

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ З ВИЩОЇ
МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ»
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МОЗ УКРАЇНИ»

Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика

Навчальний посібник для лікарів-психіатрів, сімейних лікарів
та медичних психологів
(за редакцією професора Л. М. Юр'євої)

КИЇВ
2017

УДК 616.89-036.81-07-084:616.815.5(075)

ББК 56.14+53.4+51.192+Я7

К 82

Рекомендовано до друку Державною установою «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України» як навчальний посібник для лікарів — інтернів і лікарів — слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України (протокол №4 від 16.12.2016 р.)

Авторський колектив:

Юр'єва Людмила Миколаївна — д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Носов Сергій Григорович — к.мед.н., доцент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Мамчур Олександр Йосипович — к.мед.н., асистент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Ніколенко Алла Євгенівна — к.мед.н., асистент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Огоренко Вікторія Вікторівна — д.мед.н., асистент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Шустерман Тамара Йосипівна — к.мед.н., асистент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України»
Єрчкова Ніна Олександрівна — к.мед.н., доцент, лікар-психіатр КЗ «ДКПЛ ДОР»

Рецензенти:

Підкоритов В. С. — д.мед.н., професор, керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України.

Чабан О. С. — д.мед.н., професор, завідувач кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

Хаустова О. О. — д.мед.н., професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

К82 Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. — К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. — 174 с.

ISBN 978-966-97698-0-0

© Юр'єва Л. М. та співавт., 2017

ЗМІСТ

Вступ	4
I. Особливості клініки, діагностики та лікування окремих кризових станів військовослужбовців та осіб з зон військових конфліктів	20
1. Посттравматичний стресовий розлад	20
2. Реакції на важкий стрес та адаптаційні розлади	31
3. Панічний розлад	45
4. Тривожно-фобічні розлади	63
5. Афективні розлади	78
6. Соматичні розлади внаслідок гострих кризових станів	88
II. Консультування хворих з психічною патологією	100
III. Психосоціальні наслідки гострих кризових стресових впливів	142
Додаток 1. Питання для самоконтролю знань	155
Додаток 2. Тематичні задачі	159
Додаток 3. Перелік літератури по розділах.....	165

ВСТУП

ФАКТОРИ І ЗАКОНОМІРНОСТІ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В БОЙОВІЙ ОБСТАНОВЦІ І БІЖЕНЦІВ ІЗ ЗОН ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

Багато тисячоліть людство поряд з розвитком культури, науки, суспільної свідомості удосконалювало форми, засоби й методи збройного вирішення різних конфліктів.

У ХХІ столітті проблема використання військової сили у вигляді локальних або широких військових конфліктів, а також терористичних актів при вирішенні тих чи інших спірних питань не дає підстав сподіватися на те, що кошмари і жахи війни залишаться в історії людства.

Вперше про вплив участі в бойових операціях на психіку солдата фахівці заговорили після військових дій США у В'єтнамі — виник так званий «в'єтнамський синдром».

Описані також різні стани військової психотравми в учасників різних воєн під назвами: «корейський синдром», «афганський синдром», «чеченський синдром». В Україні, на жаль, існує затяжний військовий конфлікт в Донбасі.

Всі перелічені стани військової психотравми виникають в результаті розвитку стійких кризових ситуацій, пов'язаних з військовими діями.

Кризи прийнято розділяти на дві групи: життєва криза і зовнішня криза (криза обставин). Кризу можна розглядати як зрив базового рівню функціонування (наприклад, криза віку) і як непередбачені обставини.

Нижче мова піде про зовнішні кризи (кризи обставин, пов'язаних з війною).

Психічні розлади виникають за даними статистики у понад 70% особового складу військ, задіяних в активних боях. Кількість військовослужбовців, що беруть участь в бойових діях в зоні АТО, які потребують психіатричної, наркологічної, медико-психологічної допомоги, в теперішній час, різко зростає й сягає 90-100%, значно збільшується кількість психопатології у населення території вій-

ськових конфліктів (з'являються гострі та хронічні розлади, пов'язані з військовими подіями).

До *факторів*, що найчастіше призводять до розвитку психотравм у військовослужбовців, відносять:

- армійський побут з різними його особливостями (грубі взаємовідносини між військовослужбовцями, дідівщина та ін.)
- звуження «ступеню свободи» військових через необхідність «жити за наказом»;
- тривожна напруженість і страх смерті під час війни;
- незрозумілість військовими особистих перспектив та ін.

На протигагу цьому, в світі і в Україні сформувався комплекс соціальних емоційно-позитивних для військовослужбовців факторів, які активно підтримуються українським суспільством:

- воїн — захисник вогнища, сім'ї, країни, батьківщини;
- зброя воїна призначена для визвольної місії, охорони життя, справедливості, свободи;
- усвідомлення високої мети військової служби та її героїзація дозволяють солдатам долати багато труднощів, рівняючись на кращих, на героїв, виховувати почуття взаємопідтримки й бойового братерства;
- позитивне ставлення суспільства до своїх захисників формує в них почуття гордості за обраний життєвий шлях і впевненості у власній соціальній значимості й правоті своєї справи.

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, що беруть участь в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, є на сьогоднішній день однією з найактуальніших у військовій психіатрії, а психолого-психіатричні наслідки бойової психічної травми, особливо в контексті медико-реабілітаційних заходів, з наукової та практичної точки зору цікавлять як цивільних, так і військових фахівців. Центральне місце у вченні про психічні розлади внаслідок впливу бойових факторів, що виникають на догоспітальному та госпітальному етапі, посідають *дослідження*:

- закономірностей формування, динаміки психопатології;
- особливостей патопластичного оформлення психопатології;
- пошук науково обґрунтованих рішень з організації психіатричної допомоги в умовах сучасної локальної війни.

У світовій військовій психіатричній та психологічній літературі психогенні розлади військового часу розглядаються окремо в учасників військових дій і у населення, в тому числі, у біженців і переселенців із зон військових конфліктів.

Існує чотири ключових поняття, якими в сучасній психології описуються критичні життєві ситуації. Це поняття стресу, фрустрації, конфлікту і кризи. Провідним у формуванні дезадаптації і психопатології у військовослужбовців в умовах військових дій є стрес. *Стресс* — це реакція, опосередкована оцінкою загрози і захисними процесами. Сутністю стресової ситуації можна вважати втрату контролю, відсутність адекватної даній ситуації реакції при значимості для індивіда наслідків відмови від реагування. Ситуація бойових дій в результаті бойового стресу призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризуються розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, важка розумова й фізична перевтома. Стресс — це поняття, що використовується для позначення кола станів і дій людини, що виникають як відповідь на різні екстремальні впливи (стресори). Стресори зазвичай розподіляють на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока або низька температура і т.п.) і на психологічні (небезпека, загроза, обман, образа, інформаційне перевантаження та ін.).

Військовослужбовці відчують під час бою фізіологічний, психологічний (емоційно-поведінковий та інформаційний), соціальний та особистісний стрес. Також, у них виникає медичний стрес. *Фізіологічний* стрес пов'язаний зі змінами роботи організму людини в екстремальних умовах. *Емоційний* стрес пов'язаний з постійними негативними емоціями, постійним страхом смерті, що дезорганізує звичне психічне життя людини в кризових військових умовах. *Соціальний* стрес пов'язаний з різким постійним порушенням звичного життєвого стереотипу людей, які стали військовослужбовцями, пов'язаний з нестатками, важкими життєвими умовами на війні, знущаннями над ними в полоні і т.п.

Фізіологічний стрес та його вплив на функціонування організму людини описується теорією Г. Сел'є. Сутність в тому, що всі біологічні організми мають життєво важливий уроджений механізм

підтримки внутрішньої рівноваги і балансу. Сильні зовнішні подразники, які діють під час військової обстановки, можуть порушити рівновагу. Організм реагує на це захисно-приспосувальною реакцією підвищеного порушення. За допомогою порушення організм намагається пристосуватися до подразника. Це неспецифічне для організму порушення і є станом стресу. Якщо подразник довго не зникає, часто повторюється, стрес підсилюється, розвивається, викликаючи в організмі цілий ряд особливих змін — організм намагається захиститися від стресу, попередити його або придушити. Однак, можливості організму не безмежні і при сильному стресовому впливі швидко виснажуються, що може привести до психічного, соматичного захворювання і, навіть, смерті людини. Стрессова реакція має різний прояв у різних людей: активна — зростає ефективність діяльності, пасивна — ефективність діяльності різко зменшується. Фізіологічними ознаками стресу є хекання, частий пульс, почервоніння або збліднення шкіри, збільшення адреналіну в крові, потіння.

Психологічні стресори, у свою чергу, розподіляються на *інформаційні* та *емоційні*. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перенавантажень, коли людина, що несе велику відповідальність за наслідки прийнятих рішень, не справляється з пошуком потрібного алгоритму, не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі. Емоційний стрес спостерігається в ситуаціях, загрозливих фізичній безпеці людини (війни, аварії, катастрофи), його економічному благополуччю, соціальному статусу, міжособистісним відносинам. Психологічними ознаками стресу є зміна динаміки психічних функцій, найчастіше уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення.

Особистісні ознаки стану стресу проявляються у наступних рисах: повне придушення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння.

Медичними проявами стресу є підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомність, афекти, головні болі, безсоння.

Стрес у розвитку проходить три *стадії*:

1. **Стадія тривоги.** Це найперша стадія, що виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає низку фізіологічних змін: у людини частішає подих, трохи піднімається тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: вся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації. Усе разом покликано мобілізувати захисні можливості організму і механізми саморегуляції на захист від стресу. Якщо цієї дії досить, то тривога і хвилювання вщухають, стрес закінчується. Більшість стресів вирішується на цій стадії.
2. **Стадія опору.** Настає у випадку, якщо стрес-фактор, що викликав, продовжує діяти. Тоді організм захищається від стресу, витрачаючи «резервний» запас сил, з максимальним навантаженням на всі системи організму.
3. **Стадія виснаження.** Якщо подразник продовжує діяти, то відбувається зменшення можливостей протистояння стресові, тому що виснажуються резерви людини. Знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може привести його до хвороби.

У разі впливу негативного фактора у людини формується оцінка ситуації як загрозливої. Ступінь погрози в кожного своя, але, в будь-якому випадку, викликає негативні емоції. Усвідомлення погрози і наявність негативних емоцій «штовхають» людину на подолання шкідливих впливів: він прагне боротися з фактором, знищити або уникнути, оминати його. На це спрямовані всі зусилля особистості. Якщо ситуація не вирішується, а сили для боротьби закінчуються, можливо виникнення стійких психологічних та психопатологічних порушень у людини. Наявність усвідомленої погрози — це основний стресовий фактор людини. Оскільки в одних і тих ситуаціях одні люди бачать для себе погрозу різного ступеню, а інші, в цих же умовах, не бачать її зовсім, тому й стрес, його ступінь у кожної людини індивідуальні.

Під *бойовим стресом* слід розуміти багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженою механізми реактивної саморегуляції

і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є як емоційним, так і інформаційним, проявляється на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях.

Основні *рис* бойового стресу:

- виникає ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою;
- триває аж до виходу із зони військових дій;
- завдяки стресовому механізму закріплюється пам'ятний слід нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, першочергово значимих для збереження життя;
- бойовий стрес є дестабілізуючим, передуючим розвитку патологічних станів, що обмежує функціональний резерв організму та збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності і стійких сомато-вегетативних дисфункцій;
- реакції на бойовий стрес за механізмами індукції можуть блискавично охопити майже 100% особового складу з розвитком колективної паніки;
- тривалий повторний стрес веде до виснаження організму, розвитку психопатології і формування стійких змін особистості військовослужбовця.

Вплив на психіку людини на війні здійснюється безліччю факторів. Військові психіатри та психологи на основі вивчення та аналізу причин виникнення психічних розладів у військовослужбовців в екстремальних ситуаціях виділяють наступні *групи* психотравмуючих чинників:

- ситуаційно-психогенні;
- специфічно-професійні;
- еколого-професійні;
- особистісні.

До **ситуаційно-психогенних чинників** розвитку психічних порушень відносять:

- постійну загрозу самому життю військовослужбовця у військовій обстановці. В умовах цієї загрози він змушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї;
- ця реакція проявляється через повторюване почуття страху (95% військовослужбовців);

- почуття страху посилюється у разі неузгодженості дій військовослужбовців (недоліки військового керівництва, непокоря керівництву). Також виникає відчуття страху, яке посилюється у багатьох осіб в умовах паніки окремих воїнів і при покиданні поля бою. Все це, за певних умов (тривалість, частота, психологічна стабільність особистості), може зломити психічний опір організму, призвести до емоційного зриву.

Якщо стресові умови впливають на військовослужбовця тривалий час його перебування в бойовій обстановці, то у нього може виникнути психологічне виснаження. Постійні напруги накопичуються на основі страху смерті і інстинкту самозбереження. Прискорюють психічне виснаження розриви снарядів і гранат, гул авіації, шум бойової техніки, крики атакуючих і т.п. Значно заострюють емоційність сприйняття стогони поранених, вид убитих, руйнування, завали, пожежі тощо.

До **специфічно-професійних чинників**, що сприяють стресу і розвитку психопатології відносять:

- страх під час виконання бойових завдань в певному роді військ (танкові, десантні і т.п.);
- неможливість воїнів виконувати свої обов'язки з причини хвороби або фізичної вади (поганий підбір воїнів на етапі призову або недоліки розподілу за сферами військової діяльності залежно від стану здоров'я після призову або при поверненні в стрій після поранень);
- погана професійна підготовленість воїнів до ведення бойових дій в певних військах;
- невпевненість у надійності зброї;
- недостатність оволодіння військовою технікою.

До **специфічно-професійних чинників**, що сприяють стресу і розвитку психопатології *також* відносять:

- відсутність довіри до командування;
- дефіцит об'єктивної інформації про майбутні умови ведення бойових дій, недостатність і невизначеність інформації, що надходить;
- психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання;

- інформаційно-психологічний вплив противника на наші війська, що дозволяє здійснювати певний вплив на установки і поведінку людей з метою зміни поведінкових і емоційних установок певних груп людей і окремих осіб;
- дефіцит часу для прийняття рішень і здійснення бойових дій;
- фактори ізоляції (при діях у відриві від основних сил, перебування в ізольованих укриттях) і т.п.

До **еколого-професійних чинників** розвитку стресу і психічних порушень відносять:

- вплив екологічних, регіональних, кліматичних особливостей разом з професійними (утруднення виконання професійних обов'язків у поєднанні з важкопереносимими екологічними або кліматичними причинами);
- застосування бойових отруйних речовин та радіаційної зброї;
- фактори біологічної депривації (їжі, сну, відпочинку).

На підставі аналізу комплексного впливу еколого-психологічних факторів виникло поняття «синдром хронічної еколого-професійної напруги», що означає тривалу дезадаптацію і виразне порушення в системі життєзабезпечення організму.

Важливим фактором, що сприяє виникненню бойової психічної травми, є *порушення режиму сну*:

- вже після однієї безсонної ночі боєздатність помітно знижується, швидко зменшується обсяг пам'яті, в першу чергу, короточасної, що призводить до зменшення засвоєння інформації та ускладнює прийняття рішень у відповідальні моменти;
- депривація сну веде до зниження толерантності військовослужбовців до стресу, до почастищення розвитку невротичних розладів і до збільшення загальної кількості «психологічних втрат» під час бойових дій;
- знижується реакція на раптові критичні ситуації, вчасно не використовується адекватний захист і заходи безпеки, збільшується кількість «фізичних втрат» серед військовослужбовців.

Особистісні (міжособистісні) і соціальні причини, що ведуть до стресу і психопатології, вкрай важливі. До них відносять:

- особистісні особливості військовослужбовців (тривожна, емоційно лабільна, нестійка, дисоціальна особистість);
- погіршення ставлення воїна до професійних військових обов'язків;
- швидку схильність (або стійкість) до паніки, схильність до дезертирства, що підвищує страх і невпевненість у товаришів по зброї;
- спогади про пережиті ситуації з емоційним напруженням в попередніх боях;
- психологічну несумісність воїнів, що створює напружені відносини між військовослужбовцями;
- неправильний педагогічний підхід з боку окремих командирів;
- жорстокі і неповажні відносини до своїх товаришів — схильність до асоціальних вчинків по відношенню до них (бійки, приниження);
- асоціальну поведінку воїнів по відношенню до мирного населення: грабінки та вбивства, збочене сексуальне насильство щодо населення (особливо на чужій території), озброєний розбій та мародерство (всі ці фактори підвищують страх за відплати воїнам з боку населення на території військової зони);
- відсутність соціальної підтримки з боку суспільства, товаришів по службі і командирів, недостатня згуртованість військових підрозділів.

З досвіду війни у В'єтнамі американські психологи прийшли до висновку, що психотравмуючі фактори, з точки зору їх впливу на психіку солдатів, можна розділити на три *групи*:

- **Перша група** (найбільший ступінь впливу) включає: загрозу життю або поранення; вбивство солдатів противника і місцевого населення; загибель своїх товаришів по службі, а також загибель солдатів противника і мирного населення на очах у воїнів.
- **Друга група** (середній ступінь впливу) характеризується непередбачуваністю обстановки; важкими кліматичними

умовами, ізоляцією від рідних і близьких, від суспільства, можливістю потрапити в полон.

- *До третьої групи* відносяться: постійна зміна товаришів по службі, зростання страху бути вбитими чи пораненими з наближенням терміну заміни; усвідомлення безглуздості дій (війни).

Емоційна напруженість, яка є психічним станом із тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій, зниженням професійної працездатності, відчутно позначається на поведінці людей в бою. У воїнів виникають наступні *особливості* цієї поведінки:

- схильність до паніки;
- погане виконання бойового завдання (небажання або неможливість);
- прагнення вийти з активного бою або зайняти в ньому пасивну позицію і т.п.

Вираженість емоційної напруги залежить від складності діяльності.

Емоційне напруження в нормі:

- входить складовою частиною в адаптивний комплекс як пристосувальна реакція військовослужбовців до мінливих умов зовнішнього середовища;
- створює оптимальний рівень для психофізіологічних процесів, чим сприяє найкращому використанню ресурсів організму відповідно до вимог ситуації;
- допомагає воїну у вирішенні низки професійних завдань, оскільки при цьому відбувається мобілізація ресурсів організму;
- є запорукою успішного виконання поставлених завдань, в т.ч. і військових;
- має фізіологічну межу, перевищення якої супроводжується розладом фізіолого-біохімічних процесів, порушенням психічних функцій і поведінки людини, що негативно позначається на професійній діяльності, аж до розвитку психоемоційного зриву.

Підвищення цієї межі призводить до різного роду порушень, які умовно можна розділити на три *групи*:

- **Емоційно-моторні порушення**, які проявляються у загальній загальмованості, або, навпаки, метушливості, напруженості пози, розладах координації руху.
- **Емоційно-сенсорні порушення**, що виражаються в уповільненому протіканні процесів сприймання, в утрудненому перемиканні уваги, сприйманні команд.
- **Емоційно-інтелектуальні порушення** характеризуються уповільненням мислення, зниженням критичності, появою невмотивованих дій, зниженням пам'яті, аж до забування найпростіших інструкцій.

На вплив стресових психогенних провокуючих чинників організм відповідає:

- стереотипною реакцією пристосування, що характеризується фазністю розвитку:

- 1) *фаза тривоги і занепокоєння* (коли подразник порушує звичайні умови життя людини);
- 2) *фаза стійкого опору* (характеризується мобілізацією сил організму на те, щоб позбутися дестабілізуючого впливу подразника). У більшості випадків це кінцева стадія відповідної реакції організму на пропоновані вимоги, яка свідчить про те, що людина впоралась із стресовою ситуацією, зберегла працездатність і боєздатність;
- 3) *фаза виснаження* (коли організм більше не в змозі ефективно протистояти дії подразника). З появою цієї фази розвивається бойова психічна травма, симптоми якої виражаються тим або іншим ступенем психічного розладу. Для цієї фази найбільш характерні: пригнічений стан, непереборне відчуття тривоги, переляку, страху або різке нервово збудження, втрата боєздатності військовослужбовця, а загальний стан здоров'я вимагає евакуації його з поля бою і надання медичної допомоги.

Всі психічні розлади військового часу фахівці об'єднують у три основні групи.

До першої групи відносять порушення психіки, провідним симптомом яких є патологічний страх:

- серцебиття;
- холодний піт;

- сухість в роті;
- тремтіння кінцівок, що охоплює підчас все тіло;
- мимовільне виділення сечі і калу;
- функціональні паралічі кінцівок, заїкання, втрата мови.

Друга група реакцій вбирає спроби людини «викреслити бойові епізоди з пам'яті». Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплінарні проступки, вживання алкоголю, наркоманія. Цей тип реакцій виникає після бойових дій, але вони можуть виникнути і в період після закінчення бою.

До третьої групи відносять порушення, названі бойовою втомою, пов'язані з тривалим веденням бойових дій. У цій групі виділяють «бойовий шок» — просту емоційну реакцію, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних бойових дій з почуттям тривоги, депресією і страхом, а також «бойову перевтому», яка виникає через декілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

Бойова психотравма має *три ступеня важкості*:

- **легка психотравма:** надмірна дратівливість, нервозність, замкнутість, втрата апетиту, головні болі, швидка стомлюваність (астенія);
- **психотравма середньої важкості:** психічні порушення проявляються у вигляді дисоціативних реакцій, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що переходить іноді в паніку, втрати відчуття реальності, що відбувається;
- **важка психотравма:** виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів тривожного або дисоціативного характеру.

Для бойової психотравми характерна наступна *динаміка*:

- спочатку виникає психологічна травма, яка викликає суттєві зміни в душевному стані людини, нестійко порушуючи його настрій, самопочуття, сприйняття світу і його відносини з людьми;
- далі психологічна травма призводить до виникнення найсильнішого емоційного напруження;
- у 20-30% випадків психологічні проблеми воїнів потім трансформуються в психіатричні (Юр'єва Л.М., 2014): «військо-

вослужбовці без попередньої психологічної підготовки можуть провести в зоні бойових дій 30-45 днів. Далі психіка не витримує, вона дає збій», тобто появляється психопатологія. Відомий психіатр В.О. Гілярівський зазначав у зв'язку з цим, що психічна травма тільки тоді дає невротичний розлад, коли вона у властивостях особистості знаходить особливий відгомін і переробляється особистістю.

Негативний вплив *психічних розладів* на військовослужбовців:

- залежно від ступеня вираженості у різній мірі знижується боездатність воїнів;
- воїни вибувають з ладу у зв'язку з лікуванням, збільшуються й економічні витрати на утримання військовослужбовців;
- дезорганізація функціонування бойового підрозділу в цілому;
- виникнення алкоголізації та наркотизації серед воїнів з метою зниження рівня тривоги, що веде до формування наркотичної залежності, до морального розкладання воїнів;
- змінюється особистість воїнів, погіршується їх ставлення між собою, збільшується кількість конфліктів воїнів між собою;
- збільшується кількість конфліктів воїнів з мирним населенням;
- збільшується кількість психопатології серед мирного населення і, як результат, збільшується кількість біженців із зон військових конфліктів.

Затяжні, хронічні, стійкі наслідки тривалої повторної психотравми під час бойових дій військові психологи трактують як «психологічні втрати», що спостерігаються у 70-80% осіб, які повернулися з зони військового конфлікту.

Найчастіше у воїнів, які повернулися із зони бойових дій, спостерігаються наступні *психологічні проблеми*:

- кардинальна зміна оцінки реальності;
- зміна ієрархії цінностей та самосвідомості після того, як вони бачили смерть;
- люди відчувають неймовірне відчуття самотності, тому ті, що не воювали, дуже рідко можуть зрозуміти і прийняти філософію життя цих воїнів;

- після повернення додому військовослужбовець потрапляє в таке середовище, де «військова поведінка» справляє на оточуючих дивне враження;
- у багатьох воїнів — прояви ПТСР, панічного розладу або депресії;
- з'являються психосоматичні розлади;
- часті прояви агресивності, особливо тоді, як їх не розуміють оточуючі;
- часто виявляється негативізм до всього, що вони бачать, воїни стають конфліктними, незгодними з принципами мирного життя;
- воїни не будують довгострокових планів, переважає життя одним днем;
- спостерігається «синдром того, що воїн вижив» — воїни відчують провину перед тими хлопцями, які загинули;
- у такій ситуації тривале й виражене емоційне незадоволення веде до того, що воїни намагаються повернутися в колишню обстановку або занурюються в прийом алкоголю, наркотиків.

Біженці й переселенці із зон воєнних конфліктів:

- *біженство* — масове залишення жителями своїх рідних місць внаслідок війни або стихійного лиха;
- *біженцями* є особи, що залишили країну, в якій вони постійно проживали, в силу надзвичайних обставин (воєнних дій), як дорослі, так і діти;
- війна — найбільш часта надзвичайна обставина для біженства;
- отримання *статусу* біженця дозволяє вести досить повноцінне життя на новій території, але все одно за межами свого рідного дому, поза звичним життям, без сформованих соціальних зв'язків тощо;
- всі ці обставини посилюють і без того непросту соціальну та психологічну картину життєдіяльності біженців.

Розрізняють *біженців* і *переселенців* (переміщених осіб). Схожість між ними в тому, що і ті, й інші змушені в силу серйозних обставин, небезпеки, пов'язаної з війною, залишати своє постійне

місце проживання в певному регіоні або навіть залишати країну. Відмінності в тому, що у біженців переміщення пов'язується, насамперед, з утиском, насильством над особистістю, порушенням її прав і т.п.; біженцям доводиться переносити дуже важкі випробування, включаючи геноцид, масове винищування людей, руйнування звичного укладу життя, розпад громади, розмивання сімейних зв'язків і т.п.

Переселенець — це той, хто частково випробував перераховані позбавлення війни і змушений був залишити території війни, передбачаючи подальше погіршення свого життя (вимушений переселенець) або взагалі не випробував їх, але, передбачаючи можливий їх розвиток з імовірним погіршенням свого життя на певній території, добровільно покинув її з переміщенням з неї в інші місця і країни (добровільний переселенець).

Фактори, що сприяють розвитку стресу у біженців і переселенців загалом схожі з факторами, які викликають стрес у військовослужбовців, однак і відрізняються від них: ситуації, коли людина опинилась свідком нанесення іншій особі тілесних ушкоджень або бачила розтізане тіло, або була на межі смерті в результаті вчиненого над нею насильства, або ситуації, коли люди стали свідками вбивств, фізичних поранень, найсильніших шумових ефектів (вибухи снарядів, гудіння техніки, крики людей), запахів і т.п.; напруженість близьких і оточуючих людей, втрата житла, втрата родича чи близької людини; погані побутові умови, тому біженці змушені ховатися в підвалах, притулках придатних тільки для тимчасового розміщення та мають мінімальні умови для існування. Ці стресові ситуації можуть негативно вплинути на стан здоров'я дорослих і дітей, нерідко з серйозними психологічними наслідками на тривалий час. У дітей додатковим стресовим фактором є втрата батьків.

Вплив стресогенних факторів призводить до розвитку у людини *психічної (психологічної) травми*, яка:

- викликає суттєві зміни в душевному стані людини, порушуючи його настрої, самопочуття, сприйняття світу і відносини з людьми;
- призводить до виникнення найсильнішого емоційного напруження;

- зтяжна, хронічна психологічна криза несе в собі небезпеку вираженої соціальної дезадаптації, суїциду, появи психічного або психосоматичного захворювання.

Фактори, що сприяють посиленню впливу психотравми на постраждалого:

- особливості самого травматичного випадку — раптовість, відсутність схожого досвіду, тривалість, брак контролю, горе і втрата, постійні зміни, бачення смерті, моральна невпевненість (відсутність власної витримки), поведінка під час події (почуття провини, підвладність поведінки), масштаб руйнувань;
- стан захисних сил особистості — стресостійкість, вік, рівень розумового розвитку, особистісна активність, фізіологічний стан людини в момент травми, наявність психічної або соматичної хвороби;
- відсутність психологічної підтримки оточуючих, а також дітей своїми батьками;
- наявність психотравматичного досвіду, ідентифікація себе з жертвою, особливості соціального оточення, одночасний вплив багатьох стресових факторів (наприклад, захоплення, відсутність їжі і води, приниження, насильство);
- невизначеність наслідків впливу стресу;
- порушення сну;
- порушення харчування.

Залежно від переважання впливу конкретного фактора виділяють кілька *видів* психологічної травми, пов'язаної з порушенням функціонування особистості потерпілого:

- травма прихильності;
- травма ідентичності;
- травма взаємозалежності і відірваності;
- травма досягнень і самоактуалізації;
- травма виживання.

РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОКРЕМИХ КРИЗОВИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ЗОН ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

1. Посттравматичний стресовий розлад

Розповсюдженість посттравматичного стресового розладу (ПТСР) корелює з частотою та вираженістю стресових подій в житті людини. У 50%–80% людей, що перенесли тяжкий стрес, розгортаються реакції на тяжкий стрес і порушення адаптації, серед яких ПТСР займає провідне місце. В мирний час група цих пацієнтів нечисленна: протягом життя ПТСР переносять 1% населення, а у 15% випадків можуть виникати окремі симптоми цього розладу.

Згідно шкали тяжкості психосоціальних стресів, всі психосоціальні фактори, що спричиняють стрес та сприяють розвитку психічних та поведінкових розладів розбиті на *шість* ступенів, для кожного з котрих наведені приклади гострих і хронічних стресових подій.

Шкала тяжкості психосоціальних стресів для дорослих

1. Стресорний фактор відсутній. Ніякі події не можуть розглядатися як гострий стрес, здатний викликати захворювання, відсутні також стійкі тривалі стресові обставини, які могли б спричинити захворювання.
2. Стресорний фактор — слабкий. Прикладом гострого слабого стресу може служити ситуація початку або закінчення навчання у школі; прикладом тривалої слабкої стресової ситуації — конфлікти у сім'ї, невдоволеність роботою, проживання у районі високої злочинності.
3. Стресорний фактор — помірний. Прикладом гострої стресогенної події можуть бути шлюб, розлука з чоловіком або дружиною, втрата роботи, вихід на пенсію, аборт. Прикладами хронічних стресових ситуацій — суперечки у шлюбі, серйозні фінансові утруднення, погані стосунки з начальником, випадок, коли один із батьків виконує всі батьківські обов'язки.

4. Стресовий фактор — тяжкий. Прикладом гострого тяжкого стресу може служити розлучення або народження дитини; прикладом хронічного — безробіття, бідність.
5. Надмірно тяжкий стресовий фактор. Гострий — смерть одного з членів подружжя, діагностування серйозного захворювання; зазнавання насильства; хронічний — наявність серйозного хронічного захворювання у суб'єкта або його дитини, наявність фізичної або сексуальної неповноцінності.
6. Катастрофічний гострий стрес: смерть дитини, самогубство одного з членів подружжя, розорення внаслідок стихійного або іншого лиха. Хронічний — перебування у полоні як заручника, перебування у концентраційному таборі.

Згідно з цією шкалою, стреси, що переживають учасники АТО, біженці та переселенці, належать до тяжких, надмірно тяжких та катастрофічних стресів. Слід зазначити, що хворі на ПТСР будуть складати особливу групу пацієнтів протягом десятиріч.

Так, через 10 років після завершення бойових дій в Афганістані ПТСР був діагностований у 24% ветеранів, а окремі його ознаки — у 31% і тільки у 45% симптоми ПТСР були відсутні. Через 4-5 років після повернення з Афганістану у ветеранів був виявлений високий рівень наркологічної та соматичної патології. Залежність від алкоголю та інших психоактивних речовин була виявлена у 30-35% ветеранів. У віці до 30 років на одного хворого приходилося 2,9 хронічних соматичних захворювань, а в віці від 31 до 45 років — 3,8. Соматичні захворювання дуже часто були коморбідними з тривожно-депресивними розладами, розладами адаптації й розладами особистості та поведінки. Повна соціально-психологічна адаптація була виявлена тільки у 12% ветеранів афганської війни, часткова — у 64%, дезадаптація — у 24%.

Через 20 років після завершення В'єтнамської війни 15% ветеранів мали ознаки класичного ПТСР і біля 50% — мали часткові симптоми цього розладу. З віком вираженість цих симптомів зростала. 80% ветеранів мали залежність від психоактивних речовин. Завершили життя самогубством 58 тисяч ветеранів, тобто стільки, скільки загинуло в період війни. В лікарнях соматичного профілю ПТСР був виявлений у 9% ветеранів.

Слід зазначити, що не тільки учасники бойових дій мають проблеми з психічним і соматичним здоров'ям, а також і члени їх родини. Так, при порівнянні двох груп дітей 6-15 років (перша — діти ветеранів Афганістану, які народилися після демобілізації батька, друга — діти, чії батьки не воювали) було виявлено, що у дітей ветеранів частіше діагностувалася затримка вікового дозрівання вищих коркових функцій головного мозку (зниження кмітливості, уваги, спроможності відтворювання). Неврозоподібні розлади були виявлені в 56% випадків, розлади сну, тики, заїкання, епілептиформні пароксизми — в 38% випадків, девіантні форми поведінки (агресивність, підвищена збудливість) та труднощі навчання — в 100% випадків.

Проблема ПТСР також є актуальною для співробітників органів внутрішніх справ (ОВС) України із-за специфічних умов служби, яка супроводжується високим рівнем психоемоційної напруженості. Так, при проведенні нами аналізу психічного стану 12982 співробітників ОВС протягом 2007-2012 років, ПТСР було виявлено у 8,9% осіб. У працівників ОВС, які перебували в зоні АТО (99 осіб), ПТСР вже виявлено у 55,56% осіб.

Наведені дані катамнестичних досліджень показують необхідність своєчасної діагностики, профілактики, психотерапевтичної, фармакологічної та психосоціальної терапії хворих на ПТСР.

ПТСР виникає як відставлена та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію, яка носить характер загрозової або катастрофічної. Ці ситуації можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (катастрофи, війни, тортури, тероризм та ін.).

До факторів ризику виникнення ПТСР відносять наступні: характерологічні особливості особистості, наявність залежної поведінки, психотравми в анамнезі, наявність хронічних соматичних захворювань. Найбільш уразливими групами є: діти, підлітки та люди похилого віку.

Діагностичні критерії ПТСР

Надзвичайна травмуюча подія.

- Початок розладу після латентного періоду (від 3 до 6 місяців).

- Гострі спалахи страху, паніки, агресії («flashbacks»), що провокуються несподіваними спогадами про травмуючу подію. Вони можуть з'явитися і через багато років після психотравми.
- Порушення сну, жахливі сновидіння, в яких відтворюється травмуюча подія.
- Соціальне уникнення, відчуження від членів родини та інших людей.
- Порушення поведінки (агресія, роздратованість, експлозивність). Можлива антисоціальна поведінка.
- Зловживання алкоголем та наркотиками для купірування внутрішньої напруги та травмуючих спогадів.
- Депресія, суїцидальна поведінка.
- Вегетативні розлади.

У значній кількості хворих ПТСР хроніфікується і дуже часто поєднується з тривожно-депресивними розладами та залежністю від психоактивних речовин. Виділяють гостре (менше 3 місяців) та хронічне (більше 3 місяців) протікання ПТСР.

Клінічна картина ПТСР неоднорідна. В залежності від домінуючого психопатологічного синдрому виділяють декілька його клінічних варіантів.

ПТСР з домінуючим дисфорічним синдромом. В клінічній картині на перший план виступає агресія, експлозивність, імпульсивність, афект тоски та злоби, конфліктність. Домінують скарги на тривогу і депресію, суїцидальні форми поведінки (суїцидальні думки, спроби), залежність від психоактивних речовин. Такі пацієнти найчастіше лікуються у психіатра.

Пацієнти з астено-невротичним, астено-депресивним, obsesивно-фобічним, істеро-іпохондричним та астено-іпохондричним синдромами, які виникають через 3-6 місяців після психотравмуючої події, найчастіше перший візит здійснюють до сімейного лікаря або лікаря-інтерніста.

При ***ПТСР з домінуючим астено-невротичним синдромом*** превалюють скарги на виражену фізичну і психічну стомлюваність, головний біль, дратівливу слабкість, диссомнію (розлади засинання, глибини і тривалості нічного сну). Виражені серцебиття і болі в ділянці серця, метеозалежність.

У хворих з домінуючим **астено-депресивним синдромом** в клінічній картині ПТСР на перший план виступають скарги на погіршення настрою, порушення сну, слабкість, зниження концентрації уваги, труднощі при вирішенні проблем, вегетативні дисфункції і неможливість продуктивно працювати.

При **ПТСР з домінуючим obsесивно-фобічним синдромом** переважають скарги на парестезії, неприємні відчуття в різних ділянках тіла, що супроводжуються тривогою і страхом, головні болі і нічні кошмари, пов'язані з пережитою психотравмуючою ситуацією. Пацієнти фіксовані на проблемах з власним здоров'ям. Серед вегетативних проявів найчастіше зустрічаються підвищена пітливість і коливання АТ.

При **ПТСР з домінуючим астено-іпохондричним синдромом** крім характерних для астеничного синдрому скарг, які виражені більш сильно, пацієнти відзначають сонливість вдень і безсоння вночі, слабкість в кінцівках і тремтіння у всьому тілі. Вегетативні прояви виражені у вигляді надмірної пітливості, коливань АТ і погіршення самопочуття при зміні погоди. Увага пацієнтів фіксована на власному здоров'ї і пережитій психотравмі.

Специфічним феноменом для **ПТСР з домінуючим істеро-іпохондричним синдромом** є яскраво виражене демонстративне прагнення декларувати виражену тяжкість свого стану, викликати співчуття у оточуючих, а також рентні установки. Серед психопатологічних феноменів домінує фізична і психічна стомлюваність, тремтіння і слабкість у тілі, головний біль, парестезії, емоційна лабільність і розлади сну. Вегетативний симптомокомплекс виражений і найчастіше проявляється у вигляді запаморочення, серцебиття, коливань АТ. Характерно, що самопочуття у цих пацієнтів різко погіршується в присутності «глядачів», медичних працівників, при згадці про психотравмуючу ситуацію.

Виділяють, також, **соматоформний тип ПТСР**, в структурі якого переважають виражені соматоформні розлади з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів в ділянці серця, шлунково-кишкового тракту і голови. Ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами і виникають у пацієнтів найчастіше через 6 місяців після психотравмуючої події.

При відсутності своєчасної та адекватної комплексної терапії, у частини пацієнтів з ПТСР, розвиваються психосоматичні розлади: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та ін. У частини пацієнтів виявляються ознаки психоорганічного синдрому з переважаючими мнестичними розладами або когнітивним дефіцитом.

Серед неврологічних симптомів переважають когнітивні порушення. Пацієнти скаржаться на зниження розумових здібностей, погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, труднощі при вирішенні проблем і при прийнятті рішень, погіршення орієнтування в навколишній обстановці, нав'язливі образи і спогади. Можливі скарги на тремор і судомні посмикування. Нерідко хворі скаржаться на порушення пам'яті, які виявляються, передусім, утрудненням запам'ятовування і утримування в пам'яті тієї чи іншої інформації, а також її відтворення. При нейропсихологічних обстеженнях виявлявся дефіцит певних типів пам'яті (вербальної короткострокової і зорово-просторової) і здатності концентрувати увагу, зокрема, при виконанні складних завдань, які вимагають навичок інтеграції різних функцій. Ці розлади обумовлені, в першу чергу, утрудненням концентрації уваги на фактах, які не мають прямого відношення до травматичної події. Разом з тим, постраждалі не можуть пригадати важливі деталі травматичної події, що обумовлено порушеннями, які мали місце в стадії гострої реакції на стрес.

Наявність когнітивних порушень при ПТСР обумовлена тим, що при хронічному стресі перевищується поріг адаптації (так зване алоstatiche перевантаження), що веде до атрофії нейронів гіпокампу і префронтальної кори, які залучені в механізми пам'яті, уваги і виконавчих функцій, а також до гіпертрофії нейронів мигдалеподібного ядра, яке залучене в процеси страху, тривоги і агресії.

При ПТСР виявлені наступні *морфологічні зміни* в головному мозку: зменшення розмірів гіпокампу, мигдалини, окремих ділянок мозолистого тіла та інших областей мозку. Виявлено кореляцію з клінічними порушеннями пам'яті та емоцій. Повідомляється про зв'язок між змінами обсягу гіпокампу і нейроендокринними порушеннями в організмі.

Загальні принципи лікування посттравматичного стресового розладу.

Лікування здійснюється відповідно до уніфікованого клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України у 2016 році, і рекомендацій з діагностики, лікування та реабілітації ПТСР.

Алгоритм лікування ПТСР



Терапевтична програма включає *три* етапи, кожен з яких має свої специфічні клінічні особливості та терапевтичні підходи.

На першому етапі, етапі активної терапії, основне завдання полягає в купіруванні домінуючої психопатологічної симптоматики, агресивних і аутоагресивних тенденцій і афективній переоцінці травматичного досвіду. Фармакотерапія включає комбінування антидепресантів, транквілізаторів, тімостабілізаторів, ноотропних препаратів, бета-адреноблокаторів і, при необхідності, нейролептиків. З перших днів лікування обов'язково проводиться психоте-

рапія та психоосвітні програми для пацієнтів та їх родичів. Тривалість першого етапу — 6 місяців.

Другий етап, етап стабілізуючої терапії, триває до 1 року. Основним завданням цього етапу є купірування залишкової психопатологічної симптоматики, психологічна корекція особистісних посттравматичних змін і допомога пацієнтові у створенні нової когнітивної моделі життєдіяльності. Провідне місце займає психотерапія та психоосвіта.

Третій етап, етап профілактичної терапії, триває до 3 років.

Основне завдання цього етапу — адаптація пацієнта серед членів його родини та соціального оточення, а також профілактика рецидиву ПТСР.

Фармакотерапія ПТСР

Показаннями для призначення медикаментозного лікування є:

- Психомоторне збудження, панічні атаки, напади страху;
- Депресія, аутоагресивна поведінка;
- Агресивна і деструктивна поведінка;
- Сомато-вегетативні порушення і когнітивні дисфункції.

Як при гострому, так і при хронічному ПТСР доцільне застосування *антидепресантів* і *транквілізаторів*, в деяких випадках показано застосування *нейролептиків*. Дуже важливо лікування симптоматичного алкоголізму або наркоманії, які нерідко зустрічаються у цих хворих.

Серед усього спектру *антидепресантів* при ПТСР переважні антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Серед них препаратами першої лінії терапії є *пароксетин* та *сертралін*, які мають значну доказову базу. Також, сертралін зареєстрований в Україні як препарат, призначений для лікування ПТСР не лише у дорослих, а й у дітей та підлітків. Можуть застосовуватися флуоксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам і інші СІЗЗС. Якщо лікування даною групою препаратів не є ефективним або присутні побічні ефекти, можна призначати антидепресанти інших груп в якості препаратів другої лінії.

Транквілізатори призначаються з метою швидкого купірування панічних атак, тривожно-фобічних, астено-невротичних і асте-

но-депресивних розладів. Бензодіазепінові транквілізатори (діазепам, феназепам, гідазепам та ін.) призначають короткими курсами (не довше за 2-3 тижня), щоб уникнути формування синдрому залежності.

Ноотропи (церебропротектори).

У зв'язку з тим, що при ПТСР є когнітивні порушення, призначення ноотропних препаратів є необхідним. Але класичні ноотропи (наприклад, пірацетам) мають ряд клінічних ефектів, які небажані для пацієнтів з ПТСР, оскільки можуть спровокувати рецидив.

При призначенні «істинних» ноотропних препаратів необхідно враховувати їх побічні ефекти, які можуть спровокувати загострення ряду психопатологічних симптомів у пацієнтів. Наприклад, пірацетам підсилює збудливість, дратівливість і порушення сну, а також сексуальні дисфункції. Серед його побічних ефектів відзначаються головний біль і запаморочення, тремтіння, диспептичні явища і почастішання нападів стенокардії, слабкість і сонливість. Серед небажаних ефектів аміналона також відзначаються порушення сну, диспептичні явища (нудота і блювота), а також підвищення температури тіла. У зв'язку з цим, доцільне призначення комбінованих нейротропних препаратів, які володіючи всіма перевагами вхідних в його склад речовин, мають мінімум побічних ефектів.

Серед комбінованих нейротропних препаратів, Олатропіл є одним з препаратів, який застосовується як стрес-протектор при станах хронічного стресу, що супроводжуються порушеннями в когнітивній та психоемоційній сферах. Олатропіл являє собою поєднання двох «істинних» ноотропів: пірацетаму (250 мг) і аміналону (125 мг). Таке поєднання дозволило зменшити дозу кожного з ноотропів, в порівнянні з терапевтичною при їх монотерапії, при досягненні ідентичного клінічного ефекту і підвищенні безпеки лікування. Крім того, у Олатропілу терапевтичний ефект значно ширший (ноотропний, анксиолітичний, антиастенічний, вегетостабілізуючий, антигіпоксичний, стрес-протекторний) і більше показано до застосування. Крім класичних для ноотропів показань до застосування в неврологічній практиці (цереброваскулярна пато-

логія, деменції і психоорганічні синдроми різного генезу, комплексна реабілітація після нейротравм, нейроінфекцій і нейроінтоксикації та інші), Олатропіл застосовується в загальномедичній і психіатричній практиці. Показаннями для його застосування є невротичні та пов'язані зі стресом розлади, психосоматична патологія з вираженими астено-невротичними проявами, психоорганічні синдроми різної етіології. Також необхідно відзначити, що Олатропіл застосовується з метою зменшення дози антидепресантів і корекції побічних ефектів транквілізаторів та нейролептиків. При тривалому, комбінованому лікуванні ПТСР це дуже важливий ресурс в терапії.

Олатропіл призначається по 1 капсулі 3-4 рази на добу. Максимальне дозування 6 капсул на добу. Терапевтичний ефект, як правило, розвивається через 2 тижні від початку лікування.

При призначенні пацієнтам психофармакологічних засобів слід пам'ятати, що у них часто розвивається синдром залежності і можливі парадоксальні реакції на деякі препарати. Тому, необхідно призначати препарати з мінімальною кількістю побічних ефектів.

Особливості психотерапії та психоосвіти

Психотерапія є основним методом лікування ПТСР. Вона ставить собі за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми та «опанувати» з симптомами, які продукуються в результаті зіткнення з ситуацією, що травмує. Один з ефективних підходів до цієї мети — допомога у відреагуванні травматичного досвіду шляхом обговорення та повторного переживання думок і почуттів, пов'язаних з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. Основне завдання психотерапевта — допомогти пацієнтові усвідомити можливості трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя.

На етапі первинної медичної допомоги лікар зобов'язаний надати інформаційну та емоційну підтримку пацієнту з ПТСР. Всім пацієнтам слід рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю. Слід постійно підтримувати стратегію поведінки, направленої на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря. Існують численні

докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР. Бажано запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка КПТ).

При порушенні соціального функціонування, неефективності наданої первинної медичної допомоги, побажанні пацієнта щодо лікування у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну медичну допомогу, обов'язковими є застосування психоосвіти в якості підґрунтя психотерапії, ТФ-КПТ, ДПРО та встановлення терапевтичного альянсу. ТФ-КПТ проводиться індивідуально (8-12 сеансів), втручання не повинні починатися раніше ніж через 2 тижні після пережитої травми. Бажаними є стрес-менеджмент та сімейна психотерапія. Групова КПТ (травмофокусована або нетравмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені лише як додаткові втручання.

На третинному рівні надання медичної допомоги пацієнтам з ПТСР обов'язкове застосування ТФ-КПТ (експозиція та когнітивне реструктурування) та ДПРО. До бажаних втручань належать стрес-менеджмент, раціональна терапія та сімейна психотерапія.

Психотерапія пацієнта з ПТСР, в залежності від вираженості його психологічної дезадаптації, може тривати від 6 місяців до декількох років. З близькими родичами пацієнта з ПТСР також необхідно проведення психотерапії, бо дуже часто поведінка хворого може сприяти розвитку межових психічних розладів у членів родини.

Психоосвіта є невід'ємною частиною медичної допомоги пацієнтам з ПТСР. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі зобов'язані роз'яснити у доступній формі особливості розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР. Слід надавати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР; позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів, про необхідність виконання лікарських рекомендацій, а також можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги. На вторинному етапі медичної допомоги даному контингенту пацієнтів

психоосвіта розглядається як підґрунтя психотерапії або психокорекції. На третинному рівні психоосвіта також є обов'язковою, разом з проведенням психосоціальної реабілітації направлена на скорочення термінів інтеграції пацієнта в суспільство і поліпшення функціонування.

Психоосвітні заходи також слід проводити з членами сім'ї пацієнтів з ПТСР. Якщо родичі володіють інформацією щодо особливостей захворювання, знають, на які моменти слід звертати увагу та яким чином слід поводити себе з пацієнтом, це полегшує процес вилікування, допомагає хворому подолати почуття відчуження і швидше повернутися до повноцінного життя.

2. Реакції на важкий стрес та адаптаційні розлади

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

З психологічної точки зору криза розглядається як невдала спроба подолання, під якою мають на увазі реакції на загрозові проблеми або ситуації.

Виділяють наступні *типи долаючої поведінки*:

- Поведінка, спрямована на вирішення проблеми. Цей модус поведінки є основою зрілого та адаптивного додання. Інші типи мають менш адаптивний характер.
- Регресія. Варіант долаючої поведінки, основою якої є дитячі форми поведінки, які у дитинстві дозволяли долати проблеми шляхом перекладання відповідальності на інших. Одним з варіантів регресивної поведінки вважаються алкоголізм та наркоманія.
- Заперечування. Сприйняття реальності перекручується таким чином, що проблема ніби зникає. Цей спосіб долаючої поведінки може бути ефективним, якщо проблема вирішується сама по собі. У протилежному випадку така реакція лише утруднює рішення проблеми.
- Інерція. Стан бездіяльності, заснований на думці пацієнта, що в даній ситуації ні до чого не можна вжити заходів і будь-які дії приречені. Такий модус поведінки характерний для

депресивних, тривожно-підозрливих пацієнтів; осіб, що страждають obsесивно-фобічними розладами.

- Афективні реакції. Виникнення проблемної ситуації спричиняє афективні реакції. Найчастіше це гнів (часто з вербальною або невербальною агресією), тривога, страх, смуток тощо. Афективна реакція виступає у вигляді необхідної мотивуючої сили для здійснення долаючої поведінки, і дуже часто виникнення такої реакції у відповідь на фрустрацію перетворюється ще на одну проблему пацієнта, яка вимагає психотерапевтичного втручання.

Якщо спроба подолання зазнає поразки, то послідовно розвиваються чотири *фази кризової поведінки*:

1. Зростання напруження, що стимулює звичні для даної особистості способи долаючої поведінки.
2. Подальший ріст напруження, збудження, агресивності, рівня тривоги, диссомнії в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними.
3. Ще більше збільшення напруження, яке потребує мобілізації зовнішніх та внутрішніх психологічних та фізичних ресурсів. Вживаються спроби використати не характерні для особистості способи подолання.
4. Наростання тривоги і депресії, почуття безпомічності та безнадійності, наростання дезорганізації поведінки, виснаження та декомпенсація.

Із кризи можна вийти на будь-якому її етапі, якщо зникне ситуація, що її спричинила. Психотерапевтична допомога показана на будь-якій стадії кризи, однак на 3-й та 4-й вона необхідна в обов'язковому порядку. Залежно від ступеня значущості конфлікту для життєвого шляху особистості:

1. Криза, в результаті якої зберігається можливість реалізації та продовження наміченого життєвого шляху.
2. Криза, в результаті якої реалізація наміченого життєвого сценарію стає неможливою.

Для діагностики, терапії та профілактики кризових станів необхідні знання про характер психосоціальних стресів та їх вплив на соціальну адаптацію людини.

Аналіз усього різноманіття стресів дозволив розподілити їх за рядом ознак і створити наступну типологію стресових ситуацій (Л. М. Юр'єва, 2002):

Типологія стресових ситуацій (Л.М. Юр'єва, 2002)



До гострих стресів були віднесені надзвичайні ситуації, що виникають раптово і є небезпечними для життя (війни, природні та техногенні катастрофи, насилля, потрапляння у полон, напад терористів тощо).

До хронічних стресів були віднесені психотравмуючі події, які були розтягнуті у часі і не несли прямої загрози фізичному життю (соціально-економічні труднощі, постійні конфліктні ситуації у сім'ї, на роботі, екзистенціальна пустота тощо).

До ятрогенних стресів були віднесені всі стресові ситуації і події, які були пов'язані з захворюванністю або медичними втручаннями (гострі або хронічні захворювання, хірургічні або діагностичні втручання, госпіталізація, хвороба членів сім'ї, нові діагнози, рецидиви хвороби тощо).

До неастрогенних стресів були віднесені кризові стани, що не були пов'язані з медичним аспектом життя людини (кризи психосоціального розвитку особистості, подружні суперечки, розлучення, труднощі у навчанні або роботі, грошові утруднення, зіткнення з законом тощо).

Для кожного етапу людського життя характерні специфічні стресогенні ситуації: початок відвідування дитячого садка, початок навчання у школі, спеціалізованому навчальному закладі, служба в армії, вступ до шлюбу, вихід на пенсію тощо.

Ерик Еріксон виділив вісім стадій психосоціального розвитку особистості. Він вважав, що кожна з них супроводжується «кризою-поворотним моментом у житті індивідуума, який виникає як наслідок досягнення певного рівня психологічної зрілості і соціальних вимог, що висувуються до індивідуума на цій стадії». Якщо криза подолана, то особистість збагачується новими, позитивними якостями і сильними сторонами, якщо не подолана — виникають симптоми та проблеми, які можуть потягти за собою розвиток психічних та поведінкових розладів.

Перші чотири стадії завершуються у шкільному віці.

П'ята стадія психосоціального розвитку — юність (12-19 років) — вважається найбільш уразливою для соціально стресових ситуацій. Е. Еріксон виділяє цей віковий період як дуже важливий у психосоціальному розвитку і вважає патогномонічним для нього розвиток кризи ідентичності.

Криза ідентичності — це період часу, протягом якого домінуючими питаннями є: «Хто Я?», «Як Я впишуся у світ дорослих?», «Куди Я йду?». У цей період молодим людям часто не вистачає ясної уяви про свою власну соціальну роль, і вони самі обирають ту роль, яка їм здається підходящою у даній ситуації. Відбувається рольовий зсув. Як правило, такі підлітки не приймають морально-етичні цінності, які близькі їх батькам і пропагуються суспільством.

У періоди соціально-стресових подій вони з легкістю вступають до різних рухів, партій, сект та інших соціальних новоутворень. Е.Еріксон пише, що «розум підлітка у пошуках надихаючої єдності ідеалів стає розумом ідеологічним». Він вважає кризу ідентичності

одним з основних психологічних механізмів, пояснюючих історію людини та людства. Якщо період юності співпадає з періодом історичних перетворень, то підлітки часто вдаються до аддиктивних форм поведінки, агресії та аутоагресії. Ці форми поведінки дозволяють їм послабити емоційні стреси і пережити відчуття тимчасового подолання недостатньої ідентичності.

Підлітки намагаються побудувати власну систему цінностей, часто вступаючи у конфлікт із старшим поколінням, скидаючи його цінності. Класичним прикладом є рух хіпі.

На шостій стадії психосоціального розвитку — стадії ранньої зрілості (20-25 років) — молоді люди орієнтовані на одержання професії та створення сім'ї. Головною проблемою, яка може виникнути у цей віковий період, є поглиненість собою та уникання міжособистісних відносин, що є психологічною основою для виникнення почуття самотності, екзистенційного вакууму і соціальної ізоляції. Якщо криза успішно подолана, то у молодих людей формується здатність любити, альтруїзм, моральне почуття.

На сьомій стадії — стадії середньої зрілості (26-64 роки) — основною темою психосоціального розвитку є піклування про близьких та ближніх. У цей період можлива «криза старшого віку», яка виражається у почутті безнадії та безглуздості життя. У періоди соціокультуральних перетворень такі люди особливо вразливі.

На восьмій стадії — стадії пізньої зрілості (65 років-смерть) — психосоціальний розвиток значною мірою визначається фізичним та психічним здоров'ям, а також залежить від особистісних особливостей людини і від того, як вона прожила своє життя. Криза ідентичності можлива і на цьому, останньому етапі життя людини. Особливо драматичним він є у періоди соціально-стресових подій, коли ідеали, цінності, справа, якій людина віддала своє життя, знецінюються або навіть визнаються шкідливими суспільством. І знову, як і у молоді роки, актуальними стають питання: «Хто Я?», «Куди йду?», «Для чого жив?».

Психічна дезадаптація, що наступила в результаті пережитого стресу соціальних змін, може протікати як на донозологічному рівні, так і на рівні патологічної дезадаптації. На психологічному рівні це може виявлятися почуттям соціальної знедоленості, чу-

жості новим соціальним нормам і системі цінностей, усвідомленям власної безпорадності й ізольованості, відчуттям «загнаності в клітку», втратою перспективи.

Непатологічна психічна дезадаптація найчастіше проявляється у вигляді початкових етапів синдрому вигорання, при якому, окрім психологічного дискомфорту, періодично виникають порушення сну, емоційна лабільність, астеничні прояви, тривога, погіршення пам'яті та уваги, вегетативні дисфункції. Як правило, на цьому етапі соціальне функціонування і продуктивність пацієнтів істотно не порушені і вони не звертаються за медичною і психологічною допомогою. Однак, дослідження, проведені нами серед 12575 співробітників органів внутрішніх справ, показали, що ризик трансформації донозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені невротичні та пов'язані зі стресом розлади, при відсутності профілактичних і корекційних заходів, зростає в 2,7 раза. Найбільш вираженим фактором ризику такої трансформації є хронічні захворювання.

Клінічно оформлені порушення адаптації виділені в МКХ-10 в окремий діагностичний таксон.

F 43.2 — Розлади адаптації.

Згідно МКХ-10 під «розладами адаптації» розуміють «стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, які зазвичай перешкоджають соціальному функціонуванню та продуктивності і виникають у період адаптації до значних життєвих змін або стресової життєвої події. Стресовий фактор може зачіпати індивідуум або його мікросоціальне оточення».

В цілому, клінічна картина характеризується тривогою, занепокоєнням, анорексією, диссомнією, відчуттям власної неповноцінності, зниженням інтелектуальної і фізичної продуктивності, вегетативними розладами, повторюваними спогадами, фантазіями, уявленнями про пережиту кризову ситуацію (особливо в денний час). У деяких випадках можливі суїцидальна поведінка або спалахи агресивності. Клінічні прояви виникають зазвичай протягом місяця після стресової ситуації, а тривалість симптоматики не перевищує 6 місяців.

У психіатричній практиці найчастіше зустрічаються такі клінічні форми розладів адаптації: короточасні (тривалістю до 1 мі-

сяця) і пролонговані депресивні реакції; тривожно-депресивні реакції; з переважанням порушення поведінки (агресивна чи дисоціальна), а також змішаний розлад емоцій і поведінки.

До лікаря загальної практики-сімейного лікаря, найчастіше за допомогою звертаються пацієнти з вегетативними проявами стрес-синдрому: тахікардія, напади жару і ознобу, задишка або відчуття задухи, тремор, м'язові посмикування, серцебиття, почуття стиснення або болю в серці, почастишання пульсу, пітливість, сухість у роті, абдомінальний дистрес (нудота, пронос, болі в шлунку), слабкість, запаморочення, приливи жару або холоду, часті сечовипускання, внутрішнє тремтіння.

Розлади адаптації у своєму розвитку проходять ряд етапів, кожен з яких має свої специфічні психологічні, психопатологічні та соматичні прояви, для корекції яких необхідні як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи терапії.

Реакція горя.

Прикладом клінічної динаміки адаптивного розладу може служити *реакція горя* після смерті близької людини. За даними статистики серед його близьких і родичів різко зростає захворюваність психосоматичними розладами і смертність (від 40% і вище). Реакція на цю подію можлива або у вигляді неускладненої реакції горя (непатологічна психічна дезадаптація) або у вигляді реакції горя в рамках розладів адаптації.

Неускладнена реакція горя, яка є нормальною реакцією на смерть близької людини, характеризується депресивними переживаннями, які можуть супроводжуватися анорексією, безсонням, зниженням ваги, почуттям провини.

Неускладнена реакція втрати може виникнути гостро або бути пролонгованою (через два-три місяці). Її тривалість багато в чому визначається особистісними характеристиками людини, його оточенням і соціо-культуральними традиціями.

Реакція горя в рамках розладів адаптації є клінічно оформленим психічним розладом, що призводить до дезадаптації і вимагає медичного втручання.

Перший етап характеризується емоційною дезорганізацією. Як правило, він триває від декількох хвилин до декількох годин і су-

проводжується спалахом негативних почуттів: паніки, гніву, відчаю. У поведінці переважає афективна дезорганізація з тимчасовим ослабленням вольового контролю.

На другому етапі переважає гіперактивність, яка триває 2-3 дні. У цей період людина надмірно діяльна, активна, схильна до постійних розмов про особистість і справи померлого. У її психічному статусі домінує емоційна лабільність з коливаннями настрою від дистимічного з переважанням тривожного компонента до ейфорійного. Набагато рідше відзначається емоційне притуплення без фіксації на переживанні горя. Можуть мати місце неадекватні вчинки (виходи з дому, негативне ставлення до родичів і т.п.).

На цьому етапі доцільна постійна присутність когось із близьких, що знають покійного, які можуть поговорити про його добротність та пригадати його позитивні справи та вчинки. Того, хто пережив втрату, необхідно спонукати до обговорення його почуттів та думок, дозволяти виплескувати свої емоції.

Третій етап, етап психофізичного напруження, триває близько тижня. У психічному статусі пацієнта переважає тривога, порушення сну, психофізична напруга; зовні вони скуті і мовчазні. Такий стан періодично може перериватися метушливою активністю, спазмами в горлі або судорожними зітханнями, дратівливістю.

На цьому етапі вже необхідно кризове консультування, метою якого є надання допомоги в опрацюванні і вираженні афекту горя. Проблема втрати є центральною на даному етапі. При необхідності пацієнтові призначають анксиолітики і снодійні.

Четвертий етап, етап пошуку, протікає, як правило, на другому тижні з моменту втрати близької людини. У психічному статусі домінують дистимічний фон настрою, тривога, втрата перспективи і сенсу життя. Померлий сприймається пацієнтом як живий, він говорить про нього у теперішньому часі, інколи випадкових перехожих сприймає як небіжчика. У цей період можливі ілюзії, гіпногагічні та гіпнопомпичні галюцинації. Деякі пацієнти фіксовані на своєму здоров'ї і можуть виявляти у себе прояви хвороби, від якої помер покійний.

Як правило, саме на цьому етапі виникає необхідність у консультації психіатра та, при необхідності, госпіталізація в стаціонар. Залежно від домінуючого в клінічній картині психопатологічного

синдрому, доцільно призначення транквілізаторів, антидепресантів, снодійних. Однак, психофармакотерапія є лише трампліном до подальшої тривалої психотерапії.

П'ятий етап, етап відчаю, є періодом максимальних душевних мук, який розвивається, як правило, на 3-6 тижні після втрати значимого близького. У психічному статусі пацієнтів домінують скарги на безсоння, тривогу і страх, висловлюються ідеї самознищення, власної малоцінності та провини. Пацієнти відчувають самотність, безпорадність, відзначають втрату сенсу життя і подальшої перспективи. У цей період вони дратівливі, відмовляються від спілкування з близькими, часто піддаючи їх критиці. На висоті переживання дуже часто виникає загрудинний біль, який супроводжується вираженою тривогою та неспокоєм. Пацієнти схильні завдавати собі біль, наносити самоушкодження.

На цьому етапі необхідно продовжувати психофармакологічну терапію, адекватну психічному статусу пацієнта. Заходи інтенсивної опіки необхідно здійснювати постійно. Психотерапевтичне втручання є першорядним і повинно бути спрямоване на надання допомоги в переживанні, вираженні і переробці афекту горя і на вирішення проблеми змін у житті пацієнта.

Шостий етап настає в разі не вирішення п'ятого етапу. У клінічній картині у цих осіб переважають невротичні синдроми (найчастіше неврастенічний, з переважанням вегето-соматичних порушень), масковані субдепресії і депресії.

На цьому етапі необхідність продовження фармакотерапії очевидна. Доцільно, також, включати хворих в кризові групи, де пацієнти, які вже пережили подібні ситуації, діляться своїм досвідом подолання хворобливих емоцій, надають підтримку і увагу, що позитивно впливає на пацієнтів і сприяє більш швидкому вирішенню етапу демобілізації.

Сьомий етап, етап реконвалісценції. Як правило, він триває кілька тижнів. Пацієнт упокорюється тому, що сталося, і починає повертатися до докризового стану. На цьому етапі можливе припинення терапії транквілізаторами. При хроніфікації тривожних розладів і не редукуванні депресивних розладах лікування антидепресантами доцільно продовжити.

Психотерапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на вирішення проблем змін (сімейного стану, рольових позицій на роботі і в сім'ї, міжособистісних проблем і т.п.). На цьому етапі доцільний тренінг релаксації і вироблення тактики адаптації до нових умов життя.

Восьмий етап — рецидивуючий. Протягом першого року можливі напади горя і відчаю, що супроводжуються депресивними розладами. Провокуючими факторами, як правило, бувають певні календарні дати, значимі для особистості, нестандартні ситуації (успіх або невдача), коли виникає потреба розділити радість чи горе з близькою людиною. Напади горя можуть виникати гостро, на тлі стабілізації стану і можуть завершуватися суїцидальними спробами.

У зв'язку з описаними закономірностями протікання реакції горя, підтримуючу психотерапію доцільно проводити протягом року. Найбільш перспективне на цьому етапі проведення підтримуючої психотерапії в посткризових групах, що працюють за принципом клубу для осіб, які пережили кризову ситуацію. Доцільно проведення сімейної психотерапії за участю членів сім'ї та близьких людей.

Виходячи з концепції бар'єру психічної адаптації, яка пояснює виникнення межових психічних станів, впливає необхідність корекції психолого-психіатричних наслідків психосоціальних стресів як на етапі непатологічної психічної дезадаптації, так і на етапі клінічно оформлених розладів адаптації.

На етапі непатологічної психічної дезадаптації основним завданням є підвищення стресостійкості, корекція компенсаторних можливостей організму і активація його ресурсів (як біологічних, так і психологічних). Корекція включає в себе як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи впливу. Виходячи з терапевтичного завдання, розв'язуваного на цьому етапі, препарат повинен мати стрес-протективну та адаптогенну дію, стабілізувати систему нейрогуморальної регуляції, не викликати синдрому залежності і не перешкоджати соціальному функціонуванню людини.

Одним з небагатьох препаратів, що відповідають цим вимогам є препарат *Адантол*. Це препарат з широким спектром клінічної

активності, що володіє властивостями транквілізаторів (анксіолітиків), ноотропів, адаптогенів, біокоректорів, антидепресантів, гіполіпідемічних і антиангінальних засобів. Він є стрес-протектором, не викликає синдрому залежності і синдрому відміни, а також сонливості і седації. Адаптол є денним транквілізатором, він не пригнічує ЦНС і не володіє міорелаксуючим ефектом. Тому, соціальна і професійна активність при його прийомі не порушена. Добове дозування — 500 мг 2-3 рази на день. Курс лікування при непатологічній психічній дезадаптації — від 1 до 4-6 тижнів.

Психотерапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на формування психологічної толерантності до психотравмуючої ситуації і вироблення продуктивних стратегій поведінки в кризовій ситуації.

На відміну від етапу непатологічної психічної дезадаптації, основним завданням етапу клінічно оформлених розладів адаптації є купірування тривожно-депресивної симптоматики, нормалізація сну, зняття напруги та зменшення вегетативних проявів стрес-синдрому.

Анксиолітичні засоби призначаються короткочасно (від 1 до 3-х тижнів) або переривчастими курсами. Особливу обережність необхідно дотримувати при призначенні бензодіазепінових транквілізаторів (діазепам, феназепам, гідазепам), щоб уникнути розвитку залежності. Крім того, необхідно пам'ятати, що вони володіють вираженими побічними ефектами (порушення координації рухів, когнітивних функцій, а також можуть спровокувати депресію). Бензодіазепінові транквілізатори показані пацієнтам, в клінічній картині яких переважають невротичні розлади з елементами збудження і ажитації. При розладах адаптації, як правило, у пацієнтів переважають синдроми невротичного рівня з астенічним радикалом. Тому, в таких випадках доцільно призначення небензодіазепінових анксіолітиків, серед яких Адаптол є препаратом першого вибору. На цьому етапі, наявність анксіолітичного, антипобічного, антидепресивного ефектів, у поєднанні з ноотропною активністю, дозволяє купірувати не тільки психопатологічну симптоматику, але і м'яко коригувати когнітивні дисфункції. В малих дозах (разова — 0,3 г.; добова — 0,9-1,2 г.) Адаптол ефективний

при ситуаційно обумовлених емоційних та вегетативних розладах; в середніх дозах (разова — 0,6-0,9 г; добова — 1,8-2,4 г.) — при тривожно-фобічних, депресивних та психічних розладах органічного генезу; в великих дозах (разова — 0,9-1,8 г; добова — 3,0-4,5 г.) — при мнестичних розладах, виражених психопатоподібних розладах органічного генезу (в тому числі і при алкоголізмі) та виражених побічних діях нейролептиків.

При патологічних розладах адаптації Адаптол приймається тривало, курс лікування — 2-3 місяці. Препарат приймається по 500 мг 2-3 рази на добу. Однак, при необхідності, разова і добова дози можуть бути збільшені (максимальна разова — до 3 г, максимальна добова — до 10 г.). При призначенні Адаптолу, слід також пам'ятати, що у людей, які переживають стресові події в житті, часто формується залежність від психоактивних речовин. Найбільш частою є залежність від тютюну та алкоголю. Адаптол може призначатися, також, у комплексній терапії лікування залежності від тютюну в дозі 500-1000 мг 3 рази на добу протягом 5-6 тижнів.

При наявності депресивної симптоматики призначають *антидепресанти* (переважно СИЗЗС). Залежно від динаміки стану, курс терапії антидепресантами може бути тривалим (при пролонгованих депресивних реакціях, які можуть тривати до 2 років). В середньому, його тривалість досягає 6 місяців.

Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін, нор-триптилін) не показані таким пацієнтам, так як вони мають виражений холінолітичний ефект, можуть викликати когнітивну дисфункцію і сомато-неврологічні побічні ефекти.

СИЗЗС і СИЗЗН не посилюють когнітивних розладів, сприяють зменшенню їх вираженості, але повністю не редукують їх.

У комплексному лікуванні використовуються *психотерапевтичні методи* (когнітивна та поведінкова терапія, релаксаційні методи), психоосвітні програми для родичів і пацієнтів та психосоціальна реабілітація.

Значна редукція вираженості психопатологічних симптомів спостерігається вже через 2-3 тижні. Далі, в амбулаторних умовах, пацієнт протягом 1 місяця продовжує терапію з акцентом на психотерапевтичних та реабілітаційних заходах.

Розлад адаптації, який проявляється у вигляді культурального шоку.

У періоди історичних потрясінь, коли відбувається ломка соціального і культурального стереотипу, розлад адаптації може проявлятися у вигляді культурального шоку.

Згідно з визначенням ВООЗ, *культуральний шок* — це стан соціальної ізоляції, тривоги, депресії, що розвивається при потрапленні індивідуума в умови чужої культури.

Найчастіше цей розлад спостерігається у імігрантів, біженців та переселенців, а також може розвинути у відповідь на радикальну зміну умов життя у суспільстві.

Синдром жертви катувань. У осіб, що зазнали насильства та катувань, виявлені схожі психічні та поведінкові розлади, які були об'єднані у «синдром жертви катувань». Згідно з визначенням ВООЗ, для людей із синдромом жертви катувань характерна недовіра, підвищена пильність, загострення пов'язаного зі стресом захворювання, уникання співробітників медичних та соціальних служб, низька самооцінка та ознаки ураження мозку.

Психолого-психіатричні наслідки фізичних та психологічних катувань:

- відчуття крайньої втоми, сплутаність свідомості та дезорієнтація;
- можливі галюцинації та явища деперсоналізації та дереалізації;
- тривога, депресія;
- почуття провини, сорому, приниження, зневіри;
- зниження самооцінки, дисоціація, втрата перспективи;
- соматичні симптоми;
- втрата відчуття приналежності до людського роду.

У осіб, що зазнавали фізичних катувань, симптоми більш виражені, ніж у осіб, що зазнали лише психологічного тиску.

Для віддаленого періоду типовими є наступні розлади:

- безсоння та нічні кошмари;
- тривога;
- депресія;
- генералізований страх;
- порушення концентрації уваги та пам'яті;

- загальмованість реакцій;
- відчуття загальної слабкості або сонливості;
- соціальна відгородженість;
- соматичні розлади.

Наслідки фізичного або психічного насильства відчуває не лише жертва, але й уся сім'я.

Психолого-психіатричні наслідки, характерні для членів сім'ї:

- страх, тривога;
- депресія;
- невпевненість у майбутньому;
- дезорганізація життя;
- соціальна аномалія та ізоляція від суспільства;
- постійна невпевненість та відсутність інформації;
- частий перерозподіл ролей у сім'ї, можливі конфлікти та розподіл на групи, що поділяють погляди в'язня або заперечують їх.

Діти репресованих мають найбільш виражені психіатричні та поведінкові розлади.

Психолого-психіатричні наслідки для дітей, чий батьки пережили катування:

- соціальна відгородженість;
- депресія;
- інтенсивний генералізований страх;
- порушення сну;
- афективні та поведінкові розлади;
- розлади психологічного розвитку;
- погіршення поведінки та зниження успішності;
- розлади мови;
- можлива втрата орієнтації та відхід від реальності;
- сомато-вегетативні розлади (в основному, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту).

Вираженість цих симптомів корелювала з віком дитини, тривалістю психотравми, ступенем соціальної ізоляції, переконливістю пояснень близькими «зникнення одного з батьків».

В останньому виданні «Лексиконів психіатрії ВООЗ» (2001) виділено поняття «*невроз жертви*», під яким розуміють ідентичність

жертви, що зберігається після психотравмуючого переживання, замість відновлення позитивної ідентичності.

Цей невроз спостерігається у ветеранів, що воювали, жертв звалтувань, біженців, заручників та жертв катувань. Крім того, психічні та поведінкові розлади спостерігаються не лише у безпосередніх учасників трагічних історичних подій, вони патогенні також і для наступних поколінь.

Необхідно пам'ятати, що кожний наступний стрес зменшує стресостійкість людини і може провокувати рецидив розладів адаптації. Тому, вже на етапі первинної медичної допомоги, доцільне впровадження профілактичних і корекційних програм, спрямованих на вироблення стійкості до психосоціальних стресів. Це дуже важливий розділ роботи, оскільки в сучасних умовах, стійкість до психоемоційного стресу розглядається як проблема біологічної безпеки населення.

3. Панічний розлад

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) — F41.0.

Слово «панічний» походить від імені грецького бога тваринництва Пана, який створював заворушення на рівному місці, наприклад, опівдні, під час відпочинку Аркадії (створював сильний шум, лякаючий тварин і пастухів і земних духів — німфів, від якого всі тікали).

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) — повторні напади тяжкої тривоги (паніки), які не обмежуються певною ситуацією або обставинами, внаслідок чого неможливо їх передбачити. Панічний розлад (ПР) як основний діагноз може бути діагностований тільки за відсутності будь-якого з інших тривожно-фобічних розладів.

Поширеність ПР серед населення світу складає 7-9%.

Фактори ризику розвитку ПР

Частіше ПР виникає у дорослому віці, у жінок порівняно з чоловіками, у овдовілих, розлучених, самотніх осіб, у осіб з тривалою соціальною ізоляцією до 15-річного віку, з психологічними травмами до 15-річного віку, з вихованням в сім'ї з байдужістю батьків

до дитини, з фізичним і сексуальним насильством, у осіб з відносно невисоким рівнем освіти, у міських жителів у порівнянні з сільським населенням.

ПР найчастіше вперше з'являється у віці після 20 років (між 25 і 34 роками життя у жінок і між 15 і 45 роками у чоловіків).

Сімейні та генетичні фактори: ПР найчастіше (41%) виникає у родичів першої лінії споріднення хворих з ПР.

Суїцидальність хворих з ПР

Підвищена суїцидальність хворих з ПР, особливо у разі коморбідності ПР з депресією (7%) порівняно з 1% у разі наявності чистого ПР без коморбідної психопатології. Серед суїцидентів у 30% чоловіків і 49% жінок у минулому спостерігалися суїцидальні наміри. Більшість суїцидів (73,8%) спостерігалась після першої панічної атаки. Основна частина суїцидів здійснювалася шляхом передозування лікарських засобів.

Коморбідність ПР

ПР коморбідний з агорафобією (52% випадків), соціофобією (73% випадків), генералізованим тривожним розладом (20%), дисоціативним розладом (14%), ПТСР (18% випадків), з депресивним розладом (23%), з біполярним афективним розладом (20%), з алкоголізмом (13-43%).

Як і інші коморбідні ПТСР стани, у відповідності з моделлю коморбідності ПТСР Н.М. Van Praag (1996), яка називається «ієрархічним порядком» (депресивні розлади — депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад; алкогольна залежність; соматоформні розлади (іпохондрія, конверсійний і соматоформний больовий розлади); тривожно-фобічні розлади (обсесивно-компульсивний розлад, проста фобія), панічні атаки формуються на тлі проявів первинного ПТСР як вторинні розлади.

ПР впливають з клінічних проявів ПТСР: провокуються переживаннями, що виникають в ситуаціях, що нагадують події психічної травми, тобто впливають з проявів синдромів «репереживань», «уникнення», підвищеної активації (вегетативні прояви тривоги, порушення сну).

Згідно з нейроанатомічною моделлю тривожних розладів Gorman J. M., Leibowitz M. R. (1989), ПР, що впливає з ПТСР, ви-

никає при підвищенні збудження різних відділів головного мозку, чим обумовлена динаміка ПР та ефективність лікування. ПТСР формується в результаті дисфункції на рівні кори і медіобазальних лімбічних структур мозку. Посилення ПТСР поєднується з розвитком стійкої тривоги та панічних атак, що виникають при дисфункції ретикулярної формації мозкового стовбура. Після припинення панічної атаки зберігається дисфункція на рівні медіобазальних утворень мозку і мозкової кори, яка будь-коли може перетворитися на дисфункцію стовбурову. Автори моделі відзначають, що для купірування панічної атаки необхідні препарати, які швидко знижують активність мозкового стовбура (бензодіазепінові транквілізатори), тоді як для профілактики виникнення ПР, а також для лікування хворих на ПТСР, необхідне погашення медіобазальної та коркової дисфункції, коли ефективні антидепресанти, нейролептики, деякі протиепілептичні препарати, а також психотерапія.

Високу імовірність розвитку ПР у хворих з ПТСР, за даними патопсихологічного обстеження хворих на ПТСР, характеризує тривожність як особистісна риса, що виявляється сьомою шкалою (психастенії) опитувальника СМІЛ (від 60Т до 70Т). ПР, що супроводжує ПТСР, проявляється збільшенням сьомої шкали (психастенії). Також виявлено, що у разі виникнення ПР на тлі ПТСР, відбуваються зміни в індивідуальному психологічному профілі хворого в бік підвищення шкал, які не були «посилені» в преморбіді.

При ПР появлення панічних атак провокують важкі переживання, під час подій, що нагадують психотравму, а також повторні її болісні спогади (репереживання) як прояви ПТСР.

Синдром «репереживань» при ПТСР виявлено у 75,21% хворих. Він проявляється повторними спогадами травматичних подій, які носять нав'язливий характер, або у 61,53% випадків повторними кошмарними сновидіннями травматичних подій. Ці розлади викликають у хворих болісні переживання, страждання, психічний дискомфорт. Раптові напливи яскравих образних спогадів військових подій, що супроводжуються почуттям перебування в пережитій травмуючій ситуації («зворотні бачення»), спостерігаються у 35,04% випадків. У низки хворих спогади виникають у відповідь на подразники, подібні з пережитими в умовах бойових дій (шум

працюючої будівельної техніки, гудок маневрового тепловозу, гуркіт грому тощо). У частини пацієнтів «зворотні видіння» спостерігаються при пробудженні або алкогольній інтоксикації. Вони відрізняються транзиторністю і відчуженістю від реальних подій, а також поведінкою, що нагадує таке під час ведення бою (перебіжки, повзання по-пластунськи, раптові падіння); вигуками, командами, характерними для військових дій. У низки хворих виражені страждання у ситуаціях, що асоціюються з травматичною подією або нагадують про неї.

Всі види зазначених реперезживань бойових подій є основою для виникнення панічних атак у військовослужбовців і біженців, які побували в зоні бойових дій. Передує розвитку панічних атак зростання проявів *синдрому підвищеної активації*: у хворих підсилюються розлади сну, концентрації уваги, надмірна настороженість, дратівливість і спалахи гніву за малозначимих приводів, бурхлива поява вегетативних порушень (серцебиття, утруднення дихання, гіпергідроз, тремтіння в тілі, абдомінальний дискомфорт, позиви на сечовипускання та ін.).

Результатом ПТСР є розвиток фобічної поведінки уникнення в межах ПР. *Синдром «уникнення»* спостерігається у 57,26% ПТСР і супроводжується боротьбою з думками і почуттями, що повторюються у хворого і пов'язані з військовою психічною травмою. Частина хворих робить зусилля по уникненню ситуацій, що нагадують травматичні події (зустрічі з рідними і близькими загиблих, участь у заходах, присвячених їх пам'яті, ухилення від бесід, відмова від перегляду телепередач і читання статей в періодичній пресі про війну та ін.). Низка пацієнтів уникає сну у зв'язку з можливим розвитком кошмарних сновидінь на теми військових подій. Частина хворих намагається забути події військового часу з вираженими психотравмуючими ситуаціями, у них спостерігається захисна психогенна амнезія з труднощами послідовно викласти всі обставини травматичної ситуації. Частина хворих, прагнучи забути психотравмуючі події на війні, вживає алкоголь, який сприяє зниженню рівня тривоги і деякому тимчасовому заспокоєнню хворих. Алкогольна залежність у військовослужбовців та біженців часто формується на тлі ПР, коморбідного до ПТСР, у результаті

систематичного прийому алкоголю для пом'якшення феноменів «реперезивань» і «уникнення». Якщо ж такі уникнення для хворих, які пережили психотравми в умовах військових дій, виявляються марними або неможливими, то це призводить до різкого наростання тривоги і формування панічних атак.

При зіставленні клініки ПТСР хворих, у яких були відсутні коморбідні стани, з такими, що поєднувались із коморбідними станами, був встановлений факт їх впливу на прояви ПТСР. Фобічну поведінку уникнення, що є підставою для розвитку ПР, посилює феномен «уникнення» ПТСР, який стає яскравішим, міцнішим і виникає частіше. Взаємовплив цих феноменів змінює особистість хворих, які стають менш товарицькими, більш замкнутими, прагнуть уникати спілкування зі старими друзями, навіть з членами сім'ї, не прагнуть завести нових знайомих, виникає прагнення до ізолюваного та відокремленого способу життя, стають маловиразними емоційні реакції хворих до рідних та близьких, зникають почуття любові, жалю, навіть до самих близьких людей, здатність радіти життю, з'являються скарги на відчуття втрати сенсу життя, відсутність перспективи, з'являється відхід від тривалого планування, переконання в тому, що не зможуть зробити кар'єру, створити щасливу сім'ю, мати дітей, жити в достатку тощо. У низки хворих відзначається втрата професійного інтересу, а також інтересу до справ, які до захворювання були предметом активної діяльності (до занять спортом, видовищних заходів, сімейного відпочинку на природі, полювання, риболовлі та ін.).

Класифікація панічних атак

Виділяють три основних різновиди панічних атак:

- 1) *Спонтанні* панічні атаки — виникають несподівано, без видимих причин.
- 2) *Ситуаційні* панічні атаки провокуються переживанням певної психотравмуючої ситуації або ж почуттям її очікування.
- 3) *Умовно-ситуаційні* панічні атаки виникають частіше під дією біологічного або хімічного стимулу (прийом алкоголю, перебудова гормонального фону при менструальному циклі), але цей зв'язок простежується не завжди.
- 4) *Типові та атипові* панічні атаки.

Клінічні прояви ПР

Наявність панічних нападів, а також неможливість їх передбачити формують з часом ухильну поведінку, що проявляється у прагненні уникання ситуацій, що спричиняли раніше появлення панічних станів. ПР не пов'язаний зі змістом певних ситуацій як при соціальній або ізольованій фобіях. У хворих на ПР з часом виникає тривога передбачення, яка може провокувати повторні напади у тих ситуаціях, де трапився перший напад. У хворих ПР швидко формується страх очікування повторних нападів, які хворі іноді намагаються приховати від оточуючих. Страх очікування визначається між нападами (відчуття небезпеки, пов'язане з очікуванням панічного нападу, а також з можливістю потрапити в безсиле і принизливе становище при його настанні). У більшості хворих ПР поєднується з агорафобією. Після серії панічних атак формується страх повторення нападу, що супроводжується типовим для агорафобії униканням ситуацій, де військовослужбовцям або біженцям не могла б бути швидко надана допомога в разі нападу. Хворі побоюються військових дій з високою ймовірністю власного летального результату. Хворих лякає натопт товаришів по службі, мости, тунелі, закритий транспорт. У важких випадках військовослужбовці з ПР взагалі відмовляються виходити з укриття. Надалі напади можуть повторюватися спонтанно або лише в ситуаціях, що викликають у хворих тривогу.

Типові панічні напади

Паніка виражається гострою інтенсивною тривогою. Панічна атака є окресленим періодом інтенсивної тривоги або дискомфорту з соматичними і когнітивними симптомами. При панічній атаці, на відміну від генералізованого тривожного розладу, тривога характеризується епізодичною окресленістю, більшою гостротою, меншою тривалістю і раптовістю розвитку. Панічна атака починається при відсутності будь-якого фактора, що викликає страх. При цьому тривога досягає максимальної інтенсивності не більше, ніж за 10 хвилин, весь напад триває 20-30 хвилин, рідко більше години. Якщо хворий повідомляє про більшу тривалість нападу, то швидше за все мова йде не про власне напади, а про один з наступних варіантів: стан збудження або розбитості, що триває кілька годин після напа-

ду; хвилеподібне повторення декількох панічних нападів; це взагалі не панічний розлад (наприклад, ажитована депресія).

У хворих ПР спостерігається психопатологія з емоційно-поведінкових і когнітивних розладів, а також функціональні кардіоваскулярні, респіраторні, диспептичні, неврологічні розлади.

Емоційно-поведінкові порушення проявляються у вигляді надзвичайно сильної тривоги, відчуття близької смерті, вираженого рухового занепокоєння з панічною втечею або нерухомістю, проявами невротичної алопсихічної деперсоналізації та дереалізації.

Когнітивні порушення представлені в різній мірі вираженими труднощами зосередження уваги, порушенням пам'яті та кмітливості.

Кардіоваскулярна симптоматика представлена збільшенням частоти серцевих скорочень і серцебиттям. *Респіраторні* порушення характеризуються диспное, болем або дискомфортом у грудях, почастишанням дихання, відчуттям нестачі повітря і неповноти вдиху. Пацієнти, налякані своїм станом, часто вважають, що вони можуть померти від серцевої або дихальної недостатності, вимагають їх направити на огляд до лікарів загальної практики (кардіологів, терапевтів), викликають швидку допомогу. Функціональні розлади, схожі на *неврологічні*, найбільш часто представлені тремором тіла, здриганнями, парестезіями, пітливістю і порушеннями сну. *Диспептичний* симптомокомплекс проявляється нудотою, блювотою, абдомінальними болями, проносами.

Симптоми панічної атаки зникають швидко або поступово.

Частота нападів варіює від щоденних до одного на кілька місяців.

Поряд з типовими панічними атаками виділяють й атипові. Атиповим напад вважається при розвитку дисоціативних (функціонально-неврологічних) розладів при нападах, що представлені «відчуттям клубка в горлі», афонією, амаврозом, мутизмом, онімінням або слабкістю в кінцівках; також відзначаються атаксія з порушенням ходи, витягування, «вивертання», «скрючення» рук, судоми в м'язах кінцівок, багаторазова блювота, мінучі псевдопарези. Рідко спостерігаються дереалізаційні і деперсоналізаційні розлади: «нудота» в голові, «сноподібний стан», почуття «віддаленості і відокремленості» навколишнього (так звана «невротична» або «істерична» деперсоналізація).

Крім того, спостерігаються панічні атаки, при яких виразних емоційних порушень виявити не вдається, так звані панічні атаки без страху. Назви цих нападів мають багато синонімів: «паніка без паніки», «паніка у вигляді різних соматичних розладів», «алекситимічна паніка», «маскована тривога». Перелічені стани часто спостерігаються у хворих, які звертаються за первинною медичною допомогою у відділення кардіології і неврології, і вкрай рідко зустрічаються серед хворих психіатричних клінік.

При оцінці ступеня тяжкості ПР враховується кількість симптомів у структурі самої панічної атаки та частота панічних нападів протягом місяця.

Легкий розлад: впродовж останнього місяця всі панічні атаки мали менш ніж 4 симптоми або спостерігалась тільки одна атака.

Помірний розлад: впродовж останнього місяця спостерігалось 4 атаки.

Тяжкий розлад: впродовж останнього місяця спостерігалось 8 атак або 4 атаки за тиждень з кількістю симптомів, що перевершує діагностичний мінімум.

В динаміці розладу можуть спостерігатися як періоди активного його перебігу, так й покращення стану. Повну ремісію реєструють, якщо впродовж останніх 6 місяців не було панічних атак будь-якого ступеню вираженості.

Про неповну ремісію свідчить стан, проміжний між повною ремісією та легким ступенем панічного розладу.

Діагностичні критерії ПР за МКХ-10

Клінічні діагностичні критерії:

- A. Панічні атаки виникають при відсутності зв'язку з певною ситуацією або обставинами (стреси, фізичне або психічне перевантаження та ін.), внаслідок чого неможливо їх передбачити.
- B. Панічні атаки характеризуються наступними ознаками:
 - 1) чітко обмежений за часом епізод інтенсивної тривоги чи нездужання;
 - 2) раптовий початок;
 - 3) тривалість не менше декількох хвилин, інтенсивність симптоматики досягає максимуму дуже швидко;

4) структура атаки повинна містити щонайменше 4 симптоми з приведених нижче, при цьому спостерігається хоча б один симптом з пунктів а-г:

Вегетативні симптоми: а) посилене або прискорене серцебиття; б) пітливість; в) дригіння або тремор; г) сухість у роті (не обумовлена прийомом препаратів або дегідратацією);

Симптоми, що ставляться до грудей і живота: д) утруднення подиху; е) почуття ядухи; ж) біль або дискомфорт у грудях; з) нудота або абдомінальний дистрес (наприклад печіння в шлунку);

Симптоми, що ставляться до психічного стану: і) почуття запаморочення, нестійкості; к) відчуття, що предмети нереальні (дереалізація) або що власне «Я» віддалилося або «знаходиться не тут» (деперсоналізація); л) страх втрати контролю, божевілля або наступаючої смерті; м) страх померти;

Загальні симптоми: н) припливи або почуття ознобу; о) оніміння або відчуття поколювання.

С. Стан не є наслідком соматичного розладу та не відповідає критеріям органічного психічного захворювання, шизофренії, афективного або соматоформного розладу.

Психологічні діагностичні критерії:

а) наявність елементів емоційної дезорганізації діяльності — методики дослідження уваги, мислення і пам'яті, що дозволяють об'єктивізувати знижену (при генералізованому тривожному розладі) або коливну (при панічних тривожних розладах) спроможність до осмислення, розуміння і зосередженості; а також виявити зниження загального рівня розумової працездатності (при тривожно-депресивному розладі);

б) тип сполучення рівнів ситуативної (реактивної) тривожності і особистісної тривоги:

1) група методик, що об'єктивізують співвідношення рівнів тривоги і тривожності:

- для ПР рівень реактивної тривожності вище рівня особистісної тривоги;
- для генералізованих тривожних розладів рівні приблизно однакові;

- для тривожно-депресивного розладу рівень особистісної тривоги вище рівня ситуативної тривожності;
- 2) показники рівня тривоги і тривожності проєктивних методик.

Параклінічні діагностичні критерії:

Для даної нозологічної форми специфічних змін у показниках ЕЕГ, РЕГ, біохімічних дослідженнях не виявляється.

Перебіг ПР хронічний з ремісіями і загостреннями (хоча можливі багаторічні ремісії). У 50% випадків стан не змінюється і призводить до інвалідізації. Депресивні розлади розвиваються в 70% випадків, фобічні розлади — у 44% хворих. Поєднання панічного розладу з агорафобією призводить до більш важкого перебігу і погіршує прогноз.

Диференційна діагностика функціональних соматичних проявів тривоги і клінічно схожих на них розладів при соматичних захворюваннях

Гострий симптом тривоги	Соматичний розлад із схожими симптомами	Особливості симптомів при соматичному захворюванні
Розлади легеневого дихання (утруднення дихання, відчуття нестачі повітря)	Серцева недостатність	Часте поверхнє дихання, утруднення дихання зростають у лежачому положенні хворого
	Пневмонія, плеврит	Лихоманка, кашель
	Легенева астма	Утруднення дихання під час вдихання
Головокружіння, запаморочення, відчуття втрати рівноваги або схильність до епізодів непритомності	Ортостатична гіпотензія	Погіршення стану під час швидкого переміщення тіла у вертикальне положення або тривалого стояння, зниження артеріального тиску
	Вертиго	Провокація під час поворотів голови, під час повільного пересування по дорозі, під час зупинок

Серцебиття та підвищення частоти серцевих скорочень	Пароксизмальна передсердна та надшлуночкова тахікардія	Гострий початок із високої частоти серцевих скорочень понад 120 на хвилину
	Проплапс мітрального клапану	Систолічне клацання під час відкриття мітрального клапану або пізній систолічний шум
	Ектопії або екстрасистолії шлуночків	Почуття виникнення позачергового серцебиття
	Пухлина надниркових залоз	Швидкий, раптовий розвиток окреслених епізодів гіпертонії і тахікардії
	Тиреотоксикоз, гіпотиреозидизм	Мілкий тремор, пітливість, ознаки серцевої недостатності
	Гіпоглікемія	Симптоми pojawiaються через 2-4 години після прийому їжі
Пітливість, гіпертермія, озноб	Менопауза	Жіноча стать, відповідний до менопаузи вік або стан після оперативного втручання по видаленню яєчників
Тошнота, блювання, абдомінальні розлади	При багатьох хворобах	Клінічне диференціювання утруднене, можливе тільки на підставі результатів додаткових методів обстеження шлунково-кишкового тракту
Деперсоналізація-дереалізація	Скронева епілепсія	Наявність головних ознак епілептичних нападів, під час яких виникає цей розлад (детальніше дифдіагностика подана у окремій таблиці нижче)
Дзвін у вухах, запаморочення	Гіпервентиляція	При гіпервентиляції такі розлади виникають під час частого та швидкого дихання
Біль у грудях або дискомфорт у грудях	Стенокардія	Виникає після функціонального навантаження, емоційного навантаження, сексу та переїдання
	Інфаркт міокарда	Сильні здавлюючі болі з ірадіацією у лопатку
	Остеохондроз грудного відділу	Біль у спині під час фізичного напруження

Диференційна діагностика панічних атак, мезодієнцефальних та скроневих вісцеро-вегетативних епілептичних нападів

Критерії порівняння	Панічні атаки	Мезодієнцефальні епілептичні напади	Скроневі епілептичні напади
Вік маніфестації	Молодий, 20-30 років	Будь-який	Будь-який
Основні механізми розвитку	Психогенез	Епілептогенез	Епілептогенез
Провокуючі фактори	Ті, що збільшують рівень особистісної тривоги, доводячи її до рівня патологічної	Комплекс факторів, що провокують пароксизмальний епілептогенез	Комплекс факторів, що провокують пароксизмальний епілептогенез
Початок нападу	Поступовий	Швидкий	Швидкий
Наявність переднападкових розладів	Так (тривожність, коливання настрою, погіршення сну), різноманітність станів від одного епізоду до іншого	Ні	Іноді так (преіктальні неврозоподібні або афективні стани), одноманітність станів перед нападами
Тривалість стану	Від 10 до 30 хвилин, максимально до 1 години, пік вираженості стану – через 10 хвилин після початку	До 1,5-2 хвилин	До 1-1,5 хвилин
Стереотипність симптоматики в межах нападу	Ні	Так	Так
Виникнення стану в певний час доби	Ні	Переважно в першій половині дня	Переважно у другій половині дня, ввечері, у першій половині ночі
Зміна свідомості	Ні, або афективне звуження свідомості у істеричних осіб	Ні	Потьмарення свідомості, або відсутність розладу свідомості тільки при простих парціальних нападах
Можливість виникнення колаптоїдних станів	Так	Можливе зниження артеріального тиску під час нападу, яке швидко відновлюється після закінчення нападу	Ні

Прагнення хворого до гіпервентиляції	Так	Ні	Ні
Можливість купірування стану за допомогою дихання у закритий простір	Так	Ні	Ні
Розлади сну	Всі види інсомнії (пресомнії, інтрасомнії або постсомнії)	Не характерні	Не характерні, але у хворих в анамнезі або поза нападами можливі парасомнії
Поєднання стану з іншими психічними розладами	З агорафобією, ПТСР, депресію	Ні	З неврозоподібними та афективним преіктальними та постіктальними станами
Закономірності подальшої трансформації	У невротичний розвиток особистості (тривожний)	При наявності вторинної темпоралізації – у скроневі вісцеро-вегетативні напади	Прості парціальні напади можуть трансформуватися у складні та у вторинно генералізовані судомні та безсудомні
Патопсихологія	Емоційно-лабільна або демонстративна особистість Високий рівень реактивної тривоги Коливання розуміння, зосередженості уваги	Особливостей немає	Особливостей немає або наявність патопсихології, відповідної до специфічних змін особистості або деменції епілептичного походження
Результати МРТ, КТ, ПЕТ	Патології немає (у разі відсутності коморбідної патології мозку)	Можуть бути ознаки органічного ураження головного мозку	Можуть бути ознаки органічного ураження головного мозку
Результати ЕЕГ	Іритация та дисфункція ствольних та медіобазальних структур мозку Відсутність епілептичної активності та топичності патології	Епілептична активність у вигляді нижньостовбурових білатерально-синхронних спалахів поліфазних комплексів або (та) пік-хвиль	Епілептична активність у вигляді скроневого вогнища з локально-регіонарними спалахами поліфазних комплексів або (та) пік-хвиль

Ефективність лікування	Бензодіазепінові транквілізатори, антидепресанти груп SSRI, SSNRI, NASSA, RIMA, малі дози нейролептиків (кветірон, санапакс), ГАМК-ергічні антиепілептичні препарати (прегабалін, неогабін)	Бензодіазепінові транквілізатори, антиепілептичні препарати	Бензодіазепінові транквілізатори, антиепілептичні препарати Деякі антидепресанти у міжпащовому періоді
------------------------	---	---	---

Лікування ПР

Існують два основні лікувальні напрямки: *медикаментозна терапія* і *когнітивна психотерапія*. Загальна тривалість лікування хворих на ПР від 6 до 12 місяців.

Медикаментозна терапія

Виділяють кілька стратегій лікування панічного розладу: перше — купірування самої панічної атаки; друге — попередження (контроль) панічної атаки і вторинних по відношенню до паніки синдромів (агорафобії, депресії, іпохондрії тощо). Психофармакотерапія при ПР з ПТСР у військовослужбовців спрямована на корекцію проявів ПТСР, що провокують панічні атаки (переживання, які виникають у ситуаціях, що нагадують психотравму, вторгнення «реперезивань»).

1. Для купірування панічної атаки використовуються медикаментозні засоби і психофізіологічні прийоми. Найбільш ефективними препаратами є *бензодіазепіни*, з них більш кращі препарати швидкої дії: діазепам, лоразепам у середньотерапевтичних разових та добових дозах. Можливо як пероральне, так і внутрішньовенне введення препаратів. Купірування атаки досягається через 15-30 хвилин після введення ліків. Використовуються бензодіазепінові транквілізатори для купірування панічних атак: діазепам 1-2 мл 0,5% розчину внутрішньом'язово одноразово. Бензодіазепіни при панічних атаках мають дуже обмежене використання, призначаються тільки для купірування самої панічної атаки, але не для курсового лікування.

До психофізіологічних прийомів купірування пароксизму відносяться: навчання релаксації, перехід на діафрагмальне дихання, «дихання в мішок, у зачинений простір».

Підтримуюча, профілактична терапія, спрямована на закріплення результатів (контроль панічних атак), відновлення рівня соціальної адаптації, подолання агорафобічних проявів (тривога очікування, унікаюча поведінка) і запобігання ранніх рецидивів (протягом перших 4-6 місяців після призначення лікування), включає призначення препаратів, що володіють антипанічним ефектом.

Призначення психотропних медикаментозних засобів лікування при ПР

Для попередження розвитку панічних атак, для підтримуючого лікування хворих:

1. Антидепресанти:

- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: пароксетин 20-40-60 мг одноразово на добу, флуоксетин 20-40 мг одноразово на добу, флувоксамін 100-150 мг на добу, селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну: венлафаксін 75-150-300 мг на добу;
- норадренергічні і специфічні серотонінергічні активатори: міртазапін 15-30-45 мг на добу;
- зворотні інгібітори МАО типу А: моклобемід, піразидол 150-300 мг на добу.

2. Нейролептики першого і другого покоління, а також перехідні нейролептики: рідазин 10-25 мг на добу, рисполепт 2-4 мг на добу, кветіапін 25-100 мг на добу, сульпілід 50-100 мг на добу.

3. Антиепілептичні препарати:

- ГАМК-ергічні препарати: прегабалін 150-300 мг на добу, габапентин 150-300 мг на добу, вальпроати до 1500 мг на добу;
- похідні іміностильбену: карбамазепін 200-600 мг на добу, окскарбазепін 150-300 мг на добу;
- похідні барбітурової кислоти: бензонал 50-100 мг на добу.

Додаткові медикаментозні заходи при ПР (у комплексі з психотропними препаратами за показаннями, не відносяться до основних лікувальних засобів):

- бета-адреноблокатори: пропранолол 20-80 мг на добу;
- альфа-адреноміметики: клонідин 0,2-0,5 мг на добу;

- блокатори кальцієвих каналів: верапаміл до 240 мг на добу;
- вегетативні гармонізатори (беласпон, белатамінал);
- препарати загальнозміцнювальної дії (фітін, вітамінотерапія В1, В6, С);
- препарати стимулюючої дії (настоянка женьшеню, лимоніку, екстракт елеутерококу рідкий).

Графічна схема алгоритму надання психіатричної допомоги хворим на панічний розлад



Психотерапія

Згідно з клінічним протоколом розрізняють такі ефективні види психотерапії при ПР:

- a) *поведінкова психотерапія* у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення — 3 рази на тиждень, тривалість 2–3 місяці;
- b) *індивідуально-орієнтована психотерапія* проводиться як індивідуально, так і у межах групової психотерапії, направлена на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно–наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота 3–5 разів на тиждень, тривалість 3–4 тижня (у стаціонарі), потім — амбулаторне;
- c) *наркопсихотерапія* (із препаратами барбітурової кислоти — барбаміл, гексенал, тіопентал натрію тощо або з газовою сумішшю азоту і кисню) — коли реалізація лікувальних навіювань проводиться в умовах підвищеної гіпнабельності, обумовленої розвитком фазових станів; після навіювань обов'язковим є проведення функціонального тренінгу безпосередньо після закінчення навіювання; частота 3 рази на тиждень протягом 10–12 місяців;
- d) *аутогенне тренування* — модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладнання; проводиться щодня протягом 3–4 місяців;
- e) *трансактний аналіз* — проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5–2 місяців;
- f) *гіпнотерапія* — спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на седацію емоційних порушень, відновлення настрою; проводиться щодня, усього 8–20 сеансів.

Психотерапевтичне лікування зазвичай починає застосовуватися на етапі підтримуючої психофармакотерапії і продовжується ще деякий час після припинення прийому ліків, багато в чому полегшує процес їх скасування. В даний час, найбільш поширеною при ПР є поведінкова та когнітивна психотерапія. Її застосування

дозволяє зменшити рівень тривоги в фобічних ситуаціях і редукувати страх очікування нападу. Когнітивна психотерапія спрямована на корекцію помилкових уявлень хворих, що зафіксувалися на соматичних відчуттях, що не погрожують життю; у пацієнтів виникають гіперболізовані реакції. Незважаючи на те, що поведінкові методи психотерапії при лікуванні ПР, в даний час, вважаються найбільш ефективними, необхідно враховувати, що, позитивно впливаючи на симптоматику захворювання, вони можуть залишити незайманими невротичні структури, сформовані в дитинстві. Це, в свою чергу, може покласти край початковим успіхам лікування та призвести до появи нових симптомів або до відновлення старих.

Для лікування ПР з успіхом застосовується індивідуальна і групова особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, основною метою якої є досягнення позитивних особистісних змін (корекція порушеної системи відносин, неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів), що веде до поліпшення суб'єктивного самопочуття пацієнта і усунення симптоматики, так і до відновлення повноцінного функціонування особистості. Застосування групової форми психотерапії тим більше виправдано, якщо при ПР у пацієнтів часто виникає обмежувальна поведінка, соціальна дезадаптація та порушення в сфері міжособистісного функціонування. Однак, враховуючи необхідність забезпечення психотерапевтичною допомогою всезростаючої кількості хворих на ПР в умовах військових дій, без підвищення матеріальних витрат, але при збереженні ступеня ефективності лікувального впливу, стає очевидною необхідність використання короткострокових групових методів психотерапії.

До таких методик відноситься метод групової психотерапії, що поєднує в собі теоретичні засади та принципи інтерперсональної та особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії. Така інтеграція дозволяє враховувати в лікувальній роботі фактори внутрішньої (інтрапсихічні механізми) і зовнішньої (психосоціальні чинники) детермінації функціонування особистості, при цьому психотерапевт отримує можливість зміщувати акценти при

аналізі внутрішньоособистісних і міжособистісних проблем. В процесі психотерапії, орієнтованої на корекцію неадекватних інтеракцій, конфліктні відносини пацієнта втрачають свій неодмінний і центральний характер. Це тягне за собою зниження інтенсивності невротичної симптоматики. Спостерігається зменшення і внутрішньоособистісної проблематики, зокрема, за рахунок покращення ставлення до себе (підвищення самооцінки).

Критерії визначення ефективності лікування хворих на ПР: зникнення або значне скорочення частоти приступів паніки та коморбідних розладів, а також редукція поведінки уникнення.

4. Тривожно-фобічні розлади

Перебування на війні — екстремальна ситуація, коли людина постійно перебуває у найсильнішому психоемоційному стресі, долаючи його вольовими зусиллями. Обходиться це дуже високою ціною: майже у всіх учасників бойових дій неминуче відбувається зміна у фізичному і психологічному стані.

У всіх обстежених, які отримали поранення у ході локальних війн або в період озброєних конфліктів, відмічають різного ступеню виразності зміни психічного стану, які проявляються реакціями на емоційний і фізичний стрес. Ці зміни можуть варіювати від відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з різними симптомами емоційної напруги до психічних розладів невротичного та психотичного реєстрів.

Військовослужбовці за ознакою психічного здоров'я поділяються на *три групи*:

- психічно здорових,
- з нервово-психічною нестійкістю,
- з психічними розладами.

Психічно здорові особи придатні до військової служби без обмежень, проте, через вплив різноманітних негативних факторів певний відсоток серед них може перейти в групу з нервово-психічною нестійкістю. У випадках, коли навантаження перевищують можливості військовослужбовця, то у нього, на основі цієї нервово-психічної нестійкості, можуть формуватися психічні розлади.

За даними світової статистики:

- на нервово-психічні розлади страждає кожний п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень,
- серед поранених і калік — кожний третій.

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20-70% осіб, які приймають участь в збройних конфліктах. В 3-4 рази збільшуються захворюваність на психічні розлади під час воєнних дій, в порівнянні з мирним часом. У військовослужбовці, які знаходилися в зоні бойових дій більше за три місяці, виявлені найбільш показові та виразні психічні порушення.

При оцінці поширеності психічних розладів в умовах війн, катастроф, терористичних актів та надзвичайних ситуацій доцільно виділяти як мінімум дві основні групи: *психічні розлади гострого і віддаленого періоду*.

У віддаленому періоді у військовослужбовців (потерпілих) найбільш поширеним є ПТСР, також спостерігаються різні форми затяжних психічних розладів (*фобії, тривожні, конверсійні та obsесивно-компульсивні розлади, депресивні стани*), які можуть спостерігатися протягом тижнів, місяців або років після війни. Характер цих розладів найчастіше обумовлюється не тільки психогенною, але і «соматичною» травмою, отриманою у ході війни, і тим самим визначається не тільки психічним, але і соматичним здоров'ям комбатантів (постраждалих).

Психічні розлади в структурі реактивних станів у потерпілих представлені переважно реакцією на важкий стрес, яка протікає у вигляді афективної дезорганізації психічної діяльності з афективним звуженням свідомості, порушенням довільної регуляції поведінки. Згодом у зв'язку з емоційно-когнітивною переробкою психотравмуючої події досить часто розвиваються *тривожно-фобічні розлади, змішані тривожні і депресивні розлади, а також посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації*. При цьому в одних потерпілих відзначаються депресивні, тривожно-депресивні стани, у інших відбувається акцентування характерологічних особливостей або формування посттравматичних змін особистості зі стійкими порушеннями соціальної дезадаптації.

Протягом тривалого часу лікарі всього світу повідомляють, що у багатьох «комбатантів» (від франц. *Combattant* — воїн, борець; у міжнародному праві — особи, що входять до складу озброєних сил і безпосередньо приймають участь у військових діях) виявляються *тривожно-фобічні*, поведінкові розлади та ознаки органічного ураження мозку. Ці симптоми можуть виникати під час бойових дій, адже у більшості випадків вони розвиваються або посилюються пізніше, через рік-два після повернення додому. Для них властиві високі рівні немотивованої тривоги з болісними переживаннями, при яких найчастіше відзначали панічні напади, із характером нав'язливості.

Тривожно-фобічні розлади — група розладів, під час яких виникнення тривоги пов'язане з конкретними ситуаціями або об'єктами, які на цей момент не є небезпечними, але переживаються з почуттям страху або уникаються хворими.

Розповсюдженість багатократних епізодів тривожно-фобічних розладів — до 1% населення.

Тривожні розлади виникають внаслідок хронічного емоційного перенапруження (стрес) різного походження (соціогенного, психогенного, біогенного) на ґрунті сенситивності людини. Ці розлади пояснюються динамічною взаємодією диспозиційних, пускових, підтримуючих факторів. При формуванні та розвитку розладів вирішальну роль відіграють процеси оперантного і класичного обумовлення; має місце і навчання за патогенетичними моделями. Це багатфакторні моделі, що формуються на основі комплексної взаємодії різних інтернальних та експериментальних факторів.

Етіологічні і патогенетичні процеси розвитку фобічних реакцій можуть відбуватися на різних рівнях: нейропсихологічному, нейроендокринному, генетичному.

Генетичні дослідження підтверджують, що ці розлади можуть бути зумовлені спадковими факторами, формуватися в сім'ї при спадкуванні установок, виховання, соціальної адаптації. Стани виникають на особливому психастенічному конституційному підґрунті, для якого характерні тривожність, помисливість, емоційність, сором'язливість. Початок та фіксація розладу проходять за типом умовного рефлексу. Спочатку страх виникає при наявності

патогенної ситуації, потім при її згадуванні, і нарешті, заповнює мислення людини, перетворюється на особливу нав'язливість.

У клінічній картині тривожно-фобічних розладів провідне місце займають наступні симптоми:

- домінують тривога і страх на тлі вираженого емоційного напруження;
- фабула страху пов'язана з насильством, погрозами, фізичною та психічною травмою;
- динаміка визначається ризиком повторних ексцесів насильства і ситуацією залежності, недозволенності кримінальної ситуації, повторними загрозами;
- в ситуаціях залежності, ризику повторних ексцесів насильства — тривожно-пригнічений настрій, формування внутрішньо особистісних комплексів з мстивим фантазуванням, вторинні особистісно-характерологічні реакції з радикалами тривожності, залежності, конформності.

Агорафобія (F40.0)

Агорафобія — (грец. αγορα — площа і грец. φοβος — страх) — боязнь відкритих дверей, відкритого простору; розлад психіки, в рамках якого з'являється страх скупчення людей, які можуть зажадати несподіваних дій; несвідомий страх, випробовуваний при проходженні без поводитирів великої площі або безлюдної вулиці, неможливість повернутися до безпечного місця, страх втратити свідомість в людному місці, відсутність миттєвого доступу до виходу.

Проявляється в несвідомому вигляді як захисний механізм.

Ця фобія може бути отримана в реальному житті через страх чогось, що пов'язане з людьми, подіями та емоційними травмами від людей.

Приступ може провокуватися знаходженням у магазині, натовпі, кінозалі, театрі, поїздкою в метро, ліфті, літаку.

Страх супроводжується:

- вегетативними симптомами (сухість в роті, тахікардія, профузне спітніння, тремор);
- торако-абдомінальними симптомами (задуха, біль у грудях, нудота, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті);

- психічними симптомами (дереалізація, деперсоналізація, страх втратити над собою контроль).

Хворі намагаються уникати ситуацій, коли вони можуть залишитися без супроводу близької людини в місцях, звідки їм важко вийти самостійно. Деякі пацієнти не залишають домівки, боячись повторень нападів страху, що порушує їхній життєвий стереотип і соціальну адаптацію; іноді хворі відмовляються від будь-якої діяльності поза домом, намагаються заховатися від звукового і зорового бойового впливу.

Клінічні діагностичні критерії:

- Частіше зустрічається у жінок.
- Початок з вегетативних або психологічних симптомів, які є первинним проявом тривоги.
- Тривога обмежена наявністю конкретних ситуацій або можливістю їх виникнення.
- Страх перебування в місцях або ситуаціях, вихід із яких може бути ускладнений або де неможливо надати допомогу.
- Уникання фобічних ситуацій аж до зміни життєвого стилю.
- Наявність панічних атак із порушенням дихання, серцебиттям, задишкою, пітливістю, тремтінням, парестезіями, приливами жару або холоду, дискомфортом у грудній клітині, страхом смерті, страхом збожеволіти.

F40.00 Агорафобія без панічного розладу

F40.01 Агорафобія з панічним розладом

Психологічні діагностичні критерії:

- Наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу різного ступеня вираженості:
 - група методик, що характеризують особливості самооцінки та співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;
 - методики визначення локус контролю;
 - методики, що визначають тип ставлення хворого до хворобливих проявів;
- Наявність підвищеного рівня тривожності — група методик, яка об'єктивізує рівень тривожності;
- Наявність преморбідних особистісних особливостей: психастеноїдних особистісних радикалів; тривожних і (або)

емотивних особистісних радикалів — групи опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту.

Параклінічні методи дослідження.

Специфічні зміни у показниках електроенцефалограми (ЕЕГ), реоенцефалограми (РЕГ), біохімічних дослідженнях не виявляються; особливо важливе значення в діагностиці мають психологічні методи дослідження. Суттєве значення мають параклінічні методи для виключення соматичних захворювань.

Соціальні фобії (F40.1)

Соціальні фобії характеризуються боязню однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших осіб, боязнь опинитися в центрі уваги, замішання і сором у присутності оточуючих.

Соціальні фобії маніфестують зазвичай у підлітковому та юнацькому віці й провокуються особливими ситуаціями в школі — відповіддю біля дошки, складанням іспиту, необхідністю виступати на сцені, необхідністю контактувати з учителями, вихователями, особами протилежної статі. Спілкування з близькими страху не викликає.

Хворі бояться ситуацій, коли їм потрібно вчинити будь-яку дію в присутності сторонніх, передбачається можливість негативної оцінки цих дій. Такі пацієнти намагаються не відвідувати вечірки, бояться говорити, писати у присутності сторонніх, користуватися громадським туалетом. Хворі побоюються, що навколишні помітять цей страх і будуть насміхатися над ними, при цьому ставлення до страху у них завжди критичне, але позбутися його не можуть, що призводить до заниженої самооцінки.

Клінічні діагностичні критерії:

- Розпочинаються в підлітковому віці.
- Нав'язливий страх опинитися в центрі уваги у порівняно малих групах людей.
- Однаково часто зустрічаються як у чоловіків, так і у жінок.
- Уникнення психотравмуючих ситуацій аж до повної соціальної ізоляції.

- Фобії *ізолювані* — відносяться до конкретних ситуацій, наприклад, страх публічних виступів, боязнь приймання їжі на людях, зустріч з людьми протилежної статі, страх почервоніти тощо) або дифузні (генералізовані) — відносяться до будь-яких соціальних ситуацій поза сім'єю, поряд з цим з'являються ідеї малоцінності, відношення; ці порушення найчастіше зустрічаються при синдромі скоптофобії — страх здаватися смішним, виявити свою ущербність на людях, що призводить до уникання контактів.
- Поєднання соціальних фобій із заниженою самооцінкою й страхом критики.
- Поєднання соціальних фобій із вегетативними порушеннями (почервонінням обличчя, тремором рук, нудотою, позивами до сечовипускання).

Психологічні, параклінічні діагностичні критерії такі самі, як у разі агорафобії (F40.0).

Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2)

Специфічні (ізолювані) фобії — страх, який обмежується строго визначеними ситуаціями.

Зіткнення з предметом, який викликає фобію, посилює тривогу, тому для хворих характерне уникання фобічних ситуацій та об'єктів. Окрім нав'язливих страхів, хворим притаманні обсессії (нав'язливі думки) та імпульсії (нав'язливі дії).

Включають: фобії тварин (частіше собак), клаустрофобію (замкнених просторів), акрофобію, фобію іспитів, грози, темряви, висоти, польотів у літаках, сечовипускання і дефекації в громадських туалетах, прийому певної їжі, лікування у зубного лікаря, виду крові або пошкоджень, страх захворіти певним захворюванням, страх водіння транспорту.

Клінічні діагностичні критерії:

- Частіше виникають у дитячому або молодому віці.
- Характеризуються активізацією сильної тривоги в конкретній ситуації.
- Стійкий страх перед однією чи декількома ситуаціями.
- Тенденція до уникання ситуацій, які викликають фобію.

- Зниження повсякденної активності залежно від того, наскільки важко уникнути ситуацій, взаємовідносин із людьми.
- Вегетативні симптоми.

Психологічні, параклінічні діагностичні критерії такі самі, як і за наявності агорафобії (F40.0).

Специфічні фобії відносять до *відставлених* постстресових розладів.

До числа *факторів виникнення* специфічних фобій відносять:

- психотравмуючі ситуації;
- спонтанні панічні атаки в ситуації, яка в подальшому стає тригером фобії (наприклад, раптовий переляк у разі несподіваної катастрофи, обстрілу, нальоту, вибухів);
- негативне інформаційне повідомлення (наприклад, повторні новини в ЗМІ про аварії, обстріли та інше).

Під впливом бойових стрес-факторів у військовослужбовців можуть виникати різні фобічні розлади, що з часом досягають патологічного рівня. Зареєстровано невротичні фобії із патологічно вираженими страхами конкретних предметів або ситуацій. *До найбільш поширених фобій воєнного часу відносять: «страх мін», «страх снайперів», «страх літаків», «страх танків», фатальна впевненість у своїй близькій смерті* та ін., що супроводжуються в ряді випадків втратою критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності. Характерними проявами цих станів є відчуття внутрішнього дискомфорту, напруженості, дратівливості. Також характерні пароксизмальні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом.

Клаустрофобія — страх перед замкнутим простором, наприклад, в укритті під час нанесення ударів противником (супроводжується неусвідомленим бажанням залишити це укриття, незважаючи на ще більшу загрозу безпеці зовні).

Для того, щоб зменшити вплив цих факторів, бійцю необхідно практикувати «тактичне дихання», принаймні 2-3 вдихи-видихи. Обов'язково вдихати носом, видихати ротом, не дивитись по боках. Знайти точку на рівні очей і зосередити на ній погляд. Зазвичай такий стан проходить через 3-5 хвилин, максимум через 10-15 хвилин.

Кров та вигляд важких травм, руйнувань — важкі поранення та смерть бойових товаришів, руйнування укриттів, будівель та бойової техніки, як правило, паралізує невідготувану для ходнокровного сприйняття психіку людини. Вид трупів, відірваних рук, ніг, крові, пульсуючої з відкритої рани, розрізаного тіла або пригнічує людську психіку, або викликає неадекватну активність у воїнів. Звук міни, що летить, може стати причиною панічних реакцій. Запахи можуть доповнити і посилити негативний вплив.

Для корекції цих станів необхідно виконувати наступні рекомендації:

Знати та вивчати свої реакції. Дозволити собі сумувати за загиблими. Беретти себе. Не заперечувати і не робити вигляд, що нічого не відчуваєте. Те, що Ви відчуваєте — дозволяє залишатися Вам людиною. Проте не дозволяйте своїм почуттям керувати Вашими діями. Не дійте під впливом емоцій. Допускайте сльози, злість, страх, смуток, горе. Розмовляйте про це з товаришами. Знайдіть для цього час і місце. Не бійтесь налякати близьких своїми розповідями. Знайдіть людину (друга, священника, психолога), якому можна розповісти.

Фактори, які викликають найбільшу напругу та страх при веденні бойових дій:

- смерть бойових товаришів — 50%;
- зовнішній вигляд важкопораненого (загиблого) — 29%;
- світлові та шумові ефекти бою — 8%;
- палаючий військовий транспорт — 5%.

У 90% людей, які є учасниками бойових дій, страх має яскраво виражені форми.

З досвіду другої світової війни відчувають найбільший страх:

- 39% — перед боєм,
- 35% — в бою,
- 16% — після нього,
- 10% — не в змозі визначити нічого.

Страх в бою

У поведінці військовослужбовців, які знаходяться у стані страху під час бою, спостерігаються такі *елементи*:

- відсутність реакції або невірна, загальмована реакція на оперативні зміни обставин у ході бою;
- припинення ведення вогню;
- відкрита відмова виконувати наказ;
- стрільба в бік, у повітря;
- спроби зіщулитися, заховатися в укритті або на дні окопу;
- намагання не дивитися у бік противника;
- неконтрольовані рухи, спроби втечі від джерела небезпеки.

Корекція почуття страху в бойовій ситуації:

- Одним із методів є *відмова від детального обмірковування ситуації* (саме обдумування цих деталей і породжує тривогу) і миттєве включення для подолання перешкод за принципом: «вовка боятися у ліс не ходити».
- Від накручування страшних думок та негативних образів добре допомагає *техніка «Вимикач»*. Коли важко позбутися думок, які породжують тривогу та страх, уявіть що ця нав'язлива думка великий вимикач, потягніться до нього та вимкніть. І все, тиша. Ви вимкнули цю думку.
- *Техніка нормалізації дихання*. Збираємо весь страх, який нас охопив, і шумно із зусиллям видихаємо його до повної порожнечі в грудях. На видиху звільняємося від боягузтва, а вдихаємо сміливість. Вдихаємо спокійно, відчуваючи, як енергія, проникаючи всередину, наповнює нас рішучістю. Уявіть що ви видихаєте темні плями, клуби диму, а вдихаєте — успіх, силу. Видихаємо слабкість, вдихаємо силу. Видихаємо страх, вдихаємо рішучість. Змінивши дихання, характерне для страху, на будь-яке інше, ви відчуєте себе спокійніше і зможете тверезо оцінювати ситуацію.

Дихання відновлює внутрішню гармонію і цілісність, *а страх не має влади над гармонійною особистістю*. Дихання є ефективним способом впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання знижує збудливість нервових центрів і сприяє м'язовому розслабленню. Часте дихання, забезпечує високий рівень активності організму. Змінюючи ритм дихання, тривалість вдиху і видиху, людина може впливати на зміни багатьох функцій організму у тому числі психічних. Існує два види дихання: нижне

(черевне) і верхнє (ключичне). Нижнє дихання використовується, коли необхідно подолати зайве хвилювання, побороти тривогу і дратівливість, максимально розслабитися для швидкого та ефективного відпочинку.

Вправа «Квадратне дихання». Сидячи або стоячи, необхідно скинути напругу з м'язів і зосередити свою увагу на диханні. Далі проводиться 4 етапи єдиного циклу дихання. На рахунок 1-4 здійснюється повільний вдих, при цьому живіт випинається вперед, м'язи живота розслаблені, а грудна клітка нерухома. На наступні чотири рахунки (1-4) проводиться затримка дихання і плавний видих на 6 рахунків (1-6), що супроводжується підтягуванням м'язів живота до хребта. Перед наступним вдихом знову слідує пауза на 2-4 рахунки. *Дихати потрібно тільки носом і так плавно, наче перед вашим носом на відстані 10-15 см висить п'р'їнка, і вона не повинна колихнуться.* Вже через 3-5 хвилин такого дихання ви помітите, що ви стали спокійним та врівноваженим. Результатом виконання цієї техніки буде психологічний спокій.

Шкали для діагностики тривожно-фобічних розладів

Найбільш зручними для вивчення фобічних порушень є шкала самооцінки тривоги *Шихана* і шкала фобій *Маркса-Шихана*.

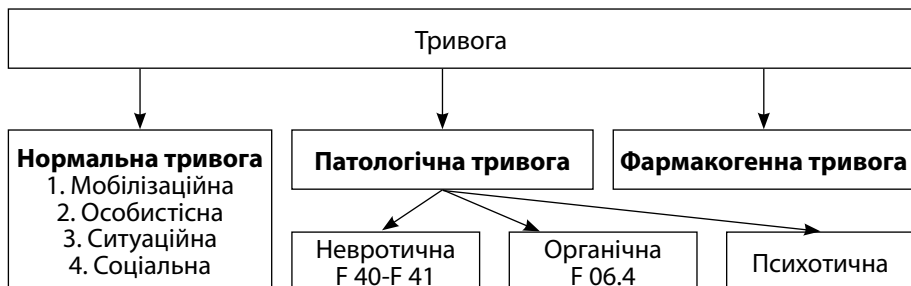
Sheehan Patient Rated Anxiety Scale (Sheehan Patient Rated Anxiety Scale — SPRAS) містить 35 пунктів (симптомів), що охоплюють практично весь спектр клінічних проявів патологічної тривоги (фобічних, obsesивних, інсомнічних, вегетативних, алгічних та ін.) та інших психічних розладів (деперсоналізація, іпохондрія, депресія).

Шкала фобій Маркса-Шихана (Marks-Sheehan Phobia Scale) дозволяє проводити досить точну і диференційовану оцінку ступеня тяжкості самої фобії і пов'язаного з нею феномену уникнення фобічних ситуацій. Така особливість розглянутого «інструменту» є особливо цінною, тому що клінічна динаміка феномену уникнення не завжди реалізується строго паралельно динаміці фобії, яка його визначає (Sheehan D. V., 1983).

Лікувальна програма тривожно-фобічних розладів

Лікувальна програма тривожно-фобічних розладів є диференційованою та розробляється з урахуванням *типології тривоги* (Л. М. Юр'єва, 2002):

Типологія тривоги (Л.М. Юр'єва, 2002)



І. *Психотерапія* є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки.

Когнітивно-поведінкова психотерапія

ВООЗ визначає когнітивно-поведінкову терапію як *засіб номер один* при лікуванні тривожно-фобічних розладів. Цей вид лікування складається з *поведінкової і когнітивної* терапії, кожна з яких доповнює одна одну.

Завдання поведінкової терапії: формування у пацієнта нових форм поведінки, які дозволяють контролювати думки і вчинки. Хвора людина усвідомлює свої страхи і той факт, що ними можна управляти. Основним інструментом у цьому виді лікування є проживання хворим ситуацій, в яких виникають напади страху. На початку терапії картини моделюються в уяві пацієнта, потім — в реальному житті. З кожним новим сеансом складність і тривалість завдань збільшується. Проходження через власні страхи дозволяє індивіду переконатися у відсутності реальної небезпеки для його життя і зрозуміти, що хвороба піддається контролю.

Методи терапії:

1. *Декатастрофікація* або техніка «а що, якщо?». Призначена для дослідження дійсних фактичних подій і тих наслідків, які існують тільки в уяві клієнта, завдаючи йому психологічного збитку, викликаючи почуття тривоги. Ця техніка допомагає клієнту підготуватися до наслідків, пов'язаних зі страхом, а також корисна для зменшення уникнення ситуацій, що травмують.

2. *Десентизація* — техніка, що використовує тренінг релаксації і складання ієрархії фобій з метою навчання пацієнтів спокійно реагувати на об'єкти і ситуації, які лякають їх.
3. *Переоцінка* — перевірка вірогідності дії альтернативних причин тієї чи іншої події. Пацієнти з синдромом тривожності часто звинувачують себе в тому, що відбувається і навіть у виникненні своїх синдромів («Я неправильно думаю, і тому я хворий»).
4. *Децентрація, або деперсонологізація мислення* застосовується при роботі з пацієнтами, що відчують себе в центрі уваги оточуючих і страждають від цього, наприклад при соціофобії. Такі пацієнти завжди впевнені у власній уразливості до думки оточуючих про них і завжди налаштовані на очікування негативних оцінок; вони швидко починають відчувати себе смішними, відкинутими або підозрюваними.

Частота проведення — 3 рази на тиждень. *Тривалість* — 23 місяці. *Мета терапії*: когнітивна терапія — раціональні впливи, спрямовані на виправлення когнітивних похибок; поведінкова — систематична десенсибілізація. *Методика проведення*: повторне і систематичне занурення в ситуації, які провають тривогу, у послідовності від менш до більш загрозливих. *Форми*: індивідуальна, групова (у закритих групах).

При лікуванні тривожно-фобічних розладів також використовують інші види психотерапії.

Індивідуально-особистісно-орієнтована психотерапія

Частота проведення: 15 разів на тиждень, *тривалість* 1 заняття 11,5 годин; *Тривалість* стаціонарного періоду 34 тижнів, амбулаторного лікування — до 6 місяців. *Мета терапії*: виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, які сприяють виникненню невротичного стану, досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; зміна відносин хворого, корекція неадекватних реакцій та форм поведінки. *Методики*: групова дискусія, психодрама, психогімнастика, проєктивний малюнок, музикотерапія, рухова терапія. *Форми*: індивідуальна, групова у відкритих та закритих групах.

Аутогенне тренування

Мета: розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання, навички релаксації. *Методики:* амбулаторно 1 ступінь класичного аутогенного тренування за Шульцем, репродуктивне тренування в модифікації А.Г. Панова та співавт. *Форми:* навчання індивідуально та в закритих групах, самостійні тренування; частота: в умовах стаціонару щодня 1 заняття з лікарем та 2 заняття самостійно. *Тривалість* 1 заняття 0,5 годин; амбулаторно 23 заняття на тиждень; тривалість у стаціонарі 1 місяць; амбулаторно 3 місяці, у подальшому можливе постійне самостійне використання аутогенного тренування.

Гіпнотерапія

Мета: розслаблення, седація емоційних порушень, відновлення настрою. *Методики:* навіювання по Іванову, подовжена гіпнотерапія за Рожновим, гіпновідпочинок за Платоновим, фракційний гіпноз, ступінчатий активний гіпноз за Кречмером. *Форми:* індивідуально та у відкритих групах. *Частота:* щодня. *Тривалість* одного сеансу 12 годин; тривалість: 810 сеансів.

Медикаментозне лікування використовується у комплексній терапії у разі неефективності психотерапії.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗЗС):

- препарати *першого вибору* у разі агорафобії, панічного розладу, соціофобії;
- початок лікування від мінімальних доз із поступовим їх підвищенням;
- доцільне призначення анксиолітика у перші 24 тижні лікування;
- побічні ефекти: посилення тривоги, порушення сну, нудота, які виникають на початковій стадії лікування;
- відміна шляхом поступового зниження дози для попередження синдрому відміни (окрім флуоксетину).

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН):

- препарати *першого вибору* у разі агорафобії, панічного розладу, соціофобії, із мінімальними побічними ефектами за

- малих та середніх доз та можливістю підвищення дози для досягнення норadreнергічного ефекту у разі необхідності;
- початок лікування з мінімальних доз із поступовим підвищенням;
 - доцільне призначення анксиолітика в перші 24 тижні лікування;
 - побічні ефекти (посилення тривоги, порушення сну, нудота), які виникають на початковій стадії лікування, підвищення потовиділення та рівня артеріального тиску у разі прийняття високих доз;
 - відміна шляхом поступового зниження дози для попередження синдрому відміни.

Інгібітори моноаміноксидази:

- призначаються тільки у разі неефективності препаратів першого вибору (СІЗЗС, ІЗЗСН);
- не призначаються в амбулаторній практиці у зв'язку з високою частотою тяжких побічних ефектів;
- під час лікування тривожно-фобічних розладів використовуються тільки інгібітори МАО оборотної дії;
- початок лікування від мінімальних доз із поступовим підвищенням;
- побічні ефекти: ортостатична гіпотензія, порушення сну, симпато-адреналові кризи (сирний синдром).

Трициклічні антидепресанти:

- призначаються тільки у разі неефективності препаратів першого вибору (СІЗЗС, ІЗЗСН);
- не призначаються в амбулаторній практиці у зв'язку з високою токсичністю, у випадку суїцидальних дій;
- початок лікування від мінімальних доз із поступовим підвищенням;
- побічні ефекти: тремор, гіпергідроз, сухість у роті, диплопія, седація, порушення сечовиділення, ортостатична гіпотензія.

Анксиолітики:

- забезпечують швидкий ефект у разі ПР, соціофобії;
- призначаються на період не більше 24 тижнів у зв'язку із загрозою розвитку залежності.

5. Афективні розлади

Кризові стани, що переважно пов'язані з порушенням в емоційній сфері.

Згідно зі спостереженнями сучасних вітчизняних вчених значна кількість деструктивно-дестабілізуючих та соціально-зумовлених стресогенних чинників впливає на клінічні прояви, особливості перебігу та лікувально-діагностичні заходи у хворих, що страждають на розлади психічні, в тому числі на афективні розлади. Окрім того, порушення у емоційній сфері (насамперед тривога, туга або апатія) притаманні усім кризовим станам. З позиції кризової психіатрії доцільно, на наш погляд, обговорення тих афективних розладів, в клініці яких емоції, насамперед, визначають клінічну картину психічного розладу. За МКХ-10 до них належать: органічні афективні розлади (F06.3), афективні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F1), афективні розлади (F3) та психогенні афективні розлади (F43) як самостійні нозології, так і як коморбідні стани (встановлення декількох діагнозів дозволяє МКХ-10, хоча й мало застосовується у практиці психіатрії). Знову ж таки, кризовий характер психопатологічного стану зумовлений, насамперед, не стільки «органічною природою», впливом психоактивних речовин або «ендогенним характером», але його психогенною природою. Ми вважаємо за потрібне пояснити це поняття тому, що його тлумачення різними психіатричними школами відрізняється. Наша школа підтримує класичні погляди щодо психогенії, що були притаманні вітчизняній психіатрії та ті, що описані нами раніше. Загальні ознаки психогенних розладів, що присутні у клініці (так звана «Тріада К. Ясперса») такі: початок захворювання збігається у часі з початком дії та впливом психотравми; психотравма відображається у клінічній картині; одужання настає після того, як психотравма стає малоактуальною. Психогенні розлади — група психічних порушень, що виникають у результаті дії зовнішніх психогенних факторів та впливають на діяльність головного мозку, що в свою чергу, призводить до психічного порушення. Серед основних психогенних факторів виділяють такі: психічну травму; емоційну напругу та емоційний стрес (дистрес).

Ці чинники не у всіх осіб викликають психічні розлади. Чому так досі не встановлено. Має значення сила психогенного чинника та його тривалість, що формує так званий “індивідуальний бордюр адаптації”. З урахуванням того, що той чи інший фактор може бути визнаний або невизнаний як психотравмуючий, ми застосовуємо психометричний підхід, зокрема наведену у DSM-III-R *Шкалу вираженості психотравмуючих впливів для дорослих*. Вона враховує вираженість психотравми та психотравмуючі впливи. Гострими вважають такі психотравми, тривалістю щонайменше 6 місяців, хронічними — ті, що тривають більше 6 місяців. Прикладами *незначних* психотравмуючих впливів є розрив стосунків з товаришем (подругою), розпочате навчання, або його закінчення, від’їзд (зміна місця проживання) дитини з дому, сімейні чвари та незадоволення роботою. Приклади *помірних* психотравмуючих впливів: відчуття або потужні емоції, що пов’язані з весіллям, розлукою, втратою роботи, відставкою, проведеним абортom, розладом у сімейних стосунках; труднощі та конфлікти, що пов’язані з фінансами або стосунками з керівництвом. *Вираженими* психотравмуючими впливами можуть вважатися такі, що співпадають з розлученням, народженням першої дитини, безробіттям та бідністю. До *екстремальних* психотравмуючих впливів належать смерть чоловіка або дружини, серйозні захворювання у соматичній сфері, згвалтування та хронічне серйозне захворювання (в тому числі у своєї дитини). *Катастрофічними* вважають наступні психотравмуючі впливи: смерть дочки або сина, суїцид чоловіка або жінки, вплив стихійного лиха, можливість стати заручником терористів та позбавлення свободи, пов’язане з перебуванням у концентраційному таборі. Їх розподіляють на непопсихотичні, гіпопсихотичні та психотичні форми в залежності від важкості психічного стану. Вони обумовлені стихійним лихом, катастрофами, аваріями, при застосуванні зброї масового ураження та виникають одночасно у великій кількості людей в екстремальних умовах, коли є загроза життю, здоров’ю та благополуччю для значної кількості груп населення. Внаслідок цього впливу великої кількості раптово діючих психотравмуючих чинників одночасно виникають розлади психіки у великій кількості населення. При цьому клінічні

прояви не мають індивідуального характеру, має місце невелика кількість відносно типових проявів. При цьому людина вимушена продовжувати активну боротьбу з наслідками стихійного лиха (катастрофи) заради виживання та збереження життя близьких та всіх оточуючих, незважаючи на розвиток психогенних розладів та продовження ситуації, що небезпечна для життя.

Органічні афективні розлади (F06.3) мають чітко визнаний етіологічний фактор (органічне ураження ЦНС або соматичне захворювання, що призводить до появи та розвитку психічних порушень), розвиваються поступово та набувають кризового характеру лише при довготривалому перебігу (та пов'язаній з цим дезадаптацією) або при дії психогенних чинників, що описані вище, та знову ж таки пов'язані з порушенням адаптаційних функцій. У клініці мають місце поєднання виражених емоційних порушень або експансивного настрою та ознаки органічного ураження мозку («органічних» змін особистості). Задля верифікації діагнозу використовуються такі методи дослідження, що дозволяють ідентифікувати тип ураження мозку.

Афективні розлади або розлади настрою (F3) — психічні стани, що проявляються приступоподібними емоційними порушеннями, проміж яких відновлюється психічний стан хворого, що був власний йому до хвороби та не виникають зміни особистості незалежно від кількості нападів. Типологічно вирізняють подинікі емоційні напади: маніакальні, депресивні або змішані афективні епізоди або повторення емоційних нападів (два та більше): біполярний афективний та рекурентний депресивний розлад.

Виявлення *маніакальних* проявів проводиться за рахунок виявлення наступних клінічних ознак: переважаючого підвищеного, експансивного, дратівливого або підозрілого настрою, що не є характерним щодо даного суб'єкту та має зберігатися протягом 4-7 днів. При цьому має місце підвищена активність, балакучість, прискорення протікання, втрата соціального контролю та поведінка, що неадекватна обставинам, зменшення потреби уві сні, завищена самооцінка, ідеї величі, постійна зміна діяльності та поведінки, наслідки якого не усвідомлюються хворим, підвищення сексуальності або нерозбірливість у сексуальних відношеннях. Мають місце

порушення функціонування особистості в повсякденному житті. У важких випадках присутні галюцинації або маячення, можуть бути розлади сприйняття. Частіше за все є маячення величі, особливого призначення, еротичного або персекуторного змісту.

Виявлення *депресивних* проявів проводиться за рахунок виявлення наступних клінічних ознак: пригніченого, тужливого або тривожного настрою, що є нетиповим для суб'єкта, та спостерігається більшу частину дня та не залежить від ситуації оточення і має триває не менш як 2 тижні, помітне зниження інтересу або задоволення від діяльності, що звичайно є приємною, рухова та розумова загальмованість, зниження енергійності та підвищена втомлюваність. Окрім того присутні: занижка самооцінка, непевненість у собі, ідеї винуватості або самозасудження, думки про смерть, що повторюються, або суїцидальна поведінка; зменшення спроможності обмірковувати або концентрувати увагу, нерішучість або коливання в прийнятті рішень; порушення сну будь-якого типу (утруднення засинання, переривчастий сон, ранні пробудження і сонливість протягом дня); підвищення або зменшення апетиту із відповідною зміною ваги тіла.

Деякі депресивні симптоми мають особливе клінічне значення і позначаються як «соматичні» (біологічні, вітальні, меланхолійні або ендогеноморфні). Їх наявність робить депресію ближче до «психотичної» (важкої та більш складної у лікуванні). Ступінь вираженості депресії обумовлює порушення адаптаційних можливостей від деяких труднощів при виконанні звичайної роботи і підтримці соціальної активності, до обмеження або повного припинення їх виконання. Задля об'єктивізації клінічних даних використовують психометричне дослідження з використанням оцінкових шкал (шкали депресій Гамільтона, Бека, Монтгомері-Асберга та ін.). Сума балів шкали корелює із ступенем вираженості депресивного епізоду. Проведення додаткових досліджень дозволяє ще більше об'єктивізувати клінічні дані. Серед них головне місце займає електроенцефалографія, тому що зараз накопичений величезний фактичний матеріал (в тому числі, результати наших власних досліджень) про електрофізіологічні кореляти депресії. Діагностично найбільш важливим є відсутність ознак грубого органічного ураження ЦНС (поява

стабільної повільнохвильової активності на ЕЕГ у стані спокійного пильнування), ознак епілептиформної активності («пік-хвилі», поліфазні комплекси чи інші типові ЕЕГ-феномени), а також наявність ознак дисфункції в скроневих відділах мозку (переважно правої півкулі). Проведення соматичного і неврологічного обстежень дозволить підтвердити або спростувати первинний характер депресивних проявів, що спостерігаються.

Коли має місце змішаний афективний епізод, маніакальні і депресивні симптоми повинні бути виражені одночасно протягом двох тижнів. Перевага одного з компонентів полярних симптоматичних афективних триад (депресії або манії) створює атипію змішаного типу. Описано розлади, коли іпохондричні скарги поєднуються у хворого та сполучаються з підвищеним настроєм. Так звана «усміхнена меланхолія» поєднує тривогу та нерішучість з підвищеним настроєм, пожвавленням та відволіканням. Подібні розлади можуть мати високу небезпеку щодо суїциду.

Повторення депресії може бути пов'язане з соматичними захворюваннями, органічними чинниками, у тому числі такими, що пов'язані з медикаментозним лікуванням (тривале використання гіпотензивних, стероїдних препаратів та ін.), або супроводжувати інші захворювання — залежність від психоактивних речовин, шизофренію тощо. Діагноз біполярного афективного розладу, у цілому, відповідає старій концепції маніакально-депресивного психозу, проте виключає хворих з уніполярною депресією. Встановлення діагнозу в хворого на депресію підтверджується наявністю в анамнезі хоча б одного гіпоманіакального, маніакального або змішаного афективного стану. При цьому депресії більш тривалі за манії, тривають, у середньому, 6 місяців. Тривалість манії обмежується продовженням лікування. Виключно повторними епізодами депресії різного ступеня важкості проявляється рекурентний депресивний розлад. Окремі епізоди тривають 3-12 місяців (у середньому — 6 місяців). Окремі епізоди будь-якого ступеня важкості можуть бути спровоковані стресовою ситуацією. Емоційні приступи, що тривалі за часом, мають малу клінічну вираженість (субафективні), за проявами та динамікою нагадують розлади особистості, можуть бути розцінені як циклотімія або дистімія.

Визначення перебігу афективного розладу має значення при побудові стратегії лікування. Біполярний перебіг є типовим у хворих з біполярним афективним розладом або циклотімією. Має місце чередування депресивних фаз із маніакальними. Монополярний або уніполярний перебіг спостерігається при рекурентному депресивному розладі та дистимії. Представлений виключно депресивними фазами. Є найбільш поширеним варіантом перебігу. Альтернуючий перебіг спостерігається у пацієнтів з біполярним афективним розладом та циклотімією. При цьому мають місце подвійні фази (манія змінює депресію або навпаки, ремісія між ними відсутня). Континуальний перебіг має місце при тривалій відсутності ремісії, що викликано різноманітними факторами, такими як конституціональні особливості особистості, лікарський патоморфоз, вплив несприятливих соматичних і психогенних впливів, що призводить до хронізації емоційних нападів. В окремих випадках епізоди поєднує астенія або надлишкова (резидуальна) депресивна симптоматика, що триває декілька місяців або навіть років, призводить до зниження рівня соціально-трудової адаптації.

Найбільш типовим кризовим станом є психогенні афективні розлади. Вони не виділені окремою рубрикою міжнародної класифікації хвороб та не мають чітких критеріїв. *Коротка депресивна реакція* — нетривалий минущий депресивний стан легкого ступеню, що триває не більше одного місяця. *Легкий депресивний розлад*, що виникає у результаті пролонгованої дії стресорної ситуації та триває не більш двох років називають *пролонгованою депресивною реакцією*. Про *змішану тривожну та депресивну реакцію* говорять у випадку, коли симптоми тривоги та депресії чітко виражені, але за рівнем не вище, ніж визначено для інших афективних розладів (звичайно, декількох емоційних типів, такі як тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів). Ця категорія повинна також використовуватися для емоційних реакцій у дітей, в яких також є присутнім регресивне поведіння, таке як енурез або ссання пальців.

Нозогенними реакціями вважають такі психопатологічні стани, що обумовлені впливом усвідомленої загрози для існування,

пов'язаної з уявою про можливий наслідок від конкретного тяжкого соматичного захворювання (рак, ВІЛ, інфаркт та ін.). Це відрізняється від поняття «соматогенія», яке визначає психопатологічні порушення, що виникають внаслідок впливу соматичної шкідливості. Описано (Смулевич А.Б., Фільц О.О. та ін., 1992 р.) гіпернозогностичні та гіпонозогностичні варіанти. Серед них невротичні реакції такі як: тривожно-фобічні прояви (або синдром невротичної іпохондрії), що виступає у вигляді занепокоєння з приводу стану здоров'я та можливостей соціальної реадаптації з загостреним самоспостереженням, гіпертрофованою оцінкою наслідків захворювання, що загрожують здоров'ю та пильною реєстрацією найменших ознак тілесного нещастя, нарцисичний варіант (або синдром чудової байдужості), що маніфестує проявами психічної дисоціації між демонстративно-зневажливим, пов'язаним з патологією уявлення (нарцисичний комплекс ідеального фізичного здоров'я) відношенням до лікування та тривожним занепокоєнням з приводу реального соматичного захворювання. *Реактивна депресія* (синдром іпохондричної депресії) — пригніченість, почуття безнадійності та перебільшено песимістичне сприйняття хвороби, що супроводжується іпохондричною фіксацією на можливих наслідках соматичного захворювання. *Реактивна гіпоманія* (синдром ейфоричної псевдодеменції) — характеризується підвищеним афектом з перевагою благодущності, неадекватно-оптимістичною оцінкою як теперішньої хвороби, так і наслідків захворювання, узагальнюється активним «несприйманням» ролі хворого та кумедною, граничною з аутодеструктивною поведінкою, направленою на докази «абсолютної вправності» функцій організму. *Патохарактерологічні реакції* (параноїдні, шизоїдні, істеричні) — синдром «ригідної іпохондрії» — стійка фіксація на медичних процедурах, що супроводжується педантичним виконанням лікарських рекомендацій, виконанням особливого, вишуканого режиму лікування та призводить до зміни життєвих стереотипів. Синдром «іпохондрія здоров'я» — негативне відношення до медичних рекомендацій та обмежень, що витікають із них, при цьому хворий намагається встановити собі надвисокі психічні та фізичні норми навантаження.

Лікування кризових станів з розладами настрою.

Загальні принципи проведення терапії включають:

1. З метою зменшення страждань хворого та запобігання суїциду — купірування найбільш значимої гострої афективної симптоматики (так званий етап активної терапії).
2. Долікування, стабілізація емоційного стану та досягнення клінічної ремісії за рахунок повного усунення афективної симптоматики.
3. Психотерапевтична та соціальна реабілітація за рахунок відновлення колишнього рівня психологічної, соціальної і трудової адаптації.
4. Задля зниження ризику або запобігання розвитку загострення або нового афективного епізоду необхідно застосування різноманітних лікувальних заходів: 1) фармакотерапевтичних — задля впливу на основну афективну симптоматику, 2) психотерапії — для відновлення когнітивних та поведінкових порушень, 3) лікування супутніх соматичних та неврологічних симптомів за наявності останніх.

Вибір першочергових заходів та інтенсивність проведення тимоаналептичної терапії базують на наступних *засадах*:

Інформована згода пацієнта за принципами так званої «комплієнс-терапії».

Уточнення діагнозу (синдромальна та нозологічна діагностика за допомогою МКХ-10 та інших психометричних заходів).

Визначення актуального реєстру ураження психічної діяльності та його психопатологічного рівня.

За допомогою операціональних критеріїв МКХ-10 або з використанням психометричних методів визначення ступеня важкості.

Кваліфікація провідного психопатологічного синдрому (типу афекту) — тужливого, тривожного, апатичного або їх актуальна комбінація.

Може включати заходи з психоосвіти хворого або його близьких з кола оточуючих, яких залучено до терапії.

Урахування поліморфізму психічного стану за рахунок привнесення до основних проявів депресії симптоматики з інших психопатологічних реєстрів (неврозо- та психопатоподібної, маячення

та ін.). При цьому підсилюється терапевтичний ефект основного антидепресанту за рахунок приєднання психотропних засобів інших класів (антипсихотики, анксиолітики та ін.). Препаратами вибору можуть бути так звані «перехідні» психотропні засоби з властивостями, що характерні препаратам з різних фармакологічних груп (тимонейролептики, тимотранквілізатори та ін.).

Наявність або відсутність суїцидальних думок. Також вирішують необхідність госпіталізації в стаціонар, спеціального нагляду та інтенсивної тимоаналептичної терапії з високими дозами або застосування парентерального введення ліків. Деякі антидепресанти, наприклад, серотонінергічні самі по собі мають антисуїцидальну дію, тому що сприяють швидкій редукції суїцидальних думок.

Реалізація найбільш відомого терапевтичного принципу про те, що «лікувати треба хворого, але не хворобу» за рахунок індивідуального підходу до вибору тимоаналептичної терапії. При цьому важливо, який препарат раніше вже застосовував сам хворий (тільки позитивний досвід використання препарату) або його родичі (за рахунок подібного метаболізму).

Діагностика та урахування сомато-неврологічного стану хворого на момент проведення лікування, його динамічне спостереження та оцінка.

Принцип клінічної обґрунтованості або диференційованості, що означає призначення терапії, адекватної у даний час для даного хворого за рахунок проведення диференційної діагностики з іншими розладами, що мають подібну симптоматику.

Оцінку психічного стану хворого треба проводити постійно протягом усього курсу лікування з урахуванням загальних закономірностей динаміки (етапності) афективних розладів та варіанту перебігу.

Врахування фазових проявів афективних розладів, які мають тенденцію до рецидиву, пояснює включення нормотиміків в курс тимоаналептичної терапії, що забезпечує реалізацію профілактичних заходів.

Вибір мінімально ефективної дози або поступове підвищення дози. За рахунок фармакодинамічних та фармакокінетичних осо-

бливостей препаратів вибирають найбільш вдалий режим титрування, що може бути реалізовано на підставі власного досвіду й інтуїції лікаря, а так само за даними літератури.

Монотерапія там, де це можливо за рахунок застосування сучасних антидепресантів з «універсальним» впливом на клінічну симптоматику депресії та коморбідних станів.

Безпечність при використанні та врахування переносимості препарату. Препарат може бути безпечним при застосуванні (за описами), але погано переноситися хворим.

Врахування взаємного впливу, вірогідність фармакодинамічної та фармакокінетичної взаємодії. Необхідно враховувати для максимально можливого зменшення ризику небажаної лікарської взаємодії з іншими ліками та різними патологічними процесами.

Найбільш вірогідною при застосуванні циклічних антидепресантів є поява так званого синдрому «відміни». Цього можливо уникнути за рахунок повільного зменшення кількості препарату, що застосовується.

Побудова терапевтичної атмосфери за рахунок дотримання хворим призначеної схеми лікування, контролю за діяльністю медичного персоналу, докладне пояснення хворому особливостей використання препаратів, дотримання режиму прийому та титрування лікарських засобів.

Слід застосувати зручні для використання, малотравматичні лікарські форми препарату (по можливості прийом per os).

Врахування собівартості лікування та економічної ефективності їх застосування тому, що наприклад, доволі часто використання відносно дорогого препарату економічно доцільніше тому, що дозволяє швидко досягти успіху у лікуванні та забезпечити працездатність. При цьому покриття витрат на лікування може бути забезпечене самим хворим за рахунок підтримання працездатності.

За рахунок регулярної переоцінки цільових симптомів реалізують принцип динамічної оцінки стану хворого протягом усього курсу лікування (наприклад, моніторинг та контроль клінічних проявів при застосуванні психометричних методів) та параклінічних засобів (електроенцефалографія та ін.).

Питання про припинення лікування також потребує індивідуального підходу. Сучасні психофармакотерапевтичні засоби припускають можливість довготривалого лікування. Та, навпаки, передчасна відміна препарату може призвести до рецидиву, а довготривалий прийом — до появи пізніх ускладнень. При цьому всіляко заохочується підтримка, консультування та повторне обстеження хворого до остаточного припинення лікування.

6. Соматичні розлади внаслідок гострих кризових станів

Дослідження проблеми стресу і стресостійкості в умовах впливу екстремальних факторів є актуальною проблемою сьогодення. Це пов'язано з тим, що в Україні, як і в усьому світі, почастишали стихійні лиха, міжнаціональні та міжрегіональні конфлікти, локальні військові дії. Відповідно, збільшилася кількість військовослужбовців — учасників локальних конфліктів у середині країни і за кордоном. У сучасній науці розробка проблем стресу і стресостійкості важлива як для окремої людини, так і в цілому для суспільства. Вплив кризових факторів на людину дуже різноманітний, що знаходить своє відображення в психологічному, фізіологічному, клінічному, біохімічному аспектах.

В цілому, люди схильні співвідносити стрес з негативними наслідками. Негативний стрес також позначається словом «*дистрес*» (за Сельє). Це таке переживання стресової події, яке супроводжується відчуттям втрати, невдачі, відчуттям виконуваної роботи як занадто важкої або дуже тривалої, переживанням критики та/або втрати контролю. Всі люди, час від часу, відчувають стан дистресу. У цьому стані людина зазвичай відчуває, що здатність долати випробовування, напруга досягли своєї межі. Дистрес означає, що індивідуально рівень стресу сприймається людиною як надмірно високий і впливає на нього негативно і згубно. Зазвичай стан дистресу супроводжується зниженням продуктивності і надійності в роботі.

За Сельє, традиційно виділяють три *стадії розвитку стресу*:

1. *Стадія тривоги (мобілізації)* — виникає з початком впливу стресора і супроводжується низкою характерних фізіологічних змін: у людини частішає дихання, декілька піднімається

тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: підсилюється порушення уваги, вся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації. Все разом покликане мобілізувати захисні можливості організму та механізми саморегуляції на захист від стресу. Якщо цієї дії досить, то тривога і хвилювання вщухають, стрес закінчується. Більшість стресів вирішується на цій стадії.

2. *Стадія опору (резистентності)* настає у разі, якщо фактор, що викликає стрес, продовжує діяти. На цій стадії здійснюється збалансоване витрачання адаптаційних можливостей. Людина розвиває оптимальну енергійність, пристосовує до обставин, що змінюються. Захищаючись від стресу, організм використовує «резервний» запас сил з максимальним навантаженням на всі системи організму.
3. *Стадія виснаження (дезорганізації)*. Якщо подразник продовжує діяти, то відбувається зменшення можливостей протистояння стресу, тому що виснажуються резерви. Знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може привести її до хвороби та/або порушення ефективної працездатності.

Сучасні концепції стресу, розвинені в результаті зусиль вчених різних країн світу, значно розширюють уявлення про роль особистості і соціального середовища в розвитку стресової реакції у людини. Успішність подолання стресу, або *копінг* (від англ. *Cope* — долати, впоратися), у великій мірі залежить від наявності ресурсів особистості, таких як: життєві і професійні навички, попередній успіх у подоланні стресів, здоров'я і витривалість, оптимізм, впевненість в собі і відчуття контролю над ситуацією, наполегливість і завзятість, здібність прийняття відповідальності на себе. До зовнішніх ресурсів у стресових ситуаціях, насамперед, належить доступність соціальної підтримки.

Згідно транзактної моделі Лазаруса, переживання і наслідки стресу визначаються когнітивною оцінкою людиною виниклої ситуації. Якщо при впливі зовнішнього або внутрішнього фактора у людини формується оцінка ситуації «Небезпечно» в поєднанні з виникаючи-

ми негативними емоціями, відбувається «запуск» механізмів стресу. При успішній мобілізації і достатніх ресурсах людина справляється зі стресом. У деяких випадках, коли стрес-фактор суб'єктивно оцінюється як небезпечний, загрозливий, ймовірний розвиток повторного стресу в результаті цієї загрози навіть після припинення впливу фактора, але стресором вже буде саме по собі уявлення (думки) про небезпеку. Таким чином, стрес може продовжувати свою дію за принципом спіралі, щоразу запускаючи новий цикл.

Оскільки в одних і тих же ситуаціях одні люди бачать погрозу різного ступеня, а інші в цих же умовах не бачать її зовсім, то і стрес, і його ступінь у кожного свої. Негативне мислення і помилкові судження в ситуаціях стресу можуть значною мірою підсилити стрес і знизити успішність подолання з ним. До таких помилок мислення психологи відносять, наприклад, почуття власної неадекватності або неспокій про реакції оточуючих.

Необхідно згадати, що на гострий стрес людський організм відповідає поведінковими, вегетативними і ендокринними зрушеннями, які в сукупності позначаються як *психовегетативний синдром*. Щоб зрозуміти участь вегетативної нервової системи у формуванні відповіді на стрес згадаємо про призначення цієї системи в життєдіяльності організму. Призначення вегетативної системи зручніше розділити на дві складові. Перша (більш традиційна) зводиться до підтримки сталості внутрішнього середовища організму (гомеостазу). Другим і, зазвичай менш обговорюваним аспектом, є забезпечення вегетативною нервовою системою різних форм психічної та фізичної діяльності.

У період напруженої діяльності відбувається суттєва мобілізація енергетичних ресурсів, кардіоваскулярної, дихальної та інших систем. У стані стресу вегетативні реакції виявляються в зміні температури, потовиділенні, пілоерекції, зміні кардіоваскулярних і гастроінтестинальних показників, дихальної ритміки. Ендокринними корелятами емоцій є зрушення у функціональному стані щитоподібної залози, викид стероїдних гормонів і катехоламінів. Всі ці зрушення носять, ймовірно, пристосувальне значення, забезпечуючи майбутню діяльність. Такою є роль емоцій в системі організації доцільної поведінки.

Отже, психовегетативний синдром — безсумнівний фізіологічний чинник, що грає найважливішу роль в пристосувальній діяльності; і якщо емоція — сигнал до дії, то вегетативні зміни забезпечують цю дію енергетично. Усяке емоційне збудження обов'язково містить в собі неспецифічний (вегетативна реакція) і специфічний (інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і сформованої ситуації в цілому) компоненти. Отже, стрес — це природна відповідь організму. Людина не може уникнути зустрічі зі стресорними факторами.

Клінічно психовегетативний синдром виявляється *психічними* і *вегетативними* симптомами. Власне вегетативні розлади мають певну специфіку. У першу чергу, слід звернути увагу на полісистемний характер вегетативних симптомів. Як правило, у хворого є кардіоваскулярні, дихальні, гастроінтестинальні та інші розлади. Вегетативні порушення можуть проявлятися переважно в одній системі (саме ці симптоми найбільш значимі для пацієнта), але, в більшості випадків, активні розпитування хворого дозволяють виявити менш виражені симптоми з боку інших систем. З плином часу вегетативні порушення набувають виразний полісистемний характер. Закономірною для психовегетативного синдрому є заміна одних симптомів іншими. «Рухливість» симптомів — одна з найхарактерніших рис психовегетативного синдрому. У хворих, крім вегетативної дисфункції, досить часто відзначаються порушення сну (труднощі засинання, чуйний поверхневий сон, нічні пробудження), астенічний симптомокомплекс, дратівливість, нейроендокринні порушення.

Психічні симптоми облігатно супроводжують вегетативну дисфункцію, проте ступінь їх вираженості може широко варіювати у різних хворих. Психічні симптоми часто ховаються за «фасадом» масивної вегетативної дисфункції, ігноруються хворим і оточуючими його особами.

Психовегетативні порушення яскраво проявляються при гострому та хронічному емоційному стресі, а так як на певному етапі захворювання відсутні, то такі стани позначаються як психофізіологічні. Психофізіологічні реакції на стрес можуть завершитися нормалізацією порушених функцій, але принципово можливий і

інший шлях течії, коли тривалість та інтенсивність стресу в поєднанні з генетичною схильністю і іпохондричною фіксацією на вегетативних симптомах призводять до формування психосоматичних або психічних захворювань. У свою чергу, і розлад вегетативного забезпечення діяльності (недостатнє або надмірне) порушує поведінку людини і обумовлює недостатню оптимальну адаптацію, також будучи предрисунком до розвитку, в подальшому, захворювання. Таким чином, психовегетативний синдром може бути ранньою, ініціальною фазою психосоматичного або психічного захворювання. Часто буває неможливо провести грань між вегетативною дисфункцією і початковими проявами психосоматичного захворювання. Ці розмиті межі лише підтверджують значення психовегетативного синдрому у розвитку психосоматичного захворювання. Отже, ми можемо розглядати вегетативну дисфункцію як субстрат, через який опосередковується психічний вплив на соматичні системи. Таким чином, в картині психосоматичних захворювань (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба, бронхіальна астма, виразкова хвороба, цукровий діабет, дистиреоз, нейродерміт, псоріаз, ревматоїдний артрит, гінекологічні психоендокринні захворювання) завжди є психовегетативний синдром різної інтенсивності, що становить патогенетичну основу цих хвороб. Звичайно, патогенез найважливіших психосоматичних страждань не може бути повністю зведений до психовегетативних порушень. У той же час, недооцінювати психовегетативні порушення (особливо на ранніх стадіях захворювання) було б зовсім неправильно.

Стійкість організму до різного виду стресових впливів розглядається як один з механізмів цілісного процесу адаптації. Проблема, що стосується змін у фізичному і психічному стані учасників бойових дій потребує більш детального розгляду, оскільки людина, що перебуває в настільки екстремальній ситуації, долаючи її зусиллям волі, постійно знаходиться на психоемоційній межі. Наслідки говорять самі за себе: за даними світової статистики, кожний п'ятий військовослужбовець, який не має будь-яких фізичних ушкоджень, страждає розладами в нервово-психічній сфері, з військовослужбовців, що отримали поранення, а тим більше калічу-

щі — кожний третій. Крім того, необхідно відзначити, що через кілька місяців після повернення в мирне життя, у тих, що перенесли екстремальну ситуацію, починають проявлятися різні психосоматичні розлади. Достовірно відомо, що в учасників бойових дій ймовірність таких захворювань як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, гіпертонічна хвороба виявляються в два-три рази частіше, ніж у людей, що не піддавалися кризовим впливам. Найбільш поширеними клінічними наслідками терористичних актів є захворювання дихальних шляхів і психічні розлади. Хвороби дихальної системи включають в себе астму, синусити, свистяче дихання та інші.

Розглядаючи закономірності розвитку психосоматичних захворювань у учасників кризових ситуацій, необхідно згадати про те, що запуск механізмів неспецифічного реагування на стресовий вплив відбувається на рівні структур лімбічної системи після первинної переробки в коркових відділах великих півкуль; безпосередньо гормональна відповідь реалізується за допомогою активації гіпофізарно-гіпоталамо-надниркової і симпатoadреналової систем. Найбільш швидко відбувається викид адреналіну, гормону мозкового шару. Активація симпатичної нервової системи супроводжується підвищенням рівня норадреналіну. Підвищення рівня кортизолу, що продукується корковим шаром надниркових залоз, відбувається більш повільно. Роль кортизолу в процесі відповіді на стресовий вплив надзвичайно важлива, оскільки він не тільки відповідає за адекватну реакцію органів і тканин на стрес, але і адаптує їх до впливу катехоламінів.

Таким чином, в результаті впливу на організм людини масивних стресових факторів, шляхом підвищення рівня «гормонів стресу» в крові, запускається каскад неспецифічних реакцій, які мають всеосяжний характер. Даний процес, спрямований на підтримання гомеостазу, супроводжується значними витратами біоресурсів, що безумовно може супроводжуватися виснаженням адаптаційних можливостей і порушенням гомеостатичних механізмів.

Враховуючи особливості біологічних систем адаптації у людини, яка використовує в якості стимулу сигнали другої сигнальної системи, запуск пристосувальних біологічних реакцій часто від-

бувається без істинної необхідності в їх розвитку. Це призводить до того, що адаптаційні системи людини відчують надмірні навантаження. Маються на увазі так звані психогенні види реакцій, що виникають без реальних загроз на тлі вираженої тривоги. Потужна сила і тривалість стресового впливу досить несприятливо відбивається на стані внутрішніх органів і систем організму і веде до значних пошкоджень адаптаційних механізмів. Соматичні розлади, що виникають внаслідок таких пошкоджень, розвиваються за типом реакції соматичної декомпенсації, оскільки в результаті глобального впливу стресу підвищені вимоги пред'являються до всіх систем організму. «Злам» відбувається на рівні *locus minoris*, коли не переносить напруги одна з стрес-залежних ланок. Структурні зміни в життєво важливих органах на тлі впливу хронічного стресового фактора відбуваються, як правило, на стадії виснаження.

Сучасна *систематика соматоформних розладів* за МКХ-10 включає: соматизований розлад (F45.0); соматоформний розлад, недиференційований (F45.1); іпохондричний розлад (F45.2); соматоформну вегетативну дисфункцію (F45.3); хронічний соматоформний больовий розлад (F45.4); інші соматоформні розлади (F45.8); соматоформний розлад, неуточнений (F45.9).

Найбільш часто внаслідок впливу хронічного стресу страждає серцево-судинна система. Найбільш поширеними наслідками хронічної психотравми є інфаркти або інсульти. Особливо небезпечним фактором їх виникнення є некерована дія катехоламінів. На тлі підвищення артеріального тиску і посиленої роботи серця, що вимагають адекватного енергетичного забезпечення роботи серцевого м'яза, патологія судинних стінок в органах, що підсилено працюють під впливом гормонів стресу, призводить до неправильних порушень гемодинаміки в цих органах. Захворюваність і смертність від серцево-судинної та цереброваскулярної патології тісно пов'язана з тяжкістю стресової психотравмуючої ситуації, а також з черепно-мозковими травмами, що отримані під час ведення бойових дій. Розвинута після отримання бойової черепно-мозкової травми цереброваскулярна патологія згодом пов'язується з атеросклерозом і виконує провідну роль у прогресуванні

атеросклеротичного процесу в цілому. Відзначено три найважливіших фактори ризику серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань у учасників бойових дій: підвищений артеріальний тиск, підвищення холестерину крові і куріння.

Необхідно відзначити, що жіночий організм виявляється більш пристосованим до стресових впливів. На це вказує менша частота соматичних ускладнень у осіб жіночої статі. Зокрема, в умовах психотравмуючої ситуації, чоловіки виявляються більш схильними до ризику розвитку судинних катастроф, таких як інфаркт та інсульт.

Враховуючи те, що тонус гладкої мускулатури судинної стінки регулюється тільки симпатичною системою, в ситуації хронічного стресу значно збільшується ризик розвитку гіпертонічної хвороби. Крім того, розвитку судинної патології сприяють порушення ліпідного обміну з подальшим розвитком атеросклеротичних змін в стінках судин, що виникають при гострому стресі. Підвищення згортання крові під впливом «гормонів стресу» підсилює ризик тромбоутворення.

В умовах хронічного стресу відбувається збільшення вироблення глюкози з супутнім уповільненням її розпаду, посиленням викиду в кров і зниженням чутливості тканин до глюкози. Все це веде до розвитку стійкої гіперглікемії. У здорової людини зниження толерантності до глюкози, спровоковане катехоламінами і глюкокортикоїдами, досить швидко стабілізується за рахунок підвищення вироблення інсуліну (зазначений процес стимулюється безпосередньо гіперглікемією і зменшенням проникності клітинних мембран для глюкози). В умовах хронічного стресу даний механізм не спрацьовує або спрацьовує не повною мірою, оскільки порушується нормальний вплив інсуліну на тканини. Цим пояснюється досить часте виникнення цукрового діабету другого типу у суб'єктів, які зазнали екстремального характеру стресових впливів.

Неминучим наслідком впливу стресових факторів є зниження імунітету, що призводить до розвитку різних інфекційних захворювань. Нерідко спостерігається патологічна перебудова метаболізму, яка, в свою чергу, призводить до стійкого зниження ваги.

Судинні порушення і зміни тонуусу гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту при тривалому стресовому впливі призводять до пошкоджень слизової оболонки шлунка та кишківника з подальшим розвитком гастритів, ентероколітів, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. У виникненні даної патології необхідно відзначити важливу роль додаткових несприятливих факторів ризику, до яких відносяться: неправильне харчування, алкоголізація, тютюнопаління. Торкаючись гендерного аспекту даної проблеми, треба відзначити, що у чоловіків розвиток виразкових уражень шлунка та кишечника виявляється значно частіше, ніж у жінок. Потрібно відзначити і той факт, що при депресивних розладах найчастіше можуть виникати різні патологічні зміни з боку шлунково-кишкового тракту, але, за відсутністю психічних порушень, чоловіки частіше виявляють шлунково-кишкові розлади внаслідок психотравмуючого впливу.

Добре відомо, що одним із частих і нерідко важкоперебігаючих наслідків гострого та хронічного стресу є різноманітні психічні порушення.

Такими чином, мобілізація і активна перебудова адаптивних механізмів організму, спрямована на збереження життя і гомеостазу в умовах впливу екстремальних психотравмуючих чинників, нерідко призводить до абсолютно зворотного результату і проявляється різноманітними соматичними порушеннями, що негативно відбиваються на стані здоров'я в цілому.

Загальновідомими є дані про пряме потенціювання впливу етанолу на норадренергічні системи, що проявляється підвищенням їх стійкості в умовах стресової ситуації. Як правило, у чоловіків в цих обставинах відзначається більш частий розвиток симптомів залежності (як алкогольної, так і наркотичної). Симптоми адиктивних розладів у чоловіків виявляються в чотири-п'ять разів частіше, ніж у жінок. Подібна реакція осіб чоловічої статі на стресову ситуацію є досить стійкою і, багато в чому, обумовлює появу і розвиток соматичних наслідків стресу.

Окремо треба зупинитися на больових синдромах різної локалізації внаслідок бойового стресу. Больові синдроми різної локалізації, за даними досліджень, в деякій мірі залежать від перенесено-

го бойового стресу і його наслідків, зокрема ПТСР. Головний біль може бути провідним, а іноді єдиним симптомом безлічі різних захворювань, з'являючись результатом дисфункції церебральних регуляторних систем. Найчастіше він поєднується з ПТСР, травмами і пораненнями, отриманими в бою, особливо велике значення у виникненні головного болю мають черепно-мозкові травми. Досить часто у пацієнтів після легкої черепно-мозкової травми розвиваються головні болі напруги, мігренозні та ін. Головні болі при легких черепно-мозкових травмах нерідко спостерігаються на тлі астеничних, тривожно-депресивних і іпохондричних розладів, а також виражених вегетативних і диссомнічних порушень. Виявлено пряму залежність між травмою голови, ПТСР та хронічним головним болем. За даними досліджень, у ветеранів бойових дій головний біль є одним з основних видів больового синдрому і носить змішаний характер.

З плином часу значення ролі органічних і психогенних факторів у патогенезі посттравматичного головного болю змінюється. У хронізації даного варіанту болю важливе значення мають психосоціальні чинники.

Досить характерними є скарги колишніх учасників бойових дій на біль в ділянці грудної клітини, які, з деякою часткою умовності, можна розділити на дві *групи*. У *першу* групу входять болі, виникнення яких не пов'язане з патологією серцево-судинної системи. Ці болі виникають внаслідок захворювань периферійної нервової системи, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи. До *другої* групи належать болі безпосередньо викликані патологією серця і коронарних судин. Найчастіше мають місце різні порушення серцевого ритму, ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарду. Необхідно відзначити, що поширеність захворювань серцево-судинної системи збільшується в учасників бойових дій з віком.

Крім органічної патології, неприємні больові відчуття різноманітного характеру в області серця можуть виникати при різних афективних розладах, що супроводжуються почуттям пригніченості, туги, тривоги. На тлі вищевказаних скарг у хворих можуть формуватися різні переживання іпохондричного характеру.

Симптоматика, пов'язана із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, яка супроводжується хронічними абдомінальними болями, в учасників бойових дій відзначається при синдромі подразненого кишечника, гастро-езофагальному рефлюксі, хронічному панкреатиті. Зазначені симптоми пов'язані зі змінами в механізмах роботи антиноцицептивної системи. Гострі болі є наслідком запалення і ішемії, порушення прохідності шлунково-кишкового тракту, підвищення тиску в просвіті органів, розтягуванням якогонебудь органу або скороченням його м'язового апарату.

Важливе значення у виникненні патологічних процесів з боку органів шлунково-кишкового тракту займають перенесені інфекційні захворювання, особливо масові, в умовах ведення бойових операцій.

Низкою проведених досліджень було показано збільшення частоти гастроінтестинальних симптомів при ПТСР. Ветерани, що страждали ПТСР, приблизно в 2-3 рази частіше відчували болі в ділянці шлунка, ніж ветерани без присутності ПТСР. Крім того, бойовий ПТСР був пов'язаний з більш частим і віддаленим розвитком захворювань шлунково-кишкового тракту.

Цікаві дані про залежність ряду больових синдромів від різних факторів стресового впливу були представлені дослідниками, що вивчали дану проблему. Так, фактори, пов'язані з участю в збройних зіткненнях, були присутні у ветеранів, що виявляли болі в грудях. Головні болі частіше спостерігалися у військовослужбовців, які переживали поранення і загибель товаришів по службі, а також власні поранення. Для ветеранів бойових дій з суглобовими болями такими факторами були поранення і травми, отримані в період бойових дій. Інтенсивність хронічного болю всіх локалізацій була більш слабкою, ніж гострого, що є результатом порушення балансу взаємодії між ноцицептивною і антиноцицептивною системами. Інтенсивність больового відчуття практично не залежала від локалізації хронічного болю. Інтенсивність хронічного болю практично при всіх локалізаціях у ветеранів була вищою, ніж у тих, що не воювали.

Крім того, були представлені дані досліджень залежності частоти різної локалізації хронічних больових синдромів від виду отри-

маних бойових травм і поранень. За цими даними у ветеранів з травмами і пораненнями голови переважали скарги на інтенсивні хронічні головні болі. Травми і поранення голови також були чинником, що сприяв хронізації абдомінального болю і болю в грудях. Велика поширеність травм голови при всіх локалізаціях хронічного болю безумовно вказувала на провідну роль ЦНС у патогенезі даного варіанту болю.

Дані про зв'язок хронічного болю з певною соматичною патологією, як про можливу причину тривалого больового синдрому, були наступними. Висока поширеність захворювань опорно-рухового апарату зустрічалася при всіх локалізаціях хронічного болю; в 100% ця патологія була присутня при хронічних суглобових болях, болях у нижній частині спини і в області шиї, а також при хронічних абдомінальних болях. Захворювання шлунково-кишкового тракту переважали у пацієнтів з хронічними абдомінальними болями, серцево-судинна патологія частіше діагностувалася у ветеранів з хронічними абдомінальними і суглобовими болями. При хронічних болях у грудях в половині випадків були присутні захворювання серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту, в невеликій кількості випадків — захворювання нервової системи.

Також було відзначено, що хвороби шлунково-кишкового тракту супроводжувалися не тільки хронічними абдомінальними болями, але й хронічними головними болями, болями в нижній частині спини та шиї, болями в суглобах і грудях. При захворюваннях серцево-судинної системи, кістково-м'язової системи часто були присутні хронічні головні болі.

Було показано, що у формуванні хронічного болю беруть участь демографічні, соціальні та психологічні чинники.

Таким чином, підводячи підсумок, необхідно сказати про те, що жодна психотравмуюча ситуація, а тим більше, коли мова йде про стресові впливи екстремального характеру, що несуть загрозу здоров'ю і життю її безпосереднім та непрямим учасникам, не може проходити безслідно. Багатьма фахівцями одноставно відзначається виражений вплив потужної психотравми на психічне і соматичне здоров'я людини, її психологічне благополуччя і якість життя. Проблема збере-

ження здоров'я і працездатності осіб, що були під впливом екстремальних ситуацій є високо актуальною. Для її вирішення необхідне створення комплексу заходів психологічної, медичної та соціальної реабілітації. Також необхідне зосередження уваги на подальшому створенні та розробці диференційованих патогенетично орієнтованих реабілітаційних програм для даного контингенту хворих.

РОЗДІЛ II. КОНСУЛЬТУВАННЯ ХВОРИХ З ПСИХІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Технологія та зміст первинного психіатричного консультування

Первинне психіатричне консультування має на меті вирішення питання, чи свідчать скарги хворого на наявність (вірогідність) таких змін психічного функціонування, які потребують консультації психіатра.

А. Технологічні аспекти первинного психіатричного консультування.

Вимоги щодо проведення консультування осіб з підозрою на патологію психіки мають три аспекти:

- юридичний
- етичний (деонтологічний)
- технічний (процедурний).

Додержання *юридичного* аспекту означає виконання вимог Закону України «Про психіатричну допомогу», який в свою чергу виходить «із пріоритету прав і свобод людини і громадянина» та базується на Конституції України та основах законодавства України про охорону здоров'я.

Головними в контексті первинного консультування є наступні статті:

Стаття 1. Психіатричне консультування.

Стаття 2. Хоча сімейний лікар не є психіатром, але, виконуючи процедуру первинного огляду хворих з будь-яким видом патології, зобов'язаний бути обізнаним з правилами та особливостями роботи психіатра.

Стаття 3. Презумпція психічного здоров'я. Вона наголошує, що людина вважається такою, яка не має психічного розладу, доки

його наявність не буде встановлена на підставах та в порядку, передбаченому цим Законом.

Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги. В статті йдеться, в тому числі, про добровільність допомоги, чого необхідно суворо дотримуватись, окрім випадків, передбачених іншими статтями Закону.

Стаття 5. Психіатричний огляд. В Статті зокрема говориться про необхідність отримання усвідомленої згоди особи або її законного представника щодо визначення її психічного стану, окрім випадків, коли в наявності підстави огляду без усвідомленої згоди. Підставами для огляду особи без усвідомленої згоди є наступні випадки:

- наявність або реальні наміри вчинити дії, які являють собою безпосередню небезпеку для самої особи або оточуючих;
- неспроможність самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує життєдіяльність особи;
- завдання значної шкоди своєму здоров'ю в зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання особі психіатричної допомоги.

Питання про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника вирішується лікарем-психіатром за заявою сімейного лікаря.

Етичний (деонтологічний) аспект консультування осіб з підозрою на наявність розладів психіки та поведінки частково регламентований Законом України «Про психіатричну допомогу».

Зокрема, в *статті 4* наголошується про додержання принципів гуманності при наданні психіатричної допомоги.

Стаття 6 затверджує конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги. Відомості такого роду можуть передаватися іншим особам лише за усвідомленою згодою особи або її законного представника. Передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без усвідомленої згоди особи або її законних представників допускається за умов письмового звернення організацій, які проводять дізнання, попереднє слідство або судовий розгляд.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися таким чином, який гарантує конфіденційність цих відомостей. Забороняється без згоди самої особи або її законних представників будь-яке використання цих відомостей (в наукових публікаціях, публічних демонстраціях особи тощо).

В статті 25 Закону «Про психіатричну допомогу» зафіксовано, що особи, яким надається психіатрична допомога мають права та свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Вони можуть піклуватись про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому цивільним кодексом України, цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Деонтологічний аспект консультування осіб з наявністю чи підозрою на наявність психічних розладів передбачає право на поважне та гуманне ставлення до них; отримання інформації про свої права, пов'язанні з наданням психіатричної допомоги; відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків надання її без усвідомленої згоди або в примусовому порядку.

Деонтологічні вимоги до спілкування лікаря та хворого декларують неприпустимість морального оцінювання осіб, що звернулись по допомогу, зневажливого та принижуючого ставлення до хворого та його скарг на самопочуття.

Медична етика та деонтологія містить етичні обов'язки лікаря щодо міжособових стосунків з пацієнтами на засаді визнання їх суб'єктами лікувально-діагностичного процесу партнерського типу.

Нарешті, до деонтологічного аспекту спілкування лікаря та хворого належить проблема *ятрогенії*. В широкому сенсі термін визначає погіршення психічного стану хворого впритул до діагностування психічного розладу внаслідок неадекватного інформування пацієнта відносно причини, характеру та наслідків його захворювання з боку лікаря. Найчастіше виникають іпохондричні та депресивні реакції, відомі також випадки суїцидів.

Технічний аспект консультування містить правила вербального та невербального поведіння лікаря та вимоги щодо умов консультування.

Приміщення для проведення консультування пацієнтів з розладами психіки та поведінки не потребує особливого обладнання, але повинні бути в наявності зручні стільці або крісла, воно повинно бути затишним та забезпечувати конфіденційність бесіди.

Першою вимогою забезпечення плідності бесіди є «структурування простору».

Консультування починається зі знайомства з пацієнтом. Лікар повинен назвати себе, уточнити прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта. Слід з'ясувати, якому зверненню до себе віддає перевагу пацієнт (особливо це відноситься до підлітків та молодих осіб, але ні в якому разі не дозволяється звернення на «ти»). Якщо пацієнт прийшов на прийом в супроводі родичів, то починаючи з підліткового віку слід визначитись, бажає він спілкуватися з лікарем наодинці чи в присутності родичів. Якщо пацієнт віддає перевагу бесіди наодинці, родичам треба запропонувати почекати поза кабінетом, позначивши, що після бесіди з пацієнтом, заключна її частина буде проведена в їх присутності.

Далі треба визначитися з розташуванням пацієнта в кабінеті. Слід прагнути розташування лікаря та пацієнта в одній площині, наприклад, за столом на одному боці чи біля журнального столика. Відстань між ними повинна бути в межах «особистої дистанції», тобто 70-150 см. Пацієнт повинен сидіти обличчям до джерела світла, але не прямо, а ледь збоку. Виконання цих умов сприяє, по-перше, створенню більш невимушеної бесіди, а, по-друге, дозволяє оцінювати вираз обличчя пацієнта, його міміку, пантоміміку, поставу. Слід уникати проникнення в «інтимний простір» пацієнта, тобто в межах 30-50 см, при першому знайомстві з ним (маються на увазі, зокрема, доторкання до пацієнта, якщо не йдеться про обстеження внутрішніх органів).

Консультування з приводу визначення стану психіки пацієнта неминуче відбувається в вигляді чергування запитань та відповідей. В першій половині бесіди запитання переважно задає лікар. Тому треба знати, як їх формулювати, щоб бесіда була плідною для обох сторін.

Види питань можна розподілити на дві *групи*: закриті та відкриті. *Закриті* питання обумовлюють відповіді в вигляді підтвердження чи заперечення («так» чи «ні») того, що міститься в питанні.

Відкриті питання передбачають та обумовлюють розгорнуті відповіді та використовуються для виявлення переживань та проблем хворого. Вони можуть починатися зі слова «Що» — тоді це власне виявлення фактів. Коли відкрите запитання починається зі слова «Як», це дозволяє виявити почуття пацієнта. Відкрите питання, яке починається зі слова «Чому?», передбачає з'ясування причин будь-чого, про що розповідає пацієнт. Відкрите питання, яке починається зі слів «Чи можна?» дозволяє отримати загальну картину проблеми пацієнта.

В загальному обсязі питань закриті повинні займати 25-30%, решта віддається відкритим питанням.

Консультуючи пацієнта, впродовж бесіди треба прояснювати, як пацієнт розуміє зміст слів, якими він описує свій стан, переживання, почуття. При цьому корисно вживати вислів «Правильно я Вас розумію?», а далі повторювати в стислому вигляді те, про що розповів пацієнт.

Треба зазначити, що розпитування пацієнта потребує отримання навичок, тому необхідно уважно стежити за додержанням правил. Саме це забезпечує, з одного боку, систематизований підхід до консультування, керування його перебігом, просування вперед. Слушно поставлені запитання повинні забезпечити пацієнту можливість розкрити свої переживання, описати свій стан тощо.

В той же час, консультування з метою забезпечення саморозкриття пацієнта не має на увазі дозвіл розповідати про своє життя та проблеми, які його турбують, за принципом «година за годиною», «день за днем». Тому, використовуючи паузи в розмові пацієнта, час від часу треба підсумовувати те, що він вже розповів, прояснювати це та зупиняти занадто довгі монологи.

З іншого боку, якщо пацієнт надто маломовний, не має навичок самопостереження та вербалізації своїх відчуттів та емоцій, треба використовувати принцип «скерованого опитування», коли у пацієнта послідовно з'ясовують, чи має він ті чи інші розлади психічного функціонування та обов'язково просять якомога детальніше їх висловити. Утруднення в опису власних переживань має назву «алекситимія», яка є доволі розповсюдженим феноменом в популяції і не обов'язково свідчить про хворобливий стан. Зазви-

чай про її наявність свідчать відповіді «не знаю», «ніякий настрій» тощо, коли йдеться про речі, безумовно відомі пацієнтові.

До технічних вимог належить також додержання тривалості бесіди з хворим. Хворий ні в якому разі не повинен відчувати поспіх, з яким відбувається бесіда. З іншого боку, бесіда не повинна перетворюватися в свого роду «допит». Якщо помітні ознаки стомлення, напруги чи роздратування хворого, необхідно обговорити це з хворим та прояснити, чим, наприклад, викликані напруга чи роздратування. В будь-якому разі лікар повинен пам'ятати, що хворий має право не відповідати на питання чи відмовитися від з'ясування обставин свого життя. Разом з тим, треба попросити хворого з'ясувати, чому він не хоче відповідати. Як правило, на таке питання хворі дають відповідь і таким чином лікар може з'ясувати суть проблеми. Крім того, така тактика дозволяє лікарю уникнути почуття психологічної безвиходи після «невдалого запитання» і, таким чином, прикrostі у лікаря.

Найбільш оптимальною в психіатрії вважається бесіда тривалістю до 40 хвилин, що забезпечує необхідний для плідного спілкування рівень уваги як хворого, так і лікаря. Закінчувати бесіду необхідно підведенням підсумків відносно проблем хворого та планування заходів лікаря. Обов'язковим компонентом бесіди є надання хворому можливості задати свої питання. В умовах поліклінічного прийому далеко не завжди є можливість довгої бесіди, але треба пам'ятати, що вона не може бути коротше 20 хвилин, якщо йдеться про з'ясування психічного стану хворого. Крім того, якщо часу обмаль, виникають підвищені вимоги до вміння лікаря чітко структурувати бесіду, але не перетворювати її в формальне опитування.

Впродовж бесіди лікар повинен стежити за власною невербальною поведінкою. В цілому, вимоги до неї можна сформулювати так: і поведінка повинна бути уважною. Зокрема, про це повинні свідчити мова тіла, тобто постава, рухи, жести, контакт очей, вираз обличчя, якості голосу, тема мови.

Щодо постави, то вона повинна бути обов'язково відкритою. Це означає, що ноги повинні стояти на підлозі поряд одна з одною, з опорою на повну ступню; і тулуб трохи схилений уперед; в бік

співбесідника, голова теж трохи нахилена уперед і руки спокійно лежать на столі чи бильцях крісла, кисть розкрита.

Постава лікаря зовсім не повинна бути нерухомою, зкам'янілою. Навпаки хворого заспокоюють м'які повільні рухи. Можна повторювати деякі рухи та особливості постави хворого, але не в разі, коли вони свідчать про його напругу. Не слід схрещувати руки та ноги, закривати руками свого рота чи підборіддя, тому що це — ознаки закритої постави.

Необхідно також дивитися на хворого, але погляд повинен бути м'яким та дещо зміщеним час від часу на перенісся хворого.

Слова потрібно промовляти в помірному темпі, чітко вимовляючи. Взагалі всі слова повинні бути зрозумілими хворому, про що треба час від часу запитувати. Не слід задавати декілька питань відразу, а відповіді треба дослуховувати до кінця.

Інтонації голосу повинні бути м'якими, заспокійливими, голос помірної чутності. Якщо хворий впродовж бесіди підвищує голос, треба відразу ж поцікавитись, що його спонукало до цього, чи відчуває він образ, роздратованість чи злість і чому саме. Якщо пацієнт в процесі бесіди починає плакати, не треба поспішати заспокоїти його. Разом з тим, треба не дати плачу перетворитися на істеричне ридання. В будь-якому разі, коли хворий заспокоїться, треба обговорити причини плачу. Це можуть бути факти, важливі для розуміння проблем пацієнта. Може бути так, що після плачу, пацієнт змінить тему бесіди. Треба надати йому таку можливість, але, згодом, все ж повернутися до причин плачу.

Суттєвим компонентом заключної частини бесіди є обговорення необхідної подальшої консультації у психіатра. Ця інформація повинна бути надана пацієнту в максимально м'якій формі, але, разом з тим, чітко визначена і доволі тверда. При цьому треба нагадати пацієнту те, що було визначено на початку бесіди, добровільність психіатричної допомоги (якщо не має підстав для іншого рішення).

В цілому, первинне консультування з приводу порушень психіки та поведінки повинне заспокоїти пацієнта та надати йому впевненості в можливості покращення його стану.

Б. Змістовні аспекти первинного психіатричного консультування.

Метою первинного психіатричного консультування є кваліфікація скарг хворого, тобто вирішення питання, чи є вони свідомством порушень психіки клінічного рівня. Інакше кажучи, лікарю необхідно вирішити чи є психічні феномени, про які розповів хворий, причиною психічної норми чи проявом захворювання. Щоб відповісти на це питання, сімейний лікар повинен мати базові знання з загальної психології, орієнтуватися в критеріях психічного здоров'я та знати психіатричну семіотику (перелік психопатологічних симптомів та їх змістовну характеристику).

В контексті взаємовідносин понять «психологія-психіатрія», «здоров'я-захворювання» загальна психологія відіграє роль пропедевтики психічних захворювань. Насправді, для того, щоб кваліфікувати певний психіатричний феномен, необхідно знати його характеристику в межах норми.

Загальна психологія розподіляє всі психічні феномени на декілька груп:

- *гностичні процеси*, до яких належать сприймання, мислення, мова, інтелект, пам'ять, увага, уява;
- *емоційно-вольові процеси*, до яких належать емоційні реакції, настрої, почуття, афект, потреби, мотиви, прагнення, інтереси, діяльність;
- *особистість*, яку характеризують темперамент, характер, самооцінка, «Я-образ» та «Я-концепція», особливості саморегулювання поведінки тощо.

Окремо описують свідомість як інтегральну характеристику психіки; з психіатричної точки зору мають значення орієнтація людини в собі, тобто своїй особистості, та в оточуючій наявній реальності.

Кожний психічний процес чи стан в межах норми повинні відповідати їх характеристикам та забезпечувати адаптовану діяльність. В цілому, психічна діяльність повинна відповідати **критеріям психічного здоров'я** (за визначенням ВООЗ):

- усвідомлення та почуття безперервності, постійності та ідентичності власного фізичного та психічного «Я»;
- почуття постійності та ідентичності переживань в однотипових ситуаціях;

- можливість оцінювального відношення до себе та власної психічної діяльності та її наслідків;
- відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям, тобто їх адекватність;
- спроможність керувати власною поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- спроможність планувати власну життєдіяльність та реалізувати це;
- спроможність змінювати спосіб поведінки в залежності від зміни життєвих обставин.

Інакше кажучи, в межах психічного здоров'я, особа спроможна нівелювати тимчасові психічні зміни таким чином, щоб, з одного боку, володіти ситуацією чи переживати її (в психологічному сенсі), а з другого — повертатися до стану психічного гомеостазу та зберігати його. Таке розуміння психічного здоров'я не виключає актуалізації окремих станів та психічних проявів, які свідчать про психічне хвилювання, неспокій чи, навпаки, про захопленість, піднесення тощо. В межах психічного здоров'я можливе різноманіття феноменів, але необхідною умовою є їх адекватність обставинам та впливам, загальна адаптивна спрямованість.

Крім того, психічні феномени в межах психічного здоров'я збігаються з культурально зрозумілими їх проявами, їх можна пояснити психологічно. Інтуїтивно почуття та переживання, спосіб мислення, характеристики мови, які належать одній особі, зрозумілі іншим представникам однієї з нею культури, хоч би як індивідуальні вони не були. Інша справа — феномени, що виходять за межі психологічних та належать до проявів чи то патологічної тимчасової зміни психіки, чи то психічного захворювання.

До речі, вважається хибним використання психіатричної термінології для характеристики стану психічно здорової людини. Так, не слід вживати термін «депресія», описуючи смуток, пригнічений настрій людини, якщо його можна пов'язати з психологічними причинами.

Вислуховуючи скарги хворого чи його розповідь про прояви психічного стану (які далеко не завжди самі хворі оцінюють як скар-

ги на самопочуття, тому що в певних випадках не відчують їх як обтяжливі — наприклад, розповідь про підвищений настрій чи відчуття особливих спроможностей, яких раніше вони не відчували), необхідно вміти локалізувати їх в межах тих чи інших психічних процесів. При цьому розповідь хворого може бути нечіткою і тому потребує уточнень. Так, коли хворий «відчуває», що його переслідують, треба прояснити, про що йдеться: він спостерігає чи чує щось, що може бути, на його думку, чи «точно» доказом переслідування, чи він так вважає «невідомо чому» або на підставі «натяків» оточуючих. В першому випадку первинними є розлади сприймання, які хворий інтерпретує, а в другому йдеться про первинні розлади мислення. Відносно частини феноменів діє правило, що вони вважаються проявом психічного порушення, якщо не виявлено відповідних соматичних та неврологічних розладів, які могли б їх обумовити (наприклад, болісні тактильні відчуття, запаморочення тощо).

В тих випадках, коли виявляються психічні феномени, які не можуть бути з'ясовані психологічно, а також такі, що спричиняють дискомфорт, з великою вірогідністю мова йде про їх патологічний характер. В таких випадках у лікаря з'являється право говорити про наявність симптомів, тобто феномен є ознакою захворювання.

Відповідно до розподілу психічної діяльності на окремі процеси та стани кваліфікуються й симптоми. Але треба пам'ятати, що в дійсності як «нормальна», так і хворобливо змінена психіка є цілісним утворенням.

Психопатологічні симптоми процесу сприймання

Процес *сприймання* в психології визначається як безпосереднє відображення оточуючого світу та самого себе шляхом функціонування аналізаторів під час дії на них відповідних стимулів. Процес здійснюється в два *етани*: відображення окремих властивостей предмету чи явища (відчуття) та цілісне відображення предмету чи явища (суто сприймання). Патологія процесу сприймання розподіляється теж на дві групи: патологія відчуття та патологія суто сприймання.

І. Психопатологія відчуття.

Йдеться про порушення найпростішого психічного процесу відображення окремих характеристик, якостей, властивостей речей

та явищ при їх безпосередній дії на аналізатори (зору, слуху, смаку, нюху, доторкнення тощо).

1. Патологічна зміна *порогів* відчуття:

- психічна гіперестезія — підсилення відчуття при дії звичайних за силою або слабких подразників;
- психічна гіпестезія — зниження відчуття діючих подразників;
- психічна анестезія — повна відсутність відчуття дії подразників.

2. Патологічне *викривлення* відчуття:

- сенестопатії — невизначені, дифузні, неприємні, не маючі предметного оформлення та постійної (найчастіше) локалізації відчуття, які мають проекцію в тілесне «Я»;
- метаморфопсії — порушення відображення величини, розмірів, форми предметів;
- порушення схеми тіла — відчуття зміни розмірів та інших якостей власного тіла, яке зникає при здоровому контролі, але потім знову виникає.

II. Психопатологія сприймання.

Патологія пов'язана з порушенням відображення предметів та явищ в цілісному виді, тобто виникають хибні та несправжні образи.

1. Хибні образи, тобто ілюзії, є результатом викривленого сприйняття предметів чи явищ, які під час процесу діють на певний аналізатор насправді. Психічні ілюзії слід відрізняти від фізичних, які обумовлені законами фізики, та фізіологічних, які обумовлені об'єктивними умовами сприйняття.

Психічні ілюзії залежать від емоційного стану людини, стану свідомості або уваги (ілюзії неуважності).

Вербальні ілюзії, тобто хибне сприйняття мови оточуючих, коли замість реальних слів вчуваються якісь інші, треба відрізняти від маячних ідей переслідування чи іншого змісту. В останньому випадку мова сприймається правильно, але трактується як натяк на існування переслідування тощо. Важливою ознакою ілюзій вважається те, що вони зникають при напруженні уваги.

2. Уявні несправжні образи — галюцинації — виникають за відсутності реального подразника певного аналізатора під час сприймання. Насправді галюцинації слід вважати актуалізованими уяв-

леннями, тобто вони завжди виникають внаслідок патологічного стану центральних відділів аналізаторів.

Розрізняють зорові, слухові, нюхові, тактильні та загального відчуття галюцинації. Під час їх виникнення хворі реагують на них як на реальні явища і, доволі часто, поводять себе залежно від їх змісту. Особливо в цьому сенсі важливі імперативні вербальні галюцинації, які щось наказують хворому, а він підкоряється цим наказам.

Хворі не завжди розповідають про галюцинації, але часом можна запідозрити їх наявність, спостерігаючи за поведінкою хворих, коли вони розмовляють з уявним співрозмовником, закривають вуха, щось знімають зі шкіри, в щось вдивляються тощо.

Наявність галюцинацій безумовно свідчить про необхідність консультації психіатра.

Психопатологічні симптоми порушення мислення

Мислення є основним гностичним процесом, в межах якого здійснюється опосередковане відображення оточуючого світу. При цьому, воно певним чином «відволікається» від конкретних предметів та явищ, тобто під час мислення про них їх безпосередня присутність непотрібна. Мислення має цілеспрямований характер, починаючи з так званої передумови, гіпотези та закінчуючись висновком й підкоряється свідомому регулюванню, включно звольовими зусиллями. Зовні мислення являє себе в мові, яка, окрім всього, має певну швидкість. Логічними формами мислення є *поняття, судження та умовивід*.

Поняття відбивають суттєві ознаки предметів та явищ і розподіляються на конкретні, загальні, збиркові та абстрактні.

В *конкретних* поняттях відбиваються ознаки окремих предметів та явищ, які присутні в даний час (тобто мислення про «саме цей стіл, дім» тощо).

Загальні поняття відбивають властивості класів предметів та явищ («стіл» взагалі).

Збиркові поняття виникають шляхом формування природних множин («ліс», «місто» тощо).

Абстрактні поняття є результатом відволікання певних ознак від конкретних властивостей предметів та явищ (наприклад: «розмір», «колір», «час» взагалі).

Судження містить твердження відносно певного об'єкту. Наприклад, «ворона — це птах», «це яблуко червоне» тощо. Судження можуть бути правильними та хибними, в залежності від їх відповідності справжньому стану речей. Умовивід з'являється при оперуванні декількома судженнями та являє собою нове твердження. Наприклад, «до весняних місяців належить березень, квітень та травень», «зараз травень», «таким чином, зараз — весна».

Розлади мислення бувають *формальними та продуктивними*.

I. Формальні розлади мислення.

До групи належать порушення темпу мислення (сповільнення, прискорення, тобто вихід за межі нормативних для певної культури, етносу межі — для нашої культури нормативним є показник 60 — 100 слів за хвилину), зв'язності мислення (зісковзування думок, коли не доводячи її до логічного кінця хворий переходить на інші заходи розмірковування; розірваність, коли фрази зберігають граматично правильну форму, але втрачають змістовний зв'язок частин; безладність, коли порушується граматична побудова фраз; цілеспрямованість — грузькість, коли, в цілому, порушується логічне, конструктивне просування думки до її завершення.

Ці порушення зустрічаються найчастіше, хоча ними різноманіття розладів не обмежується.

II. Продуктивні розлади мислення.

В цілому, розлади характеризуються зміною змісту мислення з неадекватним відображенням об'єктивної реальності внаслідок хворобливого стану головного мозку. До групи належать *нав'язливі явища, надцінні та маячні ідеї*.

1. *Нав'язливі явища (обсесії)* в цілому можна визначити як різноманітні психічні феномени (думки, спогади, сумніви, потяги, дії), які виникають незалежно та всупереч бажанню людини, утримуються у свідомості, незважаючи на спроби хворого визволитися від них, супроводжуються зазвичай тривогою та призводять до формування обмежувальної поведінки, тобто уникання ситуацій та обставин, коли вони актуалізуються. Хворі розуміють їх хворобливий характер, намагаються якось перебороти їх, що, в свою чергу, може призвести до формування та закріплення низки захисних дій — ритуалів, які також обтяжують життя.

Найчастіше в лікарській практиці можна зустріти нав'язливі острохи — *фобії*. Залежно від їх змісту вирізняють:

- нозофобії — нав'язливі страхи захворіти на певне захворювання (канцерофобія, кардіофобія, сифілофобія, спідофобія тощо);
- соціофобії — нав'язливі страхи в зв'язку з міжособовими стосунками, публічними виступами та іншими формами соціальних контактів;
- персонофобії — нав'язливі страхи висоти, темноти, закритих чи навпаки відкритих просторів, різних речей (гострих предметів, комах, тварин тощо).

Нав'язливості можуть виникати (актуалізовуватися) в певних обставинах — ситуаційні нав'язливості, поза специфіки обставин, під впливом внутрішнього психологічного стану — аутохонні нав'язливості.

Від інших продуктивних розладів мислення нав'язливі явища відрізняються свідомим до них ставленням та відчуженим відношенням, тобто розумінням, що вони не є приналежністю особистості людини, яка на них страждає.

2. *Надцінні ідеї* — це судження, які однобічно відображають реальні обставини чи події та домінують у свідомості людини внаслідок їх особистісного значення. Але на відміну від власне домінуючих ідей, вони порушують соціальне функціонування людини і супроводжуються зміною самооцінки особи, тому їх відносять до хворобливих явищ. В залежності від психологічного змісту надцінних ідей вирізняють:

- ідеї переоцінки біологічних властивостей власної особистості;
- переоцінка психологічних властивостей власної особистості або її здібностей;
- ідеї переоцінки соціальних факторів (ідеї провини, еротичні, сутяжництво, ревнощів).

Надцінні ідеї нерідко цілком або частково зрозумілі оточуючим людям, але, за умов їх тривалого існування, починають їх обтяжувати (внаслідок неконструктивної поведінки хворих тривалі з'ясування відношень, домагання, боротьба за визнання себе в певних церинах науки чи мистецтва тощо).

Разом з тим, надцінні ідеї не виключають спроможності хворих зовні правильно себе поводити (за межами тематики ідеї).

Вважається, що надцінні ідеї можна коригувати, але на практиці це доволі важке завдання внаслідок їх стійкого афективного зарядження.

3. *Маячні ідеї* — помилкові, хибні умовисновки, які не відповідають реальній дійсності, як вона вважається на даний час, вони протиречать законам формальної логіки, впливають з хибних передумов, які не підлягають корекції. Важливо, що маячні ідеї виникають на хворобливому підґрунті та є наслідком власних розмірковувань хворого. Цим принаймні частина маячних ідей відрізняється від забобонів або проявів логічного мислення (віра в нівечення, ворожбу).

Хворі не завжди обґрунтовують свої ствердження. Доволі часто вони просто стверджують власну впевненість в реальності суті хибних суджень. Переважно такий варіант маячення спостерігається у хворих зі слабкими навичками до інтелектуальної роботи.

За змістом всі маячні ідеї можна розподілити на декілька груп:

- маячні ідеї зі зниженою самооцінкою — іпохондричні, самозвинувачення, самоприниження, нігілістичні;
- маячні ідеї з підвищеною самооцінкою — величі, високого призначення, винахідництва, особливих здібностей, багатства тощо;
- персекаторні, з упевненістю про загрозу або шкоду власному «Я» або фізичному стану — переслідування, відношення, впливу, збитку, отруєння тощо.
- змінені маячні ідеї містять сполучення ідей з підвищеною чи зниженою самооцінкою, доброзичливого впливу, особливо значення, фізичного впливу з метою тренування до високої місії тощо.

Маячні ідеї можуть бути вторинними, коли їх зміст впливає зі змісту галюцинацій, хибних спогадів, змін настрою (підвищення чи зниження) або первинними, які обумовлені власне розладами мислення.

Наявність маячних ідей свідчить про розвиток психотичного рівня психічного розладу і потребує суттєвої уваги.

Психопатологічні симптоми порушення пам'яті

Пам'ять — це процес фіксації (закріплення), утримання (збереження) та відтворення інформації. Шляхом дії пам'яті утворюється відчуття безперервності існування людини, її психічного «Я». В залежності від шляху попадання інформації та її виду, вирізняють образну пам'ять (зорову, слухову, смакову, нюхову та тактильну), коли запам'ятовуються образи предметів; пам'ять на рухи (рухові навички); емоції, пам'ять на зміст, значення інформації (хронологічна, лексична тощо).

В залежності від терміну збереження інформації розрізняють *короткочасну, оперативну та довгочасну* пам'ять. В межах короткочасної пам'яті інформація зберігається в середньому 30-40 хвилин, після чого активно вже не відтворюється. *Оперативна* пам'ять діє протягом часу вирішення будь-якого завдання чи збереження певної ситуації, коли залишається потрібною та чи інша інформація, після чого вона вже довільно не відтворюється. *Довготривала* пам'ять дозволяє утримувати інформацію невизначено довго, доволі часто протягом всього життя (за умов збереження психічного здоров'я).

Відтворення інформації (як, до речі, і її запам'ятовування) може бути *довільним* чи *мимовільним*. В останньому випадку воно називається *ремінісценцією*.

Патологія пам'яті може виявлятися її *зниженням, підвищенням, відсутністю* (дискретними випадіннями чи повною відсутністю) та *збоченнями*.

1. *Зниження пам'яті* виявляється *утрудненням запам'ятовування, скороченням терміну збереження інформації та утрудненням її довільного визволення, відтворення*. В цілому, це свідчить про *послаблення пам'яті*.
2. *Підвищення пам'яті* виявляється *мимовільним пожвавленням процесів фіксації та відтворення інформації з одночасним послабленням (як правило) довільної пам'яті*. Найчастіше це спостерігається в межах *хворобливо підвищеного настрою* та не призводить до *підвищення продуктивності діяльності хворого*. Крім того, зустрічаються *поодинокі випадки постійної гіпермнезії, які завдають турбот її носію*

внаслідок слабкості процесів довільного відбору інформації для запам'ятовування та утрудненням забування (надмірна обтяжливість активно діючої інформації).

3. *Випадіння пам'яті* (амнезії). В цілому, група містить випадіння дискретного чи тотального характеру, коли з пам'яті зникають окремі періоди життя, спроможність до впізнавання певної інформації, пам'ять на окремі ситуації тощо.

З пам'яті можуть зникати окреслені проміжки часу. Тоді вирізняють такі види амнезій:

- *ретроградна* — з пам'яті випадають події деякого часу, які передували гострому періоду захворювання; ці проміжки часу можуть бути як коротко-, так і довготривалими, їх стійкість може бути різною, так що в благоприємних випадках спогади частково чи повністю відновлюються;
- *антероградна* — втрачається пам'ять на події, які відбуваються безпосередньо після закінчення періоду втрати свідомості чи іншого порушення психіки; наявність цієї амнезії виявляється згодом і не завжди ідентифікується, тому що поведінка хворого в цей період цілком упорядкована; тривалість амнезії може коливатися від декількох годин до місяців і навіть років;
- *конградна* — випадає пам'ять на події на термін порушеної (але не втраченої) свідомості чи інших проявів гострого періоду розладу психіки;
- *фіксаційна* амнезія виявляється неспроможністю фіксувати перебігаючі події, але пам'ять на віддалені події зберігається;
- *прогресуюча* амнезія характеризується зростаючим спустошенням пам'яті в порядку, зворотному її формуванню, так що кінець кінцем людина втрачає багатство власної індивідуальності.

За *об'єктом* амнезії розподіляються на такі:

- *афектогенна*, яка виявляється випадінням пам'яті на термін патологічного афекту, тобто періоду емоційного напруження, на термін гострої реакції на стрес;
- *кататимна*: випадіння пам'яті на окремі травмуючі факти свого життя;

- *мотивована* — випадіння пам'яті на події, які суперечать настановам особистості.

4. *Збочення пам'яті*. В цілому йдеться про помилки згадування. До групи належать:

- *псевдоремінісценції* — зміщення подій в інший час;
- *конфабуляції* — цілком вигадані спогади з цілковитою упевненістю в їх реальності;
- *кріптомнезії* — привласнення або відчуження спогадів;
- *екмнезії* — зсув ситуації в минуле, коли хворий з прогресуючою амнезією поводить себе відповідно ще збереженим спогадам (наприклад, людина похилого віку поводить себе, як дитина, тому що пам'ятає тільки цей період свого життя).

Психопатологічні симптоми порушення уваги

Увага — це спроможність до зосередження на будь-яких зовнішніх або внутрішніх подіях, предметах або видах діяльності.

Свого окремого спеціального змісту увага не має, але сприяє підвищенню рівня сенсорної, розумової або рухової діяльності.

Увага може бути довільною та мимовільною. *Довільна* увага має напрямок, вибірність, зосередженість, обсяг. *Мимовільна* (пасивна) увага, за своєю суттю, є орієнтовною реакцією на якість раптово виникаючі подразники, яка продовжується декілька хвилин, а потім, в залежності від потреб людини, згасає чи перетворюється в довільну.

Оптимальний рівень довільної уваги доросла людина спроможна підтримувати біля 25 хвилин, після чого їй потрібно додатково стимулювати або вона згасне й мимовільно переключиться на інші об'єкти.

Довільна увага характеризуються наступними *параметрами*:

- обсяг уваги, тобто кількість об'єктів, на яких людина спроможна одночасно зосередитись;
- глибина уваги, тобто ступінь захопленості, поглинання певною діяльністю, внаслідок чого вона є плідною;
- стійкість уваги, тобто термін зосередження на одному об'єкті;
- перемикання уваги, тобто спроможність довільно переходити до інших об'єктів діяльності.

Відповідно визначеним параметрам вирізняють види порушень уваги.

1. Порушення обсягу уваги:

- звуження, тобто патологічна зосередженість на одному об'єкті діяльності (свідомості), що зазвичай обумовлено його особистим значенням; прикладом може бути іпохондрична фіксація — гіперпрозексія;
- патологічне очікування або пошук об'єкту уваги — парапрозексія з відчуттям напруженості;
- відсутність або тимчасове виключення спроможності обрати об'єкт уваги — апрозексія.

2. Порушення глибини уваги:

- зниження глибини зосередження на необхідному об'єкті діяльності, що приводить до поверхневих рішень, діяльності поспіхом;
- надмірна глибина уваги — не конструктивна зосередженість, поглинання, фіксація на об'єкті діяльності чи обмірковування, що утруднює чи блокує продуктивність.

3. Порушення стійкості уваги:

- відволікаємість (патологічна), коли перемикання уваги відбувається мимовільно, коротким терміном;
- малорухомість уваги, тобто застрявання на певному об'єкті діяльності, приліпання до якоїсь теми в бесіді, надмірна стійкість певних думок в свідомості.

4. Порушення перемикання уваги:

- зниження рівню довільності (активності) уваги, переважання мимовільної уваги, неуважність;
- зниження спроможності довільного перемикання уваги з одного об'єкта на інший, яке найчастіше визначається також терміном «малорухомість», але не співпадає з ним повністю;
- порушення одночасно розподілу уваги між декількома об'єктами діяльності (так звана «диспетчерська увага») при достатньому зосередженні на кожному.

Психопатологічні симптоми порушень емоцій

Емоції — це клас психічних процесів та станів, які безпосередньо відбивають відношення людини до навколишнього світу та са-

мого себе, в залежності від об'єктивного та суб'єктивного значення тих ситуацій, які викликали ту чи іншу емоцію. В залежності від співвідношення «ситуація- потреби людини» емоції набувають позитивного чи негативного знаку. Зрозуміло, що людина прагне до переживання позитивних (радість, захоплення, розчулення тощо) та визволення віднегативних (тривога, страх, жах, злість тощо). Внаслідок цього емоції виступають потужним важелем керування поведінкою (в сполученні з розумовими, вольовими важелями).

Розрізняють декілька *форм* емоційних проявів: реакція, настрій, афект, почуття.

Емоційна реакція — це безпосередній емоційний відгук на будь-яку дію, враження.

Настрій — відносно стійкий емоційний стан, який визначає поведінку людини та забезпечує (чи блокує) можливість виникнення різноманітних за знаком емоційних реакцій. В стані оперативного (психологічного) спокою та гомеостазу настрої рівний, спокійний — сутимний. Його підвищення чи зниження в нормі обумовлено доволі сильними чинниками.

Афект — надзвичайно потужна короточасна емоційна реакція на раптову інформацію (подію), яка має значення для людини (нещастя, радісна подія). Афект містить бурхливі вегетативні та поведінкові компоненти і супроводжується деяким зауваженням свідомості.

Почуття — стійке емоційне відношення до певних речей та людей, яке відбиває їх суб'єктивну оцінку носієм певного почуття (кохання, симпатія, недобррозичливість, презирство тощо).

Фізіологічними засадами будь-якого виду емоцій є діяльність коркових та підкоркових структур, серед яких найважливішу роль відіграє лімбічна система, зокрема гіпоталамус. В свою чергу, це обумовлює, що кожна емоція має вегетативний компонент, який характеризується серцево-судинними, шлунково-кишковими, дихальними та іншими проявами. За наявності «помірних» емоцій ці компоненти не усвідомлюються, але при бурхливому перебігу емоцій людина відчуває, наприклад, серцебиття чи «завмирання серця», поживляється діяльність шлунково-кишкової та сечостатевої систем, а сторонній спостерігач може бачити зміну кольору шкіри, роз-

мірів зіниць тощо. Окрім цього, кожна емоція має властиві їй (але культурально обумовлені) мімічні характеристики. Завдяки цьому емоції зрозумілі оточуючим, якщо навіть про них не говорять.

Відрізнити нормальні емоції від їх патологічних варіантів не завжди легко. Наприклад, точного аналізу потребують дихотомії «тривала в межах норми — патологічна тривога», «підвищення настрою — манія», «гедоністичний стан — ейфорія».

Для вирішення цього питання треба мати на увазі, що в межах психічного здоров'я (норми) емоції підкоряються наступним *закономірностям*:

- відповідність знаку емоції характеристикам подразника;
- відповідність сили емоції об'єктивному та суб'єктивному (але психологічно зрозумілому) значенню подразника;
- емоційна адаптивність, тобто зниження сили емоційної реакції впритул до її зникнення при безперервній дії одного й того ж подразника;
- збереження самооцінки в умовах дії потужних емоцій.

Відрізняють такі *види* патології:

1. *Порушення емоційних реакцій:*

- емоційна нестабільність або лабільність;
- емоційна грузькість — застрявання, стійка фіксація емоційних реакцій;
- гіпер- та гіпестезія — порушення порогу емоційного реагування відповідно в бік його зниження або підвищення;
- утрата емоційного резонансу, тобто відповідності реакції силі та значенню подразника;
- емоційна неадекватність — утрата відповідності між знаком емоційної реакції та змісту подразника (з урахуванням культуральних норм);
- експлозивність — підвищена емоційна збудливість з компонентами роздратування, злості, розлюченості, агресії.

2. *Порушення настрою:*

- гіпотимія — патологічно стійке зниження настрою з переживанням туги, пригнічення (доволі часто використовується термін «депресія», але необхідно пам'ятати, що за змістом це скорочене визначення відповідного синдрому);

- гіпертимія — патологічно підвищений настрій з відчуттям особливо радісного, навіть захопленого стану, поживаленням життєвого тону, прагненням до постійної діяльності, яка на висоті гіпертимії не доводиться до кінця (використання терміну «манія» поза межами опису відповідного синдрому небажане);
- ейфорія — підвищений настрій з переваженням безтурботності, добросердя, вдоволеності, занурення в мрійливість, переважно мимовільну, без прагнення до діяльності;
- дисфорія — пригнічений настрій з бурмотінням, роздратованістю, ворожістю, недоброзичливою настановою до оточуючих, не спровокованою їх діями;
- апатія — байдужий настрій з відсутністю або різко зменшеною кількістю емоційних реакцій, бездіяльністю, які самим хворим як хворобливі не усвідомлюються.
- тривога (тривожний настрій) — в межах патології виявляється недостатністю її мотивованості реальними обставинами чи надмірністю, так що замість конструктивної зміни поведінки спостерігається зниження адаптивності або відмова від належних дій (обмежувальна поведінка). Заслугує на увагу велика кількість вегетативних відчуттів, які усвідомлюються та навіть виходять на перший план (серцебиття, задуха, спазми тощо), хворобливе очікування загрози, яка не має свого предмету;
- страх — емоційний стан, в межах якого, на відміну від тривоги, присутній предмет загрози.

3. *Порушення почуттів:*

- амбівалентність — одночасне співіснування протилежних за знаком емоційних оцінок, відношень до одного й того ж факту, об'єкту, людини, події;
- емоційна глухість — стійке загрубіння емоційних переживань;
- емоційне огрубіння, тобто втрата тонких емоційних диференцировок, що виявляється розгальмованою поведінкою з нетактовними, цинічними, брутальними жартами, зауваженнями тощо.

4. *Порушення афектів:*

- афектація — стан неприродної збудженості, начебто удаваної, надлишкової виразності жестикуляції, манер, мови (синонім — демонстративність);
- патологічний афект — короткочасний стан надзвичайно потужного гніву, люті, який супроводжується звуженням свідомості, бурхливим збудженням з автоматизованими діями та подальшим глибоким психічним виснаженням, яке закінчується глибоким сном та конградною амнезією.

Психопатологічні симптоми порушень волі

Воля — це спроможність цілеспрямованої діяльності, яка має заплановану свідому мету. За своєю суттю воля є багатокроковим процесом, який зовні виявляється низкою взаємопов'язаних етапів, тобто своєрідним алгоритмом. Кожний з етапів може бути скороченим і навіть неусвідомленим (або усвідомленим заднім числом).

Першим, початковим етапом є актуалізація потреби.

Потребою в психології визначається залежність від різноманітних об'єктів, предметів необхідних для життя людини.

Всі потреби розподіляються на *групи*:

- пов'язані з життям та розвитком людини як біологічного організму (потреба в їжі, воді, захисті від холоду чи спеки тощо);
- необхідні для подальшого існування людини як індивіда та збереження роду (потреба в спілкуванні, захисті, самореалізації, продовженні роду тощо);
- необхідні для задоволення психологічного існування (естетичні, етичні, пізнавальні).

Кожну потребу можна задовольнити за допомогою використання різних об'єктів. Насичена об'єктом потреба стає мотивом дії, і це є другий етап вольового процесу.

Заряджений енергій мотив стає потягом, який зазвичай недостатньо усвідомлюється як такий і є короткочасним. Усвідомлена потреба стає бажанням — це наступний етап вольового процесу, коли можливий, а найчастіше необхідний, аналіз подальшого розвитку діяльності людини — боротьба мотивів та прийняття

рішень. Це, насправді, останній етап суто вольової діяльності, а надалі відбувається та чи інша діяльність.

Доволі часто волю оцінюють, користуючись таким параметром як усвідомлена відмова від тієї чи іншої діяльності. Але не менш важливою ознакою якості волі є спроможність досягти мети (і взагалі її мати).

В цілому, розлади вольового процесу можна розглядати в різних аспектах стосовно окремих його етапів. Можливими варіантами патології є їх пригнічення, посилення та збочення.

Але треба пам'ятати, що змінам підкоряється вольовий процес в цілому, хоча акцент припадає на той чи інший етап.

На *етапі потреб* спостерігаються:

- гіпобулія — пригнічення потреб, тобто можливості їх актуалізації, яке може торкатися окремих потреб чи їх загалу; стан усвідомлюється і набуває негативного емоційного забарвлення, що відбивається в скаргах хворих;
- абулія — повна блокада потреб, спроможності їх актуалізації зі зниженням їх стимулюючого впливу на активність людини; зазвичай сполучається з апатією, не усвідомлюється хворим і не спричиняє психічного дискомфорту; інколи спостерігається раціоналізація свого стану через такі, наприклад, заяви: «Нічого не роблю, бо відпочиваю»;
- парабулія — збочення адекватного малюнку актуалізації потреб або формування патологічних об'єктів потреби; сюди належать різні види парафілій (дромоманія, клептоманія, сексуальні перверзії, копрофагія тощо); до групи належать також суїцидоманія або, в поширеному вигляді, аутоагресія.

На *етапі формування мотивів* та їх *боротьби* спостерігаються такі види патології:

- амбітендентність — одночасне співіснування двох протилежних мотивів, яке не закінчується прийняттям рішення;
- obsesivні потяги (мотиви), особливість яких полягає в тому, що вони виникають мимовільно та супроводжуються жорстокою боротьбою мотивів та усвідомленням їх хворобливого характеру;

- компульсивні потяги усвідомлюються через почуття психічного дискомфорту, але не супроводжуються боротьбою мотивів, так що особа прагне до її реалізації;
- імпульсивні потяги виникають гостро, без попереднього усвідомлення потреби; на їх висоті спостерігається афективне звуження свідомості з подальшим фрагментарним пригадуванням подробиць ситуації.

Далі на *етапі реалізації рішень*, тобто діяльності, можливі наступні види патології:

- гіпокінезія — загальмованість довільних рухів, зубожіння мимічної та пантомимічної виразності;
- мутизм — відсутність спонтанної мови та відповідей на запитання;
- адинамія, включно зі ступором, — повна відсутність довільних рухів, нерідко зі застиганням;
- гіперкінезія — пожвавлення рухів, посилення діяльності в зв'язку з підвищенням настрою;
- ажитація — нецілеспрямована рухливість, неспокій в зв'язку з надмірною тривогою;
- збудження в зв'язку з певним чинником (галюцинації, маячення, манія, кататонічна гіпербулія, затьмарення свідомості);
- група збочень рухової активності: ехопраксія, ехолалія, мовні стереотипії (персеверації, вербигерації), химерність, манерність, рухові стереотипії, опір та протидії будь-якому зовнішньому стимулу (пасивний та активний негативізм), пасивне підкорення будь-яким наказам та інструкціям.

Психопатологічні прояви порушеної свідомості

Свідомість є вищим психічним процесом, який забезпечує інтегрований стан психіки, тобто спроможність впорядкованого та послідовного перебігу психічних процесів, функціональну повноцінність та адекватність психічних станів. Таким чином, збережена свідомість дозволяє людині:

- орієнтуватися в власній особі (аутопсихічне орієнтування), відчувати єдність свого «Я»;

- орієнтуватися в часі, усвідомлюючи теперішній час, згадуючи минуле та прогножуючи майбутнє («вільне пересування впродовж вектору часу»);
- орієнтуватися в дійсності, що оточує, зокрема в місці, обставинах (алопсихічне орієнтування);
- забезпечувати спадкоємність життєвого досвіду;
- безперервність психічної діяльності.

Вирізняють такі *характеристики* свідомості, за якими оцінюють її стан:

- ступінь ясності (рівень неспання);
- безперервність (спроможність дати собі звіт в часі);
- обсяг (поле) свідомості;
- зміст свідомості.

Відносно цих характеристик виділяють наступні *критерії збереженої свідомості* (К. Ясперс):

- правильна орієнтація в часі, місці, власній особистості;
- адекватне сприйняття оточуючої дійсності, залученість до неї;
- послідовне, упорядковане мислення;
- збереженість та правильне функціонування пам'яті.

В протилежність ознакам збереженої свідомості вирізняють *критерії порушень свідомості* в цілому:

- відокремленість від оточуючої дійсності (повна чи часткова), з порушенням спроможності усвідомлювати та розуміти події, що відбуваються;
- порушення аутопсихічного та алопсихічного орієнтування різного типу;
- порушення мислення в частині його послідовності, граматичної збереженості (інкогеренція, беззв'язність);
- порушення пам'яті (фрагментарні спогади, конградна амнезія).

Патологія свідомості переважно отримує кваліфікацію в межах відповідних синдромів, але існує декілька патологічних феноменів, які визначаються на рівні симптомів. До них належать наступні:

1. Патологія ясності свідомості (рівень неспання):

- розгубленість, коли виникає відчуття незрозумілості того, що відбувається навколо, яке супроводжується обтяжливим почуттям;

- обнубіляція — уповільнення реагування на оточення в зв'язку з недостатнім розумінням ситуації, відчуттям певного «туману» в голові, хоча в цілому поведінка людини залишається в контексті ситуації.

2. *Розщеплення свідомості*, коли порушується усвідомлення єдності власної особистості, а замість цього з'являється почуття наявності двох чи більше субособистостей (наприклад, «Я діюче» та «Я спостерігаюче», «Я веселе» та «Я сумне»), але вони не відчужуються та не отримують інших персоніфікацій (наприклад, прізвища тощо):

- зверхсвідомість (підвищення рівню неспання), коли людина відчуває особливу ясність сприйняття, полегшення асоціацій, «розширення» свого «Я» з відчуттям проникнення в оточуючий світ, розумінням його суті;
- деперсоналізація («втрата свого Я») — відчуття неповності, нечіткості;
- збіднення сприйняття власного «Я», відчуження якостей власного «Я», неприродності існування;
- дереалізація — переживання неприродності, маревності того, що відбувається з відчуттям власного відокремлення від оточення.

3. *Звуження свідомості*, яке відчувається як обмеження простору ясної свідомості.

Окремі психопатологічні елементи ще не створюють достатніх засад для визначення чи хоча б припущення наявності психічного розладу, тобто хворобливого стану. Тому подальшим кроком аналізу психічного стану хворого є вирішення питання про наявність (чи відсутність) психопатологічного синдрому. Безумовно, повною мірою це можливе під час консультування хворого у психіатра, але й лікар загальної практики-сімейний лікар повинен мати початкові знання з цього питання.

Перелік та діагностичні ознаки основних психопатологічних синдромів

Виходячи з розуміння синдрому як певної сукупності симптомів, необхідно мати на увазі різну їх діагностичну навантаженість. Ті симптоми, які створюють суть синдрому, дають йому назву і

присутні постійно, доки існує синдром, носять назву *обов'язкових*. Саме їх треба визначити, щоб з'явилися підстави говорити про існування певного синдрому. Серед обов'язкових симптомів вирізняють *провідні*, які першими з'являються і останніми зникають в динаміці (синдромокінезі) синдрому.

Якщо в якості провідного виступає один симптом, синдром визначається як *простий*.

Якщо провідних симптомів два чи більше, синдром відноситься до *складних*.

Якщо до постійних проявів психопатологічного стану доволі чітко та стійко входять провідні симптоми різних синдромів, останній визначається як *змішаний*.

Таким чином, до простих синдромів належать, наприклад, сене-стопатоз, галюциноз тощо.

До групи складних синдромів належать параноїдний, кататонічний, депресивний та інші.

Прикладами змішаних синдромів можуть бути аментивно-деліріозний, obsесивно-астенічний тощо.

Неприпустиме формулювання тричастних змішаних синдромів, тому, якщо спостерігається одночасне існування трьох провідних симптомів, той, що має найменшу питому вагу, визначається як «включення» чи «компонент».

Отже перелік основних психопатологічних синдромів з їх провідними симптомами має наступний вигляд.

1. Невротичні (неврозоподібні) синдроми.

Спільною рисою групи є обумовленість клінічних проявів дією механізму редукції тривоги (від мінімальної до цілком реалізованої).

1. Астенічний — синдром вважається простим — його провідним симптомом є суто астенія з проявами емоційної гіперестезії та вегетативними розладами.
2. Синдроми нав'язливих станів (obsесивний, фобічний). Провідними симптомами виступають різноманітні нав'язливі симптоми (від одного до декількох одночасно).
3. Істеричний (дисоціативний) синдром. Клінічні прояви синдрому доволі різноманітні та мінливі, але їх об'єднує спіль-

на риса — конверсійний характер порушень, тобто їх пряма залежність від емоційного важеля поведінки, загальний кататимний тип реагування на події та ситуації, які мають значну суб'єктивну цінність для хворого.

4. Деперсоналізаційно-дереалізаційні синдроми. Провідними симптомами є порушення самосвідомості щодо самого себе (деперсоналізація) чи оточуючої дійсності (дереалізація) з почуттям відчуження, замінення їх сприйняття.
5. Іпохондричний синдром. Провідним симптомом є «почуття хвороби та болю» (А. Кемпінські, 1975) внаслідок зниження порогу чутливості інтерорецепторів, що супроводжується надмірним страхом за своє здоров'я, зосередження уваги на соматичних чи близьких до них (сенестопатичних) відчуттях.
6. Сенестопатоз. Синдром належить до простих. Його провідним симптомом є сенестопатії, переважно прості у вигляді алгічних, термічних відчужень.

II. Афективні синдроми.

До афективних синдромів належать стійкі стани зміни настрою, поєднані з розладами вольового процесу та мислення. В залежності від вектору змін вирізняють два варіанта синдромів.

1. Депресивні синдроми.

Провідні симптоми містять стійке зниження настрою (гіпотімія), зниження вольової та рухової активності (гіпобулія), та гіпо- або адінамія (впритул до розвитку ступору), уповільнення мислення з загальмуванням або блокадою протилежних за знаком емоційних реакцій. В цілому, такий стан визначається терміном «депресія». Це означає, що термін вживається саме для кваліфікації стану хворого на рівні синдрому.

2. Маніакальні синдроми.

Група містить стани, провідними синдромами для яких є підвищення настрою різного ступеню (гіпертімія) в сполученні з підвищенням вольової та рухової активності (гіпербулія та тахіпсихія) та прискоренням мислення зі зсувом до асоціативного процесу (тобто розлад цілеспрямованості). Виникнення емоційних реакцій протилежного знаку гальмується або блокується.

III. Галюцинаторні та маячні синдроми.

Провідними симптомами цієї групи симптомів є галюцинації та маячні симптоми або їх сполучення.

1. Галюцинози.

Прості психопатологічні синдроми з єдиним провідним симптомом — галюцинаціями, які найчастіше виникають в одному, рідше — в двох аналізаторах. Вони доволі рясні, мають завершену предметність, створюють певний сюжет, але вторинна маячна їх інтерпретація не обов'язкова, а навпаки, здебільшого відсутня.

Особливістю будь-якого варіанту синдрому є відсутність порушень (затмарення) свідомості, що є важливою діагностичною ознакою.

2. Параноїяльний синдром.

Належить також до простих симптомів. Провідний симптом — це первинні маячні ідеї, що мають систематизований характер, тобто систему «доказів» слушності стверджень хворих з цілковитою впевненістю в їх обґрунтованості. Оскільки до системи доказів нерідко залучаються реальні факти та події з подальшим їх паралогічним з'ясуванням, інтерпретацією, то оточуючим не відразу та не завжди зрозумілий їх хворобливий характер. Маячні ідеї найчастіше протягом довгого часу (або постійно) залишаються монотематичними.

3. Гострий параноїдний синдром.

До його проявів належать гостро виникаючі маячні ідеї переслідування, збитку, фізичного впливу, які поєднуються з почуттям тотальної зміненості оточуючої обстановки в бік її загрози для хворого.

Маячіння цілком охоплює хворого та обумовлює значний розлад його поведінки, часом в вигляді вираженого психомоторного збудження.

4. Параноїдний синдром (або синдром буденних відношень, маячення малого розмаху).

Містить маячні ідеї збитку, отруєння, навмисної зневаги до прав хворого тощо. До фабули маячення залучаються особи найближчого оточення, найчастіше рідні та родичі. Інтерпретації частково піддаються факти реального життя. Важливо отримати перекон-

ливі дані, що це не відображення внутрішньосімейних стосунків, а саме зневага до хворого, маніпулювання ним тощо.

До обов'язкових симптомів належить емоційна напруженість та маячна поведінка, тобто мотивована маячними переконаннями. Проте, це не виключає соціально припустиму поведінку.

5. Галюцинаторно-параноїдний синдром (або синдром Кандинського-Клерамбо, синдром психічного автоматизму).

Синдром є складним, тому що провідні симптоми належать до розладів різних психічних процесів. Насамперед, це маячення впливу (фізичного та психічного), переслідування. Крім того, обов'язковими є симптоми психічного відчуження або автоматизму: примусове виникнення багатії кількості думок, симптом відкритості думок, коли вони, якимось чином, стають відомими стороннім людям. Власні психічні та фізіологічні процеси сприймаються як чужі, «нав'язані, зроблені». Хворий відчуває себе «роботом», нав'язаними можуть сприйматися власні спогади, сновидіння, почуття. З'являється впевненість, що все це «зроблено» за допомогою різних приладів, надприродних сил. Наразі, доволі часто зустрічається архаїчний варіант синдрому, коли хворий вважає свій стан наслідком дії знахарок, екстрасенсів, «чорної магії», «нівечення».

Обов'язковими є емоційне напруження та маячна поведінка з різноманітними доволі часто дивними незрозумілими спробами захисту. Подекуди хворі можуть бути соціально небезпечними, коли переходять до активних засобів захисту, тобто нападів на уявлених ворогів.

6. Парафренний синдром.

Це найскладніший в групі синдром, який містить наступні провідні та обов'язкові симптоми.

Найбільш яскравим симптомом є систематизовані фантастичні маячні ідеї впливу, величі, багатства, месіанства, особливого походження в поєднанні з ідеями переслідування, збитку. Зазвичай, минуле життя хворого ретроспективно переосмислюється (маячні спогади). Можуть виявлятися вербальні та зорові псевдогалюцинації, маячна деперсоналізація, коли хворий вважає себе іншою людиною, користується іншим прізвиськом, ім'ям, наводить без-

глузді цифри віку (наприклад, стверджує, що йому більше тисячі років).

Здебільшого в емоційній сфері спостерігається добросердя; поведінка, проте, є маячною.

У деяких хворих спостерігаються конфабуляції, які також мають фантастичний зміст та мегаломанічний масштаб.

До особливого варіанту належить синдром Котара, в межах якого формуються іпохондричні маячні ідеї величезного масштабу, коли хворий впевнений, що всі його внутрішні органи вже зруйновані, згнилі; можуть бути мегаломанічні нігілістичні ідеї з упевненістю в загибелі та зруйнованості цілого світу.

IV. Синдроми порушень пам'яті.

Провідними симптомами, які властиві синдромам цієї групи, є амнезії та парамнезії різного виду. Мислення первинним чином не страждає, але згодом, з'являються ознаки його зниження, подекуди можливі маячні ідеї. Свідомість нестраждає.

1. Амнестичний (Корсаківський) синдром.

Провідним симптомом є фіксаційна амнезія, тобто неспроможність запам'ятовувати нову інформацію. В зв'язку з цим, в пам'яті не з'являється нова інформація, до її бази не потрапляють події, які трапились після початку розладу, тому деякі автори (О.О.Бухановський та співав., 1998; Б.С.Фролов, В.Є.Пашков, 2004 та ін.) вважають провідним симптомом антероградну амнезію. Вторинною ознакою синдрому є амнестична дезорієнтація в місці та часі, не ідентифікуються нові особи. Разом з тим, поки збережене мислення, хворий спроможний здогадатись та вірно визначити, де він знаходиться, яка пора року, доби тощо.

До повного складу синдрому входять парамнезії: на початкових стадіях це псевдоремінісценції, а згодом з'являються конфабуляції, звичайно обумовлені та співпадаючі зі зниженням інтелекту.

Усвідомлення розладу здебільшого відсутнє. Емоційний стан найчастіше безтурботний, з ознаками ейфорії, добросердя.

2. Конфабульоз.

Провідним симптомом є парамнезії на тлі збереженої свідомості та відсутності амнезій. Більш властиві саме конфабуляції, вони дуже швидко набувають фантастичного змісту, який постійно змі-

нюється. Згодом практично вся база пам'яті заповнюється конфабуляціями, але дані про себе, хворий зберігає, хоча переоцінює себе.

Емоційний стан — стійка ейфорія з відтінком добросердя. Згодом може з'явитися монотематичне маячення переоцінки себе, величі (наявність маячення визнається не всіма авторами).

Психопатологічні розлади вольового процесу (рухові синдроми)

Провідними симптомами розладів цієї групи є порушення довольних рухів як кінцевого етапу вольового процесу. Порушення можуть йти в бік зниження, підвищення або збочення рухової активності.

1. Синдром зниження рухової активності (ступор).

Ступор виявляє себе загальною млявістю, затримкою психічних процесів, відсутністю активного прагнення до будь-якої діяльності.

В залежності від виду обов'язкових симптомів вирізняють такі види ступорів (окрім кататонічного, який становить складову частину окремого синдрому):

- галюцинаторний;
- депресивний;
- апатичний;
- маніакальний;
- астеничний;
- реактивний (психологічно обумовлений, психогенний).

2. Синдроми збудження.

Провідним симптомом є непродуктивне (чи недостатньо продуктивне) пожвавлення та прискорення психічних процесів, так що загальна діяльність хворого набуває вигляд метушні, хаотичності, супроводжується порушеннями нормальної поведінки, а часом, створює небезпечність для самого хворого та його оточення.

Вирізняють такі види збудження:

- депресивне;
- маніакальне;
- галюцинаторно-маячне;
- реактивне (психологічно обумовлене; так звана адекватно-шокова реакція);

- деліріозне або аментивне;
- сутінкове (в зв'язку з сутінковим затьмаренням свідомості).

3. Кататонічний синдром.

Структура синдрому містить кататонічний ступор та кататонічне збудження. Спільною рисою обох станів є саме присутність феномену «кататонія», тобто збочення рухової активності.

В цілому, паракінезії доволі різноманітні і серед інших вирізняють такі кататонічні симптоми (В.А.Жмуров, 2010):

- автоматизована підкорюваність або налаштованість пацієнтів на виконання будь-яких наказів та інструкцій;
- негативізм — безглуздий опір як внутрішнім спонуканням, так і зовнішнім впливам, наказам, інструкціям; пасивний негативізм виявляє себе немотивованою відмовою виконувати інструкції, в той час як активний — діями протилежного значення, ніж ті, які бажані чи висловлені в інструкції;
- симптом Бернштейна — якщо підняти одну руку пацієнта, а потім другу, то перша опускається;
- вербіґерація — повторення безглузвих сполучень звуків мови;
- рухові ітерації — багаточисельні повторювання одного й того ж руху або дій;
- симптом повітряної подушки — постава голови пацієнта, що лежить, над подушкою, не торкаючись її;
- мутизм — немотивована відмова розмовляти; інколи пацієнти відповідають лише письмово або на питання, що задають пошепки;
- симптоми драбини — рухи хворого у вигляді поштовхів;
- мовні ітерації — багаточисельні повторювання однієї фрази;
- симптоми хобітка — мимовільне витягування губ у вигляді трубочки;
- луна-симптоми — мимовільне повторювання мови, міміки дій оточуючих.

Частина зазначених симптомів присутня саме в ступорі, частина — саме при збудженні.

Ступор та збудження можуть існувати окремо, а можуть перемінити один одного.

При кататонічному ступорі послідовно розвивається зубожіння рухової ініціативи, уповільнюються рухи та мова, включно з експресією. Далі приєднуються симптоми воскоподібної гнучкості, коли кінцівки довго зберігають надане їм положення, негативізм і навіть повне заціпеніння з ембріональною поставою, симптомами повітряної подушки, драбини, «каптура» (коли хворий натягує на голову ковдру, відгороджуючись від оточення); наявні також мутизм та негативізм.

Кататонічне збудження виявляється рясними немотивованими та безглуздими рухами та діями. Останні найчастіше мають реактивний або імпульсивний характер руйнівного або агресивного типу; в мові хворих спостерігаються ехолалія, вербігерація. Спостерігається також мовчазне збудження, яке розцінюється як тяжкий варіант синдрому.

Свідомість може бути формально не порушена (люцидний варіант), або затьмарена (онейроїдний варіант).

Синдроми розладів свідомості

Розлади свідомості вважаються складними синдромами. За структурою вони розподіляються на стани виключення та стани затьмарення свідомості.

Спільною рисою синдромів *виключення* свідомості є різного масштабу зменшення обсягу та глибини, впритул до повного зникнення психічного функціонування. Це означає, що зміст психіки підлягає зубожінню.

Синдроми затьмарення свідомості характеризуються дезінтеграцією психічної діяльності з розвитком хибної орієнтації в оточенні та/або власній особі.

Хворобливі стани свідомості можуть виникати раптово або формуватися послідовно.

1. Синдроми виключеної свідомості.

До групи належать такі непароксизмальні розлади:

- оглушення, якому притаманне підвищення порогу сприйняття, внаслідок чого виникає утруднення психічної діяльності, її спрощення та зменшення обсягу, змісту психіки;
- сопор — це більш глибоке виключення, коли свідома психічна діяльність практична відсутня, але зберігаються захисні рефлекси;

- кома — повне виключення свідомості з розладом безумовно-рефлекторної регуляції вітальних функцій.

Непароксизмальні варіанти виключення свідомості належать до компетенції невідкладної медицини і потребують інтенсивної терапії.

До пароксизмальних виключень свідомості належать:

- судомні (епілептичні) напади;
- дисоціативні (істеричні, функціональні) напади (псевдонапади);
- синкопальні стани (зомління, непритомність).

Спільними рисами означених станів є блискавкоподібне виникнення стану з повним виключенням свідомості, неможливістю спілкування з хворим впродовж розладу, раптове відновлення свідомості з подальшою конградною амнезією.

2. Синдроми затьмареної свідомості.

Спільною характеристикою є якісні зміни змісту свідомості, її викривлення. Натомість, свідомість заповнюється патологічними психічними феноменами (насамперед, галюцинаціями, хибними узнаннями, маяченням, відповідними емоційними порушеннями, проявами ступору або збудження) з подальшими частковими або тотальними порушеннями пам'яті. Порушення самосвідомості мають ту особливість, що спостерігається хибна орієнтація або тільки в дійсності, в якій перебуває хворий, коли він вважає, що перебуває в іншій реальності, або, крім того, виявляється перевтілення хворого в когось іншого.

Відомі такі синдроми:

1. Делірій.

Провідним симптомом є хибна алопсихічна орієнтація (тобто хворий вважає, що перебуває в іншому місці, ніж то є насправді) при збереженій аутопсихічній орієнтації. Зміст затьмареної свідомості складають ясні зорові галюцинації, які створюють певний сюжет і повністю замінюють реальну дійсність. Обов'язковими симптомами є емоційна напруженість з проявами зацікавленості, побоювання, страху, а також вторинне маячення, сюжет якого залежить від характеру галюцинацій. Звичайно присутні розлади поведінки (збудження), ясні вегето-соматичні симптоми в формі

розладів сну, підвищення температури тіла, гіпергідрозу, тахікардії.

Стан може коливатися з проясненням свідомості в денні часи та поглибленням розладів вночі.

Розвивається розлад поступово, а закінчитися може як критично (через сон), так і поступово, літично.

В подальшому хворі краще пам'ятають психотичні переживання, ніж реальні події, тобто спостерігається часткова конградна амнезія.

2. Онейроїд.

Провідними симптомами є алопсихічна та аутопсихічна дезорієнтація з повним відокремленням від оточуючих обставин (в класичному, повному варіанті). Хворий занурений в світ фантастичних переживань (псевдогалюцинацій), його власне «Я» може повністю зникати, натомість з'являється перевтілення себе в якусь іншу особу. При цьому поведінка зовні не відповідає переживанням хворого. Суб'єктивно він відчуває себе активним учасником неймовірних велетенських подій, а зовні залишається практично нерухомим, скутим, з окремими ознаками кататонічноступору.

Стан формується поступово, завершується також поступово. Після його завершення, хворі звичайно добре пам'ятають хворобливі переживання і майже нічого з реальних подій.

3. Аменція.

Глибоке затьмарення свідомості з проявами повної дезінтеграції психічної діяльності, зовні виявляє себе грубою аутопсихічною дезорієнтацією, беззв'язним мисленням з окремими уривчастими висловлюваннями в формі уламків фраз, слів, безглузких звуків тощо. Хворі виглядають розгубленими, з ними практично не можна знайти порозуміння. Вираз обличчя постійно змінюється від ознак жаху, пригнічення до проявів захоплення, екстазу.

Хворий звичайно залишається в ліжку, руховий стан його коливається від проявів знесилення до незначного некоординованого збудження.

Можна тільки по окремих висловах хворого припустити зміст його нестійких внутрішніх переживань.

Після завершення стану хворі нічого не пам'ятають.

4. Сутінкове затьмарення свідомості.

Належить до пароксизмальних розладів, тобто розпочинається та завершується раптово.

Впродовж стану розладу спостерігається різке звуження кола об'єктів сприйняття, уявлень, думок та спонукань. Водночас збережені рухові автоматизми. Але, в цілому, поведінка втрачає цілеспрямованість, відсутній спрямований зв'язок з оточуючим світом. Зміст психічної діяльності можуть заповнювати галюцинаторні переживання, які супроводжуються афектами страху, люті, що призводить до нестримного збудження з руйнівними діями, подекуди з агресією до оточуючих. Спогадів про перенесений стан не залишається.

Стан вважається небезпечним для оточуючих у зв'язку з повністю неконтрольованою поведінкою хворого.

Негативні синдроми.

В цілому, негативні синдроми характеризуються ознаками недостатньої функціональної спроможності окремих психічних процесів та психічної діяльності в цілому. До групи належать наступні синдроми:

1. Психоорганічний синдром.

До провідних симптомів належить триада Вальтер-Бюеля: гіпомнезія, зниження рівня мислення, порушення здатності контролювати емоції.

Клінічні прояви містять: дратівливість, впритул до експлозійності, емоційну нестійкість, в частині випадків — ейфоричний настрій або апатичність; розлади уваги; зниження спроможності довільного запам'ятовування та пригадування. Особливо значними є порушення мислення. Воно стає грузьким, деталізованим, торпідним. Водночас збільшується питома вага конкретних суджень, зниження спроможності до інтелектуальної діяльності.

Як додаткові зустрічаються сенестопатії, поодинокі прості слухові галюцинації, надцінні ідеї, переважно сутяжні та іпохондричні, або прості маячні ідеї малого розмаху (буденних відношень, збитку).

Варіанти психоорганічного синдрому визначають в залежності від переваження окремих ознак синдрому:

- астеничний, в межах якого на перший план виступають ознаки втомлюваності, емоційної надчутливості, погіршення уваги, сенестопатії;
- експлозивний варіант характеризується зниженням спроможності контролювати емоції, підвищеною реактивною дратівливістю, вибухливістю;
- ейфоричний варіант виявляється практично постійним підвищеним настроєм з почуттям безтурботності, добросердя; зазвичай стан супроводжується відчутним зниженням інтелектуальної спроможності;
- апатичний варіант характеризується пригніченням вольової діяльності, насамперед спонукань, стимулів, помітними стають гіподинамія хворих, різке звуження кола спілкування, втрата попередніх захоплень, контактів, відсутність планів на майбутнє.

2. Дементний синдром.

До провідних симптомів належать набуті прояви зниження когнітивних процесів (інтелекту, мислення, пам'яті, уваги).

При цьому необхідно зважати на те, що стан деменції можна визначити лише тоді, коли безсумнівно виявляються ознаки такого зниження аналітико-синтетичних функцій мислення, які відбиваються в спроможності розуміти сенс подій, вирішувати інтелектуальні завдання, набувати нових знань та навичок; водночас страждають мова, пам'ять, вищі коркові функції, увага. З плином часу хворі втрачають спроможність орієнтуватися в оточенні, забувають накопиченні знання, не можуть обслуговувати себе, стають безпорадними.

Найчастіше розлад має прогресуючий характер і може закінчитися станом психічного маразму з повним порушенням психічної діяльності, мови, поведінки, коли регулюючі функції знаходяться на рівні безумовно-рефлекторної діяльності.

3. Синдром недоумкуватості або інтелектуального недорозвинення.

Страждають можливості інтелектуального розвитку, внаслідок чого показник інтелекту не досягає нормативних значень.

Ступінь інтелектуального недорозвинення може коливатися від легкого до глибокого, але, в цілому, завжди виявляються вади ви-

щих форм мислення, спроможностей навчання, набуття побутових та соціальних навичок, можливостей повноцінної соціалізації, включно з самостійним проживанням та забезпеченням власних інтересів, прав та потреб.

Рівень психопатологічних розладів

Кваліфікація виявлених та зазначених термінологічно психопатологічних феноменів — симптомів та синдромів — має подвійне значення:

1. *діагностичне*, тобто визначення нозологічної належності розладу;
2. *організаційне*, тобто визначення місця та умов надання психіатричної допомоги (якщо взагалі визначена її необхідність).

Щодо останнього пункту в психіатрії розрізняють три рівня психопатологічних розладів, що, в цілому, й створює підстави для планування та надання психіатричної допомоги (О. О. Бухановський та співавтори, 1998; В. Ю. Менделевич, 1997):

- непсихотичний
- психотичний
- дефіцитарний.

Кожний рівень містить певну групу симптомів та синдромів.

I. Непсихотичний рівень.

Непсихотичні розлади, в цілому, характеризуються низьким впливом симптомів та синдромів на поведінку хворого, так, що вона може бути обмеженою, але, в цілому, відповідати обставинам та соціальним нормам. Зберігається також спроможність усвідомлювати власний стан; разом з тим, можлива переоцінка тяжкості стану, «занурення в хворобу».

До *симптомів* непсихотичного рівня належать наступні.

В сфері сприймання:

- гіпо- та гіперестезія (фізична та/або психічна);
- сенестопатії;
- ілюзії.

В сфері мислення:

- нав'язливі явища;

В сфері пам'яті:

- гіпомнезія;

В сфері уваги:

- виснажливість;

В емоційно-вольовій сфері:

- емоційна лабільність;
- імпульсивні потяги;
- перверзії (збочення).

В сфері свідомості:

- немаєчні деперсоналізація та/або дереалізація.

До синдромів непсихотичного рівня належать всі невротичні (неврозоподібні), субдепресивний, гіпоманіакальний та психоорганічний синдроми.

Хворі з визначеними розладами отримують психіатричну допомогу за усвідомленою згодою. Перевага надається позалікарняній допомозі, госпіталізація хворих може бути обрана при наявності декомпенсації стану.

II. Психотичний рівень.

Розлади психотичного рівня характеризуються значною дезінтеграцією психіки, так що відбувається відрив від реальної дійсності, занурення в психотичний світ. Спроможність керувати власною поведінкою значно порушується або взагалі зникає; поведінку визначає вид та зміст симптомів та синдромів. Хворі неспроможні усвідомлювати та адекватно оцінювати власний стан, хворобливий характер переживань та поведінки.

До психотичних розладів належать наступні.

В сфері сприймання — всі види та форми галюцинацій; в сфері мислення — надцінні ідеї (умовно), маячні ідеї, в емоційно-вольовій сфері — гіпо- та гіпертімія, апатія, абулія, ступор, збудження; в сфері пам'яті — всі види парамнезій; в сфері свідомості — маячні деперсоналізація та/або дереалізація.

До синдромів психотичного рівня належать:

- всі галюцинаторно-параноїдні синдроми;
- амнестичний (Корсаківський синдром);
- депресивний та маніакальний синдроми з наявністю маячного компоненту;
- кататонічний та гебефренний синдроми;
- всі синдроми затьмареної свідомості.

Наявність ознак психотичного рівня розладів визначає необхідність в більшості випадків негайної психіатричної допомоги в умовах спеціалізованого стаціонару, часто в примусовому (недобровільному порядку).

III. Дефіцитарний рівень.

До симптомів та синдромів цього рівня відносяться такі, що виявляють себе зниженням або випадінням певних функцій, зubo-жінням змісту психіки, редукацією впритул до зниження психічної діяльності як такої. Частина таких психопатологічних феноменів має зворотній характер, частина ж набуває сталого або прогресуючого характеру.

Серед симптомів дефіцитарного (негативного) характеру слід назвати наступні.

В сфері сприйняття — анестезія (в межах психопатологічного синдрому); в сфері мислення — грузькість, персеверації, стереотипії; в емоційно-вольовій сфері — благодущність, парабулії; в сфері пам'яті — всі види амнезій; в сфері уваги — неухажність, інертність, в сфері свідомості — розгубленість.

До синдромів дефіцитарного рівня належать всі види розумової відсталості, дементні синдроми, синдроми набутого психічного дефекту, зокрема шизофренічного.

Наявність розладів дефіцитарного рівня свідчить про необхідність відновлюючого лікування (там, де це можливо) та організації піклування над хворим.

Таким чином, первинне консультування хворих з патологією психіки потребує від лікаря загальної практики-сімейного лікаря знання технології спілкування з пацієнтами та обізнаності з ознак психічних розладів.

РОЗДІЛ III. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ГОСТРИХ КРИЗОВИХ СТРЕСОВИХ ВПЛИВІВ

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, відноситься до числа актуальних проблем сучасної психіатрії. Медико-соціальні наслідки бойової психічної травми, її клініко-психопатологічні та лікувально-реабілітаційні аспекти є предметом численних досліджень, що проводяться в різних країнах.

Війна є величезною трагедією, яку переживає кожен солдат і яка залишає незгладимий слід у його душі. Сьогодні ми можемо впевнено стверджувати, що найбільш психотравмуючий вплив на психічне здоров'я людини, її психологічне благополуччя і якість життя мають бойові дії, терористичні акти і насильство над особистістю. Це так звані рукотворні впливи. Жодне з відомих стихійних лих та інших катастроф не може зрівнятися з військовими діями за рівнем екстремальності і своїми соціально-психологічними наслідками.

Що ж відчуває військовослужбовець, який знаходиться в умовах бою? Безумовно, виражений страх. Як відзначають багато дослідників, психічно здорова людина не може бути абсолютно безстрашною. Тому однією з домінуючих емоцій у більшості військовослужбовців у бойовій обстановці є саме страх. «Людина тупіє і в цьому отупінні вже перестає володіти собою, не може напружувати свою увагу на те, що треба — віддається у владу страху» (Краснов, 1998). До того ж, необхідно відзначити такий факт, що військовослужбовець, який знаходиться в екстремальній ситуації, повинен діяти в ім'я цілей та інтересів, які не збігаються в даний момент з потребами його організму, більше того, вони суперечать його основному інстинкту — інстинкту самозбереження. Він не може, як звичайна людина, що знаходиться в небезпечній ситуації, сховатися, врятуватися втечею, заховатися. Страх за власне життя і почуття обов'язку — ось основна дилема, перед якою стоїть воїн кожен наступну хвилину свого життя на війні. Як він вирішить для себе це непросте питання залежить від багатьох факторів, в числі яких і ступінь відповідальності, можливість знайти ганебну славу серед своїх же товаришів по службі. Ці та багато інших пи-

тань вирішує боєць всередині себе, виконуючи службові обов'язки в екстремальних умовах з наявністю реальної вітальної загрози. Подібні психоемоційні навантаження викликають значні зміни в особистісній структурі і психічному стані військовослужбовців.

Основними факторами, що впливають на емоційні та поведінкові реакції людини, що знаходиться в бойовій обстановці є наступні:

1. Тривалість дії загрозових подій.
2. Постійне перебування в екстремальній ситуації, так званої «хронічної небезпеки».
3. Вплив різноякісних загроз.
4. Постійне емоційне напруження, пов'язане зі спробами представити умови та час своєї загибелі.
5. Необхідність знищення людей з метою власного захисту, а так само захисту своєї держави і свого народу.
6. Неповне уявлення соціальних мотивів, що веде до розвитку внутрішньоособистісних конфліктів.
7. Характер загального ходу військових дій — динамічний або позиційний.
8. Рівень соціальної підтримки.
9. Вплив засобів масової інформації.

Щоб вижити, учасникам бойових дій необхідно перебудувати структуру своєї психіки, перевести її на «військовий режим» функціонування, самим потрібно адаптуватися до найбільш грізних стрес-факторів. З перших днів участі в бойових діях (а часто й до їх початку) у військовослужбовців запускаються механізми короткострокової і довгострокової адаптації, виробляються специфічні копінг-стратегії та навички повсякденного виживання.

Робота адаптаційних механізмів виявляється в трьох векторах їх впливу на психіку воїна:

1. **Позитивний** вектор впливу війни на учасників бойових дій призводить до формування у них наступних психологічних утворень:
 - глибоке і всебічне самопізнання: пізнання своїх інтелектуальних, емоційних, вольових можливостей;
 - придбання унікального досвіду життєдіяльності та поведінки в екстремальних умовах, бойового досвіду і життєвої мудрості;

- придбання досвіду відкритого, спонтанного, нехитрого спілкування;
- тренування апарату стресового реагування, загартування свого здоров'я.

У процесі пристосувальної активності психіка воїна радикально перебудовується, набуває властивостей «надчутливості», «зверхреактивності», «зверхрозуміння» та ін. Ці трансформації відбуваються на психофізіологічному, психологічному, соціально-психологічному рівнях і часом доходять до абнормальних рівнів. У людини в умовах війни формується як би «спеціальний психологічний орган», що дозволяє миттєво розуміти «логіку» рухів елементів зорового поля, звукових стимулів, значення слів, жестів і вчинків інших людей тощо. Цей орган «відточує» свою роботу і стає потужним регулятором поведінки військовослужбовця. Звичка відкритої, простої поведінки призводить до детренованої механізми психологічного захисту внаслідок їх бездіяльності. Повернути таку «психологічно оголену» людину в мирне життя, без попередньої спеціальної підготовки — означає створити умови для його соціальної дезадаптації і навіть для розвитку психологічних розладів.

2. **Нейтральний** вектор впливу війни пов'язаний із загостренням (формуванням) в комбатантів деяких специфічних *потреб*:

- потреби бути зрозумілим суспільством, найближчим оточенням щодо мотивів, рухаючих ним на війні; аргументів, пояснюючих необхідність, соціальну значимість участі в жорстокому насильстві;
- потреби бути прийнятим у систему соціальних зв'язків і відносин зі своїм піднесеним статусом, статусом захисника батьківщини, людини-воїна;
- потреби бути визнаним як людина, що чесно і сумлінно виконала свій громадянський і військовий обов'язок;
- потреби в позбавленні від неактуальної психічної напруженості, що накопичилася на війні.

3. **Негативний** вектор впливу війни виявляється в процесі перманентної психотравматизації військовослужбовців. Війна «спеціалізується» на тому, щоб ламати, а не творити. Людина дуже вразлива

перед психотравмуючими факторами бою. Всі три вектора впливу війни на людину ведуть до радикальної перебудови його психіки. Однак, комплекс придбаних на війні адаптивних реакцій стає дезадаптивним за межами зони бойових дій. Слід підкреслити, що повернення непідготовленої до мирних умов життєдіяльності людини із закріпленими в психіці слідами війни, може призвести до повторної психотравматизації. Психічна травма, викликана непідготовленим зіткненням зі ставшим незрозумілим і чужим мирним товариством, може бути більш сильною, ніж бойова психічна травма.

У цих умовах перед воюючими збройними силами і державою гостро постають три *проблеми*. *По-перше*, яким чином повернути в соціум повноцінних в психологічному відношенні громадян і, в одночас, захистити суспільство від їх можливої агресії і неконтрольованої спонтанної войовничості? *По-друге*, як уберегти ветеранів війни, по суті — людей з «оголеною», незахищеною психікою від травмуючого впливу жорстокого для них мирного життя? *По-третє*, як завершити війну не тільки юридично, а й психологічно?

У соціальній свідомості і практиці зафіксовано кілька критеріїв закінчення війни, які в корені відрізняються один від одного. Перший з них полягає у підписанні мирного договору між учасниками війни, сторонами і є найбільш ефективним, доступним для сприйняття і розуміння актом, юридично вирішальним питання про припинення війни. У деяких випадках для визначення реального завершення війни використовується духовно-моральний критерій, відповідно до якого, наприклад, війна завершується тоді, коли тіло останнього загиблого на полі бою солдата буде віддано землі. Мабуть, цілком правомірно використовувати і психологічний критерій у формулюванні: «війна закінчується тоді, коли останній солдат психологічно повернеться з неї додому».

Численні дослідження вітчизняних і зарубіжних психологів показують, що фізичне переміщення солдата з поля бою в мирну обстановку далеко не завжди означає його інтелектуальне, емоційне «відчуття» повернення в обстановку повсякденних зв'язків і відносин. Вищевикладене ставить гостро питання про необхідність забезпечення організованого, керованого психологічного повернення учасників бойових дій в мирне життя.

Питання соціально-психологічної адаптації осіб, що побували в екстремальних умовах діяльності, що включає оцінку ймовірності збереження їх здоров'я і працездатності після впливу екстремальних факторів, стає нині особливо актуальним. Це пов'язано з тим, що в Україні, як і в усьому світі, почастишали стихійні лиха, міжнаціональні та міжрегіональні конфлікти. Значно збільшилася кількість жертв військових дій і кількість військовослужбовців — учасників локальних конфліктів усередині країни і бойових дій за кордоном. Маючи своєрідний життєвий досвід, вони являють собою таку категорію населення, яка потребує особливого підходу. На перший план виходить питання про необхідність адаптації до нових умов, про перебудову психіки на мирний лад. Досвід країн, що зіткнулися з явищами, які виникають після повернення людей з війни, показав, що участь у подіях, пов'язаних з ризиком для життя, травматичним чином діє на психічне здоров'я і стан учасників бойових дій. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, відносяться до групи осіб з підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень.

Однак, набагато серйозніші, пом'якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але і на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і 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, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, що безпосередньо пережили стрес, але і у членів їх сімей, а також очевидців. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя. Психічна травма, психологічний шок і їх наслідки — ось, що буде визначати життєвий настрій виживших у військових конфліктах. Статистичні дані також показують, що на кожного загиблого на війні військовослужбовця

припадає один випадок самогубства ветеранів у період після проходження військової служби. Таким чином, війна ще довго має свій вплив на учасників бойових дій. Тому, слід звернути особливу увагу на необхідність проведення психосоціальної роботи з ними.

Участь у військових діях безпосередньо впливає на людську свідомість, приводячи до значних якісних змін. У числі різних наслідків війни, таких як політичні та економічні, неможливо ігнорувати настільки важливі соціально-психологічні наслідки. Перебування в екстремальних умовах характеризується впливом на психіку людини стрес-факторів підвищеної інтенсивності. Тривалість їх впливу, а також психотравмуючий характер, можуть сприяти виникненню змін щодо психічної діяльності, які знижують ефективність життєдіяльності вже в мирних умовах. При цьому розширюється і коло жертв, до числа яких потрапляють не тільки безпосередні учасники подій, а й їхні родичі. Згідно з результатами досліджень військових медиків і 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 і віри в свою соціальну роль. Це проявляється в порушенні здатності учасників бойових дій оптимально проявляти себе в складних соціальних взаємодіях, в яких відбувається самореалізація людської особистості. Багато з таких людей втратили інтерес до суспільного життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Нерідко спостерігаються втрата здатності до співпереживання і потреби в душевній близькості з іншими людьми.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок про те, що «злам» механізмів психічної регуляції в умовах військового конфлікту відбувається на етапі безпосереднього ведення бойових дій. Йому передують різні емоційні порушення. Однак, основний негативний психічний стан у військовослужбовців відзначається після припинення бойових дій або зниження інтенсивності боїв. Даний феномен вивчався в науковій літературі й раніше. Наприклад, відомо, що частота стресових реакцій залежить як від загального ходу війни, так і від стратегічної ініціативи військ. Психічна захворюваність знижується, коли бойові дії носять динамічний

характер, і зростає в умовах позиційної війни. Отже, для того, щоб отримати уявлення про можливі соціально-психологічні і медико-психологічні наслідки для учасників того чи іншого військового конфлікту, необхідно зіставити характеристики психічного стану військовослужбовців після припинення бойових дій.

Порушена здатність підтримувати оптимальні соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий проживає в розлученні з сім'єю. Надзвичайно гостру психологічну драму відчувають інваліди, а також ті, хто втратив близьких. Після всього пережитого на війні в учасників бойових дій відзначаються такі разючі зміни в психіці, що навіть батьки іноді насилу визнають в них своїх дітей. Повертаючись до звичайного життя після впливу екстремальних умов, військовослужбовці ніяк не можуть адаптуватися до мирних умов. Страх, агресивність, підозрілість для багатьох стають постійними супутниками життя.

Слід зазначити, що адаптація учасників бойових дій до умов цивільного життя характеризується напруженими відносинами між ними і суспільством. Абсолютна більшість ветеранів негативно ставляться до представників влади, вважають, що держава обдурила і зрадила їх, і тому відчувають бажання зігнати злість, що накопичилася, за безглузде кровопролиття, загибель товаришів. Життєвий досвід цих людей унікальний; він різко відрізняється від досвіду людей, які не воювали, що й породжує нерозуміння з боку основної маси населення.

Громадянське суспільство, як правило, відноситься до колишніх бійців з нерозумінням і побоюванням, що тільки посилює хворобливу реакцію ветеранів на незвичну обстановку, яку вони сприймають і оцінюють з притаманним їм фронтовим максималізмом. Свідченням того, що колишні учасники військових дій зазнають труднощів процесу адаптації до умов цивільного життя, є їх конфліктна поведінка в соціальному середовищі: нездатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміси, спроби вирішити спори мирного часу звичними силовими методами. Колишні солдати підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирну почву, хоча, в глибині душі розуміють, що це неприпустимо. Після

фронтової ясності конфлікти мирного часу, коли «противник» формально таким не є і застосування до нього звичних методів боротьби заборонено законом, нерідко виявляються складними для психологічного сприйняття тих, у кого виробилась миттєва і загострена реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом фронтовикам важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички трохи що хапатися за зброю — у прямому чи в переносному сенсі. Деякі починають пристосовуватися, намагаючись не виділятися з загальної маси. Іншим це не вдається, і вони залишаються «бійцями» на все життя. Яка з двох тенденцій у психологічному потенціалі учасників війни — творча чи руйнівна — виявиться домінуючою в мирних умовах, безпосередньо залежить від індивідуальних особливостей ветеранів, а також від умов, в яких вони опиняються після повернення з війни.

У новій соціальній групі, в яку потрапляють учасники локальних війн і збройних конфліктів, виявляється незатребуваним екстремальний досвід, від якого вони відмовитися не можуть, відповідно до принципу незворотності розвитку психіки. Виходить наступне психологічне протиріччя. Армійська дисципліна, необхідність беззаперечного виконання наказу, підпорядкування старшим за званням ведуть до придушення особистої свободи. Однак, екстремальні умови війни виробляють в рамках цієї жорсткої військової системи і такі якості, як: рішучість, ініціативність, винахідливість, здатність до самостійних дій в складних обставинах — адже виживає той, чия реакція виявиться швидше, а прийняте рішення буде найбільш адекватним конкретній ситуації. Виходить, що слухняний виконавець, звиклий до армійського розпорядку та забезпечення всім необхідним, погано пристосований до життя на «громадянці», в той же час, нерідко є сильною, вольовою, незалежною особистістю, обізнаною своєю значимістю, що володіє досить специфічним досвідом і особливою системою поглядів.

У мирній обстановці такі люди виявляються незручними для начальства саме своєю самостійністю, сміливістю і фронтовим максималізмом, тобто, саме тими якостями, які допомогли їм вціліти на війні. Ветерани війни змушені шукати застосування своїм силам, енергії і досить специфічного досвіду там, де, як їм здається,

вони потрібні, де їх розуміють і приймають такими, якими вони є. Тоді вони знову вирушають воювати — їдуть в гарячі точки, надходять на службу в силові відомства, а часом йдуть в кримінальні структури — туди, де можуть бути затребувані їх специфічні навички та досвід.

Спогади, спільне минуле, невідоме рідним і знайомим, зближують колишніх військовослужбовців і змушують їх тягнутися один до одного. Так, створюються громадські об'єднання та організації учасників бойових дій. Усвідомлення своєї приналежності до «особливої касты» надовго зберігає між колишніми бійцями теплі, довірчі відносини. Не тільки однополчани, товариші по службі, а й просто колишні військовослужбовці намагаються один одному допомагати і підтримувати один одного в навколишньому світі, де інші ставляться до них без належного розуміння, з підозрілістю і настороженістю. Слід зазначити, що суперечливість впливу специфічних умов війни на психологію її учасників, ще довго продовжує позначатися після закінчення бойових дій. Особистісні зміни, що відбуваються у військовослужбовця під час військових дій, виявляються незворотними.

Участь у бойових діях має і негативні наслідки. Озброєний розбій та мародерство становлять невід'ємну частину будь-якої війни і відносяться не до поодиноких, а до типових явищ для будь-якої з воюючих армій, яка вступає на землю супротивника. Неминучість відплати за вчинене усвідомлюється зазвичай не відразу, а після певного часу, на відміну від публічно проголошених героїчних спогадів; постійне відчуття тривоги і провини за скоєне призводить до деформації особистості. Тому не дивним виявляється той факт, що серед колишніх учасників бойових дій досить поширені різні форми девіантної поведінки. Душевні надломи, зриви, жорстокість, непримиренність, підвищена конфліктність, з одного боку, втома, апатія — з іншого, — такі природні реакції організму на наслідки тривалого фізичного і нервового напруження, випробуваного в бойовій обстановці.

Дослідники виділяють низку факторів, що впливають на психологічний стан учасників бойових дій, вивчення і своєчасне опрацювання яких могли б істотно знизити дезадаптивні наслідки у

названої категорії. Вони аналізують кілька типових ситуацій бойової обстановки, кожна з яких надає певний вплив у формування дезадаптивної поведінки. При 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 індивідуума, на яку негативно впливають:

- спотворені, кон'юнктурні відомості, що надаються ЗМІ;
- відсутність професійного ядра в загоні, що має особистий досвід участі;
- члени сім'ї;
- тривалість фази по часу;
- відсутність пропагандистської роботи;
- відсутність інформації про пільги, гарантії, компенсації;
- неорганізованість вільного часу і відпочинку.

Дезадаптація в цей період виражається або в неадекватному реагуванні на навколишність (за двома варіантами — бравада, агресивність, розгальмування або безвихідність, апатія, відчуженість), або у зловживанні спиртним як засобом для зниження тривожності і зняття емоційної напруги.

2. *Гостро виникаюча екстремальна ситуація* (обстріл, бій). При такому розвитку подій в основі поведінки людини лежать фізіологічно корисні, пристосувальні реакції організму. Коли організм переходить на режим екстремального реагування, природним чином виникає емоція страху. Військовослужбовці розрізняються за часом переходу організму від емоції страху до цілеспрямованих дій і за типом реагування (адекватний або неадекватний). На часовий чинник негативно впливають наступні умови:

- відсутність особистого досвіду і прикладів поведінки;
- відсутність знання про те, що робити;
- відсутність умінь і навичок;
- відсутність чіткої організації;
- негативний приклад командира або референтних осіб;
- загибель, поранення товаришів;
- особистісний тип реагування.

Сукупність психотравмуючих чинників в гостро виникаючій ситуації може викликати негайні наслідки. Неадекватне реагування може протікати у вигляді гіперреакції, що виражається в крайньому руховому порушенні, супроводжуваному криками, метушнею (крайня реакція — паніка), або у вигляді гіпореакції, що полягає в руховому загальмуванні тіла або його частин (крайній прояв — поза ембріона). При виражених неадекватних реакціях військовослужбовець не розуміє і не пам'ятає згодом, що з ним відбувалося. При невиражених реактивних станах дезадаптаційної поведінки після ситуації може проявлятися в пасивній поведінці, відмові від подальшого несення служби, ажитованій, неадекватній, піднесеній поведінці або зацикленості на своїх переживаннях. До пролонгованих реакцій відносяться посттравматичні стресові розлади.

3. *Очікування виникнення гострої ситуації* (перебування на передній лінії, охорона та ін.). Умовами, що визначають характер реакцій дезадаптації, в даному випадку є емоційна і фізична стійкість індивідуума.

Виникненню дезадаптивної поведінки в більшій мірі сприяють:

- відсутність досвіду;
- відсутність заняття у вільний час;
- непередбачуваність командира;
- невлаштованість харчування та побуту;
- інформаційний голод;
- ігнорування факторів морального і матеріального стимулювання;
- часовий чинник;
- відсутність роботи з особовим складом.

Реакції дезадаптації проявляються залежно від особистісних особливостей:

- в психологічній деформації, зниженні морально-етичних критеріїв;
- закам'янілості, озлобленні;
- апатії, втраті інтересу до навколишнього, аж до ігнорування заходів власної безпеки;
- зниженні керованості;
- «злякисному» пияцтві.

Відзначимо, що найбільш небезпечним періодом є остання третина терміну перебування в умовах військових дій. Ближче до кінця у дезадаптованих осіб змінюється самооцінка, виникає ейфорія і відчуття всюдозволеності (так як вони «пережили те, що інші не випробували»). Саме в цей період найбільш можливі ексцеси.

4. *Період наслідків.* У цей період змінюється характер психоемоційного стану військовослужбовців: превалює нервово-психічна втома, виникають ті чи інші прояви депресії, тривожності, астенії. Факторами, що впливають на виникнення дезадаптаційних реакцій, є тяжкість драматичних подій, свідком яких стає людина, її залученість в діях, час перебування в стані бойового стресу.

Можливі прояви дезадаптації в цей період:

- нервово-психічні реакції (від розладу сну до виражених невротів);
- контроль навколишнього простору;
- загострення соматичних захворювань;
- зміна життєвих поглядів і стереотипів поведінки;
- підвищена вразливість;
- готовність застосувати силу та зброю;
- активація соціальної позиції;
- підсвідомий розділ суспільства на своїх і чужих;
- виникнення соціальних очікувань від суспільства та ін.

У даному періоді можна виділити ще три етапи:

- *Перший етап* — ейфорія (два-три місяці) — почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій;
- *Другий етап* — період неадекватного реагування (до трьох-чотирьох років) — виникає через нереалізацію очікуваних реакцій від суспільства, негативного і байдужого ставлення;
- *Третій етап* — період адаптації до життя в суспільстві.

Найнебезпечнішим для учасників бойових дій вважається період, який настає відразу після повернення додому. На цьому етапі дуже висока ймовірність суїцидальних спроб і тому особливої важливості набуває постійна підтримка близьких людей. Через три роки після повернення додому завершується перший етап. До цього часу повністю формується синдром посттравматичних ст-

ресових розладів. Слід зазначити, що більшість учасників бойових дій уміє адаптуватися до життя в нових умовах, проте наслідки війни вплинули на всіх. Той, що потрапив на війну, виходить з неї іншою людиною. На думку фахівців, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливо. Синдром має тенденцію не тільки не зникати з часом, але і ставати все більш чітко вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального зовнішнього благополуччя. Стан військовослужбовця можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що приводить до різкого поліпшення якості життя.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

I. Особливості клініки, діагностики та лікування окремих кризових станів військовослужбовців та осіб з зон військових конфліктів.

1. Посттравматичний стресовий розлад.

1. Фактори ризику виникнення ПТСР?
2. Клінічні варіанти ПТСР?
3. Які когнітивні порушення характерні для ПТСР?
4. Які морфологічні зміни в головному мозку при виявленні ПТСР?
5. Діагностичні критерії ПТСР?
6. Назвіть етапи терапевтичної програми при ПТСР і специфічні терапевтичні заходи для кожного з них?
7. Назвіть показання для призначення медикаментозної терапії при ПТСР?
8. Які особливості призначення ноотропних препаратів при ПТСР?
9. Особливості психотерапевтичних заходів при ПТСР?
10. Які особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів бойових дій?

2. Реакції на важкий стрес та адаптаційні розлади.

1. Які типи долаючої поведінки при кризових станах ви знаєте?
2. Назвіть фази кризової поведінки і їх послідовність?
3. За якими ознаками розподілені стреси в патології стресових ситуацій (Юр'єва Л.М.)?
4. Назвіть стадії психосоціального розвитку особистості за Е. Еріксоном?
5. Яка стадія психосоціального розвитку особистості за Е. Еріксоном є найбільш уразливою для соціально стресових ситуацій?
6. Які етапи реакції горя ви знаєте? Який етап є найбільш суїцидоопасним?
7. Які психотерапевтичні втручання необхідно проводити на кожному етапі реакції горя, що протікає в рамках розладів адаптації?

8. Протягом якого періоду необхідно проводити підтримуючу психотерапію?
9. Основні мішені для корекції розладів адаптації?
10. Які групи препаратів необхідно використовувати при розладах адаптації?

3. Панічний розлад.

1. Визначення та епідеміологія ПР.
2. Фактори ризику розвитку ПР.
3. Коморбідність ПР.
4. Патогенетичний та клінічний зв'язок між ПТСР та ПР у військовослужбовців та осіб з зон військових конфліктів.
5. Клінічні прояви ПР.
6. Критерії діагностики ПР за МКХ-10.
7. Особливості перебігу ПР.
8. Диференційна діагностика функціональних соматичних проявів тривоги і схожих розладів при соматичних хворобах.
9. Диференційна діагностика панічних атак і мезодієнцефальних та скроневих вісцеро-вегетативних епілептичних нападів.
10. Стратегії та алгоритм лікування ПР.
11. Медикаментозне лікування ПР.
12. Психотерапія в лікуванні хворих з ПР.

4. Тривожно-фобічні розлади.

1. Поняття тривожно-фобічних розладів.
2. Агорафобія: клінічні, психологічні, параклінічні діагностичні критерії.
3. Соціальні фобії: клінічні, психологічні, параклінічні діагностичні критерії.
4. Специфічні (ізольовані фобії): клінічні, психологічні, параклінічні діагностичні критерії.
5. Характеристика військовослужбовців за ознакою психічного здоров'я.
6. Фактори, які викликають страх при веденні бойових дій.
7. Ознаки тривожно-фобічних розладів у комбатантів.
8. Описати стан страху під час бою.

9. Характеристика основних видів психотерапії при лікуванні тривожно-фобічних розладів.
10. Основні принципи медикаментозної терапії при лікуванні тривожно-фобічних розладів.

5. Афективні розлади.

1. Поняття про афективні розлади.
2. Сучасна класифікація афективних розладів.
3. Визначення психогенних розладів та їх значення у формуванні клінічних особливостей афективних розладів.
4. Основні психогенні фактори.
5. Нозогенії.
6. Варіанти перебігу афективних розладів.
7. Діагностика депресії.
8. Діагностика манії.
9. Психопатологічна структура депресивних та маніакальних епізодів.
10. Визначення антидепресантів.
11. План терапевтичних заходів хворим на афективні розлади.
12. Принципи фармакотерапії та заходи до їх реалізації.

6. Соматичні розлади внаслідок гострих кризових станів.

1. Які соматичні наслідки екстремальних психотравмуючих впливів вам відомі?
2. Які три стадії розвитку стресу?
3. Яка роль когнітивної оцінки екстремальної ситуації?
4. Що таке психовегетативний синдром?
5. Регуляція механізмів неспецифічного реагування на стресовий вплив.
6. Роль катехоламінів і глюкокортикоїдів у формуванні реакції на стрес.
7. Фактори, що впливають на розвиток серцево-судинних ускладнень.
8. Фактори, що впливають на розвиток ускладнень з боку ШКТ.
9. Характеристика больових синдромів різної локалізації внаслідок бойового стресу.
10. Гендерні відмінності соматичних посттравматичних розладів.

II. Консультування хворих з психічною патологією.

1. Назвіть технологічні аспекти психіатричного консультування.
2. Назвіть симптоми порушення гностичних процесів.
3. Назвіть психопатологічні симптоми порушення емоційно-вольової сфери.
4. Назвіть психопатологічні симптоми порушення свідомості.
5. Перелічте прояви порушень психіки на допсихотичному (непсихотичному) рівні.
6. Перелічте прояви порушень психіки психотичного рівня.
7. Назвіть дефіцитарні порушення психіки.
8. Назвіть невротичні (неврозоподібні) синдроми, надайте їх характеристику.
9. Назвіть прояви галюцинаторно-параноїдних синдромів.
10. Надайте характеристику синдромів затьмареної свідомості.
11. Надайте характеристику афективних синдромів.

III. Психосоціальні наслідки гострих кризових стресових впливів.

1. Поведінкові реакції людини, що знаходиться в бойовій обстановці.
2. Три вектора впливу на психіку воїна.
3. Психологічні особливості учасників військових дій.
4. Фактори, що сприяють формуванню дезадаптивної поведінки.
5. Етапи адаптації до мирного життя.
6. Особливості психоемоційного стану військовослужбовців.
7. Форми девіантної поведінки військовослужбовців.
8. Що таке криза ідентичності?
9. Фактори формування залежностей.
10. Охарактеризувати проблеми соціальної взаємодії воїнів-ветеранів.

ТЕМАТИЧНІ ЗАДАЧІ

I. Особливості клініки, діагностики та лікування окремих кризових станів військовослужбовців та осіб з зон військових конфліктів.

1. Посттравматичний стресовий розлад.

1. Який психопатологічний варіант серед наведених не відноситься до клінічних варіантів ПТСР?
 - A. З домінуючим obsесивно-фобічним синдромом
 - B. З домінуючим астено-іпохондричним синдромом
 - C. З домінуючим астено-депресивним синдромом
 - D. З домінуючою мачною іпохондрією
 - E. З домінуючим дисфорічним синдромом.
2. Який антидепресант офіційно зареєстрований в Україні як препарат, призначений для лікування ПТСР у дорослих, підлітків і дітей?
 - A. Флуоксетін
 - B. Сертралін
 - C. Циталопрам
 - D. Флувоксамін
 - E. Міртазапін.

2. Реакції на важкий стрес та адаптаційні розлади.

1. Які психопатологічні синдроми характерні для розладів адаптації?
 - A. Тривожно-депресивні
 - B. Галюцинаторні
 - C. Істеро-іпохондричні
 - D. Дисфорічні
 - E. «Flashbacks».
2. Тривалість психопатологічної симптоматики при розладах адаптації не перевищує:
 - A. 1 місяця
 - B. 3 місяців
 - C. 6 місяців
 - D. 9 місяців

Е. 12 місяців.

3. Панічний розлад.

1. У хворого 32 років, що є військовим і приймає участь у бойових діях, після частих психотравмуючих ситуацій неодноразово виникав стан з вираженою тривогою, панікою, бігством, серцебиттям, відчуттям недостатності повітря, страхом смерті. Який стан виник у хворого?

А. Психомоторне збудження

В. *Панічна атака*

С. Депресивна ажитация

Д. Дисоціативне збудження

Е. Агорафобічний розлад.

2. Які препарати є найбільш ефективними для купірування цього стану?

А. Діазепам

В. *Міртазапін*

С. Аміназин

Д. Карбамазепін

Е. Пропранолол.

3. Які препарати є найбільш ефективними для підтримуючої терапії цього розладу?

А. Діазепам

В. *Міртазапін*

С. Аміназин

Д. Прегабалін

Е. Вальпроат натрію.

4. Тривожно-фобічні розлади.

1. Пацієнт, 30 років, скаржиться на страх, який став з'являтися під час шляху до роботи, що пролягає вздовж лісного масиву. Став уникає походів до роботи або обирає інший шлях, який довший та більш незручний. Напад страху супроводжується тахікардією, спітнінням, запамороченням та страхом смерті. Після обстеження з'ясувалось, що під час перебування у зоні бойових дій потрапив у пастку, в місці дуже схожому на те, яке стало визивати страх. Який психічний розлад виник у хворого?

- A. Панічний розлад
 - B. Психомоторне збудження
 - C. Агорафобія з панічним розладом
 - D. *Генералізований тривожний розлад*
 - E. Депресивна ажитація.
2. Психотерапія, яка спрямована на корекцію помилкових уявлень та систематичне занурення хворого в ситуацію фобії — це:
- A. Раціональна психотерапія
 - B. Психоаналіз
 - C. *Когнітивно-поведінкова психотерапія*
 - D. Гіпно-сугестивна психотерапія
 - E. Аутотренінг.

5. Афективні розлади.

1. Чоловік, 29 років, що є військовим і приймає участь у бойових діях, звернувся до військового лікаря зі скаргами на тривале безсоння, загальмованість, втрату апетиту та інтересу до оточуючого, періодичну тривогу, серцебиття, страх смерті, що турбують його протягом останніх 3-х тижнів, та заважають виконанню своїх обов'язків. Який стан виник у хворого?
- A. Органічний розлад
 - B. Панічна атака
 - C. *Депресивний епізод*
 - D. Дисоціативний розлад
 - E. Агорафобія.
2. Які препарати є найбільш ефективними для купірування цього стану?
- A. Гідазепам
 - B. *Міртазапін*
 - C. Аміназин
 - D. Карбамазепін
 - E. Галоперідол.
3. Які препарати є найбільш ефективними для підтримуючої терапії цього розладу?
- A. Феназепам
 - B. Мелатонін

- C. Аміназин
- D. Есциталопрам
- E. Вальпроат натрію.

6. Соматичні розлади внаслідок гострих кризових станів.

1. У військовослужбовця, після повернення із зони бойових дій, де він перебував в екстремальній ситуації, виявлений високий рівень глюкози в крові. При повторних обстеженнях гіперглікемія стійко зберігається, маючи тенденцію до збільшення. Яку патологію і у зв'язку з чим, можна припустити у військовослужбовця? За рахунок чого вона могла розвинутися?

- A. Депресивний розлад
- B. ПТСР
- C. Цукровий діабет
- D. Виразкова хвороба шлунка
- E. Гострий панкреатит.

2. У бійця, який перебував в зоні військового конфлікту, після повернення в мирне життя кілька місяців відзначається знижений настрій, апатія, тривога, порушення сну. Особливо обтяжливим є цефалгічний синдром, що протікає у вигляді постійного головного болю здавлюючого характеру. Про який розладі йде мова в даному випадку?

- A. Розлад адаптації
- B. ПТСР
- C. Панічний розлад
- D. Депресивний розлад
- E. Органічний астенічний розлад.

II. Консультавання хворих з психічною патологією.

1. На прийомі у лікаря загальної практики жінка 61 року, в супроводі доньки, виявляє скарги на втомлюваність та слабкість, але цим не стурбована. Охоче відповідає на питання, назвала свої особисті дані, рік народження, але не змогла назвати свій вік. Не розуміє, чому знаходиться в медичному закладі, припустила, що прийшла «на комісію». Не змогла розповісти про свою професію (працювала бухгалтером), не слідкує за подіями в країні. Зі слів доньки, вдома забу-

ває, де знаходяться її речі. Перестала самостійно готувати їжу, тому що плутає порядок приготування окремих страв. Декілька разів, не могла самостійно повернутися додому з крамниці. Перестала впізнавати сусідів, власних онук. Підчас огляду не змогла перелічити та назвати пальці рук, розрізнити вислови «брат батька» та «батько брата». Незважаючи на помилкові відповіді, залишалась усмішливою, перебувала в доброму настрою. Зі слів доньки, вдома подекуди буває дратівливою. Декілька разів увечері починала кудись збиратися, говорила про те, що в кімнаті зібралась «велика купа людей», розмовляла з ними, намагалась вигнати їх з приміщення. Назвіть синдром, яким слід визначити стан хворої.

- A. Астенічний
 - B. Гіпоманіакальний
 - C. Дементний
 - D. Амнестичний
 - E. Галюцинаторно-параноїдний.
2. До лікаря загальної практики звернувся чоловік 25 років зі скаргами на невпевненість в собі та власній діяльності, підвищену стомлюваність, утруднене засинання з прокиданнями в першій половині ночі. В бесіді відмітив майже постійне почуття «безрадісного настрою». Ситуація очікування дратує його. Майже завжди працює з великою напругою. Важко зосередитись на якомусь питанні чи завданні. Став неважним, забудькуватим. На висоті втоми стає дратівливим. З'являються думки, що він ні на що негодний, малоспроможний. Засинати не дають неспокійні думки, майбутнє лякає можливою складністю, тому відмовляється від багатьох планів та намірів. Турбують також статеві питання. Назвіть синдром, яким можна визначити стан хворого:
- A. Обсесивний
 - B. Іпохондричний
 - C. Депресивний
 - D. Астенічний
 - E. Паранойяльний.

III. Психосоціальні наслідки гострих кризових стресових впливів.

1. Військовослужбовець, що виконував свій громадянський обов'язок в зоні військового конфлікту, повернувшись додому, став скаржитися на поганий сон з жахливими сновидіннями, що відтворюють епізоди бою, схоплювався, кричав уві сні. Також пред'являв скарги на «спалахи», під час яких з виразністю і ясністю виникали моменти боїв, картини поранень. Став тривожним, запальним, дратівливим. Не хотів ні з ким спілкуватися, уникав усього, що могло нагадати про психотравмуючі ситуації. Вечорами відзначав виникнення нападів нестачі повітря з прискореним серцебиттям, що супроводжуються сильним страхом смерті. Про який розлад йдеться?
 - A. Розлад адаптації
 - B. ПТСР
 - C. Соматоформний розлад
 - D. Депресивний розлад
 - E. Розлад особистості.
2. Ветеран військових дій, який повернувся із зони конфлікту, насилу звикав до мирного життя. Відзначалися часті конфлікти на роботі, в сім'ї. У боротьбі за «справедливість» нерідко вдавався до крайніх заходів. Повернувшись з роботи, все частіше став йти на зустрічі з товаришами по службі, де приймав великі дози спиртного. Скаржився на порушення сну, пригніченість. Незабаром став говорити про те, що подальше життя втратило сенс, продумував плани відходу з життя. Про яку патологію йде мова в даному випадку?
 - A. Панічний розлад
 - B. Розлад адаптації
 - C. Органічний розлад особистості
 - D. Депресивний розлад
 - E. Синдром залежності.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ ПО РОЗДІЛАХ**I. Особливості клініки, діагностики та лікування окремих кризових станів військовослужбовців та осіб з зон військових конфліктів.****1. Посттравматичний стресовий розлад.**

1. Діагностика психічної дезадаптації серед співробітників органів внутрішніх справ: методичні рекомендації / [Л.М. Юр'єва, Н.О. Марута, С.І. Вишніченко та ін.]. — Харків-Дніпропетровськ, 2015. — 56 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: Адис, 1994. — 304с.
3. Наказ МОЗ України №121 від 23.02.2016 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».
4. Панченко О.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О.А. Панченко. И.И. Кутько, Н.А. Зайцева // Новости медицины и фармации в Украине. — 2014. — № 15 (509). — С.6.
5. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 624 с.
6. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рекомендації [Текст] / П.В.Волошин, Л.Ф.Шестопалова, В.С.Підкоритов [та ін.]. — Харків, 2002. — 47 с.
7. Техники психотерапии при ПТСР: практическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, О.М. Рапча. — К, 2015. — 278 с.
8. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) [Текст] / Шестопалова Л.Ф. // Укр. мед. альманах. — 2000. — Т.3, №2, Додаток. — С. 183-184.

9. Юрьева, Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н.Юрьева. — Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. — 164.
10. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н.Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.
11. Configural performance in identicaltwins discordant for posttraumatic stress disorder: theoretical implications for the role of hippocampal function / [Gilbertson M.W., Williston S.K., Paulus L.A. et.al.] // Biol. Psychiatry. — 2007. — Vol. 62. — P. 513-520.
12. Dammann G. Posttraumatic stress disorder — challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model // Укр. вісник психоневрології. — 2015. — Том 23, вип. 3 (84). — С.8-15.
- 2. Реакції на важкий стрес та адаптаційні розлади.**
1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Бурчинский С.Г. Фармакотерапевтические аспекты применения препарата Мебикар // Ліки. — 2001. — № 5-6. — С. 4.
3. Громов Л. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л. Громов, Е. Дудко // Вестник фармакологии и фармации. — 2003. — № 10. — С. 11-17.
4. Карпов А.М. Потенциал использования Мебикара в медицине / А.М. Карпов // Практическая медицина. — 2013. — №1 (66). — с. 3-7.
5. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. — М.: Практическая медицина, 2008. — 448 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус.яз. Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. — Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: Адис, 1994. — 304с.
7. Панченко О.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О.А. Панченко, И.И. Кутько, Н.А. Зайцева // Новости медицины и фармации в Украине. — 2014. — № 15 (509). — С.6.
8. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. — М.: Когнито-Центр, 2005. — 376с.

9. Судаков К.В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности // Вестник РАМН. — 2002. — №11. — С. 15-17.

10. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография[Текст] / Л.Н.Юрьева. — Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. — 164.

11. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.

12. Юр'єва Л.М. Особливості синдрому вигорання у працівників органів внутрішніх справ / Л.М. Юр'єва, С.І. Вишніченко // Таврический журнал психиатрии. — 2012. — Т. 16, №4 (61). — С.175-180.

3. Панічний розлад.

1. Депрессия. Современная терапия: Рук-во для врачей / В. С. Подкоритов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

2. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 786с.

3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / За ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. О. К. Напреєнка, проф. Н. О. Марути та ін.—Харків: РВФ «АРСІС, ЛТД», 2000. — 303 с.

4. Психіатрія / О. К. Напреєнка, І. Й. Влох, О. З. Голубков та ін. За ред. проф. О. К. Напреєнка.— К.: Здоров'я, 2001.— 584 с.

5. Дюкова Г. М. Психовегетативные пароксизмы: клиника, патогенез, лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995.

6. Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия. М., 1990. — С. 89-121.

7. Александровский Ю.А. Динамика психогенных расстройств во время и после завершения чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 1. — С. 34.

8. Воробьёв А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму // Военно-медицинский журнал. — 1991. — № 8. — С. 71-74.

9. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатр. журн. — 1998. — №3. — С. 50-56.

10. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов // Синапс, 1993. — №3. — С. 14-34.
11. Напреенко А.К., Марчук Т.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Архів психіатрії (науково-практичний журнал). — 2001. — № 3 (26). — С. 33-42.
12. Цыганков Б.Д., Балим А.И. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция (руководство для врачей). Кисловодск, 1998. — 138 с.
13. Черкасов В.Г. Сочетанная фармако- и психотерапия посттравматических стрессовых расстройств // Архів психіатрії (науково-практичний журнал). 2002. — № 3(30). — С. 213.
14. Шестопалова А.Ф. Реабилитация больных посттравматическими стрессовыми расстройствами: принципы и подходы к психокоррекционной работе // Архів психіатрії (науково-практичний журнал). — 2001. — №4 (27). — С. 33-42.
15. Юр'єва Л.М, Носов С.Г. Психічні розлади при епілептичному захворюванні: Навчальний посібник (з Грифом ЦМК ВНЗ МОЗ України). — К., 2009. — 195 с.
16. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстренної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги епілепсії у дорослих. — К., 2014. — С.104-230.
17. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2002.
18. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
19. Мизинова Е. Б. Краткосрочная групповая личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998.
21. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб.: Питер, 2000.
22. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder / Van der Kolk B.A., Breyfuss D., Mishaal M., et al. // J.Clin. Psychiatry. 1994. — №55 (12). — P. 517-522.

23. Koren D., Arnon I., Klein E. Acute Stress Response and Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims: A One-Year Prospective, Follow Up Study // *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — P. 367-373.
24. Marmar C.R, Neylan T.C, Schoenfeld F.B. New directions in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder // *J. Psychiatr.* 2002. — 73(4). — P. 259-270.
25. Somasundaram D. Treatment of massive trauma due to war // *Advances in Psychiatric Treatment*. 1997. — Vol.3 — P. 321-330.
26. Van Praag H.M. Comorbidity (psycho) analised // *British J. of Psychiatry*. 1996. — Vol.168 — Suppl. 30.
27. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine J-P. Panic disorder. Clinical Diagnosis, management and mechanisms. London: Martin Dunitz. — 1999. — 237 p.
28. Gorman JM, Leibowitz MR. Neuroanatomical hypotesis for panic disorders // *Amer.J.Psychiatry*. — 1989. — Vol.146 (2). — P.148-161.

4. Тривожно-фобічні розлади.

1. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия.- Х.: ОКО, 2002. — 767 с.
2. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія. — Хмельницький, 2004. — 322 с.
3. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах: метод. рекомендації /Напреенко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. [та ін.]. — Київ, 2014. — 34с.
4. Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади / За редакцією Л.М.Юр'євої. — Д.:АРТ-ПРЕС, 2004. — 144с.
5. Психіатрія і наркологія [Підручник] / В. Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін.; За ред. В. Л. Гавенка, В. С.Бітенського. — К.: Здоров'я, 2009. — 508с.
6. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике (МКБ-10). — Министерство здравоохран. Украины. — Донецк, «Критис», 2000. — 345с.
7. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.

5. Афективні розлади.

1. Брагина К. Р. Распространённость и психопатологическая структура тревожных и депрессивных реакций у военнослужащих

срочной службы // Украинський медичний альманах. — 2002. — Т. 5, № 6. — С. 17–18.

2. Карпов С.М., Малеванец Е.В., Калоев А.Д. и др. Психоневрологические проявления в разные сроки у военнослужащих срочной службы// Фундаментальные исследования. — 2013. — № 9–4. — С. 655-660.

3. Мамчур О.Й. Психогенії. В кн.: Психіатрія (клініко-діагностичні алгоритми) — Юр'єва Л.М., Носов С.Г., Мамчур О. Й. та ін. — К., 2002. — 130 с.

4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): МКБ-10 /ICD -10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. /Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю. Циркина.- Всемир. Орг. Здравоохранения. — К.: Факт, 1999. — 270 с.

5. Невідкладні стани в психіатрії та наркології: Метод. посібник / Під заг. ред. Л.М.Юр'євої. — Київ, 2000. — 149 с.

6. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / За редакцією Л.М. Юр'євої. — Дніпропетровськ: 2007.-151 с.

7. Субаева К. Р. Ранняя диагностика и профилактика тревожных и депрессивных реакций у военнослужащих срочной службы // Украинський вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (додаток). — С. 240–241.

8. Ургентна психіатрія (клініка, психодіагностика, терапія невідкладних станів) / Дзюб Г.К., Кузнецов В.М., Нестерук Н.В. К., 2010. — 190 с.

6. Соматичні розлади внаслідок гострих кризових станів.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. М.: Медицина, 2000. — 496 с.

2. Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М. Основные неспецифические системы, адаптирующие организм к острому и хроническому стрессу. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. — М., 2004. — с. 8-41.

3. Караяном А., Сиромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. С-Пб.: Питер, 2006.

4. Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.

5. Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство // Психология мотива-

ции и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М., 2002. — С. 599-608.

6. Шамрей В.К., Марченко А.А. Военная психиатрия // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.193-218.

7. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н.Юрьева. — Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. — 164.

8. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.

9. Afifi M. Gender differences in mental health // Singapore Med J. — 2007. — Vol. 48 (5). — P. 385.

10. Enoch MA, White KV, Waheed J., Goldman D. Neurophysiological and genetic distinctions between pure and comorbid anxiety disorders. *Depress. Anxiety.* — 2008. Vol. 25 (5). — P. 383-92.

II. Консультування хворих з психічною патологією.

1. Б.С.Фролов, В.Э. Пашковский. Основные психопатологические синдромы. — СПб: Изд-дом СПбМАПО — 2004. — ч.2. — 240 с.

2. Носачев Н., Б.С. Баранов. Семиотика психических заболеваний. Самара: Самарский мед. ин-т «Реавиз». — 2006. — 352 с.

3. Жмуров В.А. Общая психопатология. — Иркутск: Изд-во Ирк. Ун-та.- 1986. — 280 с.

4. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія — К.: Здоров'я. — 1993.- 344 с.

5. Психиатрия / Под ред. В.П.Самохвалова. — Ростов н/Д: Феникс. — 2002 — 576 с.

6. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О.Бухановский, Ю.А.Кутявин, М.В.Литвак. — Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс». — 1998. — 416 с.

7. Сучасні аспекти загальної психопатології / За ред. Л.М.Юр'євої — 2008. — 162 с.

8. Ален Айві. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. Пер. з англ. — К: Сфера — 1998. — 342 с.

III. Психосоціальні наслідки гострих кризових стресових впливів.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. М.: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Колосов А. Боевой стресс и его психологические последствия // «Ориентир». — 2011. — №5.
3. Караяном А., Сиромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. С-Пб.: Питер, 2006.
4. Сохін О.О., Ричка О.В., Булах О.Ю. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО. — К., 2006. — 367 с.
5. Современная военная психология: Хрестоматия / Упоряд. А.А. Урбанович. — Мн.: Харвест, 2003.
6. Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М., 2002. — С. 599-608.
7. Шамрей В.К., Марченко А.А. Военная психиатрия // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.193-218.
8. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н.Юрьева. — Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. — 164.
9. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.

Наукове видання

Юр'єва Л. М. та співавт., 2017

**Кризові стани в сучасних умовах:
діагностика, корекція та профілактика**

У посібнику подана навчальна інформація для лікарів-психіатрів, сімейних лікарів та медичних психологів з питань факторів, закономірностей розвитку психічних розладів, їхніх клінічних особливостей у військовослужбовців, біженців та переселенців з зон військових конфліктів, а також заходів лікування та психологічної допомоги.

Коректура, дизайн, комп'ютерна верстка
ТОВ «Галерея Принт»

Підписано до друку 28.08.2017р.
Формат 60x84 1/16. Папір друкарський. Друк ризо.
Ум. друк. арк. 10,8. Тираж 300 прим.
Замовлення №1103

Видавництво ТОВ «Галерея Принт».
03680, м.Київ, вул. Сім'ї Сосніних, 3.
Тел.: +38044-585-71-15
Свідоцтво Суб'єкта видавничої справи ДК №5474 від 17.08.2017р.

Друк ТОВ «Галерея Принт»