

Сарвір І. М.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Особливості диференціальної діагностики психічних розладів у воєнний час

Сучасні умови воєнного часу в Україні становлять значну загрозу як для біологічного існування людини, так і для її психічного благополуччя та адаптивного психологічного функціонування. Одночасно діє безліч факторів, які сприяють погіршенню психологічного стану і виникненню тих чи тих розладів психіки і поведінки: власне бойові дії, погіршення соціально-економічного стану, вимушене переселення, втрата житла, загибель близьких, когнітивно-інформаційне навантаження тощо.

Поширеність розладів психіки та поведінки збільшується, причому переважно їх непсихотичних форм, насамперед — невротичних розладів та реактивних станів, наслідком останніх є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР — за класичними вітчизняними клінічними класифікаціями).

Актуальність диференціальної діагностики невротичних розладів і ПТСР зумовлена, по-перше, схожістю їх клінічної картини у багатьох випадках, по-друге — можливістю одночасної дії різноманітних психотравматичних факторів. Саме визначення такого травматичного чинника, який став етіопатогенетичним у розвитку захворювання, і може бути ключовим для обґрунтованого діагнозу у кожного конкретного пацієнта.

Термін «психогенний» потребує чіткого визначення стосовно розмежування різних розладів психіки і поведінки. Зокрема, досі для опису етіопатогенетичного чинника ПТСР використовують термін «психогенний», «психотравматичний» тощо. Слід зазначити, що за класичними клінічними класифікаціями реактивні стани, які в подальшому призводять до розвитку ПТСР, зумовлені такими винятково загрозливими або катастрофічними подіями, які можуть спричинити стрес майже у кожної людини, поза залежністю від її преморбідних особливостей. На відміну від цього психогенія, яка є чинником розвитку неврозу, має суто індивідуальне значення для кожної людини. Значущість психогенії, в свою чергу, міцно пов'язана з таким прикметником, який надає характеристику неврозу.

Невроз має конфліктогенне походження. Найважливішою особливістю конфлікту є його інтрапсихічний, внутрішньоособистісний характер, що зачіпає особливо значущі взаємини особистості. Патогенність інтрапсихічного конфлікту також зумовлена його неусвідомленістю. Виходячи з цього, стає зрозумілим індивідуальна значущість чинників, які для кожної конкретної людини можуть набути характер психогенії.

Як зміст інтрапсихічного конфлікту, так і зміст психогенії відображаються в клінічній картині неврозу, тобто визначають неврозогенез. Саме останнє

зумовлює різноманітність симптоматики неврозу, його патоморфоз і труднощі в діагностиці і лікуванні цієї патології.

Характеристика клінічної симптоматики, виявлення психогенії, внутрішньо особистісного конфлікту — це неодмінні складники для так званої «позитивної» діагностики неврозу, а саме встановлення психологічно зрозумілого зв'язку між особистісними особливостями хворого, особливостями психотравматичної ситуації та симптоматикою.

Не менш важливою частиною діагностики є «негативна» діагностика, основним завданням якої є виключення наявності органічної патології, інших розладів психіки і поведінки, подібних за проявами.

За визначенням Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду, ПТСР «може розвинути після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру».

Така травматична стресова подія і те, що за нею відбувається, є досвідом гострого і раптового зіткнення людини, її переконань, уявлень про світ, з реальністю, має характеристики, які є найбільш психологічно значущими: 1) суперечність базовим переконанням особистості, перегляд яких сприймається як загроза існуванню; 2) несподіванка, яка зумовлена об'єктивно, але має також суб'єктивний складник (через механізм психологічного захисту, а саме заперечення, людина не допускала можливості події); 3) непоправність того, що сталося.

В гострому періоді реакцією на травматичну подію є крах системи цінностей, переконань, уявлень про світ і про себе (ідентичності), що загалом становить когнітивну модель світу індивіда. Прагнення компенсувати цю катастрофу реалізується у вигляді одночасного існування двох протилежних тенденцій: спроби зберегти колишню систему цінностей та переконань; перегляду та створення нової, більш гнучкої та життєздатної системи.

Тобто, з одного боку, людина намагається переробити, переосмислити травматичну подію для включення цього досвіду у власну когнітивну модель, з другого — заперечує цю подію, виключає її зі своєї системи світу. Саме й відображенням цих тенденцій є симптоми ПТСР: вторгнення травми (спогади, сновидіння, інші форми повторного переживання) та її уникнення.

У хворих на ПТСР порушена здатність до інтеграції травматичного досвіду з іншими подіями життя. Сутність психічної травми полягає саме в тому, що травматичні спогади залишаються неінтегрованими в когнітивну схему індивіда і практично не трансформуються згодом. Внаслідок цього жертва залишається «застиглою», фіксованою на травм

як на актуальному переживанні, замість прийняття її як події минулого. Водночас травматичні спогади існують у пам'яті як інтенсивні емоції та соматосенсорні явища.

Висновки. Отже, ретельне вивчення психогенії як етіопатогенетичного чинника розвитку захворю-

вання дає змогу провести диференціальну діагностику розладу психіки, що забезпечує вибір адекватної терапевтичної тактики і ефективність лікування загалом. Доцільним, на нашу думку, є також термінологічне розмежування факторів, які спричиняють невротичні розлади, і факторів розвитку ПТСР.