

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпровський державний медичний університет

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННОГО ЧАСУ

Загальною редакцією професора **В. В. Огоренко**

Затверджено та рекомендовано до друку вченою радою Дніпровського державного медичного університету (протокол № 6 від 23.02.2023 р.)

Рецензенти:

Михайлов Б. В. – доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика

Кожина Г. М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету

Колектив авторів:

Огоренко В. В. – д.мед.н., професор, в.о. зав. кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Юр'єва Л. М. – д.мед.н., професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Ніколенко А. Є. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Носов С. Г. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Шустерман Т. Й. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Ліхолетов Є. О. – доктор філософії, асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Мамчур О. Й. – к.мед.н., асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Кокашинський В. О. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Тимофєєв Р. М. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Шорніков А. В. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

П 86

Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу : навчальний посібник / заг. ред. професора В. В. Огоренко. Дніпро: ЛІРА, 2023. 312 с.

ISBN 978-966-981-731-0

Навчальний посібник «Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу»

УДК 364.62:343.541–058.6

ISBN 978-966-981-731-0

© Колектив авторів, 2023.

© ЛІРА, 2023

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	6
Вступ.....	7

ЧАСТИНА I. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННОГО ЧАСУ

В. В. Огоренко, Т. Й. Шустерман

Розділ 1. Загальна характеристика, діагностика та корекція психолого-психіатричних наслідків воєнного часу	10
1.1. Психічне здоров'я під час кризи війни	10
1.2. Психотравма війни та її наслідки.....	14

А.Є. Ніколенко

Розділ 2. Особливості психологічних реакцій особистості під час війни.....	21
2.1. Особистість, структура особистості	21
2.2. Психологія комбатанта	22
2.3. Акцентуація характеру, її особливості під час війни	27
2.4. Психічні стани військовослужбовців та їх індивідуально-особистісні особливості.....	35
2.5. Людина та війна.....	49

О. Й. Мамчур

Розділ 3. Феноменологія зла.....	54
3.1. Біологія зла.....	55
3.2. Психопатологія зла.....	59
3.3. Клініка зла	71
3.4. Психотерапія зла	77

Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов

Розділ 4. Ментальний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту	84
4.1. Клініко-психопатологічні та психометричні особливості	86
4.2. Копінг-поведінка	88
4.3. Якість життя.....	91

В. В. Огоренко

Розділ 5. Соціально-психологічні наслідки воєнного часу	96
--	-----------

ЧАСТИНА II.
ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННОГО ЧАСУ

Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Лихолетов

Розділ 1. Медико-психологічна реабілітація цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту	116
1.1. Профілактичні та лікувально-реабілітаційні заходи	118
1.2. Програма психокорекції неспокійних психічних розладів у осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту	121
1.3. Лікувально-реабілітаційна допомога цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту	125

Р. М. Тимофеев

Розділ 2. Невротичні розлади в умовах воєнних дій	135
2.1. Актуальність	135
2.2. Етіологія / патогенез невротицих розладів	135
2.3. Класифікація невротицих розладів і їх стисла характеристика	139
2.3.1. Основні клінічні ознаки невротицих розладів	139
2.3.2. Клініка / типовий пацієнт	141
2.4. Лікування невротицих розладів	145
2.5. Використання шкал при веденні невротицих розладів	146
2.6. Прогнозування психогенних санітарних втрат	147
2.7. Профілактика	147

С. Г. Носов

Розділ 3. Діагностика та диференційна діагностика при акубаротравмі у військовослужбовців	150
--	------------

Л. М. Юр'єва, В. О. Кокашинський

Розділ 4. Особливості розладів харчової поведінки в умовах війни	168
4.1. Розлади харчової поведінки серед цивільних осіб	169
4.1.1. Коморбідність харчових та інших психічних розладів	169
4.2. Особливості розладів харчової поведінки серед ветеранів (комбатантів)	171
4.2.1. Соціально-психологічні та медичні фактори формування харчових розладів	172
4.2.2. Ожиріння: фактори ризику і наслідки	176
4.3. Діагностика, лікування та профілактика РХП	180
4.3.1. Психологічна діагностика	180
4.3.2. Терапевтичні та профілактичні заходи	182

С. Г. Носов, А. Є. Ніколенко

Розділ 5. Особливості психотичних розладів у військовослужбовців.....	189
5.1. Психогенні (реактивні) психози.....	190
5.2. Психози внаслідок черепно-мозкових травм	

А. В. Шорніков

Розділ 6. Наркологічна патологія під час воєнних конфліктів.....	225
---	------------

В. В. Огоренко

Розділ 7. Психосоматичні наслідки воєнного конфлікту.....	238
--	------------

Тестові завдання	251
-------------------------------	------------

ДОДАТКИ

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики – Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R.....	261
Опитувальник способів долаючої поведінки R. S. Lazarus та S. Folkman (в адаптації Т. Л. Крюкової, О. В. Куфтяк, Л. Й. Вассермана).....	269
Метод оцінювання інтегративного показника якості життя J. E. Mezrich et al. (в адаптації Н. О. Марути, 2004).....	273
Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу.....	273
Міссісіпська шкала (громадянський варіант).....	274
Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант).....	277
Шкала компульсивного переїдання (BES).....	280
Голландський опитувальник харчової поведінки (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (DEBQ).....	283
Опитувальник образу тіла (О. А. Скугаревський, С. В. Сивуха).....	286
Опитувальник харчових переваг EAT-26.....	288
Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда – Г. Шмішека.....	290
RHQ-9 – анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я.....	296
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).....	298
GAD-7 (генералізований тривожний розлад).....	301
Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT.....	303
Опитувальник CAGE для виявлення зловживання алкоголем.....	306
Питання до інтерв'ю про вживання ПАР.....	307
Шкала тяжкості алкогольного абстинентного синдрому (CIWA-Ar).....	309

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ЕРА – European Psychiatric Association
- АЕС – атомна електростанція
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВП – викликані потенціали
- ВПО – внутрішньо переміщені особи
- ДПРО – десенсибілізація та переробка рухом очей
- ЕЕГ – електроенцефалографія
- ЕТ – експозиційна терапія
- КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
- МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
- МПА – міжпівкульна асиметрія
- МПК – Міжвідомчий постійний комітет
- ПАР – психоактивні речовини
- ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
- СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
- СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну
- УБД – учасники бойових дій
- ЧМТ – черепно-мозкова травма
- ЯЖ – якість життя

ВСТУП

За даними Міністерства охорони здоров'я України війна вплине на психічне здоров'я українців у довгостроковій перспективі. Очікується, що психологічної підтримки потребуватимуть близько 15 мільйонів громадян, причому приблизно 20% (3–4 мільйони осіб) потребуватимуть вже допомоги лікаря-психіатра або психотерапевта. Особливо небезпечними для людини, яка воювала, або бачила, або відчувала жахи війни, будуть найближчі 5–7 років, в які відбувається найбільша кількість психологічних зривів та спостерігаються психіатричні наслідки.

Війна, яку зараз переживає українське суспільство, ще й у поєднанні з пандемією COVID-19 є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади. Для окремих людей ця ситуація є гіперекстремальною, тобто внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку і дії, можуть спричинити небезпечні наслідки для здоров'я.

Війна наражає людей на підвищений ризик виникнення соціальних, психологічних та медичних (зокрема, психіатричних) проблем. Хоча багато ключових форм психосоціальної підтримки повинні бути доступні всім верствам населення, що постраждало, досконалі програми прямо передбачають надання відповідної підтримки найуразливішим категоріям осіб.

Важливим кроком на шляху збереження психологічного благополуччя населення та корекції психолого-психіатричних наслідків воєнного часу в Україні стане створення Національної програми психічного здоров'я, розробка якої вже оголошена МОЗ України. Програма буде передбачати створення моделі надання допомоги із залученням експертів ВООЗ; побудову системи навчання психологів, психотерапевтів, лікарів-психологів; навчання психологів, освітян, лікарів методикам психологічної підтримки; навчання сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників, освітян швидким методикам психологічної підтримки та створення реєстру фахівців і методик.

Створення навчального посібника «Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу» є вкрай актуальним та доцільним. Він буде корисним не лише для фахівців сфери охорони психічного здоров'я, а й для лікарів загальної практики-сімейної медицини, для належного розуміння та застосування ними психологічних інтервенцій на етапі первинної медико-санітарної допомоги населенню, що переживає надзвичайний стрес в умовах воєнного часу.

ЧАСТИНА І
ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ
ВОЄННОГО ЧАСУ

Розділ 1.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНИХ НАСЛІДКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ

В. В. Огоренко, Т. Й. Шустерман

Війна в Україні завдає шкоди не лише фізично-му існуванню українського суспільства, а і його психічному здоров'ю. Одним із пріоритетних завдань у разі виникнення воєнних ситуацій є захист і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення, що постраждало. Поширеність психічних розладів вкрай висока серед постраждалого від війни населення, а травматизація війни довгостроково впливає на психічне здоров'я. Крім підтримки людей з психічними розладами, підтримка психічного здоров'я кожного є ключовою.

1.1. Психічне здоров'я під час кризи війни

Психічне здоров'я є невіддільною частиною особистого та суспільного здоров'я. Не існує здоров'я без психічного здоров'я. Воєнний конфлікт, переміщення, бідність, насильство та інші соціальні детермінанти підвищують ризик погіршення психічного здоров'я.

Розуміння психічного здоров'я задля кращого виявлення психічної патології є важливим кроком для фахівців сфери охорони здоров'я. ВООЗ описує психічне здоров'я як стан добробуту, в якому людина усвідомлює свої власні здібності, може давати раду звичайним життєвим стресам, продуктивно і плідно працювати й робити внесок у життя суспільства. Тобто психічне здоров'я передбачає гарне самопочуття й оптимальне функціонування.

Завдяки застосуванню різних видів догляду та доступності визнаного науковцями лікування турбота про психічне здоров'я можлива для всіх незалежно від наявності чи відсутності психічного розладу.

Ключем до психічного здоров'я є не уникання стресу, негативних почуттів і проблем, а готовність давати раду життєвим стресам та ситуаціям в міру їх появи. Психічне здоров'я – це можливість добре себе почувати та оптимально функціонувати в різноманітних життєвих ситуаціях, чи то вони є злетом, чи падінням (у тому числі під час кризи війни).

Важливим міжнародним досягненням фахівців є введення в практичну роботу такого поняття, як компас психічного здоров'я для ліпшого розуміння феномену психічного здоров'я. Психічне здоров'я – це більше ніж просто протилежність психічного розладу. Можна уявити собі психічне здоров'я як ділянку на мапі, розділену двома осями (рис. 1.1).

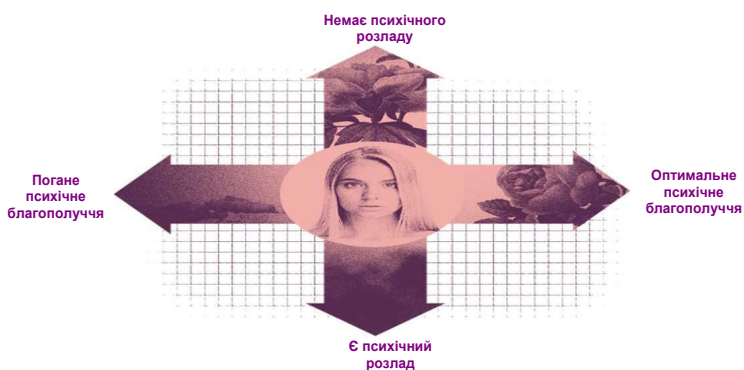


Рис. 1.1. Компас психічного здоров'я

Перетин осей створює чотири основні ділянки та чотири напрямки, які показують динаміку психічного здоров'я та його різні форми:

- північно-східна,
- південно-східна,
- південно-західна,
- північно-західна.

Північно-східна форма психічного здоров'я – це ділянка, де перебуває людина, у якої не діагностовано психічний розлад, і вона добре почувається та функціонує (рис. 1.2).

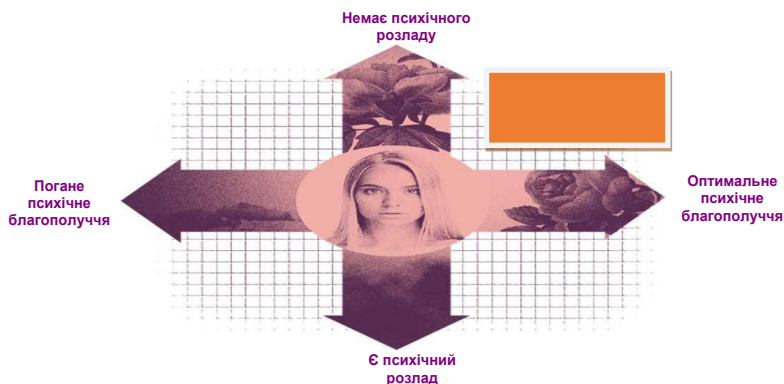


Рис. 1.2. Північно-східна форма психічного здоров'я

Південно-східна форма психічного здоров'я – це та ділянка, де перебуває людина, у якої діагностовано психічний розлад, втім вона завдяки успішному лікуванню і, можливо, постійному прийманню ліків добре почувається і функціонує. Наприклад, людина зі психотичним розладом у ремісії (рис. 1.3).

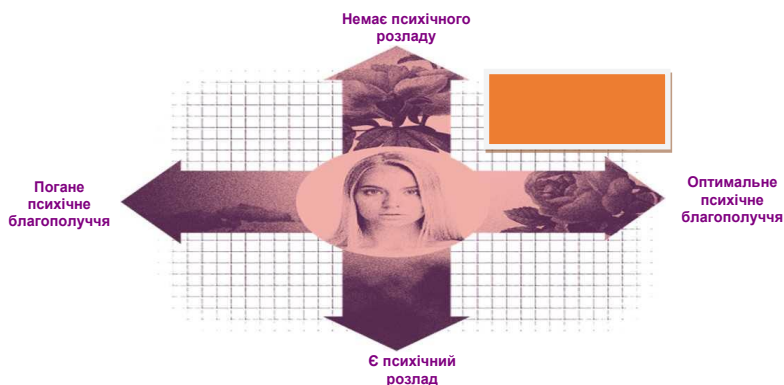


Рис. 1.3. Південно-східна форма психічного здоров'я

Південно-західна форма психічного здоров'я – це та ділянка, де перебуває людина, в якій діагностовано психічний розлад, і вона до того ж не відчувається добре або погано функціонує. Це, наприклад, може бути при гострій фазі психотичного розладу або при манії, коли людина може почуватися чудово, але погано функціонувати (рис. 1.4).

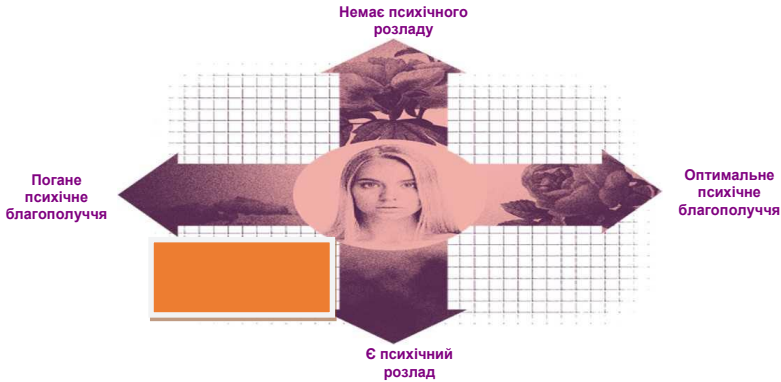


Рис. 1.4. Південно-західна форма психічного здоров'я

Північно-західна форма психічного здоров'я – це та ділянка, де перебуває людина, у якій не діагностовано психічний розлад, втім вона не відчувається нормально і погано функціонує. Це може бути людина, яка втратила роботу або намагається впоратися з іншими труднощами в житті, також це може бути людина на ранній стадії психічного розладу (рис. 1.5).

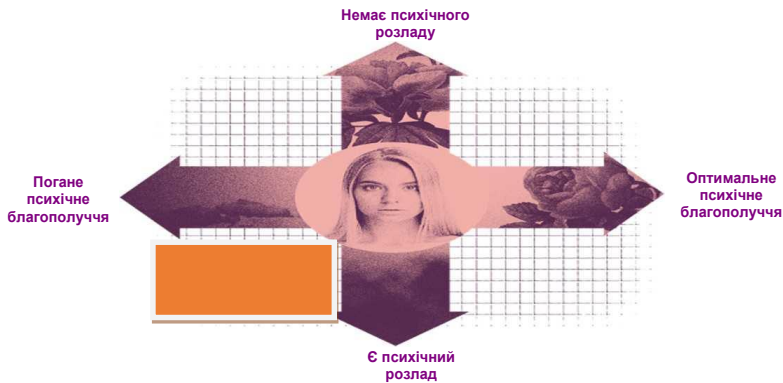


Рис. 1.5. Північно-західна форма психічного здоров'я

Хоч у якій ділянці психічного здоров'я людина перебуває, за будь-яких обставин слід рухатися на «схід». Тобто в напрямі до оптимального благополуччя (рис. 1.6).

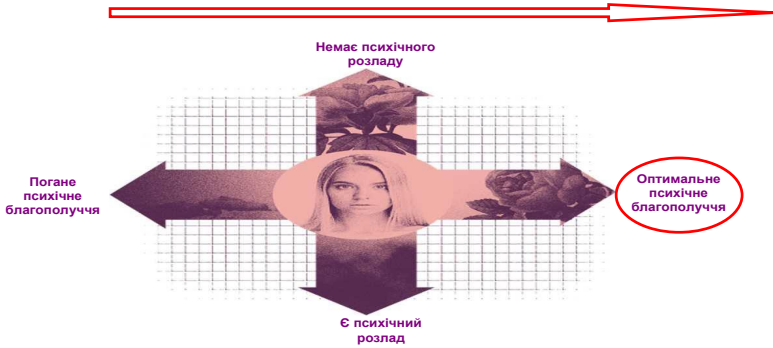


Рис. 1.6. «Рух на схід»

Отже, суспільне психічне здоров'я має вирішальне значення для досягнення кращого психічного здоров'я населення, особливо під час кризи війни.

1.2. Психотравма війни та її наслідки

Воєнний конфлікт є надзвичайною ситуацією, яка завдає значних психологічних страждань і призводить до соціальних поневірянь серед постраждалого населення (Чабан О. С., Хаустова О. О., 2022). Надзвичайна ситуація – це стан певної території (акваторії, об'єкта), що виник у результаті певних подій (соціальні хвилювання, у тому числі воєнні дії, природні або техногенні катастрофи тощо), які можуть заподіяти або заподіяли людські жертви, шкоду здоров'ю людей або довкіллю, значні матеріальні збитки чи порушення умов життєдіяльності людей (Малкіна-Пих І. Г., 2006). Під час надзвичайної ситуації виникає широке коло проблем на рівні особистості, сім'ї, громади і суспільства.

До надзвичайних травматичних подій під час війни належать:

- смерть;
- загроза смерті;
- важка травма або загроза травми;
- сексуальне насильство або його загроза;
- свідцтво травми, насильства;
- вісті про смерть або травму близьких, друзів;
- втрата майна, житла;
- вибухи та повітряні тривоги;
- міграція.

Травма є неочікуваним, раптовим чинником, який виходить за межі досвіду особистості (European Psychiatric Association, EPA, 2022). На всіх рівнях надзвичайні ситуації погіршують природні механізми підтримки, збільшують ризики виникнення різних проблем і, як правило, посилюють актуальні проблеми. Хоча соціальні та психологічні проблеми виникають у більшості груп, варто зазначити, що всі переживатимуть одну й ту саму подію по-різному та матимуть різні ресурси і спроможності для подолання наслідків події (рис. 1.7).

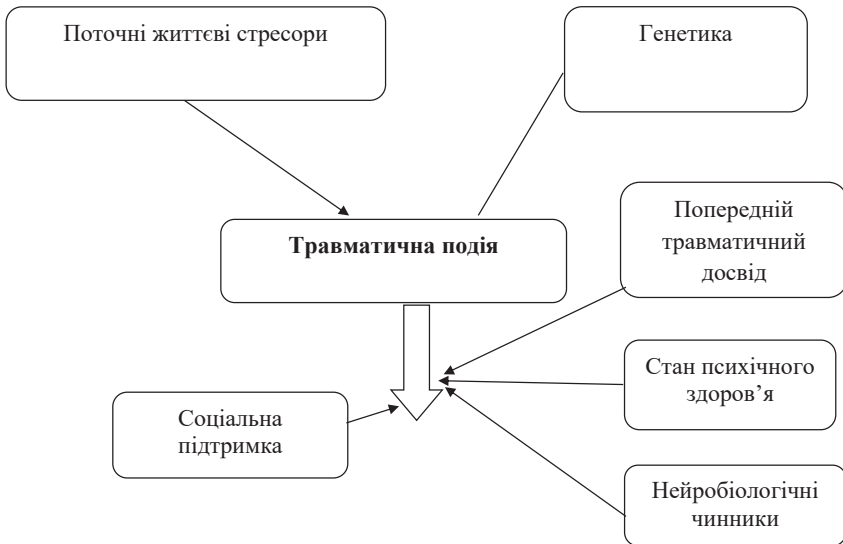


Рис. 1.7. Фактори, що впливають на формування травматичної події (EPA, 2022)

У надзвичайних ситуаціях значні психологічні проблеми виникають чи розвиваються не у всіх. Багато людей виявляють психологічну стійкість (резильєнтність), тобто здатність відносно добре долати тяжкі випробування. До загальних реакцій у відповідь на травматичну подію належать:

- страх і тривога;
- смуток;
- повторне переживання;
- гнів;
- провина і сором;
- відчуття заціпеніння;
- уникнення;
- негативні думки про інших людей і життя взагалі;
- фізичне збудження;
- труднощі з концентрацією;
- втрата контролю.

Вищенаведені реакції є нормальними реакціями особистості на ненормальну ситуацію.

Травматичний вплив може мати довгострокові патологічні наслідки для психічного здоров'я, а саме:

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- комплексний ПТСР (зазвичай викликаний тривалою хронічною травмою);
- розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин;
- депресія;
- психосоматичні розлади;
- погіршення попередніх станів;
- стійкість;
- посттравматичний ріст;
- гостра реакція на стрес;
- розлади адаптації.

Найпоширенішими характеристиками наслідків стресу є вираженість, стійкість та прогресивність. Загальними реакціями на сильний дистрес за даними ЕРА (2022) є:

1. Поведінкові: плач, крик, сміх, гіперактивність, відсутність рухів, агресія, порушення сну, кошмари.
2. Емоційні: шок, роздратування, страх, смуток, тривога, сором, оніміння, швидкі емоційні зміни.
3. Когнітивні: погана концентрація, забудькуватість, спантеличеність, роздумування, нерішучість.
4. Загальні: нестача енергії, порожнеча, безнадійність, соціальне відсторонення.

Професійного психологічного консультування та / або направлення на спеціалізовану (наприклад, психіатричну) допомогу потребують особи вже з проявами патологічної реакції на сильний дистрес (відсутність сну протягом декількох днів; тривала сплутаність свідомості або дезорієнтування; втрата контролю над поведінкою; неможливість піклуватися про себе чи членів родини; погроза самоушкодження, суїцидальні думки або загрози заподіяти шкоду іншим; надмірне вживання алкоголю або інших психоактивних речовин з втратою контролю тощо).

Так, до уразливих груп населення під час війни належать:

- діти, в тому числі підлітки, що розлучені зі своїми батьками або опікунами;
- особи з важкими психічними розладами;
- особи з фізичними вадами;
- вагітні;
- особи, яким загрожує дискримінація через насильство;
- економічно незахищені меншини;
- особи з мовним бар'єром;
- переміщені особи.

На думку Н.О. Марути зі співавторами (2022), травматичні впливи на переміщених осіб під час війни слід поділяти на такі, що діють до міграції (фізичний вплив, екстремальний страх, травми, насильство; свідок катуваль, смерті, травмування; втрата близьких; викрадення дітей, майна, засобів існування), під час мі-

грації (сепарація з членами родини; складні умови існування; зрада) та після міграції (мовний і комунікативний бар'єри; умови проживання в густонаселеному або малонаселеному місці; дискримінація, ускладнений доступ до школи, роботи, медичної допомоги; низькі статки тощо).

Соціальна підтримка є надзвичайно важливою для захисту і підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя в умовах надзвичайної ситуації і має надаватися в різних секторах (наприклад, секторах охорони здоров'я, захисту, управління поселеннями, освіти, продовольчої безпеки та харчування, тимчасового житла, водопостачання та санітарного забезпечення). На рис. 1.8 наведена піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, яка розроблена робочою групою Кластеру з глобального захисту Міжвідомчого постійного комітету (МПК) та Референтною групою МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (Женева, 2017).



Рис. 1.8. Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

Основні види підтримки з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації в напрямі «Послуги з охорони здоров'я» передбачають:

- включення конкретних психологічних і соціальних факторів у загальну охорону здоров'я;
- забезпечення доступу до опіки осіб із тяжкими психічними розладами;
- захист і турботу про осіб з тяжкими психічними розладами й іншими психічними та неврологічними формами інвалідності, що перебувають у закладах;
- знання про місцеві, корінні й народні системи зцілення і за доцільності робота за цими системами;
- мінімізування шкоди від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин.

Важливі клінічні психологічні та психіатричні інтервенції потрібні для вирішення конкретних нагальних проблем. Такі інтервенції мають впроваджуватися лише під наглядом професіоналів з питань психічного здоров'я, які працюють у секторі охорони здоров'я.

Запитання для контролю знань

1. Надайте визначення психічного здоров'я за ВООЗ.
2. Що являє собою компас психічного здоров'я?
3. Які події вважаються надзвичайними під час війни?
4. Які ви знаєте довгострокові патологічні наслідки для психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту?
5. Які основні види психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації воєнного часу?

Список літератури

1. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика: навчальний посібник / за ред. Юр'євої Л. М. Київ: Галерея Принт, 2017. 174 с.
2. Охорона психічного здоров'я [Електронний ресурс]: підручник для лікарів / [колектив авторів]; за заг. ред. Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути. Харків: Строков Д. В., 2022. URL: <https://repo.dma.dp.ua/8174/1/REP0001366%20%281%29.PDF>
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіної, І. Павленко, Є. Овсянникової [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
4. Фактори психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб: їх структура та динаміка у часі / Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю., Колядко С. П., Явдак І. О., Волкова С. О. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2020. № 1. С. 120–127.
5. Чабан О. С., Хаустова О. О. Антистрессова поведінка в умовах війни. Основи фармакотерапії тривоги. *Практикуючий лікар*. 2022. № 2–3. С. 5–13.
6. Керівництво Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (2017). Женева: МПК. URL: <http://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings> (Last accessed: 10.10.2022).

Розділ 2.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

А.Є.Ніколенко

2.1. Особистість, структура особистості

Поняття *особистості* належить до найбільш суперечливих і складних для визначення в сучасній психології. Єдиного загально визнаного визначення особистості немає до сьогодні. На питання, що таке особистість, психологи відповідають по-різному, і в різноманітні їх відповідей виявляється складність феномена особистості. Як ілюстрацію можна навести визначення поняття «особистість», що містяться в працях різних вчених. «Поняття особистості визначає людського індивіда як члена суспільства, узагальнює інтегровані в ньому соціально значущі риси» (І. С. Кон).

«Особистість – це індивід, який визначив свою діяльну позицію до всього, що його оточує: до праці, до суспільного ладу, до боротьби мас, до завдань колективу, до долі іншої людини» (П. Є. Кряжев).

«Особистість – людина як суспільний індивід, суб'єкт пізнання і об'єктивного перетворення світу, розумна істота, яка володіє мовою і здатна до трудової діяльності» (А. В. Петровський).

«Особистість – людина як носій свідомості» (К. К. Платонов).

«Особистість – це людина, взята в системі таких психологічних характеристик, які соціально зумовлені, проявляються в суспільних за природою зв'язках і відносинах, є стійкими і визначають моральні вчинки людини, які мають істотне значення для неї самої і тих, хто її оточує» (Р. С. Немов).

Отже, **особистість** – це людина в системі таких психологічних характеристик, які соціально обумовлені, виявляються в суспільних відносинах, є стійкими і визначають **моральні вчинки** людини.

До структури особистості відносять:

- темперамент (структура природних властивостей),
- спрямованість (система потреб, інтересів та ідеалів),
- здібності (система інтелектуальних, вольових та емоційних властивостей).

Якості особистості, які формуються в ході діяльності, включаються до структури подальшої діяльності, змінюються і стають компонентами структури особистості, яка є стійкою і динамічною системою психічних властивостей. До структури особистості належать різні психічні властивості, насамперед свідомість та самосвідомість.

Крім того, важливою підсистемою структури особистості є *спрямованість її діяльності, яка визначається потребами, інтересами, ціннісними орієнтаціями, цілями, настановами, моральними почуттями тощо.*

До структури особистості належать *потяги, уміння, здібності та вольові якості, а також психофізіологічні властивості індивіда.*

Таким чином, **структура особистості** – ієрархічне утворення, яке містить підструктури різного онтогенетичного віку.

Ці підструктури включаються в загальну організацію особистості як суб'єкта спілкування, пізнання і праці.

2.2. Психологія комбатанта

Роль людини у війні, особливо в бойових умовах, залишається багато в чому визначальною і вирішальною. Війна формує особливий тип особистості, особливий тип психології, який можна назвати як *психологію комбатанта*.

Людина, яка одержала до рук зброю, миттєво перетворюється: змінюється світовідчуття, самооцінка, ставлення до оточення. Людина вважає, що зброя – це сила та влада, це впевненість, стиль поведінки, у неї виникає ілюзія своєї значущості.

Що ж відбувається на війні, особливо на фронті, де зброя є в кожного, а її застосування із можливості стає обов'язком? Чи існує особливий психологічний тип «людини з рушницею»? – Так.

Психологія **комбатантів** (у перекладі з французької означає воїн, борець, який бореться) – це психологія людини на війні, озброєної людини, яка бере безпосередню участь у бойових діях.

Усі базисні елементи особистості людини формуються в мирний період, а війна лише виявляє їх із найбільшою визначеністю, акцентує ті чи інші якості, пов'язані з умовами воєнного часу. Водночас специфіка умов воєнного часу викликає до життя нові якості, які не можуть виникнути в мирному житті, а у воєнний період формуються в максимально короткий термін. Однак ці риси і властивості дуже складно розділити за часом і умовами формування. Мова може йти тільки про перетворення якостей, поодиноких за своїми проявами в умовах мирного життя, масові, що отримують найбільше поширення в умовах війни, тому що лише в бою випробовуються всі якості людини. Якщо в мирний час окремі риси людини не виявляється, то під час бою вони розкриваються.

Отже, психологія комбатантів – це психологія людини на війні, людини зі зброєю, яка бере безпосередню участь у бойових діях.

Вищі прояви людського духу, досить рідкісні за звичайних обставин, стають воістину масовим явищем за надзвичайних обставин. І підтвердженням цьому є дії наших захисників. Увесь світ побачив незламність українських військовослужбовців, добровольців, героїзм населення.

Військові психологи США вважають, що найважливішими завданнями психологічної підготовки у збройних силах є:

- 1) подолання страху та недопущення паніки;
- 2) встановлення та зміцнення позитивних взаємовідносин серед військовослужбовців у невеликих групах – основа бойового духу та психологічної стійкості військ;
- 3) безперервне та впевнене управління.

Війна вже всередині кожного: на лінії фронту вона фізична, поза ним – психологічна, і настрій бійців на війні не менш важливий, ніж справні зброя і техніка.

З точки зору психології виникає дуже багато запитань:

1. Як найкраще зрозуміти задум та попередити інформаційно-психологічні операції ворога?
2. Що відбувається з нами, як змінюється наш настрій під час війни?
3. Як це може вплинути на кожного з нас?
4. Як зменшити негативні наслідки?

Психологічна війна – це атака на ідентичність кожного бійця, на базові питання: «хто я?», «яка моя функція?», «яке моє місце у всьому, що коїться?», «що я маю робити?». У кадрових військових із цим проблем переважно немає, а от у цивільних та молодих бійців ідентичність опиняється під сильним ударом. На фронті страшно, і там немає місця провині, а в тилу, якщо, звичайно, над вами не літають снаряди, деморалізує провина. І те, й інше почуття вважається нормальним в певних межах. Але якщо вони «захоплюють» – наша психіка не справляється. Якщо охоплює страх, боєць закликає на місці. Якщо в тилу захоплює відчуття провини, людина перестає повноцінно працювати для перемоги.

Проблема прогнозування поведінки людей в екстремальних умовах діяльності, а також оцінка імовірності збереження їх психічного здоров'я та працездатності після впливу екстремальних факторів завжди була в центрі уваги досліджень науковців та практичних психологів. Особливе місце серед екстремальних ситуацій займають військові конфлікти.

Результати проведених досліджень особистісних змін у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, показали, що незалежно від інтенсивності психоемоційних навантажень зміна структури психологічних характеристик людини в основному має негативний характер. Згідно з даними досліджень тільки 25% військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах і локальних війнах, адекватно реагують на бойову ситуацію і спроможні вести активні бойові дії. В інших відбувається дезорганізація психічної діяльності, яка може призводити до розвитку різних патологічних реактивних станів: у 10–25% особового складу виникають гострі реактивні психози, у 35% стійкі психічні порушення, які можуть зберігатися протягом усього життя і розглядаються як ПТСР.

У психічних реакціях військовослужбовців на вплив психогенних факторів в екстремальних умовах відзначаються істотні роз-

ходження, що насамперед пов'язано із суб'єктивністю сприйняття подій, які відбуваються. Так, в умовах психологічного стресу в одних виникає руховий ступор, в інших, навпаки, з'являється психомоторне збудження. Деякі сприймають те, що відбувається, як смертельну загрозу, інші відзначають лише певний елемент ризику. Якщо вважати, що характер психічних реакцій людини на вплив психогенних факторів залежить від психологічних особливостей особистості, то можна припустити, що й характер наслідків впливу факторів психотравмуючих ситуацій для конкретної людини багато в чому зумовлюватиметься її індивідуально-психологічними особливостями. Вищеперераховані ознаки різноманітних психогенних розладів обумовлюють широке коло різноманітних порушень, які різними авторами описуються як бойові психічні травми, гострі реакції на стрес, соціально-стресові розлади, комбатантна акцентуація особистості, ПТСР та інші розлади.

В. О. Пономаренко виділяє певні добіологічні бар'єри, які попереджають негативний вплив бойового стресу на військовослужбовця, – *це психічне здоров'я, світоглядні настанови, розвинене відчуття військового обов'язку та професіоналізм особового складу*. Автор визначає, що при бойовому стресі відбувається інтеграція двох основних завдань для особистості: зберегти інших та себе (іноді інших раніше, ніж себе). Вчений доводить, що в бойових умовах досвід та знання відіграють провідну роль при порятунку себе, крім того, для порятунку інших необхідні такі додаткові психологічні якості, як: честь, гідність, інші «духовні патерни» особистості.

В. О. Бодров, О. О. Обознов пропонують стійкість до стресу розглядати як інтегративну властивість особистості – *стресостійкість*, яка характеризується необхідним ступенем адаптації індивіда до впливу екстремальних факторів середовища та професійної діяльності; детермінується рівнем активації ресурсів організму та психіки індивіда; проявляється в показниках його функціонального стану та працездатності.

За даними Ю. І. Погодіна та інших, загальна характеристика психічного стану військовослужбовців залежить від особистісних особливостей і періоду бойової діяльності: наприкінці бойових дій у 80 % офіцерів виявлено виражені ознаки бойової психічної трав-

ми (астенізація та різні дезадаптаційні розлади), отже певною мірою вони потребували спеціалізованої медико-психологічної допомоги.

Дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців перед початком бойових дій у Чечні та на першому етапі їх ведення, яке провів В. С. Новіков, показало, що тільки 28 % особового складу були здоровими, у 72 % виявлено астено-депресивні (46 %) або психотичні (26 %) реакції, які потребували оперативної психофізіологічної та фармакологічної корекції. Автор відзначив, що найбільші зміни у психічному стані військовослужбовців відбувалися під час їх тривалого перебування та ведення затяжних бойових дій: майже в усіх обстежених були наявні ознаки астенізації з різними нервово-психічними розладами, нервово-психічна нестійкість збільшувалася з 22 % на початку ведення бойових дій до 38 % після 21–49-ї доби бойових дій. Загалом, вважає автор, задовільний рівень психофізіологічної боєздатності визначено у 52 % особового складу, у 48 % – незадовільний: з тривалим перебуванням у зоні бойових дій у військовослужбовців погіршувалося загальне самопочуття, а також деякі психологічні характеристики, збільшувалася ситуативна тривожність, з'являлися ознаки істероїдних акцентуацій особистості (імпульсивність, демонстративність).

Грунтовними є дослідження В. С. Новікова та інших, які вивчали проблему психофізіологічної корекції та реабілітації військовослужбовців, що брали участь у бойових діях в Афганістані та республіках Закавказзя. За результатами психофізіологічного та соціально-психологічного дослідження десантників, які брали участь у бойових діях в Афганістані, понад 70 % з них мали різні психосоматичні скарги, майже кожний четвертий відчував значні труднощі в реадaptaції до служби в мирних умовах. Подібні зміни були у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у республіках Закавказзя. Так, більше ніж у 50 % особового складу були різні особистісні акцентуації, рівень депресивних реакцій та тривожно-фобічних проявів спостерігався у 28 %, психопатичних рис – у 48 %; понад 50 % офіцерів скаржилися на порушення сну та апетиту, у 81 % офіцерів, які брали участь у бойових діях у Чечні, виявлена виражена астенізація, що потребувала проведення психофізіологічної та фармакологічної корекції.

За даними психіатра військово-морського флоту США W. Nash, який керував програмою контролю бойового стресу серед морських піхотинців, подібні прояви були також і у військовослужбовців США, які брали участь в активних бойових діях в Іраку. Як з'ясував автор, на відміну від поширених переконань, найбільшою шкодою для психіки були не лише страх або жах, які військовослужбовці змушені переборювати на полі бою, але й почуття сорому та провини, що пов'язані з «моральними» травмами, від яких вони страждають. Він виявив, що серед причин виникнення психічних розладів на першому місці стоять випадки загибелі товаришів по службі, на другому – помилкове відкриття вогню по американських військовослужбовцях, коли гинули товариші по службі, на третьому – відчуття провини за загибель мирного населення, особливо жінок і дітей. W. Nash підкреслює, що ще одним важливим фактором психогенних травм є звільнення з армії, яке з часом супроводжується руйнівним почуттям втрати у тих людей, чие життя обмежувалося винятково військовою службою й які раптово виявилися непотрібними.

Таким чином, на сьогодні відсутня чітка класифікація вищезгаданих психічних розладів, які виникають як відстрочена реакція (стан) організму на важку травматичну подію. Як бачимо, у багатьох наукових працях автори розглядали різноманітні аспекти цієї складної і водночас дуже важливої проблеми.

2.3. Акцентуація характеру, її особливості під час війни

Акцентуація (від лат. *Accentus* – наголос), акцентуація характеру, акцентуація особистості – особливість характеру (в інших джерелах – особистості) людини, що є в межах клінічної норми, за якої окремі її риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова уразливість стосовно одних психогенних впливів при збереженні стійкості, адаптованості до інших.

Акцентуація – це «місце найменшого опору». Воно являє собою слабку точку, яка присутня в кожному типі акцентуації характеру. Прихована акцентуація, що не виявляється безперервно,

дуже яскраво дається взнаки, коли людина потрапляє в ситуації, концентруючи «місце найменшого опору» в характері.

Риси акцентуації характеру є суттєвим чинником формування психологічної стійкості військовослужбовців до бойових стрес-факторів. За оцінками фахівців, найбільш уразливі до дії бойових стресорів є особи з астеничними й сенситивним рисами характеру, вразливі, некомунікабельні, ригідні, з вираженими вегетативними проявами.

Е. М. Матейко, вивчаючи динаміку соціально-стресових розладів військовослужбовців, виявила, що найбільш вираженими акцентуаціями є гіпертимний, екзальтований та демонстративний типи, крім того, половина осіб демонстрували тенденції до застрягаючого типу. У військовослужбовців виявилася відсутність акцентуацій за тривожним типом, а також дуже низький відсоток осіб зі збудливим та емотивним типами акцентуації. На думку автора, переважання гіпертимного типу акцентуації характеру, що характеризується товариськістю, оптимізмом, надмірною самостійністю, сміливістю, схильністю до ризику, відсутністю сором'язливості та боязкості, є притаманним саме для захисників Вітчизни.

Проводячи порівняльний аналіз особистісних особливостей військовослужбовців з розладами адаптації, О. В. Шелестова визначила, що гіпертимний тип акцентуації властивий військовослужбовцям без стресових порушень, суттєво нижчими є рівень застрягання, екзальтованості, педантичності, демонстративності, циклотимності, збудливості та найнижчими дистимності та тривожності. Для військовослужбовців з розладами адаптації характерна акцентованість таких рис характеру, як: тривожність, циклотимність, демонстративність, збудливість, дистимність, екзальтованість.

За дослідженнями Ю. Ю. Стрельникової, базові якості демонстративності особистості є ключовим чинником, що перешкоджає розвитку ПТСР, а відсутність виражених істероїдних рис підвищує ризик виникнення важких посттравматичних порушень. Навпаки, «ореол героя» справляє позитивний вплив на самооцінку, задовольняє високий рівень домагань та потребу подобатися оточенню, а групова діяльність підрозділу сприяє причетності загальному настрою, створюючи сприятливе підґрунтя для самовизначення.

До особистісних акцентуацій з астеничним типом реагування додалися підвищені тривожність, боязкість, настороженість, пе-

симізм, відчуття провини, обмеження контактів з навколишніми, острах за власне життя, непевність у майбутньому, негативне ставлення до тих, хто «закосив» і залишився в тилу та не бере участь у захисті Батьківщини, перегляд ціннісно-сміслових орієнтацій, а також пасивність, апатичність, пригніченість, знижена самооцінка, але критика до свого стану була збережена. При цьому посилилися емоційна лабільність, уразливість, чутливість, зберігалася постійна фіксація на переживаннях бойової ситуації, нав'язливі спогади сцен бою, загальна загальмованість, погіршення стану. Такі особи не проявляли ніякої ініціативи, фон настрою коливався в бік зниження, часто ставали об'єктами глузування і не завжди могли постояти за себе, швидко втомлювалися. Песимізм змінювався приступами страху, сльозами, пошуком співчуття. Фіксація на перенесених психотравматичних ситуаціях проявлялася у відмові від прийняття самостійних рішень, у «заглибленні в собі», замкнутості, зниженні інтересу до навколишніх. Навіть незначні психічні та фізичні навантаження викликали неприємні відчуття, такі особи часто хворіли, не люблячи, коли до них приверталася увага, постійно думали про домівку, усамітнювалися, легко астенизувалися.

При акцентуаціях стенічного типу реагування у військовослужбовців з'являлися злість, агресивність, жорстокість, грубість, похмурість, схильність до зловживання ненормативної лексики, підозрілість. Маючи високий життєвий тонус, такі особи проявляли владність, прагнули «керувати» та підкоряти собі навколишніх. Під час протидії з боку керівництва такій поведінці вони відповідали «спалахами» гніву, роздратованості, погіршенням настрою. Ці військовослужбовці часто порушували військову дисципліну, проявляли схильність до асоціальних та аморальних вчинків, правопорушень, зловживання алкоголю. Вони погано переносили жорсткий контроль та вимоги військової дисципліни, монотонну діяльність, змушену самотність. Для них було характерне прагнення до самостійності, вирішення завдань на власний розсуд, вони відстоювали «свою правоту», боролися за «справедливість», нехтували вказівками старших за званням. Водночас в окремих випадках проявляли мужність, героїзм, зневажаючи особистою безпекою. У період ведення бойових дій для таких військовослужбовців були типові афективні спалахи та зниження самоконтролю, злісно-дратівливий

настрій, агресивність. Часто проявляли упертість, небажання виконувати накази, підозрілість, жорсткість та підвищену вимогливість до інших, погрожували навколишнім, прагнули помсти, виявляли садистські схильності. Почуття «провини» формувало відчуття невиконаного обов'язку, бажання продовжувати службу без відпусток та відпочинку. Пережиті психологічні травми проявлялися у сновидіннях загрозливого характеру з частими пробудженнями. На зауваження такі особи реагували дратівливістю з наростанням афекту, не дотримуючись відчуття дистанції. Поведінка майже завжди була зовнішньоозвинувачувального характеру, але вони завжди першими були готові до виконання небезпечних завдань.

Для особистостей з акцентуаціями дистенічного типу реагування характерними були достатня товариськість, вони проявляли готовність стати лідером військового колективу, але й були прагнення услужити, самовихваляння, обман, мінливість, нестійкість та поверховість емоцій, часто приймали необмірковані та необґрунтовані рішення. Підвищена здатність до витіснення дозволяла їм «забути» неприємні та важкі ситуації, характерними були короткочасність та поверховість неприємних відчуттів, схильність до їх забування. З одного боку, прагнули виділитися, були хвалькуватими, проявляли браваду з награною зневагою до небезпеки, з іншого – вони намагалися не ризикувати своїм життям. У поведінці відмічалися мінливість, нестійкість, демонстративність, нездатність до тривалого напруження, зневага моральними нормами, самооцінка була завищена, відсутні стійкі соціальні настанови, поступки відбувалися під впливом навколишніх. Такі особи могли самовільно залишати військову частину та чинити демонстративно шантажні суїцидальні дії, відрізнялися легковажністю та некритичністю. Якщо виявлялися незначні розлади здоров'я, ці особи перебільшували важкість захворювання, добивалися реалізації власних настанов на ці питання, іноді проявляючи демонстративно шантажні дії. Вони часто давали обіцянки, які не виконували, при цьому переконливо доказували, чому не змогли цього зробити. Залежно від ситуації та періодів перебування в зоні проведення АТО ставлення товаришів по службі до них було неоднозначним: від позитивного до негативного. Сполучення донозологічних рис характеру з якими, набутими під час виконання службово-бойових завдань

(СБЗ) в зоні проведення АТО, привело до характерологічної трансформації особистості, що в майбутньому дозволило краще адаптуватися до мирних умов життєдіяльності. При цьому майже всі категорії військовослужбовців зазначали, що участь у бойових діях сприяла «дорослішанню та змужнінню», змушувала «по-іншому дивитися на життя», переоцінювати смисл життя та його цінності, по-іншому ставитися до командирів, друзів, родин та близьких. Участь у бойових діях багатьом з військовослужбовців дозволила самоствердитися, з більшою повагою поставитися до себе та суспільства до них.

Загальновідомо, що військовослужбовці, які пережили бойовий стрес та бойову психічну травму й не отримали своєчасної кваліфікованої психологічної або хоча б психіатричної допомоги, можуть вдаватися до суїцидів, алкоголізації, проявляти конфліктність у стосунках з військовим колективом, керівництвом і родиною. Вони можуть проявляти невмотивовану агресію та насильницькі дії, спричиняти нестатутні відносини (як наслідок, притягуватися не лише до дисциплінарної, але й до кримінальної відповідальності), втрачати віру в цінності своєї праці, недбало ставитися до виконання своїх службових обов'язків, звільнятися, тобто будуть обов'язково виникати розгорнуті різні ПТСР. Також більшість з учасників АТО для зняття напруження, тривожності, втоми, послаблення переживань бойової обстановки та почуття провини перед загиблими періодично вживали алкоголь.

Психологічні особливості феномену «комбатантної акцентуації» особистості

Комбатантні акцентуації – це варіанти норми особистості, у яких окремі характерологічні риси були посилені або трансформовані досвідом участі у військових діях, результатом цього стала їх підвищена вразливість до специфічних психогенних впливів, у той час як до інших чинників може виявлятися навіть підвищена стійкість.

А.Н. Зеляніна, вивчаючи сутність динаміки особистісних характеристик ветеранів, підкреслює специфічність впливу бойової ситуації як стресового чинника для її активних учасників. Учасники бойових дій виявляються безпосередньо залученими в бойову стресогенну ситуацію, отже, перед ними стоять два суперечливі завдання – вижити та виконати бойове завдання. В основі форму-

вання комбатантної акцентуації лежить трансформація особистості під впливом тривалого перебування в умовах бойового стресу.

Основними характеристиками комбатантних особистісних змін як специфічної акцентуації є:

1. Набуті в бойових умовах характерологічні риси особистості, які ускладнюють реадаптацію комбатантів до мирного життя. Проте залежно від умов (бойових, небойових) комбатантна акцентуація може бути конструктивною й сприятиме адаптації, а може бути деструктивною та викликати дезадаптацію.
2. Бойова трансформація особистісних змін відбувається значно швидше за часом, ніж формування акцентуації в мирний час, викликає дисгармонію особистості комбатанта, що проявляється переважно поведінковими відхиленнями.
3. Різноманітність акцентуації в довоєнний період обумовлена різними соціальними, біологічними, культурними факторами. У бойовий період військовослужбовці перебувають в однакових умовах і піддаються впливу однотипних стрес-факторів. З цієї причини спектр проявів комбатантних акцентуацій менший, ніж у довоєнний час, та обмежується в основному трьома типами: тривожною, циклоїдною і збудливою акцентуацією;
4. У повоєнний період зміни особистості під впливом факторів мирного життя зазнають подальшої трансформації.

Аналізуючи наукові доробки, А.Н. Зеляніна зазначає зв'язок чинників довоєнного й військового анамнезу з проявами посттравматичного стресу, взаємозв'язок комбатантних акцентуацій з акцентуаціями довоєнного періоду, успішністю адаптації до мирного життя, а також оцінками ефективності психотерапевтичного впливу. І.В. Шардіна разом із співавторами зазначає зв'язок комбатантної акцентуації особистості із суїцидальною поведінкою військовослужбовців.

Комбатантні акцентуації поділяються:

- 1) залежно від темпераменту на стеничні, астенічні та дистенічні;

- 2) за особливостями соціальної адаптації – конструктивні та деструктивні, залежно від особливостей взаємодії соціального та конституціонального складників.

Отже, для частки осіб участь у бойових діях є позитивним досвідом, нормальною діяльністю, що сприяє підвищенню професіоналізму військовослужбовця.

Потрібно додати, що необхідність адаптації до географічних, етнічних і соціально-психологічних умов регіону, з якими доводиться стикатися співробітникам під час виконання службово-бойових завдань, підвищує вимоги до особистості бійців спеціальних підрозділів. Службово-бойова діяльність поліцейських, на відміну від військових дій, здійснюється в інших правових умовах, що також накладає відбиток на поведінку співробітників. Також вони набагато частіше стикаються з небойовими екстремальними ситуаціями соціального, техногенного або екологічного характеру.

Характер військових є відображенням навколишнього середовища і умов, у яких вони перебувають. Характер має велике значення не тільки для особистості воїна, а й для військового колективу, в якому він служить. Життя і служба колективу визначаються якостями характерів індивідів. Несприятливими рисами акцентуації характеру військовослужбовця є тривожність, знижений фон настрою, схильність до агресії та різких емоційних реакцій, чергування періодів настрою. І навпаки, воїни з життєрадісним характером, демонстративні, з умінням домагатися мети діяльності встановлюють хороші, товариські відносини, успішно виконують спільну діяльність, створюють оптимальні умови для військового колективу.

Акцентуації особистості можуть стати як позитивним, так і негативним фактором виникнення негативних психічних станів і стрес-залежних захворювань.

Гіпертимічні акцентуації характеру підвищують шанси на те, що військовослужбовець докладе максимальних зусиль для відновлення завдяки характерному оптимізму і високій активності.

Представники **проективної акцентуації**, збудливого типу особистості через підвищену імпульсивність, часто ослабленого контролю своєї поведінки можуть допускати серйозні помилки. У ситуації звинувачення, протидії, моральної, матеріальної, фізич-

ної шкоди наражаються на серйозну небезпеку розвитку гіперактивності.

Дистимічний тип з переважно зниженим настроєм характеризується в разі виникнення важкої фруструючої ситуації схильністю до депресії. У такого типу часто підвищене почуття справедливості, і тому велике значення має базова «ілюзія справедливості» (серйозність, відповідальність, сумлінність, пунктуальність повинні бути заохочені). Порушення цього внутрішнього правила внаслідок обставин переживають важко.

Емотивний тип зумовлює те, що емоції домінують у змісті мотивації поведінки, будь-яка подія переживається надзвичайно глибоко і тривало, характерні вразливість і чутливість. Конфліктність, несправедливість з боку близьких людей і керівництва при накладенні на психотравмуючу подію різко підвищують ймовірність інтрузії.

Невротичний, або тривожно-боязкий, тип – тип з підвищеною схильністю до страхів. Для цього типу характерні: підвищена тривожність, занепокоєння з приводу можливих невдач, занепокоєння за свою долю і долю близьких. Навіть незначні події можуть завдати психотравми, викликають фобічні переживання. Самооцінка таких людей знижена, а оцінка інших людей завищена.

Афективно-екзальтований тип, або інтроєктивна акцентуація, чреваті нестриманістю почуттів, гнівливістю або слізливістю, при виникненні травми і необхідності тривалого лікування відчують великі труднощі через монотонність, обмеження інструкціями, неприйняття почуттів і «глибини» ситуації.

Циклотимічна акцентуація, або афективно-лабільний тип, піддається додатковій небезпеці виникнення ПТСР через постійну нестійкість настрою, схильностей та емоцій. Полярна зміна фаз самопочуття, заглибленість у внутрішній світ, суб'єктивність оцінок робить цих людей малопередбачуваними у спілкуванні, ускладнює роботу психолога.

Паранойяльна акцентуація, застрягаючий, нестійкий тип – при отриманні травми схильний висувати непомірні вимоги до оточення, водночас сумнівається в цінності ідей і схильностей.

Ригідна акцентуація, педантичний тип особистості характеризується інертністю психічних процесів, нездатністю до

витіснення травмуючих переживань; звідси підвищений ризик виникнення ПТСР.

Демонстративний тип особистості, навпаки, характеризується підвищеною здатністю до витіснення (негативних переживань і думок). Однак за несприятливих обставин можливий «відхід» у хворобу, цьому сприяють «недооцінка» оточення, утиск права бути «зіркою», байдужість з боку близьких.

Таким чином, екстремальні військові обставини є передумовою для формування «комбатантної акцентуації особистості» – сукупності особистісно-характерологічних особливостей, динаміка яких визначається специфікою бойових і мирних умов життєдіяльності комбатантів, а прояви – різними варіантами взаємодії нажитих (комбатантних) і початкових характерологічних рис.

2.4. Психічні стани військовослужбовців та їх індивідуально-особистісні особливості

Характеристики загального профілю військовослужбовця, який має підвищену готовність до розладів:

1. Наявність психологічного комплексу неповноцінності, неуспішності, нерідко із заздрістю до більш успішних колег, негативізм до них і певна боязкість. Занижена самооцінка сприяє тому, що військовослужбовець заздалегідь відмовляється від надії відновити свою фізичну форму, як наслідок, розвиваються депресивні стани, виникають неефективні психологічні захисти.
2. Знижена толерантність до фрустрації, тобто надмірно глибокі переживання при незадоволенні своїх інтересів і потреб, нервозність і пригніченість при невдачах, складнощах, проблемах.
3. Сором'язливість, боязкість, нерішучість, невпевненість у нових ситуаціях і з незнайомими людьми.
4. Недостатньо розвинена здатність до психологічної мобілізації, до вольових і фізичних зусиль, до тривалої трудової напруги.

5. Підвищена потреба в захисті, підтримці та заступництві з боку «сильних та успішних», пасивна підпорядкованість, аж до повної залежності.

Всі перераховані фактори призводять до розладу адаптації.

Структура ієрархії ціннісних орієнтацій може бути як позитивним фактором для уникнення ПТСР (сформованість, перевагування духовних цінностей і т.д.), так і негативним (несформованість, домінування матеріальних цінностей і т.д.).

Рівень суб'єктивного локусу контролю в разі норми справляє стабілізуючу дію на особистість. При екстернальності призводить до депресії, схильності звинувачувати інших або долю в отриманні травми. При надмірно високому локусі контролю людина вважає себе цілком і повністю відповідальною за свої невдачі, що призводить до підвищеної невротизації особистості, підвищує ризик розвитку ПТСР.

Особливості девіантної поведінки військовослужбовців

Девіантна поведінка – система вчинків (окремі вчинки), що суперечить прийнятим у суспільстві нормам і виявляється у вигляді незбалансованості психічних процесів, адаптаційних механізмів і нездатності до морального та естетичного контролю за своєю поведінкою.

Слід зазначити, що «порушення поведінки» є великою мірою соціальним феноменом, що характеризується антигромадською спрямованістю. Психологія розглядає проблему девіантної поведінки як результат недостатнього стримування внутрішнього напруження, наслідок гіперкомпенсації потреб, фрустрації, блокади задоволення потреби в самоактуалізації, як результат соціального навчання.

Для з'ясування причин девіантної поведінки часто використовується **біопсихосоціальна модель Р. Карсона**.

Перша група причинних чинників має біологічну природу.

Друга група чинників – психосоціальну. Девіантна поведінка є наслідком психологічних якостей, рис характеру, життєвих настанов, спрямованостей особистості, які мають частково вроджений характер, частково формуються вихованням і середовищем. Однак

особистісна дезорганізація – далеко не єдина причина відхиленої поведінки.

Третя група чинників має середовищну, соціокультурну природу.

Основними соціально-психологічними видами відхилень у поведінці військовослужбовців є «уникаючий», «пригноблюючий», «паразитуючий».

До відхилень «уникаючого» виду належать: ухилення від військової служби, суїцид, умисні вбивства. Цей вид відхилень характеризується дезадаптивністю і «втечею з ситуації».

«Пригноблюючий» вид відхилень об'єднав такі девіації, як порушення правил статутних взаємовідносин і перевищення посадових повноважень. Спосіб реагування на ситуацію – придушення, примус.

«Паразитуючий» вид соціально-психологічних відхилень – це злочини проти власності, зловживання службовим становищем, розкрадання зброї та боеприпасів. Спосіб реагування – використання військової організації як джерела поліпшення власного матеріального добробуту із завданням їй шкоди.

Для всіх трьох видів характерним є інфантильний спосіб реагування на ситуацію, високий рівень мотивації уникнення невдач, низький або високий рівень мотивації на успіх. В умовах воєн і катастроф соціальні структури різко слабшають, і ймовірність всіх форм девіантної поведінки значно зростає.

Типи девіантної поведінки:

- делінквентна – поведінка з виразною антигромадською спрямованістю, яка набуває в граничних своїх проявах кримінально караного характеру;
- адиктивна – поведінка з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому психоактивних речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності, що спрямована на розвиток та підтримку інтенсивних емоцій;
- патохарактерологічна – поведінка, що зумовлена патологічними змінами характеру внаслідок дефектів виховання;
- аномальна сексуальна поведінка (девіації, статеве збочення).

Клінічні форми девіантної поведінки:

- агресивна поведінка;
- аутоагресивна (суїцидальна) поведінка;
- зловживання речовинами, що викликають стан зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація та ін.);
- патохарактерологічні реакції (різних типів);
- аномалії сексуальної поведінки (девіації, статеве збочення).

Аномальна поведінка

Аномалія – це будь-яке зазначене відхилення від норми або очікувань, дослівно – «не норма». Термін використовується для позначення відхилень у поведінці, у відносинах і статистиці. У поведінці це зазвичай належить до порушень або клінічних синдромів.

Аномальна поведінка – це система вчинків або окремі вчинки, що суперечать соціальній, статистичній, суб'єктивній та функціональній нормам. Це ненормальна або патологічна поведінка. Аномальна поведінка – це клінічна форма девіантної поведінки.

Схематично це можна подати так:

девіантна поведінка → аномальна поведінка.

Поняття девіації є ширшим, ніж аномалії. Девіантну поведінку необхідно чітко відмежовувати від поведінки аномальної. Аномальна поведінка пов'язана з відхиленням від норми психічного здоров'я. Якщо психічно хвора людина найчастіше не усвідомлює можливі згубні наслідки своєї поведінки, то людина з девіантною поведінкою в більшості випадків усвідомлює свої дії та їх можливі наслідки, але через різні причини (боязкість, байдужість, пошук особистої вигоди та ін.) здійснює девіантний вчинок стосовно самої себе, який може супроводжуватися спрощенням особистості з нівелюванням особистісних властивостей аж до її поступової деградації.

Делінквентна поведінка

Різновидом злочинної (кримінальної) поведінки людини є делінквентна поведінка – поведінка, що в граничних своїх проявах є кримінально карним діянням. Відмінність делінквентної поведінки від кримінальної полягає в тяжкості правопорушень, вираженості її антигромадського характеру. Основою делінквентної поведінки людини є психічний інфантилізм із комплексом характерних

ознак: невміння розділяти ідеальні та реальні цілі; наївність і прямиодушність, що не відповідають віку; дитяча захопленість, егоцентризм; формальне виконання обов'язків; небажання й невміння прогнозувати можливі майбутні небажані події; підвищена вразливість; потреба в утішанні та опіці; схильність до різких коливань настрою та виражені афективні реакції.

Делінквентна поведінка в умовах воєнного часу

В умовах воєн і катастроф делінквентна поведінка досить поширена (мародерство, насильство, дезертирство).

Наприклад, мародерство – незаконне привласнення чужого майна в атмосфері безкарності в період катастроф або бойових дій; насильство стосовно місцевого населення – будь-яка дія стосовно особистості або групи осіб, що відбувається проти і всупереч їх волі. Психологічним виправданням таких дій зазвичай є почуття помсти. Мотивація до «знищення особового складу противника» з легкістю переноситься на місцеве населення. Імовірність таких ексцесів у локальних війнах значно зростає. Зворотний бік медалі – вбивство військовослужбовців цивільними особами.

Адиктивна поведінка

Розрізняють такі форми адикції:

- наркотична,
- алкогольна,
- тютюнова,
- втеча від реальності шляхом зосередження на вузькоспрямованій сфері діяльності.

В осіб з адиктивними формами поведінки з'являються такі психологічні особливості:

- тяжке перенесення труднощів повсякденного життя поряд із хорошим перенесенням кризових ситуацій;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується зі зверхністю, що проявляється зовні;
- зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;

- прагнення ухилитися від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Адиктивна поведінка є донозологічним етапом формування алкоголізму й наркоманії та передбачає наявність ситуаційної психічної залежності й «пошукової активності» щодо алкоголю та різних психоактивних речовин.

Адиктивна поведінка серед військовослужбовців в умовах війни

Під час воєн у Кореї та В'єтнамі від 30 до 45 % американських військовослужбовців уживали наркотики або зловживали алкоголем, значна кількість надалі ставали залежними від них. На думку деяких авторів, уживання психоактивних речовин дозволяло комбатантам тимчасово справлятися з психологічними проблемами. У першому періоді війни у В'єтнамі всі психічні розлади становили лише 5 % від кількості бойових санітарних втрат. Однак надалі цей показник зріс до 60 %. Зі складу експедиційного корпусу збройних сил США, який перебував в Індокитаї, щомісяця звільнялися як «невиліковні наркомани» від 1 до 2 тис. військовослужбовців. Серед них 50 % уживали марихуану, 17,4 % – опіум, 2,5 % – героїн. Основні представники цієї групи – молоді солдати віком від 18 до 23 років. Причому в бойових підрозділах відсоток тих, хто вживав наркотики, був вищим ніж у тилових. Серед офіцерів особи, які вживали наркотики, становили від 10 до 20 %.

Проявився тісний взаємозв'язок адиктивних розладів з іншими формами деструктивної поведінки: встановлено, що серед солдатів, які утримуються на гауптвахті у зв'язку з протиправними діями, 63 % постійно вживали марихуану, а понад 40 % американських солдатів, які повернулися з Південного В'єтнаму, проявляли схильність до агресивної поведінки та насильства. За даними закордонних психіатрів, у роки афганської війни майже третина психічних порушень була викликана вживанням наркотиків або алкоголю. Так, 31 % психічних розладів серед рядового складу був викликаний наркотизацією опіумом і гашишем, 35,2 % психічних

розладів у офіцерів обумовлені вживанням алкоголю. Це незважаючи на «сухий закон», якого дотримувалися в «обмеженому контингенті військ». За офіційними даними МОЗ України, кількість військовослужбовців (учасників АТО), які перебували у 2015 році в психіатричних і наркологічних стаціонарах з розладами психіки та поведінки, становить 3 791 особу. З них через вживання психоактивних речовин (ПАР) – 1 877 осіб, або 49,5 % від усіх осіб-учасників АТО.

Механізми виникнення адиктивної патології

У деякої частини військовослужбовців, у тому числі серед здорових осіб, на тлі стресового впливу, поряд зі зростанням агресивності та посиленням депресивних проявів, зазвичай відбувається збільшення частоти алкоголізації, наркотизації та інших форм відхиленої поведінки.

Багато авторів вважає, що алкоголізм і наркоманія виникають як вторинний симптом відносно розладів, пов'язаних зі стресом (невротичних і афективних), а основним механізмом розвитку залежності є підсвідоме прагнення до позбавлення від них. Наркотизація розглядається як процес вироблення механізмів «подолання стресу», в якому ПАР відіграють роль своєрідних транквілізаторів, що купірують (усувають болісні явища) тривогу та дозволяють «піти від реальності», обумовлюючи тим самим мотивацію їх прийому (відомо, що алкоголь, опіати, канабіоїди, включаючись у нейрохімічні механізми, надають виразний анксиолітичний (протитривожний) ефект). Поряд із цим підкреслюється, що виникненню адиктивних розладів сприяють особистісні девіації – деякі типи акцентуацій характеру й психопатій, відсутність соціально спрямованих інтересів, переважання гедоністичної настанови, дефекти виховання та ін.

Формування адиктивних розладів у мирних умовах і в бойових має істотні відмінності. Якщо в умовах звичайного життя провідна роль належить спадковій обтяженості, порушеному онтогенезу, психологічній схильності до делінквентності, то в бойових умовах формування адиктивних розладів обумовлюється стресовим впливом, а особистісна схильність значною мірою визначається чинником низької стійкості до стресу. У перші місяці після прибуття в район бойових дій починають вживати ПАР не тільки ті, хто

мав наркотичний досвід до служби в армії, а й військовослужбовці, які в минулому не зловживали ні алкоголем, ні наркотиками. Терміни початку формування адикції мало відрізняються від термінів розвитку реактивних станів.

Переважають мотиви, що відображають потребу в зміні психічного стану – *атарактичні* (досягнення психологічного комфорту) та гедоністичні (задоволення).

В осіб з адиктивними розладами, сформованими в довоєнний період, в анамнезі частіше виявляються фактори обтяженої спадковості та викривлених типів сімейного виховання, більш характерні низька шкільна успішність під час навчання, агресивна форма поведінки, правопорушення, конфлікти в мікросоціальному середовищі.

У період служби в районі бойових дій у таких військовослужбовців переважають гедоністичні мотиви вживання психоактивних речовин із формальною критикою або повною відсутністю критичної оцінки щодо наркотизації.

Зловживання ПАР часто супроводжується вчиненням дрібних крадіжок, розкраданням військового майна, як правило, з метою обміну його на алкоголь або наркотики. Загалом адиктивні розлади в умовах бойової обстановки представлені переважно донозологічними формами зловживання (адиктивною поведінкою).

Початковий етап їх формування має реактивний характер і тісно пов'язаний з розвитком надалі тривожно-депресивної симптоматики, що може призвести до небойових втрат.

Агресивна поведінка

Агресією вважається фізична або вербальна поведінка, спрямована на заподіяння шкоди комусь.

Агресія може проявлятися в прямій формі, коли людина з агресивною поведінкою не схильна приховувати її. Вона безпосередньо та відкрито вступає в конфронтацію з ким-небудь з оточення, висловлює в його бік погрози або проявляє агресивність у діях. У непрямій формі агресія приховується під особистою неприязню, ехидством, сарказмом або іронією і, таким чином, тиском на «жертву». Різноманітні форми насильства й правопорушення проти особистості нерідко зустрічаються і в збройних силах, незважаючи

на сувору статутну регламентацію взаємовідносин військовослужбовців.

Види агресивних дій:

- 1) фізична агресія (напад);
- 2) непряма агресія (злісні плітки, жарти, вибухи люті, що проявляються криком, тупанням ногами тощо);
- 3) схильність до роздратування (готовність до прояву негативних почуттів за найменшого збудження);
- 4) негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби);
- 5) образа (заздрість і ненависть до оточення за реальні та вигадані відомості);
- 6) підозрілість – у діапазоні від недовіри та обережності до переконання, що всі інші люди завдають шкоди або планують це;
- 7) вербальна агресія (прояв негативних почуттів як через форму – сварка, крик, вереск, так і через зміст словесних відповідей – загроза, прокляття, лайка).

Різні види агресивних дій можуть бути обумовлені різними чинниками й входить до структури різних типів девіантної поведінки. Агресивність осіб із психічною патологією у вигляді психопатологічного й патохарактерологічного типів поведінки відрізняється лише особливостями мотивації та симптоматикою захворювань.

За характером об'єкта розрізняють гетеро- та аутоагресію, між якими існують тісні глибинні зв'язки. Відповідно до провідного причинного чинника розрізняють агресію-напад і агресію-захист.

Незначна частина тяжких правопорушень здійснюється психічно хворими. Зокрема, серед вбивств частка таких випадків становить 3–5%. Найбільш криміногенними є чотири форми психічної патології:

- шизофренія (64%),
- наслідки черепно-мозкових травм (9%),
- алкоголізм (7%)
- розумова відсталість (7%).

Аутоагресивна поведінка

Аутоагресивна поведінка, на відміну від агресивної, спрямована на заподіяння шкоди самому собі.

До форм аутоагресії належать:

- суїцидальна поведінка (завершені самогубства, суїцидальні спроби – справжні й демонстративно-шантажні),
- аутоагресивні несуїцидальні дії (самоушкодження).

Критеріями суїцидальної поведінки є бажання накласти на себе руки та знання наслідків своїх дій.

Самогубство – це не симптом, не синдром і навіть не ознака психічної аномалії, це форма поведінки людини, що потрапила в складну ситуацію (психологічну кризу).

Суїцид – це соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що переживає людина.

Сукупність суїцидентів представлена трьома основними діагностичними категоріями:

- хворими на психічні захворювання;
- граничними нервово-психічними розладами;
- практично здоровими особами.

Особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців

Суїцидальна поведінка – аутоагресивна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення, і принаймні в мінімальному ступені мотивована явними або прихованими інтенціями до смерті.

Суїцид – складномотивований поведінковий акт, у якому тісно переплітаються соціальні, психологічні та психофізіологічні чинники. Це протиприродний і кардинальний крок, тому рішення щодо його вчинення визріває не миттєво. Йому, як правило, передує більш-менш тривалий період переживань, боротьби мотивів і пошуку виходу із ситуації, що склалася.

Етапи динаміки розвитку суїцидальної поведінки:

- виникнення конфлікту суб'єктивно великої тривалості та інтенсивності;
- усвідомлення нездоланності перешкоди, суперечності;

- руйнування системи життєвих перспектив;
- ухвалення рішення про суїцидальну дію;
- суїцидальна дія (спроба).

Суїцидальну поведінку (самоушкодження або самогубство) можна розглядати як парадоксальний і дезадаптивний спосіб подолання кризової ситуації в суб'єктивному сприйнятті індивіда.

Надзвичайно велику негативну роль у скоєнні суїцидальних дій відіграє алкоголь (понад 60 % таких дій відбувається в стані алкогольного сп'яніння). З одного боку, алкоголь сприяє виникненню суїцидальних думок, з іншого – за їх наявності полегшує реалізацію. Майже всі особи, що вдаються до суїцидальних дій, мають такі особливості характеру й поведінки, як: замкнутість, надмірну чутливість, хворобливе самолюбство, відчуття неповноцінності, невдачі, ізольованість, відсутність поваги й турботи з боку оточення.

Суїцидальні думки в осіб молодого віку з'являються, як правило, безпосередньо після виникнення складної ситуації (психічної травми). Це подібно до реакції «короткого замикання». Передсуїцидальний період триває від декількох годин до декількох діб. Привід до здійснення самогубства часто відповідає реальній причині. В бойових умовах у певній кількості військовослужбовців внаслідок щоденної небезпеки відбувається зниження цінності життя та притуплення почуття небезпеки. У такий спосіб послаблюється інстинкт самозбереження, полегшується реалізація суїцидальних думок, вчинення ризикованих дій, внаслідок яких можна загинути.

Війна, як правило, сприяє закріпленню в особистості рис агресивності, жорстокості, що культивуються стосовно противника, але в конфліктних ситуаціях вони можуть проявлятися й у ставленні до оточення. Встановлено, що навіть гетероагресивне переживання (помста, протест, шантаж) може пом'якшити спрямованість і призвести до аутоагресивних дій.

Згідно зі стандартами НАТО діагностику, лікування та профілактику порушень психічного здоров'я, емоційних та поведінкових розладів здійснює спеціально навчений медичний персонал. За українськими державними стандартами це може бути лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, лікар-психолог та спеціально підготовлена медична сестра (фельдшер).

Оцінювання ризику суїциду є одним із найважливіших і найважчих завдань сучасної превентивної медицини. Оцінювання ймовірності скоєння суїциду ускладнено через наявність досить великої групи чинників ризику суїциду та їх неспецифічність. Так, деякі військовослужбовці, які скоїли суїцид, не належали до жодної з відомих груп ризику.

У рекомендаціях ВООЗ приблизна шкала оцінювання суїцидального ризику складається з чотирьох рівнів:

- ризик відсутній;
- незначний;
- помірний;
- високий.

За основу профілактичного прогнозу рівнів суїцидального ризику береться інтегральна оцінка, що складається із суїцидальних й антисуїцидальних чинників.

Антисуїцидальні чинники є особистісним ресурсом у процесі адаптації та реабілітації як в індивідуальній, так і в груповій корекційній роботі фахівців.

За рівнями шкали оцінювання ризику девіантних форм поведінки рекомендовано такі дії:

1. *Низький ризик* (нормальні реакції на стресові чинники):

- медична допомога у зв'язку з соматичною патологією може бути надана після повернення в пункт постійної дислокації (ППД);
- не потребують подальшої участі в соціальних програмах підтримки.

2. *Середній ризик* (військовослужбовці потребують корекції поведінкових реакцій, але не несуть високої загрози для себе та оточення):

- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до медичної (психолого-психіатричної) служби в ППД за 2 дні до відправлення військовослужбовця з району виконання завдань за призначенням;
- не потребує примусового лікування, але потребує участі в соціальних програмах підтримки.

3. *Високий ризик* (військовослужбовці, які входять до групи високого ризику щодо розладів поведінкових реакцій після повернення в ППД):

- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до командирів підрозділів;
- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до медичної (психолого-психіатричної) служби в ППД за 2 дні до відправлення військовослужбовця з району виконання завдань за призначенням;
- рекомендовано перебування військовослужбовців під пильним наглядом керівництва військової частини;
- завчасне інформування безпосередніх командирів про подальше проходження військової служби в умовах ППД. Існуючі інструменти скринінгової діагностики, спрямовані на виявлення осіб, що належать до групи підвищеного ризику суїциду, побудовані таким чином, що деякою мірою переоцінюють імовірність суїцидальної поведінки індивіда в майбутньому.

Психологічна діагностика спрямована на визначення ступеня вираженості суїцидальних намірів, комплексного супроводу та стратегій надання психологічної допомоги.

Спочатку використовуються методи *психодіагностичної бесіди й самозвіту*.

Всі методики й методи розраховані на здорових у психічному сенсі військовослужбовців.

Швидкі стратегії діагностики суїциду:

1. Якісне проведення бесіди. Ви отримаєте додаткову інформацію про суїцидальну поведінку військовослужбовця.

2. Випадіння «в осадок». Аналізується те, що сталося нещодавно з військовослужбовцем, наприклад тиждень тому, те, що може бути каталізатором.

3. Визначення чинників ризику, що присутні зараз і можуть сприяти (провокувати) суїцидальну поведінку й надалі.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

- ✓ Загальна мета усіх суїцидів – пошук виходу.
- ✓ Загальне завдання усіх суїцидів – припинення свідомості.

- ✓ Загальний стимул скоєння суїциду – нестерпний психічний біль.
- ✓ Загальним стресором при суїциді є фрустровані психологічні потреби.
- ✓ Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність, безнадійність.
- ✓ Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність – бажання жити відчувається одночасно з бажанням померти.
- ✓ Загальним станом психіки є звуження когнітивної сфери.
- ✓ Загальною дією при суїциді є «втеча».
- ✓ Загальним комунікативним актом при суїциді є повідомлення про свої наміри.
- ✓ Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя (помисливість, тривога, афективність у діях).

4. Визначення чинників захисту – вивчаються обов’язково. Це позитивні фактори, як «інь» і «янь». Вони можуть утримати від скоєння суїциду. Наприклад, любов до сім’ї та ін.

5. Збір даних – процедура обов’язкова, навіть якщо військовослужбовець усе розповідає. Це дані від оточення: друзів, командирів, членів сім’ї.

Найкращий спосіб дізнатися про психологічний стан військовослужбовця – поговорити з його близьким оточенням. Потім отримана інформація порівнюється з тим, що розповідає солдат. Це найкраща стратегія.

6. Номер кризової служби, «гарячої» лінії. Обов’язково слід проконтролювати, щоб такий номер був у солдата в мобільному телефоні. Ви можете йому сказати, що, можливо, він йому не знадобиться, але краще, щоб він був у телефоні навіть на випадок, коли раптом допомога знадобиться комусь із товаришів по службі.

7. Після бесіди психолог призначає військовослужбовцю наступну зустріч, попереджає військовослужбовця про свої дії у випадку неявки його на бесіду, розповідає план спільної роботи. Обов’язково доповідає командирі необхідну інформацію. Командир контролює виконання військовослужбовцем плану спільної роботи з психологом.

8. Якщо військовослужбовець має скарги, то в бесіді психолога обов'язково повинні бути такі запитання:

- Коли почалося?
- Як часто повторюється?
- Як це впливає?
- Що ти зробив, щоб це виправити?
- Що ти можеш зробити сам, щоб виправити, вирішити проблему?

Суїцидальні тенденції можна умовно поділити на такі етапи:

- 1) вплив суїцидальних чинників;
- 2) виникнення суїцидальних думок;
- 3) суїцидальних погроз;
- 4) пресуїцидальних дій (вибір способу);
- 5) суїцидальної спроби;
- 6) постсуїцидальної кризи.

2.5. Людина та війна

Війна в Україні принесла багато випробувань та горя. Загибель близьких, втрата домівки, вимушена еміграція, розлука – усе це похитнуло звичне життя.

Найважливіше для кожного з нас зараз – залишатись *людиною*.

Людяність – це риса характеру особистості, що означає діяльне співпереживання відносно істот свого та інших видів. Це ставлення до будь-якої людини як до унікальної особистості, яка має право на творчу самореалізацію та полегшення страждань, пов'язаних із колізіями людської природи. Людяність виявляється в гуманному ставленні та повазі до людей, вболіванні за їхнє здоров'я і добробут, щирому прагненні допомогти у тяжких ситуаціях.

В основі людяності лежать моральні цінності:

- благородство;
- доброта;
- поблажливість;
- уміння прощати;
- альтруїзм;

- гуманність;
- милосердя та інші.

Доброта, гуманізм – це базові якості людини, які під час війни проходять важке випробування. Зараз багато людей відчувають таку ненависть і лють до ворога, що це їх лякає. В них виникає питання: «Я відчуваю дуже сильну ненависть. Боюся, що перестану бути людяним. Що робити?»

Ненависть – це глибоке емоційно негативне ставлення суб'єкта до індивіда чи іншого об'єкта, що характеризується відчуттям гніву, ворожістю, огидою, бажанням заподіяти йому біль, як фізичний, так і моральний, чи шкоду.

Лють – крайня форма гніву. З біологічної точки зору лють – це перезбуджений стан царини мозку, який впливає на формування психікою негативних емоційних відчуттів у свідомості людини, обумовлене надлишком збуджувальних речовин – природною їх генерацією внаслідок якихось фізіологічних процесів або введених у кров ззовні.

Ненависть є крайнім проявом злості, а злість – це одна з базових емоцій. Злість нам потрібна, бо показує, що наші права порушуються, і дає енергію для їх відстоювання. Без злості і гніву майже неможливо боротися. Ненависть – це величезна кількість адреналіну, яка робить нас фізично сильнішими і вправнішими.

Зараз, коли наші кордони і в прямому, і в переносному сенсі порушуються, звичайно, буде виникати багато злості. Злість є адекватною до ситуації, тому що вона є відповіддю окупантам, які чинять зло. Вона дає нам силу, відвагу, безстрашність, готовність іти до кінця, щоб звільнити свою землю.

У людини повинно бути право на ненависть. Це звучить начебто дивно, але якщо в людини є право на любов, то має бути і право на ненависть. Це природно: кожен з нас у житті когось любив і когось ненавидів. Зараз це почуття генералізується й отримує дуже чіткий вектор.

Ненависть треба раціоналізувати до тих параметрів, за яких ви зможете оптимізувати свою діяльність для знищення ворога. Ненависть не може бути безвідносною. Вона тоді дійсно деструктивна.

Інстинктивно це абсолютно **нормальна реакція на ненормальні обставини**. Не треба через це відчувати додаткову прови-

ну чи намагатися полюбити своїх ворогів. Ненавидіти нормально, але бути паралізованим цією ненавистю – ненормально.

Ненависть до ворога є природною емоцією, не треба намагатися її в собі загасити, але її слід обов'язково збалансувати з любов'ю до людей, які вам дорогі.

Багато українців відчуває бажання помститися своєму ворогу. І це також є нормальний стан у сьогоднішніх реаліях. **Помста** – це бажання встановити справедливість. Думки про помсту – це не прояв протиправної поведінки, але за умови, що думки не переходять у дії.

Тому, якщо ви відчуваєте бажання помститися, виконайте техніки дихання або «заземлення» – це допоможе вам заспокоїтися.

Методи фізичного «заземлення»

Намагаючись заземлити себе, перше, що потрібно зробити, – це спробувати повернутися у своє тіло.

1. Дихання

Спробуйте те, що називається «дихання по квадрату», коли ви будете вдихати протягом 4 секунд, затримувати дихання протягом 4 секунд, видихати протягом 4 секунд, затримувати дихання протягом 4 секунд і так далі, поки не відчуєте себе тут і зараз. Ви також можете напружити м'язи та розслабити їх під час дихання, зосереджуючись на диханні й практикуючи усвідомленість протягом усієї вправи.

2. Розтягнення

Ви можете зробити вправи на розтягнення. В цей час варто слідкувати за диханням та фізичним відчуттям.

3. Вправи

Вправи, знову ж таки з упором на фізичний характер, – це ефективний спосіб повернутися у своє тіло. Присідання, стрибки на місці або коротка пробіжка можуть вирвати вас зі стану паніки.

4. Увага

Звертайте увагу на свої почуття за допомогою вправи «5, 4, 3, 2, 1». Її суть у тому, щоб відокремити 5 об'єктів, 4 звуки, 3 текстури, 2 запахи і 1 смак.

5. Почуття

Зосередьтеся на певному відчутті, наприклад тримайте кубик льоду. Що відчуваєте? Або заваріть собі кави та сконцентруйтеся на її ароматі.

Когнітивні методи «заземлення»

Якщо ситуація стає нестерпною, вам варто свідомо відвернути свою увагу і повернутися в сьогоднішня.

Основні когнітивні методи заземлення:

- послухати музику, помалювати;
- поговорити з другом або коханою людиною;
- погратися з домашнім улюбленцем.

Запитання для контролю знань

1. Психологічні реакції військовослужбовців та їх зв'язок з особистісними характеристиками. Хто такі комбатанти? Психологія комбатантів.
2. Опишіть реакції різних типів акцентуацій (стенічних, астеничних та дистенічних) на військові дії. Комбатантна акцентуація, її види.
3. Девіантна поведінка. Опишіть модель Р. Карсона. Охарактеризуйте типи девіантної поведінки.
4. Адиктивна поведінка в умовах війни. Опишіть механізми її формування.
5. Опишіть динаміку розвитку суїцидальної поведінки у військовослужбовців. Назвіть рівні суїцидального ризику згідно з ВООЗ.

Список літератури

1. Зелянина А. Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы. *Психологические исследования*. 2012. Т. 5, № 21. С. 3. URL: <http://psystudy.ru>
2. Матейко Е. М. Психологічна реабілітація психічних та поведінкових розладів в учасників бойових дій. *Вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2018. Т. 2, № 3. С. 215–219.
3. Стрельникова Ю. Ю. Структурная модель изменений личности у участников контртеррористической операции. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2016. Т. 9, № 2. С. 29–38.

4. Шардіна І. В., Бенько Л. А., Пирогова М. Ю., Пугачев А. Н. Клинико-анамнестический аспект парасуицидов у комбатантов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013. Т. 15, № 3. С. 35–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-anamnesticheskiy-aspekt-parasuitsidov-u-kombatantov>
5. Шелестова О. В. Особливості впливу розладів адаптації на особистісні особливості та психоемоційну сферу військовослужбовців різних форм служби. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2017. Т. VI. Вип. 13. С. 305–315. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v6/i13/35.pdf>
6. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навчальний посібник Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
7. Приходько І. І. Типізація реагування особистості на екстремальні умови професійної діяльності *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Вип. 2. С. 214–219. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2015_2_39
8. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України: методичний посібник / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Київ: ФОП Маслаков, 2019. 288 с.
9. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

Розділ 3.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ЗЛА

О. Й. Мамчур

Зло – усвідомлена, навмисна поведінка, до якої вдаються з метою завдати шкоди, образити, принизити, дегуманізувати або знищити інших, ні в чому не винних людей; або ж використання особистої влади й авторитету для того, щоб заохотити людей або дозволити їм чинити на свою користь.

Філіп Зімбардо. Ефект Люцифера.
Чому хороші люди чинять зло

Понад 50 років тому, а саме влітку 1971 року, відомий американський психолог Філіп Зімбардо вивчав проблему психастенії, задля чого відібрав найсором'язливіших серед своїх студентів та змодельював один з найцікавіших та незвичних психологічних експериментів, що пізніше став знаменитим Стенфордським в'язничним експериментом, який він здійснив разом з аспірантами і студентами Стенфордського університету. У подальших своїх працях психолог докладно виклав перебіг експерименту, описи з уривками зі щоденника дослідників та учасників, матеріали інтерв'ю, аудіо- та відеозаписів. Протягом кількох десятиріч професор Зімбардо проводив паралелі з іншими подібними експериментами, а також реальними випадками насильства в державних інституціях, досвідом геноцидів, етнічних чисток, порушеннями прав людини. Він також досліджував вплив експерименту на суспільні науки, зміни в законодавстві США, мистецтво, а найголовніше – на розуміння природи людської жорстокості взагалі. Ми не будемо аналізувати або обговорювати першоджерела, але спробуємо поглянути на проблему очима психіатра.

Поняття зла дуже часто ми ототожнюємо з поняттям агресії. Тому вважаємо за потрібне приділити увагу й цьому феномену. Агресія – навмисна, усвідомлена поведінка, спрямована на завдан-

ня фізичної чи психологічної шкоди іншій людині чи спричинення болю. Іноді її визначають як якийсь акт, цільовою реакцією якого є заподіяння шкоди організму. Агресію слід розглядати як модель поведінки, а не як емоцію, мотив чи настанову. Через це виникає певна плутанина. Термін «агресія» часто асоціюється з негативними емоціями – такими як агресивність; мотивами – прагнення образити чи нашкодити; навіть негативними настановами – расові чи етнічні забобони. Незважаючи на те що всі ці фактори, безсумнівно, відіграють важливу роль у поведінці, результатом якої стає заподіяння шкоди, їх наявність не є необхідною умовою для таких дій.

Агресія може бути подана у вигляді дихотомії (фізична – вербальна, активна – пасивна, пряма – непряма). Ворожа агресія (власне агресія) – це агресія, викликана негативними почуттями (гнів, агресія), яка і є самоціллю. Інструментальна агресія – агресія, що є лише засобом досягнення будь-якої мети. Іноді ці два варіанти важко розрізнити, їхнє розведення досить умовне. Іноді для характеристики агресії використовують терміни реактивна та проактивна. Реактивна агресія передбачає відплату у відповідь на усвідомлювану загрозу. Проактивна агресія, як і інструментальна, породжує поведінку (наприклад, примус, вплив, залякування), спрямовану на отримання певного позитивного результату.

3.1. Біологія зла

У дослідженні феноменології зла неможливо обійти його біологічний складник, а саме біохімічні, патофізіологічні, нейрофізіологічні та інші аспекти.

Ген моноаміноксидази типу А (МАОА) відповідає за створення ферменту, що називають моноаміноксидазою А. Цей фермент є частиною сімейства ферментів, які розщеплюють молекули, що звуться моноамінами, за допомогою хімічної реакції, відомої як окислення. Серед моноамінів, що розщеплюються моноаміноксидазою А, є певні хімічні речовини, які діють як нейротрансмітери, тобто вони передають сигнали між нервовими клітинами в головному мозку. Їх руйнація зі свого боку призводить до порушення передачі інформації та різноманітних сигналів. Зокрема, моноа-

міноксидаза А бере участь у розщепленні нейротрансмітерів серотоніну, адреналіну, норадреналіну та дофаміну. Сигнали, що передаються серотоніном, регулюють настрої, емоції, сон та апетит. Норадреналін (або епінефрін) контролює реакцію організму на стрес. Допамін передає сигнали мозку щодо плавних фізичних рухів тощо. Моноаміноксидаза А також допомагає розщеплювати моноаміни, що містяться в їжі. Цей ген особливо важливий для розщеплення надлишку тираміну, що міститься в сирі та інших продуктах.

Прискіпливі наукові дослідження виявили роль моноаміноксидази А в нейробіології агресивної, антисоціальної та насильницької поведінки. Так, дослідження останніх двох десятиліть на мишах показали, що саме генетичні фактори формують схильність до агресивної, антигромадської та насильницької поведінки. Найбільш задокументованим геном, причетним до агресії, є ген моноаміноксидази А, що кодує ключовий фермент деградації серотоніну та катехоламінів. Наслідуваний дефіцит МАОА, а також низькоактивні варіанти МАОА пов'язані з підвищеним ризиком антисоціальної поведінки та насильства, особливо у чоловіків стосовно жорстокого поводження з дітьми в анамнезі. Справді, взаємодія між генетичними варіантами з низьким вмістом МАОА та негараздами в ранньому віці є найбільш задокументованою взаємодією ген – середовище в **патофізіології** агресії та антисоціальної поведінки. Додаткові дані вказують на те, що низька активність МАОА в головному мозку тісно пов'язана з високою схильністю до агресії; до того ж інгібування МАОА може бути одним з основних механізмів, завдяки якому збільшується ризик антисоціальної поведінки. На додаток до цих ліній доказів мишачі моделі дефіциту МАОА та взаємодії ген – середовище демонструють разючу схожість з клінічними фенотипами, доводячи, що вони є цінними інструментами для дослідження нейробіологічних механізмів, що лежать в основі антисоціальної та агресивної поведінки. Існує всебічний науковий огляд поточного стану знань про участь МАОА в агресії, як це визначено доклінічними та клінічними даними. Зокрема, доведено, що конвергенція досліджень на людях та тваринах допомагає нам зрозуміти, як МАОА впливає на антигромадську та агресивну по-

ведінку і як це може допомогти в розробці профілактичних та терапевтичних стратегій щодо агресивних проявів.

Моноаміноксидаза А бере участь у нормальному розвитку мозку до народження. Фермент відіграє роль у контрольованому саморуйнуванні клітин (апоптозі), що є важливим процесом у розвитку багатьох тканин та органів, у тому числі головного мозку. Інші фактори, які впливають на активність гена MAOA також можуть бути пов'язані з агресією. Роль MAOA та інших факторів також вивчається при депресії, біполярному розладі, алкоголізмі, наркоманії та багатьох інших станах.

Існують нейрофізіологічні кореляти, що зумовлюють так звану триархічну модель психопатії, що також пояснює підхід до основних механізмів кондиціювання загроз та гальмівного контролю. Було виявлено, що психопатичні риси сміливості, підлості та розгальмованості підкреслюються безстрашністю та вразливістю, що екстерналізує їх як етіологічні нейробиологічні процеси (про екстерналізацію та її застосування дивись у 3.4 психотерапія зла).

Видатний фізіолог П.В. Симонов (1998) відкрив аналог добра людської емпатії у тваринному світі. Він назвав це явище феноменом емоційного резонансу та припустив фізіологічну основу цього явища. Була змодельована експериментальна ситуація: двох щурів поміщали в експериментальне поле, якщо одна тварина заходила в затемнений будиночок (переважне місце проживання щура), то інша тварина отримувала удар струмом, у разі якщо перший щур залишався на відкритому (небезпечному для нього) місці, то друга тварина удару струмом не отримувала. Експериментально доведено, що серед ссавців існує певний відсоток тварин, які особливо чутливі до переживань іншої особини і більше за інших схильні до «альтруїстичної» поведінки. Вони, для того щоб позбавити іншу тварину навіть не від болю, а від можливості отримання болю, готові були пожертвувати якимись власними інтересами (добробутом, безпекою, силою).

Для дослідження основних мозкових корелятивів стану проактивної агресії китайським вченим В. Чжу з колегами (2022) були проведені нейропсихологічні дослідження за участю сорока здорових учасників з університету Китаю, використовуючи завдання винагороди – втручання, в якій учасники розігрували змагання проти

реактивного втручання. При цьому була можливість ухвалювати рішення про створення шумових перешкод противнику для перемоги у грі та отримання нагороди.

Результати дослідження показали, що порівняно з вихідним рівнем медіальна префронтальна кора, передня поясна кора, скронево-тім'яна зона та нижня лобова звивина були активовані при виборі агресії та відборі неагресії. Крім того, порівняно з неагресивним відбором середня поясна кора та середня скронева звивина активувалися сильніше під час агресивного відбору та корелювали з показниками деяких із трьох основних проактивних агресивних факторів мотивації (інструментальна мотивація, мотивація морального гальмування та мотивація морального схвалення). Результати надають попередні докази нейронних корелятивів для стану запобіжної агресії та мають бути відтворені іншими методами або з іншими об'єктами досліджень.

Психопатичні риси сміливості, підлості та розгальмованості згідно з триархічною моделлю психопатії підкреслюються безстрашністю та екстерналізуючою вразливістю як етіологічні нейробіологічні процеси. Однак мало що відомо про нейрофізіологічні кореляти цих рис. У своїй праці Т. О. Пайва та співавтори (2020) досліджували, який зв'язок між цими трьома ознаками та компонентами потенціалу, пов'язаного з подією. Потенціал, пов'язаний із подією – вимірний відгук мозку, який є прямим результатом певного відчуття, когнітивної або моторної події. Більш формально це будь-який типовий електрофізіологічний відгук на стимул. Таким чином, дослідження мозку забезпечують неінвазивні способи оцінювання функціонування мозку. Вимірюється за допомогою електроенцефалографії. У цьому дослідженні п'ятдесят добровольців без історії неврологічних чи психічних захворювань, які проживають у спільноті і серед яких 25 жінок, були набрані та оцінені на наявність психопатичних рис із використанням триархічної міри психопатії. Учасники виконували завдання на обумовлення загрози та завдання «придатний / ні» під час запису електроенцефалографії. Загалом виявлено, що різні психопатичні риси пов'язані з різними нейрофізіологічними корелятами зумовлення загрози та гальмування реакції. Це узгоджується з моделями психопатії, що спричиняють безстрашність і схильність до екстерналізації, а також з від-

повідними мозковими механізмами як окремими процесами, що лежать в основі прояву психопатичних рис.

3.2. Психопатологія зла

Розуміння феноменології зла неможливо без визначення поняття добра. Добро у психології найчастіше асоціюють з емпатією. Емпатія також є ключовим компонентом успішних стосунків, оскільки вона допомагає нам зрозуміти перспективи, потреби та наміри інших людей. Емпатія – це широке поняття, яке стосується когнітивних та емоційних реакцій людини на переживання іншого. Емпатія збільшує ймовірність допомагати іншим і виявляти співчуття. Емпатія – це складова частина моралі. Бути добрими людям допомагає можливість поставити себе на місце іншої людини.

Вже з давніх-давен відомо, що деякі люди страждають на брак емпатії та вміють її імітувати, а схильність до цього може бути вродженою. Щодо пояснення можливостей реалізації цієї схильності запропоновано поняття про так звану темну тріаду. Темна тріада – це психологічна модель індивідуальних особливостей, що включає три особистісні риси: нарцисизм, психопатію і макіавеллізм.

Цей популярний нині психологічний термін був запроваджений у 2002 році канадськими психологами Д. Полхусом та К. Вільямсом, дослідження яких показали, що дві негативні особистісні якості – нарцисизм і макіавеллізм на тлі субклінічної або клінічної симптоматики розладів особистості (психопатій) утворюють стійке поєднання, характер багатьох соціальних груп: злочинців та правопорушників, інтернет-тролів, девіантних підлітків, контрпродуктивних працівників, політиків та бізнесменів.

Усі три риси темної тріади концептуально різні, хоча і мають зони, що перекриваються, такі як: бездушний маніпулятивний стиль міжособистісного спілкування, відсутність співчуття, міжособистісна ворожість і міжособистісна агресивність.

Нарцисизм характеризується переживанням своєї винятковості, прагненням бути в центрі уваги, зневажливим ставленням до оточення. Людина з нарцисичними рисами щиро вважає себе на кілька голів вищою за інших і впевнена, що її інтереси мають бути

реалізовані в першу чергу. Окрім того, нарцисизм характеризується грандіозною зарозумілістю, гордістю, егоїзмом та відсутністю співчуття. Нарцис прагне задоволення свого его, марнославства і почуття переваги, бажає завжди домінувати над усіма. Нарциси стають нестерпними для колективу, якщо призначаються на керівні посади.

При психопатії людині властиві низька емоційна чутливість, низький рівень самоконтролю, прагнення гострих відчуттів, безстрашність і переживання власної переваги. Психопатія робить людину в певному сенсі бунтарем. Саме тому популярна психологічна книга Хаера Роберта (переведено та видано 2018 року) має назву «Позбавлені совісті. Страхітливий світ психопатів».

Психопатія (або розлади особистості) характеризується стійкими моделями антисуспільної поведінки, зухвалістю, імпульсивністю, прагненням до гострих відчуттів, егоїзмом, черствістю, байдужістю та безжалісністю. Психопатія більше за інші риси пов'язана з насильством, небезпекою, агресивністю, брехнею та контрпродуктивною поведінкою на робочому місці. Психопати не дбають про виконання соціальних зобов'язань та дотримання норм взаємності. Їхня низька емоційність означає, що вони менш схильні піклуватися про інших людей або відчувати лояльність до свого роботодавця. Вони з меншою ймовірністю підтримуватимуть виробничі стандарти, відповідатимуть вимогам до працівників і агресивно реагуватимуть у відповідь на критику та зауваження.

Такі люди схильні бути менш співчутливими, приємними, чуйними, задоволеними своїм життям і з меншою ймовірністю вірять, що люди, які їх оточують, здатні бути «хорошими». Дослідження темної тріади мають велике значення у прикладній психології, особливо в галузях кримінології та професійно-психологічного відбору. Люди, які мають високі показники за цими негативними рисами, з більшою ймовірністю вчинять злочини, викличуть соціальні негаразди та створять серйозні проблеми для організації, особливо якщо вони обіймають керівні посади.

Макіавеллізм характеризується низьким рівнем співчуття, схильністю до маніпуляції, аморальністю: людина з високими показниками за шкалою макіавеллізму широко вважає, що мета виправдовує засоби. Макіавеллізм відрізняється від нарцисизму та

психопатії скоріше не внутрішніми особливостями людини, а здатністю до маніпуляції іншими. На відміну від нарцисів і психопатів, людина з макіавеллізмом свідомо маніпулюватиме людьми: вони для неї є просто засобом досягнення власних цілей.

Макіавеллізм виник із філософії Макіавеллі і не є розладом психічного здоров'я. Макіавеллізм характеризується маніпулюванням та експлуатацією інших людей за повної відсутності моральних норм, бездушністю та вищим рівнем егоїзму. Це розважлива лицемірна особистість, зосереджена лише на особистих інтересах та особистій вигоді. Найчастіше такі люди зустрічаються серед політиків та харизматичних керівників, зовнішня чарівність та здатність впливати на людей дискредитуються аморальними та антисоціальними настановами на тлі кричущого егоїзму зі зневагою до всіх інтересів, крім особистих.

Макіавеллізм і психопатія пов'язані з низькою продуктивністю праці, а всі три риси темної тріади пов'язані зі збільшенням контрпродуктивної поведінки на робочому місці.

Темна тріада – це нове формулювання для характеристики зловмисної дезадаптивної особистості. У більшості випадків цей термін описує людей з «субклінічними» симптомами, що означає, що вони не обов'язково страждають на нарцисичний розлад особистості (НРО-NPD) або антисоціальний розлад особистості (АСРО-ASPD). Нині у класифікації DSM-5 (яка визначально впливає на МКХ-11, що на час написання тексту впроваджується світовою професійною спільнотою) темній тріаді відповідають розлади особи кластера В: розлади, пов'язані з порушенням самооцінки та міжособистісної комунікації. Це антисоціальний, прикордонний, істеричний та нарцисичний розлади.

Сучасна конструкція темної тріади як основа феноменології зла будувалась поступово. Спочатку людство дізналося про нарцисизм, потім про психопатію, а потім про макіавеллізм. Вперше про нарцисизм заговорили психоаналітики. З початку XIX століття вони описували особливості особистості, пов'язані з перебільшенням своєї важливості. І це почуття не робило самих нарцисів щасливими: люди страждали від самокритики та самотності, насилу встановлювали та підтримували стосунки з іншими. Бути в близьких стосунках із людиною, яка щиро вважає, що світ має крутитися

навколо неї, досить важко. Нарцис не сприймає бажання оточення, не готовий на компроміси, дуже різко реагує на критику. Бути такою людиною і бути з такою людиною дуже непросто.

Наприкінці ХХ століття почали говорити про неклінічний нарцисизм. У 1979 році фахівці створили один із перших опитувальників, який дозволяв визначити нарцисичні риси в межах норми. Нині опитувальників уже кілька. Універсального тесту немає: дослідники вважають, що нарцисизм – це сукупність особливостей, чи не основна риса особистості з її різними проявами.

Психопатія була виявлена в межах досліджень ув'язнених. Наприкінці ХІХ століття психологи запитали у злочинців причини асоціальної поведінки. Їм здавалося, що є якась причина, через яку ті порушують закон. Для того щоб розпочати дослідження, фахівці описували риси, властиві злочинцям: безстрашність, низька тривожність, схильність до антигромадської поведінки, егоцентризм, відсутність емпатії та співчуття до оточення, імпульсивність, низький рівень самоконтролю. Ці риси стали основою специфічного соціопатичного порушення особистості, яке почали діагностувати.

Один із дослідників психопатії професор психології Роберт Хаер у своїй праці, яка пізніше стала книгою «Страхітливий світ психопатів», довів, що програми реабілітації ув'язнених, які існують в Америці, не працюють для тих, хто має високий рівень психопатії. Замість того щоб дійсно змінюватися, психопати зображували каяття і послух, завдяки чому незабаром опинялися на волі. Однак пізніше вони поверталися до в'язниці через нові правопорушення, і це відбувалося з ними частіше, ніж з людьми без психопатичних рис.

У наші дні відомо, що психопатичні риси можуть бути у людей і в межах норми, тобто у людей, які не чинили протиправних дій. Вчені активно дискутують про існування первинної та вторинної психопатії. Первинна психопатія, швидше за все, пов'язана з певними генетичними особливостями. Наприклад, генетичні фактори можуть призводити до повної або часткової втрати емпатії – механізму, який традиційно є для людей базовим, дуже важливим для еволюції нашого виду. Не йдеться про те, що є якийсь ген емпатії. Вчені припускають, що за первинною психопатією можуть стояти біологічні фактори, наприклад пов'язані з особливостями розвит-

ку дзеркальних нейронів, які відповідають за біологічні прояви співпереживання.

Вторинна психопатія – це особливості особистості, які сформувалися у зв'язку з несприятливими умовами розвитку. Вони призводять до зниження самоконтролю, розвитку імпульсивності та інших наслідків, що породжують асоціальну поведінку. Втім, для лікування психопатії її природа поки що не така важлива – психіатри фокусуються на вираженості властивостей і на тому, як вони впливають на різні сфери життя.

Макіавеллізм почали тестувати у 1970-ті роки. Так звана Мак-шкала була розроблена Річардом Крісті та Флоренсом Гейсом. З її допомогою можна оцінити схильність людини маніпулювати іншими в міжособистісних взаєминах. Глобально цей тест свідчить про невіру людини в те, що іншим можна довіряти. Сучасні дослідники вивчають домени всередині макіавеллізму, але вони не відіграють поки великої ролі для корекції маніпулятивної поведінки.

До рубежу ХХ–ХХІ століть нарцисизм, психопатія та макіавеллізм досліджували окремо, але нещодавно ці особливості були об'єднані в групу як риси, властиві темній, негативній стороні особистості. З початку 2000-х років вчені намагаються з'ясувати, чи є ці три властивості незалежними або це просто різні прояви умовного темного ядра людської особистості.

Сучасні дослідники вважають, що всі ці риси мають спільне ядро, але водночас кожна має свої особливості. Тому темну тріаду сьогодні вважають доповненням класичної моделі особистісних рис, відомої як велика п'ятірка, до якої входять: екстраверсія, доброзичливість, сумлінність, нейротизм, відкритість новому досвіду.

І якщо велика п'ятірка – це соціально прийнятні риси, то темна тріада включає властивості особистості, які призводять до дезадаптації.

У нарцисів, психопатів та макіавеллістів є багато спільного. Усіх цих людей поєднує зневага до інших та знецінення оточення. Що стосується кожної окремої риси – вони виражені по-різному. Наприклад, за принципами нарцисизму інші люди не цінні, тому що сам нарцис грандіозний, прекрасний і є центром Всесвіту. За принципами макіавеллізму інші люди не цінні, тому що вони є

лише засобом для досягнення особистих завдань. Знецінення оточення при психопатії пояснюється нездатністю до співпереживання. Люди для психопатів сприймаються як бездушні ляльки. Що стосується інших властивостей особистості – недобррозичливості, схильності до обману, емоційної холодності, то вони перетинаються в дослідженнях на рівні кореляцій, і сказати, що є причиною, а що – наслідком, поки що не можна.

Сукупність усіх властивостей темної тріади становить небезпеку суспільству тому, що знецінення, властиве нарцисизму, макіавеллізму і психопатії, суперечить ідеям рівноправності, цінності людського життя та інших принципів соціальної організації. Однак що робити, окрім ізоляції людей із критичною виразністю цих властивостей, поки що невідомо.

Крім того, нарцисизм, психопатія та макіавеллізм пов'язані між собою концептуально. Академічні психологи намагаються створити універсальну модель особистісних рис. Для опису позитивних характеристик існує велика п'ятірка, тоді як для негативних довгий час не існувало жодної моделі. У наші дні цю роль відіграє темна тріада.

Межа патології та норми може бути невиразною. Риси темної тріади можуть мати неклінічні форми психопатії, макіавеллізму та нарцисизму, і вони відобразатимуться на якості життя людини та її взаємодії з навколишнім світом.

Прояви рис темної тріади в межах норми фахівці не зараховують до особистісних розладів. З цими випадками також необхідно працювати, але при цьому ізолювати людину необов'язково: вона, швидше за все, не становить небезпеки для оточення. Один зі способів встановити межу – подивитися, наскільки людина адаптована до соціуму. Якщо людина не вчиняє злочинів і не становить небезпеки для оточення, то вона перебуває в межах норми, але має риси, властиві одному з типів.

Щоб оцінити, наскільки виражені риси нарцисизму, макіавеллізму та психопатії в рамках норми, психологи використовують опитувальник Dirty dozen (його ще називають «темна дюжина»). Він складається з дванадцяти питань, які дозволяють побудувати індивідуальні профілі виразності цих властивостей у респондента

та відповісти на запитання про зв'язки з іншими проявами, наприклад з прийняттям рішень або з поведінкою у конфлікті.

Особистісний профіль не є справжнім відображенням вираженості властивостей у респондента: опитувальник працює з певними похибками. Але це властиво всім засобам виміру. Dirty dozen дозволяє оцінювати індивідуальні відмінності між людьми за рівнем цих особливостей. Це дозволяє говорити про вплив рис нарцисизму, макіавеллізму та психопатії на сфери життя людини та працювати з цим.

Існує достатня кількість доступного діагностичного інструментарію, серед якого «Нарцисичний опитувальник особи (EN). Інтерактивна версія опитувальника, створеного Робертом Рескіним та Говардом Террі», «Шкала макіавеллізму (Machiavellianism Scale – Mach-IV). Інтерактивна версія», «Модель шестифакторної структури особистості (HEXACO)», «Методика діагностики особистісних рис «Темної тріади»: апробація опитувальника Темна Дюжина» та інші.

Теорія темної тріади значною мірою пояснює феномен переважання негативних особистісних рис у політиків та керівників. Особистісні риси темної тріади пов'язані з обійманням керівних посад та значним міжособистісним впливом. Макіавеллізм пов'язаний з використанням надмірної чарівності в маніпуляціях, нарцисизм пов'язаний з використанням зачарування зовнішнім виглядом, а психопатія була пов'язана з фізичними загрозами. Риси темної тріади найчастіше наявні у керівників вищої ланки та генеральних директорів.

Поєднання темної тріади із садизмом утворює так звану **темну тетраду**, що проявляється насолодою наслідками емоційної або фізичної жорстокості стосовно людей або інших живих істот, які страждають. Садизм має загальні характеристики з психопатією та антисоціальною поведінкою (відсутність співчуття та емоційної залученості, заподіяння страждань). Наявність садистичних характеристик є надійним предиктором вибухової неспровокованої агресії навіть за відсутності клінічно виражених розладів особистості (психопатій). Крім того, у підлітків садизм корелює з делінквентною поведінкою (адміністративні правопорушення) незалежно від наявності інших рис темної тріади. Також садизм визначає жорсто-

ку поведінку стосовно живих істот, жорстокі та деструктивні аморальні нахили та кримінальний рецидивізм.

Дослідження темної тріади та темної тетради мають велике значення у прикладній психології, особливо в галузях кримінології та професійно-психологічного відбору. Люди, які мають високі показники за цими негативними рисами, з більшою ймовірністю вчинять злочини, викличуть соціальні негаразди та створять серйозні проблеми для організації, особливо якщо вони обіймають керівні посади.

Нещодавні дослідження показали, що люди, яких називають інтернет-тролями, як правило, виявляють ознаки садизму, антигромадської поведінки, психопатії та макіавеллізму, що формують темну тетраду. Тролінг є проявом повсякденного садизму в інтернеті як у підлітків, так і у дорослих.

Щодо виявлення рис темної тріади найважливішим є клінічне спостереження. Всім трьом провідним рисам темної тріади не вистачає чесності та смиренності, включаючи щирість, вірність, відсутність жадібності та справедливості. Психопати і макіавеллісти навмисно брешуть, навіть коли дуже високий ризик бути викритими. Нарциси частіше схильні до самообману, ніж навмисної нечесності.

Носії темної тріади частіше і швидше вступають у сексуальні зв'язки, мають більшу кількість сексуальних партнерів, схильні до випадкового сексу. Також вони частіше страждають від різних залежностей, вважають за краще витратити відразу і багато, не замислюються про наслідки своїх дій, мають поганий самоконтроль, низьку нервово-психічну стійкість, часто мають симптоми синдрому дефіциту уважності та гіперактивності (СДУГ). Ці риси входять до «швидкої життєвої стратегії» («живи швидко – помри молодим»), яка реалізується в експлуататорському, опортуністичному та різнобічному підході до життя та роботи загалом.

Щодо психодіагностики темної тріади використовують також інші загальноприйнятні методики. П'ятифакторна модель особистості має суттєві відносини з темною тріадою в поєднанні та з кожною з ознак темної тріади. Темна тріада загалом негативно пов'язана як з поступливістю, так і зі свідомістю. Факторний аналіз виявив, що серед особистісних рис великої п'ятірки (5PF, Big

Five) низький рівень доброзичливості є найсильнішим корелятом темної тріади, а невротизм і відсутність сумлінності були пов'язані з деякими рисами, характерними для темної тріади. Більш конкретно, макіавеллізм відбиває підозрілий погляд на людську природу, що відображається на субшкалі довіри за ознакою приємності. Екстраверсія охоплює самі аспекти напористості, домінування і зарозумілості, як і нарцисизм. Нарцисизм також позитивно пов'язаний із прагненням до досягнення та аспектами компетентності сумлінності. Психопатія має найсильніші кореляції з низькою приємністю та усвідомленістю аспекту свідомості.

У моделі особистості MMPI (ЗМІЛ) темна тріада проявляється підвищенням психотичних шкал 4 (психопатія) та 9 (гіпоманія).

Нейропсихологічні методи діагностики, такі як завдання дисконтування винагороди, визначення точки байдужості дозволяють виявляти імпульсивність у діях та неможливість відкласти винагороду на певний термін.

Люди з рисами темної тріади часто виглядають схожими на звичайних людей. Декілька академічних досліджень виявили докази того, що люди з ознаками темної тріади, на перший погляд, здаються трохи кращими за звичайну людину. Це відбувається тому, що люди з рисами темної тріади докладають більше зусиль до створення своєї зовнішності, але різниця у привабливості зникає, коли вони «одягаються в домашній одяг» та «не наносять макіяж». Нарцисичні суб'єкти зазвичай визнаються найкрасивішими.

Також носії рис темної тріади мають деякі характерні риси зовнішності, наприклад такі, як збільшення у чоловіків середньої частини обличчя проти поперечного його розміру. Також ці особливості стійко пов'язують з психопатичними рисами особистості. Також у психопатів зменшено реакцію розширення зіниці на аверсивні стимули, тобто стимули, які мають властивість бути неприємними для одержувача, або така реакція зовсім відсутня. Розвиток психопатичних рис з особливою жорстокістю і зловмисністю може бути наслідком фетального алкогольного синдрому. Фетальний алкогольний синдром (ФАС) – це наслідок вживання алкоголю матір'ю під час вагітності, і це найпоширеніша у світі причина розумової відсталості. Вплив алкоголю призводить до порушень розвитку мозку.

У міжособистісному спілкуванні з особами, що мають риси темної тріади, не треба лякатися розповідати іншим про свій негативний досвід. Приховування поганої поведінки – поширена, але небезпечна форма заперечення, що посилює наслідки антисоціальної поведінки. Треба більше говорити про приховані форми насильства, жорстокі стосунки та нарцисичні стосунки. Фізичному насильству завжди передує емоційне насильство. Якщо мають місце загрози насильством, не треба чекати, поки погрози виконуватимуться, і не треба вірити обіцянкам, що це більше не повториться.

У добірці психологічних публікацій Т.Н. Березіної (2009–2013) досліджено поняття добра в контексті традицій так званої вершинної психології, поняття про яке приписують видатному психологу та педагогу Л.С. Виготському. Також поняття добра асоціюють з альтруїзмом. Популярний термін «альтруїзм» запроваджений не педагогами і психологами, а відомим французьким філософом 19 століття Огюст Контом як протилежність поняттю «егоїзм».

Термін «альтруїзм» був введений для того, щоб сформулювати принцип «живи для інших». Але пізніше цей принцип охоче підхопили люди, які часто не могли або не насмілювалися його сформулювати самі, проте готові були з ним погоджуватись. Він відповідає певній глибинній природі людини, проте не може бути повністю реалізований у її поведінці. Одна з причин полягає в тому, що добро активно співвідноситься людиною з почуттям провини. При цьому альтруїзм сприймається як якийсь ідеал поведінки, а потім він переходить у звинувачувальну позицію стосовно інших, які не досягають ідеалу, а отже винні в цьому і мають повинитися. Тобто виховувати людину альтруїстом – означає формувати в неї позицію надмірної жертовності («нелюдності до себе»), а оскільки такий рівень самопожертви згубний щодо конкретної особи, отже, всіх, хто живе, можна дорікнути в егоїзмі та нелюдності стосовно інших. Розвиток ідей психології добра також є частиною цього напрямку. Стосовно протилежних явищ виникає парадоксальна ситуація: про зло ми знаємо набагато більше, ніж про добро, хоча, як ми думаємо, кожна людина так чи інакше орієнтована на добро і, напевно, добрих вчинків робить більше, ніж злих, інакше б людська цивілізація давно вимерла. Однак людська цивілізація досі

існує, а отже добра у світі більше, ніж зла. І якщо наше покоління буде не останнім, це означає, що ми теж були добрішими ніж часом думаємо про себе. Взагалі категорія добра у психології майже не розроблена, на відміну від множинних варіантів протилежних категорій: комплексів, неврозів, психозів, асоціальної поведінки, злочинів тощо.

Є дослідження позитивних емоцій, але, як відзначає багато авторів, у нашій мові навіть слів для позначення негативних емоцій майже вдвічі більше, ніж позитивних. І це не дивно. Добро вивчати важко, тому що воно складніше і складніше настільки, що ми його навіть не можемо охопити поглядом, воно більше за поле зору індивідуального інтелекту. І така складність добра найчастіше призводить до того, що дослідник просто не знає, як його описувати. Це стосується не лише науки, а й мистецтва.

Цілі жанри мистецтва присвячені опису зла: детективи – твори, присвячені опису злочинців проти людських законів; трилери – описують не просто злочини, а збочення людської психіки, що призводять до порушення не лише законів соціуму, а й біологічної суті людини; романи жахів – де зло набуває містичні риси. А де література добра? Декілька нудних повчальних творів і все. Ось і виявляється, що зло нехай не краще, але привабливіше, цікавіше за добро, та просто різноманітніше. Це не тому, що добро гірше чи недостатньо нецікаве, примітивне, просто добро складніше. Через це ми про нього майже нічого не знаємо, про що ж тоді писати? Наприклад, кількість досліджень будови Землі на порядок перевищує аналогічні праці з вивчення планети Марс, а тим більше планет інших світил, не тому, що там немає ніякої будови, а тому, що дістатися до інших планет складніше. Так і з добром. Але в нього все попереду.

Аналіз наявних публікацій з психології добра, як наукових, так і філософських або мистецьких, дозволяє зробити висновок, що на сучасному рівні рефлексії дуже важко, майже неможливо дати визначення добру. До того ж будь-яке визначення нічого не означає в практичному розумінні. Людина, який стверджує, що вона орієнтована на добро (добра людина) зовсім не обов'язково робить більше добрих вчинків, ніж людина, яка взагалі ніяк не самовизначилася або навіть визначилася як орієнтована на зло (зла людина).

Існують різні погляди щодо цієї людини, різні способи оцінювання її діянь, може навіть виявитися так, що вмирає вона як людина добра, а потім нащадки викопують її порох, як у переносному, так і в прямому сенсі, щоб піддати анафемі її ім'я, тіло та справи.

В описі добра можна виділити дві тенденції. Перша: уникнення зла та спрощення добра. Добро спрощується, стає менш складним і тоді виявляється зрозумілим. Слово добрий у цьому аспекті асоціюється зі словом «дурник», нехай навіть у доброму розумінні («блаженні вбогі духом»), та практикою «недіяння». Тут добрий – це перш за все не злий, тобто якщо людина хоче бути доброю, то вона не повинна робити злих вчинків. Це є достатньою вимогою. Але якщо трохи подумати, то виявиться, що єдиний спосіб не робити злих вчинків – це не робити жодних вчинків взагалі. Найчастіше за такого підходу доброта стає такою глобальною рисою, що нічого іншого в такій людині побачити вже не можна. У цьому аспекті часто виявляється, що добрий – означає дурний (університетів не кінчав), жебрак (не має жодної власності), що відійшов від світу (тобто не зробив жодної кар'єри), вегетаріанець (не їсть м'яса) тощо. Головна проблема такої позиції – відсутність активного добра.

Друга тенденція: добро обмежується вірністю будь-якій Ідеї. Висувається певна Ідея, хороша, правильна – найвищих. Усе, що їй відповідає, вважається добрим, все, що не відповідає – злим. Наприклад, патріотизм, захист вітчизни – найвища ідея. Але будь-який солдат держави, що воює, несе зло, бо він вбиває людей. Проте мораль цього підходу виправдає його, бо він «захищав Батьківщину»; тут «захист Батьківщини» стає межею добра; все, що спрямоване на захист своєї країни, – добро, і солдат автоматично стає носієм добра. Прикладів можна навести багато.

Різниця між людиною добра і людиною зла пов'язана з її діяльністю. Людина, орієнтована на добро, хоч як вона його розуміє, робить будь-які вчинки: хороші, погані і які завгодно. Але якщо людина, орієнтована на добро, робить якийсь вчинок, який у системі координат можна вважати злим, і їй на це вказати, то вона починає виправдовуватися. І навпаки, якщо людина, що самовизначилася як зла, робить негарний вчинок, вона приймає це як треба і, звичайно ж, не виправдовується. Інакше кажучи, якщо вбивці, який вважає себе вбивцею, сказати, що він убив хорошу людину, він зни-

зує плечима, мовляв, так і є, і це правильно. Але якщо людині, яка визначилася як «захисник скривджених і пригноблених», показати, що вона у спробі захисту пристрелила якраз пригнобленого, вона почне виправдовуватися. Ось і вся різниця. А кількість вбивств та інших поганих вчинків в однієї й іншої особи цілком може бути однаковим. І для жертв, звичайно ж, не має значення, чи виправдовується їхній кат, чи ні.

Але якщо ви визначаєтеся як людина добра, і вам спробують довести, що ви зробили злий вчинок, це викличе у вас дисонанс. Якщо ви визначаєтеся як людина зла, то жодного дисонансу не буде. По суті, відмінність навіть не у вчинках чи їх кількості, а лише в муках совісті. Багато це чи мало можна визначити лише в моральному або культуральному аспекті.

Таким чином, проблеми вершин людської особистості потребують подальшого активного вивчення з урахуванням різних сенсів життя, духовного вдосконалення, альтруїзму, дивергентних емоцій, і при цьому слід остерігатись моралізаторства стосовно того, щоб просто показати складність і неоднозначність цих феноменів. Добро може бути різним, добро може бути складним, але воно все одно лишиться добром.

3.3. Клініка зла

Клінічні особливості зла неможливо зрозуміти, якщо не окреслити, що таке особистість та як сучасна психіатрія її розуміє. Поняття «особистість» можна назвати одним із ключових у розумінні соціальної природи людини, розгляду її як індивідуальності та суб'єкта соціокультурного життя. Воно поєднує в собі такі риси, як: характер, темперамент, здібності, звички, поведінкові особливості тощо. Наша особистість повною мірою відображає те, ким ми є насправді.

За МКХ-10 під розладом особистості (розлади особистості і поведінки у зрілому віці (F60-F69)) ми розуміємо вид психічного розладу в клінічній психології і психіатрії. Розлади особистості – це тяжкі порушення характерологічної конституції та поведінкових тенденцій індивіда, що не є прямими наслідками захворювання, травми чи іншого гострого ураження головного мозку або інших

психічних порушень. Ці розлади охоплюють декілька сфер психіки і супроводжуються особистісною й соціальною дезінтеграцією. Зазвичай вони виникають ще в дитячому чи підлітковому віці та сягають періоду зрілості.

Суттєве відхилення внутрішніх переживань і поведінки індивіда від загальноприйнятого діапазону (норми) є одним з основних загальних діагностичних критеріїв розладів особистості. Це відхилення має спостерігатися більш ніж в одній із сфер:

- когнітивній (характер сприйняття й інтерпретації предметів, людей і явищ, формування відносин і образів «Я» та «інші»);
- емоційній (діапазон, інтенсивність та адекватність емоційних реакцій, контроль бажань і задоволення потреб);
- сфері стосунків з іншими людьми (манери вирішення інтерперсональних ситуацій).

Щодо розладів особистості, то для них характерними рисами є відсутність гнучкості, недостатня адаптивність або інші дисфункціональні особливості в осіб із розладами особистості. Ці розлади простежуються в широкому діапазоні особистісних і соціальних ситуацій, внаслідок чого відмічається дистрес або несприятливий вплив на оточення.

Деякі з цих станів та зразків поведінки з'являються рано, в ході індивідуального розвитку як результат одночасного впливу конституційних факторів та соціального досвіду, тоді як інші формуються на більш пізніх етапах життя. Такі розлади є суттєвими відхиленнями від способу, яким звичайна людина певного рівня культури сприймає, мислить, відчуває й особливо спілкується з оточенням. Такі моделі поведінки мають тенденцію до стійкості та охоплюють багато сфер поведінки і психологічного функціонування. Ці розлади часто, але не завжди, пов'язані з суб'єктивними переживаннями різного ступеня та проблемами соціального характеру. Специфічні розлади особистості є глибоко укоріненими і тривалими моделями поведінки, що виявляються як негнучка реакція у відповідь на різні особисті та соціальні ситуації.

Особистісний розлад виникає зазвичай і маніфестує в пізньому дитинстві чи підлітковому віці та продовжує проявлятися в період зрілості. Тому діагноз особистісного розладу навряд чи адекватний 16–17-річного віку. Проте важливо діагностувати, із

чим пов'язані ті чи інші особистісні зміни у підлітків; ту чи іншу акцентуацію особистості можна виявити вже в підлітковому віці, так само як і ступінь її виразності та скласти прогноз щодо її розвитку.

Термін «розлад особистості» замінив собою застарілий термін «[конституційна] психопатія», що використовувався до офіційного переходу на МКБ-10 в 1999 році. Раніше вважалося, що психопатії обумовлені «вродженою неповноцінністю нервової системи, спричиненою факторами спадковості, шкідливістю, що впливають на плід, родовою травмою і под.».

На сьогодні передбачається безліч можливих причин розладів особи. Вони варіюються залежно від типу розладу та індивідуальних характеристик людини. Ними може бути генетична схильність, певні життєві ситуації, перенесені травми. Перенесене психічне, фізичне та сексуальне насильство в дитинстві створює ризик для розвитку розладів особистості.

Найбільш виразною клінікою зла проявляється у хворих з параноїдним, шизоїдним або антисоціальним розладом особистості.

Параноїдний розлад особистості характеризується надмірною чутливістю до невдач, нездатністю пробачати образи, підозрілістю і схильністю до неадекватного сприйняття дійсності через трактування нейтральних чи дружніх дій оточення як ворожих або зневажливих. Такі хворі схильні до необґрунтованих підозр щодо невірності шлюбного чи сексуального партнера і часто охоплені роздумами про несуттєві «законспіровані» тлумачення подій, що відбуваються з ними чи у світі загалом. Підозри можуть стосуватися надійності друзів (компаньйонів), шкоди, експлуатації чи обману, які нібито здійснює оточення. Особи з параноїдним розладом неохоче відкриваються іншим через невиправданий страх, що це може бути використано проти них. Окрім того, параноїдний розлад особистості характеризується войовничістю та завзятістю в усвідомленні власної правоти. Такі особи схильні до перебільшеної самооцінки; часто трапляється перебільшена зарозумілість. Найчастіше виділяють такі клінічні форми: експансивно-параноїдна; фанатична; кверулянтна параноїдна та уразливо параноїдна, що вирізняються акцентом поведінкових особливостей стосовно оточення.

Щодо шизоїдного розладу особистості характерними є слабкість прихильностей і соціальних контактів, схильність до фантазування, відлюдництва й самоаналізу, а також обмежена здатність виражати почуття і відчувати задоволення. Шизоїдні особи часто виявляють незначний інтерес до сексуальних контактів (або зовсім не виявляють), надають перевагу усамітненій діяльності та мають небагато близьких друзів і довірливих стосунків (або зовсім не мають). Зазвичай вони отримують задоволення лише від невеликої кількості видів діяльності (або не отримують задоволення від жодного виду діяльності взагалі). Такі особи здебільшого проявляють емоційну холодність, відстороненість або сплещену афективність і зовні виглядають байдужими до похвали чи критики.

Антисоціальний (дисоціальний) розлад особистості характеризується зневажливим ставленням до соціальних норм, байдужістю до оточення, імпульсивністю, агресивністю і вкрай обмеженою здатністю до формування прихильностей. Такі особи погано переносять невдачі та легко піддаються агресії (зокрема, вдаються до насильницьких дій), схильні звинувачувати інших, брехати й наводити правдоподібні пояснення своєї поведінки, яка призводить до конфлікту із суспільством. Поведінка антисоціальних індивідів важко підлягає змінам на підставі досвіду, використання покарань зазвичай не допомагає, адже вони не відчують власної провини.

Американська класифікація DSM-5 визначає особистісні розлади як стійкі ригідні патерни довгої тривалості, що зумовлюють глибокий дистрес чи порушення, які не є наслідками вживання певних речовин. Ці погляди формувались за ідеями Херві Клеклі – одним із найвпливовіших психіатрів 20 століття. Частина його наукових досліджень досі викликає суперечки в науковому світі, особливо його роботи про «успішних психопатів» та виліковність психопатії. Більшість наукових праць Х. Клеклі у сфері вивчення психопатії добре відомі сучасним вченим, а деякі його статті стали підручниками. Водночас його роботи з дисоціального (антисоціального розладу особистості – АРО) менш відомі у професійній спільноті. З часом його наукові досягнення не втратили своєї актуальності та наукової новизни.

Як виглядають психопати за Харві Клеклі. Базисною характеристикою АРО є зневага та порушення прав інших людей. Ці особливості пронизують психіку та поведінку. Діагноз АРО згідно з DSM–IV–TR вимагає досягнення 18-річного віку, і йому має передувати в анамнезі наявність порушення поведінки до 15-річного віку. АРО включає постійні порушення основних прав інших.

Харві Клеклі (Hervey Checkley 1972) в монографії «Маска здоров'я», що отримала широку популярність, виділяє 16 атрибутів, які повинні насторожувати щодо наявності цієї особистісної аномалії. Серед цих атрибутів, зокрема, поверхневий шарм, ненадійність, нещирість, егоцентричність, відсутність каяття та ін.

«Маска здоров'я» Харві Клеклі була однією з перших в Америці монографій, в якій психопати розглядаються як звичайні люди, лише позбавлені совісті. Вперше вона була видана 1941 року англійською. На неї посилаються численні дослідники психопатій та девіацій. Фактично з цієї монографії розпочалася американська школа вивчення та лікування психопатій.

Чарівність і середній або вищий за середній рівень інтелекту – ось, згідно з Х. Клеклі, дві головні особливості психопата, і обидві вони особливо впадають у вічі при першому контакті. Психопати зазвичай справляють на оточення враження доброзичливих, чуйних, приємних і запобіжних людей. Вони часто здаються освіченими й добре обізнаними та демонструють широту свого кругозору.

Вони мають ораторський дар і можуть підтримувати розмову на будь-яку тему. Їхній словниковий запас часто настільки великий, що вони можуть говорити досить докладно про все. Однак уважне вивчення їхньої мови показує, що вони часто змінюють одну тему на іншу, а їх висловлювання найчастіше порожні і не містять нічого справді значущого. В основному мова складається з готових фраз, повторень тих самих ідей, неточно вживаних слів, абстрактних і жаргонних термінів, що використовуються поверхнево або недоречно, логічно суперечливих виразів і фраз, а також незакінчених речень. Як зазначає Р. Хаер: «У певному сенсі це виглядає так, ніби психопатам не вистачає якогось стрижня, щоб планувати свою мову і стежити, що вони думають і говорять». Однак завдяки чарівності та комунікабельності психопатів ці мовні недоліки не такі очевидні.

Список Х. Клеклі був пізніше перероблений Робертом Хаером (Robert Hare 1990) з включенням до нього таких ознак:

- 1) красномовність / поверхневий шарм,
- 2) грандіозне почуття самоважливості,
- 3) потреба в стимуляції / схильність до нудьги,
- 4) патологічна брехливість,
- 5) обдурювання / маніпуляції,
- 6) відсутність каяття чи почуття провини,
- 7) сплоснений афект,
- 8) черствість, відсутність емпатії,
- 9) паразитичний спосіб життя,
- 10) слабкий контроль поведінки,
- 11) проміскуїтетна сексуальна поведінка,
- 12) ранні проблеми з поведінкою,
- 13) відсутність реальних тривалих цілей,
- 14) імпульсивність,
- 15) безвідповідальність,
- 16) нездатність узяти відповідальність за власні дії,
- 17) численні короточасні шлюбні відносини,
- 18) анулювання умовного звільнення (із в'язниці),
- 19) криміналітет,
- 20) зловживання алкоголем чи іншими речовинами.

Правила підрахунку дозволяють після кожного пункту ставити «0», «1», або «2». Максимальне значення – 40. Значення вище за 30 вважається діагностичним для «психопатії» (АРО). Ці 20 атрибутів відрізняються за своїм значенням для діагностичної оцінки та прогнозу. Деякі з них безпосередньо стосуються проміскуїтету, порушення закону, інші нарцистичних характеристик, ще інші – брехні, безвідповідальності тощо. Їх наявність, виразність та комбінації створюють картину різноманітності АРО.

Х. Клеклі, досліджуючи пацієнтів з ознаками АРО, дійшов висновку, що вони здатні добре пристосовуватися до різних умов, а в деяких випадках роблять професійну кар'єру. Осіб з АРО він знаходив у таких професіях, як: бізнесмени, науковці, лікарі-психіатри, адвокати, інженери, «світські люди». В описі та аналізі осіб з АРО Х. Клеклі акцентує їх максимальну скритність, здатність протягом необхідного часу справляти на потрібних людей сприят-

ливе враження. Справжня сутність антисоціальної особистості розкривається в діях, відносинах, коли ситуація стає більш знайомою та звичною. Таким чином, для розкриття справжньої суті антисоціального індивіда потрібна певна тимчасова експозиція.

Антисоціальні типи широко представлені в літературі, кіно, на телебаченні. До них належать різні негативні герої, наприклад злочинці в книгах Флемінга та екранізаціях про Джеймса Бонда. Яскравим прикладом кримінального варіанта є персонаж колишнього доктора серійного вбивці у виконанні Ентоні Хопкінса в «Мовчанні ягнят». Образ жінки з АРО та кримінальною поведінкою створено у фільмі «Американська психопатка».

3.4. Психотерапія зла

Одна з найвдаліших методик подолання наслідків психопатології зла є так звана методика екстерналізації. Під екстерналізацією ми розуміємо психотерапевтичний прийом, коли проблема людини розглядається не як його внутрішня характеристика, а як певна зовнішня уявна жива сутність, що впливає на людське життя. Тобто цей термін позначає загальну спрямованість психічних процесів, що виражається в приписуванні індивідом атрибутів внутрішніх феноменів зовнішнього світу. Близьке поняття – це поняття субособи. Різниця в тому, що субособи розглядаються як щось всередині людини, частина її особистості, а при екстерналізації проблема виноситься назовні людини.

Екстерналізація має значення під час дослідження проблеми впливу. Коли проблема описується як внутрішньо властива людині характеристика (дитину називають, наприклад, дурнем або хуліганом), це багато в чому задає діапазон його можливих вчинків, а тим більше можливих інтерпретацій цих вчинків. На жаль, вчителі та психологи часто описують дітей саме таким чином, використовуючи такі «діагностичні», псевдонаукові терміни, як: «некерований», «тривожний», «асоціальний» та ін. Ці терміни формують наші очікування від дитини, позбавляють його віри в себе і надають йому певний статус у шкільному товаристві.

Саме тому винесення проблеми назовні, тобто техніка екстерналізації дозволяє послабити вплив сорому і провини, вивільнити

здатність людини до дії. Проблема розглядається як уявна сутність, жива істота, яка має власні цілі, наміри та плани, а також свій стиль їх реалізації. Після того як наративний практик і людина, яка звернулася до нього по допомогу, підбирають відповідну назву або ім'я проблеми, відбувається картування проблеми впливу на життя людини. У деяких випадках слово « картування » можна розуміти буквально – це малювання карти життя людини, різних її сфер. Іноді картування – це робота на умоглядному рівні, без « матеріалізованих » схем.

Крім впливу проблеми на людину, терапевта цікавить також вплив вчинків людини на проблему – що він може зробити, подумати і под., щоб обмежити вплив проблеми, послабити її. При картуванні впливу екстерналізованої проблеми корисно мати на увазі три аспекти: тривалість, широту і глибину.

Тривалість уточнюють такими запитаннями: « Чи давно ця проблема крутиться поблизу? », « Коли це почалося? », « З плином часу ставало краще або гірше? ». Тут можна поговорити і про можливе майбутнє (« якщо, наприклад, все буде розвиватися у тому ж напрямку, що і зараз... »). Можна намалювати « лінію життя » проблеми.

Широта передбачає поширеність проблеми на різні сфери життя, такі як: почуття, стан, уявлення про себе, ставлення до різних сфер життя, взаємини з людьми, поведінка в класі, шкільні успіхи, клімат у сім'ї, дружба, навчання та інші справи, плани розвитку професійно, спорт, тусовки та ін.

Глибина описує інтенсивність впливу проблеми: « Наскільки сильно вона тисне? », « Завжди важко або бувають моменти, ситуації, коли стає легше? », « На шкалі від 1 до 100, визначте, якою часткою життя заволоділа депресія? », « Чи переконала депресія в чомусь такому, що йде всупереч з колишнім уявленням про себе? ».

Проблеми привносяться в життя окремої людини ззовні. Екстерналізація повертає проблеми туди, де їм і слід бути. Вона робить можливим більш невимушений навіть пустотливий підхід до серйозних, болючих проблем. Зазвичай екстерналізація продовжується і розвивається протягом усього процесу психологічного консультування. Рідко буває так, що на перших зустрічах вдається дійти до акуратного екстерналізуючого формулювання проблеми,

яке залишається незмінним на наступних сесіях упродовж лікувального процесу. Не слід забувати і про те, що в житті людей може бути декілька заплутаних між собою проблем.

При екстерналізації слід пам'ятати про те, що не слід поспішати й екстерналізувати перше, про що починає говорити клієнт, як про проблему. Потрібно вислухати повний опис ситуації і роздуми клієнта та охопити наявну широту та складність проблеми. Можливо, слід попередньо пояснити людині, яка звернулася по допомогу, про те, що ви збираєтесь робити. Можна сказати так: «Іноді я розглядаю проблеми як щось зовнішнє стосовно людей і досліджую, як проблеми впливають на людей. Це допомагає поглянути на проблему по-новому і, відповідно, знайти способи її здолання – такі, які раніше не спадали на думку. Ви не проти, якщо ми спробуємо застосувати цей підхід до вашої ситуації і подивимось, чи працює він?»

Цілком нормально називати поки ще не досліджену проблему «це», «воно», «ця проблема» або «ці труднощі». Такі позначення дають консультанту час дослідити проблему і дозволяють не звукувати надмірно її формулювання. Потім разом з клієнтом візьміться за завдання найменування проблеми. Для цього можна нагадати клієнту про те, які вирази він використав для її опису. Іноді виявляється корисним звернення до описів або назв подібних проблем, що надали інші клієнти. Далі можна використати техніку «гаряче – холодно»: «Скажімо, що ось таке ім'я проблеми – це «тепло». А яке ім'я для неї ти б міг запропонувати, щоб стало «гаряче»?». Назва проблеми має відображати ступінь її тяжкості для клієнта. Якщо замість емоційно навантажених термінів «приниження» або «цькування» ми будемо використовувати позначення «конфлікт» або «погані стосунки в колективі», ми тим самим можемо заподіяти багато шкоди. Якщо назва проблеми не відповідає переживанням клієнта, ситуація консультування може стати для нього підтвердженням того, що його історію не чують і не розуміють.

Якщо клієнт зазначає кілька проблем, існує небезпека, що та, яку консультант намічає для екстерналізації, може виявитися не найважливішою, не найактуальнішою для клієнта. Слід запитати в нього, що найактуальніше, з чим було б важливо попрацювати саме зараз. Найпотужніший вплив екстерналізація має, коли вона спрямована на само собою зрозумілі положення домінуючо-

го інтерналізуючого дискурсу, тобто єдність мовлення та ситуації, в якій воно відбувається. Має значення як перебіг мовлення, так і його передумови, обмеження та результати, позамовний контекст і невисловлені цілі й наміри, які супроводжують акт мовлення.

На вплив цього дискурсу на людину нам вказують такі почуття: образа, гнів, обурення, зніяковілість, сором і вина. Замість того щоб екстерналізувати самі ці почуття, варто розпитати про ситуацію, яка провокує їх, та екстерналізувати саму ситуацію. Наприклад, якщо дівчинці прикро від того, що про неї в школі поширюють образливі плітки, слід екстерналізувати плітки і говорити про те, що плітки викликають образу. Якщо в цих плітках дівчинку називають «жиртрестом», то потрібно екстерналізувати їх не як проблему, що пов'язана з переїданням (в цьому випадку проблема знову інтерналізується як брак сили волі тощо), а як ідеальний образ тіла, що вражає тих, хто поширює плітки, а також підриває самооцінку самої дівчинки.

Корисно буває персоніфікувати екстерналізовану проблему (особливо добре це виходить у роботі з дітьми, але з деякими дорослими теж непогано). У такому випадку ми просимо клієнта не тільки дати проблемі ім'я, але й описати, які особливості характеризують її як особистість: проблема може бути хитрою, жадібною, мстивою, радіти чи сумувати. Персоніфікація проблеми робить розмови про зміни більш живими, драматичними.

Добро і зло з погляду психоаналізу

Добро і зло найчастіше розглядають як категорії, що формують нашу свідомість протягом усього розвитку людини як особистості. Вони являють собою не тільки прояви нашої поведінки, рівень нашої вихованості та культури, але й форми людської моралі, яку люди сповідують протягом віків, нагромаджуючи досвід та знання про такі особливі прояви людської індивідуальності, як добро і зло. Якщо людина заглиблюється в роздуми про те, що насправді є добром чи злом, то вона несвідомо формує своє ставлення до цих явищ. Людина при цьому може надзвичайно впевнено стверджувати, що точно знає, що це таке. Насправді свідомо люди не завжди можуть розкрити точної суті існування доброго і злого. Також, коли людина говорить про добро і зло, вона з неймовірною

легкістю може собі уявити й чітко окреслити, тобто визначити те чи інше явище добрим або злим.

Ці два поняття можна оцінювати як позитивні-добро й негативні-зло. Щоб зрозуміти складність питання позитивного добра та негативного зла, можна зазначити їх як певні принципи чи стереотипи, які зі свого боку виходять за всі межі існування особистості. Усвідомити це не так то й просто, та все ж можна спробувати зрозуміти та осягнути це розумом. Сутність цих понять сягає нашої несвідомої сфери. Ми не завжди здатні зрозуміти, говорячи про добро і зло, те, як воно взаємодіє в тих чи інших проявах людського життя. Людська свідомість не завжди може розпізнавати в повсякденному житті, яке перед нею явище – добро чи зло. У ситуаціях невизначеності варто опиратись на власну інтуїцію. Тоді може з'явитися шанс обрати правильний шлях і розібратись, яке рішення варто прийняти.

З погляду на архетипи можна сказати, що розмежування добра і зла має місце ще з первісних часів. Архетипи, що вшановували наші предки, яскраво відобразилися на формуванні понять добра і зла як у свідомому, так і у надсвідомому (колективне несвідоме) людей нашого часу. За допомогою цього в індивіда формуються такі позитивні (що є добром) якості, як цілісність особистості, гармонійність, самоактуалізація та стабільність, а також вміння розкривати свої можливості тощо.

Кожна доросла людина самостійно обирає власний стиль поведінки, тим самим вказує, чому вона відає перевагу: добру чи злу. Тому свої судження про такі категорії, як добро і зло варто висловлювати обачно та обґрунтовано, без перебільшень та максималізму.

Коли людина потрапляє в ситуацію невизначеності, то вона може виявити себе «справжньою», тобто показати, якою вона є насправді. У цьому випадку її поведінням керує несвідоме і виникає так званий подвійний ефект, тобто видно одразу обидві сторони людського «Я», добро і зло. При цьому людина може помічати як свою неповноцінність, особливо моральну, так і кращу свою сторону, на чому, власне, часто може робитися акцент. У цьому є позитивний момент, адже особистість може бачити одночасно свій негативний бік – зло і світлий – добро і знайти та зайняти так звану золоту середину, справжній баланс. Це положення можна назвати або нейтральним, або ж золотим залежно від уподобань.

Запитання для контролю знань

1. Що обумовлює біологічний складник феноменології зла?
2. Опишіть психологічну модель так званої темної тріади.
3. За якими ознаками садизм та його прояви утворюють так звану темну тетраду?
4. Яка роль Харві Клеклі у формуванні сучасних поглядів на розлади особистості?
5. Які психотерапевтичні методики використовують у подоланні наслідків психопатології зла?

Список літератури

1. Зімбардо Ф. Ефект Люцифера. Чому хороші люди чинять зло. Київ. Yakaboo Publishing, 2017. 584 с.
2. Kolla N. J., Bortolato M. The role of monoamine oxidase A in the neurobiology of aggressive, antisocial, and violent behavior: A tale of mice and men. *Progress in Neurobiology*. 2020. Vol. 194. 101875. doi: 10.1016/j.pneurobio.2020.101875. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32574581/>
3. Березина Т.Н. Проблема добра в современной педагогике и психологии. *Современное образование*. 2013. № 1. С. 126–139. doi: 10.7256/2306–4188.2013.1.8872 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=8872
4. Темная триада личности. URL: <https://onkto.ru/blog/psychology/temnaya-triada-lichnosti>
5. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*. 2002 Vol. 36, Issue 6(6). 556–563.
6. Grenyer B. F. S. Historical overview of pathological narcissism. *Understanding and treating pathological narcissism*. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. 15–26.
7. Нарцисичний опитувальник особи (EN). Інтерактивна версія опитувальника, створеного Робертом Рескіним та Говардом Террі. URL: [https://doi.org/10.32405/2522-9931-2021-16\(45\)](https://doi.org/10.32405/2522-9931-2021-16(45)).
8. Хаер Роберт Д. Позбавлені совісті. Страхітливий світ психопатів. 2018. URL: <https://bookmood.com.ua/ua/lishennye-sovesti-pugayushchiy-mir-psihopatov-haer-robert-d-340599356/>

9. Lee Z., Salekin R. T. Психопатії в неінституційному прикладі: Відмінності в первинних і вторинних субтипах. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2010. Vol. 1(3), 153–169.
10. Шкала макіавеллізму (Machiavellianism Scale – Mach-IV). Інтерактивна версія. URL: <https://onlinetestpad.com/ru/test/954300-mak-shkala-shkala-makiavellizma-lichnosti>
11. Furnham A., Richards S. C., Paulhus D. L. The Dark Triad of Personality: 10 Year Review. *Social and Personality Psychology Compass*. 2013. Vol. 7. 199–216.
12. John O.P., Naumann L.P., Soto C.J. Модель шестифакторної структури особистості (HEXACO). URL: https://uk-warbletoncouncil-org.translate.google/modelo-personalidad-hexaco-1823?_x_tr_sl=uk&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc
13. Корнілова Т.В., Корнілов С.А., Чумакова М.А., Талмач М.С. Методика діагностики особистісних рис «Темної тріади»: апробація опитувальника Темна Дюжина. *Психологічний журнал*. 2015. Т. 36. № 2. С. 99–112.
14. Клекли Х. Маска здоровомыслия. URL: <https://dront.livejournal.com/1860618.html>
15. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Питер, 2010. 400 с.
16. Екстерналізація. URL: <http://psychologis.com.ua/eksternalizaciya.htm>
17. Добро і зло в аналітичній психології. URL: <http://www.etica.in.ua/dobro-i-zlo-v-analitichnij-psihologiyi/>

Розділ 4.

МЕНТАЛЬНИЙ СТАН ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов

Організацією Об'єднаних Націй воєнні дії визнані однією з найбільш глобальних, масштабних і небезпечних загроз для окремої людини, людського суспільства й людства загалом, а гасло «позбавити майбутні покоління від лиха війни» – висловом найважливішого завдання кожної держави окремо і світової спільноти загалом. Попри зусилля прогресивних сил людства, воєнні дії продовжуються в різних країнах; усього у світі триває понад 80 довгострокових воєнних конфліктів, один із яких розгортається на території нашої країни.

Воєнні дії є одним із чинників із найбільшим негативним суспільним впливом і прикладом поширеного та всеосяжного насильства, що неминуче відображається на суспільних відносинах, економіці, системі охорони здоров'я й соціальній стабільності країни, що втягнута у воєнний конфлікт; недостатня розробленість заходів із попередження та зменшення цього негативного впливу ускладнює ситуацію.

Збройний конфлікт чинить масштабний негативний вплив на суспільну психологію, призводячи до розшарування суспільства і формування конфронтаційних соціальних дихотомій: агресор – жертва, військові – цивільні, свої – чужі, що ще більше ускладнює соціально-психологічну ситуацію в країні за механізмом порочно-го кола, до якого залучаються ідентичність і ретрибутивна колективна дія, що стає практично універсальною. Зрештою, це призводить до того, що припинення конфлікту стає неможливим без

радикальних поступок однієї зі сторін, що в більшості сучасних збройних конфліктів означає їхню майже нескінченну тривалість. Збройний конфлікт тісно пов'язаний із суттєвим зростанням ураженості різними формами психопатології, насамперед посттравматичного, тривожного, депресивного характеру, а також зростанням рівня алкоголізації та наркотизації, насильства та асоціальних форм поведінки.

Окрім власне комбатантів, що зазнають безпосереднього несприятливого психологічного впливу чинника бойових дій, суттєво більшою за чисельністю й не менш важливою в соціально-психологічному плані є пов'язана з ними соціальна група – родичі та члени сім'ї учасників збройного конфлікту. Сім'я комбатанта є унікальним суспільним і психологічним феноменом, що характеризується низкою важливих особливостей і потребує особливих соціальних, медичних та психологічних підходів.

За даними Міністерства соціальної політики України, станом на 1 грудня 2020 року в Україні зареєстровано 1 459 268 вимушених переселенців із тимчасово невідконтрольних територій Донецької та Луганської областей та Автономної Республіки Крим. Найбільша кількість вимушених переселенців була зареєстрована у вересні 2016 року (1 709 083 особи, або 1 384 889 сімей), надалі відмічалася тенденція до поступового зменшення кількості внутрішньо переміщених осіб.

Після початку повномасштабного російського вторгнення в Україну в лютому 2022 року кількість ВПО становила 7,7 млн (за даними Міжнародної організації з міграції). До п'ятірки регіонів, з яких виїжджали найбільше, увійшли Харківська, Київська, Донецька, Луганська області та м. Київ.

Перша п'ятірка областей за кількістю прийнятих ВПО:

- Дніпропетровська – 11 %;
- Київська – 10 %;
- Львівська – 9 %;
- Вінницька – 7 %;
- Полтавська – 7 %.

Серед тих, хто досі залишається в місці звичного проживання, є різні думки щодо можливого переїзду і перешкод, пов'язаних із ним.

Перешкоди для переміщення:

- 38 % – немає жодних перешкод;
- 9 % – їхати небезпечно;
- 9 % – не мають грошей, щоб поїхати;
- 6 % – не хочуть залишати домівку.

Водночас лише 1 % вимушених переселенців в Україні декларує намір повернутися до постійного місця проживання найближчим часом, 39 % планують зробити це після закінчення конфлікту; а 26 % не збираються повертатися навіть після відновлення миру, що свідчить про тривалий, багаторічний характер проблеми вимушеного переселення.

4.1. Клініко-психопатологічні та психометричні особливості

У 2018–2019 роках ми обстежили цивільних осіб з непсихотичними психічними розладами, які у 2014 році зазнали психо-соціального стресу в умовах воєнного конфлікту: родичі загиблих УБД, референтні родичі УБД, які повернулися до мирного життя, та ВПО.

У обстежених цивільних осіб виявлено такі клініко-психопатологічні прояви:

- знижений настрій;
- страх і тривога;
- дратівливість;
- емоційна лабільність;
- апатичні прояви;
- астенична симптоматика;
- когнітивні порушення;
- неприємні психосоматичні відчуття;
- головний біль;
- дисомнічні прояви.

У родичів загиблих УБД найбільш вираженими є такі симптоми, як: прояви зниженого настрою, апатичні прояви, когнітивні порушення. Дратівливість та прояви емоційної лабільності більш

притаманні родичам УБД, які не постраждали. Прояви страху, тривоги й астенична симптоматика характерні ВПО. Головний біль й окремі різновиди дисомній домінували в усіх трьох групах, але дещо менше в родичів нестраждалих УБД.

Для аналізу психометричних та патопсихологічних особливостей використовуються методика «Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R» Л. Дерогатіса (див. додаток).

Найбільш вразливими за показниками соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, тривожності, фобічної тривожності були ВПО. Показники міжособистісної сензитивності, депресії, ворожості, паранояльної симптоматики притаманні родичам УБД, які не постраждали.

Родичі загиблих УБД на сьогодні є найбільш соціально захищеною групою. Дуже важливим є також позитивне ставлення до них суспільства, увага з боку громадських, волонтерських і молодіжних організацій, що формує сприятливу психологічну атмосферу, певним чином пом'якшуючи психологічний стрес від втрати родича внаслідок бойових дій. Важливо також, що постійна увага з боку суспільства, формування певних соціальних стереотипів, пов'язаних із загибеллю воїна на фронті, змушує принаймні частину родичів загиблих УБД слідувати цим стереотипам, що виявлялося й під час самооцінки рівня депресії. Це дає нагоду пояснити специфічну дисоціацію при оцінюванні рівня депресії в цій групі: високі значення при оцінюванні з боку фахівцем, і низькі – за самооцінкою.

На відміну від родичів загиблих УБД, вимушені переселенці є найменш соціально захищеною категорією. Значна частина з них була змушена починати життя на підконтрольній території з нуля за браком підтримки з боку держави. Тому закономірним є накопичення в них психоемоційного стресу, поява проявів невротизації, зокрема депресивних явищ, що проявилось вищим показником депресії при оцінюванні його фахівцем порівняно з іншими групами.

Щодо родичів УБД, які повернулися після участі в бойових діях, то порівняно високі показники депресії за самооцінкою можуть бути пов'язані з бажанням привернути увагу до себе і своїх проблем, відчуттям недостатньої підтримки й уваги з боку суспільства.

4.2. Копінг-поведінка

В 1993 році Р.С. Лазарус у своїй відомій статті *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future* («Теорія та дослідження копіngu: минуле, сучасне та майбутнє») окреслив основні шляхи, за якими мають розвиватися дослідження поведінки подолання. Наголошується, що такі терміни, як «стрес-долаюча поведінка» та «копінг-поведінка» використовуються як синоніми. Також підкреслюється, що коли ми говоримо про копінг-поведінку, то мова йде саме про психологічне подолання стресу, як відомо, окрім такого подолання, є ще фізіологічне, медичне та інше подолання стресу.

Поведінка подолання зазвичай спрямована на пошук шляхів зміни взаємозв'язку між суб'єктом й умовами зовнішнього середовища або на зниження емоційних переживань і дистресу окремої людини; вона проявляється на когнітивному, емоційному й поведінковому рівнях у формі різних стратегій протидії стресогенним факторам або стресовим реакціям. Слід зазначити, що поняття «копінг» містить не тільки реакції на надзвичайні, що перевищують ресурси людини, вимоги, але й повсякденні стресові ситуації.

Отже, поняття копіngu (від англійського слова «cope» – перебороти, впоратися, подолати) розуміється як когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання труднощів у процесі взаємодії людини з довкіллям. Водночас слід зазначити, що кожний зі складників має своє певне навантаження. Так, когнітивні зусилля особи скеровано на аналіз проблеми, складання можливого плану дій, пошук альтернативних варіантів виходу із ситуації тощо. За допомогою емоційних зусиль людина контролює свої переживання, шукає емоційну підтримку в оточення. Поведінкові зусилля дають змогу особі досягти бажаного результату.

У багатьох літературних джерелах виділяють насамперед базові копінг-стратегії, до яких відносять такі: стратегія розв'язання проблем, стратегія пошуку соціальної підтримки й стратегія уникання. Таким копінг-стратегіям притаманні свої специфічні характеристики. Так, стратегія розв'язання проблем – це активна поведінкова стратегія, застосовуючи яку, людина прагне використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного розв'язання проблеми. Стратегія пошуку соціальної

підтримки являє собою активну поведінкову стратегію, застосовуючи яку, людина для ефективного розв'язання проблеми звертається по допомогу й підтримку до оточення: сім'ї, друзів, колег. Стратегія уникання є поведінковою стратегією, застосовуючи яку, людина прагне уникнути контакту з навколишнім світом, витісняє необхідність розв'язання проблеми.

R. S. Lazarus, S. Folkman виділяють такі копінг-стратегії: стратегія конфронтації, стратегія дистанціювання, стратегія самоконтролю, стратегія пошуку соціальної підтримки, стратегія ухвалення відповідальності, стратегія уникнення, стратегія планового розв'язання проблеми, стратегія позитивної переоцінки.

Нині можна констатувати, що вивчення психології копіngu в Україні перебуває ще на стадії формування. Це виразно контрастує з тим фактом, що сучасна українська психологія спирається на дуже потужну методологічну базу, яку заклала ціла плеяда вітчизняних учених.

Для визначення наявних особливостей долаючої поведінки в осіб, що зазнають загрозливого стресового впливу внаслідок воєнного конфлікту, з метою розроблення заходів щодо профілактики, лікування та реабілітації, проаналізовано такі варіанти копінг-поведінки:

- позитивна переоцінка;
- планування вирішення проблеми;
- втеча-уникнення;
- прийняття відповідальності;
- пошук соціальної підтримки;
- самоконтроль;
- дистанціювання;
- конфронтаційний копінг.

Домінування певних варіантів копінг-поведінки притаманне специфічним соціальним групам. Так, у родичів загиблих УБД домінуючими виявилися стратегії планування вирішення проблеми, стратегія позитивної переоцінки та стратегія конфронтаційного копіngu. Менш вираженими виявилися стратегії пошуку соціальної підтримки, самоконтролю, дистанціювання, втечі-уникнення, прийняття відповідальності.

Щодо родичів УБД, які не постраждали, то в цієї соціальної групи переважають копінг-стратегії самоконтролю, планування вирішення проблеми і позитивної переоцінки. Близькими виявилися також значення показників копінг-стратегій пошуку соціальної підтримки, конфронтаційного копінгу, втечі-уникнення і прийняття відповідальності. Найменше зустрічалися прояви стратегії дистанціювання.

Для соціальної групи вимушених переселенців основною виявилася копінг-стратегія планування вирішення проблеми. Інші копінг-стратегії виявилися менш домінуючими. Найменш характерними для цієї групи були стратегії прийняття відповідальності, конфронтаційного копінгу, позитивної переоцінки, втечі-уникнення.

Аналіз копінг-поведінки у досліджених соціальних групах наведено на рис. 4.1.

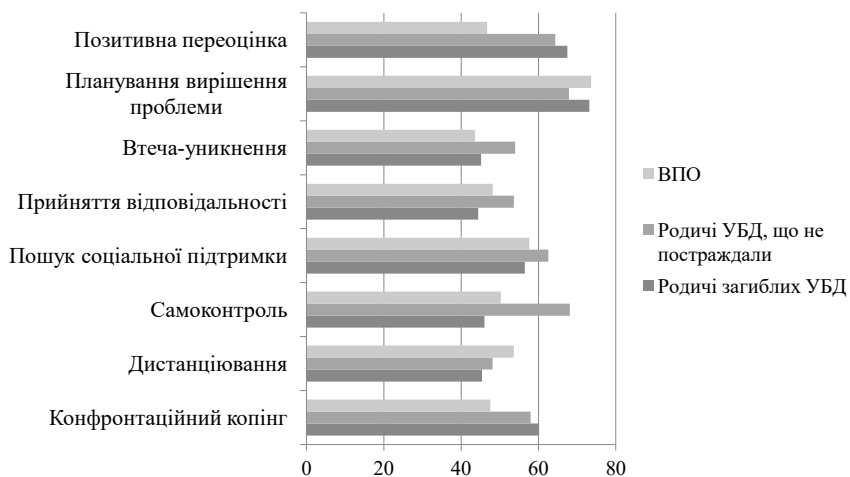


Рис 4.1. Показники різних копінг-поведінок у досліджених групах

На нашу думку, такі закономірності зумовлені соціально-психологічними особливостями соціальних груп. Родичам загиблих УБД приділяється найбільша увага з боку суспільства, вони мають найвищий рівень соціального захисту, часто опиняються в центрі суспільної уваги, що зумовлює необхідність певною мірою переформатовувати власну поведінку, наслідком чого є вищі показники

конструктивних копінг-стратегій (планування вирішення проблеми) та стратегії позитивної переоцінки (у межах якої загибель родича розглядається як подвиг, жертва, принесена воїном для захисту держави від зовнішньої агресії). Актуальними в цьому контексті є також стратегії пошуку соціальної підтримки та самоконтролю.

У родичів УБД, які не постраждали соматично, виявлено домінування конструктивних копінг-стратегій; закономірними з урахуванням соціально-психологічного контексту є поєднання стратегій самоконтролю, планування вирішення проблеми, позитивної переоцінки з пошуком соціальної підтримки, що може бути відображенням адаптації до нових соціально-психологічних умов, пов'язаних із поверненням родича з фронту, оформленням різноманітних соціальних виплат і пільг, передбачених законодавством для учасників бойових дій тощо. Конфронтаційний копінг і стратегія втечі-уникнення також є закономірною складовою частиною складного процесу адаптації; слід також ураховувати значну поширеність посттравматичних розладів серед учасників бойових дій.

Домінування у ВПО копінг-стратегії планування вирішення проблеми також може бути пояснене переважно впливом соціально-психологічних факторів: необхідністю покладатися насамперед на себе, недостатнім рівнем підтримки з боку держави, байдужим (а інколи й ворожим) ставленням нового оточення; закономірним у цьому сенсі є поєднання цієї стратегії з дистанціюванням і самоконтролем.

4.3. Якість життя

Якість життя (ЯЖ) – порівняно нове для медицини поняття, запозичене із соціології, де під ним розуміють здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого положення й зазнавати задоволення від цього. Ще в 1948 році ВООЗ визначила здоров'я не лише як відсутність хвороби, але й як наявність фізичного, психологічного та соціального добробуту. З цього часу в медичній практиці все частіше почали звертати увагу на якість життя. Водночас пацієнт розглядається не тільки як суб'єкт лікування, але й як особистість, що під впливом хвороби змінюється й повертається до соціуму в іншому статусі – статусі хворої людини.

На сьогодні вважається, що ЯЖ є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. У медицині ЯЖ стосується передусім стану здоров'я, тому в цьому випадку коректно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health-related quality of life»). Вважається, що це – рівень добробуту й задоволення тими сферами життя, на які впливає хвороба чи її лікування, нещасні випадки. Хоча цей термін точніше відображає суть питання, у медичній літературі все-таки частіше зустрічається загальний термін «якість життя». Зрозуміло, що насамперед ідеться про ЯЖ, пов'язану зі здоров'ям.

ЯЖ хворої людини в сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів так само включає цілий ряд складників, наприклад: фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо. Їх всебічне вивчення дає змогу визначити рівень ЯЖ як окремої особи, так і цілих груп і встановити, завдяки якому складнику він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб поліпшити ЯЖ (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку та ін.).

Показники ЯЖ ВПО та УБД у різних сферах наведені на рис. 4.2.

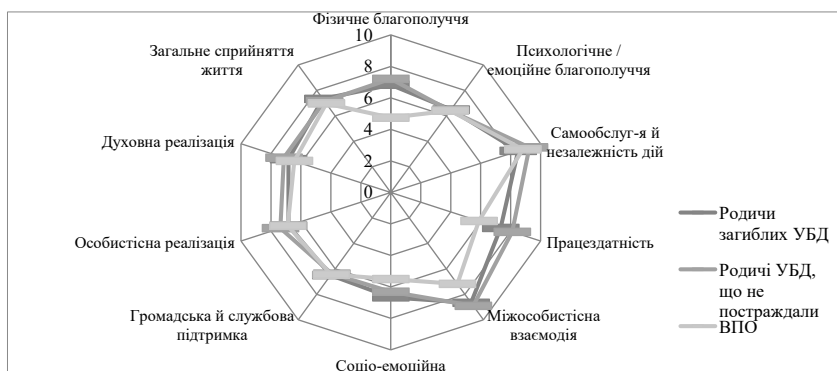


Рис 4.2. Профілі ЯЖ ВПО та УБД

Важливими є результати аналізу показників ЯЖ в інтегральних сферах. Інтегральний показник суб'єктивного добробуту / задоволеності виявився найнижчим у вимушених переселенців і значно вищим у родичів УБД, які не постраждали. Інтегральний показник зовнішніх життєвих умов не відрізнявся значно в обстежених усіх трьох груп. Інтегральний показник виконання соціальних ролей також виявився найнижчим у вимушених переселенців і значно вищим у родичів УБД, які не постраждали. Сумарний показник якості життя виявився найнижчим у вимушених переселенців і найвищим у родичів УБД, які не постраждали.

Найнижчі оцінки в більшості сфер життя виявляються у вимушених переселенців. На нашу думку, під час інтерпретації цих показників треба мати на увазі, що показники формувалися на підставі самооцінки ЯЖ самими обстеженими. У низьких оцінках вимушених переселенців може проявлятися як свідоме, так і неусвідомлюване бажання привернути увагу до своїх психологічних і соціальних проблем, адже ця група є найменш соціально захищеною й має найменшу соціальну підтримку з боку держави. Ставлення суспільства до цієї групи також неоднозначне, на відміну від ставлення до УБД та членів їхніх сімей. Усе це може суттєво впливати на показники самооцінки ЯЖ у різних сферах, насамперед пов'язаних із соціальним функціонуванням.

Показники ЯЖ за всіма сферами, як і інтегральні показники ЯЖ, у родичів загиблих УБД і родичів УБД, які не постраждали, суттєво не відрізняються, що дає підстави розглядати їх як однотипні в характеристиках ЯЖ. Водночас слід зазначити, що співвідношення показників ЯЖ у них є різним, що свідчить про складність і багатофакторність впливу різних чинників на оцінювання ЯЖ у родичів УБД і ВПО.

Запитання для контролю знань

1. Надайте визначення копінг-поведінки.
2. Назвіть основні варіанти копінг-поведінки.
3. Які відмінності копінг-поведінки цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту?
4. Що таке ЯЖ?
5. З яких компонентів складається ЯЖ? Опишіть ці компоненти.

Список літератури

1. Охорона психічного здоров'я [Електронний ресурс]: підручник для лікарів / [колектив авторів]; за заг. ред. Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути. Харків: Строков Д. В., 2022. URL: <https://repo.dma.dp.ua/8174/1/REP0001366%20%281%29.PDF>
2. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика: навчальний посібник / за ред. Юр'євої Л. М. Київ: Галерея Принт, 2017. 174 с.
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
4. Psychological factors and consequences of psychosocial stress during the pandemic / Maruta N., Markova M., Kozhyna H., Aliieva T., Yuryeva L., Abdryakhimova T., Pshuk N., Skrypnikov A. *Wiadomosci Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV, № 9, part 1. P. 2175–2181.
5. Юр'єва Л. М., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. О. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, № 4. С. 112–120.
6. Перцева Т. О., Кююмчян М. С., Юр'єва Л. М., Дукельський О. О. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу: навчальний посібник. Дніпро: Крос-Принт, 2018. 172 с.
7. Ліхолетов Є. О. Лікувально-реабілітаційна допомога цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, та її ефективність. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2021. Vol. 20(1). P. 71–80.

8. Ліхолетов Є.О. Аналіз копінг-поведінки цивільних осіб з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медична психологія*. 2020. № 1–2. С. 117–124.
9. Likholetov Y.O. Quality of life of civilian persons with adaptation disorders who have experienced psycho-social stress under the conditions of military conflict. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11(2). P. 156–170.

Розділ 5.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННОГО ЧАСУ

В. В. Огоренко

Повернення з війни завжди є дуже складним моментом. Воєнні дії, перебування в армії неодмінно залишають важкий слід у душі, якою б урівноваженою, внутрішньо сильною та збалансованою не була людина. І не має значення, де проходила служба: на «нулі», у відносно нейтральних умовах, з активною участю в бойових діях або ні. Неважливо, бо змінюється все: ритм життя, стиль життя, спрямованість бажань, цілей, навіть сенс життя. Щось відбувається, якийсь поштовх, потужна хвиля, яка змушує похитнутися, а потім пристосовуватися, шукати точку опори, знову ставати твердим і впевненим.

Нова реальність жорстока, до неї треба звикнути, відновитися, знайти себе та заново побудувати відносини з оточенням, маючи за спиною багатий досвід війни, який є непотрібним у мирний час. Звісно, має бути підтримка, час, умови тощо. Переконати власну свідомість у тому, що не потрібна більше надготовність, надпильність, не відчувається звичайна тяжкість автомата на грудях, відсутня навіть будь-яка зброя, але нерви вже звично напружені, очі в пошуку ймовірної загрози, повна готовність до негайних дій. Щоб повернутись до нормального життя, недостатньо просто приїхати додому. Потрібно навчитися відключати механізми, які забезпечують виживання на війні, та включати механізми, які потрібні в мирному житті.

Для того щоб запобігти болісному поверненню з війни треба створити умови, які б цьому сприяли. Йдеться насамперед про домівку, місце, куди людина повертається, її сім'я, близькі, члени родини, саме ті умови, спираючись на які, відштовхнувшись від яких, ветеран зміг би почати новий лік часу, почати будувати свій но-

вий світ, без війни. Але ж цього замало. Колишній воїн-боєць, який мужньо і сміливо виконував свій обов'язок, потребує щирої зустрічі, радості від його повернення, він потребує гідної оцінки того величезного внеску в перемогу, який він зробив, йому необхідна пошана до його подвигу, захоплення без застережень і докорів. І ще одна досить вагома проблема: що робити далі? Адаптуватися, відчувати себе потрібним, якнайшвидше вrostи в реальний світ, поринувши в активну діяльність, теж є дуже актуальним завданням, як для самого комбатанта, так і для суспільства. Але таке вrostання є складним процесом, тому що війна змінила все на свій лад, внесла контрастні кольори, чіткі лінії та конкретні штампи: хочеш жити – виконуй, стріляй, бо якщо не ти, значить тебе. Це не про компроміси, це про закони війни – чіткі і ясні, в ім'я однієї, спільної для всіх цілі. Саме з цією моделлю буття, де друзі були друзями, вороги – ворогами, а кожна секунда життя мала свій сенс, воїн повертається в мирне середовище. Він «незручний», визначений, цілісний і рішучий. Він ставить перед неоднозначним та суперечливим світом свої запитання, а суспільство отримує завдання. І відповіді на ці запитання є негайними, вони потребують швидкого вирішення.

Ще один аспект, до якого слід привернути увагу. Це ті юнаки, які пішли на війну майже з навчальних аудиторій, ті, для кого війна перекреслила великі плани, заповітні мрії, кохання, зрештою. Саме для них війна стала величезним викликом, величезною ломкою, відходом від усіх правил, принципів, моралі. Усе, що в них є – повнечена юність, специфічний, але ж малоприсадаблений для мирного життя досвід і надзвичайно яскраві і, на жаль, надзвичайно тяжкі спогади – як ризикував життям, бився, втрачав товаришів. Це в тому разі, якщо повернувся цілим. Іноді ці спогади бувають дуже болючими, однак жоден військовий не погодиться з ними попроситися добровільно. Часом виникає відчуття ізольованості, покинутості, непотрібності та знецінення. А ще злість, агресія та нескінченні думки про те, що довелося пережити, осмислення, порівняння, аналізування, думки про повернення. З цим не можна нічого зробити, бо частина душі залишилася там, на полях боїв, це так зване отруєння порохом. Це можна тільки пережити.

Дослідження поведінки людини в надзвичайних стресових ситуаціях показують, що якщо звичайна людина в найнебезпечніших

ситуаціях війни може діяти згідно з інстинктом самозбереження (утекти, сховатися тощо), то військовослужбовець у найжахливіші моменти бою змушений діяти наперекір інстинктам самозбереження, всупереч власним потребам, задля надособистісних цілей та інтересів. Він зобов'язаний продовжувати виконання бойового завдання, долаючи опір своєї природи та вроджених адаптивних механізмів. І ми добре розуміємо, що борець, який покинув поле битви або відмовився йти в бій, піддається не тільки спільній зневазі, але й може бути притягнутий до суворої відповідальності. Тому подвійна проблема постає перед солдатом, дві потужні загрози він мусить подолати: страх смерті в бою та внутрішнє почуття обов'язку. Ці дві проблеми спричиняють для солдата значний внутрішній дискомфорт, внутрішню боротьбу, яка є нелегкою.

Невизначеність, мабуть, є найтяжчою складовою частиною того психологічного навантаження, яке зазнає військовослужбовець: неможливість передбачити момент та характер своєї власної загибелі, одночасна наявність різноякісних загроз, пролонгований характер бою та повна непередбачуваність того, коли можна буде зупинитися, відпочити та хоч трохи розслабитися. Щоб вижити в таких обставинах, учасникам бойових дій необхідно перелаштувати свою психіку, перевести її в режим надпильності, надреактивності, надрозуміння, тобто «воєнізувати» її функціонування, щоб адаптуватися до нових умов. З перших днів участі в бойових діях у військовослужбовців запускаються механізми короткострокової та довгострокової адаптації, виробляються специфічні копінг-стратегії та навички повсякденного виживання. Звісно, що в воєнних умовах у військовослужбовців розкриваються певні, досить незвичайні здібності та специфічні навички, такі як самопізнання власних інтелектуальних, емоційних та вольових здібностей. Формуються навички стресового реагування, відкритого спілкування, а також специфічного досвіду життєдіяльності в екстремальних обставинах. Ці зміни відбуваються на всіх рівнях існування військовослужбовця: на фізіологічному, психологічному тощо. Саме така спрямованість до безпосереднього, прямого, чесного, відкритого спілкування приводить до детренованості механізмів психологічного захисту, бо вони не потрібні. І саме повернення такої людини в мирне життя без спеціальної підготовки не може бути простим.

Як тут не згадати добре відомий фрейдівський «захисний шар» особистості, якого немає. О. Блінов визначив так звану деформацію особистості військовослужбовців унаслідок участі в бойових діях, а також описав вплив страху на психологічний ресурс особистості військовослужбовця. Повернути таку «психологічно оголену» людину означає створити умови для розвитку в неї тяжких психологічних і психопатологічних наслідків та соціальної дезадаптації. Військові, які отримали бойовий стрес, є емоційно нестабільними, їх тяжкі психологічні стани значно заважають професійній діяльності, соціальним комунікаціям, загалом повноцінному життю. Треба також наголосити на значному впливі емоційно-вольових змін на когнітивну, мотиваційну та поведінкову сферу. Тому для цієї групи осіб вкрай необхідно є допомога психологів, психотерапевтів, медиків, соціальних працівників та інших спеціалістів. Не можна також забувати й про тих, хто отримав фізичні травми, каліцтва, вади, травми головного мозку тощо. Надання допомоги цій категорії військовослужбовців є найважливішим напрямом медико-психологічної допомоги.

Сьогодні ми впевнено можемо сказати про те, що війна відбувається не тільки фізично, на полі бою, вона відбувається в кожній душі, а саме на психологічному рівні, і де вона найбільш сувора, можна тільки дискутувати. Психологічний складник – це виклик самоідентичності кожного. Для військового на цей виклик може бути тільки одна відповідь – я знаю, хто я, і я знаю, навіщо я тут, я знаю, що робити, і я не відчуваю провини за те, що роблю. У психології це можна описати відрізком прямої, на одному кінці якої – провина, на протилежному – страх. На фронті дуже страшно, а це означає, що там немає місця провині. Адже нам добре відомо, що на війні вбивають людей. І це є цілком виправдане вбивство. Що це викликає в нас? Досить суперечливі почуття, здивування, шок. Це є щось таке, що не сприймається суспільною свідомістю. А що відчуває саме військовий, які думки з цього приводу у безпосереднього учасника цих жахливих подій. Він нічого не відчуває. Іноді, вже після бою, він може шкодувати тільки про те, що невлучно стріляв. Саме тут ми стикаємося з дуже цікавим феноменом психології війни «образ ворога». Хто або що це для бійця? Чи є у ворога обличчя, стать, особистість? Нічого такого немає. Діяльність ворога позбав-

лена індивідуальності. Образ ворога для бійця – це глухі постріли, розриви мін та снарядів, спалахи вогню, гуркіт артилерії, гул та свист смертоносної зброї, яка націлена вбивати. Образ ворога – це цілі на мапі, координати, схеми розташування, це наказ, який маєш виконати за будь-яку ціну. Ворог – це нерозбірливий шум голосів, поодинокі мішкуваті фігури, уламки техніки, застиглий в останньому пострілі кулемет. Коли боець опиняється віч-на-віч з ворогом, той здається механізмом, жорстоким, запрограмованим на знищення, і починаються так звані взаємини, безкомпромісні: або ти, або тебе, адже третього не дано. Є в цій страшній сутичці щось дике й неминуче, від чого холоне кров, і лише Творець знає, хто вийде цілим із цього випробування. Немає жодних внутрішніх мук, лише азарт і добре відміряна бойова лють, бо неможливо ненавидіти те, що не має індивідуальності. Вижити і перемогти в такій війні означає майже те саме, тому що просто залишитися в живих – уже перемога. Тому боець швидко перестає переживати з приводу вбитих ворогів. Він твердо знає: на війні смерть неодмінно візьме своє. Усе це важка праця. Дійсно відчуття небезпеки змушує бійця переробити себе, загартовує характер.

Бойовий стрес деякою мірою є нормою для військовослужбовців, але зрозуміло, що саме бойовий стрес вкрай негативно впливає на фізіологічне та психологічне здоров'я. Результати численних досліджень з цього приводу вказують на те, що 80 % військових, які беруть участь у бойових діях, перебувають у стані бойового стресу, 98 % бійців бажають отримувати професійну підтримку під час перебування в умовах бойових дій. Військові у більшості (приблизно 73 %) замовчують свої психічні та психологічні проблеми. Серед таких, які не отримували допомоги, не хочуть, аби виявили психічні проблеми, 93 % військовослужбовців. Усі ці результати чітко вказують на актуальність проблеми психологічного стану військового, який отримав бойовий стрес.

Існує велика кількість факторів, які можуть різнобічно впливати на емоційно-психологічний стан військовослужбовця. Серед тих, що мають значення, можна виділити два основні вектори впливу.

1. Негативний вектор впливу включає:

- наявність неправдивої інформації про ворога;

- невизначеність, раптовість, прискорення темпу дій;
- тривогу;
- втрати побратимів;
- високий ризик загрози життю, страх смерті;
- неминучі в умовах війни негаразди та позбавлення (відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування);
- високий рівень психологічного виснаження;
- певні несприятливі погодні умови (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція);
- відсутність гідної моральної підтримки;
- відсутність достатньої оснащеності;
- негативний власний бойовий досвід;
- напружена ситуація в сім'ї, негаразди в особистому житті;
- тяжке матеріальне становище родини військовослужбовця.

2. До позитивного вектору належать:

- знання реальної ситуації під час воєнних дій;
- задовільний рівень адаптації особового складу;
- достатній рівень бойової активності;
- важливість бойових дій;
- ставлення до віри, релігійність військовослужбовця;
- особистісна зрілість бійця.

Комплекс вищезначених факторів впливу може значною мірою визначати як морально-психологічні кондиції військових, так і їх фізичну спроможність долати негаразди війни. За даними багатьох дослідників, найвиразніше негативні зміни відзначаються у військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій понад три місяці. Саме наслідком означених дій є бойовий стрес, який за своєю потужністю є настільки значним, що травмує психіку бійців, впливає на розвиток станів дистресу і посттравматичних стресових розладів (у тих, хто отримав бойові поранення, у 100% випадків), і є провідним чинником для глибинних психологічних травм. Бойовий стрес провокує емоційне вигорання, призводить до емоційних зривів, непридатності військовослужбовців і надалі захищати батьківщину. Військові, які отримали бойовий стрес, важко адаптуються до життя в соціумі, вони емоційно нестабільні, їхні негативні психологічні стани впливають на когнітивну, мо-

тиваційну, поведінкову сфери, на соціальні контакти, професійну діяльність, а це може означати, що вони не зможуть повноцінно влаштувати власне життя. Саме тому вони негайно потребують допомоги спеціалістів: психологів, психотерапевтів, соціальних працівників тощо.

Найбільш пильної уваги, звісно, потребують до себе особи, які зазнали поранень під час бойових дій, особливо тяжких. Оскільки людина взагалі не пристосована до того, щоб переносити потужні руйнівні психічні травми, період реабілітації у значної частини військовослужбовців, які отримали тяжкі поранення, характеризується пролонгованим психоемоційним стресом. На його перебіг, а саме силу та тривалість, великою мірою впливають насамперед особистісні особливості бійця і тяжкість поранення, або вади, або каліцтва тощо. Психоемоційні зміни можуть виявлятися у вигляді різноманітних реакцій: від відчуття дискомфорту з розрізненими симптомами тривоги та напруги до важких психопатологічних станів. Посилювати психотравмуючий вплив поранення та розвиток травматичних реакцій можуть такі фактори, як: особливості особистісного реагування на загрозу життю, тяжкість шоків реакції внаслідок поранення, а також наявність попереднього досвіду щодо поранень. Крім того, значно обтяжує перебіг стресогенних розладів тривалість та інтенсивність бойових дій, в яких брав участь військовий.

Згідно з дослідженнями, тривалість лікування (зазвичай понад 30–50 днів) у багатьох поранених значно пов'язана з розвитком негативних психологічних стресових реакцій, які найчастіше проявляються в опозиційних тенденціях та демонстративній поведінці. Тобто в результаті медико-психологічного втручання, з одного боку, спостерігається зменшення психічних та соматичних симптомів, у тому числі знижується рівень тривоги та напруження. З іншого боку, відбувається зниження рівня комунікативних навичок, поведінкової саморегуляції, що може проявлятися в тенденціях до уникнення та ізоляції, до вибухових реакцій на незначні подразники. Тому впевнено можна стверджувати, що, крім безпосереднього лікування поранення або встановлення протезів, для постраждалих необхідно проводити психокорекційні заходи та заходи соціальної підтримки цієї категорії хворих.

У книзі відомих психологів Роберта Р. Сінклера – асоційованого професора індустріальної та організаційної психології і Томаса В. Брітта – професора соціальної та організаційної психології Клемсонського університету «Формування психологічної стійкості у військовослужбовців», яка присвячена вирішенню складних військово-психологічних проблем, вдало поєднано теоретичний аналіз проблеми психологічної стійкості та практичні рекомендації щодо її формування у військовослужбовців. Ця праця стала результатом міжнародного співробітництва військових психологів. В її підготовці взяли участь фахівці із США, Британії та Канади.

Автори переконливо доводять, що умови сучасної війни та військової служби висувають високі вимоги до психологічних якостей військовослужбовців, маючи на увазі потужний психологічний вплив на учасників бойових дій. За даними статистики, приблизно 30 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані, мали виражені психологічні проблеми. У 2010 р. серед американців цієї категорії зафіксовано 281 підтверджений випадок самогубства. Окрім того, в армії США відзначено 413 суїцидальних спроб. Тимчасом лише 14,3 % серед суїцидентів мали безпосередній бойовий досвід.

Війна драматично впливає і на сім'ї військовослужбовців. У дружин учасників бойових дій відзначається зростання загального дистресу, тривоги, депресії порівняно з фоновими показниками. У дітей на 11 % зростає ризик виявитися пацієнтами системи охорони здоров'я у зв'язку з проблемами психічного здоров'я та поведінки, на 18 % – у зв'язку з дитячими поведінковими проблемами і на 19 % – у зв'язку з дитячими стресовими розладами. Усе це обумовлює велике значення психологічної стійкості учасників бойових дій та членів їхніх сімей. Що ж включає в себе поняття психологічна стійкість? Звісно, що воно має багато характеристик, які відображають здатність військовослужбовця або групи осіб відновлювати свій стан, кажучи іншими словами, адаптаційний процес, що дозволяє знижувати напругу. Важливо наголосити, що психологічна стійкість означає здатність пристосовуватися до певних умов. Така можливість обумовлюється наявністю у людини певних характеристик:

- емоційних ресурсів, що дозволяють протистояти проблемі;

- когнітивних здібностей щодо вирішення проблеми;
- фізичних кондицій щодо перенесення значних довготривалих навантажень;
- соціальних предикторів, які можуть бути корисні в потрібний момент;
- сімейної підтримки, що вагомо підвищує впевненість людини;
- усвідомлення сенсу та мети своєї служби.

Система технологій формування психологічної стійкості військовослужбовців, є найбільш корисною, на думку авторів, і включає:

- Stress Management Training (тренінг управління стресом, тренінг щеплення стресу, медитації уваги та ін.);
- Preparatory Education – попереднє навчання (програма формування бойової свідомості «Battlemind», надання військовослужбовцям необхідної інформації про психологічні явища бою);
- Stress-Related Cognitive Appraisals – формування ефективних копінг-стратегій;
- Role modeling – використання поведінкових зразків для наслідування, досвіду бувалих воїнів;
- Exposure / Mission Rehearsal Exercises – тренування військовослужбовців у виконанні завдань в умовах, наближених до бойових, у тому числі із застосуванням технології віртуальної реальності;
- Exposure to Internal Stimuli – тренування апарату стресового реагування.

У бойових умовах підтримці психологічної стійкості військовослужбовців сприяють командири та фахівці з психічного здоров'я, присутність яких відносно військовослужбовців становить: у Великій Британії – 1:2500–4000, у США – 1:700, у Канаді – 1:500–600. До процесу збереження психологічної стійкості включається психологічний актив – спеціально підготовлені військовослужбовці. У британській армії, наприклад, діє Trauma Risk Management Program – програма залучення немедичного персоналу (активу) на користь психологічної підтримки товаришів по службі.

Слід зазначити, що у воєнних діях щодо російської військової агресії в українській армії застосовуються певні елементи психологічного супроводу військовослужбовців, що має важливий оптимізуючий вплив на бійців. Застосування такого підходу є вкрай необхідним заходом, спрямованим на підвищення психологічної підтримки. Часто таку функцію виконують ці ж бійці АТО, які демобілізувалися раніше. Вони пройшли через труднощі адаптації і тепер особистим досвідом, авторитетом допомагають своїм бойовим братам. Багато хто з них отримав спеціалізовану підготовку, щоб вміти надавати професійну психологічну допомогу, коли це потрібно.

Доцільно згадати також цікаво представлену програму формування всебічної готовності солдата – Comprehensive Soldier Fitness (CSF). На стратегічному рівні ця програма відповідає на запитання: «Як зробити програму психологічної підготовки воїнів збройних сил такою ж важливою, як їхня фізична підготовка?». На оперативному рівні вона показує, як командирам тренувати своїх підлеглих у частинах та підрозділах. На тактичному рівні вона націлена на навчання солдатів способів подолання труднощів.

Програма включає чотири компоненти CSF:

1. Global Assessment Tool (GAT) – програма оцінювання всебічної готовності військовослужбовця (опитувальник, що налічує 105 питань), що дозволяє спланувати подальший його розвиток;
2. Comprehensive Resilience Modules – 24 різні онлайн-модулі, що становлять ядро психологічної підготовки військовослужбовця та відповідають рівню вихідної готовності, займаної посади;
3. Master Resilience Trainer Course (MRTs) – 10-денний курс підготовки сержантів як провідних тренерів;
4. Institutional Training – елементи тренінгу, вбудовані в усі види професійної підготовки та підвищення кваліфікації військовослужбовця.

Реалізація цієї потужної програми психологічної підготовки має, на думку дослідників, змінити світосприйняття, стиль мислення та поведінки військовослужбовців на основі позитивного світогляду. Після завершення бойових дій учасників включають до

Third-Location Decompression Program – програми «декомпресії», тобто програми поступового (від 36 годин у британській армії до 5 діб у канадській) психологічного повернення учасників бойових дій у мирні умови життєдіяльності. 95% ветеранів вважають цю програму необхідною та ефективною.

Ще одна важлива проблема, до якої треба привернути увагу, це проблема домашнього насильства, яка загострилась внаслідок військового конфлікту. Сьогодні ми маємо значне зростання випадків насильства, особливо стосовно жінок. Звісно, що значно більше страждають родини, в яких є учасники бойових дій. Почастішала кількість звернень по допомогу від жінок, в яких чоловік повернувся з війни, особливо якщо на війні він отримав тяжке поранення, контузію або втратив кінцівку. Дружини відмічають, що з чоловіками відбуваються кардинальні зміни, що вони стають агресивними, піднімають руку на членів сім'ї, у тому числі на дітей, зловживають алкогольними напоями, у стані сп'яніння здатні втратити контроль над собою, скоїти жакливі вчинки. Такі жінки не розуміють, що їм робити, вони перебувають у відчаї. Щодо чоловіків, то вони вважають таку поведінку звичайною, бо деякий час саме вона давала змогу відстоювати свою правоту, більш того, це був єдиний спосіб вижити. Досить частою є також проблема, пов'язана із сексуальною неспроможністю, вже не кажучи про ті випадки, коли чоловіки повертаються з полону кастрованими. Дуже часто чоловіки, не знаходячи необхідної підтримки, задля того щоб заспокоїтися, забути, зловживають алкогольними напоями, та, звісно, з часом в них виникає залежність, яка сама по собі потребує лікування, тобто починаючи з однієї проблеми, чоловік отримує дві. Таким чином, розгубленість, апатія, дратівливість та агресія, нерозуміння, як жити далі – далеко не всі проблеми, які виникають у бійців, що повертаються з війни. Навіть якщо тіло на війні залишилося неушкодженим, травми душі та перманентний стан стресу не минають безслідно. Від цього страждають і самі бійці, і їхні сім'ї.

Окремою категорією військовослужбовців, і це зрозуміло, є бійці, які отримали поранення, часом вкрай тяжкі. Визначаючи стратегії соціально-психологічної реабілітації поранених, треба визначити певний комплекс психологічних заходів та систему соціальної діяльності. Цей комплекс має бути спрямований на нор-

малізацію всіх сфер життєдіяльності людини, починаючи з функціонального стану організму, емоційної, мотиваційної сфер особистості, аж до відновлення професійно важливих якостей військово-вслужбовця.

Таким чином, основними завданнями соціально-психологічної реабілітації є:

- оцінювання рівня виснаженості та психоемоційного стану постраждалих;
- оцінювання соматичного та психофізіологічного стану військовослужбовців;
- ретельне формування адекватної / оптимальної психологічної відповіді на поранення та його можливі наслідки;
- формування раціонального ставлення до лікування, особливо якщо потрібно оперативне втручання;
- допомога в підготовці до повторних оперативних втручань та купірування больового синдрому;
- формування стратегії психологічного впливу на пацієнта з метою корекції його психічного стану та подальша його оцінка динаміки в результаті лікування;
- корекція розладів психосоматичного спектра завдяки застосуванню психофармакологічних та психотерапевтичних втручань;
- оцінювання фізичних, інтелектуальних та психічних можливостей у сенсі відновлення професійної працездатності та психологічної стійкості;
- здійснення комплексу реабілітаційних заходів.

У результаті дослідження та розробки реабілітаційних стратегій виділено три типи психічної дезадаптації, для якої була характерна певна поведінкова стратегія:

- 1) активно-оборонний тип (адаптивний) проявляється у вигляді як адекватного оцінювання тяжкості поранення, так і має тенденцію до його ігнорування. При такому типі реагування часто спостерігається розвиток невротичних розладів;
- 2) пасивно-оборонний тип (інтрапсихічна спрямованість, дезадаптація) характеризується примиренням з пораненням та його можливими наслідками. При цьому типі характер-

ним є розвиток тривожно-депресивних та депресивно-іпохондричних станів. Пацієнт обирає пасивну позицію зі зниженою потребою боротьби за виживання;

- 3) деструктивний тип (інтерпсихічна спрямованість, дезадаптація), який характеризується порушенням соціального функціонування. У пацієнтів спостерігаються внутрішня напруженість, схильність до дисфоричних реакцій, агресивна поведінка, вибуховість та суїцидальні тенденції. Серед цієї категорії хворих часто формується залежність від психоактивних речовин: алкоголю, наркотиків тощо.

Під час війни найближчими для бійця стають його бойові побратими. З дружиною він не воював, не ходив на завдання, вона не спасала його від смерті в найтяжчі години. Дружина залишилася в минулому житті, на рівні побутових справ: приготувати їжу, піклуватися про дитину. Виникає дуже великий пласт переживань та подій, який неминуче роз'єднує подружжя. Зазвичай, близькі не завжди можуть зрозуміти, що пережив боець. При спробі розповісти те, що накопичилося, від нього відмахуються або ігнорують. Це справді складно слухати, надто важкі теми можуть відновлюватися у спогадах бійців. Але ж тільки завдяки проговорюванню деяких окремих аспектів проблеми може відбутися поліпшення, а надалі майже одужання.

Водночас не треба вимагати розповіді. Рекомендується починати з більш нейтральних тем. Тільки потроху боець може відкритися, довірити те, що в нього в душі. Якщо боець хоч щось починає говорити – то це вже дуже добре. Цілком можливо, що він почне говорити, і його охоплять спогади, в пам'яті виринуть моторошні речі, які боець пережив. Звісно, не кожен готовий вислухати таке. Але робити перелякані очі й тікати – теж не вихід. Дуже обережно треба порушувати ці теми. Він розповість сам, коли буде готовим.

Багато бійців стикаються з тим, що близькі не готові їх підтримувати. Дуже часто не можуть зрозуміти, що відбувається, і залишають бійця сам на сам зі своїми переживаннями, без можливості впоратися з ними, навіть сказати про них. У такому разі людина поринає в апатію, замикається в собі, не хоче ні з ким спілкуватися. В Ізраїлі в бойових діях брали участь 70% людей, але там найнижча статистика посттравматичного синдрому. Люди дуже

добре розуміють одне одного. У сім'ї, де чоловік повернувся з бойових дій, дружина майже напевно теж служила. І вона не скаже образливих слів: «Ти що, хворий? Як це ти боїшся гучних звуків? Нумо, контролюй себе». Щоб розуміти, що відбувається з чоловіком, треба проаналізувати, як мислить боєць під час війни. Треба намагатися не створювати різких звуків, особливо вночі. Не треба робити різких рухів. Не треба підходити до людини ззаду – вона може автоматично відреагувати на це, як на напад. Нічого подібного робити не слід.

Людині, яка повернулася з війни, треба відновитися, повернутися до себе. І кожному потрібен для цього різний час. Не треба говорити бійцю, що в нього слабкі нерви, а тим більше порівнювати його з кимсь іншим. Цим неможливо підбадьорити людину, можна тільки завдати їй болю і втратити її довіру. В усіх військових досвід різний, і реакція психіки різна. Це не те, що можна вибрати. Коли розлучається звичайна сім'я, на це не звертають уваги. Коли розлучається сім'я після повернення чоловіка з війни, громадська думка засуджує: вона покинула героя, після того що він переніс, а вона не зрозуміла і таке вчинила. Але в цій ситуації питання не до жінки, а до оточення, які надто люблять із засудженням спостерігати. І до ЗМІ, які формують монолітний образ воїна, зовсім забуваючи про те, що додому повертається людина з оголеною психікою, людина, яка потребує гідного ставлення, уваги, доброзичливості, людського розуміння. Але насправді об'єктивного розуміння, що переживають та відчувають люди, які пройшли війну, люди не мають. Близькі не готові до того, що на них чекає, не знають, як зрозуміти бійця і допомогти йому. Якщо нерозуміння в сім'ї заходить надто далеко, потрібно ставити питання про візит до спеціаліста. Не допомагає один, треба шукати іншого. Але в жодному разі агресію та насильство терпіти не можна. Бездіяльність тут не припустима.

Питання соціально-психологічної адаптації осіб, які побували в екстремальних умовах діяльності, що включає оцінку ймовірності збереження їхнього здоров'я та працездатності після впливу екстремальних факторів, стає нині особливо актуальною. Це пов'язано насамперед з воєнними діями в Україні.

Маючи своєрідний життєвий досвід, вони є такою категорією населення, яка потребує особливого підходу. Досвід країн, що зітк-

нулися з явищами, які виникають після повернення людей з війни, показав, що участь у подіях, пов'язаних із ризиком для життя, травматично впливає на психічне здоров'я та стан учасників бойових дій. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, належать до групи осіб із підвищеним ризиком розвитку психологічних та психогенних психічних порушень.

Проте набагато серйознішими є пом'якшені і відстрочені наслідки війни, які впливають як на психофізичне здоров'я військовослужбовців, так і на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке, воно охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я».

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, охоплюють всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо пережили стрес, а й у членів їхніх сімей, а також очевидців. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв та можуть впливати на подальше життя.

Психічна травма, психологічний шок та їх наслідки – ось що визначатиме життєвий настрій тих, хто вижив у військових конфліктах. Статистичні дані також показують, що на кожного загиблого на війні військовослужбовця припадає один випадок самогубства серед ветеранів після завершення військової служби. Таким чином, війна ще довго впливає на учасників бойових дій. Тому слід звернути особливу увагу на необхідність проведення психо-соціальної роботи з ними. Участь у військових діях безпосередньо впливає на людську свідомість, призводячи до її значних якісних змін. Серед різних наслідків війни, таких як політичні та економічні, неможливо ігнорувати такі важливі, як соціально-психологічні наслідки.

Перебування в екстремальних умовах характеризується впливом на психіку людини стрес-факторів підвищеної інтенсивності. Тривалість їх впливу, і навіть психотравмуючий характер можуть сприяти виникненню змін у психічній діяльності, які знижують

ефективність життєдіяльності вже у мирних умовах. При цьому розширюється і коло жертв, якими стають не лише безпосередні учасники подій, а й їхні родичі. Згідно з результатами досліджень військових медиків та психологів, особливості життя в бойових умовах призводять до того, що соціальний стан індивіда після звільнення в запас характеризується так званою кризою ідентичності, тобто втратою цілісності та віри у свою соціальну роль. Це проявляється в порушенні здатності учасників бойових дій оптимально проявляти себе у складних соціальних взаємодіях, у яких відбувається самореалізація людської особистості. Багато хто з таких людей втратив інтерес до суспільного життя, знизилася їхня активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Нерідко спостерігається втрата здатності до співпереживання та потреби в душевній близькості з іншими людьми.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок у тому, що «злам» механізмів психічної регуляції за умов військового конфлікту відбувається на етапі безпосереднього ведення бойових дій. Йому передують різні емоційні порушення. Проте основний негативний психічний стан у військовослужбовців відзначається після припинення бойових дій чи зниження інтенсивності боїв. Цей феномен вивчався в науковій літературі і раніше. Наприклад, відомо, що частота стресових реакцій залежить як від загального перебігу війни, так і від стратегічної ініціативи військ. Психічна захворюваність знижується, коли бойові дії мають динамічний характер, і зростає в умовах позиційної війни. Отже, щоб отримати уявлення про можливі соціально-психологічні та медико-психологічні наслідки для учасників того чи іншого військового конфлікту, необхідно порівняти характеристики психічного стану військовослужбовців після припинення бойових дій.

Робота з бійцями, що повернулися, повинна проводитися дуже ретельно й уважно, зазвичай за допомогою спеціалістів. Переживання травматичних подій бойових умов обов'язково потребують опрацювання. Спогади бійців повинні змінитися якісно, перейти з рангу травматичних у більш м'які, звичайні.

Психологічна самопомога є однією з основних форм у подоланні наслідків бойового стресу. Дуже важливим аспектом у цьому є подолання порушень сну, виконання фізичних вправ, заняття

спортом, активний відпочинок. Контроль травматичних спогадів є дуже важливою складовою частиною в загальному процесі подолання стресу. Однією з важливих особливостей нав'язливих спогадів є їх сталість, тобто можливість викликати значний дискомфорт через наявність помилкових уявлень, що суперечать логіці, наприклад, коли людина постійно відчуває, що може померти внаслідок бойових дій, хоча вона перебуває у власній оселі, у безпеці. Більшість людей, які мають нав'язливі спогади, намагаються відігнати ці думки чи витіснити їх за допомогою відволікання. Але в такий спосіб не можна собі допомогти, тому що, коли людина активно намагається про щось не думати, все відбувається навпаки, спогади тільки посилюються. Що треба робити в такому випадку, так це не намагатися відігнати думки, дозволяючи на деякий час їм захопити власну свідомість, не змінюючи. Також дуже важливо ідентифікувати, що саме провокує появу цих спогадів.

Важливим елементом психологічної допомоги військовослужбовцям є аутогенне тренування. Аутогенне тренування доцільно комбінувати з дихальними вправами.

Чого можна досягнути завдяки цьому дуже корисному методу. Це такі важливі ефекти, як:

- швидке позбавлення від втоми, швидше, ніж під час звичайного сну або пасивного відпочинку;
- зняття психічного напруження, що виникає в результаті стресу;
- вплив на низку фізіологічних функцій, таких як: частота дихання, частота серцевих скорочень, постачання кров'ю окремих частин тіла;
- розвиток наявних психологічних здібностей (мислення, пам'ять, увага та ін.);
- ефективна мобілізація своїх фізичних можливостей у бойових умовах, додання фізичного болю;
- освоєння прийомів самонавіювання і самовиховання.

Доцільно згадати теорію збереження ресурсів С. Хобфолла, яка повно та обґрунтовано пояснює походження бойового стресу, що виникає у військовослужбовців під час діяльності в екстремальних умовах. Згідно з цією теорією стрес виникає, коли ключові ресурси людини (здоров'я, добробут, родина, почуття власної

гідності, мета та сенс життя) перебувають під загрозою втрати, втрачені і їх не вдається відновити після значних зусиль. Визначено, що бойовий стрес є процесом впливу факторів бойових умов на психіку військовослужбовця, що супроводжується зниженням рівня психологічної безпеки особистості та появою неспецифічних доклінічних психологічних проявів, які в сукупності формують поняття «бойова психологічна травма особистості» або сягають специфічних нозологічних ознак психічних розладів, об'єднаних у категорію «бойова психічна травма». Для запобігання виникнення та розвитку бойового стресу необхідно розробляти та впроваджувати систему профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців, яка повинна складатися із заходів психологічної роботи, що проводяться на трьох етапах: підготовчому (перед виконанням бойових завдань), етапі безпосереднього виконання завдань у зоні бойових дій, завершальному етапі (після виконання завдань після повернення в пункт постійної дислокації).

Запитання для контролю знань

1. Які основні фактори впливають на психологічний стан військовослужбовців?
2. Які основні завдання соціально-психологічної реабілітації?
3. Які основні причини виникнення бойового стресу?
4. Що означає термін криза ідентичності?
5. Що включає в себе формування всебічної готовності солдата?

Список літератури

1. Cabrera O. A., Adler A. B. Psychological distress across the deployment cycle: exploratory growth mixture model. *BJPsych Open*. Vol. 7, № 3. P. 1–6. URL: <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.50>.
2. Building Psychological Resilience in Military Personnel: Theory and practice / ed. by Sinclair R. R., Britt T. W. Washington: American Psychological Association, 2013. P. 268.

3. Karayani A. G. The Power of Weakness: Review of the book by Mark Neville and Jamie Hacker Hughes «Battle Against Stigma». *Psychology: State of the Art*. 2015. Vol. 8(3). P. 157–160. doi: 10.11621/pir.2015.0312
4. Романишин А. М., Бойко О. В. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів, 2014. 86 с.
5. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. Харків: НУЦЗУ, ФОП Мезіна В. В., 2017.
6. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіної, І. Павленко, Є. Овсяннікової [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
7. Cabrera O. A., Adler A. B. Psychological distress across the deployment cycle: exploratory growth mixture model. *VJPsych open*. 2021. Vol. 7(3), e89. URL: <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.50>
8. Психологія діяльності в особливих умовах / за заг. ред. І. І. Приходька. Харків: НА НГУ, 2018. 118 с.
9. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / під ред. Юр'вої Л. М. Київ: Галерея принт, 2017. 174 с.

ЧАСТИНА II
ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ
ВОЄННОГО ЧАСУ

Розділ 1.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов

У сучасних воєнних конфліктах до 90% жертв припадає на мирне населення. Непсихотичні, пов'язані зі стресом, психічні розлади, мають місце здебільшого в переселенців і значної кількості родичів військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях.

Реінтеграція УБД, членів їхніх родин та ВПО в мирне життя, також їхня медико-психологічна реабілітація є дуже важливим складником комплексу заходів із подолання наслідків воєнних дій.

Згідно зі шкалою тяжкості психосоціальних стресів, стреси, що переживають комбатанти та члени їхніх родин, біженці й переселенці, належать до тяжких, надмірно тяжких та катастрофічних стресів, наслідками яких є розлади адаптації, ПТСР, суїцидальна поведінка, залежність від психоактивних речовин та соматичні розлади. Ця група осіб потребує довгострокового спостереження.

Так, через 10 років після завершення бойових дій в Афганістані ПТСР був діагностований у 24% ветеранів. Через 4–5 років після повернення з Афганістану у ветеранів був виявлений високий рівень наркологічної та соматичної патології. У віці до 30 років на одного хворого припадало 2,9 хронічних соматичних захворювань, а у віці від 31 до 45 років – 3,8. Через 20 років після завершення В'єтнамської війни 15% ветеранів мали ознаки класичного ПТСР, 80% – залежність від психоактивних речовин. Завершили життя самогубством 58 тисяч ветеранів, тобто стільки, скільки загинуло в період війни.

Проблема своєчасної діагностики, профілактики та корекції кризових станів, психологічних та психопатологічних розладів, зумовлених соціально-стресовими подіями, які зараз переживає українське суспільство, є надзвичайно актуальною.

У структурі непсихотичних психічних розладів, пов'язаних зі стресом домінувала депресивна, тривожно-депресивна та диссомнічна психопатологічна симптоматика.

Під час вивчення особливостей стрес-долаючої поведінки в досліджуваних осіб визначено співвідношення різних моделей копінг-стратегій залежно від належності до відокремлених соціальних груп. Виявлено тенденцію до використання копінг-стратегій позитивної переоцінки й конфронтаційного копіngu в родичів загиблих УБД, стратегій самоконтролю й позитивної переоцінки – у родичів УБД, які не постраждали, і стратегій пошуку соціального підтримання, дистанціювання й самоконтролю – у вимушених переселенців.

Цивільним особам, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, притаманний помірний рівень якості життя з найнижчим рівнем якості життя в більшості сфер у вимушених переселенців і найвищим – у родичів УБД, які не постраждали.

Установлено найвищу ураженість посттравматичним стресом вимушених переселенців із переважанням у них симптоматики уникання і збудливості, а в родичів загиблих УБД – симптоматики вторгнення.

Ґрунтуючись на структурно-динамічній моделі психосоціального стресу, розроблено операціональну систему різновекторного оцінювання за напрямками клініко-психопатологічного стану та психосоціального реагування й функціонування, а також сформовано прогностичну оцінку ризику ускладнень як за певними сферами, так і в комплексній взаємодії клінічних і соціально-психологічних чинників, придатну до використання в практиці охорони здоров'я для визначення обсягу і змісту заходів лікувально-реабілітаційної допомоги.

1.1. Профілактичні та лікувально-реабілітаційні заходи

Профілактика психічних і поведінкових розладів включає в себе низку соціально-психологічних та медичних чинників. Серед медичних чинників скринінгові дослідження займають одне з головних місць, і вони мають бути здійснені на етапі первинної медичної допомоги.

Для проведення скринінгових обстежень з метою виявлення потенційного контингенту для подальшого поглибленого клініко-психопатологічного обстеження ми запропонували шкалу, побудовану на показниках вираженості посттравматичного стресу за Міссісіпською шкалою ПТСР.

Відповідно до кількісних характеристик показників за цією шкалою виділено три прогностичні групи:

- 1) сприятливого прогнозу;
- 2) умовно несприятливого прогнозу;
- 3) несприятливого прогнозу.

Зарахування пацієнта до тієї чи іншої групи проводиться за результатами зіставлення фактичних даних показників вираженості посттравматичного стресу за Міссісіпською шкалою ПТСР з нормативними показниками. Величини нормативних показників визначені нами на підставі аналізу показників основної вибірки, за цих обставин за межу сприятливого й умовно несприятливого прогнозу прийнято значення нижнього квартиля (Q_{25}) показників за шкалою, а за межу умовно несприятливого і сприятливого прогнозів – значення верхнього квартиля (Q_{75}). В ролі скринінгового показника рекомендовано використовувати загальний показник вираженості посттравматичного стресу за Міссісіпською шкалою ПТСР, а для більш поглибленого аналізу особливостей посттравматичного стресу можна використовувати нормативні показники за певними субшкалами Міссісіпської шкали (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Граничні значення показників вираженості посттравматичного стресу за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу

Кластери	Граничні значення показників (у балах)		
	Сприятливий	Умовно сприятливий	Несприятливий
Загальний показник	Менше ніж 80 балів	Від 80 до 103 балів	Понад 103 бали
Симптоми вторгнення	Менше ніж 22 балів	Від 22 до 29 балів	Понад 29 балів
Симптоми уникання	Менше ніж 20 балів	Від 20 до 27 балів	Понад 27 балів
Симптоми збудливості	Менше ніж 18 балів	Від 18 до 26 балів	Понад 26 балів
Симптоми провини	Менше ніж 15 балів	Від 15 до 24 балів	Понад 24 бали

Відповідно до інтегральної оцінки за шкалою ми запропонували комплекс діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів для кожної з груп.

Виокремлено два ключові кластери відповідно до двох основних сфер, які визначають стан психічного здоров'я, соціального функціонування й психосоціальної адаптації цивільних осіб із непсихотичними психічними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, у тому числі ВПО: клініко-психопатологічний і соціально-психологічний кластери.

Клініко-психопатологічний кластер характеризує поточний стан психічної сфери індивіда і враховує вираженість наявної психопатологічної симптоматики за всіма основними сферами психіки, забезпечуючи різновекторне оцінювання психічної діяльності та клініко-психопатологічної симптоматики.

Соціально-психологічний кластер характеризує ступінь адаптації індивіда в соціумі, його здатність до застосування конструктивних копінг-стратегій, ефективність взаємодії з оточенням та якість його життя.

Відповідно до оцінювання за певними кластерами та інтегрального оцінювання психічного стану і психосоціального функціонування розроблено комплекс медико-психологічних та профілактичних заходів для цивільних осіб із непсихотичними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, у тому числі ВПО (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Лікувально-реабілітаційні та профілактичні заходи для цивільних осіб із непсихотичними психічними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту (прогноз за кластерами)

Прогноз	Рекомендований обсяг заходів		
	лікувальних	реабілітаційних	профілактичних
Клініко-психопатологічний кластер			
Сприятливий	Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Психоосвіта, підтримувальна психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій
Умовно сприятливий	Терапія антидепресантами із селективною дією. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Підтримувальна терапія із селективною дією тривалістю не менше як 9 місяців. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). Заходи із соціальної адаптації та ресоціалізації	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій. Профілактика сезонних депресій
Несприятливий	Терапія антидепресантами із селективною й мультимодальною дією. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Підтримувальна терапія антидепресантами із селективною й мультимодальною дією тривалістю не менше як 12 місяців, корекція медикаментозної терапії. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). Заходи із соціальної адаптації та ресоціалізації	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій. Профілактика сезонних депресій. Виявлення коморбідної психічної патології
Соціально-психологічний кластер			
Сприятливий	Надання психологічної допомоги, психокорекція поточних проблем	Психологічне консультування з поточних проблем. Соціальна допомога	Попередження стресів, налагодження продуктивних соціальних відносин
Умовно сприятливий	Психокорекція змін у психоемоційній сфері, психотерапія	Психологічне консультування, психокорекція, психотерапія, соціальна адаптація	Створення сприятливої психологічної атмосфери, профілактика впливу шкідливих чинників
Несприятливий	Психокорекція, психотерапія	Підтримувальна психотерапія, психосоціальна адаптація, ресоціалізація	Усунення чинників ризику, коморбідної патології, деструктивних психологічних чинників
Інтегральний показник психічного стану і психосоціального функціонування			
Сприятливий	Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). За великої тривалості психопатологічних проявів – медикаментозна терапія	Підтримувальна психотерапія, за потреби підтримувальна медикаментозна терапія	Попередження стресів, інтоксикацій, нейроінфекцій, налагодження продуктивних соціальних відносин

Закінчення табл. 1.2

Прогноз	Рекомендований обсяг заходів		
	лікувальних	реабілітаційних	профілактичних
Умовно сприятливий	Медикаментозна терапія, психоосвіта, психотерапія, психокорекція	Підтримувальна медикаментозна терапія впродовж 6–9 місяців, підтримувальна психотерапія, заходи із соціальної адаптації	Попередження чинників ризику, контроль соціального функціонування
Несприятливий	Медикаментозна терапія, психоосвіта, психотерапія	Підтримувальна медикаментозна терапія впродовж 12 місяців, підтримувальна психотерапія, заходи із соціальної адаптації, психокорекція	Попередження чинників ризику, контроль соціального функціонування, забезпечення ефективного соціального функціонування

1.2. Програма психокорекції непсихотичних психічних розладів у осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту

Комплексна програма психокорекції непсихотичних психічних розладів включала такі завдання:

- підвищення життєстійкості та опірності стресовим чинникам;
- розширення спектра копінг-стратегій;
- формування навичок використання адаптивних копінгів;
- зниження тривоги та депресії;
- аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування;
- виявлення внутрішніх ресурсів для подолання пережитих подій та труднощів.

Комплексна програма складалася з поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій. Тренінг ефективних копінг-стратегій проводився для підвищення ефективності актуалізації адаптивних копінг-стратегій та був спрямований на підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів, можливості створення альтернативних форм поведінки й оцінювання на безпосередню реакцію на подію, а також сприяв формуванню навичок

соціальної компетентності. Тренінгова програма включала в себе 6 етапів.

1-й етап (введення в тренінг) – метою етапу було розширення знань щодо копінг-поведінки, ознак її ефективності, когнітивно-смыслових бар'єрів застосування конструктивних (ефективних) стратегій. Також під час цього етапу формувалося розуміння зв'язку між суб'єктивними настановами, репрезентацією важких ситуацій й особливостями поведінки в них. Крім того, проводилося формування обізнаності щодо засобів подолання проблемних ситуацій. Мета етапу досягалася засобами мінілекцій, дискусій.

Метою **2-го етапу** (оцінювання важких ситуацій) стало підвищення мотивації стосовно вдосконалення стрес-долаючої поведінки та усвідомлення індивідуальних відмінностей у суб'єктивних образах і інтерпретаціях, усвідомлення репертуару копінг-поведінки, а також прояснення рівня домагань, уявлень про «Я-концепції», актуальних смислів особистості. Мета досягалася за допомогою обговорення в колі, персональних письмових завдань, проєктивних тестів (малюнків), вправ на розвиток мотивації з вдосконалення копінг-поведінки, а також за допомогою групового підбивання підсумків щодо «психологічної вигоди» від опанування новими конструктивними копінг-стратегіями для особистого, сімейного життя, здоров'я і професійної діяльності.

3-й етап (роль особистості) був спрямованим на усвідомлення важливості суб'єктивних характеристик для подолання важких ситуацій, оцінювання ролі особистості і стресогенних ситуацій у виборі стратегій копінг-поведінки для розширення уявлень про особистісно-ситуаційний контекст копінг-поведінки. Досягався аналізом копінг-поведінки в іграх.

У процесі **4-го етапу** (робота зі смислами) досягалася мета, яка була спрямована на усвідомлення цілей та чинників привабливості життя. Використовувалися вправи, спрямовані на усвідомлення справжніх і несправжніх смислів життя; обговорюється важливість визначення мети для побудови усвідомлених стратегій життєвого розвитку. Цей етап досягався за допомогою широкого спектра методів активного зворотного зв'язку про поведінку в ситуаціях, що моделюють типові дії, активізації відповідальності і гнучкості копінг-поведінки, адекватних об'єктивним характерис-

тикам ситуації. За допомогою дискусій і рольових ігор підвищувалась усвідомленість переваг нових способів подолання для підвищення задоволеності якістю життя.

5-й етап (ресурси копінг-поведінки) – метою етапу був пошук та усвідомлення ресурсної бази учасників: аналіз наявних ресурсів стресостійкості, що допомагали в індивідуальному плануванні і проектуванні стратегій поведінки в широкому діапазоні життєвих ситуацій. Здійснювався за допомогою розширення простору цілей, навчання принципів і критерії ефективного цілеутворення, обговорення стратегій долаючої поведінки, що сприяли їхньому досягненню.

6-й етап (бар'єри самозміни) був спрямований на активізацію раціонального мислення та конструктивної копінг-поведінки. Обговорення особистих бар'єрів і труднощів реалізації конструктивних копінг-стратегій у житті. Використовувалися техніки когнітивного переструктурування для виправлення ірраціональних переконань, поглиблення розуміння глибинних причинно-наслідкових зв'язків між суб'єктивно-нормативним баченням ситуації й мобілізацією ресурсів копінг-поведінки.

Тривалість програми становила 24 години – 6 занять по 4 години. Заняття проводились 2 рази на тиждень.

Тренінг «Життєстійкість» був спрямований на підвищення рівня життєстійкості завдяки реалізації таких завдань:

- формування в учасників ставлення до життя як до цінності;
- розвиток та підтримання позитивної самосвідомості й самооцінки; формування адекватної оцінної діяльності;
- навчання навичок конструктивної взаємодії;
- усвідомлення і структурування власних ресурсів стресостійкості; опанування засобами емоційної саморегуляції.

Тренінг життєстійкості ґрунтується на припущенні, що життєстійкість не є вродженою якістю, а формується впродовж життя. Це система переконань, яка може бути розвинена. У тренінгу використовувалися такі прийоми:

1. Реконструкція ситуацій. Під час використання цієї техніки акцент ставився на уяву й розв'язання проблеми. Визначалися ситуації, що сприймалися як стресові; стресові обставини розглядалися у розширеній перспективі. У межах ре-

конструкції ситуацій використовувалось уявлення кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування. Застосовувався в разі неможливості прямої трансформації стресових обставин. Техніка являла собою пошук погано усвідомлюваних емоційних реакцій (які перешкоджають прийняттю рішення) через звернення до «внутрішнього змісту». Метою був емоціональний інсайт, що сприяв перетворенню стресових ситуацій у можливості.
3. Компенсаторне самовдосконалення. Якщо ситуація не могла трансформуватися, робився акцент на іншій проблемі, яка якось була пов'язана з поточною. Її розв'язання спонукало людину приділяти увагу тому, що можна змінити (бо неможливо контролювати все).
4. Усвідомлення ресурсів стресостійкості. Прийом спрямований на інформування учасників про вплив стресу на тіло і психіку людини. У зв'язку з цим відбувалося знайомство учасників із такими найважливішими поняттями теорії стресу, як: стресор, адаптивний синдром, фрустрація, психосоматичні захворювання. Після надання тренером цієї інформації зміст кожного з цих понять обговорювався під час вправ або у формі групових тематичних дискусій. У результаті роботи учасники навчалися відстежувати ознаки стресу і його наслідки в себе та інших людей, починали усвідомлювати вплив цих стресорів, з тим щоб у подальшому контролювати власну поведінку в ситуації стресу.
5. Навчання навичок саморегуляції свого стану, до яких належать: вміння застосовувати техніки релаксації, моніторинг свого фізичного стану, вміння регулювати дихання, володіння певними техніками медитації й візуалізації.

Тривалість тренінгу становила 28 годин – 7 занять по 4 години.

Заняття проводились 2 рази на тиждень.

1.3. Лікувально-реабілітаційна допомога цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту

Виявлені в нашому дослідженні закономірності щодо тяжкості наслідків психосоціального стресу в цивільних осіб з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, дозволили нам науково обґрунтувати й розробити комплексну систему персоніфікованої лікувально-реабілітаційної допомоги зазначеному контингенту осіб (табл. 1.3).

Визначені такі базові принципи персоніфікованої системи лікувально-реабілітаційної допомоги цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту:

1. Індивідуальна орієнтованість і персоніфікований характер лікувально-реабілітаційних заходів, що передбачає врахування як індивідуально-типологічних та патохарактерологічних особливостей цивільних осіб з адаптаційними розладами, так і виявлених нами відмінностей у психологічному й психопатологічному статусі, психосоціальній адаптації, адаптаційному ресурсі та стресовому реагуванні, притаманних окремим соціальним групам (члени сімей загиблих учасників УБД, члени сімей УБД, які не постраждали, вимушені переселенці).
2. Комплексність і системність лікувально-реабілітаційних заходів, що передбачає застосування широкого кола психофармакологічних, психотерапевтичних, психокорекційних, адаптаційних і реадaptaційних та психопрофілактичних заходів, різних форм і методів індивідуального та групового втручання, їх поєднання та взаємне потенціювання.
3. Чітка послідовність та етапність лікувально-реабілітаційних заходів, що передбачає їх оптимальне планування і здійснення з метою якомога найповнішого й швидкого повернення цивільних осіб, які зазнали стресу внаслідок військового конфлікту, до нормального психосоціального функціонування.

Мета лікувально-реабілітаційних заходів у цивільних осіб з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, – відновлення нормального психоемоційного стану та психосоціального функціонування шляхом:

Усунення психопатологічних проявів, нормалізації психоемоційного стану, відновлення нормальної психічної діяльності.

Відновлення та поліпшення психосоціальної адаптації, здатності опиратися психосоціальному стресу та нівелювання його наслідків в адаптаційній сфері.

Профілактики психопатологічних розладів, порушень адаптації та погіршення психосоціального функціонування.

Таблиця 1.3

Послідовність та зміст етапів комплексної системи персоніфікованої лікувально-реабілітаційної допомоги цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи		
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	Вимушені переселенці
Легкий	Установлення терапевтичного альянсу	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин, з'ясування й консультативна допомога у вирішенні проблемних соціальних питань
	Психодіагностичні	1. Оцінка вираженості депресії (HARDS). 2. Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). 3. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації	1. Оцінка вираженості депресії (HARDS). 2. Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). 3. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації	1. Оцінка вираженості депресії (HARDS). 2. Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). 3. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. 4. Оцінка якості життя
Помірний	Установлення терапевтичного альянсу	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин. Виявлення й корекція неконструктивних настанов	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин. Виявлення й корекція неконструктивних настанов	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин, з'ясування й консультативна допомога у вирішенні проблемних соціальних питань. Виявлення й корекція неконструктивних настанов

Продовження табл. 1.3

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи		
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	Вимушені переселенці
Помірний	Психодіагностичні	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка рівня тривожності. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя 	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя 	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка рівня тривожності. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя
Тяжкий	Установлення терапевтичного альянсу	<p>Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин.</p> <p>Виявлення й корекція неконструктивних настанов.</p> <p>Визначення рівня реакції горя на втрату родича</p>	<p>Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин.</p> <p>Виявлення й корекція неконструктивних настанов</p>	<p>Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин, з'ясування й консультативна допомога у вирішенні проблемних соціальних питань.</p> <p>Виявлення й корекція неконструктивних настанов</p>
	Психодіагностичні	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка рівня тривожності. Оцінка рівня астенизації. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя 	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка рівня тривожності. Оцінка рівня астенизації. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя 	<ol style="list-style-type: none"> Оцінка вираженості депресії (HARDS). Оцінка вираженості посттравматичного стресу (Міссісіпська шкала). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Оцінка рівня тривожності. Оцінка рівня астенизації. Оцінка стану психосоціальної дезадаптації. Оцінка якості життя

Продовження табл. 1.3

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи		Вимушені переселенці
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	
		II ЕТАП (лікувальний)		
Легкий	Фармакотерапевтичні	Короткочасний (10–20 днів) курс «денних» транквілізаторів. Корекція порушень сну. Есциталопрам 10–20 мг на добу	Короткочасний (10–20 днів) курс «денних» транквілізаторів. Корекція порушень сну	Сертралін 25–100 мг на добу. Корекція порушень сну
	Психотерапевтичні	Когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування	Когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування	Когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, групова терапія, аутогенне тренування
	Психокорекційні та адаптаційні	Психоосвіта, консультативна допомога з адаптації та ресоціалізації	Психоосвіта, консультативна допомога з адаптації та ресоціалізації	Психоосвіта, психологічне консультування, професійна реабілітація, тренінг соціальних навичок
Помірний	Фармакотерапевтичні	Есциталопрам 10–20 мг на добу; Сертралін 25–100 мг на добу	Сертралін 25–100 мг на добу	Сертралін 50–150 мг на добу; Есциталопрам 10–20 мг на добу; Пароксетин 20–40 мг на добу
	Психотерапевтичні	КІПТ, групова терапія	КІПТ, сімейна терапія, групова терапія	КІПТ, сімейна терапія, групова терапія, технічна релаксація
Тяжкий	Психокорекційні та адаптаційні	Психоосвіта, психологічне консультування, тренінг соціальних навичок	Психоосвіта, психологічне консультування, тренінг соціальних навичок	Психоосвіта, психологічне консультування, професійна реабілітація, тренінг соціальних навичок, соціальна адаптація
	Фармакотерапевтичні	Сертралін 50–200 мг на добу; Есциталопрам 10–20 мг на добу; Пароксетин 20–60 мг на добу. Корекція когнітивних порушень	Сертралін 50–200 мг на добу; Есциталопрам 10–20 мг на добу; Пароксетин 20–60 мг на добу. Корекція когнітивних порушень	Сертралін 50–200 мг на добу; Есциталопрам 10–20 мг на добу; Пароксетин 20–60 мг на добу; Венлафаксин 75–350 мг на добу. Корекція когнітивних порушень
	Психотерапевтичні	КІПТ, сімейна терапія, групова терапія	КІПТ, сімейна терапія, групова терапія, технічна релаксація	КІПТ, сімейна терапія, групова терапія, технічна релаксація, сугестивна терапія

Продовження табл. 1.3

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи			Вимушені переселенці
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	Психосоціально постраждалі	
Тяжкий	Психокорекційні та адаптаційні	Психосоціально постраждалі, психологічне консультування, тренінг соціальних навичок, соціальна адаптація	Психосоціально постраждалі, психологічне консультування, тренінг соціальних навичок, соціальна адаптація	Психосоціально постраждалі, психологічне консультування, тренінг соціальних навичок, соціальна адаптація, спілкування в цільових групах	
III ЕТАП (реабілітаційний)					
Легкий	Фармакотерапевтичні	Профілактичні курси загальнооздоровчої та адаптаційної терапії	Профілактичні курси загальнооздоровчої та адаптаційної терапії	Профілактичні курси загальнооздоровчої та адаптаційної терапії	Підтримувальна терапія СІЗС
	Психотерапевтичні	КПТ, групова терапія	КПТ, сімейна терапія	КПТ, сімейна терапія	КПТ, групова терапія, сімейна терапія
Помірний	Психокорекційні та адаптаційні	Психологічне консультування	Психологічне консультування	Психологічне консультування	Психологічне консультування, соціальна допомога
	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування
Тяжкий	Фармакотерапевтичні	Підтримувальна терапія СІЗС	Підтримувальна терапія СІЗС	Підтримувальна терапія СІЗС	Підтримувальна терапія СІЗС
	Психотерапевтичні	КПТ, групова терапія, аутогенне тренування	КПТ, групова терапія, сімейна терапія	КПТ, групова терапія, сімейна терапія	КПТ, групова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування
Тяжкий	Психокорекційні та адаптаційні	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога, професійна реабілітація
	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психосоціально
Тяжкий	Фармакотерапевтичні	Підтримуюча терапія СІЗС	Підтримуюча терапія СІЗС	Підтримуюча терапія СІЗС	Підтримуюча терапія СІЗС

Продовження табл. 1.3

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи			Вимушені переселенці
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	КІП, групова терапія, сімейна терапія, техніки релаксації	
Тяжкий	Психотерапевтичні	КІП, групова терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації	КІП, групова терапія, сімейна терапія, техніки релаксації	КІП, групова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації	КІП, групова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації
	Психокорекційні та адаптаційні	Психологічне консультування, соціальна допомога, групова психокорекція	Психологічне консультування, соціальна допомога, групова психокорекція	Психологічне консультування, соціальна допомога, групова психокорекція	Психологічне консультування, соціальна допомога, професійна реабілітація
	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта
		IV ЕТАП (профілактичний)			
Легкий	Фармакотерапевтичні	Не потребують	Не потребують	Не потребують	Не потребують
	Психотерапевтичні	Групова терапія	Сімейна терапія	Групова терапія, сімейна терапія	Групова терапія, сімейна терапія
	Психокорекційні	Психологічне консультування	Психологічне консультування	Психологічне консультування	Психологічне консультування, вирішення соціальних питань
Помірний	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу	Попередження психосоціального стресу
	Фармакотерапевтичні	Профілактична терапія СІЗС (за потреби)	Профілактична терапія СІЗС (за потреби)	Профілактична терапія СІЗС (за потреби)	Профілактична терапія СІЗС (СІЗС-СН) (за потреби)
	Психотерапевтичні	Групова терапія, аутогенне тренування	Сімейна терапія, аутогенне тренування	Сімейна терапія, аутогенне тренування	Групова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування
	Психокорекційні	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога
	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування

Закінчення табл. 1.3

Ступінь тяжкості	Види лікувально-реабілітаційних заходів	Соціальні групи		
		Родичі загиблих УБД	Родичі УБД, які не постраждали	Вимушені переселенці
Тяжкий	Фармакотерапевтичні	Профілактична терапія СІЗС	Профілактична терапія СІЗС	Профілактична терапія СІЗС (СІЗ-ЗСН)
	Психотерапевтичні	Групова терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації	Сімейна терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації	Групова терапія, сімейна терапія, аутогенне тренування, техніки релаксації
	Психокорекційні	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога	Психологічне консультування, соціальна допомога
	Психопрофілактичні	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта	Попередження психосоціального стресу, профілактика рецидивування, психоосвіта

Запропонована комплексна система персоніфікованої лікувально-реабілітаційної допомоги цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту комплексно впливає на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти функціонування особистості. Реалізація комплексу лікувально-реабілітаційних заходів забезпечує формування навичок самоаналізу та самоконтролю власного психоемоційного стану; дає змогу розширити діапазон застосування адаптивних копінг-стратегій; надає ресурси щодо зміни особистісного та сімейного функціонування задля корекції та профілактики неспсихотичних психічних порушень.

Запитання для контролю знань

1. Тенденція до яких копінг-стратегій була виявлена при обстеженні цивільних осіб з неспсихотичними психічними розладами?
2. Яка з груп обстежених цивільних осіб з неспсихотичними психічними розладами зазнає найвищої ураженості травматичним стресом?
3. Опишіть два ключові кластери, виокремлені для визначення стану психічного здоров'я.
4. Надайте характеристику кожного з етапів тренінгу ефективних копінг-стратегій.
5. Назвіть завдання комплексної програми психокорекції неспсихотичних психічних розладів.

Список літератури

1. Охорона психічного здоров'я [Електронний ресурс]: підручник для лікарів / [колектив авторів]; за заг. ред. Л.М. Юр'євої, Н.О. Марути. Харків: Строков Д.В., 2022.
2. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика: навчальний посібник / за ред. Юр'євої Л.М. Київ: Галерея Принт, 2017. 174 с.

3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіної, І. Павленко, Є. Овсяннікової [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
4. Psychological factors and consequences of psychosocial stress during the pandemic / Maruta N., Markova M., Kozhyna H. et al. *Wiadomosci Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV, № 9, part 1. P. 2175–2181.
5. Юр'єва Л. М., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. О. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, № 4. С. 112–120.
6. Перцева Т. О., Куюмчян М. С., Юр'єва Л. М., Дукельський О. О. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу: навчальний посібник. Дніпро, 2018. 170 с.
7. Ліхолетов Є. О. Лікувально-реабілітаційна допомога цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, та її ефективність. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2021. Vol. 20 (1). P. 71–80.
8. Ліхолетов Є. О. Аналіз копінг-поведінки цивільних осіб з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медицина психологія*. 2020. № 1–2 С. 117–124.
9. Likholetov Y.O. Quality of life of civilian persons with adaptation disorders who have experienced psycho-social stress under the conditions of military conflict. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11(2). P. 156–170.

Розділ 2.

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

Р. М. Тимофєєв

2.1. Актуальність

У зв'язку з війною в Україні різко збільшилася кількість невротичних розладів, але точно підрахувати їх кількість доволі важко. Це пов'язано з тим, що поширеність невротичних розладів дуже неоднорідна й залежить від таких факторів: участі в бойових діях, еміграції, переміщення в межах країни, фази війни, фази бойових дій, наявності поранень та контузій, військового звання, країни, культуральних особливостей, рівня примусовості мобілізації, дизайну досліджень тощо. Проблему також ускладнює те, що рівень санітарних втрат, у тому числі внаслідок психічних порушень, є секретною інформацією під час війни. Екстраполяція даних щодо поширеності психічних невротичних розладів під час війни в інших країнах не є коректною та не відображає в повному обсязі реалії в Україні. Приблизно кількість бойових психічних втрат у сучасних війнах становить приблизно 20% від усіх бойових санітарних втрат упродовж першого місяця бойових дій. Невротичні розлади можуть стати причиною невідворотних санітарних втрат серед комбатантів, частою причиною їх є ПТСР, поширеність якого під час війни становить за різними даними від 5 до 20%.

2.2. Етіологія / патогенез невротичних розладів

Невротичні розлади традиційно належать до групи психогенних психічних розладів, тобто вважається, що саме стресові події призводять до їх розвитку. К. Ясперс вважав, що для невротичних розладів характерна така тріада ознак:

1. Викликані психотравмуючою ситуацією.

2. У клінічній картині «звучить» психотравмуюча ситуація.

3. Розлади зникають після закінчення психотравмуючої ситуації.

Великий досвід лікування хворих з невротичними розладами показує, що все відбувається не завжди так, як вважав К. Ясперс, окрім того, що невротичні розлади викликають психотравмуючі ситуації. А саме не просто якоюсь «уявною психотравмуючою ситуацією», а такою ситуацією, коли є невідповідність між домінуючим інстинктом і можливістю (хоча б суто теоретичною) його задоволення. І чим більшою є ця розбіжність, тим більшими та «драматичнішими» є прояви невротичних розладів. Найпоширенішим та обов'язковим симптомом невротичних розладів є ті чи інші прояви тривоги, так званий тривожний ряд, який проявляється в 6 ступенях / рівнях:

1 рівень – відчуття внутрішньої напруги (тривога малоусвідомлена, але відчувається на фізичному рівні);

2 рівень – роздратованість (більш усвідомлена та «драматична» реакція);

3 рівень – тривога (безпредметний страх);

4 рівень – страх (предметна тривога);

5 рівень – паніка (дуже сильний страх з виразними соматичними проявами);

6 рівень – жах (є потьмарення свідомості за сутінковим типом).

Тривога / страх є сигналом того, що «щось не так», що є щось, чого людина хоче, але не може це отримати, це сигнал для адаптації до нових умов існування. Прояви тривоги / страху є суб'єктивно дуже неприємними та енергетично затратними. У процесі еволюції у людини виробилися 2 групи механізмів для адаптації до стресових подій і зниження рівня тривоги / страху:

1. Копінг-механізми (свідомі, не викривляють реальність, цілі усвідомлюються) – реакція боротьби / втечі (більш притаманна для чоловічої статі) та реакція затаювання / знаходження захисника (більш притаманна жіночій статі). Застосування копінг-механізмів для адаптації до стресових подій сприяє адаптації людини до потенційно травмуючих подій та до травматичного зростання і не спричиняє виникнення невротичних розладів.

2. Психологічні захисні механізми (несвідомі, викривляють реальність, цілі не усвідомлюються) – витіснення, конверсія, соматизація, ізоляція, сублимація, раціоналізація тощо. Психологічні захисні механізми використовуються людиною, коли неможливо застосувати копінг-механізми, або є актуальними 2 чи більше інстинкти / потреби, або їх застосування не є ефективним засобом адаптації до стресу. Якщо людина застосовує «зрілі» захисні механізми (не сильно викривляють реальність), наприклад раціоналізацію, адаптація до стресових подій відбувається також (посттравматичне зростання), якщо застосовує «незрілі» захисні механізми (сильно спотворюють реальність), то адаптація до нових життєвих обставин обмежена й відбувається за рахунок появи невротичних психічних розладів.

Таким чином, невротичні розлади є невдалою спробою адаптації людини до неможливості задоволення домінуючих інстинктів / потреб за рахунок несвідомого застосування «незрілих» захисних механізмів, причому вид невротичного розладу буде залежати від виду захисного механізму, який застосовується.

Серед стресорів, які можуть викликати невротичні розлади, можна виділити дві великі групи:

1. Безумовні стресові події: ймовірність (навіть уявна) смерті або поранення, втрата майна, спостереження за загибеллю інших тощо.
2. Умовні стресові події: ізоляція, зміна місця проживання, розлучення із сім'єю тощо.

Безумовні стресові події (на фронті – бойовий стрес) є травмуючими для всіх людей; умовні стресові події (на фронті – оперативний стрес) є травмуючими не для всіх людей.

Безумовні стресові події (бойовий стрес) більш притаманні комбатантам і пов'язані в основному з інстинктом самозбереження. Умовні стресові події (оперативний стрес) більш притаманні некомбатантам, вони пов'язані в основному з іншими актуальними на час події інстинктами / потребами. Людям, які надають психіатричну / психотерапевтичну допомогу відомий такий факт:

Зовнішнє розвантаження провокує внутрішнє навантаження

Цей феномен пов'язаний з тим, що під час бойових дій (бойовий стрес) домінує інстинкт самозбереження, що може призвести тільки до обмеженого кола невротичних розладів, таких як гостра реакція на стрес та ПТСР. Коли ж людина виживає або перебуває в безпечних умовах, актуальними та домінуючими є інші інстинкти / потреби, які більшою мірою можуть призвести до ширшого кола психічних розладів (залежно від тих «незрілих захисних» механізмів, які використовуються).

Графічне зображення механізму розвитку невротичних розладів у комбатантів наведено на рис. 2.1.

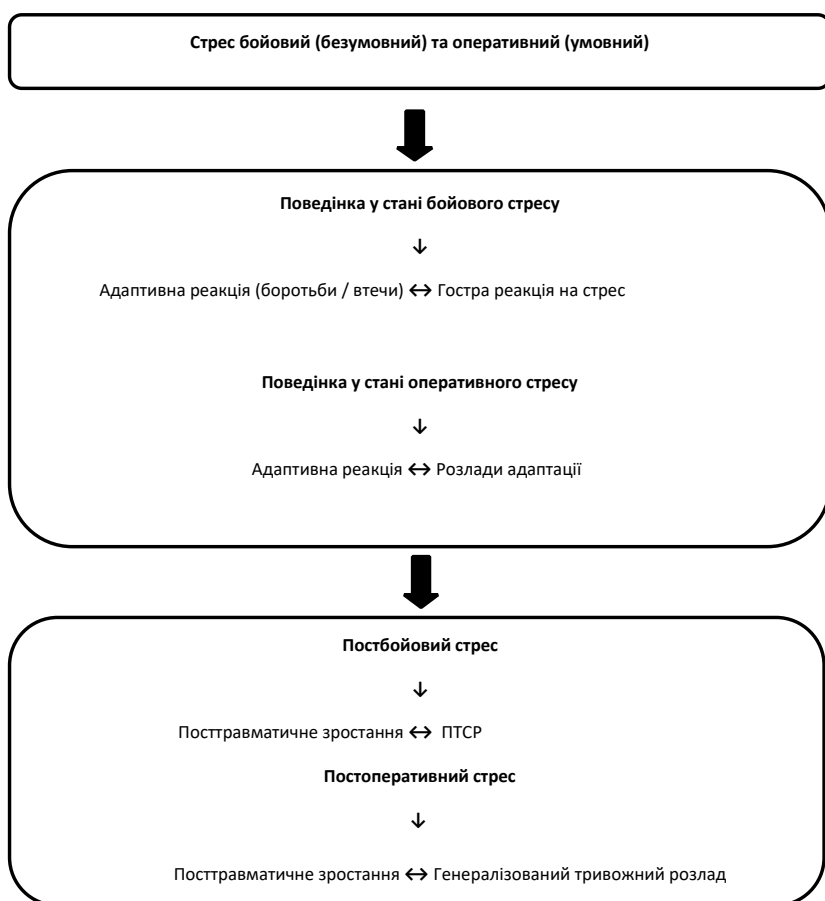


Рис. 2.1. Механізм розвитку невротичних розладів у комбатантів

2.3. Класифікація невротичних розладів і їх стисла характеристика

2.3.1. Основні клінічні ознаки невротичних розладів

Усі невротичні розлади мають спільну причину, патогенез і багато спільних клінічних симптомів та ознак. Свого часу А. Кемпінський виділив 3 симптоми, характерні для всіх невротичних розладів:

1. Тривога.
2. Вегетативні прояви.
3. Егоцентризм хворого.

Прояви тривоги є обов'язковими для всіх невротичних розладів. Виділяють 6 ступенів тривоги (дивись вище): відчуття внутрішньої напруги → роздратованість → тривога → страх → паніка → жах. Для кожного невротичного розладу характерний свій максимальний рівень тривоги, нижче за який можуть бути прояви тривоги, а вище – ні. Наприклад, при генералізованому тривожному розладі максимальним рівнем буде тривога, може бути роздратованість та внутрішнє напруження, а страху або паніки бути не може, а, наприклад, при ОКР максимальний рівень – страх, може бути тривога, але не буде паніки.

Для кожної нозологічної одиниці характерний свій максимальний рівень тривоги

Вегетативні прояви також є облігатними симптомами при невротичних розладах. Усі вони представлені ознаками симпатикотонії: тахікардія, гіпервентиляція, підвищення АТ, розширення зіниць, тремор, пітливість, сухість у роті, блідість шкіри тощо. Чим більші прояви тривоги, тим більше вегетативні порушення. Це пов'язано з тим, що надсегментарний центр вегетативної регуляції та центр емоцій є одними й тими структурами.

Егоцентризм при невротичних розладах є поведінковим проявом обмеженої адаптації людини до стресових подій внаслідок застосування «незрілих» захисних механізмів. Егоцентризм дозволяє обмежити вплив стресових факторів на хворого за рахунок його «самоізоляції» від інших проблем і концентрації уваги на власному невротичному розладі. Наявність хвороби, у тому числі і психічної

наділяє її носія рядом додаткових прав та зменшує вимоги суспільства до хворого. Багато авторів навіть порівнюють невротичні розлади і залежності саме через великий егоцентризм таких хворих. Як і при залежній поведінці, при невротичному розладі спостерігається «втеча від реальності» шляхом фіксації уваги на власному хворобливому стані.

Усі невротичні розлади мають спільну етіологію та патогенез, клінічні прояви, приблизно однаково лікуються та мають приблизно однаковий прогноз, різниця лише в нюансах (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Основні клінічні ознаки невротичних розладів

Нозологічна одиниця / код МКХ 10	Максимальний рівень тривоги при цьому розладі	Рівень вегетативних проявів	Обмежувальна поведінка	Часові обмеження / час початку або закінчення симптомів	Інші обов'язкові симптоми	Незрілий захисний механізм
Генералізований тривожний розлад F 41.1	Тривога	Помірний	Невиражена	Симптоми тривають не менше ніж 6 місяців, постійно, кожного дня	–	Переадресація
Фобічний розлад F 40	Страх	Значний	Виражена	Тільки при зіткненні з фобічною ситуацією	–	Переадресація / зміщення
ПТСР F 43.1	Страх	Значний	Виражена	Симптоми виникають протягом від 2 тижнів до 6 місяців після психотравми, тривають постійно	Повторні спогади та флешбеки	Переадресація / зміщення / пригнічення
Гостра реакція на стрес F43.0	Жах	Дуже виражений	Виражена	Симптоми виникають після психотравми та закінчуються не пізніше ніж за 3 дні	Стан приглушення або диссоціативний ступор	Дисоціація / вакуум активності / витіснення
Неврастенія F48.0	Роздратованість	Помірний	Невиражена	Симптоми тривають постійно	Слабкість, яка не проходить після відпочинку та фіксація на соматичних симптомах	Пригнічення / переадресація

Закінчення табл. 2.1

Нозологічна одиниця / код МКХ 10	Максимальний рівень тривоги при цьому розладі	Рівень вегетативних проявів	Обмежувальна поведінка	Часові обмеження / час початку або закінчення симптомів	Інші обов'язкові симптоми	Незрілий захисний механізм
Змішаний тривожно-депресивний розлад F41.2	Тривога	Помірний	Невиражена	Симптоми тривають постійно, кожного дня	Присутні також депресивні симптоми	Ідентифікація / поворот проти себе
Обесивно-компульсивний розлад F 42	Страх	Значний	Виражена	Симптоми тривають постійно, кожного дня не менше ніж 2 тижні	Нав'язливі думки та дії	Зміщення / Рационалізація / ритуалізація
Панічний розлад F 41.0	Паніка	Дуже виражений	Виражена	Симптоми присутні мінімум 1 місяць, виникають раптово та швидко зникають		Гостра соматизація
Соматоформна вегетативна дисфункція F 45	Відчуття внутрішньої напруги	Помірний	Невиражена	Є зв'язок з психологічними проблемами, симптоми тривають постійно	Фіксація та скарги тільки на соматичні симптоми	Хронічна соматизація
Іпохондрія F 45.2	Страх	Значний	Виражений	Симптоми тривають постійно	Вимагають медичного обстеження	Зміщення
Конверсійні та диссоціативні розлади F 44	Роздратованість	Помірні	Виражена	Тривають постійно	Багато Соматичних / неврологічних симптомів або амнезія	Конверсія / диссоціація / витіснення
Синдром Ганзера F 44.80	Роздратованість	Помірні	Виражена	Виникають гостро, швидко минають	Відповіді та дії «повз»	Регрес / диссоціація

2.3.2. Клініка / типовий пацієнт

Звісно, в умовах війни можуть бути будь-які невротичні розлади, але найхарактернішими невротичними розладами для комбатантів будуть – гостра реакція на стрес та ПТСР, а для некомбатантів – розлади адаптації та генералізований тривожний розлад (див. рис. 2.1).

Типовий пацієнт з гострою реакцією на стрес

Скарги: може не бути.

Анамнез: наявність потенційно травмуючої події (ризик для життя та здоров'я, загибель близьких, втрата майна, втрата соціального статусу, бойові дії тощо), розлад виник одразу після травмуючої події.

Психічний статус:

Зовнішній вигляд та поведінка: гіперактивність, ажитація або приглушеність та ступор, інструкції не виконує.

Мова: продуктивний контакт знижений або неможливий, відповіді не завжди у плані питання, можливий мутизм.

Сприйняття: зазвичай не порушене.

Зміст мислення: фіксація на психотравмуючій події, заперечення реальності, суїцидальні думки, нереальності себе та навколишнього світу.

Настрій та афект: горе, гнів, сум, страх, емоційне заціпеніння, емоційна лабільність, неадекватність емоцій, порушення контролю за емоціями.

Когнітивні процеси: порушення уваги, фіксаційна амнезія, дезорієнтація, дезорганізація процесів мислення.

Критика до свого стану: відсутня.

Соціальна взаємодія: обмежена або неможлива, можуть проявляти агресію до оточення.

Лікування:

1. Евакуація в безпечне місце, заспокоєння та роззброєння.
2. Нагляд за пацієнтом, можлива м'яка фіксація при збудженні, ажитації та намаганні зашкодити собі.
3. При психомоторному збудженні та ажитації застосовують транквілізатори, наприклад діазепам, бажано парентерально, одна доза препарату кожну годину (не перевищуючи добову дозу) до заспокоєння пацієнта, або нейролептик, наприклад галоперідол, одна доза препарату кожну годину (не перевищуючи добову дозу) до заспокоєння пацієнта.

Типовий пацієнт з ПТСР

Скарги: на нав'язливі неприємні спогади, кошмари, страхи, поганий сон, деякі хворі можуть не скаржитися.

Анамнез: наявність потенційно травмуючої події (ризик для життя та здоров'я, загибель близьких, бойові дії, полон, втрата майна, втрата соціального статусу тощо), розлад виникає через деякий час після психотравмуючої події в проміжку від 2 тижнів до 6 місяців.

Психічний статус:

Зовнішній вигляд та поведінка: зниження реакції на оточення або ажитація, іноді агресія.

Мова: продуктивний контакт збережений, іноді уникання контакту. *Відповіді у плані питання.*

Сприйняття: можливе ілюзорне викривлення дійсності, флешбеки.

Зміст мислення: фіксація на психотравмуючій події, нав'язливі спогади та думки про психотравму, суїцидальні думки, відчуття провини, нереальності себе та навколишнього світу, ангедонія.

Настрій та афект: настрій знижений, афект тривоги та страху, можливий гнів та роздратування, відчуття спустошеності.

Когнітивні процеси: нав'язливі спогади.

Критика до свого стану: від повної до відсутньої.

Соціальна взаємодія: обмежена, соціально ізольовані, можуть проявляти агресію до оточення, можуть вживати алкоголь та психоактивні речовини. *Характерно уникання всього, що може нагадати про психотравмуючу ситуацію.*

Лікування:

1. Когнітивно-поведінкова психотерапія:

- експозиційна терапія (ЕТ): в уяві або наживо пацієнт знову ставиться в умови психотравмуючої події, яку йому забороняється уникати, поки рівень тривоги / страху не знизиться мінімум на 50 % або більше. Терапія повторюється за необхідності;
- десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО): згадування психотравмуючого епізоду → оцінка тривоги / страху від 0 до 10 → концентрація на психотравмуючій ситуації + одночасне слідкування пацієнтом за пальцями лікаря, якими той водить перед очима пацієнта у швидкому темпі впро-

довж 1 хвилини → знову згадування події з оцінкою тривоги / страху від 0 до 10 → повтор процедури за необхідності.

- когнітивне щеплення: згадування психотравмуючого епізоду → оцінка тривоги / страху від 0 до 10 → концентрація на психотравмуючій ситуації + одночасна активна (активно використовуючи маніпуляцію фігурами, що падають, в уяві) гра в «Тетріс» впродовж 20 хвилин, намагаючись набрати найбільше очок → знову згадування події з оцінкою тривоги / страху від 0 до 10 → повтор процедури за необхідності.

2. За умови неефективності психотерапії: антидепресанти СІЗ-ЗС, наприклад сертралін або пароксетин, в середніх / високих дозах, впродовж 6–12 місяців.

Типовий пацієнт з розладом адаптації

Скарги: на депресію, тривогу, нездатність справитися з ситуацією, спалахи агресії, зниження продуктивності в справах.

Анамнез: наявність травмуючої події (хвороба, втрата близьких, еміграція, зміна місця проживання, значна зміна соціального статусу тощо), розлад виникає під час намагання пристосуватися до зміни соціального статусу або до стресових подій.

Психічний статус:

Зовнішній вигляд та поведінка: без значних змін, іноді спалахи агресії та гніву, драматична поведінка.

Мова: продуктивний контакт, відповіді завжди у плані питання.

Сприйняття: не порушене.

Зміст мислення: фіксація на психотравмуючій події, нездатність справитися з ситуацією, відчуття безсилля.

Настрій та афект: настрій дещо знижений, афект тривоги, страху, гніву. Емоційна лабільність.

Когнітивні процеси: складнощі в концентрації уваги.

Критика до свого стану: повна або часткова.

Соціальна взаємодія: може бути обмеженою, зниження продуктивності в повсякденних справах, можуть проявляти агресію до оточення.

Лікування:

1. Підтримка.
2. Когнітивно-поведінкова психотерапія.

3. За умови неефективності психотерапії або відмови її проходити – антидепресанти СІЗЗС в середніх дозах протягом 6–9 місяців.

Типовий пацієнт з генералізованим тривожним розладом

Скарги: на постійну тривогу, м'язове напруження, вегетативні та вегето-больові симптоми.

Анамнез: наявність травмуючої події (хвороба, втрата близьких, еміграція, значна зміна соціального статусу тощо).

Психічний статус:

Зовнішній вигляд та поведінка: метушливість, ажитація, м'язове напруження.

Мова: продуктивний контакт збережений, відповіді у плані питання.

Сприйняття: зазвичай не порушене.

Зміст мислення: фіксація на психотравмуючій події, занепокоєння за своє життя та життя близьких, неможливість розслабитися, дурні передчуття.

Настрій та афект: настрій децю знижений, афект тривожний, відчуття постійного напруження.

Когнітивні процеси: незначне порушення уваги.

Критика до свого стану: повна.

Соціальна взаємодія: обмежена, знижена продуктивність.

Лікування:

1. Когнітивно-поведінкова психотерапія.
2. За умови неефективності або відмови її проходити – медикаменти: антидепресанти СІЗЗС, наприклад сертралін, з поступовою титрацією дози (ризик збільшення тривоги на початку лікування СІЗЗС) до середньо-терапевтичних впродовж 6–12 місяців.
3. За умови неефективності СІЗЗС – прагбалін.

2.4. Лікування невротичних розладів

Лікування невротичних розладів, незважаючи на їх нозологічну різноманітність, є однотипним. У зв'язку з тим що саме стресові події є основним етіологічним фактором, терапією першого вибору є психотерапія, а саме когнітивно-поведінкова психотерапія. У разі

відсутності ефекту або небажання її проходити пацієнтом внаслідок різних причин (відтермінованість ефекту, велику вартість лікування, невіра в силу лікувального ефекту цього методу тощо) другим вибором є використання антидепресантів, а саме СІЗЗС та СІЗЗСН впродовж 6–12 місяців. Зазвичай у лікуванні хворих з невротичними розладами не використовують транквілізатори. Іноді можливе їх використання в невеликій дозі впродовж короткого часу одночасно з СІЗЗС та СІЗЗСН з метою зменшити ймовірне загострення тривоги та поліпшити емоційний стан пацієнта до того часу, поки не почнуть діяти антидепресанти (зазвичай приблизно 2 тижні від початку прийому).

Терапією вибору при лікуванні невротичних розладів є когнітивно-поведінкова психотерапія

2.5. Використання шкал при веденні невротичних розладів

Клінічні шкали широко використовуються в клінічній практиці, але іноді оцінкою за клінічною шкалою зловживають та використовують шкали не за призначенням. При використанні клінічних шкал для оцінювання невротичних розладів слід пам'ятати таке:

1. Клінічні шкали не використовують для встановлення діагнозу, діагноз визначається за МКХ, саме МКХ є золотим стандартом діагностики невротичних розладів.
2. Слід обережно використовувати клінічні шкали для скринінгу невротичних розладів, оскільки немає шкал, які б мали 100% чутливість та специфічність, що призводить до хибно позитивних та хибно негативних результатів, а відповідно, з урахуванням поширеності цієї нозологічної одиниці в окремій популяції (теорема Баеса), може призводити або до пропуску великої кількості захворювань, або до хибної діагностики та збільшення навантаження на систему охорони здоров'я.
3. Оцінювання за шкалами добре підходить для оцінювання ефективності лікування в динаміці або для дослідницьких цілей.

2.6. Прогнозування психогенних санітарних втрат

Є дуже багато методів прогнозування кількості психогенних санітарних втрат під час бойових дій, деякі доволі складні для обчислювання або потребують тривалого часу. Для експрес-оцінювання можна використовувати метод «Трьох п'ятирок» та оцінювання втрат за О. А. Бліновим табличним способом.

Метод «Трьох п'ятирок». У п'ятої частини від усіх військовослужбовців, які беруть участь в активних бойових діях, буде спостерігатися психічна дезадаптація, у п'ятої частини від цих військовослужбовців будуть спостерігатися розлади неспихотичного регістру, а у п'ятої частини від тих, у кого є неспихотичні розлади, будуть спостерігатися психічні розлади психотичного регістру.

Метод Блінова. Спочатку розраховують прогнозовані санітарні втрати, після чого з урахуванням кількості вбитих та днів активних бойових дій, а також з урахуванням злагодженості підрозділів за допомогою таблиці обчислюють показник психогенних втрат. Він приблизно становить не менше ніж 7–15 % від загальних санітарних втрат у перші 2–3 дні активних бойових дій, з тенденцією подальшого зростання при більш тривалих бойових діях та / або збільшенні бойових втрат.

2.7. Профілактика

Фактори, які зменшують ризик психічних порушень, у тому числі й невротичних розладів, та зменшують незворотні санітарні втрати у комбатантів:

- ❖ Професіоналізм військових (постійний та якісний вишкіл).
- ❖ Технологічна перевага (сучасна зброя).
- ❖ Фіксований 1-річний термін служби.
- ❖ Ротація підрозділів на лінії зіткнення кожні 30–40 днів.
- ❖ Висока якість лідерства серед командирів.
- ❖ Злагодженість бойового підрозділу.
- ❖ Якісний відбір військовослужбовців (якість, а не кількість).
- ❖ Створення посади психіатра при бригаді (бригадний психіатр).

- ❖ Надання допуску до участі в бойових діях та призначення нагляду.
- ❖ Надання короткотривалих простих видів лікування в польових умовах, призначення психотропних препаратів (стабілізація психотропними препаратами), які мінімально впливають на рівень уваги у військових у польових умовах, використання ДПРО для лікування ПТСР та когнітивного щеплення для лікування та профілактики ПТСР в польових умовах.
- ❖ Стабілізація психічного стану психотропними препаратами на 1–2 місяці в умовах тилових підрозділів.
- ❖ Фактори, які зменшують ризик психічних порушень у некомпатантів.
- ❖ Підтримка незахищених верств населення державою, у тому числі тих, які виїхали за кордон.
- ❖ Навчання сімейних лікарів розпізнавати невротичні розлади та їх лікування в неускладнених випадках.
- ❖ Доступність консультації психіатра за рахунок онлайн-консультування і створення платформ (чат-ботів / сайтів) або додатків для цього.
- ❖ Зниження рівня стресу шляхом повного та адекватного ситуації інформування населення щодо ситуації на фронті або щодо інших проблем (наприклад щоденна публікація рівня радіаційного фону після повідомлень про обстріли АЕС).
- ❖ Поліпшити збір інформації щодо поширеності психічних розладів, у тому числі невротичних, серед різних категорій цивільного населення.

Запитання для контролю знань

1. Причина розвитку невротичних розладів.
2. Патогенез невротичних розладів.
3. Спільні риси всіх невротичних розладів.
4. Відмінності невротичних розладів між собою.
5. Клініка типових невротичних розладів.
6. Терапія першого вибору в лікуванні невротичних психічних розладів.
7. Медикаментозна терапія в лікуванні невротичних розладів.

8. Використання шкал при веденні хворих з невротичними психічними розладами.
9. Прогнозування психогенних санітарних втрат.
10. Профілактика невротичних розладів у комбатантів та некомбатантів.

Список літератури

1. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2 т. Т. 1 / пер. з англ. Т. Семігіної, І. Павленко, Є. Овсяннікової, О. Тесленко. Київ: Наш формат, 2017. 568 с.
2. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2 т. Т. 2 / пер. з англ. Т. Охлопкової, О. Брацюка. Київ: Наш формат, 2017. 548 с.
3. Психологія бою: посібник / Грицевич Т.Л., Гузенко І.М., Капінус О.С., Мацевко Т.М.; за ред. А.М. Романишина. Львів: Астролябія, 2017. 352 с.
4. Морально-психологічне забезпечення у Збройних силах України: підручник. У 2 ч. Ч. 1. / за заг. ред. В.В. Стасюка. Київ: НУОУ, 2012. 682 с.
5. Спіріна І.Д., Тимофеев Р.М., Шорніков А.В. Роль стресової реакції і «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип.1. С. 92–94.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: Наказ Міністерства охорони здоров'я України. № 121 від 23.02.2016.

Розділ 3.

ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРИ АКУБАРОТРАВМІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

С. Г. Носов

Черепно-мозкова травма

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – це механічне, барометричне, електричне, хімічне, гемо-ліквородинамічне або поєднане пошкодження внутрішньочерепного вмісту (речовини мозку, оболонок, судин, черепних нервів) та кісток черепа, що виявляється осередковою, загально-мозковою та змішаною симптоматикою, у тому числі психічними розладами внаслідок первинних структурно-функціональних змін та вторинних патофізіологічних та патоморфологічних процесів

ЧМТ під час бойових дій:

- це один із найважливіших факторів посилення дезадаптації воїнів та мирного населення у зоні військових дій.
- найбільш поширена ЧМТ вибуховою хвилею (акубаротравма).
- часто виникають повторні ЧМТ (не менше ніж у 30% випадків) вибуховою хвилею з посиленням психопатології або поєднані ЧМТ вибуховою хвилею з механічним пошкодженням кісток черепа, оболонок, черепно-мозкових нервів та речовини мозку.
- спостерігається стійкіша симптоматика за рахунок поєднання патогенетичних факторів бойової ЧМТ, які схожі на фактори небойових ЧМТ, з впливом бойового стресу.

Слухомовні розлади. Такі типові контузії, ділять на дві групи:

1. До першої групи належать порушення слуху, пов'язані з баротравматичними змінами в периферичному відділі слухового органа – деструктивними чи дислокаційними. Останні (зміщення отолітової мембрани, окремих ділянок кортіїва органа) зазвичай не викликають тривалих наслідків. Розриви барабанної перетинки, деструкція утворень середнього та внутрішнього вуха, крововилив в їх порожнині з подальшою дегенеративною атрофією спірального (кортіїва) органа, спірального вузла, нервових волокон ведуть (особливо при розвитку інфекційних ускладнень) до тривалої, іноді стійкої глухості.
2. До другої групи належать розлади слуху центрального походження, зумовлені порушенням функцій головного мозку. При акустичній травмі глухота настає внаслідок гальмування слухового центру під впливом надсильного звукового подразнення. На органічний характер функціональних розладів ЦНС, що викликали глухоту, вказують у ряді випадків підвищення тиску та порушення циркуляції цереброспінальної рідини, що призводить до асиметричності бічних шлуночків мозку (за даними контрастної енцефалографії) та ін.

ЧМТ вибуховою хвилею:

- дорівнює 30–70 % всіх ЧМТ, отриманих у воєнний час (залежно від переважного виду застосовуваної зброї);
- особливий вид закритої ЧМТ, закрите дифузне ураження мозку;
- виникає внаслідок вибухів авіабомб, артилерійських снарядів та мін поблизу військовослужбовців;
- переважають легкі ЧМТ (струс і забій головного мозку легкого ступеня), в гострому періоді – явища, властиві і комоціям, і контузіям мозку;
- особливо характерні глухонімота (сурдомутизм), мнестичні та астеничні порушення;
- психози спостерігаються рідко.

Акутравма (акустична травма)

Акустична травма – це пошкодження органа слуху, спричинене звуками надмірної сили чи тривалості. Вона найчастіше спостерігається при дії на слуховий орган сильного шуму (шумова травма).

Вплив звуку, що перевищує інтенсивність порогу, відчуття тиску і болю (понад 120–130 дБ), призводить до розвитку гострої звукової травми органа слуху. При досить тривалому (місяці, роки) дії звуку 80–90 дБ розвивається хронічна звукова травма.

Встановлено, що стійкість до звукового тиску чутливих (волоскових) клітин завитки за тон-шкалою різна – у верхівці завитки клітини, що сприймають низькі звуки, виявляються більш стійкими, а клітини, що локалізуються біля основи завитки й відповідають за сприйняття високих тонів, менш стійкі. Допустимі гігієнічні норми для низькочастотного шуму становлять 90–100 дБ, а високочастотного набагато менше – 75–85 дБ.

Вражаюча дія звуку певною мірою залежить від індивідуальних та вікових особливостей людини. У результаті хронічної акутравми розвивається повільно прогресуюче двостороннє зниження гостроти слуху (професійна приглухуватість).

Особливе місце займає приглухуватість, яка спостерігається в осіб, які мають справу з частими пострілами. Тут має місце дія звуко- і барофактору. При детонаціях (вибухах) головну ушкоджувальну дію завдає аеродинамічний удар, що спричиняє спочатку аперіодичну зміну тиску, а потім періодичне коливання (вібрацію і звук).

Симптоми гострої акустичної травми такі:

- різка поява приглухуватості різного ступеня (стан, коли миттєво «зникають» усі звуки навколишнього середовища);
- біль у вусі;
- раптове відчуття дзвону у вухах;
- можливе запаморочення;
- якщо має місце розрив перетинки, з вуха витікає кров.

Акустична травма легкого ступеня характеризується поступовим відновленням звукосприйняття до початкового рівня вже через 5–30 хвилин. При середньотяжкому та тяжкому ступені протя-

гом перших 2–3 годин хворий чує лише гучні звуки або крик. Далі відбувається поетапне відновлення звукосприймання рівня туговухості різного ступеня вираженості.

Патогенез акустичної травми вуха

Гостра та хронічна (професійна) акустичні травми мають різні механізми розвитку. Короткочасний, надмірно сильний звук викликає крововилив у перелімфу переднього відділу перетинчастого лабіринту завитки – одного зі складників внутрішнього вуха. Паралельно відбувається зміщення та набухання зовнішніх і внутрішніх волоскових клітин кортієвого органа. Останній являє собою кінцевий рецепторний апарат, в якому вібрації перелімфи перетворюються на нервовий імпульс, що передається в центральну нервову систему. В окремих випадках відбувається відрив органа Корті від основної мембрани.

Діагностика акустичної травми вуха

Постановка діагнозу акустичної травми ґрунтується:

- на анамнестичних даних;
- отоскопії;
- мовній аудіометрії;
- тональній граничній аудіометрії.

Оцінюючи вплив вибухової хвилі на організм, слід враховувати такі фактори та патологічні механізми:

1. Ударна хвиля:

- прямий вплив на речовину мозку;
- потужний ударно-барометричний вплив на всю поверхню тіла з найсильнішою аферентною імпульсацією від рецепторів тіла до мозку з додатковою дизрегуляцією базальних відділів мозку.

2. Переміщення півкуль головного мозку щодо більш фіксованого стовбура мозку з підвищенням лікворного тиску та розвитком гідроудару з наслідками:

- генералізовані пошкодження вегетативних та неспецифічних структур мозку, розташованих у стінках та на дні III та IV шлуночків за рахунок гідроудару (переважання активності парасимпатички, головний біль);

- забій медіобазальних відділів мозку у зв'язку зі зміщеннями ліквору (гідродинамічного удару);
- порушення функції слухового апарату, пов'язаного значною мірою зі структурами скроневої зони кори головного мозку (Шогам І.І., 1988; Аліферова В.Ф., 1990) за рахунок гідродудару;
- дисфункція та дисбаланс активуючих та синхронізуючих процесів у неспецифічних структурах мозку – порушення циклу сон – неспання (інсомнії, інтрасомнії, постсомнії; денна астения).

Особливості хвильового впливу при розвитку ЧМТ вибуховою хвилею:

- первинна дія вибухової хвилі – її безпосередня ударна дія;
- різке миттєве підвищення, потім різке зниження атмосферного тиску (власне баротравма);
- дія звукової хвилі;
- вторинне відкидання постраждалого хвилею на ґрунт чи на інші тверді предмети та забій голови й тіла.

Патологічні механізми ЧМТ вибуховою хвилею

- в момент розриву снаряда повітря отримує сильний поштовх, тиск повітря миттєво зростає до дуже великих величин і поширюється на всі боки від місця вибуху, зменшуючись у міру віддалення від нього;
- на початку виникає різке підвищення атмосферного тиску, проте ця фаза компресії дуже короткочасна й вимірюється тисячними частками секунди;
- потім виникає дещо триваліша (соті частки секунди) фаза розширення з розрідженням повітря і падінням атмосферного тиску нижче за нормальний;
- у разі віддалення від епіцентру вибуху швидкість компресійної повітряної хвилі, що створює стиснення, зміни тиску повітря, швидко падає;
- різка зміна тиску повітря призводить до гідродинамічного удару та різкого порушення органа слуху, мозку, а також до порушення функції та анатомічної цілісності внутрішніх органів людини;

- крім компресійної повітряної хвилі у розвитку травматичних ушкоджень відіграє роль і аеродинамічна, звукова хвиля;
- хвиля стиснення створює аеродинамічну хвилю, що поширюється на значно більшу відстань, ніж компресійна повітряна хвиля;
- потік звукових імпульсів надає надсильне роздратування слухової та функціонально пов'язаної з нею мовної зони кори мозку;
- у цих зонах виникає тимчасове вимкнення слухових та мовних функцій;
- травматична глухонімота є наслідком ураження слухомовного апарату як функціонально об'єданого механізму з одночасною оборотною дезінтеграцією слуху та мовлення;
- в окремих випадках функціонально-динамічний патогенез глухонімоти поєднується з анатомічними пошкодженнями слухової та мовної зони кори мозку (у цьому випадку реінтеграція слуху та мови утруднена);
- під впливом баротравми можуть виникнути порушення у чутливих, опорних та гангліозних клітинах завиткового органа, призначених для сприйняття звуку, виникають порушення колоїдів;
- порушення слуху можуть бути односторонніми та двосторонніми (симетричними та асиметричними);
- слух завжди різною мірою уражається в момент повітряної травми, а глухонімота спостерігається у 80–90 % випадків (тобто функціональні дезінтегративні розлади в головному мозку і глухонімота не завжди супроводжують звукову травму: має значення індивідуальна толерантність мозку до звукового та барометричного навантаження, а також стан мозку в момент баротравми, наприклад наявність алкольного сп'яніння під час баротравми)

Ступінь травматичного ушкодження залежить:

- від сили вибуху: у зв'язку з цим виділяють легкі, середньої тяжкості або тяжкі ушкодження, лише функціональні або функціонально-органічні ушкодження слухового аналізатора, мозку та тіла загалом;

- від становища потерпілого під час вибуху стосовно його епіцентру: можливо одностороннє чи двостороннє ураження;
- від відстані між військовослужбовцем та епіцентром вибуху, від наявності захисних перешкод між хвилею, що рухається, і постраждалим.

Патологоанатомічні порушення в головному мозку при ЧМТ вибуховою хвилею

Зміни в мозку після травми вибуховою хвилею аналогічні тим змінам, які виникають при струсі, ударі мозку та пов'язані з раптовими змінами внутрішньочерепного лікворного та судинного тиску під впливом зовнішнього тиску:

- дрібні крововиливи в оболонках та стовбуровій частині мозку;
- зміни нервових клітин, які втрачають свої нормальні контури, набухають і часто перебувають у стані нейронофагії;
- у нервових волокнах – набухання та здуття осьових циліндрів;
- зміни часто виявляють як у стовбуровій частині мозку (довгастий мозок, центральна сіра речовина, середній мозок і зоровий бугор), так і в епендимі та субепендимальному шарі;
- контузійні вогнища в мозку за механізмом протиудару, а також забиття мозку об кісткові виступи та відростки твердої мозкової оболонки;
- осередкові крововиливи: у шлуночках мозку може бути виявлена кров і у випадках, коли не було видимих ушкоджень голови;
- вибухова хвиля часто відкидає потерпілого вгору або вбік, і до повітряної травми додається травма від падіння на тверді предмети або забиття об них;
- нерідко виникає поєднана ЧМТ (ЧМТ вибуховою хвилею та механічна ЧМТ внаслідок удару об предмети) та комбінована загальна травма вибуховою хвилею (ЧМТ у поєднанні з баротравмою, механічною травмою внутрішніх органів та кісток скелета тіла людини).

Відображення мозкових патологічних механізмів баротравми на ЕЕГ:

- іригатація (підвищена схильність до місцевої синхронізації функціонування нейронних ансамблів) кори головного мозку внаслідок посилення процесів у діенцефально-стовбурових неспецифічних структурах (Сухоруков В.І. та співавт., 2015);
- реципрокне збільшення амплітуди слухових викликаних потенціалів (ВП) кори на контралатеральній стороні гомотопного вогнища мозкового ураження з наявністю вираженої МПА кіркових слухових ВП.

Порушення при баротравмі внаслідок нейропсихологічного обстеження

Астенія психічної діяльності внаслідок розладу функціонування діенцефально-стовбурових відділів неспецифічної системи мозку, що проявляється у вигляді:

- уповільнення когнітивної активності різного ступеня вираженості;
- нерівномірної продуктивності та стійкості уваги;
- підвищеної стомлюваності та зниження продуктивності під час тестування;
- порушення когнітивних та мовних програм;
- наявності мнестичних розладів.

Класифікація клінічних проявів та форм ЧМТ вибуховою хвилею

Розрізняють чотири групи клінічних проявів повітряної контузії:

1. Явища з переважанням ушкоджень внутрішніх органів, до яких приєднується симптоматика легкого струсу мозку.
2. Явища спінального шоку із симптоматикою регресуючого поперечного ураження та практичним одужанням через кілька днів (без струсу мозку).
3. Тяжкі струси мозку з вогнищевими симптомами, що свідчать про наявність забиття мозку:
 - тривала втрата свідомості, досить грубі неврологічні та психічні порушення та залишкові явища;

- порушення з боку центральної нервової системи, які супроводжуються проявами ушкодження внутрішніх органів.

4. Включає вплив вибухової хвилі тільки на центральну нервову систему без пошкодження внутрішніх органів.

За ступенем тяжкості травми нервової системи вибуховою хвилею розрізняють:

- блискавичну форму ЧМТ (смерть настає або безпосередньо після травми, або невдовзі після неї; хворі, які перебувають у коматозному стані протягом декількох годин, гинуть, не приходячи до тями) – виникає дуже рідко;
- важку форму ЧМТ, що протікає за типом важкого або середньої тяжкості забиття головного мозку – спостерігається нечасто;
- легку форму вибухової ЧМТ на кшталт струсу головного мозку або забиття головного мозку легкого ступеня – виникає найчастіше.

Провідними у клінічній картині гострого періоду повітряної вибухової травми є:

- травматичний шок;
- прояви струсу та забиття мозку різного ступеня;
- прояви ушкодження легень (задишка, кашель, кровохаркання), а також інших внутрішніх органів.

Загальний перелік розладів при ЧМТ вибуховою хвилею з боку головного мозку, психіки та периферичної нервової системи:

- втрата свідомості, зазвичай раптова;
- амнезія;
- локальні неврологічні симптоми;
- сурдомутизм;
- кровотечі з носа, горла, рідше з вух;
- зовнішні пошкодження нервової системи при травмі вибуховою хвилею (спостерігаються менш ніж у 10% випадків).

Клініка ЧМТ вибуховою хвилею:

- втрата свідомості короткочасна або відносно нетривала – від кількох хвилин до 5–6 год.
- після відновлення свідомості при травмі вибуховою хвилею виникають млявість, байдужість, малорухливість, прагнен-

ня прилягти навіть у незручній позі, особливо у хворих із вираженим сурдомутизмом;

- на відміну від інших видів ЧМТ при типовій (не поєднаній) ЧМТ вибуховою хвилею ретроградної амнезії не буває, антероградна амнезія виникає рідко;
- смертельний результат травми вибуховою хвилею без пошкодження внутрішніх органів (легень, печінки тощо) – рідкість, він може бути обумовлений:
 - розривом судин головного мозку внаслідок підвищення артеріального тиску за наявності судинної патології (атеросклероз, судинна аневризма тощо) з масивним крововиливом;
 - рідше – вторинними інфекціями внутрішнього вуха та головного мозку при розриві барабанної перетинки.

При легкій ЧМТ вибуховою хвилею виникає:

- дуже короткочасна втрата свідомості під час впливу фактору;
- неглибока астенія з нечітко вираженими вегетативно-вестибулярними компонентами, головним болем;
- слух знижується на обидва вуха або втрачається на одне зі зниженням слуху на друге вухо;
- виникає сурдомутизм не повний:
 - лише у вигляді труднощів у промовлянні слів, дизартрії, уповільнення вимови слів, заїкуватості,
 - здатність читати й писати зазвичай не порушується,
 - паралельне відновлення слуху та мовлення, протягом кількох днів – повне,
 - через 1–3 тижні всі інші хворобливі розлади згладжуються
- останньою редукується астенія.

При середній та вираженій тяжкості ЧМТ:

- тривала втрата свідомості;
- постійна виражена астенія, адинамія з відчуттям недуги та безсилля;
- тяжкий, часто болісний фізичний та психічний дискомфорт;
- постійні вазовегетативні та вестибулярні розлади, головний біль, важкість, шум і дзвін у голові;

- часті скарги на відчуття сором'язливості, болю при диханні, метеоризм, прискорене сечовивипускання;
- виражена гіперестезія;
- утруднене засинання;
- перед засинанням виникає образний ментизм;
- турбують яскраві сновидіння з частими пробудженнями від сну вночі;
- зміст ментизму і сновидінь – жахливі сцени військових дій, бачені і перш за все пережиті самим постраждалим;
- пригніченість поєднується з тривогою, зі страхом смерті або втрати здоров'я;
- іноді стан психомоторного збудження з поведінкою, що нагадує дисоціативні порушення (деякі науковці вважають причиною сурдомутизму лише дисоціативні порушення, що неправильно);
- можливе поєднання двох видів розладу – справжнього та дисоціативного сурдомутизму;
- повний сурдомутизм (хворі не чують та не розмовляють) внаслідок ушкодження кіркових слухових і мовленневих центрів, що обумовлено надсильним подразненням цих відділів потужним потоком звукових імпульсів;
- слух зазвичай втрачається на обидва вуха, що поєднується з повним припиненням мовлення;
- слух і мовлення не завжди відновлюються паралельно, частіше – неодноразово, але залежно одне від одного;
- за відсутності пошкодження органа слуху слух відновлюється раніше за мовлення, і навпаки;
- здатність читати й писати зазвичай не порушується.

Для судження про тривалість втрати слуху важливо диференціювати глухоту, викликану змінами в периферичному відділі слухового аналізатора, від глухоти, пов'язаної з розладом функції слухових центрів, оскільки при останній може настати значне поліпшення слуху і навіть повне повернення його до норми без наслідків.

Після акустичної травми іноді залишається знижене сприйняття лише найвищих тонів. Рівномірне двостороннє порушення

слуху та відсутність або значна повільність змін, які виявляються при отоскопії, говорить про центральне походження розладів.

Чітка асиметрія слухових порушень свідчить про периферичне ушкодження, чому відповідає й отоскопічна картина. Тривалі мовні порушення слуху, що потім швидко відновлюються, свідчать про здавлення або забій мозку в зоні рухового центру мовлення.

Може відбуватися й дисоціативне (істеричне) виникнення розладів окремо слуху чи мовлення, або сурдомутизму, що потребує диференційної діагностики з типовим післятравматичним сурдомутизмом.

Таблиця 3.1

Диференційна діагностика сурдомутизму

Критерії оцінювання	Типовий післятравматичний сурдомутизм	Дисоціативний сурдомутизм
Особистісні особливості хворого	Будь-які	Демонстративна або емоційно-лабільна особистість
Основний механізм розвитку	Гальмування функціонування центрів мовлення та слуху в мозку під впливом надсильного слухового подразника та вибухової хвилі	Стрес, тривога та самонавіювання, а також додатковий вплив баротравми
Наявність можливих попередніх до сурдомутизму психічних порушень	Тривожний стан	Істеричний ступор (сурдомутизм є одним з етапів виходу з істеричного ступору)
Особливості розладів мови та слуху	Повна відсутність мови і слуху	Повна відсутність або мови, або слуху (на обидва вуха чи на одне), або поєднана відсутність мови та слуху протягом певного часу, вибірковість глухонімоти
Коливання інтенсивності психічних переживань та зміна виразності розладу	Немає	Зменшення проявів під час перебування хворого на самоті, вночі, а також під час емоційного заспокоєння
Неврологічні розлади	Можуть бути будь-які	Анестезія вушної раковини, істерична гіпестезія язика, зів'я і шкіри в зоні трахеї
Поєднання з іншими психічними розладами	Астенія, депресія	Різні дисоціативні порушення
Спроби хворого вимовити звуки	Може бути	Немає
Проба Л.Б. Перельмана	Негативна	Позитивна
Виходи	Поступове, не паралельне відновлення мовлення й слуху, припинення сурдомутизму повне або неповне	Характерне швидке припинення всього розладу або перехід в істеричну афонію чм істеричне заїкання

Критерії оцінювання	Типовий післятравматичний сурдомутизм	Дисоціативний сурдомутизм
Позитивна реакція на лікування	Медикаментозне розгальмування – ефект не завжди, спокійні умови, поступове зникнення сурдомутизму	Транквілізатори, нейролептики, гіпнотерапія, інші види психотерапії
ЕЕГ, ВП	Реципрокне збільшення амплітуди та уповільнення ритму хвиль ЕЕГ та амплітуди слухових коркових ВП на контралатеральному боці в зоні, гомотопній ураженню головного мозку (справа у праворуких у передніх ділянках мозку)	Такої закономірності немає, відбувається активація мезодіенцефальних структур під час фоностимуляції і прояви десинхронізації біоелектричної активності у скроневих зонах мозку під час фоностимуляції (збережена реакція слухової кори)

З метою диференційної діагностики істеричного та типового посттравматичного сурдомутизму використовується проба Л.Б. Перельмана та Ю.Є. Рахальського. Вона полягає в тому, що лікар вступає у листування з хворим і водночас вимовляє вголос те, що він писав. У процесі розмови лікар починає все частіше і частіше не дописувати слова, які він вимовив. При цьому хворий починає здогадуватися про те, що йому писалося, навіть тоді, коли були написані лише перші літери слова і характер тексту, що писався, не міг бути їм передбачуваний. В такому разі виявляється, що хворий чує, що саме вимовляє лікар. Поступово хворий сам переконується, що він чує, і це має не тільки діагностичне, а й лікувальне значення.

Існує ще один прийом діагностики істеричного сурдомутизму. Він ґрунтується на встановленні з хворим мовного контакту. Техніка його полягає в такому. Увагу хворого фіксують на його соматичному обстеженні (при цьому на рівні слуху лікар увагу не фіксує), для чого лікар вивчає пульс у хворого, а потім переходить до неврологічного дослідження черепно-мозкових нервів. Далі лікар перевіряє реакцію зіниць на світло, потім, обмежуючи рухи своїх губ при мовленні, що виключає можливість читання хворим промови по губах (здатність, яка може розвинути у особи, яка давно втратила слух), вимовляє: «Вишкіртесь», – й одночасно демонструє це рухом своїх губ. Далі лікар пропонує хворому показати язик, не супроводжуючи ці слова показом. Зазвичай хворі з вибірковою,

функціональною істеричною глухотою виконують ці усні вимоги, виявивши збереження слуху.

Іноді істеричний мутизм нашаровується на легко виражені явища моторної афазії, що виникла після травми черепа (у контужених) і протікає у вигляді дизартрії або афатичного заїкуватості (С.М. Давиденков). Одночасно у хворих є інші ознаки ураження мозку (легкий правобічний геміпарез). І.М. Тонконогий описав нашарування такого мутизму при гострих порушеннях мозкового кровообігу внаслідок травми мозку.

Наведені дані показують, що істерична глухота перестає бути глухотою тому, що розуміється не так, як при органічно обумовленій втраті слуху. Вона характеризується вибірковою відсутністю слуху, коли сприйняття звукових подразників відбувається, але не усвідомлюється.

Дослідження електричних потенціалів мозку при типовому післятравматичному сурдомутизмі показало, що на ранній стадії після контузії часто відсутня реакція з боку кори мозку не тільки на звукове подразнення, але й на болюче, світлове тощо. Ритм хвиль не змінюється, коли до хворого звертаються з питанням, дають йому читати, запалюють лампочку і под. Про патологічний стан кори мозку у важких випадках контузії говорить також поява на енцефалограмі повільних хвиль частоти 1–2–3 кол/сек. При поліпшенні загального стану ці повільні хвилі зникають і з'являється нормальний ритм хвиль (П.І. Шпілберг, 1944).

Оцінюючи результати дослідження слуху та електроенцефалографії у контужених (1947), М.М. Асписов доходить висновку, що вибухова хвиля може викликати патологічні зміни як у периферичній частині аналізатора, так і в корковій. Глухота при сурдомутизмі може бути пов'язана з оглушенням або гальмуванням слухової кори мозку або з минуцими дислокаційними змінами у внутрішньому вусі. Зі свого боку мутизм може бути зумовлений не лише гальмуванням мовно-рухового центру кори мозку, а й розладом координації в мовному і дихальному механізмах. Характерними при типовому сурдомутизмі є активні спроби говорити й неможливість вимовляти звуки.

Можуть виникати й змішані стани, коли сурдомутизм має подвійне походження й обумовлений гальмуванням функцій мовної кори мозку та істеричними механізмами розвитку одночасно.

Відновлення функцій після ЧМТ вибуховою хвилею

При середній та вираженій тяжкості ЧМТ:

- слух та мовлення відновлюються поступово, процес може затягнутися на тижні й місяці;
- у процесі відновлення слуху першими починають сприйматися високі та середні частоти, потім інші, але з відносним зниженням слуху на середніх та високих частотах, а далі настає повне відновлення слуху, але не в усіх випадках;
- за умови неповного відновлення слуху найчастіше залишається недостатність сприйняття середніх та високих частот;
- неповне відновлення слуху може залежати від ускладнень у вигляді ураження звуковою хвилею периферичного слухового апарату з розривами барабанної перетинки та змінами в середньому вусі, що буває рідко, або з ураженням чутливих, опорних та гангліозних клітин завиткового органа;
- мовлення відновлюється зазвичай раптово, нерідко при пробудженні від кошмарного сну, внаслідок радісної події, у стані сп'яніння тощо;
- відновлення проходить через етап специфічної заїкуватості чи дизартрії;
- заїкання контужених проявляється більш-менш рівномірним порушенням вимови всього слова без повторення складів і відсутністю співдружних рухів (на відміну від невротичної заїкуватості, коли є повторення зазвичай першого складу слова і є самодопомога у вимові жестами, співдружними мові рухами, а також на відміну від істеричного батеризму);
- протягом деякого часу може спостерігатися шепітна мова (афонія);
- можливе й повне відновлення мови;
- слух уражається первинно, а мова вторинно, тому при повному відновленні мовлення протягом відносно короткого часу може відбуватися уповільнене відновлення слуху і навіть відмічатися стійка недостатність слуху;

- у деяких хворих повному відновленню мовлення і слуху перешкоджають функціональні дисоціативні розлади мови і слуху, які починають домінувати в клініці після редукції розладів мови та слуху суто посттравматичного походження;
- останньою з усіх розладів зникає астенія.

Неврологічні та соматичні розлади гострого періоду ЧМТ вибуховою хвилею:

- легка анізокорія;
- рідше – окорухові розлади;
- асиметрія оскалу;
- девіація мови;
- нерідко геміанестезія чи гемігіпестезія;
- пірамідні симптоми ураження півкулі мозку, зверненого до місця вибуху;
- кровотеча з вух, носа та горла без наявності перелому основи черепа;
- при спинномозковій пункції (у положенні сидячи) рідина витікає струменем або фонтанує;
- тривалість гострого періоду приблизно 4–6 тижнів.

Функціональні напади у хворих після вибухової ЧМТ:

- виникають у зв'язку з функціональними розладами лобно-скроневих зон мозку (підвищене збудження медіобазальних структур);
- виникають під час неспання на тлі спалаху емоційного подразнення, дисфорії, але іноді бувають і під час сну;
- це моторні напади на кшталт хаотичної рухової активності, але без судомного компонента (схожі на лобні епілептичні напади, але не є такими): спочатку на мить все тіло витягується, а потім з'являються швидкі, ритмічні та розмашисті рухи рук і ніг у плечових та тазостегнових суглобах з одночасним різноманітним підніманням та опусканням тіла;
- очні яблука часто заковчуються за надбрівні дуги, виникають дискоординовані плаваючі рухи очних яблук, зіниці реагують на світло;
- після нападу настає астенія;

- епілептичні напади спостерігаються лише при провокації ЧМТ вибуховою хвилею латентної за перебігом або ремітуючої епілепсії.

Психози при ЧМТ вибуховою хвилею:

- виникають зрідка;
- можливі депресивні дисфоричні психози: стани пригніченості, що супроводжуються напруженістю, озлобленістю, уразливістю, невдоволенням і роздратуванням, спалахами гніву, що раптово змінюються;
- рідше виникають апатичні депресії з адинамією;
- афективні розлади тривають кілька тижнів та змінюються астенією;
- дуже зрідка – гнівлива манія;
- можуть виникати галюцинаторні психози із зоровими оманнами сприйняття;
- іноді виникають сутінкові психози: типові, орієнтовані або дисоціативні варіанти сутінок протягом кількох діб із наступним виходом в астенію.

Запитання для контролю знань

1. Назвіть патогенетичні закономірності розвитку ЧМТ вибуховою хвилею.
2. Назвіть клінічні прояви ЧМТ вибуховою хвилею.
3. Які основні причини розвитку сурдомутизму?
4. Проведіть диференційну діагностику типового посттравматичного та дисоціативного (істеричного) сурдомутизму.
5. Які психози виникають при ЧМТ вибуховою хвилею?

Список літератури

1. Коршняк В. О. Вплив вибухової хвилі на формування неврологічної симптоматики у хворих з бойовою черепно-мозковою травмою. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 5(83). С 83–87.

2. Кас Ю.В., Коршняк В.О., Поліщук В.Т. Особливості закритої черепно-мозкової травми, зумовленої вибуховою хвилею, в учасників бойових дій на сході України. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 2. С. 41–44.
3. Rosenfeld J.V., McFarlane A. C., Bragge P. et al. Blast-related traumatic brain injury. *Article in the lancet neurology*. 2013.–Vol. 12. P. 882–893.
4. Korshnyak V., Sukhorukov V. Cliniconeurological and neuropsychological aspects of acute period of mild cranial brain trauma caused by shock wave. *EUREKA: Health Sciences*. 2016. № 1. P. 14–18.
5. Курако Ю.Л., Букина В.В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма. Киев: Здоров'я, 1989. 160 с.
6. Pichot P. Nosological models in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*. 1994. Vol. 164. P. 232–240.

Розділ 4.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Л. М. Юр'єва, В. О. Кокашинський

Війна на території України є потужним стресовим фактором для всього населення, який обумовлений багатьма чинниками (загроза життю, відсутність відчуття безпеки тощо). Населення тривалий час перебуває під впливом сильного стресу, що призводить до підвищення рівня тривоги та депресії. При цьому слід зазначити, що тривога є нормальною адаптивною функцією, яка забезпечує підготовку людини до виявлення загроз та їх подолання.

Тривожні риси особистості, підвищений рівень тривоги, тривожно-депресивні симптоми і ПТСР є тригерними факторами щодо розвитку розладів харчової поведінки (РХП).

Розлади харчової поведінки – стійкі порушення харчування або пов'язаної з ним поведінки, що призводять до змін споживання або поглинання їжі і суттєво погіршують фізичне здоров'я й психосоціальне функціонування людини. Найчастіше серед РХП діагностуються перелічені нижче розлади.

Нервова анорексія (НА) (грец. негативна приставка *an-* і *orexis* – апетит) – це розлад, який характеризується навмисним зниженням ваги ($IMT < 18,5$ або -15% від вікової норми), що викликається та / або підтримуються самим пацієнтом за рахунок уникнення їжі, яка викликає збільшення маси тіла.

Нервова булімія (НБ) (бичачий голод; від грец. *Bi (s)* – бик і *limos* – голод) – це синдром, який характеризується повторюваними нападами переїдання і надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, що призводить хворого до вжиття крайніх заходів для пом'якшення впливу переїдання.

Компульсивне переїдання (КП) – це розлад харчової поведінки, який являє собою стабільний та аберантний тип харчування, який характеризується надмірним вживанням їжі протягом певного періоду, що супроводжується відчуттям втрати контролю над вжитим та відчуттям сорому або відрази.

4.1. Розлади харчової поведінки серед цивільних осіб

Переважає більшість пацієнтів з РХП мають багато інших розладів або симптомів, таких як: порушення настрою, тривога, вживання психоактивних речовин, розлади особистості, соматоформні та дисоціативні розлади, ПТСР та розлади особистості. У випадку РХП супутня патологія часто є швидше правилом, ніж винятком, особливо серед тих, хто має ознаки булімії. Важливо зазначити, що багато з перерахованих супутніх захворювань часто пов'язані з попередніми травматичними переживаннями та ПТСР.

4.1.1 Коморбідність харчових та інших психічних розладів

Найперші дослідження РХП були зосереджені на ролі сексуального насильства в дитинстві, що являє собою особливо зловживальну форму травми. На сьогодні встановлено, що така травма є значним, але неспецифічним фактором ризику для РХП. Сексуальне насильство в дитинстві є значним фактором ризику розвитку РХП.

Травматичний досвід може навіть поширюватися на пренатальний і перинатальний періоди життя. Дослідження, які вивчали вплив травматичних подій під час вагітності та перинатального періоду на розвиток симптомів РХП, є нечисленними, але заслуговують на згадку. Можна стверджувати, що внутрішньоутробні та / або перинатальні травми можуть бути першими психологічними подіями, які потенційно можуть вплинути на розвиток РХП. В деяких дослідженнях виявлено, що пацієнти як з НА, так і з НБ мали вищий рівень ускладнень при народженні. Водночас при цьому спостерігалися порушення оксигенації або кровотоку до плоду.

Спектр травматичного досвіду, пов'язаного з РХП, розширений до багатьох інших форм віктимізації, травми та нехтування,

включаючи сексуальне насильство (зґвалтування та розбещення) у дорослому віці, сексуальні домагання, фізичне та емоційне насильство, емоційне та фізичне нехтування (включаючи позбавлення їжі), знуцання. Серед жінок, які зазнали сексуального насильства, частіше спостерігаються ПТСР, розлади настрою, зловживання психоактивними речовинами, розлади харчування та сексуальні розлади. Це свідчить про те, що фактично будь-який досвід, який може спричинити ПТСР або будь-яку форму клінічно вагомої тривоги, може збільшити ймовірність розвитку РХП. Діагноз ПТСР посилює тяжкість РХП, часто симптоми РХП починаються протягом одного року після травми.

Деякі дослідження вказують, що неінтерперсональна травма має вплив на розвиток РХП, але менший, ніж несексуальна міжособистісна травма та сексуальна міжособистісна травма. Це може вказувати на те, що ПТСР є значним посередником між сексуальною травмою та симптомами РХП.

Важливим фактором є повторна травматизація, яка пов'язана з важчою посттравматичною симптоматикою та може збільшити вразливість до виникнення ПТСР. Водночас не тільки повторне переживання численних травм є потужним передвісником посттравматичного стресового розладу. Природа травми, зокрема міжособистісної, підвищує ризик подальшої психопатології.

Згідно з дослідженнями в США поширеність ПТСР серед пацієнтів з НА становила 23,1 %, з НБ – від 25,6 до 37 %, загалом серед пацієнтів з РХП 43 % в порівнянні з пацієнтами без РХП – 12 %. У дослідженнях, присвячених пошуку коморбідності ПТСР у випадках з РХП, частота ПТСР коливається в межах 11–52 %. Виявлено, що РХП та тривожні розлади часто виникають одночасно.

У дослідженнях, в яких вивчалася частота коморбідного ПТСР у підтипах РХП, зазначалося про вищу коморбідність ПТСР у випадках з НБ. За деякими даними, ПТСР має втричі більшу коморбідність з НБ порівняно з НА.

Результати досліджень показують, що симптоматика ПТСР пов'язана з важкими симптомами РХП. Крім того, існують численні дослідження, які свідчать про те, що коморбідні тривожні розлади можуть бути одним із показників поганого результату терапії РХП. Виявлено, що пацієнти з РХП, які зазнали травматичних подій, ча-

стіше припиняють лікування, демонструють гірші результати та мають вищий рівень рецидивів, ніж пацієнти без травми.

Вищесказане свідчить, що ретельна клінічна діагностика необхідна для правильного лікування та забезпечення позитивного результату терапії. Практикуючі лікарі повинні передбачити та надати оцінку супутній патології (ПТСР) у пацієнтів з РХП, яких вони лікують. Раннє виявлення досвіду травми та ПТСР у пацієнтів з РХП мають потенціал для поліпшення результатів лікування. Супутнє ПТСР необхідно лікувати, щоб вплинути на симптоматику РХП. Таким чином, це підкреслює важливість індивідуальних втручань для пацієнтів, у яких травма та ПТСР враховуються в діагностичному й терапевтичному процесі.

У клінічному дослідженні, проведеному у Швеції з великою вибіркою, зазначено, що найпоширенішою психіатричною супутньою патологією у випадках РХП є тривожні розлади (53%), а генералізований тривожний розлад (ГТР) займає перше місце серед тривожних розладів. Поширеність ГТР протягом життя у пацієнтів з НА виявлено у 24–31%, у хворих з НБ – від 10 до 55%. ГТР частіше зустрічається при НА та НБ з очисними процедурами. За деякими даними ГТР починається в дитинстві у 75% жінок з НБ, а наявність ГТР може бути фактором ризику розвитку НБ. Тривожний розлад також може передувати РХП у жінок з НБ.

Коморбідність панічного розладу у випадках РХП коливається від 9% до 52%, у випадку НБ до 39%. При НА поширеність панічного розладу становить від 2% до 8%. За деякими даними, люди з «можливою анорексією» мають ризик панічного розладу в 3,4 рази більший ніж люди в загальній популяції. На сьогодні важко повністю пояснити зв'язок РХП і панічного розладу та його поширеність.

4.2. Особливості розладів харчової поведінки серед ветеранів (комбатантів)

Вплив військового досвіду на здоров'я та поведінку людини може бути глибоким. Служба в армії, участь у бойових операціях, отримання травми та / або серйозних фізичних і / або психічних травм і, зрештою, повернення до цивільного життя можуть спричинити низку проблем зі здоров'ям, які часто залишаються на все

життя. Тривале перебування в зоні бойових дій збільшує ймовірність зазнати виснажливого впливу як на фізичне, так і на психічне здоров'я.

4.2.1. Соціально-психологічні та медичні фактори формування харчових розладів

Виявлена пряма кореляція між неміжособистісною травмою (аварії, нещасні випадки, фізичні травми, захворювання або травми, що загрожують життю) та діагнозом НА і КП. Встановлений суттєвий зв'язок між досвідом травми та патологією харчування, частотою діагностування НА з очисними процедурами, а також змішаними РХП, при яких в анамнезі були НА, НБ та / або КП.

Виявлено, що будь-яка потенційно травматична подія пов'язана з КП. Статеві міжособистісні, несексуальні міжособистісні та неміжособистісні психотравми також є факторами ризику розвитку КП.

Серед ветеранів, подібно до цивільного населення, ПТСР, розлади настрою та тривожні розлади є найпоширенішими супутніми захворюваннями РХП.

Деякі дослідження виявили, що серед жінок-ветеранів з РХП частіше діагностують розлади настрою чи особистості, а серед ветеранів-чоловіків з РХП частіше діагностували психотичний розлад.

Важливим фактором є те, що кількість військовослужбовців-жінок помітно зросла під час поточних конфліктів, водночас приблизно 75 % осіб з НА і НБ є жінками. Вплив потенційно травматичних переживань може призвести до підвищеного ризику РХП у військовослужбовців і ветеранів чоловічої та жіночої статі, оскільки невідповідна харчова поведінка може бути використана для боротьби з негативними наслідками.

У вибірці жінок-ветеранів, які зверталися за амбулаторним лікуванням у зв'язку з психічними розладами, пов'язаними з травмою, 12,9 % повідомили про переїдання, 3,9 % повідомили про очищення організму, а 8,2 % повідомили про крайнє обмеження калорійності як метод регулювання ваги. Крім того, нещодавнє дослідження показало, що 78,2 % вибірки чоловіків і жінок-ветеранів, які шукали лікування для схуднення, повідомили про клінічно значущі переїдання.

Серед жінок-ветеранів, які повернулися, визначено, що депресія є найпоширенішим діагнозом психічного здоров'я, тоді як серед чоловіків-ветеранів, які повернулися, найпоширенішим є ПТСР.

Показники НБ дещо вищі для жінок, а показники КП приблизно однакові серед чоловіків і жінок. Серед ветеранів США випадки КП протягом життя приблизно рівні серед чоловіків і жінок (4,76 % і 3,69 % відповідно).

18% жінок-ветеранів і 9% чоловіків-ветеранів відзначили у себе 7 або більше симптомів РХП протягом свого життя. Крім того, 7,5% ветеранів-жінок і 6,3% ветеранів-чоловіків відзначили 7 або більше поточних симптомів РХП. Це свідчить про те, що значна кількість ветеранів як чоловіків, так і жінок відчувають підпорогові симптоми РХП, які можуть призвести до функціональних порушень і наслідків для фізичного здоров'я та можуть з часом призвести до розвитку РХП.

ПТСР і тяжкість депресії мають найбільший зв'язок із тривалістю життя та поточною НБ і тяжкістю симптомів КП. Тяжкість ПТСР також пов'язана з тяжкістю НБ протягом усього життя, вплив посттравматичного стресового розладу є подібним для чоловіків і жінок-ветеранів. Ці зв'язки можуть бути наслідком ряду спільних рис між ПТСР і РХП, таких як: спроби емоційної регуляції, імпульсивність і загальні генетичні та біологічні вразливості.

Тяжкість депресії пов'язана з поточною та життєвою тяжкістю симптомів НБ та КП як для чоловіків, так і для жінок-ветеранів. Однак, на відміну від тяжкості посттравматичних стресових розладів, виявлено, що стать пом'якшує зв'язок між тяжкістю депресії і тяжкістю РХП, тому серед жінок-ветеранів тяжкість депресії сильніше пов'язана з тяжкістю НБ і КП протягом життя, а також із поточною тяжкістю КП, ніж серед чоловіків-ветеранів. Одним із можливих пояснень цієї гендерної різниці може бути те, що культурний ідеал худорлявості, який постійно виявляється набагато сильнішим для жінок, може відігравати роль у розвитку симптомів як РХП, так і депресії.

Також неодноразово показано, що залежність від психоактивних речовин є супутньою як для НБ, так і для КП.

Одне з пояснень коморбідності ПТСР та РХП свідчить, що неспорядковане харчування, зокрема переїдання та очищен-

ня, можна використовувати для боротьби з негативним афектом і симптомами ПТСР, оскільки така поведінка може служити засобом притуплення або уникнення нагадувань про травму.

Таким чином, одним із факторів, який потенційно може зв'язувати ПТСР і непорядковане харчування, є регуляція емоцій. Регуляція емоцій – це багатогранна конструкція, яка загалом належить до внутрішніх і зовнішніх процесів, за допомогою яких люди контролюють, оцінюють і змінюють свої емоційні реакції. Труднощі з регуляцією емоцій були пов'язані з ПТСР, також регуляція емоцій опосередковує зв'язок між посттравматичним стресовим розладом і вживанням психоактивних речовин.

Дефіцит регуляції емоцій також теоретично та емпірично пов'язаний з непорядкованим харчуванням. Наприклад, жінки з РХП мають більше шансів уникати емоцій, ніж жінки без РХП. За даними досліджень, в яких порівнювали дві форми регуляції емоцій: когнітивну переоцінку, адаптивну стратегію, визначену як когнітивне перетворення ситуації з метою зміни її впливу на емоції, й експресивне придушення, дезадаптивну стратегію, визначену як стримування емоцій, виявлено, що експресивне придушення, але не когнітивна переоцінка, передбачало бажання випивати серед жінок з КП, припускаючи, що регуляція емоцій опосередковує зв'язок між негативним настроєм і переїданням. Виявляється сильніший зв'язок між експресивним придушенням і РХП, ніж між когнітивною переоцінкою та РХП.

Теорія про те, що непорядковане харчування є дезадаптивним методом подолання симптомів ПТСР, подібна до теорії зв'язку між ПТСР і розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами. Таким чином, харчова залежність є феноменом, який стосується досліджень ПТСР, РХП і регуляції емоцій. Можливий потенційний зв'язок між ПТСР і харчовою залежністю.

Дослідники запропонували критерії харчової залежності, розроблені для паралельних критеріїв розладів, пов'язаних із вживанням психоактивними речовинами, що включали: толерантність; споживання більших кількостей або протягом більш тривалого періоду, ніж передбачалося; постійне бажання або безуспішні спроби зменшити споживання; багато часу, витраченого на отримання, використання або відновлення наслідків споживання; відмова або

скорочення важливих видів діяльності через споживання; і клінічно значущі порушення або дистрес. Важливо зазначити, що харчова залежність є дещо суперечливою темою. Є дослідження, які показують, що споживання їжі з високим вмістом жиру та цукру активує нейронні шляхи, які також є характерними для зловживання психоактивними речовинами, інші дослідники поставили під сумнів використання терміна «харчова залежність», враховуючи відсутність досліджень щодо властивостей, що викликають залежність від конкретних поживних речовин у їжі. Втім, наявні дані свідчать про те, що деякі люди демонструють симптоми поведінкової залежності від дуже смачної їжі.

З огляду на те, що ПТСР пов'язаний зі збільшенням рівня розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, цілком ймовірно, що харчова залежність також буде пов'язана з ПТСР. Дослідники виявили, що жінки з більшою кількістю симптомів ПТСР вдвічі частіше відповідають критеріям харчової залежності, ніж жінки без травми або ПТСР. Однак цей зв'язок не досліджувався серед чоловіків. Цікаво, що хоча рівень розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та психоактивних речовин, є вищим серед чоловіків, ніж жінок, попередні дані свідчать про те, що харчова залежність є більш поширеною серед жінок. За деякими даними 6,7 % жінок і 3 % чоловіків відповідали запропонованим критеріям харчової залежності. Однак, як і у випадку з РХП загалом, відносно небагато досліджень харчової залежності включали чоловіків.

Дослідження серед військових свідчать про те, що унікальні навантаження військового життя, включаючи високий рівень травм і суворі вимоги до ваги та фізичної підготовки, можуть збільшити ризик розвитку симптомів РХП серед військовослужбовців чоловіків і жінок. Дані клінічних і громадських зразків ветеранів свідчать про те, що їх рівень РХП дорівнює і, можливо, вищий, ніж рівень РХП серед жінок і чоловіків у загальній популяції.

Як і у випадку з РХП, показники харчової залежності виявляються вищими серед жінок, ніж серед чоловіків. Проте ПТСР може спричинити ризик харчової залежності як у чоловіків, так і у жінок. Оскільки ПТСР асоціюється з вищим індексом маси тіла (ІМТ) та ризиком ожиріння у ветеранів і жінок у загальній популя-

ції, симптоми харчової залежності, а також симптоми РХП можуть бути важливою мішенню для втручання серед осіб з ПТСР.

Результати досліджень свідчать про те, що когнітивна переоцінка – адаптивний механізм подолання, в той час як експресивне придушення є дезадаптивним механізмом та пов'язане із симптомами РХП.

Таким чином, потенційний шлях від ПТСР до РХП відбувається через дезадаптивне придушення емоцій. Експресивне придушення відображає спроби зменшити зовнішнє вираження емоцій і може бути адаптивним у короткостроковій перспективі; однак ця стратегія стає менш ефективною в довгостроковій перспективі. Це узгоджується з тим, що в деяких осіб симптоми РХП можуть бути використані для боротьби з негативним впливом.

4.2.2. Ожиріння: фактори ризику і наслідки

Ожиріння серед ветеранів є ще одним джерелом занепокоєння. Поширеність ожиріння (ІМТ понад 30) серед ветеранів США оцінюється в 42,1–44%. Такі високі показники ожиріння в молодому віці викликають серйозне занепокоєння, оскільки ожиріння пов'язане з численними ризиками для здоров'я, такими як цукровий діабет 2 типу (ЦД2), серцево-судинні захворювання та зниження якості життя. Згідно зі статистичними даними за 2013–2014 рр. приблизно у 4,8% ветеранів віком 22–44 роки діагностовано ЦД2, але очікується, що поширеність ЦД2 зростатиме з віком молодих ветеранів. Тому профілактика та лікування ожиріння у ветеранів є надзвичайно важливими.

Ожиріння та пов'язані з ним наслідки для здоров'я є результатом складної взаємодії індивідуальних, соціальних та екологічних факторів. Наприклад, коморбідні стани психічного здоров'я, особливо ПТСР і депресія, пов'язані з ожирінням як у цивільних, так і ветеранів.

Що стосується комбатантів, поранення і травми часто є передумовами психічних захворювань, які згодом можуть підвищити ризик ожиріння.

Збереження нездорових харчових звичок, вироблених під час служби (наприклад, споживання великої кількості їжі), також може продовжуватися після повернення до цивільного життя. РХП досліджувалися у зв'язку з ожирінням у молодих ветеранів. В одно-

му з досліджень ветеранів США, що повернулися, продемонстровано, що 8,4 % відповідали критеріям КП.

Важливим є питання гендерної відмінності в РХП. В одному з досліджень діагноз КП був задокументований у 1,2 % жінок і 0,4 % у чоловіків, звертає увагу ситуація, що лише 18,6 % жінок і 7,9 % чоловіків самостійно повідомили про РХП, що вказує на те, що РХП можуть бути не діагностованими серед ветеранів та сприяють розвитку ожирінню.

4.2.2.1. Зв'язок ожиріння з психічними та поведінковими розладами і фізичними вадами

Мультиморбідність ожиріння з іншими психічними й поведінковими розладами у комбатантів та ветеранів, що повернулися з війни, доведена в багатьох дослідженнях. Виявлено, що наявність одного психічного розладу (ПТСР, депресія) у молодих ветеранів підвищує ймовірність РХП більш ніж в 11 разів.

Посттравматичні стресові розлади

Ветерани з РХП у багатьох випадках мали ознаки ПТСР (46,3 % жінок із ПТСР проти 23,3 % жінок без ПТСР; 40 % чоловіків із ПТСР проти 29,7 % осіб без ПТСР). Молоді ветерани з ІМТ понад 30 повідомили про більш емоційне споживання їжі під час стресу, що є додатковим доказом зв'язку між станом психічного здоров'я та ожирінням у молодих ветеранів.

Поява або хронічний ПТСР значно підвищують шанси швидко збільшення ваги (> 10 % протягом 6 років) у ветеранів порівняно з тими, хто не має ПТСР. Можливими механізмами, що призводять до надмірного збільшення ваги, можуть бути: нейроендокринна та вегетативна дисрегуляція, РХП, супутнє зловживання психоактивними речовинами та ад'ювантна фармакотерапія.

Дослідження гендерних відмінностей у зв'язку з ризиком ПТСР та ожиріння суперечливі. В одному дослідженні виявлено, що поширеність ожиріння серед ветеранів із ПТСР становила 25,5 % у жінок і 35,4 % у чоловіків, після поправки на демографічний і військовий вплив, наприклад бойовий досвід. В інших дослідженнях більша частка жінок-ветеранів із ПТСР страждала ожирінням порівняно з чоловіками (42 % проти 32 %) та (16,9 % проти 12,5 %).

Метаболічні ризики ожиріння вивчалися у ветеранів бойових дій з посттравматичним стресовим розладом і без нього. Ветерани

з ПТСР мали значно вищий ІМТ (середній – 29,9 кг/м²), ніж ті, хто не мав ПТСР (середній ІМТ – 28,4 кг/м²). З цієї вибірки 47 % ветеранів із ПТСР мали аномальний НОМА-IR > 3, порівняно з 25 % групи без ПТСР. Прозапальні біомаркери були вищими в усіх випадках, що демонструє каскад складних патологічних впливів і запальних реакцій у пацієнтів із ПТСР, які є рушійними механізмами ризику та розвитку ожиріння.

Нещодавні дослідження оцінювали зв'язок між ПТСР і розвитком метаболічного синдрому. Серед молодих ветеранів із ПТСР спостерігалася вища поширеність метаболічного синдрому порівняно з ветеранами без ПТСР (21,3 % проти 13 % відповідно). Таким чином, ці результати показують, що посттравматичний стресовий розлад є фактором ризику розвитку метаболічного синдрому, супутнього стану з ожирінням.

Депресивні симптоми та розлади

Поширеність симптомів депресії середнього та важкого ступенів у ветеранів становить приблизно 26 %. Відповідно до звітів сфери охорони здоров'я, фактори ризику депресивних розладів у зв'язку з військовою службою були пов'язані зі стресовими факторами (участь у бойових діях). Повідомлялося про гендерні відмінності у ветеранів з депресивними розладами. У ретроспективному огляді карт ветеранів діагноз депресії був зареєстрований у 30,4 % жінок і 22,9 % чоловіків.

Відомо, що депресія є фактором ризику ожиріння як у цивільних, так у ветеранів. Це підтверджено у ветеранів із вищим рівнем депресивних розладів, які страждають на ожиріння, порівняно з людьми з нормальною масою тіла (15,5 % проти 10,3 %). Крім того, молоді ветерани з посиленням симптомів депресії мають клінічно значущий приріст ваги (≥ 10 % від приросту маси тіла) з більшою швидкістю, ніж ті, хто не має симптомів депресії.

Відповідно до досліджень ожиріння та ПТСР, зв'язок між депресією та ожирінням більше простежується у жінок, ніж у чоловіків.

Інші психічні розлади

Іншими психічними розладами у молодих ветеранів є такі: тривожні розлади, зловживання алкоголем, зловживання психоактивними речовинами та суїцидальні думки. У вибірці ветера-

нів поширеність ПТСР становила 24 %, депресії 53 %, тривожного розладу 29 %, розладу адаптації 26 %, зловживання алкоголем 22 % і зловживання психоактивними речовинами 10 %. Після поправки на коваріати, включаючи вживання тютюну, гіпертонію та гіперліпідемію, ветерани з діагнозом психічного здоров'я мали значно вищі показники ожиріння. Люди з психічними розладами частіше зараховуються до груп ризику з вищим ІМТ після поправки на коваріати, включаючи антипсихотичні засоби.

Фізичні вади

Іншим можливим фактором, що сприяє ожирінню у молодих ветеранів, є фізична вада в результаті бойових дій. Приблизно 70–77 % бойових поранень мають вибуховий характер. Згідно з одним звітом, майже половина комбатантів пережили множинні вибухи на відстані 10 м, що могло з часом пошкодити клітини мозку навіть без негайної втрати свідомості. ЧМТ є найпоширенішим наслідком цих травм і основною причиною порушень, інвалідності та смерті серед ветеранів Іраку та Афганістану.

Дослідження зв'язку між фізичними вадами та ожирінням у молодих ветеранів обмежені та ускладнюються іншими супутніми захворюваннями. У вибірці ветеранів із ЧМТ коморбідний ПТСР був присутній у 80 % вибірки. Середній ІМТ вказує на високу ймовірність надмірної ваги або ожиріння при ЧМТ та ПТСР. Хронічний біль і ПТСР також вивчалися у ветеранів з ожирінням, оскільки поширеність хронічного болю становить понад 40 % у ветеранів, які повернулися. В одному дослідженні коморбідний ПТСР був більш поширеним у тих, хто повідомляв про постійний біль (33,6 % проти 6 % у тих, хто не відчував болю), аналогічно супутнє ожиріння було більш поширеним у тих, хто мав постійний біль (48,8 % мали біль і страждали на ожиріння проти 37,9 % не мали болю). Додаткові дані показують, що люди з коморбідним ПТСР мають більшу вираженість болю та втрату працездатності, ніж ті, хто не має ПТСР. Таким чином, фізичні вади в поєднанні з ПТСР підвищують ризик ожиріння.

4.2.2.2. Звільнення з військової служби та збільшення ваги

Повідомлялося про збільшення ваги нещодавно звільнених ветеранів, які поверталися до цивільного життя. У великому проспективному дослідженні ветерани набрали вдвічі більше ваги

порівняно з військовослужбовцями (1,2–1,3 кг/рік проти 0,6 кг/рік) протягом перших 3-х років після звільнення з армії. У дослідженні за участю ветеранів протягом 6 років після звільнення з армії зафіксовано середнє збільшення ваги на 4,1 кг.

Хоча дослідження молодих ветеранів постійно демонструють, що чоловіки мають вищий ризик надмірної ваги або ожиріння порівняно з жінками, жінки ветерани демонструють вищий ризик клінічно значущого збільшення ваги після завершення дійсної військової служби. У дослідженні, проведеному у 2011 році, жінки-ветерани зазнали різкішого збільшення ІМТ протягом 6 років порівняно з чоловіками (щорічна зміна ІМТ від 0,5 до 4,8 кг у жінок проти 0,7 до 2,8 кг у чоловіків). Це підтвердили дані за 2013 рік, які також показали, що середнє збільшення ваги у жінок-ветеранів становило +6,3 кг проти +5,7 кг у чоловіків протягом 6 років після звільнення з армії.

Старший вік, расова / етнічна меншина, низька освіта, вищий ІМТ на момент звільнення зі служби та наявність досвіду бойових дій були додатковими факторами ризику швидкого збільшення ваги після повернення до цивільного життя. Діагноз коморбідного психічного здоров'я також був пов'язаний із траєкторією збільшення ваги під час адаптації до цивільного життя.

4.3. Діагностика, лікування та профілактика РХП

Проблема профілактики, своєчасної діагностики та терапії РХП і ожиріння є надзвичайно актуальною не тільки в мирні, а й у воєнні часи.

4.3.1. Психологічна діагностика

Значна кількість чоловіків і жінок-ветеранів повідомляють про наявність симптомів РХП, хоча вони не відповідають клінічним критеріям діагностики РХП. Отже, їх симптоми можуть бути не виявлені під час стандартного медичного огляду.

РХП має бути достатньо серйозним, щоб медичні працівники могли запідозрити та виявити його, або пацієнт повинен повідомити про симптоми. Однак стигма може стримувати багатьох людей

з РХП повідомляти про них медичним працівникам. Крім того, хоча система медичної допомоги спонукає лікарів перевіряти депресію, ПТСР і вживання психоактивних речовин, деякі пацієнти можуть не повідомляти про свої симптоми РХП через стигматизацію або занепокоєння щодо призначення ліків.

Рання психологічна діагностика дуже важлива, оскільки вона дозволяє виявити патопсихологічні феномени на ранніх стадіях їх формування, провести своєчасне профілактичне і терапевтичне втручання.

Для первинної діагностики та виявлення ранніх симптомів РХП найчастіше використовується скринінгова методика Eating Attitudes Test – 26 D.M. Garner (EAT-26) в адаптації О. О. Скугаревського і С. В. Сивухи («Опитувальник харчових переваг – 26» або «ОПП-26»). Вона дозволяє діагностувати доклінічні порушення й визначити ймовірність відхилень у харчовій поведінці (ХП).

Опитувальник EAT-26 дозволяє охарактеризувати особливості ХП на підставі чотирьох виділених факторів: «порушення харчової поведінки», «самоконтроль харчової поведінки», «стурбованість образом тіла» і «соціальний тиск щодо харчової поведінки». Він широко використовується з метою виявлення «групи ризику» серед жінок, чоловіків, дітей і підлітків.

Найпоширенішою психодіагностичною методикою в загальноосвітній практиці є голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ). Методика дозволяє виявляти й оцінювати клінічні прояви порушень ХП за трьома типами: емоціогенне, екстернальне й обмежувальне.

Для діагностики КП використовується шкала компульсивного переїдання Binge Eating Scale (BES), яка була переведена на українську мову й валідізована співробітниками кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету у 2022 році.

Інструмент самозвіту Binge Eating Scale (BES) вимірює когнітивні / емоційні симптоми та поведінку, пов'язані з переїданням. Він складається з 16 пунктів, з яких перші 8 описують поведінкові прояви, наступні 8 – пізнання / почуття. Кожен пункт складається з 3–4 тверджень вибору / відповіді, які вказують на тяжкість кожної вимірюваної характеристики КП. Зважені бали варіюються від

0 до 3 (0 вказує на відсутність проблем із КП, 3 вказує на серйозні проблеми з КП). Загальний бал має діапазон від 0 до 46, рекомендоване авторами порогове значення – 17; ступені важкості КП: відсутність (або легкий) – до 17 балів, середній – 18–26 балів, важкий ≥ 27 . Цей опитувальник ефективно розрізняє людей з відсутніми, помірними та серйозними проблемами переїдання.

Цей психодіагностичний інструмент є надійним і достовірним способом діагностики КП. Шкала BES є корисним інструментом виявлення та оцінювання КП, у тому числі з ожирінням, та може бути використаний, зокрема, у пацієнтів, які є кандидатами на бариатричну операцію.

4.3.2. Терапевтичні та профілактичні заходи

Нервова анорексія

Пацієнти з НА зазвичай мають погане розуміння свого стану. Вони часто сприймають низьку вагу тіла як досягнення, а отже, не мають мотивації для зміни своєї поведінки. Рекомендується госпіталізувати пацієнтів, які важать менше ніж 75 % від ідеальної маси тіла, та лікувати їх стаціонарно. Деякі пацієнти відмовляються від лікування через страх набрати вагу та обмежене розуміння свого стану здоров'я. У таких випадках може бути необхідною примусова госпіталізація. Показання для госпіталізації:

- обмежена мотивація змінити атипову харчову поведінку;
- неусувна (чи швидка) втрата ваги всупереч лікуванню;
- відмова від їжі;
- подовжений інтервал QT;
- брадикардія < 40 ударів на хвилину;
- аритмія;
- гіпотермія;
- симптоматична гіпотонія;
- маса тіла менша від ідеальної на 70 %;
- суїцидальні думки та дії;
- необхідність детоксикації від послаблювальних препаратів, дієтичних добавок чи діуретиків.

Деякі з пацієнтів, які були госпіталізовані примусово, здатні мати короткострокові поліпшення, наприклад набір ваги. Проте

в подібних випадках спостерігається й вищий рівень смертності порівняно з тими пацієнтами, які лікуються добровільно. Госпіталізацію зазвичай застосовують до пацієнтів, які мають загрозу медичних ускладнень чи смерті. У разі встановлення діагнозу НА необхідно оцінити загальний медичний стан пацієнта. Супутні захворювання, якщо вони існують, необхідно врегулювати (наприклад, розлад балансу електролітів); це може поліпшити чи вирішити проблему недоїдання і вживання послаблювальних препаратів. Пацієнти, яким необхідна госпіталізація, потребують уважного дослідження стану здоров'я, адже різке переїдання може призвести до шлункового здуття, водянки, аритмії, тахікардії, застійної серцевої недостатності чи раптової зупинки серця. Рекомендується вводити вітамінні комплекси з дозами кальцію від 1000 до 1500 мг. Поліпшення кісткового стану здебільшого залежить від відновлення ваги.

Психотерапія

Для пацієнтів у підлітковому та юнацькому віці одним з найефективніших типів лікування може бути сімейна терапія; але цей підхід неможливий у військовому оточенні. Когнітивно-поведінкова терапія, що спрямована на когнітивне спотворення сприйняття власного тіла і самооцінку, використовувалась для деяких пацієнтів з НА, хоча й краще досліджена серед пацієнтів з НБ.

Вимоги до прийняття в лікувальну психотерапевтичну програму: ідентифікована причина розладу, бажання лікуватися, соціальна підтримка, розуміння пацієнтом наявності психічного розладу.

Для терапії можуть застосовуватися різні психотерапевтичні методики, однак КПТ є найефективнішою.

Загалом план лікування для пацієнтів з НА має залучати багатопрофільну групу експертів, у тому числі в галузі психічного здоров'я, харчування і внутрішньої медицини. Загалом до лікування пацієнта має бути застосований терапевтичний підхід. У багатьох випадках може бути необхідне абстрагування від харчування і спрямування зусиль на вирішення основних проблем самооцінки та перфекціонізму.

Лікарські засоби

Пріоритетним у лікуванні пацієнтів з НА є відновлення маси та подальша метаболічна стабілізація. Ципрогептадин (у дозуван-

ні 32 мг/на день) поліпшує набір ваги у пацієнтів обмежувального типу НА, проте не є ефективним для переїдаючого / послаблювального типу НА. Оскільки дефіцит цинку пов'язаний з НА через пригнічення та затримку вироблення нейропептиду Y, нутритивна підтримка з цим мінералом може бути корисною для прискорення одужання від НА і зниження рівня тривоги й депресії у пацієнта. Рекомендується призначати цинк по 14 мг протягом двох місяців.

На сьогодні жоден антидепресант чи антипсихотичний засіб не продемонстрував довгострокового поліпшення при анорексії. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) не лише є неефективними, а й збільшують потенційну ймовірність летальних випадків, що може бути ризикованим для такої групи пацієнтів. СИЗС не дає поліпшень серед пацієнтів із низькою вагою. Це можливо через загальний стан недоїдання у пацієнтів з низькою вагою як наслідок НА, що може спричинити дефіцит триптофану – амінокислоти, яка необхідна для синтезу серотоніну. Флуоксетин виявився корисним зі збільшенням дозування у запобіганні рецидиву в пацієнтів, що вже набрали вагу.

Антипсихотичні засоби можуть відігравати значну роль, особливо для пацієнтів з НА, що не усвідомлюють свій стан здоров'я. Проте не всі дослідження демонструють ефективність нейролептиків, їх використання може мати серйозні побічні ефекти серед певних груп пацієнтів. За деякими даними оланзапін може сприяти зниженню кількості егосинтонних анорексичних румінацій та набору ваги.

Теоретично антагоністи опіатів можуть бути корисними для підгруп пацієнтів із харчовими розладами, що підпадають під модель залежності. Виявляється зниження переїдань / послаблення у пацієнтів з НБ та НА (булімічного підтипу), які вживали налтрексон.

Нервова булімія

Госпіталізація з цим діагнозом необхідна досить рідко, зазвичай за умови медичних ускладнень. Існують докази, що порівняно з НА НБ більш ефективно піддається фармакотерапевтичному лікуванню, хоча психотерапія лишається фундаментальним елементом лікування. Загальноприйнятим лікуванням НБ є КПТ.

Ефективними були визнані довідники-керівництва для само-допомоги, що застосовують принципи КПТ. Проте встановлено, що навіть із КПТ лише 50 % пацієнтів із НБ одужують.

Пацієнти з НБ, які не мали поліпшень внаслідок психотерапії, можуть мати їх від фармакотерапії. ТЦА та інгібітори моноаміноксидази можуть бути ефективними, але мають летальні побічні ефекти серед цих пацієнтів (потенційне погіршення балансу електролітів) і не рекомендуються як першочергове лікування. Антидепресанти СІЗЗС є подібними до серотонінергічних агоністів і теоретично можуть працювати подібним чином. Ефективність флуоксетину при НБ, як і препаратів ТЦА, не є вторинним результатом антидепресивних властивостей. Одна третина пацієнтів, які раніше мали результат внаслідок лікування, можуть повернутись до первинного стану захворювання до кінця першого року терапії, незважаючи на продовження лікування. Це вказує на те, що продовжуване лікування може надати певний захисний ефект, проте для постійного результату можуть бути необхідні додаткові засоби лікування. Хоча флуоксетин є єдиним на сьогодні антидепресантом, схваленим для лікування НБ, інші СІЗЗС можуть також бути ефективними.

Топірамат стає все популярнішим засобом лікування НБ після досліджень, що довели його ефективність. Кілька досліджень порівнювали психотерапію та фармакотерапію; у результаті не виявлено жодних переваг об'єднаної терапії у зіставленні з окремою терапією. Результати метааналізів визначили, що об'єднання цих двох підходів мало вищий рівень ремісії, хоча додавання лікарських засобів до терапії збільшило частоту відсіювання. У підсумку встановлено, що при лікуванні НБ перевага надається психотерапії (насамперед КПТ) або поєднанню психотерапії та фармакотерапії.

Компульсивне переїдання

Загалом лікування є дещо подібним до НБ, вимір результату визначається зменшенням переїдання. Найкращими з досліджених лікарських засобів для лікування КП та ожиріння виявились антидепресанти й антиконвульсанти. СІЗЗС визнані ефективними в дослідженнях стосовно лікування компульсивного переїдання. Антиконвульсанти топірамат також був визнаний ефективним у дослідженні КП, пов'язаному з ожирінням.

Ожиріння

За даними Національного інституту здоров'я США, у 30–60 % пацієнтів, які схудли за допомогою дієти і фізичного навантаження, протягом одного року маса тіла повертається до початкової, через 5 років – майже у всіх. Дані міжнародних досліджень свідчать про те, що в 95 % випадків не вдається на тривалий час знизити масу тіла. Застосування тільки немедикаментозних методів лікування нерідко не дозволяє досягти бажаних результатів.

Особливої уваги потребують ветерани бойових дій. Хоча дослідження фізичної активності молодих ветеранів під час реінтеграції до цивільного життя обмежені, високий рівень фізичної активності та тренування на витривалість у військовому житті навряд чи продовжуватиметься після строкової служби. В одному дослідженні лише 59 % вибірки ветеранів дотримувалися рекомендацій щодо фізичної активності (> 150 хв/тиждень із помірними та інтенсивними вправами), а 28,6 % не займалися спортивними вправами взагалі. Депресія та тяжкість соматичних симптомів корелювали зі зниженням шансів виконання щотижневих рекомендованих фізичних вправ.

Програма ведення пацієнтів з ожирінням повинна включати:

- гіпокалорійне збалансоване харчування з індивідуально підібраним раціоном калорійності;
- психоосвітні програми;
- когнітивно-поведінкові методи психотерапії;
- групову психотерапевтичну роботу;
- методи трансперсональної психотерапії в комплексі з тілесно орієнтованою психотерапією (за необхідності).

Великий відсоток пацієнтів з ожирінням і РХП страждає на депресивні й тривожні психічні розлади, що має визначати тактику їх медикаментозної терапії, важливе місце в якій займає корекція психопатологічних синдромів за допомогою антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну.

Профілактика розладів харчової поведінки

Ефективний підхід у профілактиці РХП ґрунтується на концепції стрес-долаючої поведінки. Навчання стрес-долаючій поведінці доцільно проводити в тренінговій групі, яка є природною формою

подолання емоційних труднощів, професійної та соціальної адаптації. Програма превенції РХП, орієнтована на цивільних та військових, включає попередню спрямовану бесіду про поширеність різних видів адиктивної поведінки і стресу, про значення формування копінг-поведінки для їх профілактики. Бесіда проводиться лікарем-психотерапевтом з урахуванням різних репрезентативних систем сприйняття інформації. Подальша робота здійснюється в групах, сформованих залежно від провідної репрезентативної системи сприйняття учасників. Робота проходить в три етапи по 10 годин.

Рекомендується проводити тренінг психологічної стійкості в музичному супроводі та відеозйомки для подальшого перегляду та обговорення. Метою тренінгу є посилення мотивації до здорового способу життя, розвиток внутрішнього ресурсу самоконтролю і стійкості до стресорного фактору без «заїдання» висококалорійними продуктами, досягнення відповідального керування своїми почуттями, свободи самовираження, впевненості у власних силах, здатності брати відповідальність на себе.

Запитання для контролю знань

1. Охарактеризуйте сучасну класифікацію РХП.
2. Назвіть основні фактори, що впливають на розвиток РХП серед цивільних.
3. Опишіть основні фактори, що впливають на розвиток РХП серед військових.
4. Назвіть основні терапевтичні заходи при РПХ.
5. Назвіть основні профілактичні заходи при РПХ.

Список літератури

1. Convertino A. D., Morland L. A., Blashill A. J. Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *The International Journal of Eating Disorders*. 2022. Vol. 55, № 8. P. 1079–1089. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.23757>

2. Mitchell K. S., Wolf E. J. PTSD, food addiction, and disordered eating in a sample of primarily older veterans: The mediating role of emotion regulation. *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 243. P. 23–29. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.013>
3. Wischik D. L., Magny-Normilus C., Whittemore R. Risk Factors of Obesity in Veterans of Recent Conflicts: Need for Diabetes Prevention. *Current Diabetes Reports*. 2019. Vol. 19, № 9. P. 70. URL: <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1191-9>
4. Yuryeva L., Ogorenko V., Shornikov A., Kokashynskiy V. Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022. Vol. 7 № 1. e0701355. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.355>
5. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія / О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко та ін. 2021. 268 с.
6. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ.: Т. Семигіна, І. Павленко та ін. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
7. Yuryeva L., Ogorenko V., Shornikov A., Kokashynskiy V. Validation of the ukrainian version of Binge Eating Scale. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2022. Vol. 30, № 2. P. 55–62. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-11>

Розділ 5.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

С. Г. Носов, А. Є. Ніколенко

Важкі психічні захворювання – неодмінний елемент військової охорони здоров'я. Унікальні аспекти військової служби і бойових операцій можуть впливати на появу та розвиток психічної хвороби. Під час військових дій у військовослужбовців можуть виникати психогенні психотичні стани, а також психози, що виникають внаслідок ЧМТ. Лікарі-психіатри мають бути обізнані з особливостями психічних захворювань.

Головна причина появи психогенного (реактивного) стану – це вплив психічної травми, яка виступає в ролі тригера. У житті людини трапляються багато бід: стихії, війни, техногенні аварії, смерть близьких, важкі непередбачені обставини. Не завжди можна вистояти під натиском негативу, який оточує нас. Багато хто не витримує навантаження, втрачає самоконтроль, робить неадекватні вчинки. Неприятливі психогенні впливи викликають у людини стрес, тобто неспецифічну реакцію на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях. Стрес може викликати як позитивний, мобілізуючий вплив, так і негативний, внаслідок чого виникають різні порушення та хвороби. Війна – це фактор колосального потрясіння для психіки, вона є одним із найсильніших та найнегативніших стресогенних факторів (дистрес), який впливає на психіку людини та призводить до розвитку психогенних розладів. Психогенні захворювання виникають внаслідок дії гострих чи тривалих психічних травм, які перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості особистості, при цьому виникають як психічні, так і сомато-неврологічні порушення. Ці психічні розлади можуть бути як непсихотичного (невротичного), так і психотичного рівня.

Дистрес (стрес з негативним впливом) викликає психічні розлади у людей зі слабким, сильним нестримним, художнім та розумовим типами вищої нервової діяльності (ВНД), тобто у людей зі слабкою психологічною захищеністю, яка також може бути викликана перенесеними захворюваннями, перевтомою та іншими шкідливими впливами.

Серед усіх психогеній вага реактивних психозів становить 20–23%. Поширеність реактивних психозів досягає 1%, а в ситуаціях катастроф, стихійних явищ та війн цей показник зростає до 10–25%. Серед жінок психогенії виникають у 2 рази частіше, ніж у чоловіків.

5.1. Психогенні (реактивні) психози

За клінічними ознаками, гостротою, характером і тривалістю перебігу реактивні психози можна розділити на три групи:

1. Гострі (афективно-шокові):

- гіпокінетичний варіант;
- гіперкінетичний варіант (гострий присмерковий стан, гостра реактивна сплутаність).

2. Підгострі (істеричні):

- істеричний присмерковий стан;
- псевдодеменція;
- регресія;
- пуерилізм;
- синдром Ганзера;
- маячноподібний стан.

3. Затяжні (суб'єктивно важливі):

- реактивна депресія;
- реактивний параноїд.

Гострі шоківі реактивні психози. Їх виникнення пов'язане з впливом гострої, раптової та дуже сильної психогенної травми, що становить загрозу для життя, найчастіше внаслідок масових катастроф (пожеж, землетрусів, паводків, транспортних катастроф, воєнних дій та ін.), тяжкого потрясіння, пов'язаному з несподіваною звісткою, арештом, узяттям у полон тощо.

Гострі шоківі реакції клінічно виявляються у двох формах – гіпокінетичній і гіперкінетичній. Гіпокінетична форма, або психогенна психомоторна загальмованість виявляється раптовим станом повного знерухомлення: людина застигає, не може зробити жодного руху, «ціпеніє від жаху», не може промовити ні слова (мутизм). Цей стан триває від кількох хвилин до кількох годин, супроводжується вегетативними порушеннями та глибоким потьмаренням свідомості, за типом сноподібного оглушення з наступною повною амнезією.

Гіперкінетична форма, психогенне психомоторне збудження – раптове хаотичне, безглузде рухове збудження, що виявляється в недиференційованих і нецілеспрямованих рухах, вигуках, невмотивованій втечі, нерідко в напрямку небезпеки. Вегетативні порушення представлені виразною тахікардією, різким зблідненням або почервонінням, профузною пітливістю й проносом. Стан збудження супроводжується потьмаренням свідомості з подальшою амнезією.

До гіперкінетичної форми шоківих реакцій відносять також гострі психози страху. В їх клінічній картині провідним симптомом є панічний, нестримний страх, який відображається в міміці, руховому збудженні й обумовлює всю поведінку таких хворих. Іноді психомоторне збудження змінюється психомоторною загальмованістю, хворі ніби застигають у позі, що виражає жах, відчай.

Гострі шоківі реакції тривають від кількох годин до кількох днів і, так само як і інші стани психомоторного збудження, супроводжуються амнезією.

У практиці розрізняють такі форми **реактивних психозів**:

- психогенна (реактивна) депресія;
- психогенний параноїд, галюциноз;
- істеричні психози (маячноподібні або маревні фантазії, синдром Ганзера, псевдодеменція, пуерилізм, синдром здичавіння, істеричний ступор).

Психогенна (реактивна) депресія

Депресія – це поширений психічний розлад, що впливає на військовослужбовців будь-якого віку. Вплив цієї хвороби на робочий стан солдата може бути різноманітним порівняно з первин-

ними розладами мислення чи біполярними розладами; можлива відсутність жодного симптому або коливання від невеликого впливу на роботу до значного погіршення, з потенційною небезпекою шкоди собі чи навколишнім.

Реактивні депресії є найчастішою формою реактивних психозів та зустрічаються у 40% випадків всіх психогенних психозів.

Виділяють основні варіанти:

- 1) депресивно-параноїдний;
- 2) астено-депресивний;
- 3) істерико-депресивний.

Депресивно-параноїдний варіант при депресії має повільний, поступовий розвиток з наростанням стану пригніченості, якому передують безсоння, довготривалий період осмислення та переробки в психіці травмуючої події. Свідомість хворих грубо не порушується, відзначаються явища деперсоналізації та дереалізації. Поряд із цим з'являється і маячна інтерпретація навколишнього. Іноді можна бачити синдром Кандинського-Клерамбо, що представлений у цих випадках окремими компонентами у вигляді відчуття внутрішньої відкритості та зчитування думок. Депресія супроводжується психомоторним загальмовуванням і може перейти в депресивний ступор. Перебіг хвороби зазвичай довготривалий (2–3 місяці), при цьому хворі втрачають вагу, в них відзначаються вегетативні зрушення – тахікардія, болі й відчуття важкості в ділянці серця, коливання артеріального тиску. Частими є суїцидальні тенденції та спроби. При зміні ситуації або лікуванні насамперед зникає маячна (маревна) інтерпретація оточення. Депресія стає менш глибокою та більш адекватною, поступово проходить психомоторна загальмованість, з'являється критика до перенесеного хворобливого стану.

Астено-депресивні стани починаються з нервово-психічного виснаження, яке досягає ступеня глибокої астенії. Далі наростає психомоторна загальмованість. Характерна апатія, пригнічення всіх функцій психіки. Загальмованість, уповільненість темпу психічних процесів, підвищення порогу сприйняття відображають зміну свідомості за типом оглушення. Надалі стан депресії може перейти у в'ялий ступор, який характеризується особливо несприятливим перебігом. При зворотному розвитку психічна діяльність

поступово відновлюється, однак довгий час ще спостерігається стан постреактивної астенії.

Істерико-депресивний стан характеризується поліморфністю, яскравістю, демонстративністю клінічних симптомів. Депресія проявляється драматичністю з елементами навмисності, карикатурної гротескності. Особливістю істеричної депресії є чіткість соматовегетативних проявів, агрипнічного синдрому, ендокринних дисфункцій. У клінічній картині переважають невдоволення, егоцентризм. Окрім театральної демонстративності депресія супроводжується плачем, непритомністю, заламуванням рук, трагічними позами та відповідною мімікою. Характерні конверсійна симптоматика (*globus hystericus*, астазія-абазія, афонія та ін.), а також дисоціативний галюциноз. Часті демонстративні суїцидальні спроби. Цей варіант реактивної депресії, попри виражену симптоматику, характеризується найшвидшим ситуаційно залежним регресом.

Реактивні депресії за тривалістю та яскравістю психологічних станів поділяються на гострі та затяжні.

Гострі депресивні стани розвиваються частіше в осіб з астеничними та психастеничними рисами. У клінічній практиці переважає страх, глибокий відчай, хворі висловлюють думки про смерть, можливі самоушкодження, суїциди, іноді розширені самогубства з метою позбавити своїх близьких від страждань. Ці стани зазвичай короткочасні і не завжди попадають у поле зору психіатрів.

Затяжні депресивні стани виникають через деякий час після психотравми. Хворі пригнічені, тужливі, безнадійні, увага зосереджена на психічній травмі і є домінуючою.

Хворі з меланхолічним типом реактивної депресії малюють минуле й майбутнє в чорних тонах, звинувачують себе в тому, що зробили мало для того, щоб попередити нещастя.

Тривожний варіант реактивної депресії виникає після психічної травми, яка загрожує життю та добробуту хворих, а також у заарештованих, які очікують рішення суду. Хворі постійно думають про те, що сталося, схвильовані своєю долею. Тривога супроводжується масивними соматовегетативними порушеннями, іноді досягаючи ступеня ажитації з руховим неспокоєм.

Істеричний варіант реактивної депресії розвивається в осіб з художнім типом. Хворі намагаються перебільшити свої страж-

дання, щоб викликати співчуття оточення. Істеричні депресії іноді супроводжуються демонстративними суїцидами, які можуть призвести до смерті чи каліцтва. При зовнішній вираженості депресії дезадаптація хворих буває незначною, що дозволяє їм справлятися зі службовими обов'язками.

Астенічний варіант реактивної депресії виникає після тривалої емоційної напруги, тривожної незрозумілості. Хворі – тужливі, з вираженою подразливою слабкістю, гіперестезіями, апатією, в'ялістю, відчуттям внутрішньої спустошеності, власної нездатності, тяжкого безсилля. Зростає загальна загальмованість, хворі не можуть довести розпочате до завершення. Говорять тихим голосом. У них поверхневий сон, який не приносить відпочинку.

Іпохондричний варіант реактивної депресії розвивається у людей недовірливих, з підвищеною увагою до свого здоров'я на фоні соматичного захворювання та психічної травми. Хворі впевнені в тому, що захворіли невиліковно, тривожні. Вони висловлюють скарги на різноманітні неприємні відчуття по всьому тілу.

Істерична депресія в судово-психіатричній практиці трапляється найчастіше. Вона розвивається після короткого істеричного збудження. Клінічна картина характеризується особливою яскравістю і жвавістю симптоматики, часто поєднується з іншими істеричними проявами – псевдодеменцією, пуерилізмом, маячноподібними фантазуваннями. Афект нудьги, смутку при істеричній депресії характеризується надзвичайною виразністю. Іноді нудьга поєднується з гнівливістю, депресія набуває ажитованого характеру. Хворі завдають собі пошкодження або скоюють демонстративні суїцидальні спроби. Вони не схильні до маячних ідей самозвинувачення. Істерична депресія протікає на фоні істерично звуженої свідомості з коливаннями психомоторних проявів. При поглибленні реактивного стану істерична депресія переходить в істеричний ступор, однак її перебіг є благополучним. Вихід із хворобливого стану може відбутись одразу ж після зміни психотравмуючої ситуації чи проведеного лікування, але може бути й поступовим.

Психогенний параноїд

Реактивний, психогенний параноїд виникає зазвичай після арешту, в місцях позбавлення волі, після напруженої безсонної ночі у зв'язку з усвідомленням того, що відбулося. Реактивний параноїд

розвивається в екстремальних ситуаціях, що вимагають швидкого пристосування до незвичних і часто вкрай несприятливих умов: при попаданні в зону військових дій, під час арешту, ізоляції від звичного оточення (потрапляння в іншомовне середовище), абсолютній ізоляції (завал під час землетрусу, в шахті або в печері).

Згідно з П.Б. Ганнушкіною, існує дві ситуації, які найбільше сприяють розвитку психогенного параноїду:

- підозра у скоєнні злочину,
- перебування в абсолютно чужому середовищі.

Факторами, що збільшують ймовірність виникнення реактивного параноїду, є скритність, тривожність, невпевненість у собі, підвищена сенситивність, а також об'єктивні обставини, у зв'язку з якими людина приховує якісь факти і побоюється викриття. Усі ці фактори створюють несприятливий емоційний фон і різко збільшують психологічну напругу. В результаті людина починає трактувати будь-які нейтральні події (поведінку й погляди оточення, їх розмови між собою) як свідчення підслуховування, підглядання, засудження або викриття.

Можливо *гострий* або *підгострий* розвиток реактивного параноїду. У початковій стадії у хворих з'являється незрозуміла наростаюча тривога, загальне емоційне напруження, неспокій, очікування неминучої катастрофи в поєднанні з помилковим пізнаванням і дереалізацією. Усе навколишнє сприймається й оцінюється хворим крізь марення. Зміст параноїду в прямій чи опосередкованій формі відображає ситуацію, що травмує; такий стан триває до одного місяця. Хворим здається, що все, що відбувається, має якийсь таємний сенс, що інші люди щось замишляють, перешіптуються й переглядаються. Кульмінацією стає почуття смертельної небезпеки. Оточення перетворюється на зловмисників, які готуються розправитися з пацієнтом, позбавивши його життя. На тлі вкрай насичених емоційних реакцій (розгубленості, занепокоєння, тривоги й страху) виникає марення, зорові й слухові галюцинації. Пацієнт «бачить», як хтось крадеться до нього, щоб напасти, «чує» голоси, які загрожують або повідомляють про ворожі плани. Іноді бувають психози без галюцинаторних розладів. Зазвичай розвивається марення особливої значущості, марення впливу, марення ставлення або марення переслідування.

Зміст марення при реактивному параноїді безпосередньо пов'язаний з обставинами, що травмують. При загрозі для життя домінує тема раптової загибелі, при загрозі для майбутнього і репутації – тема морально-моральної шкоди, приниження, несправедливості тощо.

Значно частіше зустрічається *підгострий* психогенний галюцинаторно-параноїдний синдром. У початковому періоді психотичного стану відзначаються явища дереалізації та хибного впізнання. Поступово цілеспрямоване мислення заміщується безперервним плином уявлень. Розгортаються спогади давно забутих епізодів. Поряд із напливом думок з'являється відчуття «витагвання», «зчитування думок», «внутрішньої відкритості»; це поєднується з іншими слуховими псевдогалюцинаціями. Хворі сповідають про внутрішні голоси, які втручаються в хід їхніх думок, звучать всередині голови, відтворюють процес слідства. З'являється також відчуття змінності власного організму, явища деперсоналізації. На висоті гострого психотичного стану, на тлі наростаючого афекту страху переважають істинні вербальні галюцинації, зміст яких безпосередньо пов'язаний із травмуючою ситуацією. «Голоси» мають множинний характер, часто у вигляді діалогу обговорюють поведінку хворого, погрожують, віщують смерть. Водночас хворим може чути плач їхніх дітей, рідних, крики, волення про допомогу тощо. Іноді бувають і зорові порушення сприйняття: хворим вивідаються рідні, близькі, озброєні люди, спрямовані на них рушниця чи інша зброя та інше. Значне місце в клінічній картині займають маячні ідеї ставлення, переслідування, а також маячення зовнішнього впливу, постійної підконтрольності своїх дій, стороннього впливу гіпнозом або якимись апаратами. Усі маячні ідеї об'єднані загальним змістом, пов'язаним із психогенно-травмуючою ситуацією. На висоті гострого психотичного стану переважає страх. При зворотному розвитку у психічному стані хворих відбуваються різкі зміни. Спочатку зникають галюцинації; напружений афект страху змінюється депресією, загальною астеною. Маячення набувають резидуального характеру і не виявляють тенденцій до подальшого розвитку. Однак повна критика до пережитого довгий час не відновлюється.

Параноїди зовнішніх обставин (С.Г. Жислін, 1940) мають три різновиди:

1. *Параноїд воєнного часу*. Фабула марення корелює із ситуацією. Хворі бояться потрапити в полон, сприймають усіх людей за ворогів та ін. Параноїд розгортається на тлі афекту страху та супроводжується імпульсивними діями, наприклад утечею. Пацієнт може вважати оточення ворогами, а себе дезертиром, зрадником або шпигуном.
2. «*Залізничні*» параноїди розвиваються під час тривалих невизначених подорожей, поспіхом, у незвичному оточенні, в стані виснаження. Фабула маячення – переслідування та ставлення – також зумовлена загальними обставинами. Хворі «помічають», що всі якось по-особливому на них дивляться, перешіптуються, роблять один одному знаки, замислюють убивство та ін. Пацієнт може бачити в сусідах злодійську зграю, яка планує пограбування, і звернутися до провідника або поліцейських по допомогу.
3. *Тюремні параноїди*. Фабула маячення відображає ситуацію, пов'язану з арештом і ув'язненням. Зазвичай у хворого розвиваються галюцинації, найчастіше слухові: звинувачення, погрози або коментування вчинків.

Істеричні психози

Синдром Ганзера (псевдодеменції) вперше був описаний німецьким психіатром Ганзером у 1987 р. Цей синдром, званий іноді «синдром невимовності», Ганзер спостерігав у в'язнів. Основний симптом цього синдрому – так звані відповіді повз. Пізніше багато психіатрів описували появу синдрому Ганзера у солдатів, а також в інших осіб, які перебувають у різних важких ситуаціях, а не лише у в'язниці.

Класичний синдром Ганзера складається з чотирьох симптомів:

- 1) «відповіді повз», тобто такі, що наближаються до правильних відповідей на запитання;
- 2) виконання дій навпаки;
- 3) звуження свідомості;
- 4) часткова чи повна амнезія.

Безглузда поведінка хворого виявляє певну систему і послідовність відповідно до побутового уявлення. Хворий неправильно відповідає на запитання, ніби «повз», він не може правильно назвати предмети повсякденного побуту, не розуміє змісту картинок, що показуються йому, помилково називає свій вік, пору року, кількість днів у тижні, кількість пальців на руках, кількість ніг у птахів і тварин, неправильно називає час, кольори (наприклад, кров зелена, трава червона, біла сажа, небо чорне тощо).

Мимоговоріння – людина відповідає на запитання у площині правильної відповіді, але все одно неправильно. Наприклад, на запитання: «Якого кольору дерево, кров, небо та земля?», пацієнт відповідає так: «дерево червоне, кров зелена, небо коричневе, а земля голубого кольору»; людина не може правильно назвати своє ім'я, дату народження та місце проживання.

Найпростіші дії хворі виконують навпаки, наприклад: чиркають по коробці зворотним кінцем сірника, читають газету догори ногами, намагаються вставити в замок ключ зворотним кінцем, у відповідь на прохання відчинити двері зачиняють їх і под.

Мимодія – при виконанні певних команд, пацієнт робить їх навпаки. Приклад: щоб зачинити двері, пацієнт їх відчиняє, або якщо лікар питає: «Скільки буде шість помножити на вісім?» – людина відповідає: «Сорок сім».

Хворі роблять помилки у найпростіших діях, причому характерні відповіді близькі до правильних відповідей, (наприклад, $2+2=5$, $3 \times 3=10$, $5 \times 5=24$ і т.д.) Проте водночас можливе правильне виконання значно складніших дій. Іноді хворий здається розсіяним, розгубленим та безпорадним. Часто приєднується інфантильна (пуерилізм) або блазнівська поведінка.

Типовий синдром Ганзера – явище відносно рідкісне і зазвичай зникає через кілька днів.

Синдром пуерилізму

Його назва походить від латинської слова *puer* – хлопчик й означає «впасти в дитинство». Протікає у формі істерично звуженої свідомості. Найхарактернішими та найстійкішими симптомами пуерилізму є:

- дитяча мова,

- дитяча моторика,
- дитячі емоційні реакції.

Хворі своєю поведінкою відтворюють особливості психіки дитини: говорять тонким голосом із примхливими дитячими інтонаціями, по-дитячому будують вислови, сюсюкають, до всіх звертаються на «ти», називають людей навколо себе «дядечками», «тіточками», використовують зменшувальні форми в назвах предметів та ін.

Емоційні реакції також оформляються по-дитячому: хворі примхливі, ображаються, випинають губи, плачуть, коли їм не дають те, що вони вимагають.

Однак у поведінці пуерильних хворих можна помітити відображення всього життєвого досвіду дорослої людини, збереженість окремих навичок і звичок (автоматичних рухів під час прийняття їжі, палінні). Цим поведінка пуерильних хворих суттєво відрізняється від власне дитячої поведінки. В судово-психіатричній практиці окремі риси пуерилізму, що включаються в клінічну картину інших реактивних психозів, зустрічаються частіше, ніж цілісний пуерильний синдром. Через кілька днів стан пуерилізму, як і псевдодементний стан, переважно закінчується одужанням чи може перейти в ступор або симуляцію.

Синдром «здичавіння» або психічного регресу

Це один із найрідкісніших реактивних розладів. Він характеризується розпадом психічних функцій на фоні істерично зміненої свідомості, поведінкою, що відтворює образ «дикої людини». Іноді поряд із розпадом психічних функцій відзначається продуктивна симптоматика у вигляді явищ істеричного перевтілення. Здебільшого хворі перебувають у стані тривалого психомоторного збудження: вони ходять на чотирьох кінцівках, повзають, їдять просто з підлоги або з миски, без столової ложки, кидаються, ричать, виявляють інші агресивні тенденції. На час одужання проявляється підвищена збудливість, подразливість, іноді є амнезія гострого періоду.

Псевдодеменція

Псевдодеменція – вважається відносно легким та неглибоким розладом, при якому відбувається мінущий регрес психічної ді-

яльності, що нібито імітує недоумство. Хворий починає неправильно відповідати на поставлені запитання (мимоговоріння), постійно засмучено озирається, удає, що нічого не розуміє. Неправильні відповіді часто супроводжуються неправильними діями (мимодія): якщо попросити хворого показати ніс, він показує очі, замість того, щоб надягнути взуття на ноги, людина натягує їх на руки тощо. Типовою особливістю псевдодементного стану є контраст між мимоговорінням і мимодією у простих обставинах та одночасне збереження складних рішень та дій.

Розрізняють *ажитовану* та *депресивну* псевдодеменцію.

Ажитована псевдодеменція характеризується виникненням збудження, ейфорії, хворі метушливі, кривляються, на запитання відповідають без зупинок.

Депресивна псевдодеменція проявляється уповільненим мисленням, розгубленістю, хворі можуть плакати, довго дивитися в одну точку, відповідають на всі запитання запереченням.

5.2. Психози внаслідок черепно-мозкових травм у військовослужбовців

Дуже частою патологією серед військовослужбовців є черепно-мозковий травматизм, який спостерігається у 30–50 % випадків за даними наукової літератури. У 20–30 % випадків ЧМП, залежно від їх тяжкості, виникають психотичні порушення.

З позиції патогенезу у розвитку психотичних розладів внаслідок ЧМТ відіграють роль різні патологічні механізми, які можуть бути представлені в межах декількох теорій.

Теорія травматичної асинапсії

Згідно з цією теорією, в момент ЧМТ виникає порушення синаптичних зв'язків між нейронами, що призводить до дезінтеграції мозкового функціонування, до розладів обробки інформації в головному мозку і, як наслідок, до виникнення різних психічних порушень, зокрема й психотичних станів. Стосовно розладів синаптичних зв'язків між нейронами виникають психотичні стани у вигляді синдромів пригніченої свідомості, якщо процес стосується переважною мірою медіобазальних лімбічних структур обох

півкуль головного мозку, а також психозів без потьмарення свідомості.

Теорія дезактивації мозкової кори

Згідно з цією теорією під час ЧМТ пошкоджуються шляхи ретикулярної формації стовбура мозку, внаслідок чого виникає непсихотична та різна психотична психопатологія з потьмаренням та без потьмарення свідомості.

Теорія травматичного ушкодження гіпоталамуса

Під час ЧМТ пошкоджується таламус – структура, яка є першим центром головного мозку, де фізіологічна функція (наприклад, голод, спрага тощо) вперше починає проявляти себе як елементарна психічна функція з розвитком емоцій, сприйняття ситуації, прояву волі, розуміння необхідності певних дій та ін. Розлад функціонування таламуса призводить до порушення формування психічних функцій людини, виникнення психопатології, у тому числі й розвитку різних психотичних станів із патологією емоцій, сприйняття, мислення, волі, поведінки, пам'яті тощо.

Теорія локалізації ушкодження головного мозку як пояснення виникнення клінічних проявів психозів внаслідок ЧМТ у військовослужбовців та їх особливостей

Згідно з цією теорією якість та кількість психопатології, у тому числі й психотичної, залежить від локалізації травматичного ушкодження мозку. Наприклад, переважна локалізація травматичного ураження в медіобазальних структурах головного мозку може призвести до виникнення слухових розладів сприйняття, розладів мислення під час психозу, тоді як локалізація травматичного ураження в потиличних ділянках мозку призводить до виникнення зорових порушень сприйняття. Переважна локалізація органічного ураження головного травматичного походження в домінантній півкулі сприяє розвитку психозів із тривалим, затяжним або хронічним перебігом, тоді як наявність органічної мозкової патології в субдомінантній півкулі зазвичай проявляється транзиторним, гострим перебігом психотичних станів (Шмар'ян, 1949). Розвиток психотичних станів тісно пов'язаний із наявністю та ступенем вираженості органічної дисфункції лобних відділів головного мозку:

чим більше виражена ця дисфункція, тим більш вірогідною стає можливість розвитку саме психотичних психічних розладів, і тим несприятливішим виявляється перебіг психозів. Органічне ураження лобних відділів головного мозку часто супроводжується розвитком психозів на тлі та у клінічному поєднанні з вираженою дефектно-органічною психопатологією (зокрема, із вираженим психоорганічним, корсаківським синдромом, деменцією).

Теорія патофункціональних систем у розвитку психозів внаслідок ЧМТ

Ця теорія свідчить про патологічне замикання тимчасових зв'язків під впливом ЧМТ, що зумовлює формування патофункціональних мозкових систем, які згодом стають проявами стійкого патологічного стану в головному мозку і є основою для підтримки неадекватної обробки інформації цими системами, до розвитку психопатології, у тому числі й до формування психозів з різними клінічними проявами та типами перебігу. Стійкість патофункціональних систем супроводжується іронічністю психотичного стану, резистентністю симптоматики до призначеного лікування. Динамічне, змінне замикання часових зв'язків між структурами різних «поверхів» головного мозку призводить до калейдоскопічності формування патофункціональних систем, на підставі яких виникають різні клінічні прояви психозів, відбувається динаміка клінічної симптоматики в структурі психозів. Зростаюча стійкість патофункціональних систем проявляється збільшенням тривалості та зменшенням психопатологічного різноманіття та змінності психотичних порушень протягом часу, а також зростаючою резистентністю психозу до психотропної терапії.

Еволюційна теорія розвитку психотичної травматичної органічної психопатології наслідок ЧМТ

Суть теорії полягає в тому, що в процесі ЧМТ активізуються еволюційно (філогенетично та онтогенетично) давніші механізми мозкового функціонування, які неадекватні для поточної зовнішньої дійсності і призводять до патології оцінювання навколишньої інформації, до розвитку еволюційно давніх типів психічної діяльності людини, внаслідок цього – до виникнення психозів із різни-

ми клінічними проявами, до розвитку порушень адаптації хворого в суспільстві.

Особливості розвитку психозів після ЧМТ у військовослужбовців:

- травматичні психози найчастіше виникають після ЧМТ середньої тяжкості і тяжких, після припинення станів вимкненої свідомості, після редукції коматозного стану; важливою умовою виникнення психозів після ЧМТ є наявність значного, помірного або важкого органічного ураження головного мозку, яке формується після тяжких або середньої тяжкості ЧМТ;
- чим тяжча травма, тим імовірніше виникнення психозів із потьмаренням свідомості, це обумовлено значним ураженням структур медіобазального комплексу обох гемісфер головного мозку;
- під час формування органічного ураження головного мозку після ЧМТ з проявами енцефалопатії може початися розвиток дефектно-органічних психічних порушень із супутнім виникненням психозів без потьмарення свідомості із тривалим перебігом, так званих перехідних синдромів Віка, які відображають перехід від психозів із потьмаренням свідомості або від синдромів вимкненої свідомості до саме дефектно-органічної симптоматики, вираженість якої з часом зростає і стає такою, що переважає серед клінічних проявів, у тому числі й психотичних без потьмарення свідомості;
- можлива трансформація психозів із потьмаренням свідомості із тривалим перебігом (затяжні сутінкові психози) у психози без потьмарення свідомості;
- можливе виникнення психозів з потьмаренням свідомості на тлі тривалих психозів без потьмарення свідомості з якісним та кількісним клінічним впливом цих психозів між собою:
 - прискорення перебігу довготривалого психозу без потьмарення свідомості після одного або декількох епізодів транзиторних психозів із потьмаренням свідомості, що виникли на його тлі;
 - збільшення частоти психозів із потьмаренням свідомості у разі зростання несприятливості перебігу довготривало-

го психозу без потьмарення свідомості, на тлі якого виникають транзиторні психотичні стани з потьмаренням свідомості;

- виникнення «хибного кола» у розвитку психотичних станів: транзиторні психози з потьмаренням свідомості негативно впливають на клінічні прояви тривалих психозів без потьмарення свідомості; це підвищує прогредієнтність процесу, що зі свого боку збільшує вірогідність появи психозів із потьмаренням свідомості на тлі довготривалих без потьмарення свідомості;
- додавання деяких проявів симптоматики психозів із потьмаренням свідомості (наприклад, затяжних сутінків) у клінічні прояви довготривалого психозу без потьмарення свідомості із наступною зміною, доповненням клінічної картини психозу без потьмарення свідомості;
- можливе змішане походження психозів, які виникають у результаті нашарування психотравмуючих факторів на фактор органічного ураження головного мозку з розвитком змішаних клінічних психотичних станів; в цьому разі можливі такі варіанти взаємовпливу психогенії та органічного ураження головного мозку:
 - психогенні фактори можуть активізувати перебіг травматичних психозів і підвищити вираженість проявів психозу;
 - можливе додавання та вплив клінічних проявів психогенних психозів на клінічну картину травматичних психозів;
 - наявність органічної патології мозку (органічного «підґрунтя») може сприяти створенню умов для легкої декомпенсації компенсаторних механізмів мозку і для розвитку психогенних психотичних станів, які можуть поєднуватись із типовими психозами після ЧМТ.
- психозам після ЧМТ можуть передувати і завершувати їх непсихотичні депресивні розлади;
- тривалість психозів після ЧМТ залежить від вираженості дефектно-органічних розладів, з якими вони клінічно пов'язані;
- можливий розвиток психозів після ЧМТ вибуховою хвилею;
- психози можуть виникати у хворих із симптоматичною епілепсією після ЧМТ як періктальні (преіктальні, постікталь-

ні), іктальні та інтеріктальні психотичні стани з неальтернативним та альтернативним до епілептичних нападів варіантами розвитку;

- можливі коморбідні психози у хворих з перенесеною ЧМТ (наприклад, інтоксикаційні, абстинентні, соматогенні, психоз внаслідок шизофренії); серед них можуть бути психози спровоковані й неспровоковані ЧМТ.
- Психози внаслідок ЧМТ виникають у різні періоди травматичної хвороби і мають свої клінічні особливості. Насамперед доцільно розглянути класифікацію періодів травматичної хвороби.

Класифікація періодів травматичної хвороби:

- 1) гострий (найгостріший за Н.І. Бурденко) – 2–3 тижні після ЧМТ;
- 2) підгострий (з початку 4-го тижня до кінця 4-го місяця після ЧМТ);
- 3) пізній (або реконвалесценції) понад 4 місяці до 4-х років після ЧМТ;
- 4) віддалених наслідків – понад 4 роки після ЧМТ.

Психотичні стани виникають при стаціонарному, прогресивному перебігах травматичної хвороби, а також при пізній декомпенсації травматичної хвороби і значно рідше при регресивному її перебігу.

Клінічна характеристика психозів у військовослужбовців, що виникають у різних періодах травматичної хвороби

У гострому періоді ЧМТ психози виникають досить часто, спостерігаються такі психотичні стани. Найчастіше – психози з потьмаренням свідомості: сутінковий психоз, делірій, онейроїд, аменція. Також можуть виникати психози без потьмарення свідомості, до яких належать афективні психози, транзиторні маячні, галюцинаторні, психотичні стани, транзиторний корсаківський психоз, значно рідше – конфабульоз та кататонічний психоз.

У підгострому періоді психотичні розлади виникають значно рідше, ніж у гострому періоді, і зазвичай після тяжких ЧМТ. Найчастіше виникають психози без потьмарення свідомості (афективні, маячні, галюцинаторні, кататонічні, транзиторний корсаківський психоз внаслідок ЧМТ). Рідше, зазвичай після тяжких

ЧМТ і ЧМТ середньої тяжкості, в умовах впливу додаткових шкідливостей (соматичні хвороби, інфекції, зловживання алкоголем та ін.) спостерігаються психози з потьмаренням свідомості (делірії, сутінки).

У пізньому періоді ЧМТ психотичні стани виникають нечасто, вони характеризуються переважанням тривалих психозів без потьмарення свідомості (галюцинаторних, маячних, афективних) над психозами із потьмаренням свідомості, з яких найчастіше відбуваються сутінкові психози в межах симптоматичної епілепсії внаслідок ЧМТ, а також делірії під впливом додаткових шкідливостей.

Період віддалених наслідків ЧМТ характеризується наявністю психозів із непотьмареною свідомістю (афективні, афективно-маячні, маячні, галюцинаторні або галюцинаторно-маячні, кататоноподібні) з різними типами перебігу, серед яких переважає тривалий перебіг із затяжними та хронічними психотичними станами. Психози з потьмаренням свідомості не є частими, вони виникають під впливом додаткових шкідливостей або як прояви симптоматичної епілепсії. Часто спостерігається виникання психозів із потьмаренням свідомості (делірії, сутінки) на тлі психозів з непотьмареною свідомістю і їхній клінічний взаємовплив.

Клінічна характеристика психозів після ЧМТ, які спостерігаються у військовослужбовців

Психози з потьмаренням свідомості (загальні клініко-патогенетичні риси):

- це психози із транзиторним типом перебігу, які характеризуються тривалістю від декількох годин до декількох діб, тижня;
- виникають після завершення коматозного стану на етапах відновлення свідомості після ЧМТ середньої тяжкості або після тяжких ЧМТ на тлі вираженої астенії;
- більшість із цих психозів є повторними: сутінкові психози, делірій, аменція (винятком є онейроїд), – вони можуть повторюватись під впливом додаткових шкідливостей;
- сутінковий психоз може виникнути також при симптоматичній епілепсії внаслідок ЧМТ у преіктальному, постіктальному та інтеріктальному періодах за неальтернативним механізмом формування (тобто без розвитку феномену на-

сильницької нормалізації ЕЕГ за Н. Landolt). Сутінкові розлади свідомості можуть виникати в межах складного фокального епілептичного нападу. Крім сутінку, при епілепсії внаслідок ЧМТ, хоча й значно рідше, можуть спостерігатися делірій, онейроїд.

Сутінкові психотичні стани:

- займають за частотою перше місце серед психозів із потьмаренням свідомості при травматичній хворобі, виникають після тяжким ЧМТ або після ЧМТ середньої тяжкості;
- пов'язані з набряком мозку після ЧМТ (гострий період ЧМТ);
- можуть виникати одноразово і не повторюватись, а можуть повторюватись під впливом додаткових шкідливостей (судинний фактор, алкоголізація, наркотизація, психотравма тощо) як на початку, так і на більш віддаленому етапі гострого та підгострого періоду;
- у підгострому та наступних періодах частота сутінкових психозів менша, що обумовлено зменшенням набряку головного мозку або поєднанням сутінкових психозів з епілептичними нападами;
- сутінкові психози виникають при симптоматичній епілепсії в підгострому та подальших періодах травматичної хвороби;
- частіше виникають ввечері;
- характеризуються потьмаренням свідомості з алопсихічною та аутопсихічною дезорієнтацією, а також невпорядкованою активністю з автоматичними діями або психомоторним збудженням з гетероагресією та руйнівними діями;
- характерна повна амнезія у хворого стосовно власної поведінки та подій на період сутінкового стану.
- Розрізняють такі види сутінкових психозів:
- прості сутінкові психози з переважанням психомоторних розладів на тлі потьмареної свідомості;
- галюцинаторно-маячні сутінкові психози з галюцинаціями, маяченням, брутальним афектом та агресією;
- сутінкові психози з псевдодементно-пуерильними рисами;
- сноподібні сутінкові психотичні стани із сонливістю та знеухомленістю, близькою до ступору (dreamy states);

- зatoryжні сутінкові психози з неглибоким потьмаренням свідомості, неповною дезорієнтацією, галюциаторними та маячними проявами, неадекватною поведінкою і можливою трансформацією надалі в галюциаторно-маячні психози без потьмарення свідомості; виникають або самостійно, або в процесі клінічної трансформації з типових сутінкових психозів під впливом зростаючою органічної енцефалопатії.

Делірій

Дерилій – друга за частотою форма психозів з потьмаренням свідомості.

Варіанти розвитку делірію внаслідок ЧМТ:

- може розвинутиися слідом за зникненням симптомів оглушення (йому може передувати конфабуляторна сплутаність);
- може виникати гостро через тижні після відновлення свідомості на тлі зростаючої астенії за наявності впливу додаткової шкідливості (зловживання алкоголем, декомпенсація судинно-мозкової недостатності тощо);
- перед делірієм можуть виникати ілюзії, функціональні галюцинації, а також рефлекторні галюцинації Ліпмана, Рейхарда, Ашаффенбурга;
- перед початком делірію характерні гіпнопомпичні зорові та слухові галюцинації, які тісно пов'язані із сюжетом попередніх сновидінь;
- під час делірію спостерігається алопсихічна дезорієнтація зі збереженням аутопсихічного орієнтування, але в разі виникнення тяжкого делірію (муситуючого) з'являються також ознаки аутопсихічної дезорієнтації;
- сюжети зорових галюцинацій – групи та натовпи, які насуваються на хворого, відтісняють його; транспорт, який намагається, на думку хворого, наїхати на нього; рідше виникають галюциаторні образи у вигляді великих тварин, які намагаються завдати шкоди хворому; крім того, спостерігаються слухові галюцинації, які найчастіше сюжетно пов'язані із зоровими галюцинаціями;
- формується вторинне галюциаторне маячення у вигляді ідей стосунку та переслідування;

- хворий є спостерігачем галюцинаторно-маячної ситуації під час психозу;
- переважаючий афект під час делірію – різко виражена тривога або страх як реакція хворого на галюцинаторні образи й на сюжет маячення;
- поведінка та дії хворого під час деліріозного психозу – захист себе, або втеча від «переслідувачів», «недоброзичливців», або напад на них;
- психоз найбільше виражений у вечірній та нічний час;
- збільшення інтенсивності психозу залежить також від впливу факторів (фізичних, метеорологічних, токсичних та інших), які активізують патологічні механізми в головному мозку;
- вдень можуть бути «світлі проміжки» без психотичної симптоматики делірію, які іноді настільки тривалі (декілька діб поспіль), що в лікаря може скластися враження про закінчення психозу, але часто це не так, оскільки незабаром виникають повторні загострення психотичного стану загальною тривалістю від кількох днів до двох тижнів (у середньому приблизно протягом 1–2 тижнів);
- після завершення делірію спогади хворого про власну поведінку та події навколо нього фрагментарні, неповні, а кількість того, що запам'яталося, залежить від вираженості деліріозного потьмарення свідомості;
- делірії схильні до рецидивів у періодах травматичної хвороби, часто під впливом додаткових шкідливостей.
- Варіанти виходу з делірію:
- завершення психозу після тривалого сну з наступною тривалою вираженою астенією та подальшою повільною її редукцією;
- неповне завершення психозу з появою після делірію на тлі вираженої астенії функціональних галюцинацій, якщо кількість та інтенсивність їх зростає, з'являються рефлекторні галюцинації, то це вказує на повторний розвиток делірію або на його продовження після «люцидного вікна»;
- трансформація делірію внаслідок ЧМТ у транзиторний корсаківський психоз;

- трансформація делірію в хронічний корсаківський синдром або в психоорганічний синдром, в деменцію, що відбувається після важких повторних деліріїв;
- трансформація делірію в органічний галюциноз або транзиторийний маячний психоз з галюцинаторно-маячною симптоматикою;
- смерть від соматичних ускладнень внаслідок делірію або від інтеркурентних інфекцій.

Онейроїд внаслідок ЧМТ

Назва психозу походить від двох латинських слів: *oneyros* – сон, *oid* – подібний, тобто онейроїд (*oneyroid*) – це психоз із проявами, подібними до сну. Виникає найчастіше після тяжких ЧМТ.

Онейроїд – порівняно рідкісна форма психозу з потьмаренням свідомості, відбувається в гострому періоді ЧМТ:

- поява онейроїду після ЧМТ є свідомством тяжкого, несприятливого перебігу травматичної хвороби;
- при ЧМТ онейроїд виникає на тлі вираженої астенії, яка може трансформуватися в сутінковий психоз перед онейроїдом;
- психоз характеризується потьмаренням свідомості з впливом сновидних фантастичних зорових галюцинацій, що виникають у змінений свідомості хворого і які за походженням можуть класифікуватися як зорові псевдогалюцинації;
- онейроїдне потьмарення свідомості характеризується наявністю алопсихічної та аутопсихічної дезорієнтації;
- виникає зазвичай у перші дні гострого періоду на тлі легкої сонливості (сомноленції) та знерухомленості, яка є етапом відновлення свідомості після його виключення;
- онейроїд – одноразовий психотичний розлад після однократної ЧМТ (на відміну від сутінків та делірію), який не повторюється;
- після ЧМТ онейроїд виникає без типових класичних закономірностей, цей психоз лише на висоті поганого стану у хворого, нетривалий;
- вираженої знерухомленості, як при класичному онейроїді, не спостерігається, часті періоди нетривалого та хаотичного моторного збудження (у цьому випадку говорять про наяв-

ність змішаного деліріозно-онейроїдного психотичного стану);

- на початку онейроїду є характерним розвиток гіпнопомічних галюцинацій фантастичного змісту, які тісно пов'язані із сюжетом попередніх сновидінь фантастичного змісту і з яких розвиваються фантастичні псевдогалюцинації онейроїдного психозу;
- під час психозу фантастичні псевдогалюцинаторні сновидні картини послідовно змінюють одна одну, відбувається калейдоскопічність розвитку розладів сприйняття;
- хворий є учасником подій, які представлені у цих фантастичних картинах;
- у сюжеті галюцинаторних образів фантастика межується з буденністю;
- крім галюцинацій розвивається фантастичне маячення, що відповідає сюжету розладів сприйняття та афекту; фантастичне маячення поєднується з маяченням життєвого змісту;
- вираз обличчя хворого під час онейроїду або застиглий, апатичний, або амімічно-здивований;
- мовний контакт з хворим під час розвитку повного онейроїду зазвичай утруднений;
- для онейроїду властиві виражені порушення емоцій: їхня лабільність, наявність або маніакального, або депресивного афекту, який відповідає сюжету псевдогалюцинацій та маячення;
- хворі під час онейроїду відчувають різке уповільнення або, навпаки, різке прискорення часу, швидкі переміщення в просторі;
- під час онейроїду часто виникають метаморфозії та розлади схеми тіла, які нерідко залишаються надовго після прояснення свідомості;
- тривалість онейроїду – від однієї доби до декількох діб.

Вихід з онейроїду внаслідок ЧМТ:

- швидке, критичне закінчення психозу з частковою амнезією після психозу та вираженою тривалою астенією;
- трансформація онейроїду в оглушення або аменцію з наступним розвитком галюцинаторних та маячних психозів

без потьмарення свідомості (перехідних синдромів Віка) і вираженої дефектно-органічної симптоматики; також можлива смерть хворого.

Аменція внаслідок ЧМТ

Аменція в перекладі з латинської мови – божевілля; клініка розладу описана Т. Мейнертом (1890):

- дуже рідкісний гострий психоз, який виникає після тяжкої ЧМТ, після повторних ЧМТ, у разі додаткового негативного впливу несприятливих зовнішніх (гіпоавітаміноз у зв'язку з поганим харчуванням, зловживання алкоголем, психоактивними речовинами, хронічні інтоксикації, перенесені раніше нейроінфекції тощо) та внутрішніх (хвороби крові, виражена серцево-судинна, ниркова, печінкова патологія та недостатність, цукровий діабет тощо) факторів на головний мозок;
- тривалість від декількох днів до одного тижня, рідко декілька тижнів;
- виявляється потьмарена свідомість, розгубленість;
- характерна повна аутопсихічна та алопсихічна дезорієнтація хворого;
- спостерігається неадекватна поведінка, часто повторюване стереотипне психомоторне збудження хворого в межах невеликого простору (ліжка) у поєднанні з епізодами заспокоєння, застигання аж до ступору;
- виникає мінливість настрою (засмучення, страх, плаксивість, здивування, веселість);
- феномен яктації (хаотична поведінка);
- інкогерентне мислення, персеверації та вербігерації;
- галюцинаторні розлади та уривчасті маячні ідеї;
- характерна повна амнезія після закінчення психозу;
- поганий прогноз: нерідко смерть, в іншому випадку – глибока тривала астения, психоорганічний синдром, органічна деменція.

Психози без потьмарення свідомості внаслідок ЧМТ (загальні клініко-патогенетичні аспекти):

- ці психози виникають на різних етапах розвитку травматичної хвороби на тлі астенії внаслідок ЧМТ (в гострому та

підгострому періодах ЧМТ), а також у поєднанні з проявами психоорганічного, хронічного корсаківського синдрому або деменції внаслідок ЧМТ (у пізньому періоді та в періоді віддалених наслідків ЧМТ);

- можуть виникати без попередніх психотичних станів при ЧМТ середньої тяжкості з вимкненням свідомості, а можуть розвиватися після завершення попередніх психозів з потьмаренням свідомості (тяжкі ЧМТ, ЧМТ середньої тяжкості);
- психози без потьмарення свідомості, якщо виникають після психозів з потьмаренням свідомості та попередніх коматозних станів, є «перехідними синдромами Віка» між психозами з потьмаренням свідомості або станами з вимкненням свідомості та дефектно-органічними розладами внаслідок ЧМТ (психоорганічний, хронічний корсаківський синдроми, деменція);
- ці психози як «синдроми Віка» виникають на тлі зростаючої когнітивної дисфункції: спочатку психозам без потьмарення свідомості притаманний транзиторний, епізодичний, недовготривалий перебіг (виникають гострі симптоматичні психози внаслідок ЧМТ), але подальше зростання когнітивної дисфункції призводить до збільшення тривалості, до протрагування цих психотичних станів і до певних змін у їхній клінічній картині;
- зростання тривалості психозів впливає на формування психоорганічного, корсаківського синдрому, деменції (виникає «хибне клініко-патогенетичне коло»), які стають домінуючими в клінічній картині хвороби, а хронічні психотичні «протраговані» розлади без потьмарення свідомості займають місце факультативних проявів цих синдромів, при цьому відбувається взаємовплив симптоматики дефіцитарного органічного синдрому і клініки психозу;
- здійснюється перехід від психозів з потьмаренням свідомості до дефектно-органічних синдромів з розвитком і під впливом перехідних психозів Віка без потьмарення свідомості.

Афективні психози (загальні клінічні риси):

- виникають рідше, ніж психози з потьмаренням свідомості;

- спостерігаються в різних періодах травматичної хвороби;
- розвиваються в перші дні після середньої тяжкості ЧМТ, або в підгострому періоді після завершення психозів з потьмаренням свідомості в разі тяжкої ЧМТ на тлі вираженої астенії, або в поєднанні з проявами дефектно-органічної симптоматики внаслідок ЧМТ у пізньому періоді та в періоді віддалених наслідків ЧМТ;
- продовжуються протягом 1–2 тижнів після ЧМТ, психози повторюються неодноразово;
- виявляються монополярними або біполярними афективними клінічними картинами;
- знижений настрій може бути у вигляді астенодепресії, тривожної депресії, але частіше спостерігається у проявах депресивних дисфорій у поєднанні з параіпохондрією;
- психози з підвищеним настроєм проявляються гнівливою манією;
- депресивні психози часто провокуються психогенними захворюваннями, а маніакальні психотичні стани – соматичними, інфекційними захворюваннями, алкогольними ексцесами.

Депресивні психози внаслідок ЧМТ:

- виникає депресія з дисфоричними реакціями і дисфоричним фоном, з різким зниженням критики, іншими психотичними проявами і вираженими розладами сну;
- для депресивних психозів притаманно посилення проявів депресивних розладів надвечір поряд з підвищенням вираженості після травматичної астенії;
- ввечері, якщо психоз виник після попереднього сутінкового психозу, іноді може спостерігатися поєднання депресії з короткочасним сутінковим потьмаренням свідомості з наступною амнезією епізоду з порушенням свідомості;
- характерні суїцидальні висловлювання хворих, які формуються на реальних підставах, на реальному ґрунті (суїцидальні думки у зв'язку з реальним поганим самопочуттям хворого);
- проявляються ідеї самозвинувачення на реальному ґрунті (звинувачують себе в тому, що трапилося з ними);

- при депресіях внаслідок ЧМТ має місце песимістична оцінка сьогодення та іноді майбутнього, але не минулого, як при ендогенній депресії;
- можуть виникати іпохондрично забарвлені тривожні депресії або депресії зі страхом;
- можуть виникати маячні прояви іпохондричного синдрому в поєднанні з параіпохондрією (надлишкове піклування про власне здоров'я за допомогою фізичних вправ, дієт, особливого способу життя тощо);
- часто виникають дисфоричні психози, які виникають на тлі значного органічного ураження головного мозку після ЧМТ середньої тяжкості або тяжких і складаються з проявів тривалого дисфоричного фону, з якого формуються дисфоричні реакції, після закінчення яких знову з'являється дисфоричний фон, тобто між цими двома клінічними проявами існує тісний динамічний зв'язок):
 - дисфорична реакція – злобно-гнівливий або тривожно-тужливий спалах у вигляді люті, агресії всіх видів, крайньої дратівливості стосовно оточення,
 - дисфоричний фон – більш-менш тривалий стан у вигляді депресії з вираженою вегетативною дисфункцією, із сенистопатіями, емоційною напруженістю, незадоволеністю навколишнім світом, з періодичною розрядкою напруженої дисфорії під час дисфоричних реакцій;
- крім афективних порушень та голотимних ідей самозвинувачення, при депресивних психозах спостерігаються маячні персекуторні та іпохондричні ідеї або прояви синдрому Котара, а також галюцинаторні розлади, найчастіше слухові, співзвучні до маячних ідей, і значне зниження або відсутність критики хворого до власних висловлювань та поведінки;
- виділяють астенічні дисфоричні психози з проявами інтрапунітивних дисфоричних реакцій і дисфоричного фону з чіткими ознаками астенічної подразливості, голотимними ідеями; тривожні дисфоричні психози з маячними іпохондричними ідеями; експлозивні дисфоричні психози з дисфоричними реакціями за екстрапунітивним типом, із

вираженим емоційним збудженням, конфліктністю, люттю, вираженою подразливістю, агресією на адресу оточення;

- якщо в клінічній картині проявляються психічні розлади, що належать до різних типів дисфоричних психозів, тоді такий стан називають змішаним дисфоричним психозом.

Маніакальні психози внаслідок ЧМТ:

- спостерігаються значно рідше, ніж депресивні психози;
- розвиваються після тяжких ЧМТ зі значним органічним ураженням головного мозку;
- виникають маніакальні психози, що характеризуються маніакальними станами з проявами непродуктивної, «гнівливої» манії, манії з персекуторним маяченням і галюцинаціями, вираженою неадекватністю поведінки та різким зниженням критики хворого до власних висловлювань та вчинків аж до повної її відсутності;
- виділяють маніакальні психози з моріоподібною (псевдопаралітичною) клінічною симптоматикою у вигляді піднесеного настрою, з розгальмуванням потягів, глибокими порушеннями критики та вираженими порушеннями поведінки, з проявами грубості та цинізму;
- серед маніакальних психозів найчастіше спостерігається гнівлива манія, яка є змішаним маніакально-депресивним станом і проявляється дратівливістю, запальністю, гнівливістю хворих на тлі підвищеного настрою, відсутністю критики хворого до власної неадекватної поведінки, при цьому гнівливість недовготривала, скороминуща, швидко змінюється неадекватно піднесеним настроєм.

Внаслідок ЧМТ можуть виникати й біполярні афективні психози, які науковій літературі трактують як біполярний афективний розлад на органічному ґрунті. Ці стани проявляються окресленими епізодами манії та депресії на тлі астенії внаслідок ЧМТ; астенія та фізичні й метеорологічні фактори впливають на динаміку й вираженість клінічних проявів психозу. У структурі депресивних епізодів найчастіше представлена дисфорична депресія. Крім того, біполярні травматичні афективні психози можуть бути представлені й атиповими змішаними афективними станами, серед яких найчастіше спостерігається гнівлива манія.

Маячні психози внаслідок ЧМТ

Маячні психози розподіляються на транзиторні та затяжні й хронічні психози. Маячні транзиторні психози:

- проявляються найчастіше в гострому, підгострому періодам травматичної хвороби, але можуть виникати і в інших періодах після ЧМТ середньої тяжкості або тяжких;
- виникають на тлі вираженої астенії та зростаючих когнітивних розладів;
- маячні транзиторні психози – це стани, які можуть неодноразово повторюватись у різних періодах травматичної хвороби;
- у разі зростання проявів психоорганічного синдрому, хронічного корсаківського синдрому, деменції зростає тривалість маячних психозів, їхній перебіг стає затяжним та хронічним;
- транзиторні маячні психози проявляються чуттєвим персекуторним маяченням;
- маячення конкретне, звичайне, в коло маячних переживань включаються ситуації життєвого характеру, в маячну фабулу включаються конкретні реальні особи з оточення;
- характерна стереотипність тематики маячення, немає вираженої маячної систематизації;
- крім маячення спостерігаються вербальні галюцинації: істинні слухові, рідше зорові, смакові, нюхові галюцинації та ілюзії;
- можуть виникати нюхові галюцинації у вигляді неприємних запахів, зорові галюцинації істинні, переважно статичні (фігури, обличчя людей, силуети);
- характерна стереотипність, епізодичність виникнення галюцинацій, повторення одних і тих самих галюцинаторних образів протягом тривалого часу;
- до розвитку повної картини психозу можуть виникати гіпнагогічні та гіпнопомпичні галюцинації, які відрізняються за сюжетом від сновидінь і прогнозують подальший розвиток маячного психозу без потьмарення свідомості;

- маячні ідеї та галюцинації пов'язані у транзиторних маячних психозах між собою за сюжетом, при цьому сюжет маячний, а не галюцинаторний;
- спостерігаються також окремі психічні автоматизми як прояви синдрому Кандинського-Клерамбо, і вони мають такі клінічні особливості:
 - виникають окремі прояви цього синдрому;
 - можливі прояви малого ідеаторного автоматизму, відкритість думок як елемент повного ідеаторного варіанта психічного автоматизму, відчуття тілесного та моторного впливу й відповідне маячення соматичного, фізичного впливу як окремі прояви сенестопатичного (соматичного) або моторного варіанта психічного автоматизму;
 - характерна мінливість проявів різних компонентів синдрому протягом часу або від одного епізоду психозу до іншого;
 - прояви психічного автоматизму виникають тільки на висоті психозу і швидко зникають під час зменшення його інтенсивності, не є довготривалим розладом (довготривалість – предиктор збільшення тривалості транзиторного психозу до свого максимального терміну та трансформації його у довготривалий стан);
- маячні психотичні стани супроводжуються тривогою, страхом та імпульсивними, часто агресивними, вчинками;
- поряд з маяченням спостерігаються конфабуляторні розлади;
- після редукції психозу спостерігається тривала й виражена астения.

Затяжні й хронічні маячні психози:

- зазвичай виникають на пізньому етапі та на етапі віддалених наслідків ЧМТ і рідко від початку травматичної хвороби, в цьому разі після тяжких ЧМТ у процесі поступової трансформації психозів з потьмаренням свідомості у психози без потьмарення свідомості;
- виникають у поєднанні з психоорганічним синдромом та деменцією;

- виділяють галюцинаторно-маячні та паранойяльні психози з епізодичним затяжним та хронічним перебігом;
- розвитку цих психозів сприяють соматичні шкідливості та додаткові зовнішні фактори негативного впливу на функціонування головного мозку.

Галюцинаторно-маячні психози:

- виникають внаслідок трансформації з повторних транзиторних маячних психозів, тривалість епізодів яких прогресивно збільшується і після чергового епізоду стає довготривалою або безперервною;
- можуть виникати від початку травматичної хвороби після трансформації психозів з потьмаренням свідомості у психози без потьмарення свідомості;
- спочатку в клініці психозу переважають прояви гострого почуттєвого маячення з вербальними галюцинаціями без потьмарення свідомості;
- в наступних епізодах психозу в клінічній картині переважають прояви синдрому вербального галюцинозу і галюцинаторного маячення;
- психічні автоматизми можуть проявлятися слуховими псевдогалюцинаціями, симптомом відкритості, образним ментизмом;
- можуть бути варіанти цього психозу з вираженим переважанням галюцинаторних розладів, зміст і модальність яких стають незмінними протягом дуже довгого часу;
- в більшій частині випадків психози протікають з поступовим спрощенням клінічної картини, насамперед у зв'язку з редукцією або ослабленням маячного та афективного компонентів, а також зменшенням інтенсивності галюцинозу.

Паранойяльні психози:

- виникають на пізньому етапі та на етапі віддалених наслідків травматичної хвороби після ЧМТ середньої тяжкості або тяжких;
- виникають у поєднанні з проявами психоорганічного синдрому;

- розлади виникають як у чоловіків понад 40 років, так і у жінок;
- характерна преморбідна особистість хворих з паранойяльними рисами, а травматичне ураження мозку призводить до їх загострення;
- психози найчастіше мають форму паранойяльних ревнощів;
- органічна астенія мало виражена, вона вуалюється паранойяльною стеничністю хворих;
- паранойяльні розлади супроводжуються стертими і тривалими афективними субдепресивними або гіпоманіакальними компонентами;
- маячення ревнощів може поєднуватися з ідеями збитку або отруєння;
- сутяжні розлади зазвичай монотематичні, змінюється лише мета боротьби;
- паранойяльним психозам притаманний хронічний перебіг.

Органічний галюциноз:

- психоз без потьмарення свідомості;
- виникає самостійно після ЧМТ середньої тяжкості, а після тяжких ЧМТ найчастіше проявляється після завершення попередніх психозів з потьмаренням свідомості, нерідко виникає в процесі їх подальшої клінічної трансформації;
- психоз може бути з гострим та хронічним перебігом;
- розвивається на тлі астенії (гострий психоз) або в поєднанні з симптоматикою дефектно-органічних станів (психоорганічного синдрому тощо) у разі виникнення хронічного органічного галюцинозу;
- основними клінічними проявами психозу є галюцинації без супутнього маячного супроводження;
- характерні зорові галюцинації (у т.ч. прояви педункулярного галюцинозу Лермітта в разі наявності органічного ураження в ділянці ніжок мозку внаслідок ЧМТ), тактильні, нюхові, смакові істинні галюцинації;
- спостерігаються функціональні галюцинації після психозу з потьмаренням свідомості (делірію) або функціональні та рефлекторні галюцинації (Рейхарда, Ліпмана, Ашафенбур-

га) як предиктори перед наступним розвитком делірію з органічного галюцинозу.

Виходи з психозу:

- після редукції психозу – виражена, тривала астенія;
- трансформація гострого органічного галюцинозу у хронічний галюциноз;
- можлива трансформація органічного галюцинозу в маячний психоз із виникненням маячних ідей та слухових галюцинацій поряд із притаманними органічному галюцинозу;
- трансформація у психози з потьмаренням свідомості, найчастіше в делірій під впливом додаткових шкідливостей або в разі несприятливого перебігу травматичної хвороби.

Корсаківський психоз гострого та підгострого періоду ЧМТ:

- затяжний варіант гострих травматичних психозів після ЧМТ середньої тяжкості або після тяжких ЧМТ на тлі вираженої астенії;
- виникає відразу або за кілька днів після зникнення симптомів оглушення;
- синдрому передують деліріозне або сутінкове затьмарення свідомості;
- найтриваліша форма гострого травматичного психозу, він триває не менше ніж 2–3 місяці (рідко декілька тижнів);
- особливо довго триває і має несприятливий перебіг корсаківський психоз в осіб, які зловживали алкоголем і перенесли тяжку ЧМТ або повторні ЧМТ, або в осіб із супутньою судинною патологією головного мозку та соматичними серцево-судинними хворобами;
- характерні амнезії (фіксаційна, ретроградна та меншою мірою антероградна), які поєднуються з псевдоремінісценціями, конфабуляціями та зміненим афектом;
- спостерігаються конфабуляції різної інтенсивності, їх зміст багато в чому залежить від переважаючого афекту: зміст конфабуляцій експансивний при підвищеному настрої або іпохондричний при зниженому настрої хворого;
- зміст конфабуляцій постійно пов'язаний із ситуацією, що спричинила госпіталізацію, та причинами перебування хворого в лікарні;

- виражена ретроградна амнезія завжди вказує на стійкість наступних розладів (ретроградна амнезія є предиктором трансформації гострого корсаківського психозу у хронічний корсаківський синдром);
- корсаківський психоз іноді може ускладнюватися і супроводжуватися симптомами зміненої свідомості у вигляді станів сплутаності або делірію, що з'являються епізодами ввечері та вночі, а в денний час можуть виникати симптоми обнублячії на тлі підвищеного настрою.

Варіанти виходу з корсаківського психозу внаслідок ЧМТ:

- повна редукція проявів синдрому з виходом в глибоку астенію;
- трансформація транзиторного корсаківського психозу у хронічний корсаківський синдром або в психоорганічний синдром.

Конфабульоз:

- виникає після ЧМТ переважно середньої тяжкості;
- виділяють гострий та хронічний конфабульоз;
- для психозу в цілому характерні рясні конфабуляції без інших помітних розладів пам'яті на тлі непотьмареної свідомості та астенії;
- під час психозу хворі створюють кілька оповідань різної тематики, наближених до дійсності або віддалених від дійсності (маячні конфабуляції);
- виникає наплив конфабуляцій, які сюжетно пов'язані між собою і утворюють єдину розповідь, що послідовно розвивається, або кілька оповідань.

Гострий та хронічний конфабульоз:

- гострий конфабульоз характеризується монотематичними конфабуляціями;
- хронічному конфабульозу притаманні політематичні конфабуляторні «оповідання»;
- характерна трансформація гострого конфабульозу в хронічний у разі зростання травматичної енцефалопатії.

Органічний кататонічний (кататоноподібний) психоз внаслідок ЧМТ:

- дуже рідкісний психотичний розлад;
- психоз із транзиторним або, значно рідше, затяжним перебігом;
- виникає після ЧМТ середньої тяжкості або тяжких при несприятливому перебігу травматичної хвороби зі значним органічним ураженням головного мозку, особливо на рівні його підкоркових структур;
- виникає на тлі дефектно-органічної симптоматики внаслідок ЧМТ;
- спостерігається в підгострому, пізньому періоді травматичної хвороби, де виникає його транзиторний перебіг, а також, значно рідше, у періоді віддалених наслідків ЧМТ, коли може виникати затяжний перебіг кататоноподібного психозу;
- проявляється станами у вигляді кататонічного ступору та збудження, які мають клінічні властивості, що проявляються насамперед у невеликій представленості кататонічної симптоматики в межах цих станів, нестійкістю, легкою якісною та кількісною мінливістю симптоматики протягом короткого часу, досить швидкою її редукцією в процесі лікування.

Симптоматика психозу під час кататонічного ступору:

- частковий або повний мутизм;
- негативізм;
- застигання в позах;
- воскова гнучкість.
- Симптоматика психозу під час кататонічного збудження:
- імпульсивні дії;
- агресивність хворого;
- стереотипні рухи.

Запитання для контролю знань

1. Наведіть класифікацію періодів травматичної хвороби і перелік психозів, які спостерігаються в різних періодах.
2. Дайте характеристику транзиторних маячних психозів.
3. Дайте характеристику органічного галюцинозу.
4. Назвіть варіанти параноїду зовнішніх обставин (С.Г. Жислін, 1940).
5. Охарактеризуйте класичний синдром Ганзера.

Список літератури

1. Rosenfeld J. V., McFarlane A. C., Bragge P. et al. Blast-related traumatic brain injury. *Article in the Lancet Neurology*. 2013. Vol. 12. P. 882–893.
2. Korshnyak V., Sukhorukov V. Cliniconeurological and neuropsychological aspects of acute period of mild cranial brain trauma caused by shock wale. *EUREKA: Health Sciences*. 2016. № 1. P. 14–18.
3. Курако Ю.Л., Букина В.В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма. Киев: Здоров'я, 1989. 160 с.
4. Pichot P. Nosological models in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 1994. № 164. P. 232–240.
5. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. Порушення свідомості і самосвідомості. Провідні психопатологічні синдроми // Психіатрія: Курс лекцій: учебное пособие = Психіатрія: Курс лекцій: навчальний посібник / за ред. Бітенського В. С. Одеса: ОНМУ, 2004. С. 130–181.
6. Shorter E. Psychosis: Emergence of Concepts. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford: University Press, 2005. P. 243.
7. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III–IV р. а.) / Г. Т. Сонник, О. К. Напреенко, А. М. Скрипніков та ін.; за ред. О. К. Напреенка. 3-є вид., випр. Київ: Медицина, 2017. 424 с.
8. Реактивный параноїд. URL: <https://juswikile.ru/psihologija/31211-reaktivnij-paranoid.html>
9. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т / пер. з англ.: Т. Охлопкова, О. Брацюк. Київ: Наш Формат, 2017. Т. 2. 546 с.

Розділ 6.

НАРКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ПІД ЧАС ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ

А. В. Шорніков

Під час воєнних конфліктів збільшується кількість невротичних розладів, провідним симптомом яких є тривога. Дуже часто люди, стикаючись з проявами тривалої хронічної тривоги, починають шукати способи її знизити або позбутися. Одним із поширених варіантів у сучасному суспільстві впоратися з тривогою є вживання алкоголю та / або інших психоактивних речовин.

Залежно від адитивного потенціалу речовини темп формування залежності буде суттєво різнитися, від тижнів до років, але формуванню залежності передую адиктивна поведінка.

Адиктивна поведінка є донозологічним етапом формування залежності від ПАР та передбачає наявність ситуаційної психічної залежності й «пошукової активності» щодо ПАР.

Психологічні особливості адиктивної поведінки:

- знижена можливість впоратися з труднощами життя;
- прихований комплекс неповноцінності;
- зовнішня соціабельність, разом зі страхом перед стійкими емоційними контактами, що стає дуже актуальним під час непередбачуваного майбутнього;
- намагання звинувачувати інших осіб, знаючи, що вони не винні;
- прагнення говорити неправду;
- ухиляння від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Регулярним прийомом ПАР вважається їх вживання 1–2 рази на тиждень; прийом наркотичного або токсикоманічного засобу частіше ніж 3 рази на тиждень вважається щоденним, один раз на місяць – нерегулярним.

На вживання ПАР впливають культурні цінності і традиції, які можуть вплинути на ризик розвитку розладу, спричиненого вживанням ПАР. При визначенні ризику та наявності або відсутності патології слід враховувати культурне середовище, в якому використовується речовина. Наприклад, речовини можуть регулярно вживатися в межах релігійних ритуалів, святкувань (наприклад, святкування Нового року), певних подій (наприклад, поминки, зустрічі з друзями тощо).

Клінічні стани розладів, пов'язаних з уживанням ПАР, описуються великим наркоманічним синдромом, який включає основні синдромальні прояви патологічних процесів, що розвиваються в організмі при зловживанні ПАР, та має таку структуру:

I. Синдром зміненої реактивності:

1. *Зміна форми вживання ПАР.* Тут найчастіше мають на увазі перехід з перорального прийому на парентеральний або суттєву зміну стилю вживання з культурального до регулярного.
2. *Зміна форми сп'яніння від ПАР.* Основним компонентом сп'яніння є ейфорія. У разі зміни форми сп'яніння змінюється тривалість та інтенсивність ейфорії, з'являються атипові форми простого сп'яніння (найважливіше для алкоголю). Також тут слід розглядати появу порушень пам'яті (палімпсести й амнезії).
3. *Зміна толерантності до ПАР.* Толерантність до ПАР – це зміна реакції на повторне введення ПАР. Через це потрібне збільшення дози речовини для досягнення попереднього та бажаного ефекту. Відповідно до стадії залежності толерантність може змінюватися: в першій стадії вона наростає (збільшується), у другій – спостерігається «плато» толерантності, тобто толерантність довго зберігається на індивідуально високому рівні. Третя стадія залежності характеризується зниженням толерантності до ПАР, після чого вже невисокі дози призводять до вираженого сп'яніння.
4. *Зникнення захисних реакцій на передозування ПАР.* Цей симптом характерний не для всіх видів ПАР. Виділяють

втрату неспецифічних захисних реакцій (при вживанні різних ПАР): нудота, блювота, судинні вегетативні прояви (озноб, болі в ділянці серця, шкірно-м'язова гіперестезія), і втрату специфічних реакцій: при алкогольній залежності – блювота на висоті сп'яніння, при опійній залежності – свербіж обличчя, за вухами, на поверхні шиї, при барбітуровій залежності – гикавка, профузний піт, слинотеча, різь в очах, відчуття нудоти, запаморочення.

5. *Втрата кількісного контролю у стані сп'яніння* – проявляється в неможливості припинити вживання ПАР до досягнення бажаного стану. Хворий у стані тверезості може відмовитися від вживання ПАР, але у стані сп'яніння (будь-якого) не може, і буде вживати дозу відповідну його толерантності.
6. *Втрата ситуаційного контролю у стані сп'яніння* – вживання ПАР та / або поява у стані сп'яніння в ситуаціях, які цього не передбачають (на навчанні, на робочому місці, керування транспортним засобом у стані сп'яніння).

II. Синдром психічної залежності:

1. Психічний (обсесивний) потяг до ПАР. Основною відмінною рисою обсесивного (нав'язливого) потягу до ПАР є наявність боротьби мотивів у структурі складного вольового акту, який виникає за наявності мотиву до вживання ПАР. Проявляється психічний потяг постійними думками про ПАР, поліпшенням настрою в передчутті прийому, пригніченістю і незадоволеністю за відсутності ПАР. Загострюється цей вид потягу при неприємних соматичних відчуттях, розмовах про вживання ПАР, під час зустрічей з особами, з якими хворий раніше вживав ПАР, при відвідуванні місць вживання.
2. Здатність досягнення психічного комфорту у стані інтоксикації. Відмінною особливістю цього симптому є те, що психічний комфорт для осіб із залежністю від ПАР можна досягти тільки в стані сп'яніння. Поза сп'янінням (а також поза станом відміни) спостерігається емоційне напруження, дратівливість, зниження настрою, ангедонія, дисфорія, зниження й переключення уваги, що матиме наслідком незібраність, знижену працездатність, надмірне відволікання.

III. Синдром фізичної залежності:

1. Компульсивний потяг до ПАР. Цей потяг принципово відрізняється від психічного (обсесивного) потягу відсутністю бо-

ротьби мотивів. Ступінь вираженості його можна порівняти з вітальними почуттями. Він нерідко витісняє інші вітальні почуття (голод, спрагу, сексуальний потяг). Компульсивний потяг не тільки визначає настрій, але й повністю підпорядковує поведінку хворих, пригнічує й усуває суперечливі мотиви і контроль. При компульсивному потязі все спрямовано на пошук ПАР і на подолання перешкод до вживання.

2. Здатність досягнення фізичного комфорту у стані інтоксикації. Цей симптом подібний здатності досягнення психічного комфорту у стані сп'яніння, але поширюється на сферу фізичного самопочуття. Повною мірою може спостерігатися після закінчення абстинентного синдрому й обумовлений зміною основного ефекту ПАР на стимулюючий чи тонізуючий.
3. Абстинентний синдром. Симптоми синдрому можна розділити на дві групи: центральні (психічні) і периферичні (вегетативні, сомато-неврологічні). Абстинентний синдром має спільні риси, характерні для будь-яких форм наркоманії і токсикоманії. До цих ознак належать психічна напруга, емоційні розлади гіпотимічного спектру від тривоги до депресії, порушення вітальних потреб (апетит, сон, лібідо), різноманітні вегетативні порушення (гіпергідроз, озноб, мідріаз, диспепсія, порушення серцево-судинної регуляції і м'язового тону). Кожен вид наркоманії має свої специфічні абстинентні ознаки.

IV. Психотоксична дія ПАР – це зміни психічної діяльності при одноразовому вживанні і зміни особистості при тривалому вживанні.

V. Соматотоксична дія ПАР – це все можливі розлади соматоневрологічної сфери, що виникають внаслідок зловживання ПАР.

Гострі надзвичайні ситуації, воєнний стан та обмеження на вживання або продаж алкоголю можуть обмежити або зруйнувати традиційні шляхи постачання ПАР, зокрема алкоголю, що може призводити до неочікуваної появи синдрому відміни, який є потенційно небезпечним для життя людей, які вживали ці речовини тривалий час у досить значних дозах.

Типові скарги, які можуть свідчити про стан відміни ПАР:

1. Людина перебуває під впливом алкоголю чи наркотиків: запах алкоголю, збудженість, різкі нервові рухи, низький

рівень енергії, нерозбірливість мови, неохайний зовнішній вигляд, змінені зіниці (розширені / звужені) з відсутністю фотореакції.

2. Нещодавня травма.
3. Ознаки внутрішньовенного споживання наркотиків (сліди ін'єкцій, шкірні інфекції).
4. Вимога снодійних або знеболювальних препаратів.

Медичні стани, які потенційно виникають у результаті вживання психоактивних речовин і, можливо, вказують на них, включають:

- серцево-судинні захворювання: гіпертонія, кардіоміопатія, ендокардит, серцева недостатність;
- захворювання шлунково-кишкового тракту: панкреатит, цироз, хронічні захворювання печінки, гепатит В/С;
- ниркова недостатність;
- захворювання центральної нервової системи: деменція, порушення пам'яті / уваги, церебральний васкуліт, внутрішньопаренхіматозний крововилив, інсульт / ТІА, ЧМТ;
- ❖ Захворювання легень: хронічна обструктивна хвороба легень, бронхоспазм, пневмонія, гіперчутливий пневмоніт, туберкульоз;
- інфекції, що передаються статевим шляхом;
- порушений імунітет;
- бактеріальні інфекції.

Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР у комбатантів

Встановлено, що хімічні адикції трапляються у ветеранів, частіше чоловіків (за даними американських ветеранських організацій 10,5 % серед алкогольної та 4,8 % інших наркотичних залежностей порівняно з 4,8 % та 2,4 % відповідно серед жінок-ветеранів). До групи найбільшого ризику підпадають самотні та ветерани молодші за 25 років. Вважається, що специфічні воєнні впливи сприяють розвитку адиктивних розладів, включаючи розгортання, бойові дії, реінтеграцію після розгортання або відділення, а також інші проблеми психічного здоров'я, пов'язані з такими стресорами, як посттравматичний стресовий розлад і депресія. Дехто йде в ар-

мію, щоб уникнути несприятливих домашніх умов: історія дитячих травм пов'язана з ризиком адиктивних розладів серед ветеранів.

Під час воєнних конфліктів часом кількість споживання ПАР збільшується з різних причин, причому за даними досліджень у Сполучених Штатах Америки в бойових підрозділах відсоток тих, хто вживав наркотики, був вищим, ніж у тилових. До основних причин вживання ПАР у військовослужбовців, окрім вже попередньо сформованої залежності, зараховують:

протитривожні ефекти;

- культуральні мотивації (поминки товаришів, які загинули);
- зняття бойового стресу;
- «самолікування» ПТСР.

До основних обтяжливих факторів вживання ПАР відносять: органічно резидуальне підґрунтя (наприклад, черепно-мозкові травми, посткоммоційний синдром тощо);

- наявність хронічної соматичної патології;
- наявність психічних розладів у родичів, особливо першої лінії;
- характерологічні особливості до хвороби;
- алкоголізація батьків, сібсів.

Можливі фізичні ознаки вживання психоактивних речовин включають:

- ненавмисну втрату або збільшення ваги;
- шрами («сліди») при вживанні ін'єкційних наркотиків;
- при інгаляційному застосуванні: атрофія слизової оболонки або перфорація перегородки;
- при гострій інтоксикації / абстинентному синдромі: хитка хода, невиразна мова, зміна зіниці, ін'єкція кон'юнктиви, сльозотеча, ринорея, дивна поведінка, тахікардія, пітливість;
- ознаки супутніх захворювань внаслідок вживання наркотиків.

Встановлено, що в перші місяці після прибуття в район бойових дій, починають вживати ПАР не тільки ті, хто попередньо мав адиктивний досвід, а й військовослужбовці, які в минулому не зловживали ні алкоголем, ні наркотиками. Терміни початку формування адикції мало відрізняються від термінів розвитку реактивних станів. Переважають мотиви, що відображають потребу

у зміні психічного стану – атактичні (досягнення психологічного комфорту) та гедоністичні (задоволення).

Куріння частіше трапляється серед ветеранів порівняно з цивільними особами того самого віку (27% проти 21%). Діагноз посттравматичного стресового розладу (17,8%) або інших психічних розладів (11,7%) підвищили ймовірність отримання рецепта на опіоїди порівняно з тими, хто його не мав (6,5%).

Загалом адиктивні розлади в умовах бойових дій представлені переважно донозологічними формами зловживання (адиктивною поведінкою). Початковий етап їх формування має виразний реактивний характер і тісно пов'язаний з розвитком у подальшому тривожно-депресивної симптоматики, що може призвести до бойових втрат. Особливої актуальності це набуває при посиленні відповідальності військовослужбовців щодо перебування в стані сп'яніння.

Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю

Проблемне вживання алкоголю було вищим у тих, хто більше перебував в умовах бойових дій: надмірне та запійне пияцтво виявлено у 26,8% та 54,8% відповідно в осіб з високим бойовим впливом, порівняно з іншими військовослужбовцями – 17% та 45%.

Додаткові шкоди і ризики вживання алкоголю під час виконання військових обов'язків:

- *порушення когнітивних функцій та уваги*: зниження рівня візуально-просторового сприйняття: ускладнення візуального контролю за декількома об'єктами та одночасно зменшення точності зорового сприйняття. При тривалому вживанні алкоголю можливе виникнення когнітивних змін: зниження швидкості мислення, порушення переведення уваги та позбавлення здатності протистояти новим проблемам за допомогою творчого рішення.
- *порушення пам'яті*, зокрема порушення запам'ятовування та короткотривалої пам'яті.
- *порушення сну, режиму сон – неспання.*

Діагностика алкогольної залежності ґрунтується на клінічних критеріях, викладених у класифікаціях хвороб

DSM-5	МКХ-10	МКХ-11
<p>Порушення контролю:</p> <p>Прийом речовини у великих кількостях або протягом періоду, тривалішого ніж передбачалося.</p> <p>Безуспішні спроби чи наполегливе бажання скоротити або відрегулювати використання.</p> <p>Витрачати зайвий час на отримання, використання ПАР або відновлення після дії речовини.</p> <p>Сильна тяга або сильне бажання / спонукання до речовини може виникнути будь-коли.</p> <p>Соціальні порушення:</p> <p>Вживання психоактивних речовин викликає значне втручання в роботу, навчання чи домашні ролі.</p> <p>Вживання, що продовжується, незважаючи на повторювані соціальні або міжособистісні наслідки, що посилюються вживанням.</p> <p>Скорочення чи відмова від важливих соціальних, розважальних чи професійних заходів через вживання ПАР.</p> <p>Ризиковане використання:</p> <p>Вживання ПАР у фізично небезпечних місцях.</p> <p>Вживання, незважаючи на те що відомо про стійкі фізичні або психологічні наслідки, які посилюються препаратом.</p> <p>Толерантність: збільшення дози речовини, для необхідного досягнення бажаного ефекту.</p> <p>Відміна: фізичні або психологічні симптоми виникають при різкому припиненні / зниженні дози</p>	<p>Загальні критерії:</p> <p>G1. Повинні бути чіткі дані про недавнє припинення прийому або зниження доз алкоголю після періодичного вживання алкоголю, зазвичай протягом тривалого часу та (або) у великих дозах.</p> <p>G2. Симптоми та ознаки відповідають відомим характеристикам стану відміни алкоголю.</p> <p>G3. Симптоми та ознаки не обумовлені медичним розладом, не стосуються вживання алкоголю і не можуть бути краще пояснені іншим психічним чи поведінковим розладом.</p> <p>Клінічні критерії:</p> <p>А. Повинні виконуватись загальні критерії стану скасування.</p> <p>Б. Повинні бути будь-які три ознаки з таких:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тремор язика, повік чи витягнутих рук; 2) пітливість; 3) нудота чи блювання; 4) тахікардія чи гіпертензія; 5) психомоторна ажитація; 6) головний біль; 7) безсоння; 8) почуття нездужання чи слабкості; 9) транзиторні зорові, тактильні або слухові галюцинації чи ілюзії; 10) великі судомні напади 	<p>Модель епізодичного або постійного вживання алкоголю, що повторюється, з ознаками порушення регуляції вживання алкоголю, що виявляється двома або більше з таких ознак:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) порушення контролю за вживанням алкоголю (тобто початок, частота, інтенсивність, тривалість, припинення, контекст); 2) збільшення пріоритету вживання алкоголю над іншими аспектами життя, включаючи підтримку здоров'я, повсякденну діяльність та обов'язки, тобто вживання алкоголю продовжується або збільшується, незважаючи на заподіяння шкоди або негативні наслідки (наприклад, порушення відносин, професійні чи шкільні наслідки, негативні впливи на здоров'я); 3) фізіологічні ознаки, що свідчать про нейроадаптацію до речовини, у тому числі: <ul style="list-style-type: none"> – толерантність до впливу алкоголю або потреба у вживанні все більшої кількості алкоголю для досягнення того самого ефекту; – абстинентний синдром після припинення або зменшення вживання алкоголю; – повторне вживання алкоголю або фармакологічно подібних речовин для запобігання або полегшення абстинентного синдрому. <p>Ознаки залежності зазвичай виявляються щонайменше протягом 12 місяців, але діагноз може бути поставлений при безперервному (щоденному / майже щоденному) вживанні протягом щонайменше 3-х місяців</p>

Для скринінгової діагностики широко використовуються опитувальники AUDIT (більш ефективні для виявлення осіб з високим ризиком, небезпечним чи шкідливим вживанням алкоголю з чутливістю від 51 до 97%, специфічністю від 78 до 96% залежно від критеріїв «шкідливого вживання») або CAGE (краще передбачає зловживання алкоголем та залежність: чутливість від 43 до 94%, специфічність від 70 до 97%).

Лабораторна діагностика

Для діагностики сп'яніння використовують визначення алкоголю у видихуваному повітрі чи біологічних середовищах (слині, сечі, крові).

Існує кілька лабораторних тестів, специфічних для алкоголю, але зазвичай вони вимагають вживання у великих обсягах, що повторюється, щоб викликати відхилення. Більшість із них неспецифічні тією чи іншою мірою. За відсутності інших пояснень щодо оцінки нездорового вживання алкоголю можуть допомогти такі заходи:

- функціональні проби печінки: аспартатамінотрансфераза (АСТ) та аланінамінотрансфераза (АЛТ) можуть бути підвищені з гепатотоксичністю. Співвідношення АСТ: АЛТ 2:1 більш характерне для захворювання печінки, викликаного алкоголем. Білірубін може бути підвищений. Альбумін буде зменшено при пошкодженні печінки;
- загальний аналіз крові: анемія, панцитопенія та макроцитоз можуть спостерігатися при хронічному вживанні алкоголю;
- гамма-глутамілтрансфераза (ГГТ): ще один фермент, який виявляється переважно в печінці, часто підвищується при надмірному вживанні алкоголю (референтний діапазон: 8–40 одиниць/л у жінок, 9–50 одиниць/л у чоловіків).

Менш поширеними, але більш специфічними методиками є:

- Карбогідрат-дефіцитний трансферин (вуглеводдефіцитний трансферин, ВДТ, СДТ): рівень понад 1,6% свідчить про хронічне надмірне вживання алкоголю протягом приблизно двотижневого періоду. Він відносно специфічний, але може

бути підвищений за деяких рідкісних захворювань печінки, наприклад при первинному біліарному цирозі;

- фосфатидилетанол (PEth): специфічний для вживання алкоголю. Значення понад 20 нг/дл спостерігається при помірному споживанні алкоголю, тоді як значення понад 200 нг/дл зазвичай вказують про надмірне вживання алкоголю.

Психічний статус зазвичай нормальний при залежностях, за винятком випадків інтоксикації, відміни, активного психозу чи когнітивних порушень через хронічне вживання психоактивних речовин. Крім анамнезу та фізичного стану, необхідна багатовимірна оцінка, щоб запропонувати персоналізовані комплексні плани лікування.

Направлення до лікаря також можуть бути ініційовані командирами та відповідальними керівниками, якщо вони помітили зміни в якості виконання професійних обов'язків, взаємостосунках, фізичному стані чи проблеми зі здоров'ям, які, на їхню думку, можуть бути спричинені вживанням наркотичних речовин. Ці направлення на аналізи призначають лікарі або інші працівники охорони здоров'я в контексті звичайного медичного огляду чи в разі невідкладної необхідності медичного втручання, як наслідок військового або цивільного нагляду за дотриманням закону про ідентифікацію та затримання або як добровільне направлення особи до клініки на лікування.

Таблиця 6.2

Речовина	Період напіввиведення (год)	Останній прийом (дні)
Амфетаміни	20–30 короткий	2
Барбітурати	48–96 довгий	3
Бензодіазепіни	Діазепам 20–35	10
Кокаїн	0,8	2
Метаболіти кокаїну	–	7
Опіати	2	2–8 гостре вживання 14–42 хронічне вживання

Системний підхід побудови процесу діагностики є основою для якісної оцінки стану пацієнта, розуміння його скарг, розробка на їх основі адекватної лікувально-реабілітаційної програми дій лікаря. Весь процес, зазвичай складається з чотирьох основних етапів:

1. Збір суб'єктивної інформації, що отримується від хворого, включаючи особистий та сімейний анамнез.
2. Збір об'єктивної інформації, включаючи психічний та соматичний статус пацієнта.
3. Первинна клінічна діагностика та встановлення попереднього діагнозу.
4. Планування лікування, включаючи подальше уточнення діагнозу, вибір початкової терапевтичної тактики та стратегії, подальших лікувально-реабілітаційних заходів з роз'ясненням хворому та його родичам особливостей вибору такого підходу.

Загальна схема лікування залежностей від психоактивних речовин

Стосовно деяких речовин, отруєння якими трапляються у хворих наркологічного профілю, існують спеціальні антидоти (наприклад, бемегрид – при отруєнні барбітуратами або налорфін – специфічний антидот опіатів). Транквілізатори і нейролептики можна вважати функціональними антидотами стимуляторів. При отруєнні препаратами коноплі або кокаїном специфічних антидотів не знайдено.

В усіх випадках, незалежно від того, застосовуються спеціальні антидоти чи ні, необхідним у межах невідкладної допомоги є комплекс заходів, що забезпечує підтримання життєво важливих функцій організму:

1. Зондове промивання шлунка: необхідне, коли ПАР вживалася перорально, та якщо вона секретується слизовою оболонкою ШКТ. Після промивання доцільно призначити ентеросорбенти.
2. Гамування психомоторного збудження: призначення парентерально бензодіазепінових транквілізаторів. Для посилення ефективності можна поєднувати з парентеральними нейролептиками.

Враховуючи компоненти великого наркоманічного синдрому, доцільно спрямовувати лікування на зміну ейфорійного компонента сп'яніння. Наразі це можливо лише при алкогольній залежності – використовують акампросат, пероральний налтрексон, дисульфірам.

При лікуванні залежності від опіоїдів можливе застосування замісної протирецидивної терапії з використанням агоністів-антагоністів опіоїдів (метадон, бупренорфін).

Традиційно можливе призначення СІЗС у середньотерапевтичних дозах (флуваксамін, флуоксетин, пароксетин, сертралін тощо), однак їх вплив власне на компоненти залежності не доведений, хоча можливе поліпшення психічного стану шляхом позбавлення від вторинної депресії, яка можлива при відмові від вживання ПАР.

Основа лікування залежності має становити немедикаментозна терапія, де на першому місці буде психотерапія. Традиційно застосовується когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія, соціотерапія та поведінкова сімейна терапія.

Повинна бути запропонована науково обґрунтована психотерапія чи поведінкові втручання. Зазвичай це складається з короткострокової когнітивно-поведінкової терапії для виявлення та зміни неадекватних думок та поведінки, пов'язаних із вживанням ПАР. КПТ також може допомогти стимулювати помірність, справлятися з непередбаченими обставинами та поліпшувати навички управління стресом. Мотиваційне інтерв'ювання, орієнтоване на пацієнта, спонукає пацієнтів брати участь у лікуванні. Показано, що це знижує щотижневе споживання алкоголю та рівень алкогольної залежності.

Для пацієнтів із супутнім посттравматичним стресовим розладом розроблено комплексні методи лікування обох станів. Дослідження показують, що вживання психоактивних речовин часто знижується і як мінімум не посилюється додаванням втручань, орієнтованих на травму. Результати посттравматичного стресового розладу поліпшилися завдяки комплексним підходам у кількох рандомізованих контрольованих дослідженнях. Проте немає достатніх доказів того, що інтегровані плани ліпші за лікування ВНС та посттравматичного стресового розладу окремо, але одночасно.

Серед ветеранів з адитивними розладами від 82 до 93 % страждали на інші психічні розлади. Особи з розладами внаслідок вживання ПАР у три – чотири рази частіше страждали на посттравматичні стресові розлади або депресію. Менш ніж 1 % мали ізольований діагноз залежності. Американські ветерани з подвійним

діагнозом частіше ставали бездомними і потребували допомоги через інвалідність. Також серед них були більш поширені нижча якість життя, погані стосунки та агресія. Міжособистісні, юридичні та професійні проблеми вдвічі частіші у осіб, які вживають алкоголь, порівняно з іншими людьми. Крім того, у людей з адитивними розладами вища частота супутніх захворювань, таких як: ожиріння, порушення сну, фізичні травми та хронічний біль. Конкретні медичні ускладнення залежать від речовин, способів введення та інших факторів, що підкреслює необхідність ретельного збору анамнезу і високий рівень підозрливості.

Під час періодів масових потрясінь, як-от природні чи техногенні катастрофи, вживання тютюну збільшується. Особи, які більше палять у стресових ситуаціях, надалі можуть мати вищий рівень симптомів ПТСР, ніж особи, що не палять. Ця проблема ще більше ускладнюється, коли травмовані особи повідомляють про неможливість кинути палити. Куріння в багато разів збільшує ризик розвитку ПТСР.

Базовий план ведення пацієнтів з хімічними адикціями

1. Лікування шкідливих наслідків вживання ПАР.
2. Оцінювання наявності мотивації припинити вживати ПАР чи зменшити рівень вживання.
3. Робота над мотивацією людини припинити вживати ПАР чи зменшити рівень вживання.
4. Обговорення різних способів того, як можна припинити вживати ПАР або зменшити рівень вживання.
5. Психосоціальна підтримка.
6. Регулярне спостереження.

Запитання для контролю знань

1. Критерії залежності від ПАР.
2. Чому вживання алкоголю заважає військовій службі.
3. Патогенетичне лікування залежностей.
4. Лабораторна діагностика алкогольної залежності.
5. Психотерапія адитивних розладів.

Розділ 7.

ПСИХОСОМАТИЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ

В. В. Огоренко

Соматичні наслідки воєнного часу

Вивчення проблеми стресу, який є основним чинником, що впливає на життя людей, та тісно пов'язаний з їх психічним, фізичним здоров'ям та соціальним добробутом стає вкрай актуальним, особливої важливості ця проблема набуває в умовах війни, коли під час бойових дій майже всі військовослужбовці переживають бойовий стрес. Його наслідки можуть проявлятися не тільки в гострому періоді у вигляді бойових стресових реакцій, поведінкових порушень, але й у більш віддаленому періоді у вигляді ПТСР, сімейних, побутових та професійних проблем, соціальної дезадаптації, а також у розвитку різноманітних психосоматичних розладів. Таким чином, етіологічним фактором психосоматичної патології може бути бойовий стрес, оскільки участь у бойових діях розглядається як стресор, травматичний майже для будь-якої людини.

Дослідники виділяють ряд факторів, що впливають на психологічний стан учасників бойових дій Їх вивчення та своєчасне опрацювання могло б істотно знизити дезадаптивні наслідки у названій категорії. Підлягає аналізу кілька типових бойових ситуацій, кожна з яких впливає на формуванні дезадаптивної поведінки. У цьому характер дезадаптивних реакцій також визначається індивідуальними особливостями військовослужбовця.

1. Очікування екстремальної ситуації (комплектування, дорога, перші дні). У цей період визначальним особистісним фактором є тривожність індивіда, на яку можуть негативно вплинути такі фактори:

- спотворені, кон'юнктурні відомості;

- відсутність професійного ядра, що має особистий досвід участі;
- члени сім'ї;
- тривалість фази за часом;
- відсутність пропагандистської роботи;
- відсутність інформації про пільги, гарантії, компенсації;
- неорганізованість вільного часу та відпочинку.

Деадаптація в цей період виражається або в неадекватному реагуванні на навколишнє (за двома варіантами – бравада, агресивність, розгальмованість або безвихідь, апатія, відчуженість), або у зловживанні спиртним як засобом для зниження тривожності та зняття емоційної напруги.

2. Гостро виникла екстремальна ситуація (обстріл, бій). Під час розвитку подій в основі поведінки людини лежать фізіологічно корисні, пристосувальні реакції організму. Коли організм переходить до режиму екстремального реагування, природно виникає емоція страху. Військовослужбовці відрізняються за часом переходу організму від емоції страху до цілеспрямованих дій і до реагування (адекватний чи неадекватний). На фактор часу негативно впливають такі умови:

- відсутність особистого досвіду та прикладів поведінки;
- відсутність знання, що робити;
- відсутність умінь та навичок;
- відсутність чіткої організації;
- негативний приклад командира чи інших осіб;
- загибель, поранення товаришів;
- особистісний тип реагування.

Сукупність психотравмуючих факторів ситуації може викликати негайні наслідки. Неадекватне реагування може протікати у вигляді гіперреакції, що виражається у крайньому руховому збудженні, що супроводжується криками, метаннями (крайня реакція – паніка), або у вигляді гіпореакції, що полягає в руховому загальмовуванні тіла або його частин (крайній прояв – поза ембріона). За виражених неадекватних реакцій військовослужбовець не розуміє і не пам'ятає згодом, що з ним відбувалося. При невиражених реактивних станах деадаптаційна поведінка після ситу-

ації може виявлятися в пасивній поведінці, відмові від подальшого несення служби, ажитованій, неадекватній піднесеній поведінці або зацикленості на своїх переживаннях. До пролонгованих реакцій належать посттравматичні стресові та численні психосоматичні розлади.

3. Очікування виникнення гострої ситуації (перебування на передній лінії, охорона тощо). Умовами, що визначають характер реакцій дезадаптації, є емоційна і фізична стійкість індивідуума. Виникненню дезадаптивної поведінки більшою мірою сприяють:

- відсутність досвіду;
- невизначеність часової тривалості;
- відсутність коректної інформації;
- відсутність роботи з особовим складом;
- незадовільний стан побуту та неповноцінне харчування.
- На посилення дезадаптивних реакцій вказують такі ознаки:
- зниження керованості;
- озлобленість;
- ігнорування вимог безпеки;
- звуження кола інтересів, апатія;
- зниження моральних критеріїв;
- виникнення залежності від ПАР.

4. Період наслідків. У цей час у психоемоційному стані військовослужбовців домінують прояви астенізації, нервово-психічної втоми, виникають ті чи інші прояви депресії, тривоги. Значно посилює виникнення дезадаптаційних реакцій жажливі події, у яких тривалий час перебуває людина, а саме у стані бойового стресу. До основних проявів реакцій дезадаптації належать:

- невротичні реакції з масивними вегетативними проявами та розладами сну;
- загострення хронічних соматичних захворювань;
- виникнення психосоматичних розладів;
- тенденція до постійного контролю над поточною ситуацією;
- зміна поведінкових патернів;
- підвищена вразливість поруч з активною соціальною позицією;

- агресивність із тенденцією застосування зброї та фізичної сили.

За даними досліджень, найнебезпечнішим для учасників бойових дій вважається період, який настає одразу після повернення додому. Він триває приблизно три роки. На цьому етапі висока ймовірність виникнення аутоагресивної поведінки, розвиток різноманітних психопатологічних станів, у тому числі симптомів ПТСР, а також психосоматичної патології. Окрема ситуація, коли мова йде про поранених. Тобто стан військовослужбовця, який повернувся з війни, не є задовільним досить тривалий час. На думку деяких фахівців, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе. Синдром має тенденцію не тільки не зникати з часом, але й ставати все чіткіше вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального зовнішнього благополуччя. Тому особливої важливості набуває система профілактики та реабілітації бійців, які брали участь у воєнних діях.

Загалом люди схильні пов'язувати стрес з негативними наслідками. Негативний стрес також позначається словом «дистрес» (Сельє). Це таке переживання стресової події, що супроводжується почуттям втрати, невдачі, відчуттям безпорадності, безсилля щодо виконання будь-якої роботи, переживанням втрати контролю за власним життям. За концепцією стресу як стану організму, що перебуває під загрозою порушення гомеостазу, розроблену Гансом Сельє, у цьому процесі існує декілька стадій:

1. Стадія тривоги (мобілізації) виникає з початком впливу стресора і супроводжується рядом характерних фізіологічних змін та зміною психічних функцій. Має дві фази: фаза шоку і фаза протишоку.
2. Стадія опору (резистентності) настає в разі, якщо фактор, що викликав стрес, продовжує діяти. На цій стадії здійснюється збалансоване витрачання адаптаційних можливостей. Опір досягає максимуму, що пояснюється дією кортикальних гормонів.
3. Стадія виснаження (дезорганізації) розвивається в разі, якщо подразник продовжує діяти. В цьому разі відбувається зменшення можливостей протистояння стресу, оскільки виснажуються резерви. Знижується загальна опірність ор-

ганізму. Стрес опановує людину і може призвести до хвороби та / або порушення ефективної працездатності.

Необхідно згадати, що на гострий стрес людський організм відповідає поведінковими, вегетативними та ендокринними змінами, які в сукупності позначаються як психовегетативний синдром. Добре відомо, що психовегетативний синдром – безперечний фізіологічний факт, що відіграє найважливішу роль у пристосувальній діяльності людини; якщо емоція – сигнал до дії, то вегетативні зміни забезпечують цю дію. Клінічно психовегетативний синдром проявляється психічними та вегетативними симптомами. Власне вегетативні розлади мають певну специфіку. Насамперед слід звернути увагу на полісистемний характер вегетативних симптомів. Зазвичай у хворого наявні респіраторні, кардіоваскулярні, гастроінтестинальні уrogenітальні та інші розлади. Закономірною для психовегетативного синдрому є заміна одних симптомів на інші. «Рухомість» симптомів – одна з найхарактерніших рис психовегетативного синдрому. У хворих, крім вегетативної дисфункції, часто спостерігаються прояви астеничного симптомокомплексу, порушення сну, нейроендокринні порушення. Психофізіологічні реакції на стрес можуть завершитися нормалізацією порушених функцій, але принципово можливий і інший шлях перебігу, коли тривалість та інтенсивність стресу в поєднанні з генетичною схильністю та іпохондричною фіксацією на вегетативних симптомах призводять до формування психосоматичних чи психічних захворювань.

Таким чином, психовегетативний синдром може бути ранньою ініціальною фазою психосоматичного чи психічного захворювання. Часто буває неможливо провести межу між вегетативною дисфункцією та початковими проявами психосоматичного захворювання. Ця розмитість межі лише підтверджує значення психовегетативного синдрому в розвитку психосоматичного захворювання. Отже, в картині таких психосоматичних хвороб, як: виразкова хвороба, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, цукровий діабет, дистиреоз, нейродерміт, ревматоїдний артрит, гінекологічні психоендокринні захворювання, деякі онкологічні захворювання – завжди є різної інтенсивності психовегетативний синдром, що становить патогенетичну основу цих захворювань.

Проблема, що стосується змін у фізичному та психічному стані учасників бойових дій, потребує більш детального розгляду, оскільки людина, яка перебуває в такій екстремальній ситуації, долаючи її зусиллям волі, постійно перебуває на психоемоційній межі. Добре відомо, що за даними світової статистики, кожен п'ятий військовослужбовець, який не має значних фізичних ушкоджень, страждає на розлади в нервово-психічній сфері, а з військово-службовців, які отримали поранення, тим більше важкі – кожен третій. Крім того, необхідно зазначити, що через кілька місяців після повернення в мирне життя, у тих, хто пережив екстремальну ситуацію, починають виявлятися різні психосоматичні розлади.

За даними досліджень, в учасників бойових дій такі захворювання, як: гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гіпертонічна хвороба – виявляються у два – три рази частіше, ніж у людей, які не зазнавали кризових впливів.

Механізми запуску неспецифічних психогенних стресових реакцій реалізуються за участю центрів гіпоталамуса, лімбічної системи загалом після аналізу ситуації в передніх відділах головного мозку. Основними гормональними системами, що реалізують неспецифічні стресові адаптаційні реакції організму, є симпатoadреналова та гіпофізарно-гіпоталамо-наднирникова системи. Найшвидше реагує мозковий шар надниркових залоз, посилюючи синтез та викид основного гормону стресу – адреналіну. Одночасно збільшується активність симпатичної нервової системи з підвищенням викиду норадреналіну з пресинаптичних закінчень симпатичних нервово-м'язових сполук. Одним із важливих гормонів стресу є кортизол, продукт кіркового шару надниркових залоз, рівень якого також зростає на тлі хронічного стресу, проте це підвищення більш плавне та розтягнуте за часом. Адреналін та інші катехоламінові молекули надають швидкі та потужні ефекти на всі сфери життєдіяльності організму при розвитку гострої стресової реакції. Внаслідок надзвичайно сильної біологічної дії катехоламінів ці речовини є небезпечними для функціонування системи загалом. Глюкокортикоїди, насамперед кортизол, викликаючи схожі з катехоламінами наслідки, опосередковують стрес-викликані перебудови метаболізму на генетичному рівні, що означає не такий швидкий початок антистресорних реакцій, їх велику тривалість,

більшу стійкість та глобальність змін функцій організму. Таким чином, наслідками впливу факторів гострого стресу є збільшення рівня «гормонів стресу» в крові, запуск неспецифічних реакцій, які мають всеосяжний характер. Тривале виживання в надзвичайних умовах існування може супроводжуватися виснаженням адаптаційних можливостей організму та пошкодженням гомеостатичних механізмів. Усі несприятливі наслідки впливу хронічних стресорних факторів можна умовно поділити на соматичні та психічні. Внаслідок глобального характеру стресу підвищені вимоги висуваються до всіх систем, тому розвиток реакцій соматичної компенсації відбувається за механізмом «слабкої ланки», коли не витримує навантаження одна із стрес-залежних систем.

Одним із найпоширеніших наслідків хронічного стресу є ушкодження серцево-судинної системи, коли не витримує навантажень або серцевий м'яз (інфаркти міокарда), або судинна стінка судин ЦНС (інсульты). Особливо небезпечна в цьому неконтрольована дія катехоламінів. Особливості іннервації гладких м'язів кровоносних судин полягають у тому, що судинний тонус регулюється лише симпатичною системою (парасимпатична іннервація відсутня), і призводять до того, що в умовах хронічного стресу великий ризик розвитку гіпертонічної хвороби. Своєю чергою розвиток судинної патології провокується як хронічною гіпертензією, так і перебудовами ліпідного обміну при гострому стресі. Підвищення згортання крові під впливом «гормонів стресу» та збільшення в'язкості крові збільшує ризик тромбоутворення, особливо в умовах звуженого просвіту артерій та артеріол. Збільшення синтезу глюкози, уповільнення її розпаду, посилення викиду в кров та зниження чутливості тканин до глюкози (крім мозку та печінки) призводить до розвитку гіперглікемії, яка в умовах хронічного стресу має стійкий характер. Часто при недостатності компенсаторних систем у індивіда на фоні хронічного стресу розвивається цукровий діабет II типу, коли нормальна дія інсуліну на тканини порушується, а зниження толерантності до глюкози не відновлюється. Одним із найчастіших ускладнень хронічного стресу різної природи є пошкодження слизової оболонки шлунка та кишківника з розвитком виразкової хвороби. Мають свої несприятливі наслідки зниження активності імунної та протизапальної систем, а також тривалі стресові перебу-

дови метаболізму, що переходять у хронічну форму зі зниженням можливостей контролю за масою тіла. Гендерний фактор є важливим складником реакцій на стресові впливи, який значною мірою визначає схильність до стресу, специфічну гендерну вразливість та своєрідні гендерні стратегії подолання наслідків гострого та хронічного стресу. Ризик розвитку інфарктів міокарда та інсультів на тлі високої напруги набагато вищий у осіб чоловічої статі. Чоловіки загалом більш схильні до розвитку серцево-судинних розладів, особливо в умовах психогенного стресу. Дещо менш однозначні дані щодо спричинених стресом уражень шлунково-кишкового тракту. Проте більшість досліджень свідчить про більшу вразливість травної системи до шкідливої дії факторів психологічного стресу саме у чоловічої статі. Є дані про переважання у чоловіків розвитку виразкових уражень стінки шлунка та кишківника. Чоловіки більш схильні до розвитку інфекційних захворювань порівняно з жінками, особливо на тлі астенізуючих впливів, що може частково бути пов'язане зі статевими особливостями імунних реакцій залежно від стресогенних обставин.

На сьогодні одними з найважливіших негативних психопатологічних наслідків впливу гострого та хронічного стресу вважається розвиток депресивних розладів та формування залежності від ПАР, насамперед від алкоголю. На відміну від кращої безпеки соматичної сфери на тлі стресу, жінки не меншою мірою, ніж чоловіки, схильні до розвитку психогенних психічних розладів, проте спектр захворювань залежить від статі хворого. У чоловіків в умовах гострого та хронічного стресу відзначається частіший розвиток симптомів адиктивної поведінки (алкоголізм, наркоманії, поведінкові залежності), а також вищий ризик прояву антисоціальних особистісних розладів та агресивних форм поведінки. Однак психопатологічні наслідки дії гострих та хронічних психічних травм на жіночий організм зустрічаються не рідше, ніж на чоловічій. Помітно відрізняється лише форма психопатологічних розладів. На тлі стресу у жінок частіше розвиваються різні афективні порушення – реактивні депресії, генералізовані тривожні та панічні розлади, ПТСР, психосоматичні прояви. Аналіз наявних даних показує, що більша, ніж у чоловіків, схильність жінок до розвитку афективних розладів під впливом психогенних травм може бути

однією з форм адаптації жіночого організму до важких суб'єктивно значущих впливів з відходом у депресивні стани та збереженням соматичного здоров'я після виходу з депресії. Загалом нині чоловіки стійкіші до розвитку психічних розладів, тоді як жінки стійкіші до збереження соматичного здоров'я, як у період дії стресорного чинника і в період віддалених наслідків психотравми.

І треба сказати декілька слів про больовий синдром. Головний біль може бути провідним, а іноді єдиним симптомом безлічі захворювань, що є результатом дисфункції церебральних регуляторних систем. Виявлено прямий зв'язок між травмою голови, ПТСР та хронічним головним болем. Досить характерними є скарги на біль у грудній клітині, які виникають внаслідок захворювань нервової системи, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, патології серця та коронарних судин. Больові синдроми можуть виникати при різних афективних розладах, супроводжуватися іпохондричними нащаруваннями. Хронічний абдомінальний біль в учасників бойових дій може відзначатися при гастро-езофагальному рефлюксі, хронічному панкреатиті. Важливе значення у виникненні патології шлунково-кишкового тракту займають перенесені інфекційні захворювання, особливо масові, в умовах ведення бойових операцій. Фактори, пов'язані з участю у збройних зіткненнях, були присутні у ветеранів, які відчували біль у грудях. Такі ж болі частіше спостерігалися у військовослужбовців, які переживали поранення та загибель товаришів по службі та власні поранення. Високою є поширеність захворювань опорно-рухового апарату при всіх локалізаціях хронічного болю. Захворювання шлунково-кишкового тракту переважають у пацієнтів з хронічними абдомінальними болями, серцево-судинна патологія частіше дає абдомінальні та суглобові болі. При хронічному болю в грудях частіше діагностуються захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, ЦНС. Захворювання шлунково-кишкового тракту зазвичай супроводжуються абдомінальними, головними болями, болями у спині, суглобах та грудях. При захворюваннях серцево-судинної системи частіше переважають хронічні головні болі.

У добре відомому виданні «Охорона психічного здоров'я в умовах війни», яка була подана захисникам Україні від американсько-

української медичної фундації, були висвітлені дуже вагомі проблеми щодо діагностики та лікування бойового й оперативного стресу. Окремий розділ у книзі присвячений проблемі болю, він був створений для допомоги в поліпшенні лікування гострого і хронічного болю від бойових і небойових травм. У розділі висвітлено та доведено психіатричну основу редукування болю, який виникає внаслідок поранень, важких травм. Також певна увага надана виокремленню відмінностей у підходах до лікування болю у цивільних та військовослужбовців. Особливо підкреслюється, що саме біль, який виник у результаті травм і поранень, особливо інвалідизуючих, може призводити до розвитку численних різноманітних психопатологічних проявів, а також поведінкових розладів.

Крім важливого аспекту висвітлення біологічних чинників розвинення болю, також надано інструменти щодо оцінювання та лікування цього складного феномену. А саме мова йде про новітні методи лікування болю з об'єктивізацією реальних потреб у знеболюванні, яке може бути, достатнім, недостатнім та зайвим.

Добре відомо, що біль може бути спричинений різними чинниками: травмою, операцією, ампутацією, а також, що є вкрай важливим аспектом її виникнення і посилення больових відчуттів, емоційним станом пацієнта. Саме біль може стати тригером для виникнення різноманітних психопатологічних станів.

У книзі наголошується, що зближення всієї медичної команди, співпраця хірургів, психіатрів, анестезіологів і допоміжного персоналу є основою оптимального лікування болю, спричиненого пораненнями та травмами.

Вказується, що існує багато чинників, які можуть сприяти побічним психологічним, поведінковим і фізіологічним ефектам переживанню болю і травм. Зазвичай доволі важко визначити, як саме біль впливає на низку психологічних проблем, спричинених травмою. Наголошено, що саме травмовані пацієнти дуже часто переживають комплекс важких психологічних наслідків та численних психопатологічних симптомів, роздратованість, виснаженість, гострий сум, пригніченість, безпорадність, безперспективність та відчай. Крім того, до хворобливого стану можуть приєднуватися нічні кошмари, емоційно важкі спогади, а також виникати розлади поведінки з агресивними тенденціями.

У праці зазначено, що від третини до половини всіх травмованих пацієнтів можуть мати розвинений посттравматичний стресовий розлад. У понад половини бійців можуть виникати окремі симптоми посттравматичного стресу.

Одним із поширених психопатологічних порушень у військово-вослужбовців, що зазнали травм чи поранень, є розвиток афективних розладів, а саме депресивного розладу з типовою пригніченістю настрою, емоційною нестійкістю, проявами тривоги, уповільненням процесу мислення, моторною загальмованістю та певною когнітивною дисфункцією.

У виданні наголошено, що з'являється все більше даних про те, що завчасне превентивне лікування наслідків травми за допомогою когнітивної терапії або медикаментів (наприклад, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, трициклічних антидепресантів) може в деяких випадках зупинити появу симптомів ПТСР, зокрема у випадках бойових травм.

Зазначено, що ще приблизно 20 років тому лікуванню гострого болю майже не приділяли уваги через побоювання пригнічення дихання і його впливу на виживання. Згодом визначено прогалини в лікуванні болю через його вплив на підвищення рівня фізіологічного стресу і подальших побічних наслідків. Сьогодні в лікуванні серйозно травмованих пацієнтів із поєднанням болю і тривоги зазвичай використовуються комбінації лікарських засобів при ретельному моніторингу життєвих ознак і симптомів

Серед них – високі дози опіатів і бензодіазепінів, НПЗП і розумне застосування антидепресантів, атипичних антипсихотиків і протиепілептичних препаратів.

Ознаки залежності, такі як: прискорення пульсу, підвищення кров'яного тиску чи безсоння, можливі під час зменшення дози седативних препаратів після їх тривалого застосування, але їх не можна розцінювати як залежність, бо ці ознаки регулюються в процесі відлучення за схемою прийому ліків.

Окрім того, зазначено, що важливе значення мають психологічні методи втручання в поєднанні з препаратами, також добре відома їхня ефективність. Ці методи передбачають психологічне навчання, психологічну підготовку до процедур, навчання методів

релаксації, гіпнозу і самогіпнозу, керовану образну уяву (Guided Imagery) і терапевтичний контакт.

Психологічні методи підвищують рівень довіри і зв'язку з пацієнтом, підтримуючи надію, налаштовуючи на оптимістичну боротьбу й оптимальне відновлення, незважаючи на потенційне таврування через фізичні вади та функціональні втрати.

Серед основних чинників ризику посилення болю можна виділити такі: неадекватне знеболення, делірій, нерозпізнана інфекція або травма, порушення сну, вже наявні психопатології, заподіяння травм самому собі, наркоманія, ПТСР чи інші тривожні розлади, як-от поява депресії, соматоформних розладів та імітованих розладів.

Діагностика і специфічне лікування цих станів або розладів має важливе значення для ефективного лікування супутнього болю. Але це не всі чинники, що можуть впливати на біль, тому є виправданим подальше обстеження і діагностика.

Процес знеболення може ускладнитись. Недостатнє усунення болю збільшує ризик несприятливих психіатричних наслідків і незадовільних результатів. Отже, існує етичне зобов'язання полегшувати біль для зменшення ймовірності заподіяння шкоди.

У довгостроковій перспективі лікування хронічного болю може призвести до наркотичної залежності, зокрема у пацієнтів, які були наркоманами в минулому. Отож визначення таких ризиків є етичним імперативом під час розробки обґрунтованого плану лікування постраждалого пацієнта.

Запитання для контролю знань

1. Які негайні реакції на дію психотравмуючих факторів можуть спостерігатися?
2. Визначте психовегетативний синдром, його основні ознаки.
3. Опишіть гендерні особливості щодо перенесення стресового впливу.
4. Які основні чинники ризику погіршення болю?
5. У чому полягають особливості психіатричного втручання під час заспокоєння чи усунення болю, спричиненого травмами?

Список літератури

1. Сохін О. О., Ричка О. В., Булах О. Ю. Організація медичного забезпечення Збройних Сил країн НАТО. Київ, 2006. 367 с.
2. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / під ред. Юр'євої Л. М. Київ: Галерея принт, 2017. 174 с.
3. Колосов А. Боевой стресс и его психологические последствия. Ориентир. 2011 № 5.
4. Eidelson R. The Army's Flawed Resilience- Training Study: A Call for Retraction. URL: <http://royeidelson.wordpress.com/2012/06/11/the-armys-flawed-resilience-training-study-a-call-for-retraction/> (дата звернення червень 2014).
5. Frances A. A Warning Sign on the Road to DSM–V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times*. Retrieved March 26, 2013.
6. Pentagon Reworking PTSD Strategy. URL: http://www.military.com/daily-news/2013/02/19/pentagon-reworking-ptsd-strategy.html#disqus_thread (дата звернення червень 2014).
7. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіної, І. Павленко, Є. Овсяннікової [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
8. Wang J., Korczykowski M., Rao H. et al. Gender Difference in Neural Response to Psychological Stress. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2007. Vol. 2(3). P. 227–239.
9. Enoch M. A., White K. V., Waheed J., Goldman D. Neurophysiological and Genetic Distinctions Between Pure and Comorbid Anxiety Disorders. *Depress Anxiety*. 2008. Vol. 25(5). P. 383–392.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Яка з перелічених форм адикції є зайвою?

А. Наркотична

В. Алкогольна

С. Атарактична

Д. Втеча від реальності шляхом зосередження на вузькопрямованій сфері діяльності

Е. Тютюнова

2. На скільки етапів можливо поділити суїцидальні тенденції?

А. 1

В. 5

С. 7

Д. 6

Е. 2

3. Що таке вербальна агресія?

А. Прояв негативних почуттів як через форму – сварка, крик, вереск, так і через зміст словесних відповідей – загроза, прокляття, лайка

В. Готовність до прояву негативних почуттів за найменшого збудження

С. Опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби

Д. Заздрість і ненависть до оточення за реальні та вигадані відомості

Е. Від недовіри та обережності до переконання, що всі інші люди завдають шкоди або планують це

4. Що не входить до психологічної моделі так званої темної тетради:

А. Нарцисизм

В. Макіавеллізм

С. Психопатія

D. Садизм

E. Емпатія

5. До класичної моделі особистісних рис, що можуть протидіяти психопатології зла, яка відома як велика п'ятірка, входить усе перераховане, окрім:

A. Екстраверсії

B. Доброзичливості

C. Сумлінності

D. Відкритості новому досвіду

E. Егоїзму

6. У класифікації DSM-5 темній тріаді відповідають розлади особистості, окрім:

A. Антисоціального

B. Прикордонного

C. Дисоціативного

D. Нарцисичного

E. Ананкастного

7. До клініко-психопатологічних проявів непсихотичних психічних розладів у цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу, належать:

A. Прояви дратівливості

B. Апатичні прояви

C. Прояви страху й тривоги

D. Прояви зниженого настрою

E. Все вищенаведене правильно

8. R. S. Lazarus та S. Folkman виділяють такі копінг-стратегії, окрім:

A. Стратегія позитивної переоцінки

B. Стратегія пошуку соціальної підтримки

C. Стратегія планового розв'язання проблеми

D. Стратегія відходу від реальності

E. Стратегія конфронтації

9. До складників психологічного компонента ЯЖ, пов'язаним зі здоров'ям, відносять:

A. Тривогу

B. Можливість виконання фізичної роботи

C. Соціальну підтримку

D. Громадські зв'язки

E. Здатність до самообслуговування

10. Для осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, характерні такі копінг-стратегії, окрім:

A. Пошуку соціальної підтримки

B. Самоконтролю

C. Дистанціювання

D. Позитивної переоцінки

E. Втечі від проблеми

11. Лікувально-реабілітаційні та профілактичні заходи для цивільних осіб із непсихотичними психічними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, включають:

A. Психотерапію

B. Медикаментозне лікування

C. Психосоціальну підтримку

B. Психокорекцію

E. Все вищенаведене правильно

12. До програми тренінгу ефективних копінг-стратегій не входить такий етап, як:

A. Етап оцінювання важливих ситуацій

B. Етап бар'єрів самозміни

C. Етап роботи зі смислами

D. Етап ролі особистості

E. Етап психосоціальної реадaptaції

13. Що об'єднує всі невротичні розлади між собою:

A. Тривога

- В. Вегетативні прояви
- С. Егоцентризм
- D. Все перераховане**
- Е. Нічого з перерахованого

14. Терапією вибору для лікування ПТСР є:

- А. Психоаналітична терапія
- В. Когнітивно-поведінкова психотерапія**
- С. Гуманістична психотерапія
- D. Все перераховане
- Е. Нічого з перерахованого

15. Які медикаменти слід призначити для лікування генералізованого тривожного розладу:

- А. Нейролептики
- В. Антидепресанти**
- С. Транквілізатори
- D. Стабілізатори настрою
- Е. Все перераховане

16. Які антидепресанти призначають для лікування невротичних розладів насамперед:

- A. СІЗЗС**
- В. Трициклічні
- С. Інгібітори MAO
- D. Мультимодальної дії
- Е. Які впливають на мелатонінові рецептори

17. Розрахуйте психогенні санітарні втрати непсихотичного регістру, які будуть потребувати медичної допомоги, у підрозділі загальною чисельністю 1 250 осіб, який активно веде бойові дії:

- А. 500 людей
- В. 250 людей
- С. 150 людей
- D. 100 людей
- Е. 50 людей**

18. При ЧМТ вибуховою хвилею виникають такі типи сурдомутизму:

А. Типовий післятравматичний

- В. Неврологічний
- С. Психологічний
- Д. Тривожний
- Е. Психотичний

19. У хворого 23 років після травми вибуховою хвилею на тлі астенії виник стан із відсутністю мови та слуху. Який патологічний стан виник у хворого?

А. Сурдомутизм

- В. Мовний ступор
- С. Мовне збудження
- Д. Слуховий параліч
- Е. Астенічний ступор

20. У хворого після вибухової ЧМТ виник психотичний стан зі зниженим настроєм, вираженою подразливістю, люттю, конфліктністю з оточенням, вираженою дратівливістю. Який стан виник у хворого?

А. Депресивний дисфоричний психоз

- В. Маячний психоз
- С. Галюцинаторний психоз
- Д. Депресивний апатичний стан
- Е. Депресивний ступор

21. Пацієнтка 20 років звернулася по допомогу зі скаргами на нічні жахи, яскраві спогади про епізоди сексуального насилля в дитинстві, які супроводжуються бурхливою емоційною та вегетативною реакцією та виникають у певних ситуаціях або при нагадуванні травматичних подій, поганий настрій, періодичні самошкідництва, відсутність апетиту, значну втрату ваги протягом останніх 2-х місяців (ІМТ = 16,5 кг/м²), відсутність менструацій. Назвіть РХП, який спостерігається у дівчини.

A. Нервова анорексія

B. Нервова булімія

C. Компульсивне переїдання

D. Психогенне переїдання

E. Синдром нічної їжі

22. Пацієнтка 35 років була вимушена змінити місце проживання через військові дії, чоловік перебуває на військовій службі. Скаржиться на відчуття тривоги та знижений настрій. Повідомляє, що декілька разів на тиждень виникають напади переїдання, під час яких не може контролювати кількість спожитої їжі. Епізоди переїдання пов'язані зі збільшенням рівня тривоги. Після епізодів переїдання блювоту не викликає, відчуває деяке полегшення в емоційному стані. Має надмірну вагу тіла (ІМТ = 29 кг/м²), однак цим не переймається. Назвіть РХП, який спостерігається у жінки.

A. Компульсивне переїдання

B. Нервова анорексія

C. Нервова булімія

D. Синдром нічної їжі

E. Нервова булімія з очисними процедурами

23. Пацієнтка 45 років, 2 роки тому була звільнена з військової служби. В анамнезі участь у бойових діях. Скаржиться на збільшення маси тіла протягом останніх 2-х років (ІМТ = 24 кг/м²), висловлює незадоволеність виглядом свого тіла, особливо животом. Повідомляє про епізоди переїдання, під час яких втрачає контроль над ситуацією та кількістю спожитої їжі. Після епізодів переїдання виникає сильне відчуття провини та невдоволеність собою, через що викликає блювоту. Епізодично вживала послаблюючі засоби для контролю ваги. Назвіть розлад, який спостерігається у жінки.

A. Нервова булімія

B. Нервова анорексія

C. Компульсивне переїдання

D. Нервова анорексія з очисними процедурами

E. Психогенне переїдання

24. У хворого військовослужбовця 27 років після ЧМТ у бойових умовах виникли омани сприйняття у вигляді фігур людей, тварин, які не видавали звуків. Омани сприйняття виникали в певній послідовності без маячного супроводження. Який стан виник у хворого?

А. Органічний галюциноз

В. Маячний психоз

С. Делірій

Д. Онейроїд

Е. Корсаківський психоз

25. У хворого військовослужбовця 32 років після ЧМТ у бойових умовах виник стан із дезорієнтацією в місті, в часі, видіння транспорту, натовпу, який тисне на нього, намагається зробити хворому щось недобре; виникли думки, що його переслідує транспорт та люди. Який стан виник у хворого?

А. Делірій

В. Органічний галюциноз

С. Сутінковий психоз

Д. Онейроїд

Е. Корсаківський психоз

26. Синдром Ганзера характеризується всім, окрім:

А. Антероградна амнезія

В. Мимоговоріння

С. Пуерілізм

Д. Мимодія

Е. Істеричне звуження свідомості

27. Для неускладненого абстинентного синдрому характерне все перераховане, крім?

А. Ілюзорного сприйняття

В. Потягу до похмілля

С. Фізичного дискомфорту

Д. Вегетативних розладів

Е. Усе перераховане правильно

28. Хворий 42 років, якого привезла швидка допомога з відділку поліції, куди він звернувся по допомогу. Скаржився, що його переслідують вбивці, яких найняла дружина. Бачив підозрілих людей, чув, про що вони розмовляють. Відомо, що раніше зловживав алкоголем, але повідомив, що вже 3 дні не випивав. Який стан розвинувся у хворого?

- A. Параноїд
- B. Делірій**
- C. Галюциноз
- D. Маревні ідеї ревнощів
- E. Дезорієнтація

29. Військовослужбовець 28 років звернувся до лікаря зі скаргами на погане самопочуття, озноб, нежить, біль у м'язах та суглобах, нудоту та пронос. Просить виписати йому більше знеболювальних та заспокійливих. Слизова зіву блідо-рожева, чиста. В легенях – везикулярне дихання. Тахікардія. Зіниці розширені, реакція на світло в'яла. На шкірі передпліч – сліди ін'єкцій. При обстеженні тримається розв'язно, роздратовано, грубий, брехливий. Встановіть діагноз.

- A. Токсикоманія при зловживанні транквілізаторів
- B. Залежність від знеболювальних
- C. Опійна наркоманія**
- D. Гостре респіраторне захворювання
- E. Харчова токсикоінфекція

30. На посилення дезадаптивних реакцій не вказують такі ознаки:

- A. Зниження керованості
- B. Озлобленість
- C. Ігнорування вимог безпеки
- D. Почуття гумору**
- E. Зниження моральних критеріїв

31. До основних проявів реакцій дезадаптації не належать:

- A. Невротичні розлади
- B. Психосоматичні розлади

- С. Підвищена вразливість
- D. Розвиток психотичних станів**
- Е. Апатія

32. До основних психосоматичних наслідків гострих стресових дій у військовослужбовців не належать:

- А. Виразкова хвороба
- В. Нейродерміт
- С. Псоріаз
- D. Онкологічні захворювання**
- Е. Цукровий діабет

33. Негативний вектор впливу на бійця включає:

- A. Високий рівень психологічного виснаження**
- В. Задовільний рівень адаптації особового складу
- С. Достатній рівень бойової активності
- Д. Важливість бойових дій
- Е. Ставлення до віри, релігійність військовослужбовця

34. Компоненти емоційної стійкості не включають:

- А. Когнітивні здібності щодо вирішення проблеми
- В. Фізичні кондиції щодо перенесення значних тривалих навантажень
- С. Соціальні предиктори, які можуть бути корисні в потрібний момент
- Д. Сімейна підтримка, що вагомо підвищує впевненість людини
- E. Домінування незрілих механізмів психологічного захисту**

35. Основні технології формування психологічної стійкості військовослужбовців включають:

- А. Тренінг управління стресом
- В. Тренінг тілесно орієнтованої психології

- C. Тренінг щеплення стресу
- D. Тренінг медитації уваги
- E. Формування ефективних копінг-стратегій

36. Згідно з компасом психічного здоров'я виділяють такі форми психічного здоров'я:

- A. Північно-східну
- B. Південно-східну
- C. Південно-західну
- D. Північно-західну
- E. **Усе вищенаведене правильно**

37. До загальних реакцій у відповідь на травматичну подію не належать:

- A. Провина і сором
- B. Страх і тривога
- C. Втрата контролю
- D. Труднощі з концентрацією
- E. **Ейфорія**

38. Безнадійність та соціальне відсторонення належать до таких реакцій на сильний дистрес (за даними EPA, 2022):

- A. **Загальних**
- B. Поведінкових
- C. Когнітивних
- D. Емоційних
- E. Вольових

ДОДАТКИ

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики – Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R

Інструкція:

Нижче наведено перелік проблем та скарг, що іноді виникають у людей. Будь ласка, читайте кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер тієї відповіді, яка найточніше описує ступінь вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою впродовж останнього тижня, у т.ч. сьогодні. Обведіть лише один із номерів у кожному пункті (щоб цифру всередині кружка було видно), не пропускаючи жодного пункту. Якщо ви захочете змінити свою відповідь, зітріть гумкою першу позначку. Перш ніж почати, прочитайте наведений нижче приклад, і якщо у вас виникнуть питання, поставте їх експериментатору.

Приклад:

Наскільки сильно вас турбували	зовсім ні	<u>трохи</u>	помірно	сильно	дуже сильно
0 Головні болі	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували	зовсім ні	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
1 Головні болі	0	1	2	3	4
2 Нервовість і внутрішнє тремтіння	0	1	2	3	4
3 Неприємні невгамовні думки, що повторюються	0	1	2	3	4
4 Слабкість чи запаморочення	0	1	2	3	4
5 Втрата сексуального потягу чи задоволення	0	1	2	3	4
6 Почуття невдоволення іншими	0	1	2	3	4
7 Відчуття, що хтось інший може керувати вашими думками	0	1	2	3	4
8 Відчуття, що майже в усіх ваших неприємностях винні інші	0	1	2	3	4
9 Проблеми з пам'яттю	0	1	2	3	4
10 Ваша недбалість чи неохайність	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували		зовсім ні	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
11	Досада, що легко виникає, або роздратування	0	1	2	3	4
12	Болі в серці або грудній клітці	0	1	2	3	4
13	Почуття страху на відкритих місцях чи на вулиці	0	1	2	3	4
14	Занепад сил чи загальмованість	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб накласти на себе руки	0	1	2	3	4
16	Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші	0	1	2	3	4
17	Тремтіння	0	1	2	3	4
18	Почуття, що людям здебільшого не можна довіряти	0	1	2	3	4
19	Поганий апетит	0	1	2	3	4
20	Сльозливість	0	1	2	3	4
21	Сором'язливість чи скутість у спілкуванні з особами протилежної статі	0	1	2	3	4
22	Відчуття, що ви в пастці чи спіймані	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	0	1	2	3	4
24	Спалах гніву, який ви не змогли стримати	0	1	2	3	4
25	Страх вийти з дому одному	0	1	2	3	4
26	Почуття, що ви самі багато в чому винні	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку	0	1	2	3	4
28	Відчуття, що щось заважає вам зробити певні речі	0	1	2	3	4
29	Почуття самотності	0	1	2	3	4
30	Пригнічений настрій, хандра	0	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3	4
32	Відсутність цікавості до будь-чого	0	1	2	3	4
33	Почуття страху	0	1	2	3	4
34	Те, що ваші почуття легко вразити	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас чи не співчують вам	0	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди не дружелюбні або ви їм не подобаетесь	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували		зовсім ні	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	0	1	2	3	4
39	Сильне та прискорене серцебиття	0	1	2	3	4
40	Нудота чи розлад шлунка	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірший за інших	0	1	2	3	4
42	Болі в м'язах	0	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
44	Те, що вам важко заснути	0	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти та перевіряти ще раз те, що ви робите	0	1	2	3	4
46	Труднощі в прийнятті рішень	0	1	2	3	4
47	Страх їздити в автобусах, метро чи поїздах	0	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	0	1	2	3	4
49	Пристипи спеки чи ознобу	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деякі місця чи дії, тому, що вони вас лякають	0	1	2	3	4
51	Те, що ви легко втрачаєте думку	0	1	2	3	4
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
53	Клубок у горлі	0	1	2	3	4
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне	0	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитись	0	1	2	3	4
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
57	Відчуття напруженості чи збудженості	0	1	2	3	4
58	Важкість у кінцівках	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть	0	1	2	3	4
60	Переїдання	0	1	2	3	4
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
62	Те, що у вас у голові чужі думки	0	1	2	3	4
63	Імпульси завдавати тілесних ушкоджень або шкоди будь-кому	0	1	2	3	4
64	Безсоння вранці	0	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати тощо	0	1	2	3	4
66	Стурбований та тривожний сон	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували		зовсім ні	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
67	Імпульси ламати або трошити щось	0	1	2	3	4
68	Наявність у вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші	0	1	2	3	4
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	0	1	2	3	4
70	Почуття незручності в людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, щоби ви не робили, потребує великих зусиль	0	1	2	3	4
72	Пристипи жаху чи паніки	0	1	2	3	4
73	Почуття незручності, коли ви їсте чи п'єте на людях	0	1	2	3	4
74	Те, що ви часто вступаєте в суперечку	0	1	2	3	4
75	Нервовість, коли ви залишалися одні	0	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють ваші здобутки	0	1	2	3	4
77	Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що ви не могли всидіти на місці	0	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності	0	1	2	3	4
80	Почуття, що з вами станеться щось погане	0	1	2	3	4
81	Те, що ви кричите й кидаєтеся речами	0	1	2	3	4
82	Страх, що ви знепритомнієте на людях	0	1	2	3	4
83	Відчуття, що люди можуть зловживати вашою довірою, якщо ви їм дасте змогу	0	1	2	3	4
84	Нервові сексуальні думки	0	1	2	3	4
85	Думка, що ви маєте бути покарані за ваші гріхи	0	1	2	3	4
86	Кошмарні думки чи бачення	0	1	2	3	4
87	Думки про те, що з вашим тілом щось негаразд	0	1	2	3	4
88	Те, що ви не відчуваєте близькості до когось	0	1	2	3	4
89	Почуття провини	0	1	2	3	4
90	Думки про те, що з вашим розумом коїться щось недобре	0	1	2	3	4

Опис методики

Шкала SCL містить 90 пунктів, її призначення полягає в тому, щоб оцінювати патерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб. Початкова версія шкали, запропонована Дерогатисом та його колегами (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) на підставі клінічної практики та психометричного аналізу, була модифікована та валідизована в цьому варіанті (Derogatis, Rickels & Rock, 1976). Кожне з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 – «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються та інтерпретуються за 9 основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації – Somatization (SOM), obsесивності-компульсивності – Obsessive-Compulsive (O-C), міжособистісної сензитивності – Interpersonal Sensitivity (INT) тривожності – Anxiety (ANX), ворожості – Hostility (HOS), фобічної тривожності – Phobic Anxiety (PHOB), параноїальних тенденцій – Paranoid Ideation (PAR), психотизму – Psychoticism (PSY), і за 3 узагальненими шкалами другого порядку: загальний (GST), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальна кількість ствердних відповідей (PST). Індeksi другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість гнучкіше оцінювати психопатологічний статус пацієнта.

Операційні визначення шкал SCL-90-R

Соматизація (Somatization – SOM)

Соматизація відображає дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди зараховують скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладу є також головні болі, інші болі та дискомфорт загальної мускулатури і на додаток – соматичні еквіваленти тривожності. Усі ці симптоми та ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча також можуть бути проявом реальних соматичних захворювань.

Obsесивно-компульсивні розлади

(Obsessive-Compulsive – O-C)

Obsесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, які сильно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією самою назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів та дій, які переживає індивід як безперервні, неперекорні та чужі «Я». До цієї шкали

також включені питання, що стосуються поведінки чи переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity – INT)

Цей розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Самозасудження, почуття занепокоєння та помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками з INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного «Я» та негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Депресія (Depression – DEP)

Симптоми цього розладу відображають широку зону проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та афекту, такі як: ознаки відсутності інтересу до життя, недолік мотивації та втрата життєвої енергії. Крім того, серед цих симптомів почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні й соматичні кореляти депресії.

Тривожність (Anxiety – ANX)

Тривожний розлад складається з низки симптомів та ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. До визначення входять загальні ознаки, такі як: нервозність, напруга та тремтіння, а також напади паніки та почуття насильства. До ознак тривожності належать когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху та деякі соматичні кореляти тривожності.

Ворожість (Hostility – HOS)

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану агресивності. До складу пунктів входять усі три ознаки, що відображають такі якості, як: агресія, дратівливість, гнів та обурення.

Фобічна тривожність (Phobic Anxiety – PNOB)

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна стосовно стимулу, що веде до поведінки уникнення. Пункти, які стосуються цього розладу, спрямовані на найбільш па-

тогномічні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Дійсна структура розладу є близькою до дефініції, яка називається агорафобія (Marks, 1969), названої також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation – PAR)

Це визначення представляє паранояльну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу та вибір питань, орієнтований на представленість цих ознак.

Психотизм (Psychoticism – PSY)

У шкалу психотизму включені питання, що вказують на уникання, ізольований, шизоїдний стиль життя та на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або голоси. Шкала психотизму є градуїваним континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних явищ психотизму.

Додаткові питання

Сім питань, що входять до SCL, не підпадають під жодне визначення симптоматичних розладів; ці симптоми дійсно вказують на деякі розлади, але не належать до жодного з них. Хоча в цьому сенсі присутність додаткових питань порушує один із статистичних критеріїв для включення в тест, але все ж таки вони увійшли до нього, оскільки є клінічно важливими.

Додаткові питання беруться до уваги у спільній обробці SCL та використовуються «конфігурально». Так, високі значення DEP у поєднанні з «раннім ранковим пробудженням» і «поганим апетитом» означають інший стан, відмінний від тих самих значень DEP без цих симптомів. У цьому сенсі наявність «почуття провини» є важливим клінічним індикатором, який надає необхідну інформацію клініцистам. Додаткові питання не об'єднані між собою для характеристики окремого розладу, а беруть участь у загальній обробці тесту.

Підрахунок балів за шкалами SCL-90-R

Підрахунок показників методики зводиться до простих операцій складання та поділу. Спочатку підсумовуються бали для кожного з 9 симптоматичних розладів та додаткових питань. Це робиться шляхом складання всіх відмінних від нуля значень за кожним

пунктом, що належить до цієї групи розладів. Далі ця сума ділиться (за винятком значень за додатковими пунктами) на відповідну йому кількість питань. Наприклад, бал за шкалою соматизації знаходиться діленням на 12, за шкалою тривожності – на 10 тощо. Ділення слід виконувати до другого знаку після коми. Таким чином, отримуємо «сирі» значення за кожною шкалою.

Для того щоб обчислити три узагальнені індикатори (шкали другого порядку), необхідно виконати кілька додаткових кроків. Спочатку отримують загальну суму балів з усього тесту, включаючи **загальний індекс тяжкості (GSI)**. Наступний етап – підрахунок **числа ствердних відповідей** (відмінних від нуля), для того щоб отримати загальну кількість симптомів, на які надано ствердну відповідь, тобто отримання значення індексу PST. Останній етап обробки – це обчислення значення **індексу наявного симптома-тичного дистресу PSDI**, який знаходять діленням загальної суми на бал PST. Після того як підраховані «сирі» значення для кожної шкали та значення загальних індексів, вони порівнюються з нормативними даними (психіатричні пацієнти, група норми). Були розроблені окремі нормативні дані для групи пацієнтів та для групи здорових, для чоловіків та жінок.

Шкали SCL-90-R згідно з пунктами

SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD
Заг-м: 12	Заг-м: 10	Заг-м: 9	Заг-м: 13	Заг-м: 10	Заг-м: 6	Заг-м: 7	Заг-м: 6	Заг-м: 10	Заг-м: 7
1	3	6	5	2	11	13	8	7	19
4	9	21	14	17	24	25	18	16	44
12	10	34	15	23	63	47	43	35	59
27	28	36	20	33	67	50	68	62	60
40	38	37	22	39	74	70	76	77	64
42	45	41	26	57	81	75	83	84	66
48	46	61	29	72		82		85	89
49	51	69	30	78				87	
52	55	73	31	80				88	
53	65		32	86				90	
56			54						
58			71						
			79						

**Опитувальник способів долаючої поведінки
R. S. Lazarus та S. Folkman (в адаптації
Т. Л. Крюкової, О. В. Куфтяк, Л. Й. Вассермана)**

Пацієнтам пропонуються 50 тверджень, що описують їхню поведінку у важкій життєвій ситуації.

Опинившись у скрутній ситуації, я...		ніколи	рідко	іноді	часто
1	... зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити далі – на наступному кроці				
2	... починав щось робити, знаючи, що це однаково не працюватиме, головне – робити хоч що-небудь.				
3	... намагався схилити вищих до того, щоб вони змінили власну думку				
4	... говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію				
5	... критикував і докоряв собі				
6	... намагався не сплювати за собою мости, залишаючи все, як воно є				
7	... сподівався на диво				
8	... упокорювався долі: буває, що мені не щастить				
9	... повадився, ніби нічого не сталося				
10	... намагався не показувати своїх почуттів				
11	... намагався побачити в ситуації щось позитивне				
12	... спав більше, ніж зазвичай				
13	... тамував свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми				
14	... шукав співчуття та розуміння в кого-небудь				
15	... у мені виникла потреба виразити себе творчо				
16	... намагався забути все це				
17	... звертався по допомогу до фахівців				
18	... змінювався чи ріс як особистість у позитивний бік				
19	... перепрошував чи намагався все залагодити				
20	... розробляв план дій				
21	... намагався дати якийсь вихід своїм почуттям				
22	... розумів, що сам викликав цю проблему				
23	... набирався досвіду в цій ситуації				
24	... говорив із будь-ким, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації				
25	... намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, курінням чи ліками				
26	... ризикував відчайдушно				
27	... намагався діяти не надто поспішно, довіряючись першому пориву				

	Опинившись у скрутній ситуації, я...	ніколи	рідко	іноді	часто
28	... знаходив нову віру в щось				
29	... знову відкривав для себе щось важливе				
30	... щось змінював так, що все налагоджувалося				
31	... загалом уникав спілкування з людьми				
32	... не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватись				
33	... питав поради в родича чи друга, яких поважав				
34	... намагався, щоб інші не дізналися, які погані справи				
35	... відмовлявся сприймати це надто серйозно				
36	... говорив про те, що я відчуваю				
37	... стояв на своєму й боровся за те, чого хотів				
38	... зганяв це на інших людях				
39	... мав минулий досвід – мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації				
40	... знав, що треба робити, і подвоїв свої зусилля, щоб все налагодити				
41	... відмовлявся вірити, що це справді сталося				
42	... я давав обіцянку, що наступного разу все буде інакше				
43	... знаходив кілька інших способів розв'язання проблеми				
44	... намагався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах				
45	... щось змінював у собі				
46	... хотів, щоб усе це швидше якось залагодилося чи скінчилося				
47	... уявляв собі, фантазував, як усе це могло б обернутися				
48	... молився				
49	... прокручував у думці, що мені сказати чи зробити				
50	... думав про те, як би в цій ситуації діяла людина, якою я захоплююся, й намагався наслідувати її				

Інтерпретація тесту Лазаруса:

Усі питання стосуються восьми шкал, які надалі інтерпретуються:

1. Конфронтаційний копінг – пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.
2. Дистанціювання – пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.
3. Самоконтроль – пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.
4. Пошук соціальної підтримки – пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.
5. Прийняття відповідальності – пункти: 5, 19, 22, 42.
6. Втеча-уникнення – пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.

7. Планування розв'язання проблеми – пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.
8. Позитивна переоцінка – пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Опрацювання результатів:

1. Підраховуються бали, підсумовуючи за кожною субшкалою: ніколи – 0 балів; рідко – 1 бал; іноді – 2 бали; часто – 3 бали
2. Обчислюються за такою формулою: $X = \text{сума балів} / \text{max бал} * 100$. Номери опитувальника (за порядком, але різні) працюють на різні шкали. Наприклад, у шкалі «конфронтаційний копінг» питання – 2, 3, 13, 21, 26, 37 тощо. Максимальне значення з одного питання, яке може набрати пацієнт, – 3, а з усіх питань субшкали – максимально 18 балів, наприклад, пацієнт набрав 12 балів: $12/18 * 100 = 66,7$ – це рівень напруженості конфронтаційного копінгу.
3. Простіший варіант, за сумарним балом: 0–6 – низький рівень напруженості; 7–12 – середній; 13–18 – висока напруженість копінгу.

Інтерпретація результатів копінгу тесту Лазаруса.

1. Конфронтація. Вирішення проблеми шляхом не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, запровадження конкретних дій. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, проте за помірного застосування вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і підприємливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси.
2. Дистанціювання. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою шляхом суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї. Характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, усунення, гумору, знецінення тощо.
3. Самоконтроль. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою шляхом цілеспрямованого придушення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення самовладання.

4. Пошук соціальної підтримки. Вирішення проблеми шляхом залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Характерні орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, поради, співчуття, конкретної дієвої допомоги.
5. Ухвалення відповідальності. Визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, у ряді випадків з виразним компонентом самокритики та самозвинувачення. Виразність цієї стратегії в поведінці може призводити до невиправданої самокритики та самобичування, переживання почуття провини та хронічної незадоволеності собою.
6. Втеча-уникнення. Подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами шляхом реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправдані очікування, відвернення уваги тощо.
7. Планування розв'язання проблеми. Подолання проблеми шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів.
8. Позитивна переоцінка. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою шляхом її позитивного переосмислення, розгляд її як стимулу для особистісного зростання. Характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її у ширший контекст роботи особистості над саморозвитком.

Метод оцінювання інтегративного показника якості життя **Ж. Е. Mezzich et al.** (в адаптації Н. О. Марути, 2004).

Інструкція. Оцініть, будь ласка, вашу якість життя, заповнюючи кожну зі шкал. Проставте бали від 1 – дуже погано, до 10 – дуже добре.

Шкала	Бали	
	На думку пацієнта	На думку лікаря
Фізичне благополуччя		
Психологічне / емоційне благополуччя		
Самообслуговування та незалежність дій		
Працездатність		
Міжособистісна взаємодія		
Соціоемоційна підтримка		
Громадська та службова підтримка		
Особистісна реалізація		
Духовна реалізація		
Загальне сприйняття життя		
Інтегративний показник ЯЖ		
Суб'єктивне благополуччя (ФБ, ПБ, ЗСЖ)		
Виконання соціальних ролей (СТД, МВ, ОР, ПЗ)		
Зовнішні життєві обставини (СЕР, ГСП, ДР)		

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

Твердження	Так	Ні
1. Чи уникаєте ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?		
2. Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?		
3. Чи стали ви почуватися більш далеким або ізольованим від інших людей?		
4. Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?		
5. Чи стали ви думати, що немає жодного сенсу будувати плани на майбутнє?		
6. Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?		
7. Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?		
Дата _____		
4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР		

Миссісіпська шкала (громадянський варіант)

Ім'я _____ Стать _____ Вік _____
 Сімейний стан _____ Діти _____
 Професія _____

Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події та ситуації. Для кожного твердження є шкала від «1» до «5». Використовуючи цю шкалу, вкажіть, якою мірою ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь з цими підтвердженнями. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження: абсолютно не правильно, іноді правильно, до певної міри правильно, правильно, абсолютно правильно

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	До певної мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
1. У минулому в мене було більше друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5
2. Я не маю почуття провини за те, що я робив у минулому	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає болю	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7. Мені сняться вночі кошмари про те, що реально відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю байдужим	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	До певної мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
12. Я весь час запитую, чому я ще живий, тоді як інші вже померли	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я почувуюся так, ніби повернувся до минулого	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся у холодному поті і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17. Мене, як і раніше, тішать ті самі речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні та викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що працювати мені неважко	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитись	1	2	3	4	5
21. Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення та бажання	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив у минулому, я не зможу розповісти будь-кому, бо цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь чи снодійне, щоб допомогти собі заснути чи забути про ті речі, які траплялися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли я перебуваю в натовпі	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть до близьких людей	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	До певною мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
36. Часом я поводжуся чи відчуваю так, ніби те, що було зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
38. Я дуже пильний і насторожений більшу частину часу	1	2	3	4	5
39. Якщо трапляється щось, що нагадує мені минуле, мене охоплює така тривога чи паніка, що в мене починається сильне серцебиття і перехоплює дихання; я весь тремчу і покриваюся потом; у мене паморочиться в голові, з'являються «мурашки» і я майже втрачаю свідомість	1	2	3	4	5

Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Тридцять питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». У п'яти питаннях, що залишилися, описуються симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальної схильності.

Інструкція: нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись цією шкалою, вкажіть, до якої міри ви згодні або не згодні з цим твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці.

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
1. До служби в армії у мене було більше друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то я, швидше за все, не стримаюсь (застосу фізичну силу)	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	1	2	3	4	5
12. Я весь час запитую себе, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поті і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Пра-вильно	Абсолютно пра-вильно
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, тоді, коли перебуваю в натовпі	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть до близьких людей	1	2	3	4	5

Ключ

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (підсумовуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді на «зворотні» твердження, перекодовані так: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів:

Отримана сума дозволяє поділити піддослідних на тих, які мають посттравматичний стресовий розлад і тих, які не мають посттравматичний стресовий розлад. За даними В.Ю. Шаніна.: добре адаптовані – 76 ± 18 ; психічні розлади – 86 ± 26 ; ПТСР – 130 ± 18 .

Шкала компульсивного переїдання (BES)

Інструмент самозвіту Binge Eating Scale (BES) вимірює когнітивні / емоційні симптоми та поведінку, пов'язані з переїданням, і складається із 16 пунктів, з яких перші 8 пунктів описують поведінкові прояви, наступні 8 пунктів – пізнання / почуття, кожен пункт складається з 3–4 тверджень вибору / відповіді, які вказують на тяжкість кожної вимірюваної характеристики КП. Зважені бали варіюють від 0 до 3 (0 вказує на відсутність проблем із КП, 3 вказує на серйозні проблеми з КП). Загальний бал має діапазон від 0 до 46, рекомендоване авторами порогове значення – 17, ступені важкості КП: відсутність (або легкий) – до 17 балів, середній – 18–26 балів, важкий ≥ 27 .

Номер запитання	Варіанти відповіді
1	<p>а. Я не переживаю через свою вагу чи розмір тіла, коли я з іншими людьми.</p> <p>б. Я хвилююся через те, як я буду виглядати перед іншими, але зазвичай це не змушує мене відчувати себе розчарованим.</p> <p>с. Я хвилююся через свій зовнішній вигляд і вагу, що змушує мене розчаруватися в собі.</p> <p>д. Я дуже переживаю через свою вагу і часто відчуваю сильний сором й огиду до себе. Через це я намагаюся уникати соціальних контактів з іншими людьми</p>
2	<p>а. Я не відчуваю труднощів їсти повільно відповідно до чинних правил.</p> <p>б. Хоч здається, ніби я «заковтую» їжу, я не відчуваю насичення від її надмірної кількості.</p> <p>с. Іноді я схильний їсти швидко, через що потім відчуваю себе дискомфортно ситим.</p> <p>д. Я маю звичку ковтати їжу, не пережовуючи її. Коли це трапляється, я зазвичай відчуваю дискомфорт через те, що я з'їв занадто багато</p>
3	<p>а. Я відчуваю, що можу контролювати свій апетит, коли хочу.</p> <p>б. Я відчуваю, що втрачаю контроль над своїм харчуванням, частіше, ніж звичайна людина.</p> <p>с. Я відчуваю себе абсолютно безсилим, коли справа доходить до контролю над апетитом.</p> <p>д. Оскільки я відчував себе таким безсилим контролювати своє харчування, я став зневіреним, аби спробувати це контролювати</p>
4	<p>а. Я не маю звички їсти, коли мені нудно.</p> <p>б. Іноді я їм, коли мені нудно, але в більшості випадків я можу себе розважити й відвернути увагу від їжі.</p> <p>с. Я маю звичку їсти, коли мені нудно, але іноді я можу використовувати інші види діяльності, щоб не їсти.</p> <p>д. Я маю сильну звичку їсти, коли мені нудно. Здається, ніщо не може допомогти мені позбутися цієї звички</p>

Номер запитання	Варіанти відповіді
5	<p>a. Зазвичай я їм, коли фізично голодний.</p> <p>б. Іноді я з'їдаю щось імпульсивно, навіть якщо я насправді не голодний.</p> <p>с. Я маю звичку їсти їжу, яка мені не дуже подобається, щоб втамувати голод, навіть якщо вона мені фізично не потрібна.</p> <p>d. Незважаючи на те що я фізично не голодний, я відчуваю голод, який, здається, задовольняється лише тоді, коли я наповнюю рот їжею, наприклад такою як бутерброд. Іноді, коли я їм їжу, щоб втамувати голод, я її відригну або випльовую, щоб не набрати вагу</p>
6	<p>a. Після переїдання я не відчуваю провини чи ненависті до себе.</p> <p>б. Після переїдання іноді я відчуваю провину або ненависть до себе.</p> <p>с. Здебільшого я відчуваю сильну провину або ненависть до себе після переїдання</p>
7	<p>a. Я не втрачаю повного контролю за своїм харчуванням під час дієти, навіть після періодів переїдання.</p> <p>б. Іноді, коли я їм «заборонену їжу» дієтою, я відчуваю, ніби я «не впорався», і з'їдаю ще більше.</p> <p>с. Часто, коли я переїдаю, перебуваючи на дієті, я маю звичку говорити собі: «Я зараз не впорався, чому б не піти до кінця». Коли це відбувається, я їм ще більше.</p> <p>d. Я маю звичку регулярно починати для себе суворі дієти, але порушую їх, переїдаючи. Моє життя здається або «бенкетом», або «голодом»</p>
8	<p>a. Я не часто їм так багато їжі, що після цього відчуваю дискомфорт.</p> <p>б. Зазвичай приблизно раз на місяць я їм велику кількість їжі, що врешті-решт відчуваю, що переїв.</p> <p>с. У мене є регулярні періоди або час протягом місяця, коли я з'їдаю велику кількість їжі, чи то під час основних прийомів їжі, чи під час перекусів.</p> <p>d. Я їм так багато їжі, що регулярно відчуваю себе досить незручно після їди, а іноді відчуваю невелику нудоту</p>
9	<p>a. Мій рівень споживання калорій, як правило, не піднімається дуже високо і не падає дуже низько.</p> <p>б. Іноді після переїдання я намагаюся зменшити споживання калорій майже до нуля (майже нічого не їсти), щоб компенсувати надлишок калорій, які я з'їв.</p> <p>с. Я маю звичку переїдати на ніч. Здається, що мій режим – це не відчуття голоду вранці, а переїдання вночі.</p> <p>d. У дорослі роки в мене були періоди протягом тижня, коли я майже голодував. Цьому передували періоди, коли я переїдав. Здається, я живу життям або «бенкет», або «голод»</p>
10	<p>a. Зазвичай я можу перестати їсти, коли хочу. Я знаю, коли «досить».</p> <p>б. Іноді в мене виникає бажання їсти, яке я не можу контролювати.</p> <p>с. Часто в мене виникає сильне бажання їсти, яке я не можу контролювати, але іноді я можу контролювати своє бажання їсти.</p> <p>d. Я відчуваю, що не в змозі контролювати бажання їсти. Я боюся, що не зможу перестати їсти за власним бажанням.</p>

Номер запитання	Варіанти відповіді
11	<p>a. У мене немає проблеми з тим, аби припинити їсти, коли я відчуваю ситість.</p> <p>б. Зазвичай я можу припинити їсти, коли відчуваю ситість, але іноді переїдаю, через що відчуваю дискомфорт.</p> <p>с. У мене проблема з тим, щоб зупинитися, коли я почав їсти, і зазвичай я відчуваю дискомфорт після їди (мій шлунок переповнений).</p> <p>d. Оскільки в мене є проблема з тим, що я не можу припинити їсти, коли я хочу, іноді мені доводиться викликати блювоту, щоб полегшити відчуття «переповненості»</p>
12	<p>a. Здається, що я з'їдаю стільки ж їжі, коли я з іншими людьми (сім'я, світські зустрічі), як і коли один.</p> <p>б. Іноді, коли я перебуваю в колі інших людей, я їм не стільки, скільки хочу, тому що стежу за своїм харчуванням.</p> <p>с. Часто я їм лише невелику кількість, коли поруч є інші люди, тому що мені так соромно за своє харчування.</p> <p>d. Мені так соромно через переїдання, що я вибираю час для переїдання, коли знаю, що ніхто мене не побачить. Я почувуюся «прихованим їдцем»</p>
13	<p>a. Я харчуюся три рази на день, лише зрідка роблю перекуси між прийомами їжі.</p> <p>б. Я їм тричі на день, але зазвичай роблю перекуси між прийомами їжі.</p> <p>с. Я маю звичку пропускати звичайні прийоми їжі, після масивних перекусів.</p> <p>d. Бувають регулярні періоди, коли я, здається, постійно їм, без запланованих прийомів їжі</p>
14	<p>a. Я мало думаю про те, щоб контролювати свої небажані потяги до їжі.</p> <p>б. Періодично я відчуваю, що мої думки зайняті тим, щоб контролювати свій апетит.</p> <p>с. Я відчуваю, що часто витрачаю багато часу на роздуми про те, скільки їжі я з'їв, або про те, щоб більше не їсти.</p> <p>d. Мені здається, що більшість годин мого неспання зайняті думками про те, їсти чи не їсти. Я відчуваю, що постійно намагаюся не їсти</p>
15	<p>a. Я мало думаю про їжу.</p> <p>б. У мене є сильна тяга до їжі, але вона триває недовго.</p> <p>с. У мене бувають дні, коли я не можу думати ні про що інше, крім їжі.</p> <p>d. Більшість моїх днів, здається, зайняті думками про їжу. Я відчуваю, що живу, щоб їсти</p>
16	<p>a. Зазвичай я знаю, чи голодний я фізично. Я приймаю потрібну порцію їжі, щоб втамувати голод.</p> <p>б. Іноді я відчуваю непевність у тому, чи я фізично голодний. чи ні. У такі моменти мені важко зрозуміти, скільки їжі я маю вживати, аби втамувати голод.</p> <p>с. Хоча я можу знати, скільки калорій я маю спожити, я не маю найменшого уявлення, що для мене є «нормальною» кількістю їжі</p>

Голландський опитувальник харчової поведінки (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (DEBQ)

Методика розроблена в 1986 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини і факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки.

Опитувальник складається з 33 питань, кожне з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», які оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31-го пункту, що має зворотні значення.

Обробка даних тестування

Для підрахунку балів за кожною шкалою складаються значення відповідей для кожного пункту і їх суму ділять на кількість питань у цій шкалі.

Інструкція

Перед вами ряд питань, що стосуються вашої поведінки, пов'язаної з харчуванням. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них одним із п'яти можливих варіантів: «ніколи» (1), «рідко» (2), «іноді» (3), «часто» (4) і «дуже часто» (5), підкресливши цифру у відповідному стовпці бланка тесту. Питання № 31 – цифри у зворотному порядку.

Запитання	Ніко- ли	Рід- ко	Іно- ли	Ча- сто	Дуже часто
1. Якщо ваша вага починає зростати, ви їсте менше ніж зазвичай?	1	2	3	4	5
2. Чи намагаєтеся ви їсти менше, ніж вам хотілося б, під час звичайного прийому їжі?	1	2	3	4	5
3. Чи часто ви відмовляєтеся від їжі і пиття через те, що турбуєтеся про свою вагу?	1	2	3	4	5
4. Чи акуратно ви контролюєте кількість з'їденого?	1	2	3	4	5
5. Чи вибираєте ви їжу навмисно, щоб схуднути?	1	2	3	4	5
6. Якщо ви переїли, чи будете ви на наступний день їсти менше?	1	2	3	4	5
7. Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?	1	2	3	4	5
8. Чи часто ви намагаєтеся не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5

Запитання	Ніко- ли	Рід- ко	Інко- ли	Ча- сто	Дуже часто
9. Чи часто ви намагаєтеся не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?	1	2	3	4	5
11. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?	1	2	3	4	5
12. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?	1	2	3	4	5
13. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені або збентежені?	1	2	3	4	5
14. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?	1	2	3	4	5
15. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хто-небудь підвів?	1	2	3	4	5
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?	1	2	3	4	5
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви передчуваєте якусь неприємність?	1	2	3	4	5
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стурбовані або напружені?	1	2	3	4	5
19. Чи виникає у вас бажання їсти, коли «все не так», «все падає з рук»?	1	2	3	4	5
20. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви перелякані?	1	2	3	4	5
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли зруйновані ваші надії?	1	2	3	4	5
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?	1	2	3	4	5
23. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, стомлені, неспокійні?	1	2	3	4	5
24. Чи їсте ви більше ніж зазвичай, коли їжа смачна?	1	2	3	4	5
25. Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, їсте ви більше ніж зазвичай?	1	2	3	4	5
26. Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, їсте ви більше ніж зазвичай?	1	2	3	4	5
27. Якщо у вас є що-небудь смачне, з'їсте ви це негайно?	1	2	3	4	5
28. Коли проходите повз пекарню (кондитерську), чи хочеться вам купити що-небудь смачне?	1	2	3	4	5
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?	1	2	3	4	5
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, з'являється у вас бажання їсти?	1	2	3	4	5
31. Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?	5	4	3	2	1
32. Чи їсте ви більше ніж зазвичай в компанії (коли їдять інші)?	1	2	3	4	5
33. Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її куштуєте?	1	2	3	4	5

Інтерпретація

Питання 1–10 представляють шкалу обмежувальної харчової поведінки, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримання бажаного ваги за допомогою самообмеження в харчуванні.

Питання 11–23 – шкала емоційної харчової поведінки, за якої бажання поїсти виникає у відповідь на негативні емоційні стани.

Питання 24–33 – шкала екстернальної харчової поведінки, за якої бажання поїсти стимулює не справжнє відчуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або вигляд інших людей, які їдять.

Середні показники обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4, 1.8 і 2.7 бали відповідно.

Якщо за якою-небудь зі шкал набрано балів більше ніж середнє значення, то можна діагностувати порушення в харчовій поведінці.

Опитувальник образу тіла (О. А. Скугаревський, С. В. Сивуха)

Опитувальника образу свого тіла (ООСТ) О. А. Скугаревського, С. В. Сивухи складається із 16 пунктів-тверджень, зміст яких відображає невдоволення власним тілом у осіб, які страждають на порушення харчової поведінки. Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою: 0 – «ніколи», 1 – «іноді», 2 – «часто», 3 – «завжди». За шкалою розраховується загальний бал, його максимально можливе значення дорівнює 48 (показник вище за 13 говорить про виражену незадоволеність власним тілом).

Працювати із «сирими» балами незручно, оскільки розкид значень визначається кількістю пунктів і діапазоном отриманих значень. Це ускладнює зіставлення результатів, отриманих за допомогою різних методик. Для використання у статистичному моделюванні необхідно модифікувати дані. Для практичного застосування зручний переклад в стенайни відповідно до таблиці:

«Сирі» бали	0	1–2	3–4	5–7	8–10	11–14	15–18	19–23	24 і більше
Стенайни	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Автори заявляють про високі психометричні властивості ООСТ та рекомендують використовувати його для скринінгових досліджень і як допоміжний інструмент в процесі клінічної діагностики.

Інструкція

Перед вами питання, що стосуються ставлення до свого тіла. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди», та позначте її «+» в колонці.

Твердження	Ніколи 0	Іноді 1	Часто 2	Завжди 3
1. Я не люблю дивитися на себе в дзеркало				
2. Купівля одягу звертає мою увагу на те, як я виглядаю, і тому неприємна				
3. Я не люблю, коли на мене звертають увагу				
4. Я уникаю ситуацій, в яких інші можуть побачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо)				
5. Я відчуваю сором за своє тіло в присутності певних людей				
6. Я не люблю своє тіло				
7. Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним				
8. Я відчуваю, що друзі і члени моєї сім'ї бентежаться при погляді на мене				
9. Я порівнюю своє тіло з іншими для того, щоб переконатися, що вони повніше, ніж я				
10. Мені складно отримувати задоволення від своєї діяльності через те, що я відчуваю незручність у зв'язку зі своїм зовнішнім виглядом				
11. Я відчуваю почуття провини у зв'язку зі своєю вагою				
12. У мене є негативні думки, і я самокритичний(на) щодо свого тіла і того, як я виглядаю				
13. Мені важко приймати компліменти з приводу того, як я виглядаю				
14. Коли я дивлюся в дзеркало, то зосереджуюся переважно на тих частинах тіла, які потребують поліпшення				
15. Я відчуваю себе приниженим(ою) і / або пригніченим(ою) в присутності людини, яка, на мою думку, привабливіша, ніж я				
16. Я турбуюся щодо власної ваги				

Опитувальник харчових переваг EAT-26

Тест ставлення до прийому їжі (англ. Eating Attitudes Test, EAT-26) – професійний психологічний тест, розроблений Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто.

Цей тест дозволяє з високим ступенем імовірності виявити розлади харчової поведінки.

Інструкція

Будь ласка, виберіть найбільш правильну для вас відповідь на кожне з наступних питань і відзначте знаком «√» в бланку.

№	Твердження	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Як правило	Постійно
1	Я відчуваю жах при думці про надмірну вагу						
2	Я уникаю прийому їжі, коли голодна(ий)						
3	Я вважаю, що відчуваю занепокоєння з приводу їжі						
4	У мене були епізоди переїдання, коли я відчувала(в), що можу не зупинитися						
5	Я розрізаю свою їжу на маленькі шматочки						
6	Я знаю про кількість калорій у їжі, яку я їм						
7	Я особливо уникаю їжі з великим вмістом вуглеводів (хліб, рис, картопля тощо)						
8	Відчуваю, що інші хотіли б, щоб я їла(в) більше						
9	У мене буває блювота після того, як я поїм						
10	Я відчуваю надмірну провину після їди						
11	Мене переслідують думки про схуднення						
12	Я думаю про згоряння калорій при виконанні фізичних вправ						
13	Інші люди думають про те, що я занадто худа(ий)						
14	Я переймаюся думками про жирові відкладення на моєму тілі						
15	Прийом їжі у мене займає більше часу, ніж в інших						
16	Я уникаю їжі, що містить цукор						
17	Я вживаю дієтичні продукти						
18	Я маю відчуття того, що їжа контролює моє життя						
19	Я проявляю самоконтроль щодо їжі						
20	У мене є відчуття того, що інші змушують мене приймати їжу						
21	Я приділяю дуже багато часу їжі і думкам про неї						
22	Я відчуваю дискомфорт після вживання солодощів						
23	Я використовую дієти						
24	Я віддаю перевагу тому, щоб мій шлунок був порожній						

25	Я відчуваю задоволення від того, що куштую нові дорогі продукти						
26	Я відчуваю спонукання викликати у себе блювоту після їди						

Результати тесту ЕАТ-26

Критерієм оцінки є сумарний бал за шкалою, який обчислюється з урахуванням позитивних відповідей на питання.

Твердження 1–24 і 26 оцінюються так: «завжди» – 3 бали, «зазвичай» – 2 бали, «часто» – 1 бал, «іноді», «рідко», «ніколи» – 0 балів. Твердження 25 – «завжди», «зазвичай», «часто» – 0 балів, «іноді» – 1 бал, «рідко» – 2 бали, «ніколи» – 3 бали.

Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20, є висока ймовірність розладу харчової поведінки.

Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда – Г. Шмішека

Тест містить 10 шкал відповідно до десяти виділених К. Леонгардом типів акцентуованих особистостей і складається з 88 запитань, на які потрібно відповісти «так» чи «ні».

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік ____ Стать чол. / жін. (підкреслити)

Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____

Військове звання _____

Інструкція: вам будуть запропоновані твердження, які стосуються вашого характеру. Якщо ви згодні з твердженням, поруч з його номером поставте знак «+» («так»), якщо не згодні – знак «-» («ні»). Над запитаннями довго не думайте, правильних та неправильних відповідей немає.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

61 62 63 64 65 66 67 68 69 70

71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

81 82 83 84 85 86 87 88

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34						

Текст опитувальника

1. У вас переважно веселий та безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, в бесіді тощо?
4. Зробивши щось, ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, до тих пір, поки ще раз не переконаєтеся в тому, що все зроблено правильно?
5. У дитинстві ви були так само відчайдушним і сміливим, як усі ваші однолітки?
6. Чи часто у вас змінюється настрій від стану байдужості до відрази до життя?
7. Чи є ви центром уваги в колективі, в компанії?
8. Чи буває так, що ви безпричинно перебуваєте в такому буркотливому настрої, що з вами краще не розмовляти?
9. Ви серйозна людина?
10. Чи здатні ви захоплюватися чим-небудь?
11. Чи заповзятливі ви?
12. Ви швидко забуваєте, якщо вас хто-небудь скривдить?
13. Чи м'якосерда ви людина?
14. Опускаючи лист у поштову скриньку, чи перевіряєте ви, проводячи рукою по щілині ящика, що лист повністю впав?
15. Чи прагнете ви, щоб вас вважали одним з кращих співробітників?
16. Чи бувало вам у дитинстві страшно під час грози або при зустрічі з незнайомим собакою, а, можливо, таке почуття буває й тепер?
17. Чи прагнете ви скрізь і в усьому дотримуватися порядку?
18. Чи залежить ваш настрій від зовнішніх обставин?
19. Чи люблять вас ваші знайомі?
20. Чи часто у вас буває почуття сильного внутрішнього занепокоєння, можливої біди, неприємностей?
21. Чи часто у вас буває дещо пригнічений настрій?

22. Чи бували у вас хоча б один раз істерики або нервові зриви?
23. Чи важко вам усидіти на одному місці?
24. Якщо стосовно вас вчинили несправедливо, чи енергійно ви відстоюєте свої інтереси?
25. Чи можете ви зарізати курку, вівцю?
26. Чи дратує вас, якщо вдома завіса або скатертина висять нерівно, і ви одразу ж прагнете поправити їх?
27. У дитинстві ви боялися залишатися один вдома?
28. Чи часто у вас без причини змінюється настрій?
29. Чи завжди ви прагнете бути сильним спеціалістом у своїй справі?
30. Чи швидко ви починаєте сердитись або впадати в гнів?
31. Чи можете ви бути абсолютно веселим?
32. Чи буває так, що відчуття повного щастя буквально пронизує вас?
33. Як ви думаєте, чи вийшов би з вас ведучий, конференсьє на концерті, виставі?
34. Зазвичай ви висловлюєте свою думку досить відверто й недвозначно?
35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у вас неприємного відчуття?
36. Чи любите ви роботу, де необхідна велика особиста відповідальність?
37. Чи схильні ви захищати тих, стосовно кого вчинили, на ваш погляд, несправедливо?
38. Вам важко, страшно спускатись у темний підвал?
39. Чи надаєте ви перевагу роботі, де необхідно діяти швидко, але висока якість її виконання не вимагається?
40. Чи комунікабельна ви людина?
41. У школі ви охоче декламували вірші?
42. Чи втікали ви в дитинстві з дому?
43. Чи здається вам життя важким?

44. Чи буває так, що після конфлікту або образи ви були до того засмучені, що займатися справою здавалося просто нестерпно?

45. Чи можна сказати, що в разі невдачі ви не втрачаєте почуття гумору?

46. Чи здійснюєте ви першим кроки до примирення, якщо вас хто-небудь образив?

47. Ви дуже любите тварин?

48. Чи повертаєтеся ви, щоб впевнитися, що залишили домівку чи робоче місце в порядку.

49. Чи переслідує вас неясна думка про те, що з вами, вашими близькими може статися щось страшне?

50. Чи вважаєте ви, що ваш настрій дуже мінливий?

51. Чи важко вам доповідати, виступати перед аудиторією?

52. Чи можете ви вдарити кривдника, якщо він вас образить?

53. У вас велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?

54. Ви належите до тих, хто за будь-яких розчарувань впадає у глибокий відчай?

55. Вам подобається робота, яка потребує енергійної організаторської діяльності?

56. Чи наполегливо ви домагаєтеся поставленої мети, якщо на шляху до неї доводиться долати безліч перешкод?

57. Чи може трагічний фільм зворушити вас так, що на очі навернуться сльози?

58. Чи часто вам важко заснути через те, що проблеми минулого чи майбутнього дня весь час крутяться у вас у голові?

59. У школі ви інколи підказували своїм товаришам або давали їм списувати?

60. Чи потрібне вам велике напруження, щоб уночі пройти через цвинтар?

61. Чи ретельно ви слідкуєте за тим, щоб кожна річ у вашій квартирі була на одному й тому самому місці?

62. Чи буває так, що перед сном у вас гарний настрій, а зранку ви встаєте похмурим?

63. Чи легко ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи бувають у вас головні болі?
65. Ви часто смієтесь?
66. Чи можете ви бути ввічливим із тими, кого явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?
67. Ви рухлива людина?
68. Ви дуже непокоїтеся через несправедливість?
69. Ви настільки любите природу, що можете називати себе її другом?
70. Виходячи з дому або лягаючи спати, ви перевіряєте, чи вимкнули скрізь світло та чи закриті двері?
71. Ви дуже боязливі?
72. Чи змінюється ваш настрій при вживанні алкоголю?
73. Раніше ви охоче брали участь у гуртках художньої самодіяльності, а можливо, й зараз берете участь?
74. Ви розцінюєте життя скоріше песимістично, ніж радісно?
75. Чи часто вас тягне подорожувати?
76. Чи може ваш настрій змінитися так різко, що стан радості раптово зміниться на похмуру пригніченість?
77. Чи легко вам вдається підняти настрій підлеглим?
78. Чи довго ви переживаєте образу?
79. Чи довгий час ви переживаєте горе інших людей?
80. Чи часто, будучи школярем, ви переписували сторінки у вашому зошиті, якщо в ньому допускали помилки?
81. Чи ставитеся ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж із довірою?
82. Чи часто ви бачите жахливі сни?
83. Чи буває так, що ви остерігаєтесь того, що можете кинути-ся під колеса потягу, який проходить повз?
84. У веселій компанії ви зазвичай веселі?
85. Чи здатні ви відвернути увагу від важкої проблеми, яка потребує обов'язкового вирішення?
86. Ви стаєте менш стриманим і почуваетесь вільніше, якщо приймете алкоголь?

87. У бесіді ви скупі на слова?

88. Якщо вам необхідно було б грати на сцені, ви змогли б так увійти в роль, що забули б про те, що це лише гра?

Ключ: підрахуйте кількість відповідей «так» (+) на одні вказані запитання та кількість відповідей «ні» (-) на інші. За кожну відповідь, яка збіглася з ключем, нарахуйте один бал. Максимальна сума балів дорівнює 24. З огляду на неоднозначну кількісну представленість досліджуваних шкал, вводиться коефіцієнт вирівнювання, внаслідок чого сума отриманих «сирих» балів множиться на диференційований коефіцієнт. Так, при 8 твердженнях у шкалі отриманий результат множиться на 3, при 12 – на 2, при 4 – на 6.

1. Демонстративні: «+» – 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88; «-» – 51. Суму відповідей помножити на 2.

2. Дистимні: «+» – 9, 21, 43, 75, 87; «-» – 31, 53, 65. Суму відповідей помножити на 3.

3. Ригідні: «+» – 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81; «-» – 12, 46, 59. Суму відповідей помножити на 2.

4. Тривожні: «+» – 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82; «-» – 5. Суму відповідей помножити на 3.

5. Педантичні: «+» – 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83; «-» – 36. Суму відповідей помножити на 2.

6. Екзальтовані: «+» – 10, 32, 54, 76. Суму відповідей помножити на 6.

7. Збудливі, невірноважені: «+» – 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86. Суму відповідей помножити на 3.

8. Емотивні, лабільні: «+» – 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79; «-» – 25. Суму відповідей помножити на 3.

9. Гіпертимні: «+» – 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77. Суму відповідей помножити на 3.

10. Циклотимні: «+» – 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84. Суму відповідей помножити на 3.

На підставі практичного застосування опитувальника вважається, що сума балів у діапазоні від 15 до 19 свідчить лише про тенденцію до того чи іншого типу акцентуації. І лише у випадку перевищення 19 балів риса характеру є акцентуованою.

PHQ-9 – анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу / засобу лікування та моніторингу результатів.

П.І.Б.		Дата			
Як часто за останні 2 тижні вас турбували такі прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше ніж половину цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (запад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи, навпаки, переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточення могло помітити. Або навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
загальний бал = _____					
У випадку наявності у вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?			Зовсім не ускладнили		
			Дещо ускладнили		
			Дуже ускладнили		
			Надзвичайно ускладнили		

Критерії оцінки результатів РНҚ-9*

(BES)	(BES)
(BES)	(BES)
(BES)	(BES)
(BES)	(BES)
(BES)	(BES)
(BES)	(BES)

* Бал ≥ 10 є інформативним у значенні ВДР з чутливістю та специфічністю 83 %

Розроблено: Докторами Робертом Л. Шпітцером, Джанет Б. Вільямс, Куртом Кренке (Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke) та колегами за підтримки освітнього гранту компанії «Пфайзер Інк.» (Pfizer Inc.). Відтворення, переклад, демонстрація і поширення дозволяються без попередньої згоди власників авторського права.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти вашому лікарю зрозуміти, як ви почуваетесь. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, яку ви обрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки ваша перша реакція буде завжди найправильнішою.

Т. Я відчуваю напруженість, мені ніяково

- 3 Увесь час
- 2 Часто
- 1 Час від часу, іноді
- 0 Зовсім не відчуваю

Д. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі самі почуття

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 Дуже малою мірою це так
- 3 Це зовсім не так

Т. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

- 3 Це так, і страх дуже сильний
- 2 Так, але страх не дуже сильний
- 1 Іноді, але це мене не турбує
- 0 Зовсім не відчуваю

Д. Я здатний розсміятися та угледіти в тій чи іншій події кумедне

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 Дуже малою мірою це так
- 3 Це зовсім не так

Т. Метушливі думки крутяться в мене в голові

- 3 Постійно
- 2 Майже весь час
- 1 Час від часу і це не так часто
- 0 Тільки іноді

Д. Я відчуваю бадьорість

- 3 Зовсім не відчуваю
- 2 Дуже рідко
- 1 Іноді
- 0 Майже весь час

Т. Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 Зрідка це так
- 3 Зовсім не можу

Д. Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 Майже весь час
- 2 Часто
- 1 Іноді
- 0 Зовсім ні

Т. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 Зовсім не відчуваю
- 1 Іноді
- 2 Часто
- 3 Дуже часто

Д. Я не слідкую за своєю зовнішністю

- 3 Це так
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
- 0 Я слідкую за собою так, як і раніше

Т. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

- 3 Це так
- 2 Напевно, це так
- 1 Деякою мірою це так
- 0 Зовсім не відчуваю

Д. Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені почуття задоволення

- 0 Так само як і зазвичай
- 1 Так, але не тією мірою, як раніше
- 2 Значно менше, ніж зазвичай
- 3 Зовсім так не вважаю

Т. У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 Дуже часто
- 2 Досить часто
- 1 Не так і часто
- 0 Зовсім не буває

Д. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

- 0 Часто
- 1 Іноді
- 2 Зрідка
- 3 Дуже рідко

Бали підраховуються окремо за шкалою тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінювання даних за HADS є: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія; 11 і більше – клінічно виражена тривога / депресія.

GAD-7 (генералізований тривожний розлад)

Як часто за останні 2 тижні вас турбували такі проблеми? (Обрану відповідь відмітьте позначкою «✓».)

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

3. Ви занадто хвилювались через різні речі

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

4. Вам було важко розслабитись

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

5. Ви були настільки неспокійні, що вам було важко всидіти на одному місці

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

6. Вам було легко дошкулити, роздратовати вас

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися

- (0) Зовсім не турбували
- (1) Декілька днів
- (2) Більше ніж половина всіх днів
- (3) Майже щоденно

Підрахунок результатів

Кожна відповідь має свою кількість балів:

Зовсім не турбували – 0 балів

Декілька днів – 1 бал

Більше ніж половина всіх днів – 2 бали

Майже щоденно – 3 бали

Вам необхідно отримати суму балів за всіма відповідями.

Що показує ваша сума балів?

0–4 балів – ймовірно, труднощі з тривогою відсутні.

5–9 балів – можливі труднощі з тривогою помірною ступеня.

10–14 балів – можливі труднощі з тривогою вираженого ступеня.

15–21 балів – можливі труднощі з тривогою важкого ступеня.

Розроблено: Докторами Робертом Л. Шпітцером, Джанет Б. Вільямс, Куртом Кренке (Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke) та колегами за підтримки освітнього гранту компанії «Пфайзер Інк.» (Pfizer Inc.). Відтворення, переклад, демонстрація і поширення дозволяються без попередньої згоди власників авторського права

Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT

1. Як часто ви вживаєте спиртні напої?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- 2 або 4 рази на місяць (2)
- 2 або 3 рази на тиждень (3)
- 4 рази на тиждень або частіше (4)

2. Скільки порцій спиртного ви випиваєте в типовий день, коли вживаєте алкоголь? (Під порцією мається на увазі або 0,5 л пива, або 200 мл сухого вина, або 50 мл горілки або коньяку.)

- жодного (0)
- 1 або 2 (1)
- 3 або 4 (2)
- 5 або 6 (3)
- 7 або 9 (4)
- 10 або більше (5)

3. Як часто ви випиваєте понад шість порцій алкоголю за один раз?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

4. Як часто протягом минулого року ви помічали, що не в змозі зупинитися, якщо почали пити?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

5. Як часто протягом минулого року ви не виконували того, чого зазвичай від вас очікували, через вживання алкоголю?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

6. Як часто протягом минулого року ви відчували потребу вранці випивати спиртне для того, щоб бути в змозі що-небудь робити після надмірного вживання алкоголю напередодні?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

7. Як часто ви відчували почуття провини або дорікали себе з приводу вживання алкоголю?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

8. Як часто протягом минулого року ви не могли пригадати подій попереднього дня через те, що були у стані сп'яніння?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

9. Чи траплялося, що ви у стані сп'яніння були причиною травмування себе або тих, хто вас оточує?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

10. Чи траплялося, що хтось із членів вашої родини, друзів або лікар висловлював свою стурбованість з приводу вживання вами алкоголю або радив вам менше пити?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

Разом: ____

Інтерпретація результатів

- 0–7 низький рівень ризику

Ймовірність завдання шкоди здоров'ю за такого рівня споживання алкоголю невелика. Рекомендується не збільшувати кількість споживаного алкоголю.

- 8–15 споживання, що загрожує здоров'ю

За такого рівня вживання алкоголю є підвищений ризик виникнення порушень здоров'я. Рекомендується скоротити вживання алкоголю.

- 16–19 зловживання

Такий рівень споживання алкоголю завдає шкоди психічному і фізичному здоров'ю. Рекомендується скоротити вживання алкоголю.

- 20+ можлива залежність

Такий рівень споживання алкоголю завдає шкоди психічному і фізичному здоров'ю. Необхідно скоротити вживання алкоголю або відмовитися від нього.

Опитувальник CAGE для виявлення зловживання алкоголем

1. Cut down (Зменшення).

Чи відчували ви коли-небудь потребу або необхідність обмежити вживання алкоголю?

2. Annoyance (Роздратування).

Чи дратують вас люди, які критикують вас за вживання алкоголю?

3. Guilt (Провина).

Чи траплялося так, що через випивку ви відчували сором або докори сумління?

4. Eye-opener.

Чи бувало так, що вранці після пробудження вашим першим бажанням було випити пива або чогось міцнішого, аби покращити самопочуття?

Результати:

Позитивна відповідь на одне з чотирьох питань (навіть якщо таким є останнє – четверте) не дає підстав для конкретних висновків.

Позитивні відповіді на два запитання свідчать про вживання спиртних напоїв.

Позитивні відповіді на три запитання дозволяють припускати систематичне вживання алкоголю.

Позитивні відповіді на всі чотири запитання майже напевно вказують на систематичне вживання алкоголю, що наближається до стану залежності.

Негативні відповіді на всі чотири питання передбачають або тверезий спосіб життя, або небажання пацієнта дати щирі відповіді.

Питання до інтерв'ю про вживання ПАР

1. Нав'язливі думки про алкоголь (ПАР).

Запитання:

- ❖ Чи очікуєте ви на закінчення роботи, щоб випити (вжити ПАР)?
- ❖ Чи ловити себе на думці, що чекаєте на закінчення робочого тижня або якогось свята, коли можна буде «розслабитися», «погуляти»?
- ❖ Чи помічаєте, що думка про випивку (вживання ПАР) вривається у вашу свідомість у невідповідний момент, коли вам слід думати про щось інше?
- ❖ Чи з'являється у вас потреба «прийняти на душу» в певний період доби?

2. Зростання толерантності до алкоголю (ПАР).

Запитання:

- ❖ Чи змінилася (збільшилася) ваша міра алкоголю (ПАР), від якої ви п'янієте?
- ❖ Чи можете ви пити більше, ніж інші, і при цьому не п'яніти? (тільки для алкоголю)
- ❖ Чи пишаєтеся тим, що можете випити більше, ніж інші? (тільки для алкоголю)

3. Швидке поглинання алкоголю.

Запитання:

- ❖ Чи випиваєте ви вашу чарку відразу, чи ділите на частини?
- ❖ Чи не траплялося так, що йдучи на гостину ви вдома приймали певну дозу алкоголю, щоб бути вже «у формі»?

4. Вживання алкоголю (ПАР) на самоті, без компанії.

Запитання:

- ❖ Чи випиваєте (вживаєте ПАР) ви інколи на одинці?
- ❖ Чи можете ви інколи випити (вживати ПАР), коли інші не п'ють (не вживають)?

5. Вживання алкоголю (ПАР) як універсальних ліків

Запитання:

- ❖ Чи випиваєте (вживаєте ПАР) ви для заспокоєння нервів, зняття стресу?
- ❖ Чи виникають думки про випивку (вживання ПАР), коли ви маєте певні неприємності, фізичне нездужання?

6. Купівля алкоголю (ПАР) про запас.

Запитання:

- ❖ Чи почуваетесь спокійніше, коли у вас є в запасі пляшка алкоголю (доза ПАР), вдома чи на роботі (у гаражі, сейфі, туалеті)?

7. Незапланована випивка (вживання ПАР) як прояв імпульсивного потягу.

Запитання:

- ❖ Чи буває так, що ви йдете кудись випивати (вживати ПАР), хоча мали намір йти додому?
- ❖ Чи випиваєте (вживаєте ПАР) ви більше, ніж планували / мали намір випити (вжити) спочатку?

8. Випадіння з пам'яті моменту завершення випивки. (тільки для алкоголю)

Запитання:

- ❖ Чи бували у вас випадки, коли ви не пам'ятали, як завершилася вчорашня випивка?
- ❖ Чи завжди ви пам'ятаєте після випивки, де були, з ким пили, що з вами відбувалося?

Шкала тяжкості алкогольного абстинентного синдрому (CIWA-Ar)

Шкала CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised) – використовується для ідентифікації та інтерпретації у пацієнта симптомів алкогольного абстинентного синдрому.

Нудота і блювання (на підставі спостереження)

- 0. відсутність нудоти і блювоти
- 1. легка нудота і відсутність блювоти
- 4. рецидивна нудота
- 7. постійна нудота, часті сухі позиви на блювоту, блювота

Тремор (на підставі спостереження; пацієнт з витягнутими перед собою руками і розставленими пальцями)

- 0. відсутність тремору
- 1. відчутний на кінчиках пальців при дотику
- 4. помітний, якщо руки пацієнта витягнуті
- 7. тремор сильний, видимий, навіть якщо руки пацієнта не витягнуті

Пітливість (на підставі спостереження)

- 0. не спостерігається
- 1. помітна пітливість, вологі долоні
- 4. краплі поту помітні на лобі
- 7. профузний піт

Тривога (на підставі спостереження, слід запитати у пацієнта, чи відчуває він тривогу)

- 0. поведінка спокійна
- 1. легка тривога
- 4. виражена тривога, насторожений
- 7. еквівалент гострим панічним станам, що відзначається при важкому делірії або при гострих шизофренічних реакціях

Рухове збудження (на підставі спостереження)

- 0. нормальна активність

1. незначно посилено
4. значне збудження і маніпуляційні занепокоєння
7. хворий при обстеженні постійно ходить кімнатою (кабінетом) або весь час кидається

Тактильні порушення (запитайте у пацієнта, чи відчуває він свербіж, оніміння, печіння, а також відчуття повзання під шкірою комах)

0. відсутні
1. дуже легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння
2. легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння
3. помірний свербіж, поколювання, печіння або оніміння
4. спорадичні дотикові галюцинації
5. жвавві дотикові галюцинації
6. вкрай інтенсивні дотикові галюцинації
7. постійні дотикові галюцинації

Слухові порушення (на підставі спостереження; слід запитати у пацієнта: здаються йому звуки, які він чує, голосніше або різкіше ніж зазвичай, чи чує він що-небудь, що його дратує або лякає, чи чує він голоси, яких тут не може бути)

0. відсутні
1. дуже незначна гіперчутливість до звукових стимулів
2. слабко виражена гіперчутливість до звукових стимулів
3. надмірна гіперчутливість до звукових стимулів
4. спорадичні слухові галюцинації
5. жвавві слухові галюцинації
6. надзвичайно виражені слухові галюцинації
7. постійні слухові галюцинації

Візуальні порушення (на підставі спостереження; слід запитати у пацієнта: не є світло в кімнаті занадто різким; здається йому забарвлення освітлення іншим ніж зазвичай, є що-небудь, що його турбує або присутності чого не можна обґрунтувати)

0. відсутні
1. невелика гіперчутливість

2. помірна гіперчутливість
3. виражена гіперчутливість
4. спорадичні зорові галюцинації
5. жваві зорові галюцинації
6. незвичайно сильні зорові галюцинації
7. постійні зорові галюцинації

Головний біль, стиснення голови (слід запитати у пацієнта, чи відчуває він біль або відчуття обруча навколо голови)

0. відсутній
1. дуже легкий
2. легкий
3. помірний
4. помірно виражений
5. сильний
6. дуже сильний
7. виключно сильний

Орієнтація і порушення свідомості (слід запитати пацієнт, а яке сьогодні число, а також чи знає він, де перебуває і ким є особи, що його оточують)

0. повністю орієнтований, виконує порядкові додавання чисел
 1. не впевнений у даті, не справляється з тестом на складання чисел
 2. помиляється в даті не більше ніж на 2 календарні дні
 3. помиляється в даті більше ніж на 2 календарні дні
 4. неправильна орієнтація в місці перебування і особах, які оточують

Інтерпретація результатів:

- 0–9 балів – дуже помірний абстинентний синдром
- 10–15 балів – легкий абстинентний синдром
- 16–20 балів – помірний абстинентний синдром
- 21–67 балів – важкий абстинентний синдром

Навчальне видання

Огоренко В. В.
Юр'єва Л. М.
Ніколенко А. Є.
Носов С. Г.
Шустерман Т. Й.
Ліхолетов Є. О.
Мамчур О. Й.
Кокашинський В. О.
Тимофєєв Р. М.
Шорніков А. В.

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННОГО ЧАСУ

Загальною редакцією професора В. В. Огоренко



Підписано до друку 30.03.2023.
Формат 60x90/16. Ум. друк. арк. 18,14.
Друк цифровий. Папір офсетний.
Наклад 30 пр. Замовлення № 38.

ЛІРА

**ВИДАВНИЦТВО
ДРУКАРНЯ**

— ДНІПРО —

Видавництво та друкарня ПП «ЛІРА ЛТД»
49107, м. Дніпро, вул. Наукова, 5
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного
реєстру видавців, виготовлювачів та розповсюджувачів видавничої
продукції ДК № 6042 від 26.02.2018.

dnipro.lira@gmail.com | +38 (067) 561-57-05 | lira.dp.ua