

## **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

**Лисенко О.С.**

*випускник кафедри післядипломної освіти,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

### **ВПЛИВ ПТСР ТА ГСР НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ**

В зв'язку з виникненням труднощів внаслідок адаптації до стресу в людини може виникнути ряд психологічних розладів, що супроводжуються неприємними відчуттями. Вплив травм на людину може мати різну інтенсивність, оскільки суб'єктивна оцінка залежить від властивостей емоційного та фізичного здоров'я людини. Важливо проводити покращення методик психологічної допомоги, які будуть безпечними та ефективними для пацієнтів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може мати хронічний характер, призводити до інвалідизації особистості. Діагноз встановлюється на основі наявного впливу екстремальних стресових факторів, до яких належать небезпека для життя, сексуальне насильство, важкі травми тощо. ПТСР тісно пов'язаний з гострим стресовим розладом (ГСР), але окрім впливу стресору, обидва розлади потребують визначення додаткових факторів, які стосуються змін настрою, збудження, реактивності та ін. Особи з ГСР мають тривалість симптомів від 3 днів до 1 місяця, в людей з ПТСР – від 1 місяця. Встановлено, що понад 80% дорослих людей в США зазнають травматичних подій, які стосуються ПТСР та ГСР, які включають в себе військове, сексуальне насильство, травми. Доцільно вивчати первинну профілактику, яка може полягати в здоровому способі життя, вторинну, яка відбувається за допомогою визначення діагнозу скрінінговими програмами в період після отриманого захворювання, але до появи симптоматики, а також третинну профілактику для подальшого зниження симптомів із допомогою лікування за умов прояву хвороби. Державна політика та

створення умов для підтримки громадського здоров'я можуть суттєво сприяти зменшенню насильства та травматичних подій з метою зменшення захворюваності на ПТСР та ГСР. Багато клінічних досліджень зосереджені на вторинній профілактиці ПТСР, що допомагають визначити осіб з найвищим ризиком виявлення порушень. Існують також дані, що гідрокортизон вивчають для запобігання розвитку ПТСР. Виявлені методи потребують подальших досліджень [6, р. 357; 358].

Стресорна відповідь впливає на весь організм людини, на її емоції та поведінку, що виявляється соматичними та фізіологічними проявами. В розвитку розладів адаптації важливу роль відіграє ПТСР та ГСР. Стрессова ситуація вимагає прийняття рішення, що супроводжується напруженням функцій організму, тому за умов тривалого впливу проблеми, напруження зберігається або зростає, що призводить до розвитку стресу. Особисті когнітивні оцінки на події визначають ступінь їх стрессового значення, що може бути пов'язано з психічним та фізіологічним статусом людини [5, с. 74; 75].

Пацієнт з ПТСР може відчувати беззахисність, що заміщується почуттям провини. Причина пояснюється бажанням контролювати ситуацію, навіть помилково, ніж відчувати вразливість. При важких травмах відзначаються почуття приниження. Вірогідна поява почуття сорому. Важливо зазначити, що стресор має різний ступінь тяжкості, тому для встановлення ПТСР за умов, якщо стрес не є екстремальним, варто визначити розлади адаптації. Вивчають obsesивно-компульсивний розлад, який супроводжується нав'язливими думками, які сприймаються як невчасні і не пов'язані з конкретною травмою. Проводять аналіз флешбеків, які при ПТСР відрізняють від ілюзій і галюцинацій при психотичних розладах, таких як шизофренія, делірій, внаслідок зловживання психоактивними речовинами [2, с. 216-217].

Повідомляється про розвиток невротичних та психосоматичних розладів в онкохворих пацієнтів. Виражена тривожно-депресивна симптоматика може призвести до розвитку суїцидальних думок, у деяких випадках ймовірно здійснення самогубства. На даний час не

встановлена система достовірних ознак, за якими можна встановити планування суїциду онкологічного хворого. Встановлено, що ризик суїциду в онкологічних пацієнтів в 2-3 рази вище порівняно зі здоровим населенням. Страх рецидивів, метастазів може супроводжуватися психологічною та психосоціальною дезадаптацією [1, с. 43].

Агресивна поведінка, за умов регулярності та відсутності доцільної оцінки підлітком та батьками, поступово може стати стійкою, перетворюватись у властивість характеру. Інші підлітки, що піддалися впливу насилля, іноді здатні співчувати агресору домашнього насильства [3, с. 20].

Психічні порушення та захворювання, що викликані стресом, викликають зміни нейронної архітектури, атрофію та стискання апікальних дендритів в гіпокампі та префронтальній корі, існує кореляція між щільністю дендритів й виразністю тривоги/депресії, спостерігається вплив цих явищ на синаптичні шипики гіпокампу. Гострий стрес викликає активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до підвищення рівня кортикостероїдів [4, с. 20].

Встановлено, що гіпофізарний аденілатциклаза-активуєчий поліпептид (Pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide (PACAP)) та його рецептор PAC1 відіграють роль у реакції на стрес. В дослідженні прийняли участь 502 молодих жінки 18-28 років. Переважна більшість – 99% мали польську національність, решта були українками та шведками – 1%. Серед них 96% жінок були одинокими, 54,6% отримали середню освіту, інші мали щонайменше ступінь бакалавра. Встановлено зв'язок між поліморфізмом rs2302475 гену PAC1 (ADCYAP1R1), та проблемою вживання алкоголю серед молодих жінок [7, р. 1483; 1484; 1488].

ПТСР та ГСР має вплив на якість життя пацієнтів, тому необхідно покращувати розробку безпечних та ефективних методів психологічної підтримки. Важливо проводити етично вірний підхід до пацієнтів, враховувати, що психологічні розлади можуть викликати фізіологічні зміни в організмі людини. Своєчасна

діагностика та методи профілактики є засобами для якісного лікування пацієнтів.

### **Список використаних джерел:**

1. Безрук Р.И. Психокоррекция и психотерапия невротических расстройств и суицидальных тенденций у онкологических больных / Р.И. Безрук // Медична психологія. – 2017. – № 1. – С. 43–45.
2. Коваль І. А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці / І. А. Коваль // Проблеми сучасної психології. – 2015. – Вип. 27. – С. 210–219.
3. Романова И.В. Психологическая коррекция и психотерапия невротических расстройств у подростков, пострадавших от насилия / И.В. Романова // Медична психологія. – 2017. – № 1. – С. 19–21.
4. Франкова І.О. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія / І.О. Франкова // Нейронews. – 2017. – Т. 3, № 87– С. 20–25.
5. Шелестова О.В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу / О.В. Шелестова // Медична психологія. – 2016. – № 4. – С. 74–77.
6. Howlett J.R. Prevention of trauma and stressor-related disorders: a review / J.R. Howlett, M.B. Stein // Neuropsychopharmacology. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 357–369.
7. PAC1 receptor (ADCYAP1R1) genotype and problematic alcohol use in a sample of young women / W. Ł. Dragan, P. M. Czerski, M. Dragan // Neuropsychiatr. Dis. Treat. – 2017. – Vol. 13. – P. 1483–1489.