використовується в CAPS-5. Робіт, присвячених адаптації PCL-5, знайдено не було, але згадка про використання російськомовних попередніх варіантів PCL для DSM-IV є в багатьох публікаціях.

PCL для DSM-IV має три версії: PCL-M (військовий), PCL-C (цивільний) і PCL-S (специфічний), які дещо відрізняються в інструкції й формулюваннях фраз. PCL-5 найбільш близький до версії PCL-S. У PCL-5 немає відповідних PCL-M або PCL-C версій. І хоча є тільки одна версія PCL-5, є три види PCL-5: 1) без компонента критерію А; 2) із короткою оцінкою критерію А; 3) із переглядом життєвих подій і розширеним критерієм А. Опитувальник PCL-5 містить 20 пунктів, що відповідають критеріям DSM-5 симптомів ПТСР. Формулювання в PCL-5 відображають

зміни в симптомах і додавання нових симптомів у DSM-5. Методика була опублікована в 1979 р. (Horowitz M. J., Wilner N. Et. Al., 1979). Це була перша тестова методика в галузі ПТСР, заснована одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР у якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III.

У первинному варіанті опитувальник містив 15 пунктів, змістовно стосувався певних життєвих подій, виявляючи переважання реакцій уникнення травмуючої ситуації й переживання вторгнення спогадів про неї. Незважаючи на популярність шкали й численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс із колегами (D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler) в 1995 р. прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми, як вторгнення й уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які увійшли в діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події [3].

Перекладений українською мовою варіант Short Screening Scale for PTSD включено в клінічний протокол щодо ПТСР. Даних щодо перевірки надійності та валідності цього опитувальника знайдено не було.

Нині визначено й вивчено центральні структури мозку, що інтегрують поведінку в зовнішньому середовищі, а також емоції й вегетативні функції організму. Робиться припущення, що в основі функціональних індивідуально-типологічних відмінностей знаходяться особливості цих систем.

Учені вважають, що емоційна нестійкість і інтроверсія можуть бути зумовлені особливостями психодинамічних властивостей нервової системи чи дією на хворих постійних стресогенних факторів як психогенної, так і соматогенної природи.

Нами було вирішено здійснити аналіз психофізіологічних властивостей темпераменту як предикторів посттравматичних стресових розладів.

Для виконання цієї мети були визначені такі завдання: виявити особливості взаємозв'язку властивостей темпераменту з посттравматичними стресовими розладами в осіб, що перебували в зоні бойових дій; побудувати прогностичну модель ризику розвитку адаптаційних порушень і розладів в осіб, що перебували в екстремальних умовах.

Для діагностики частоти й інтенсивності стресогенних чинників використовували шкалу клінічної діагностики Clinician-Administered PTSD Scale for DSM (CAPS) для оцінки ПТСР. Шкала дає можливість оцінити частоту й інтенсивність сімнадцяти провідних факторів травматичних подій, а також здійснити їх інтегральну оцінку. Дослідження особистісних властивостей здійснювалося за допомогою опитувальника

Г. Айзенка (EPQ). Для комплексних досліджень нами розроблено уніфікований протокол дослідження ПТСР.

Дослідження проводилося на 65 особах чоловічої статі віком 23–40 років, які до цього знаходилися в зоні АТО, а потім перебували на реабілітації в санаторії «Мошногір'я». Під час проведення досліджень ми переконувалися, що в пацієнтів маніфестація симптомів С і D відбулася саме після травмуючої події. Якщо стан пацієнта відповідав діагностичним критеріям ПТСР, то він визначався як такий, що відповідав діагностичним критеріям ПТСР, який розвинувся в посттравматичний період. У наших дослідженнях діагностика властивостей темпераменту проводилася за методикою Г. Айзенка (EPQ, форма А).

Результати досліджень показали наявність статистично значущого (на рівні $p < 0,01$) зв'язку між нейротизмом і показниками шкал клінічної діагностики ПТСР досліджуваних за допомогою CAPS (F – частота, I – інтенсивність і T – загальний бал симптомів).

Аналіз результатів досліджень дає можливість стверджувати, що між рівнем нейротизму й показниками частоти повторення пережитої травматичної події (F), уникнення подразників, що асоціюються з травмою, а також із частотою стійких симптомів підвищеної збудливості є достовірні кореляції ($r = 0,517$ при $p < 0,01$). Нами також встановлено статистично значущий взаємозв'язок між інтенсивністю (I) шкал повторення пережитої травматичної події, уникненням подразників, що асоціюються з травмою, а також з інтенсивністю симптомів підвищеної збудливості ($r = 0,592$ при $p < 0,01$).

Результати досліджень показали тісний взаємозв'язок між нейротизмом і загальним балом (T) симптомів досліджуваного за допомогою CAPS, що становив $r = 0,584$ при $p < 0,01$.

Дослідження не виявило статистично значущого зв'язку між властивістю темпераменту «екстраверсія – інтроверсія» та показниками шкал ПТСР; щоправда, щодо показника F (частота симптомів) є тенденція до прямого зв'язку з інтроверсією – екстраверсією ($r = 0,22$ при $p > 0,05$).

Висновки. Отже, встановлені в результаті емпіричного дослідження психологічні закономірності дають підстави зробити висновки про те, що властивості темпераменту «нейротизм – емоційна стабільність» та «інтроверсія – екстраверсія» впливають на розвиток посттравматичного розладу, а саме: індивіди з високим рівнем нейротизму схильні до посттравматичного стресового розладу. За результатами досліджень осіб із посттравматичними стресовими розладами можна зробити висновки про наявні психофізіологічні відмінності осіб із крайніми проявами ПТСР.

Література:

1. Полковник Стеблюк: «У позиційних війнах небойові втрати перевищують бойові». Веб-сайт Главред, 18 вересня 2016 р.
2. Посттравматичний стресовий розлад. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Київ, 2016. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України, асоціація психіатрів України, всеукраїнське громадське об'єднання родин загиблих та безвісти зниклих, учасників антитерористичної операції, ветеранів війни та активістів волонтерського руху «Крила 8 сотні».
3. Фрідман М. «ПТСР – історія та загальний огляд». Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016. Переклад з англійської.
4. Карачевський А. Адаптація шкал та опитувальників щодо посттравматичного стресового розладу українською та російською мовами. Огляд літератури. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Вип. 25. К., 2-2016. С. 607–622.
5. Cannon W. The wisdom of the body. New York: W. W. Norton, 1932. 215 p.
6. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Наука, 1979. 126 с.
7. Діагностичні критерії для ПТСР згідно з DSM-5 (2016) DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released. Офіційна публікація Міністерства у справах ветеранів США. англ.
8. Курцин И. Кортикальные механизмы регуляции деятельности внутренних органов. М.-Л.: 1966.
9. PTSD: National Center for PTSD. DSM-5 Measures. URL: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/DSM_5_Validated_Measures.asp (accessed: 01.02.2016).
10. Trauma Exposure Measures. URL: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/index.asp> (accessed: 01.02.2016).
11. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSD/2016_121_YKPMO_PTSD.
12. Айзенк Г. Психология: Польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел / Пер. В. Гуриновича. Мн.: Харвест, 2003. 912 с.

Харченко Д. Н., Гурский С. О. Особенности темперамента у лиц, переживших посттравматическое стрессовое расстройство

В статье на основе комплексного анализа психофизиологических свойств была предпринята попытка найти предикторы посттравматического стрессового расстройства. Выявлены особенности взаимосвязи генетически обусловленных свойств темперамента с посттравматическим стрессовым расстройством у лиц, находившихся в зоне боевых действий, а именно между уровнем нейротизма и показателями клинико-диагностических критериев CAPS. Лица с высоким уровнем нейротизма значительно чаще страдают от ПТСР в экстремальных условиях.

Ключевые слова: ПТСР, темперамент, нейротизм, CAPS.

Kharchenko D. M., Hurskyi S. O. Interaction between temperament and posttraumatic stress disorders of participants of the military actions

On the basis of complex analysis of psychophysiological properties, an attempt was made to find predictors of post-traumatic stress disorder. The revealed features of the interconnection of genetically determined properties of temperament with post-traumatic stress disorder in persons who were in the area of combat operations, namely between the level of neuroticism and the indicators of the clinical diagnostic criteria of CAPS, are reliable correlations. Consequently, individuals with a high level of neuroticism have a significantly higher probability of suffering from PTSD in extreme conditions.

Key words: PTSD, temperament, neurothism, CAPS.