

Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник

Сучасні воєнні події в Україні супроводжуються збільшенням кола осіб, які потребують медико-психологічної підтримки (військовослужбовці, члени їхніх родини, тимчасово переміщені особи та ін.). Виникає нагальна потреба у підготовці фахівців, здатних надавати медико-психологічну допомогу як самостійно, так і в складі мобільних мультидисциплінарних команд. Цьому сприятиме пропонований посібник, у якому:

- охарактеризовано варіанти та феноменологію психічних розладів як серед військовослужбовців, так і в групах цивільного населення, що проживає в екстремальних умовах;
- ідентифіковано основні форми розладів психічної сфери широкого контингенту осіб, що постраждали внаслідок бойових дій;
- визначено критерії діагностики ПТСР та окреслено патогенетичні механізми їх розвитку;
- сформовано принципи побудови лікувально-реабілітаційних заходів;
- розкрито загальні положення та етапи надання психіатричної й медико-психологічної допомоги постраждалим із гострими реактивними станами;
- наведено різноманітні варіанти технік екстреної медико-психологічної допомоги особам із РА і ПТСР, що реалізується за інтегративним принципом мультимодального застосування психотехнік в індивідуальній і груповій формах;
- подано алгоритм програми медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій на основі психотерапевтичного супроводу;
- описано особливості застосування препаратів фармакотерапії при виражених соматовегетативних симптомах з урахуванням їх переваг та можливих побічних ефектів;
- приділено увагу психоосвітнім терапевтичним заходам, базовим формам і методам психотерапії, зокрема прийомам когнітивно-поведінкової терапії, методикам аутогенного тренування, гіпнотерапії тощо.

Матеріал посібника підготовлений із залученням сучасних алгоритмів розроблення діагностично-лікувальних заходів, побудованих на принципах

доказової медицини.

Книга розраховано на студентів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів, слухачів вищих медичних закладів (факультетів) післядипломної освіти, а також психотерапевтів, психіатрів, неврологів, психологів, лікарів сімейної медицини.



В.Д. МІШИЄВ
Б.В. МИХАЙЛОВ
Є.Г. ГРИНЕВИЧ
В.Ю. ОМЕЛЯНОВИЧ

РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

РЕКОМЕНДОВАНО

до друку вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика як навчальний посібник для лікарів-інтернів, лікарів-слухачів, фахівців з немедичною освітою, які працюють в галузі охорони здоров'я, факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів

Київ
ВСВ «Медицина»
2023

УДК 616.89-008-07-085.851:355.422(07)

ББК 56.14я73

Р64

*Рекомендовано до друку вченою радою
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
як навчальний посібник для лікарів-інтернів, лікарів-слухачів,
фахівців з немедичною освітою, які працюють в галузі охорони здоров'я,
факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів
(протокол № 10 від 21 грудня 2022 р.)*

З огляду на швидкий розвиток медичної науки, лікарям-практикам слід проводити незалежну перевірку діагнозів і дозування лікарських засобів та опиратися на власний досвід і знання під час оцінювання та застосування методів діагностики й лікування, результатів експериментів та будь-яких даних. Автори, редактори, видавці та розповсюджувачі не несуть відповідальності за наслідки використання матеріалів, представлених у цій праці. Книга розрахована на фахівців-медиків, майбутніх професіоналів, магістрів, тому усім, хто не має відповідної підготовки, категорично не рекомендується застосовувати будь-яку інформацію, подану в книзі, без консультації з лікарем.

Колектив авторів:

В.Д. Мішиєв — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України; **Б.В. Михайлов** — доктор медичних наук, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України; **Є.Г. Гриневич** — доктор медичних наук, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ України імені П.Л. Шупика; **В.Ю. Омелянович** — доктор медичних наук, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензенти:

О.А. Ревенок — доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут психіатрії, судової експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України»;

Г.Я. Плягіна — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 127 с.

ISBN 978-617-505-952-4

Навчальний посібник присвячено основним питанням діагностики, медичної допомоги, лікувально-реабілітаційних заходів, психофармакотерапії та психотерапії психічних розладів, пов'язаних з веденням бойових дій.

Для лікарів-психотерапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів-неврологів, лікарів-психологів, медичних/клінічних психологів, психотерапевтів, лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК: 616.89-008-07-085.851:355.422(07)

ББК 56.14я73

© В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич,
В.Ю. Омелянович, 2023

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2023

ISBN 978-617-505-952-4

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	7
ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ	8
Розділ 1. РОЗЛАДИ ПСИХІЧОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	9
1.1. Варіанти розладів психічної сфери в учасників бойових дій, членів їхніх сімей, родин загиблих військовослужбовців і тимчасово переміщених осіб	9
1.2. Феноменологія розладів психічної сфери в учасників бойових дій, членів їхніх сімей, родин загиблих військовослужбовців і тимчасово переміщених осіб	13
<i>Питання для контролю отриманих знань.....</i>	<i>18</i>
<i>Список рекомендованої літератури.....</i>	<i>18</i>
Розділ 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ І ГОСТРИМИ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ	20
2.1. Екстрена медико-психологічна допомога під час воєнних дій та інших надзвичайних ситуацій	20
2.2. Техніки екстреної медико-психологічної допомоги	21
2.3. Варіанти технік екстреної медико-психологічної допомоги при різних розладах психічної сфери та поведінки	23
2.3.1. Техніки в екстремальних ситуаціях, пов'язаних із загрозою для життя	23
2.3.2. Техніки, опосередковані через тілесно-вегетативні впливи	27
2.3.3. Техніки для саморегуляції	28
<i>Питання для контролю отриманих знань.....</i>	<i>29</i>
<i>Список рекомендованої літератури.....</i>	<i>30</i>
Розділ 3. ПСИХОГЕННІ ПАТОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ	32
3.1. Розлади адаптації	32
3.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад	33
3.3. Посттравматичний стресовий розлад	33
3.4. Інші розлади психічної сфери екстремально-психогенного походження	36
<i>Питання для контролю отриманих знань.....</i>	<i>39</i>
<i>Список рекомендованої літератури.....</i>	<i>40</i>
Розділ 4. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І ТЕХНІКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ І ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ	42
4.1. Етапи надання медико-психологічної допомоги хворим на розлади адаптації та ПТСР	42
4.2. Психотерапія хворих на розлади адаптації та ПТСР	43
<i>Питання для контролю отриманих знань.....</i>	<i>50</i>
<i>Список рекомендованої літератури.....</i>	<i>50</i>

Розділ 5. ПРОГРАМА ТА ПРИНЦИПИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ	52
5.1. Основні положення програми організації медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій за допомогою психотерапевтичного супроводу	52
5.2. Алгоритм програми медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій на основі психотерапевтичного супроводу	55
5.3. Техніки роботи з агресією	58
5.4. Ресурсні техніки	59
<i>Питання для контролю отриманих знань</i>	60
<i>Список рекомендованої літератури</i>	61
Розділ 6. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ	63
<i>Питання для контролю отриманих знань</i>	69
<i>Список рекомендованої літератури</i>	70
Розділ 7. БАЗОВІ ФОРМИ І МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ	72
7.1. Психосвітні (інформаційно-санологічні) заходи	72
7.2. Когнітивно-поведінкова терапія	73
7.3. Когнітивна психотерапія	75
7.4. Десенсибілізація та переробка рухом очей	76
7.5. Допоміжні техніки	76
7.5.1. Методика аутогенного тренування	76
7.5.2. Прогресивна м'язова релаксація Е. Джейкобсона	78
7.5.3. Рациональна психотерапія	79
7.6. Групова психотерапія	79
7.7. Методика гіпнотерапії (в модифікації А.Т. Філатова — Б.В. Михайлова)	83
<i>Питання для контролю отриманих знань</i>	87
<i>Список рекомендованої літератури</i>	88
Розділ 8. ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОГО І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	90
<i>Питання для контролю отриманих знань</i>	91
<i>Список рекомендованої літератури</i>	92
ВІДПОВІДІ НА ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ОТРИМАНИХ ЗНАНЬ	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	95
ДОДАТКИ	105
<i>Додаток 1. Психофармакологічні засоби, які можуть бути використані для лікування психотичних і непсихотичних розладів психіки та поведінки внаслідок бойових дій</i>	105
<i>Додаток 2. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу</i>	119
<i>Додаток 3. Організація роботи Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації</i>	124

ПЕРЕДМОВА

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як «стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів».

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2802-ХІІ від 19.11.1992 р. визначає, що «охорона здоров'я — система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя».

У 2005 році Україна приєдналася до Європейської декларації охорони психічного здоров'я та Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я на Європейській конференції ВООЗ «Охорона психічного здоров'я, проблеми і шляхи їх вирішення», яка проводилась на рівні Міністрів охорони здоров'я в м. Гельсінкі (Фінляндія). У подальшому було розроблено Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р., затверджену Розпорядженням КМУ від 27.12.2017 р. № 1018-р, і План заходів з її реалізації, затверджений Розпорядженням КМУ від 06.10.2021 р. № 1015-р. Відповідно до цих документів першочерговими завданнями у сфері охорони здоров'я є розробка і впровадження комплексних, інтегрованих та ефективних систем охорони психічного здоров'я, які вміщують такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, психосвіта, лікування й реабілітація, догляд та відновлення здоров'я. Кінцевою метою цих заходів виступає збереження рівня соціального функціонування та якості життя громадян.

Сучасні військові події в Україні супроводжуються появою значних контингентів осіб, які потребують проведення психіатричної та медико-психологічної допомоги. Це стосується як безпосередніх учасників бойових дій, так і членів їхніх сімей, родин загиблих військовослужбовців, а також багатьох представників тимчасово переміщених осіб. Така обстановка диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати медико-психологічну допомогу як самостійно, так і в складі мультидисциплінарних бригад.

Психогенні розлади під час воєнних дій, соціальних заворушень, стихійних лих, масових катастроф займають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (у конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

Мета і завдання посібника — ідентифікація основних форм розладів психічної сфери внаслідок бойових дій, визначення критеріїв діагностики та окреслення патогенетичних механізмів їхнього розвитку, на основі чого здійснюється формування принципів побудови лікувально-реабілітаційних заходів. Матеріал посібника підготовлений із залученням сучасних алгоритмів розроблення діагностично-лікувальних заходів, побудованих на принципах доказової медицини.

Посібник призначений для широкого кола студентів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів, слухачів вищих медичних закладів (факультетів) післядипломної освіти.

ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ

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) — непсихотична 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.

Розділ 1

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 психотравмувальних чинників психічні розлади одночасно виникають у великої кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не має строго індивідуального характеру, як при звичайних психотравмувальних 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 відстань 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 реакціях 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), *іпохондричний 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 астенічному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендो-

генною депресією (при невроті стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невроз розвивається у пізньому віці і пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астеничні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. У ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженим наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016 р. № 121 рекомендовано використання терміна «гострий стресовий розлад» (ГСР), запозиченого з Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V).

У деяких постраждалих можуть формуватися *посттравматичні стресові розлади (F 43.1)* — відставлені затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму.

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть проявлятися хронічним змінням особистості, яке виникає внаслідок стресу, катастрофи і спостерігається протягом 2 років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптивних ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже або недовірливе ставлення до світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності й безнадійності, хронічне почуття хвилювання, постійної загрози, існування «на межі», відчуженість.

4. Реактивні розлади психічної сфери психотичного рівня. Серед реактивних психотичних станів в умовах бойових дій і масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції (гіперкінетична і гіпокінетична форми), депресивні реакції і дисоціативно-конверсійні розлади психіки.

Афективно-шокові реакції виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя. Вони завжди нетривалі — від 15-20 хвилин до

декількох годин або діб. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження) — раптове хаотичне, безглузде рухове занепокоєння. Хворий метається, кричить, благає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор) — раптове знерухомлення. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від кількох хвилин до декількох годин.

Особи з ознаками наявності реактивних станів психотичного рівня потребують допомоги лікаря-психіатра, а за необхідності — госпіталізації.

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

Розлади психічної сфери психотичного рівня

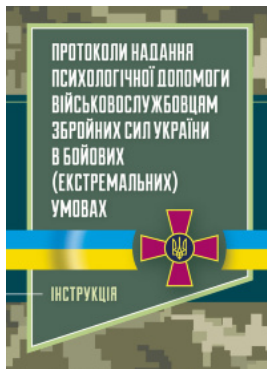
Розлади психічної сфери психотичного рівня, зумовлені військовими діями та іншими подіями катастрофічного рівня, найчастіше спостерігаються у вигляді дисоціативно-конверсійних розладів і депресивних реакцій психотичного рівня.

Дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня. Загальними ознаками для цієї категорії психічних розладів є втрата зв'язку між минулим досвідом і сучасними подіями, втрата самоідентичності, втрата суб'єктивного контролю над рухами. Клінічні прояви характеризуються виразною, найчастіше яскраво забарвленою симптоматикою.

Дисоціативна fuga (F 44, реактивне, психогенне збудження) — раптове хаотичне, безглузде психомоторне збудження. Хворий метається, кричить, благає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Це поведінка виникає на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому і подальшою амнезією. Тривалість — від 30 хвилин до декількох годин або діб.

Дисоціативний ступор (F 44.2, реактивний, психогенний ступор) — раптове знерухомлення. Незважаючи на небезпеку, яка може досягати вітального рівня, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Спостерігається ви-

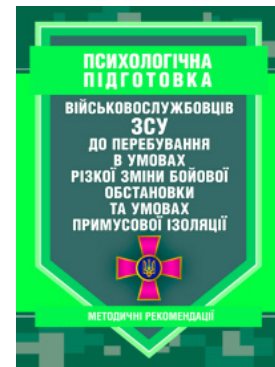
Рекомендована література



Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах. Інструкція



МАРШ. Учебные карты алгоритма в протоколе TCCC (Tactical Combat Casualty Care)



Психологічна підготовка військовослужбовців ЗСУ до перебування в умовах різкої зміни бойової обстановки та умовах примусової ізоляції



Мислення розвідника. Як припинити обманювати себе й побачити найкраще рішення



Військова розвідка



Тактична медицина. Навчальний посібник

Перейти до категорії
Неврологія. Нейрохірургія

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ