

Х. О. Молдавська, Є. В. Опря

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОФІЛЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Kh. O. Moldavska, Ye. V. Oprya

FEATURES OF THE CLINICAL PROFILE OF COMBATANTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, кіндлінг, тривога, депресія, психосоматика, реабілітація*

Key words: *post-traumatic stress disorder, kindling, anxiety, depression, psychosomatics, rehabilitation*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психічною проблемою, що виникає у людей, які були свідками травматичних подій, як-от війна, насильство або природні катастрофи. Хоча існують різноманітні методи лікування ПТСР, не всі пацієнти реагують на них, що підкреслює потребу у розробленні нових та більш ефективних підходів.

З метою вивчення особливостей клініко-психологічних та соматовегетативних проявів психосоматичних розладів у військовослужбовців із ПТСР обстежено 55 чоловіків віком від 20 до 60 років. Підтверджена особливість клінічних проявів ПТСР — флюктуційна (хвилеподібна) схема перебігу. Виявлені психосоматичні розлади, які формувалися внаслідок ПТСР, мали пароксизмальний характер, а найбільш поширеними та вираженими були афективні та тривожні розлади, що підтверджувало теорію кіндлінгу щодо епілептиформної природи процесу.

Отже, досліджувані стани виникають унаслідок порушення електричної активності головного мозку, потребують відповідного електроенцефалографічного обстеження та подальшого впливу на біопотенціали головного мозку з метою корекції виявлених порушень та реабілітації осіб із ПТСР. Врахування клінічних та патогенетичних особливостей формування ПТСР дасть змогу розробити комплексні програми терапії та медико-психологічної реабілітації, що сприятимуть відновленню та покращенню якості життя пацієнтів.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a serious mental health problem that occurs in people who have witnessed traumatic events such as war, violence or natural disasters. Although there are a variety of treatments for PTSD, not all patients respond to them, highlighting the need to develop new and more effective approaches.

In order to study the features of clinical-psychological and somatic-vegetative manifestations of psychosomatic disorders in combatants with PTSD, 55 men aged 20 to 60 were examined. Such a feature of the clinical manifestations of PTSD as a fluctuating (wave-like) flow pattern was confirmed. The identified psychosomatic disorders that were formed as a result of PTSD had a paroxysmal character, and the most common and pronounced were affective and anxiety disorders, which confirmed the kindling theory regarding the epileptiform nature of the process.

Thus, the states under investigation arise as a result of disturbances in the electrical activity of the brain, require an appropriate electroencephalographic examination, and further influence on the biopotentials of the brain in order to correct the detected disturbances and rehabilitate persons with PTSD. Taking into account the clinical and pathogenetic features of the formation of PTSD will allow the development of comprehensive programs of therapy and medical and psychological rehabilitation, which will contribute to the recovery and improvement of the quality of life of patients.

Питання лікування, діагностики та профілактики розладів адаптації, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, що призводять до психологічних та психосоматичних порушень, стали одними з найбільш актуальних для нашої країни. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації є складними психічними станами, що виникають у відповідь на вплив стресових або травматичних подій. Вони характеризуються багатогранною симптоматикою, яка включає як психічні, так і соматичні порушення, що можуть суттєво впливати на функціонування особистості та її якість життя.

Поширеність ПТСР та розладів адаптації залежить від багатьох чинників, включно з характером та інтенсивністю стресорів, культурним контекстом,

доступністю підтримки та іншими індивідуальними особливостями.

У загальній популяції, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність ПТСР протягом життя становить близько 3—4 % [1]. Однак після масових травматичних подій, як-от природні катастрофи або терористичні акти, цей показник може істотно збільшуватися. Наприклад, після землетрусу в Сичуані (Китай) 2008 року рівень ПТСР серед постраждалого населення досягав 20 % [2]. Серед військової популяції — показники ще вищі. Військовослужбовці часто піддаються впливу екстремальних стресорів, як-от бойові дії, загроза життю, поранення або втрата товаришів. За даними досліджень, проведених серед ветеранів війни в Іраку та Афганістані, поширеність ПТСР становить від 13 % до 17 % [3]. Крім того, існує підвищений ризик

розвитку коморбідних психічних розладів, як-от депресія, тривога та залежність від психоактивних речовин [4]. Розлади адаптації є одними з найбільш діагностованих психічних розладів у клінічній практиці, особливо в системі первинної медичної допомоги. За оцінками, до 10—20 % пацієнтів, які звертаються в загальні медичні установи, можуть мати розлади адаптації [5]. Серед військовослужбовців цей показник може бути ще вищим через специфіку їхньої служби та часті зміни умов життя.

Психічні та соматичні симптоми при ПТСР та розладах адаптації міцно пов'язані та можуть впливати один на одного, створюючи порочне коло, яке підтримує та посилює загальний стан пацієнта.

Мета дослідження: вивчити особливості клініко-психологічних та соматовегетативних проявів психосоматичних розладів у військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом.

Обстежено 55 чоловіків віком від 20 до 60 років із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що проходили лікування на клінічній базі кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету в КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Програма дослідження включала застосування клініко-діагностичного, експериментально-психологічного та клініко-статистичного методів. Для експериментально-психологічного обстеження використовували шкалу для клінічної діагностики ПТСР (Clinical administered PTSD Scale — CAPS), шкали Гамільтона для оцінки тривоги та депресії (HAM-A, HAM-D).

Виявлено, що ПТСР може спричиняти не тільки гостра, короткочасна і дуже напружена подія, але й повільні, розтягнуті в часі події, які не мають зовні вираженого прояву. Основними ознаками чинника були тривалість впливу і регулярність повторення.

Крім виникнення класичних психосоматичних захворювань (як-от виразкова хвороба, бронхіальна астма, цукровий діабет і багато інших), ПТСР проявлявся і в загальній зміні психосоматичного стану людини. Це, насамперед, підвищена тривожність, загальна напруга і неможливість розслабитися, а також специфічні тілесні реакції надпильності, перебільшена реакція на зовнішні подразники, а також готовність до негайного захисту або навіть нападу. Тобто начебто людина перебуває в ситуації постійної загрози.

Крім того, підтверджена особливість клінічних проявів ПТСР — флюктуаційна (хвилеподібна) схема перебігу. Симптоми зникають практично повністю на деякий час, але раптово, під впливом найменшого стресора, а іноді і без видимих причин, з'являються знову. Виявлені психосоматичні розлади, які формувалися внаслідок ПТСР, мали пароксизмальний характер, а найбільш поширеними та вираженими були афективні та тривожні розлади, що підтвер-

джувало теорію кіндлінгу щодо епілептиформної природи процесу, що лежить в основі розвитку таких розладів, та дає можливість припущення щодо наявності ланцюга взаємопов'язаних пароксизмальних станів — від субклінічного пароксизмального процесу (м'язові дрижання, здригання під час засинання) до звичайних рудиментарних проявів пароксизмальності (дисфорії, пароксизмальні депресії, панічні атаки та флешбеки).

Клініко-психопатологічне та експериментально-психологічне обстеження із застосуванням шкал Гамільтона для оцінки тривоги та депресії підтвердило, що одним із базових клініко-психопатологічних проявів, які спостерігають у хворих на ПТСР, є зміна самопочуття, яка супроводжується появою невмотивованої тривоги та елементами неспокою. Більшості обстежених хворих притаманне виражене посилення тривожності. Клінічними проявами тривоги у обстежених були почуття побоювання (72,7 %), напруги (89,1 %), роздратування (83,6 %), внутрішнього дискомфорту (63,6 %), невмотивованого занепокоєння (92,7 %), які виявлялися в поведінці, мові і міміці хворих.

Як фізіологічні ознаки тривоги розглядали гіпервентиляцію, затримку дихання, часте сечовипускання, рясне потовиділення, серцево-судинні розлади, головний біль, біль в ділянці серця, шлунково-кишкові порушення — сухість у роті, біль у шлунку, підвищене виділення газів, діарея.

Настрій обстежених хворих характеризувався нестійкістю: періоди спокійного настрою чергувалися з дратівливістю, озлобленістю, схильністю до агресії. Хворі були сумними, легкодушними, плакали, нарікали на невдале життя. Афективні розлади були неглибокими, легко оборотними, мали виражений тривожний відтінок і часто супроводжувалися фобіями з конкретним життєвим змістом, непосидючістю. У 9 хворих спостерігалися експлозивність у вигляді спалахів роздратування, що швидко змінюються заспокоєнням, або дисфоричний відтінок настрою з в'язким афектом невдоволення, роздратування, злості (16,4 %).

У більшості хворих афективні порушення спостерігалися у структурі складних синдромів (астено-депресивного, тривожно-іпохондричного та інших). Найчастішими варіантами афективних станів у хворих були депресивні, дисфоричні та психопатоподібні розлади. У 15 хворих (27,3 %) відзначалися глибокі та тривалі депресивні стани, виражені експлозивні реакції виявлені у 17 обстежених (30,9 %) пацієнтів. У деяких обстежених хворих у клінічній картині переважали не депресивні, а дисфоричні явища з психопатоподібною поведінкою.

Депресивні розлади були широко представлені в клінічній картині у обстежених хворих. Спостерігалися зниження настрою, тужливість чи тривожність, самозвинувачення, млявість, апатія, небажання щось робити, загальна слабкість, нездатність

до активних занять, песимістична оцінка власного існування та майбутнього. Досить типовим було поєднання зазначеного депресивного синдрому з різноманітними соматичними скаргами (приступи серцебиття, тремор, м'язова слабкість, зникнення апетиту, розлади сну), явищами астенії, інколи — з руховим занепокоєнням. Депресивні розлади виявлялися загальмованістю та апато-депресивним синдромом, ажитацією та тривожно-депресивним синдромом, іпохондричним синдромом та іншими типами депресій (табл. 1).

Таблиця 1. Депресивні розлади у обстежених хворих

Тип депресії	Абс. (n = 55)	%
Апато-депресивний синдром	14	25,4
Тривожно-депресивний синдром	27	49,1
Іпохондричний синдром	4	7,3
Інші типи депресій	4	7,3
Без ознак депресії	6	10,9

Ознаки депресії виявлені в 49 хворих (89,1 %) (див. табл. 1).

У 35 хворих (63,6 %) спостерігалася виражена алгічна симптоматика та диспептичні розлади. Вегетативне забезпечення вітальних функцій свідчило про надмірне збудження. Під час фізикального обстеження хворих виявлено синдром вегетативної дистонії з переважанням симпатикотонії, у вигляді змін артеріального тиску з тенденцією до підвищення (49,1 %), тахікардією (67,3 %), пітливістю (63,6 %). Гіпервентиляційний синдром відзначено у 78,2 % хворих.

У 61,8 % обстежених хворих сон був уривчастим, з частими пробудженнями, 69,1 % хворих прокидалися з почуттям занепокоєння, порушення засинання відзначалося у 47,3 %, ранні пробудження — у 76,4 % хворих. Сон у 63,6 % випадків супроводжувався рясними сновидіннями, яскравими, кольоровими, сценopodobними або калейдоскопічно миготливими, зазвичай жахливого, авантюрно-детективного чи професійного змісту, насиченими різноманітними гучними звуками та відчуттями швидкого руху. Водночас 80 % хворих прокидалися в страху, у поті і не були здатні одразу розмежувати сновидіння від дійсності. Часті пробудження в 38,1 % випадків призводили далі до повного безсоння.

Рівень тривоги визначали за шкалою Гамільтона. При значеннях 20 і вище балів вважали, що розлади тривожного ряду є, а обрані способи контролю тривоги — не ефективні. При значеннях менше ніж 8 балів робили висновок про відсутність тривоги (лінійний профіль) або її ефективну компенсацію [6].

Порівняння розподілу рівня тривоги у обстежених хворих проводили з рівнем тривоги, що відповідає нормальному розподілу тривоги у здоровій популяції («формула кривої нормального розподілу де Муавра») (табл. 2). Нормальний розподіл становить 16 %; 68 %; 16 %.

Таблиця 2. Розподіл рівнів тривоги у обстежених хворих

Рівень тривоги	Абс. (n = 55)	%
Низький	3	5,4*
Середній	21	38,2*
Високий	31	56,4*

Примітка: * — достовірність відмінності проти норми ($p < 0,05$)

Як впливає з наведеної таблиці 2, серед обстежених хворих кількість осіб із високим рівнем тривоги істотно більша проти норми. Кількість осіб із низьким та середнім рівнем тривоги суттєво менша, ніж у нормі.

Депресія, як і тривога, є одним із основних клініко-психопатологічних компонентів ПТСР. Депресивний синдром характеризувався зниженим настроєм із втратою працездатності, зниженням інтересу до навколишнього, до власних проблем.

За допомогою шкали Гамільтона встановлена частота депресії різного ступеня вираженості у обстежених хворих (табл. 3).

Таблиця 3. Ступінь депресії за шкалою Гамільтона у обстежених хворих

Ступінь депресії	Абс. (n = 55)	%
Немає	3	5,4
Легкий	17	30,9
Помірний	20	36,4
Виражений	15	27,3

Як впливає з наведеної таблиці 3, у обстежених хворих найчастішою була депресія середньої тяжкості (помірна — 6,4 %), дещо рідше спостерігалася важка депресія (виражена — 27,3 %). Не виявлено ознак депресії лише у трьох пацієнтів (5,4 %).

Феноменологія психічних та соматичних порушень при ПТСР та розладах адаптації є складною та багатовимірною. Розуміння цих проявів та їх взаємозв'язків є ключовим для ефективної діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів. Флуктуаційна (хвилеподібна) схема перебігу клінічних проявів ПТСР, серед яких тривога та депресія, підтверджує гіпотезу, що досліджувані стани виникають унаслідок порушення електричної активності головного мозку, потребують відповідного електроенцефалографічного обстеження та подальшого впливу

на біопотенціали головного мозку з метою корекції виявлених порушень та реабілітації осіб із ПТСР.

Врахування клінічних та патогенетичних особливостей формування ПТСР дасть змогу розробити індивідуалізовані та ефективні комплексні стратегії терапії та медико-психологічної реабілітації, що сприятимуть відновленню та покращенню якості життя пацієнтів.

Список літератури / References

1. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.
2. Kun, P., Chen, X., Han, S., Gong, X., Chen, M., Zhang, W., & Yao, L. (2009). Prevalence of post-traumatic stress disorder in Sichuan Province, China after the 2008 Wenchuan earthquake. *Public health*, 123(11), 703–707. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.09.017>.
3. Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., Elbogen, E., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 31, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003>.
4. Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review

and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>.

5. Maercker, A., & Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S3–S13. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1449967>.

6. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32: 50-55.

Надійшла до редакції 10.10.2024

МОЛДАВСЬКА Христіна Олегівна, аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; <https://orcid.org/0009-0005-5163-0875>; e-mail: moldavskaakristina@gmail.com

ОПРЯ Євген Васильович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-5232-1891>; e-mail: yoprya@yahoo.com

MOLDAVSKA Khrystyna, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, narcology, medical psychology and psychotherapy of the Odesa National Medical University, Odesa; Ukraine; <https://orcid.org/0009-0005-5163-0875>; e-mail: moldavskaakristina@gmail.com

OPRYA Yevgen, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, narcology, medical psychology and psychotherapy of the Odesa National Medical University, Odesa; Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-5232-1891>; e-mail: yoprya@yahoo.com