

ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ЯК ТРАВМУЮЧА ПОДІЯ У ЕНДОГЕННИХ ХВОРИХ

УДК 159.9.07

Черняк Анастасія Валеріївна,
*аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології
КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна*

Анотація. У статті розглядається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у відповідь на психоз та пов'язані з ним переживання, що є предметом зростаючої галузі досліджень. Повідомляється про широкий діапазон поширеності переживань психозу пов'язаних з ПТСР, проведене автором дослідження вказує на зв'язок з дефініційними та методологічними невідповідностями в оцінці психотичних травм пов'язаних з ПТСР. З метою оцінки травматогенних ефектів психозу були обстежені пацієнти, які перенесли психози ендогенного і екзогенного походження. В дослідженні запропонований клініко-психопатологічний та клініко-психологічний інструментарій для виявлення ризиків формування психоз-асоційованої травми та посттравматичного стресового розладу, а також значення дісоціативних механізмів у розвитку травматичних ефектів.

Ключові слова: психотичний епізод, шизофренія, травматична подія, психодіагностика, посттравматичний стресовий розлад.

Актуальність дослідження. При вивченні психозів та травм були значні докази, що підтверджують підвищений рівень травматизму при психозах та шизофренії. ПТСР часто зустрічається внаслідок психологічної травми серед людей з психозом. Поточний рівень ПТСР повідомляється в різних дослідженнях від 25% до 48% у цій популяції, майже в десять разів вищий, ніж у загальної сукупності (Смулевич, 2004).

Виникнення психотичного розладу може бути руйнівним явищем для людини, що суттєво вплине на сприйняття себе, самооцінку та здатність адекватно функціонувати (Волошин, 2014). Психотичні симптоми та досвід лікування можуть призвести до симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Davidson, 2016), подібних до тих, що спостерігаються в осіб, які пережили такі травматичні події, як катастрофи та жорстокість.

Психотичні симптоми, такі як імперативні галюцинації з тенденцією заподіяння шкоди собі чи іншим, марення переслідування, або дезорганізована поведінка можуть призвести до фобічних реакцій. Примусові втручання, такі як мимовільна госпіталізація, ізоляція/обмеження та примус до прийому ліків, можуть надати додаткову травму (Морган, 2017).

Короткий аналіз літератури. У літературі, що стосується психологічних реакцій на психози (шизофренічні психози - діагнози за МКБ-10 F 20.0, F 20.1) (МКБ-10, 1994) та їх лікування, наголошується як на постпсихотичній депресії, так і на постпсихотичних симптомах ПТСР. Фактично, ПТСР зараз розглядається як вторинна психічна хвороба після психозу. Понад 20 років тому Шанер повідомляв про те, як у людини розвинулися симптоми після шизофренічного епізоду, які відповідали ПТСР (Lu, 2011). Ці симптоми включали повторне переживання травматичної події(подій), уникнення пов'язаних з травмою подразників та надмірне збудження. З тих пір понад 17 досліджень повідомляють про високий рівень постпсихотичних симптомів ПТСР, пов'язаних з психотичним досвідом (Myin-Germeys, 2012). Реакція на психоз та його лікування додатково ускладнюється наслідками психічного захворювання, анозогнозією та соціальною стигмою щодо психічних захворювань. Особи на початку психозу часто уникають професійної допомоги через стурбованість стигмою, а негативні наслідки інтерналізації стигми на функціонування та самопочуття були добре задокументовані. Ці

травматичні життєві події, поряд із травматичним досвідом психотичних епізодів та психіатричного лікування, концентрують увагу на необхідності зменшення наслідків постпсихотичної травми у даній популяції.

Мета. Оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані з психотичними симптомами та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних методів.

Завдання. Зробити порівняльний аналіз особливостей та різниці проявів посттравматичних симптомів після ендogenous та психогенного психозу. Розробити керівні принципи клінічної практики з діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом. Вивчити умови формування, клінічні закономірності розвитку посттравматичних симптомів після психозу, і визначити особливості його перебігу і наслідків. Визначити прогностичну і диференційно-діагностичну значимість окремих клінічних та клініко-патогенетичних параметрів посттравматичних симптомів після психозу. Обґрунтувати клінічно адекватні підходи до вибору методів терапії і профілактики посттравматичних симптомів після психозу.

Методи. Для вирішення поставлених завдань було використано контент – аналіз; заходи виміру ПТСР; аналіз, синтез, узагальнення показників ПТСР.

Виклад основного матеріалу. Було оцінено контент-аналізом двадцять одне дослідження ПП-ПТСР (ПТСР, переживання пов'язані із психозом - ПП-ПТСР) із показником поширеності від 11 до 51%. У чотирнадцяти дослідженнях (67%) використовувались потужні заходи виміру ПТСР, але ПП-травма не була конкретно визначена або оцінена валідованими заходами. Одинадцять досліджень (52%) оцінювали ПТСР до того, як минув достатній час після травми. Через значні методологічні обмеження неможливо було переглянути показники ПП-ПТСР та надати переглянута оцінку поширеності.

Існують труднощі щодо виявлення найгіршої травматичної події, пов'язаної з психозом, можливо тому, що, як і при ПТСР через фізичну хворобу (Kangas, Henry, Bryant, 2002), або тривале сексуальне чи фізичне насильство (Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk, Mandel, 1997), досвід психозу може бути хронічним та/або повторюватися з окремими травматичними подіями, що відбуваються протягом тривалого періоду. Тим не менше, факти свідчать, що суб'єктивні загрози, пов'язані з психозом, можуть бути травматичними, що призводить до нав'язливих спогадів, які загрожують «тут і зараз» і призводять до ПП-ПТСР.

Основними цілями огляду було (1) визначити фактори, що посилюють або зменшують стійкість оцінки ПП-ПТСР та (2) оцінювати докази щодо цих визначених критеріїв, включаючи їх вплив на рівень поширеності ПП-ПТСР.

Визначення факторів, необхідних для надійної та достовірної діагностичної оцінки ПП-ПТСР, з метою вибору критеріїв для оцінки досліджень ПП-ПТСР було досягнуто у два етапи. По-перше, звернення до літератури про ПТСР, щоб визначити ключові методологічні фактори в загальній оцінці ПТСР. По-друге, обговорення критеріїв та досягнення консенсусу щодо основних критеріїв для надійної та достовірної діагностичної оцінки ПП-ПТСР.

Наступні фактори були обрані для їх узгодженості з базою даних досліджень, найкращими практичними клінічними рекомендаціями, а нещодавно переглянуто DSM-5 та запропоновано ICD-11 (Maercker, 2013) діагностичними критеріями ПТСР. Є чотири фактори, два пов'язані з оцінкою психозу, переживаннями пов'язаними з психозом, і два з вимірюванням ПП-ПТСР. Вони описані нижче та узагальнені в таблиці 1 разом із їх гіпотетичним впливом на показники поширеності.

Визначення терміну «травма, пов'язана з психозом» обмежувалось надзвичайно загрозливими конкретними подіями, тим самим мінімізуючи діагноз ПП-ПТСР, де інший діагноз, такий як «постпсихотична депресія»,

може бути більш доречним. Чітке визначення минулих конкретних подій важливо для розрізнення травматичних спогадів про події, пов'язані з психозом, та поточного досвіду, пов'язаного з психозом, з метою мінімізації надмірної оцінки ПП-ПТСР.

І навпаки, якщо травматичний стрес натомість апріорі визначений дослідником (наприклад, випадки лише госпіталізації), респондент може повідомити про реакцію на подію (події), відмінну від найгіршого психологічного травматичного досвіду, що призводить до недооцінки ПП-ПТСР.

Отже, дослідження отримували вищий рейтинг якості, якщо учасники обирали найбільш травмуючу подію, пов'язану з психозом, як у загальнодоступних дослідженнях ПТСР (Green, J. S., 1996). Більш низькі рейтинги можуть бути пов'язані з перевищенням/заниженням оцінки або ПП-ПТСР (табл 1).

Таблиця 1

Рейтингова система для оцінки якості досліджень поширеності ПП-ПТСР

Критерії оцінки	Оцінка психоз-травматичних стресових факторів	Вплив на рівень поширеності
1 Визначення психози, пов'язаної з травмою	0 = не визначено / незрозуміло, якщо травма пов'язана з психозом 1 = заздалегідь визначений як конкретний аспект психозу (наприклад, мимовільний прийом), так і конкретний епізод (наприклад, поєднаний досвід симптомів та госпіталізація в останній епізод) 2 = самоідентифікований «найгірший момент» психотичної травми	Ризик переоцінки / недооцінки
2 Вимірювання психози, пов'язаної з травмою	0 = не застосовується жоден захід або процедура не повідомляється 1 = недійсний захід 2 = перевірена міра	Ризик переоцінки / недооцінки

I. Оцінка ПП-ПТСР 3 Час після травми	0 = менше місяця / не повідомляється 1 = можливо менше місяця 2 = принаймні 1 місяць після конкретної події	Ризик завищеної оцінки: Вищий рейтинг якості з меншою поширеністю
4 Інструмент оцінки ПП-ПТСР	Не застосовується = поширеність не повідомляється 0 = самозвіт 1 = перевірене інтерв'ю, включаючи CAPS 2 = CAPS для шизофренії (CAPS-S) або еквівалент (Клінічно введена шкала ПТСР)	Ризик завищеної оцінки: Вищий рейтинг якості з меншою поширеністю

Незважаючи на те, що кількісна література задокументувала психологічні реакції на психоз та його лікування, брак даних щодо того, як сприймають психотичні симптоми або досвід примусового лікування саме люди з психозом. Якісні методи дослідження - це перспективна стратегія для розуміння суб'єктивного досвіду та пропозиції щодо потенційно корисних підходів до лікування.

Поточне дослідження мало на меті оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані з психотичними симптомами та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних методів. Завданням було дослідити аспекти симптомів та лікування, які сприймалися як травматичні.

Дослідження було проведено в стаціонарному психіатричному відділенні і було вирішено оцінити учасників якомога швидше після того, як симптоми їх епізоду були стабілізовані, щоб підвищити точність їх сприйняття та емоційних реакцій під час індексних подій (таблиця 2).

Таблиця 2

Результати дослідження травмуючого досвіду пацієнтів

Стать	N	%
Чоловіча	36	57.1
Жіноча	27	41.9
Сімейний стан		
Ніколи не одружувались	50	79.4
Одружені	6	9.5
Розлучені	7	11.1
Статус роботи до госпіталізації		
Не працює	46	73.0
Працевлаштовано	17	27.0
Діагностика		
Біполярний розлад	17	27.0
Психотичний розлад	10	15.6
Шизоафективний розлад	12	19.0
Шизофренія	22	34.9
Інші афективні розлади	2	3.2
Травматична подія		
Аварія	28	44.4
Інвалідизація	13	20.6
Фізичний напад з боку сім'ї	37	58.7
Фізичний напад з боку стороннього	30	47.6
Сексуальне насильство в сім'ї	23	36.5
Сексуальне насильство з боку стороннього	21	33.3
Зона бойових дій	1	1.6
Сексуальні контакти у неповнолітній період	27	42.9
Позбавлення волі	16	25.4
Булінг	16	25.4
Хвороба, що загрожує життю	3	4.8
Інша травматична подія	27	42.9
Вік	Mean	SD
	34,43	11,74
Загальна кількість госпіталізацій	8,54	7,03
Загальна кількість психотичних епізодів	8,49	7,14

Вплив травми (наприклад, сексуальне насильство, серйозна аварія) оцінювали за допомогою Шкали оцінки впливу травматичних подій, яка включала 22 пункти, кожен з яких оцінювався як «ніколи/рідко/інколи/часто» (Александров, 2000). Після заповнення анкети учасник був орієнтований на оцінку психологічно травматичних подій, пов'язаних з психотичними симптомами або досвідом лікування.

Був модифікований Міссіпський опитувальник ПТСР через напівструктуроване інтерв'ю, призначене для виявлення посттравматичних реакцій на психози та досвід лікування. Модифікований опитувальник був розділений на два розділи: реакції на психотичні симптоми та реакції на досвід лікування (Боброва И. Н, та ін., 1975).

У першому розділі реакцію на психотичні симптоми оцінювали, спочатку задавши серію з 15 запитань (наприклад, «Чи викликали у вас симптоми психічної хвороби надзвичайне занепокоєння чи жах?»; «Чи вірили ви, що вам хотіли нашкодити?») (Gearon, J. S., 2014). Стверджуюча відповідь на будь-який предмет супроводжувалась підпитаннями для отримання конкретних прикладів.

Після цих запитань учасникам було запропоновано визначити, який досвід у всіх їхніх епізодах був найбільш тривожним, коли вони озирнулись на нього. Процес аналізу даних у цьому дослідженні складався з початкового відкритого кодування відповідей учасника з польових приміток на початкові категорії. Було здійснено остаточний вибірковий процес кодування, який визначив основні теми та концепції.

Учасники описали ряд травматогенних аспектів психотичних симптомів. Було виокремлено п'ять тем, що стосуються травматогенних аспектів психозу: (1) лякаючі галюцинації, про які повідомили 23,8% учасників; (2) параноя / марення, про яке повідомили 20,6% учасників; (3) суїцидальні думки / спроби, про які повідомили 15,9% учасників; (4) думки / спроби нанести шкоду іншим, про які повідомили 9,5% учасників; (5) дезорганізована поведінка або кататонія - повідомили 7,9%

учасників. Інші категорії включали теми, такі як спалахи минулих зловживань, панічні атаки, манія, втрата опіки над дітьми тощо, про які повідомляли 22,2% учасників.

Найпоширенішою темою травматогенних аспектів психозу була тема лякаючих галюцинацій, включаючи постійні галюцинації, які тривають роками, за якими слідує думки/спроби заподіяти собі шкоду і наступні думки/спроби заподіяти біль іншим.

Учасники описали ряд травматогенних аспектів психіатричного лікування. Серед учасників, які пережили принаймні один епізод психозу, виникло п'ять основних тем, що стосуються травматогенних аспектів лікування: (1) тривале перебування в лікарні; (2) побічні ефекти ліків; (3) примусові методи лікування, включаючи мимовільну госпіталізацію, використання обмежувальних засобів та примусові ліки, та (4) перебування з іншими пацієнтами; та (5) не етичне поводження з боку робітників психіатричної лікарні не включаючи застосування примусових методів лікування. Найчастіше повідомлялося про травматогенні аспекти психіатричного лікування - тривале перебування в лікарні, про яке повідомили 25 учасників (25,8%).

Наступною, найбільш часто повідомляваною травматичною подією, пов'язаною з лікуванням, було примусове лікування, про яке повідомили 14 пацієнтів (22,6%), включаючи мимовільну госпіталізацію, використання обмежувальних засобів та примусові ліки. Побічні ефекти психотропних препаратів були третім найбільш часто повідомляється травматичним аспектом лікування (про це повідомили 12 учасників; 19,3%). 14,5% учасників повідомляли про не етичне поводження з боку персоналу, не включаючи застосування примусових методів лікування. Учасники також виявили, що вплив інших пацієнтів у лікарні, особливо агресивних, є травматичним. Про це повідомили сім учасників (11,2%).

Висновки з проведеного дослідження. Висновки даного дослідження розширяють результати попередніх досліджень із залученням переважно хворих з першим психотичним епізодом. Травматичні життєві події будуть проаналізовані з різними наслідками психозу, включаючи підвищений ризик психотичних розладів з послабленими позитивними психотичними симптомами. Адже вплив травми пов'язаний з різними психічними розладами і тому специфіка впливу психозу на травму залишається незрозумілою. Це дослідження піднімає дві недостатньо вивчені галузі: специфіка між травмою та психозом щодо інших розладів, які часто є наслідком посттравми, та запропоновані механізми, які пов'язують травму з психозом.

Перспективи подальших досліджень. Результати підтверджують необхідність вирішення питань, пов'язаних з посттравматичними реакціями на психоз у людей з психотичними епізодами. Дані цього дослідження свідчать про необхідність перевірки інтенсивних та негативних емоційних реакцій, які люди часто відчувають під час психотичного епізоду та під час епізодів лікування. Психотерапія може бути запропонована пацієнтам, які демонструють посттравматичні реакції і повинні звертатися до цих реакцій шляхом валідації, щоб полегшити травматичні реакції на психоз (Розенберг, С. Д., 2018).

Таким чином, це якісне дослідження описує досвід людей під час епізодів психозу. Були виявлені численні фактори, що сприяють травматичним аспектам досвіду психотичного епізоду, включаючи примусові аспекти психіатричного лікування. Потрібні подальші дослідження, щоб визначити, як можна вдосконалити послуги з охорони психічного здоров'я, щоб зменшити травми, пов'язані з хворобою, та полегшити одужання. Будуть розглядатися важливі методологічні проблеми, які ускладнюють дослідження ПТСР після психозу, клінічні наслідки для даної галузі.

Список використаної літератури:

1. Davidson, J. R. T.(2016). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-V, *FoaE.B* (100), 347-355 [англійською мовою].
2. Gearon, J. S, Bellack AS, Tenhula, W. N. (2014). Preliminary reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for schizophrenia. *Journal of consulting and clinical psychology*. 72(1), 121–5 [англійською мовою].
3. Lu, W, Mueser, K. T, Shami, A., Siglag, M, Petrides, G, Schoepp, E, et al. (2011) Post-traumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophr Res* 127(1) 66–75.10.1016/j.schres.2011.01.006 [англійською мовою].
4. Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Jolles, J., Delespaul, A. P., and Van Os J.(2012). Are Cognitive Impairments Associated With Sensitivity to Stress in Schizophrenia? An Experience Sampling Study *Am J Psychiatry*, Mar (159) 443-449 [англійською мовою].
5. Абдельгаффар, В., Уалі, У., Джомлі, Р., Згуб, Ю., і Нацеф, Ф. (2016). Посттравматичний стресовий розлад при психозі першого епізоду: Поширеність та супутні фактори. Клінічна шизофренія та пов'язані з нею психози. doi: <http://dx.doi.org/10.3371/csrp.ABOU.123015> [українською мовою].
7. Аллен, П., Ларой, Ф., Макгуайр, П. К., і Алеман, А. (2008). Галюцинаційний мозок: огляд структурних та функціональних досліджень нейровізуалізації галюцинацій. *Нейронауки та біо-поведінкові огляди*, (32), 175-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/ j.neubiorev.2007.07.012> [українською мовою].
8. Американська психіатрична асоціація. (2013). Діагностично-статистичний посібник психічних розладів (5-є вид.). Арлінгтон, Вірджинія [українською мовою].

9. Бендалл, С., Альварес-Хіменес, М., Гульберт, К., Мак Горрі, П., і Джексон, Х. (2012). Дитяча травма збільшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у відповідь на психоз першого епізоду. Журнал психіатрії Австралії та Нової Зеландії, 46, 35-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867411430877> [українською мовою].
10. Беррі, К., Форд, С., Джелліко-Джонс, Л., і Хаддок, Г. (2013). Симптоми ПТСР, пов'язані з переживаннями психозу та госпіталізації: огляд літератури. Огляд клінічної психології, (33), 526-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011> [українською мовою].
11. Боброва И. Н., Холодковская Е. М. «Клинические особенности шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации». В сб.: «Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз)». М., 1975; 157,160 [українською мовою].
12. Брунет, К., Берчвуд, М., Уфтегров, Р., Майкл, М., Росс, К. (2012). Проспективне дослідження ПТСР після одужання від психозу першого епізоду: загроза з боку переслідувачів, голосів та терпіння. Британський журнал клінічної психології, (51), 418-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.2012.02037> [українською мовою].
13. Бітті, Н., Шеннон, К., Кавана, М., та Малхолланд, К. (2009). Провісники симптомів ПТСР у відповідь на психоз та психіатричний прийом. Журнал нервових та психічних захворювань, (197), 56-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819273a8> [українською мовою].
14. Волошин, П.В. (2014). *Посттравматичні стресові розбудови: проблеми лікування та профілактики*, Міжнародний медичний журнал. - Т. 10(1). 33–38 [українською мовою].
15. Гитун Т. В., Елисеєв, А. Г., Шилов, В. Н. и др. (2005) Полный Медицинский Справочник. Большая медицинская энциклопедия. М., Эксмо, 865 [російською мовою].
16. Каледа, В. Г., Бархатова, А. Н., & Стрельцова, М. А. (2006). Особенности когнитивных расстройств на этапе становления ремиссии

после перенесенного эпизода эндогенного приступообразного психоза в юношеском возрасте. *Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века. Актуальные проблемы социально-психологического здоровья»*, Москва, 273-274 [російською мовою].

17. Мак-Вильямс, Н. М. (2004). Психоаналитическая диагностика. М.: Класс [російською мовою].

18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр)(1994). Классификация психических и поведенческих расстройств под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина, Россия, СПб: Адис, 304 [російською мовою].

19. Морган, С, Фішер, Х. (2017). Фактори навколишнього середовища при шизофренії: дитяча травма - критичний огляд. Шизофр Бик. 33 3–10 [українською мовою].

20. Овчинников А. А., Красильников Г. Т., Бохан Н. А., Дресвянников В. Л. (2005). Диссоциативный контекст посттравматического стрессового расстройства и алкогольной аддикции. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. М, (4), 50-59 [російською мовою].

21. Розенберг С. Д., Мюзер К. Т., Фрідман М. Дж., Горман П. Г., Дрейк Р. Є., Відавер Р.М., Торрі, Т., Янковський, М. К. (2018). *Розробка ефективних методів лікування посттравматичних розладів серед людей з важкими психічними захворюваннями*. Психіатр серв [українською мовою].

23. Руднев В. П. (2007). *Философия языка и семиотика безумия*. Избранные работы. М.: Территория будущего, 528 [російською мовою].

24. Смулевич А. Б., Коллюцкая Е. В, Алмаев А. А., Ильина Н. А., Тухватулина Л. Ш. (2004). *Посттравматическое стрессовое расстройство при эндогенных заболеваниях*. Психиатрия (3), 13-20. [російською мовою].