**Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу.**

Перші дослідження стосовно впливу надзвичайних ситуацій на психічний стан людей розпочались наприкінці ХΙХ - на початку ХХ сторіччя (Г. Оппегейм, Дж. Еріксон, З. Фройд, Е. Крепелін, Ганнушкін П.Б., Гіляровський В.О., Краснушкін Є.К., Мясищев В.М. та ін.). Однак досить широко ці питання почали розроблятися в 60-70-і роки в США в зв'язку з необхідністю реабілітації ветеранів війни у В'єтнамі (М. Горовітц, С. Фіглі, Р. Пітман та ін). Саме тоді М.Горовітцем зі співавторами було введене поняття “посттравматичний стресовий розлад” (роst traumatic stress disorder - PTSD).

У вітчизняній науці систематичне вивчення проблем ПТСР почалося у 80-і роки в зв'язку з ліквідацією наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС (Краснов В.М., Напреєнко О.К., Табачников С.І., Тарабріна Н.В., Шестопалова Л.Ф., Яковенко С.І. та ін.), соціально-психологічною реабілітацією ветеранів війни в Афганістані (Абдурахманов Р.А., Знаков В.В., Тарабріна Н.В., Шестопалова Л.Ф. та ін.). Останнього часу зростає кількість досліджень з проблем порушень психо-соціального функціонування внаслідок дії психотравмуючих факторів у жертв терористичних актів і кримінальних злочинів, а також у біженців та мігрантів (Ахмедова Х.Б., Ідрисов К.А., Краснов В.М., Кікелідзе З.І. та ін.).

На думку Кожевнікової В.А., у всіх постраждалих, що пережили життєво небезпечні ситуації поза професійною діяльністю, мають місце порушення психічного здоров'я: повний варіант ПТСР діагностується у 55,1 % осіб, окремі симптоми цього розладу - у 44,9 %. В цілому, прояви PTSD спостерігаються у 1-3% всього населення (у жінок приблизно в 1,5 рази частіше), а окремі компоненти цього розладу - у 5-15% населення.

Основний прояв PTSD :

**1) Особа знаходилася під впливом травмуючої події, при цьому повинні виконуватися дві умови:**

а) особа була учасниким, свідком події, яка включає смерть чи загрозу смерті, чи загрозу, чи загрозу серйозних ушкоджень, чи загрозу фізичної цільності інших людей (або власної)

б) реакція особи включає сильний страх. У дітей реакція може заміщатися дезорганізуючою поведінкою.

**2) Постійне повернення людини до переживань, пов'язаних з травмуючою подією:**

- нав'язливі, постійно повторюються, викликають неприємні емоційні переживання, спогади про пережите;

- сни і нічні кошмари, пов'язані з психотравмуючою подією, що постійно повторюються;

- так званий "флешбек"(flashback)-эффект;

- спалахи негативних емоційних станів, спровокованих якими-небудь подіями, що асоціюються з обставинами "події";

- у дітей може появитися гра з травматичним сюжетом, яка постійно повторюється

**3) Стійке прагнення людини уникати всього, що хоча б опосередковано може нагадувати йому про травму, і намбінг – блокування емоційних реакцій. Визначається за наявністю трьох (і більше) особливостей, які перераховані нижче:**

1) прагнення уникати будь-яких думок, ситуацій, розмов, зв’язаних з травмою;

2) зусилля з уникнення дій, місць чи людей, які сприяють спогадам про травму;

3) нездатність відтворити в пам'яті основні, важливі елементи травмуючої ситуації (психогенна амнезія);

4) помітна втрата колишніх інтересів і захоплень;

5) відчуття відчуженості з формуванням своєрідного відсторонення від навколишнього реального світу;

6) помітне зниження позитивних емоційних переживань (нездатність наприклад, до почуття любові);

7) почуття відсутності перспективи, невпевненості в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар’єри, одруження, дітей чи побажання довгого життя).

**4) Прояви підвищеної збудливості, які були відсутні до травми. Визначаються за наявністю двох і більше симптомів:**

1) важкість із засипанням чи поганий сон (раннє пробудження);

2) дратівливість чи спалахи гніву;

3) труднощі із зосередженістю уваги;

4) підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози;

5) гіпертрофована реакція переляку.

 **5) Довготривалість протікання розладу (симптоми в критеріях 2,3,4 виникають протягом 6-ти місяців).**

 **7) Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан чи порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.**

У людей, які пережили надзвичайні ситуації, змінюється якість життя в цілому і окремих його параметрів. Оцінка якості життя пацієнтами з ПТСР за всіма показниками перебуває на рівні нижче середньої.

Пацієнти з ПТСР достовірно частіше осіб з окремими ознаками ПТСР проявляють відверті агресивні реакції та використовують деструктивні способи вирішення конфліктних ситуацій. Існуючі афективні розлади поглиблюють порушення комунікативної сфери, що призводить до загального погіршення мікросоціального функціонування і зниження якості життя.

Механізми психологічного захисту (МПЗ) у осіб, які пережили різні надзвичайні події, суттєво відрізняються від типових захисних механізмів у здорових людей. У пацієнтів з симптоматикою ПТСР переважають **механізми проекції, регресії та заперечення**. Найрідше зустрічались механізми психологічного захисту у вигляді компенсації, витіснення та заміщення.

Вираженість симптомів коливається, але посилюється під час стресових ситуацій.

Особи з ПТСР часто переживають вторинну травматизацію, яка виникає в результаті негативних реакцій інших людей, медичного персоналу і працівників соціальної сфери на проблеми, з якими зіштовхуються люди, які перенесли травму. Ці негативні реакції інших проявляються в неприйнятті самого факуту травми, зв'язку між травмою і стражданнями індивіда, звинуваченням жерт, відмові в наданні допомоги.

**Сприятливий прогноз буває при:**

- швидкій появі і недовгому існуванні симптомів;

- доброму фізичному і психічному стані до виникнення PTSD;

- відсутності інших психічних і соматичних захворювань;

- стійкому соціальному положенні;

- віці 20-40 років;

- достатня освіченість;

- наявності соціальної підтримки з боку суспільства і особливо групи близьких людей (соціальні компенсації певним категоріям потерпілих осіб повинні бути обґрунтовані, оскільки необґрунтовані компенсації сприяють соціально-психологічній напруженості). У цей момент дуже важливо дати відчути людині, що вона не самотня.

Психотерапії належить головне місце в корекції подібних порушень, але при виражених загостреннях PTSD показано призначення антидепресантів і транквілізаторів, проте доцільно обмеження лікування в часі для запобігання

виникнення залежності.

Проведення психореабілітаційних заходів з урахуванням типів соціальної адаптації людини дозволяє найбільш ефективно корегувати психічні порушення і відновлювати стабільний психічний стан людини. Це необхідне як для безпеки самої людини, так і оточуючих його людей.