

Травматичний стрес — стан, який виникає у людини, котра пережила подію, що виходить за межі звичайного життєвого досвіду, результат особливої взаємодії людини та оточуючого середовища з загрозою власному існуванню або життю близької людини.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — неспихотична відставлена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічний розлад у будь-якої людини.

Медико-психологічна реабілітація — комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності безпосередніх учасників бойових дій в зоні АТО, членів їхніх сімей та родин загиблих військовослужбовців і значних контингентів тимчасово переміщених осіб.

Психологічний вплив — застосування спрямованих дій на психіку людини усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

Психотерапевтичний вплив — застосування методів, спрямованих на психіку людини усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації та профілактики розладів здоров'я особи.

Соціальна реабілітація — система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної й родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Соціальна допомога — система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, настанов щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування.

РОЗЛАДИ ПСИХІЧОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Розлади психічної сфери в екстремальних умовах мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються у звичайних умовах. Однак між ними є й суттєві відмінності. По-перше, внаслідок численності раптово діючих психотравматичних чинників психічні розлади одночасно виникають у великій кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не має строго індивідуального характеру, як при звичайних психотравматичних обставинах, і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

В умовах бойових дій, катастроф і стихійних лих нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психотичних станів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції при екстремальних ситуаціях не мають якогось специфічного характеру. Це, імовірно, універсальні реакції на небезпеку, а їхня частота і глибина визначаються раптовістю та інтенсивністю екстремальної ситуації.

Вирішальне значення для виникнення реактивного стану мають характер і сила психічної травми, з одного боку, й конституціональні особливості та преморбідні стани — з іншого. Реактивні стани легше виникають в осіб з акцентуаціями або розладами особистості, а також в осіб зі скомпрометованим анамнезом.

1.1. ВАРІАНТИ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ, РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій, об'єднують у 4 групи: непатологічні психологічні (фізіологічні) реакції, психогенні патологічні реакції, пролонговані невротичні стани, реактивні психотичні стани. У віддаленому періоді у

постраждалих внаслідок бойових дій розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) — F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи — F 62.0.

1. Непатологічні психологічні (фізіологічні) реакції. До цієї групи психогенних розладів входять особи, які мають ознаки психологічних травм або психологічної дезадаптації, у яких розлади психічної сфери не досягають рівня хворобливих і належать до психологічних проблем, пов'язаних з певними психосоціальними обставинами (тероризм, військові дії, стихійні лиха та інші) (діагностичний кластер — Z 65).

Характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних, гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай зберігаються працездатність (хоча вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичного аналізу своєї поведінки, здатності до цілеспрямованої діяльності.

2. Психогенні патологічні реакції. Невротичний рівень розладів — астеничний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які характеризуються гострим виникненням, зниженням критичної оцінки того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мовлення обмежується прискоренням його темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії та переживання. Характерною є зміна відчуття часу, плин якого сповільнюється, внаслідок чого тривалість гострого періоду здається збільшеною в кілька разів.

При складних реакціях страху насамперед відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовлення уривчасте, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко спостерігаються психосенсорні і соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстані між предметами, їхні розміри і форма. Часом навколишнє представляється «нере-

альним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

При простій та складній реакції страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутних обставин.

Найбільш характерними є три феномени:

- 1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли все сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- 2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- 3) переживання загрози на рівні смислів цінностей.

При пом'якшенні або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу — протягом 48—72 годин.

У МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес).

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно зменшувати ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

3. Психогенні пролонговані невротичні стани. До цієї групи розладів відносять осіб з медичним діагнозом, встановленим відповідно до МКХ-10 (діагностичний кластер — F 4), які потребують комплексного лікування та медичної реабілітації, можливо, як у спеціалізованих, так і в загальносоматичній мережі.

Лонгітюдні невротичні розлади характеризуються ускладненням, зокрема в ряді випадків — втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є збереження когнітивних функцій і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина невротичних розладів формується поступово і має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне ставлення як до навколишнього, так і до свого захворювання. У МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластера F 4 — невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади: *обсесивно-компульсивний розлад* (F 42), *дисоціативний (конверсійний) розлад* (F 44), *фобічний розлад* (F 40.1—40.2), *ітохондричний розлад* (F 45.2).

Особливе місце займають розлади, безпосередньо пов'язані з дією травматичного стресу: розлади адаптації і посттравматичний стресовий розлад.

Розлади адаптації (F 43.2). У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астеничному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуативно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендो-

ражена атонія або напруженість м'язів. Хворі лежать в ембріональній позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу. На обличчі хворих зазвичай проступає вираз страху, вони відмовляються від їжі, бувають неохайні. Очі широко розкриті, міміка відображає або переляк, або безвихідний відчай. При згадці про психотравмувальну ситуацію хворі блідніють або червоніють, покриваються потом. При цьому відзначаються тахікардія, підвищена пітливість (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затьмарення свідомості при реактивному ступорі спричинює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. У таких випадках хворі доступні контакту, хоча відповідають коротко, із затримкою, розтягуючи слова. Моторика скута, рухи уповільнені. Свідомість звужена або хворий приголомшений. Іноді картина гострого психогенного ступору визначається вираженим страхом: міміка, жестикуляція висловлюють жах, відчай, страх, розгубленість.

У рідкісних випадках у відповідь на раптові і сильні психотравмувальні дії настає так званий емоційний параліч: тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації та індіферентна реєстрація того, що відбувається навколо. Тривалість — від 30 хвилин до декількох годин або діб. У важких випадках цей стан затягується.

Ганзерівський синдром (F 44.8, істеричний присмерковий розлад свідомості) — відсутність продуктивного контакту з хворим. Під час цього стану хворі дають безглузді відповіді на найпростіші запитання, виявляють нездатність виробляти найпростіші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів. Звертає на себе увагу та обставина, що безглузді відповіді хворих зазвичай знаходяться в площині поставленого питання. Хворі безцільно топчуться, здійснюють неправильні вчинки. Стан протікає гостро і закінчується протягом декількох днів.

Псевдодеменція (F 44.88) відрізняється від ганзерівського синдрому меншою виразністю порушень свідомості. Хворі також дають неправильні відповіді на прості запитання. Роблячи помилки при простих діях, хворі несподівано можуть впоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуватий, хворі витріщають очі, іноді сміються, проте афект частіше депресивний. Іноді бувають стани тривоги. Псевдодеменція може перебігати гостро і закінчуватися в кілька днів, але іноді триває місяцями.

Пуерилізм (F 44.88) — стан, клінічна картина якого характеризується вираженими рисами дитячості в поведінці, міміці й мові, характері суджень та емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, роблять кораблики, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань роблять такі

ж помилки, як і хворі з псевдодеменцією. Порівняно з псевдодеменцією, пуерилізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Варто зазначити, що особливістю всіх дисоціативно-конверсійних розладів є їх здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку.

Депресивний епізод (F 32, реактивна депресія). У цьому стані хворі пригнічені, сумні, слізливі, ходять згорбившись, сидять у згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення бувають не завжди, але зазвичай переживання концентруються навколо обставин, пов'язаних з психічною травмою. Думки про неприємний випадок невідступні, деталізуються, часто стають надцінними, інколи досягають ступеня марення. Психомоторна загальмованість іноді досягає депресивного ступору; хворі весь час лежать або сидять згорбившись, обличчя застигле, з виразом глибокої туги або безвихідного розпачу. Вони байдужі, безініціативні, не можуть обслужити себе, навколишнє не привертає їхньої уваги, складні питання не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізації, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Іноді стан набуває вигляду депресивного раптусу.

Від ендогенних реактивної депресії відрізняються тим, що їх виникнення збігається з психічною травмою. Психотравмувальні переживання позначаються в клінічній картині депресії після вирішення ситуації, що призвела до психотравми, або після закінчення деякого часу реактивна депресія зникає.

У випадку, коли депресія має відчутну позитивну динаміку, ці стани слід визначати за МКХ-10 як F 43.2 (розлади адаптації). Якщо ж динаміка має прогресивний характер, вона набуває ознак так званої ендореактивної депресії за О.Б. Смулевичем і має рубрикуватися як F 33 (депресивний епізод).

Психогенні патологічні реакції

Такі розлади ідентифікуються в діагностичному кластері «Реакції на тяжкий стрес і адаптаційні розлади» (F. 43). Ця категорія визначається на підставі причинно-наслідкового зв'язку із короткотривалим психогенним фактором надпотужного характеру або менш інтенсивним, але хронічно діючим. Рівень таких розладів — невротичний, але в окремих випадках розлад може досягати субпсихотичного рівня.

Гостра реакція на стрес (F.43.0). Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим

коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мовлення обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії й переживання. Характерною є зміна відчуття часу, рух якого сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху наперед відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Поруч із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстані між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє видається «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії. При простій та складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Реакція горя (Z 65.5, переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин) — стан глибокої печалі, скорботи, сильного душевного страждання. Є нормальною, зрозумілою реакцією на втрату.

Діагностичні критерії:

1. Емоційна реакція на втрату.
2. Симптоми, подібні до депресії:
 - знижений або сумний настрій;
 - порушення сну;
 - втрата апетиту;
 - втрата інтересів;
 - невгамовність;
 - почуття провини або самокритика з приводу дій, чого не було до смерті близької людини;
 - перехідні галюцинації за участю померлого (наприклад, чути голос померлого, бачать його);
 - думки про приєднання до померлих.
3. Порушення соціального функціонування:
 - відмова від звичайних видів діяльності та соціальних контактів;
 - думки про відсутність перспектив, майбутнього;
 - збільшення рівня вживання алкоголю або інших ПАР.

Зазначена симптоматика може бути очевидною, але також і прихованою, виявлятися тільки при ретельному інтерв'ю. Слід звертати увагу на пацієнтів групи ризику (наприклад, особи, які мешкають в соціальній ізоляції, мають психічні захворювання в анамнезі, є дані про попереднє перенесене невирішене горе). Оцінка впливу втрати і стратегії її подолання є важливими в лікувально-консультативній роботі. Лікар повинен провести щонайменше 2 консультації (які є необхідними) або більше.

Скарги та причини звернення. Гостра реакція горя може бути різноманітною, але зазвичай пацієнти:

- відчувають себе пригніченими втратою;
- стурбовані втратою;
- мають соматичні симптоми після втрати.

Індивідуальний досвід горя є надзвичайно мінливим і залежить від типу втрати (наприклад, коханої людини, здоров'я, соціального статусу і способу життя у зв'язку з втратою роботи або розпадом відносин); характеру (інтрузивні і фіксовані емоції) горя. Взагалі труднощі виникають, коли реакції стають надзвичайно дисфункціональними для людини і всіх її оточуючих.

Диференціальний діагноз і супутні стани:

1. Депресія (F 32). Критерії депресивного розладу слід використовувати, коли депресивна симптоматика триває близько 4—6 місяців або набуває важкого ступеня тяжкості (наприклад, виразне почуття провини, безнадія, суїцидальні думки). У цих випадках проводять лікування депресії.

2. Генералізований тривожний розлад (F 41.1).

3. Порушення сну (F 51).

Інформація, яку необхідно надавати пацієнту і членам його родини:

1. Кожен переживає втрату по-різному.

2. Серйозні втрати часто супроводжуються інтенсивними станами, зокрема печаллю, плачем, гнівом, недовірою, тривогою, почуттям провини або дратівливостю.

3. Бажання обговорити втрату є нормальним і корисним.

4. Уникайте лікування, якщо це можливо. Якщо реакція горя стає ненормальною, слід направити пацієнта на консультацію до психіатра з приводу депресії (F 32) та призначити антидепресанти.

5. Тривожний сон є очікуваним. Якщо верифікується важке безсоння, може бути корисним короточасне використання снодійних засобів, але обмежене 2 тижнями.

Направлення до вторинного рівня медичної допомоги в спеціалізовану психіатричну мережу доцільне: при виникненні важкого депресивного епізоду, ризику самогубства (слід встановити цей ризик), ознак психозу, якщо симптоми тривають більше 72 годин.