

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ»

Л.Н.Юрьева, С.Г.Носов, А.И.Мамчур, А.Е.Николенко,  
В.В.Огоренко, А.А.Дукельский, Т.И.Шустерман,  
Н.А.Ерчкова

**Диагностика, коррекция и профилактика  
кризисных состояний у участников военных  
конфликтов**

Учебное пособие для врачей-психиатров, семейных врачей и медицинских  
психологов

(под редакцией профессора Л.Н. Юрьевой)

Киев

2017

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

ББК 56.14+53.4+51.192+Я7

К 82

*Научное издание рекомендовано к печати Ученым советом Государственного учреждения  
«Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»  
(Протокол №8 от 30.03.2017 г.)*

### **Авторский коллектив:**

Юрьева Людмила Николаевна – д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Носов Сергей Григорьевич – к.мед.н., доцент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Мамчур Александр Иосифович – к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Николенко Алла Евгеньевна – к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Огоренко Виктория Викторовна – д.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Дукельский Александр Александрович – к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Шустерман Тамара Иосифовна – к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «ДМА МЗ Украины»

Ерчкова Нина Александровна – к.мед.н., доцент, врач-психиатр КУ «ДКПБ ДОС»

### **Рецензенты:**

Руководитель отдела клинической, социальной и детской психиатрии Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, д.мед.н, профессор В.С. Подкорытов

Заведующая отделом психосоматической медицины и терапии Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, д.мед.н., профессор Е.А.Хаустова

Заведующий кафедрой психосоматической медицины и психотерапии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, д.мед.н., профессор Чабан О.С.

Юрьева Л.Н., Носов С.Г., Мамчур А.И., Николенко А.Е., Огоренко В.В., Дукельский А.А., Шустерман Т.И., Ерчкова Н.А. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов. – 2017. – 204 с.

В пособии представлена учебная информация для врачей-психиатров, семейных врачей и медицинских психологов, касающаяся факторов, закономерностей развития психических расстройств, их клинических особенностей у военнослужащих, беженцев и переселенцев из зон военных конфликтов, а также методов лечения и психологической помощи.

ISBN

Юрьева Л.Н., Носов С.Г. и соавт., 2017

## Содержание

Введение.....	4
I. Особенности клиники, диагностики и лечения кризисных состояний у военнослужащих и лиц из зон военных конфликтов .....	22
1. Посттравматическое стрессовое расстройство.....	22
2. Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации.....	34
3. Паническое расстройство.....	51
4. Тревожно-фобические расстройства.....	76
5. Аффективные расстройства.....	92
6. Соматические расстройства вследствие острых кризисных состояний.....	104
II. Консультирование больных с психической патологией.....	119
III. Последствия социально-стрессовых событий у участников военных конфликтов.....	168
Дополнение 1. Вопросы для самоконтроля знаний.....	183
Дополнение 2. Тематические задачи.....	188
Дополнение 3. Перечень литературы по разделам.....	196

# **ВВЕДЕНИЕ**

## **ФАКТОРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ И БЕЖЕНЦЕВ, ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ИЗ ЗОН ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ**

Многие тысячелетия человечество наряду с развитием культуры, науки, общественного сознания совершенствовало формы, средства и методы вооруженного разрешения различных конфликтов.

В XXI веке проблема использования военной силы в виде локальных или широких военных конфликтов, а также террористических актов при решении тех или иных спорных вопросов не позволяет надеяться на то, что кошмары и ужасы войны останутся в истории человечества.

Впервые о влиянии боевых действий на психику солдата специалисты заговорили после военных действий США во Вьетнаме – возник так называемый «вьетнамский синдром».

Описаны также различные состояния военной психотравмы у участников различных войн под названиями: «корейский синдром», «афганский синдром», «чеченский синдром». В Украине, к сожалению, существует затяжной военный конфликт в Донбассе.

Все перечисленные состояния военной психотравмы возникают в результате развития устойчивых кризисных ситуаций, связанных с военными действиями.

Кризисы принято разделять на две группы: жизненный кризис и внешний кризис (кризис обстоятельств). Кризис можно рассматривать как срыв базового уровня функционирования (например, кризис возраста) и как реакцию на непредвиденные обстоятельства.

Ниже речь пойдет о внешних кризисах (кризиса обстоятельств, связанных с войной).

Психические расстройства возникают по данным статистики более чем у 70% личного состава войск, задействованных в активных боях. Количество

военнослужащих, участвующих в боевых действиях в зоне АТО, которые нуждаются в психиатрической, наркологической, медико-психологической помощи в настоящее время резко возрастает и достигает 90-100%, значительно увеличивается количество психопатологии у населения территорий военных конфликтов (появляются острые и хронические расстройства, связанные с военными событиями).

К *факторам*, которые зачастую приводят к развитию психотравм у военнослужащих, относятся:

- армейский быт с различными его особенностями (грубые взаимоотношения между военнослужащими, дедовщина и др.);
- сужение «степени свободы» военных из-за необходимости «жить по приказу»;
- тревожная напряженность и страх смерти во время войны;
- неясность личных перспектив и др.

В противоположность этому в мире и в Украине сформировался комплекс социальных эмоционально-положительных для военнослужащих факторов, активно поддерживающихся украинским обществом:

- воин – защитник очага, семьи, страны, родины;
- оружие воина предназначено для освободительной миссии, охраны жизни, справедливости, свободы;
- осознание высокой цели военной службы и ее героизация позволяют солдатам преодолевать многие трудности, равняясь на лучших, на героев, воспитывать чувство взаимопомощи и боевого братства;
- позитивное отношение общества к своим защитникам формирует у них чувство гордости за выбранный жизненный путь и уверенность в собственной социальной значимости и правоте своего дела.

Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является, на сегодняшний день, одной из самых актуальных в военной психиатрии, а психолого-психиатрические последствия боевой психической травмы, особенно

в контексте медико-реабилитационных мероприятий, с научной и практической точки зрения, интересуют как гражданских, так и военных специалистов. Центральное место в учении о психических расстройствах вследствие воздействия боевых факторов, возникающих на догоспитальном и на госпитальном этапе, занимают *исследования*:

- закономерностей формирования и дальнейшего развития психопатологии;
- особенностей патопластического развития психопатологии;
- поиск научно обоснованных решений по организации психиатрической помощи в условиях современной локальной войны.

В мировой военной психиатрической и психологической литературе психогенные расстройства военного времени рассматриваются отдельно у участников военных действий и у населения, в том числе у беженцев и переселенцев из зон военных конфликтов.

Существует четыре ключевых понятия, которыми в современной психологии описываются критические жизненные ситуации. Это понятие стресса, фрустрации, конфликта и кризиса. Ведущим в формировании дезадаптации и психопатологии у военнослужащих в условиях военных действий является стресс. *Стресс* – это реакция, опосредованная оценкой угрозы и защитными процессами. Сущностью стрессовой ситуации можно считать потерю контроля, отсутствие адекватной данной ситуации реакции при значимости для индивида последствий отказа от реагирования. Боевой стресс приводит к выраженным изменениям функционального состояния психической деятельности, характеризующимся развитием сильнейших негативных эмоций, таких как страх, тревога, тяжелое умственное и физическое переутомление. Стресс – это понятие, используемое для обозначения круга состояний и действий человека, возникающих в ответ на различные экстремальные воздействия (стрессоры). Стрессоры подразделяют на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая или низкая

температура и т.п.) и психологические (опасность, угроза, обман, обида, информационная перегрузка и др.).

Военнослужащие испытывают во время боя физиологический, психологический (эмоционально-поведенческий и информационный), социальный и личностный стресс. Также у них возникает медицинский стресс. *Физиологический* стресс связан с изменениями работы организма человека в экстремальных условиях. *Эмоциональный* стресс возникает в связи с постоянными негативными эмоциями, постоянным страхом смерти, дезорганизует привычную психическую жизнь человека в кризисных военных условиях. *Социальный* стресс обусловлен резким постоянным нарушением привычного жизненного стереотипа людей, которые стали военнослужащими, и связан с лишениями, тяжелыми жизненными условиями на войне, издевательствами над ними в плену и т.п.

Физиологический стресс и его влияние на функционирование организма человека описывается теорией Г. Селье. Все биологические организмы имеют жизненно важный врожденный механизм поддержания внутреннего равновесия и баланса. Сильные внешние раздражители, действующие во время военной обстановки, могут нарушить это равновесие. Организм реагирует на стрессогенный раздражитель защитно-приспособительной реакцией повышенного возбуждения, с помощью которой пытается приспособиться к нему. Такое неспецифическое для организма возбуждение и является состоянием стресса. Если раздражитель долго не исчезает, часто повторяется, то стресс усиливается, развивается, вызывая в организме целый ряд особых изменений – организм пытается защититься от стресса, предупредить или погасить его. Однако, возможности организма не безграничны и при сильном стрессовом воздействии они быстро истощаются, что может привести к развитию психического, соматического заболевания и даже к смерти. Стрессовая реакция имеет разные проявления у разных людей: активная – растет эффективность деятельности, пассивная – эффективность деятельности резко снижается. Физиологическими признаками стресса являются учащенное

дыхание, частый пульс, покраснение или побледнение кожи лица, увеличение адреналина в крови, потливость.

Психологические стрессоры, в свою очередь, делятся на *информационные* и *эмоциональные*. Информационный стресс возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда человек, несущий большую ответственность за последствия принимаемых решений, не справляется с поиском нужного алгоритма, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе. Эмоциональный стресс возникает в ситуациях, угрожающих физической безопасности человека (войны, аварии, катастрофы), его экономическому благополучию, социальному статусу, межличностным отношениям. Психологическими признаками стресса являются: изменение динамики психических функций, чаще всего замедление мыслительных операций, рассеянность внимания, ослабление функции памяти, уменьшение сенсорной чувствительности, снижение активности процесса принятия решения.

Личностные признаки стресса проявляются в следующих чертах: полное подавление воли, снижение самоконтроля, пассивность и стереотипность поведения, неспособность к творческим решениям, повышенная внушаемость, страх, тревожность, немотивированное беспокойство.

Медицинскими проявлениями стресса являются: повышенная нервозность, наличие истерических реакций, обмороки, аффекты, головные боли, бессонница.

Стресс в развитии проходит три *стадии*:

1. **Стадия тревоги.** Это самая первая стадия, возникающая при появлении раздражителя, вызывающего стресс. Наличие такого раздражителя вызывает ряд физиологических изменений: у человека учащается дыхание, несколько повышается артериальное давление, учащается пульс. Меняются и психические функции: усиливается возбуждение, все внимание концентрируется на раздражителе, возникает повышенный личностный контроль ситуации. Все эти изменения функционирования призваны



мобилизовать защитные возможности организма и механизмы саморегуляции на защиту от стресса. Если этого действия достаточно, то тревога и волнение стихают, стресс заканчивается. Большинство стрессов разрешается на этой стадии.

2. **Стадия сопротивления.** Наступает в случае, если фактор, вызвавший стресс, продолжает действовать. Тогда организм защищается от стресса, расходуя «резервный» запас сил, с максимальной нагрузкой на все системы организма.

3. **Стадия истощения.** Если раздражитель продолжает действовать, то происходит уменьшение возможностей противостояния стрессу, так как истощаются резервы человека, снижается общая сопротивляемость организма. Стресс овладевает человеком и может привести к болезни.

В случае воздействия негативного фактора у человека формируется оценка ситуации как угрожающая, что вызывает негативные эмоции. Осознание угрозы и наличие отрицательных эмоций направляют человека на преодоление вредных воздействий: он стремится бороться с фактором, уничтожить или избежать, обойти его. На это направлены все усилия личности. Если ситуация не разрешается, а силы для борьбы заканчиваются, возможно возникновение устойчивых патопсихологических и психопатологических нарушений у человека. Наличие осознанной угрозы – это основной стрессовый фактор человека. Поскольку в одних и тех же ситуациях одни люди видят для себя угрозу, а другие в этих же условиях не видят ее совсем, потому и стресс, его степень у каждого человека индивидуальны.

Под *боевым стрессом* следует понимать многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, который сопровождается напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений. Боевой стресс является как эмоциональным, так и информационным, проявляется на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях.

Основные *черты* боевого стресса:

- возникает еще до прямого контакта с реальной витальной угрозой;
- продолжается до выхода из зоны военных действий;
- благодаря стрессовому механизму закрепляется памятный след новых эмоционально-поведенческих навыков и стереотипов, первостепенно значимых для сохранения жизни;
- боевой стресс является дестабилизирующим, предшествующим развитию патологических состояний, ограничивает функциональный резерв организма, увеличивает риск дезинтеграции психической деятельности и развития устойчивых соматовегетативных дисфункций;
- реакции на боевой стресс по механизмам индукции могут молниеносно охватить почти весь личный воинский состав с развитием коллективной паники;
- длительный повторный стресс ведет к истощению организма, развитию психопатологии и формированию устойчивых изменений личности военнослужащего.

Многие факторы оказывают стрессогенное влияние на военнослужащих. Военные психиатры и психологи на основе изучения и анализа причин возникновения психических расстройств у военнослужащих в экстремальных ситуациях выделяют следующие *группы* психотравмирующих факторов:

- ситуационно-психогенные;
- специфически профессиональные;
- эколого-профессиональные;
- личностные.

К *ситуационно-психогенным факторам* развития психических нарушений относятся:

- постоянная угроза самой жизни военнослужащего в военной обстановке. В условиях этой угрозы он вынужден действовать, постоянно реагировать на нее; эта реакция у 95% военнослужащих проявляется через повторяющееся чувство страха;

- чувство страха, которое усиливается в случае несогласованности действий военнослужащих (недостатки военного руководства, неповиновение начальству). Также чувство страха усиливается в условиях паники отдельных воинов и покидания поля боя. Все это при определенных условиях (продолжительность, частота влияния факторов, психологическая нестабильность личности) может сломить психическое сопротивление организма, привести к эмоциональному срыву.

Если стрессовые условия в бою длительное время оказывают влияние на военнослужащего, то у него может возникнуть психологическое истощение. Постоянное эмоциональное напряжение накапливается на основе страха смерти и инстинкта самосохранения. Разрывы снарядов и гранат, гул авиации, шум боевой техники, крики атакующих и иные стрессогенные факторы ускоряют психологическое истощение воинов. Значительно обостряют эмоциональность восприятия стоны раненых, вид убитых, разрушения, завалы, пожары и т.п. раздражители.

К *специфическим профессиональным факторам*, способствующим стрессу и развитию психопатологии, относят:

- страх во время выполнения боевых задач в определенном роде войск (танковые, десантные и т.п.);
- невозможность воинов выполнять свои обязанности по причине болезни или физического недостатка (плохой подбор воинов на этапе призыва или недостатки распределения по сферам военной деятельности в зависимости от состояния здоровья после призыва или при возвращении в строй после ранения);
- плохая профессиональная готовность воинов к ведению боевых действий, особенно в определенных родах войск, требующих специфических знаний и умений;
  - неуверенность в надежности оружия;
  - недостаточность овладения военной техникой.
  - отсутствие доверия к командованию;

- дефицит объективной информации об условиях ведения будущих боевых действий, недостаточность и неопределенность поступающей информации;

- психологическая неподготовленность к выполнению конкретной задачи;

- информационно-психологическое воздействие противника на наши войска позволяет осуществлять определенное влияние на установки и поведение людей с целью изменения поведенческих и эмоциональных установок определенных групп людей и отдельных лиц;

- дефицит времени для принятия решений и осуществления боевых действий;

- факторы изоляции (при действиях в отрыве от основных сил, пребывание в изолированных укрытиях) и т.п.

**Эколого-профессиональные причины** развития стресса и психических нарушений:

- влияние экологических, региональных, климатических особенностей вместе с профессиональными (затруднение выполнения профессиональных обязанностей в сочетании с труднопереносимыми экологическими или климатическими причинами);

- применение боевых отравляющих веществ и радиационного оружия;

- факторы биологической депривации (пищи, сна, отдыха).

На основании анализа комплексного воздействия эколого-психологических факторов возникло понятие «синдром хронического эколого-профессионального напряжения», которое означает длительную дезадаптацию и выраженные нарушения в системе жизнеобеспечения организма.

Важным фактором, способствующим возникновению боевой психической травмы, является *нарушение режима сна*:

- даже после одной бессонной ночи боеспособность заметно снижается, быстро уменьшается объем памяти, в первую очередь кратковременной, что приводит к ухудшению усвоения информации и затрудняет принятие решений в ответственные моменты;

- депривация сна ведет к снижению толерантности военнослужащих к стрессу, к учащению развития невротических расстройств и к увеличению общего количества «психологических потерь» во время боевых действий;

- ухудшается реакция воинов во внезапных критических ситуациях, вовремя не используется ими адекватная самозащита и меры коллективной безопасности, что ведет к увеличению численности «физических потерь» среди военнослужащих.

*Личностные (межличностные) и социальные причины*, ведущие к стрессу и психопатологии, крайне важны. К ним относят:

- личностные особенности военнослужащих (тревожная, эмоционально лабильная, неустойчивая, диссоциальная личность);

- ухудшение отношений воина к своим профессиональным воинским обязанностям;

- выраженную склонность (или устойчивость) к панике, склонность к дезертирству, что повышает страх и неуверенность у рядом находящихся военнослужащих;

- воспоминания о тяжелых пережитых ситуациях в предыдущих боях;

- психологическую несовместимость воинов, которая создает напряженные отношения в воинских коллективах;

- неправильный педагогический подход со стороны отдельных командиров;

- жестокое и неуважительное отношение к своим товарищам, склонность к асоциальным поступкам по отношению к ним (драки, унижения);

- асоциальное поведение воинов по отношению к мирному населению: грабежи и убийства, сексуальное насилие (особенно на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство (все эти факторы повышают страх возможного возмездия воинам со стороны населения на территории военной зоны);

- отсутствие социальной поддержки со стороны общества, сослуживцев и командиров, недостаточная сплоченность воинских подразделений.

По опыту войны во Вьетнаме американские психологи пришли к выводу, что психотравмирующие факторы, с точки зрения их влияния на психику солдат, можно разделить на три *группы*:

- ***Первая группа*** (наибольшая степень влияния) включает: угрозу жизни или ранения; убийство солдат противника и местного населения; гибель своих сослуживцев, а также гибель солдат противника и мирного населения на глазах у воинов.

- ***Вторая группа*** (средняя степень влияния) характеризуется непредсказуемостью обстановки; тяжелыми климатическими условиями, изоляцией от родных и близких, от общества, возможностью попасть в плен.

- ***К третьей группе*** относятся: постоянная смена сослуживцев, рост страха быть убитыми или ранеными с приближением срока замены; осознание бессмысленности военных действий.

Эмоциональная напряженность, которая сопровождается временным снижением психических и психомоторных функций, снижением профессиональной трудоспособности, ощутимо сказывается на *поведении людей в бою*:

- склонность к панике;
- плохое выполнение боевой задачи (нежелание или психологическая невозможность);
- стремление выйти из активного боя или занять в нем пассивную позицию и т.п.

*Эмоциональное напряжение в норме:*

- входит составной частью в адаптивный комплекс как приспособительная реакция военнослужащих к меняющимся условиям внешней среды;
- создает оптимальный уровень для психофизиологических процессов, способствует лучшему использованию ресурсов организма в соответствии с требованиями ситуации;

- помогает воину в решении ряда профессиональных задач, поскольку при этом происходит мобилизация ресурсов организма;
- является залогом успешного выполнения поставленных задач, в т.ч. и военных;
- имеет физиологический предел, превышение которого сопровождается расстройством физиолого-биохимических процессов, нарушением психических функций и поведения человека, негативно сказывается на профессиональной деятельности, вплоть до развития психоэмоционального срыва.

Превышение этого предела приводит к развитию различных нарушений, которые можно разделить на три *группы*:

- **Эмоционально-моторные нарушения**, которые проявляются общей заторможенностью, или, наоборот, суетливостью, напряженностью позы, расстройствами координации движений.

- **Эмоционально-сенсорные нарушения**, выражающиеся в замедленном течении процессов восприятия, в затрудненном переключении внимания, восприятии команд.

- **Эмоционально-интеллектуальные нарушения** характеризуются замедлением мышления, снижением критичности, появлением немотивированных действий, снижением памяти до забывания простых инструкций.

Все психические расстройства военного времени специалисты объединяют в три основные *группы*.

**К первой группе** относят нарушения психики, ведущим симптомом которых является патологический страх:

- сердцебиение;
- холодный пот;
- сухость во рту;
- дрожание конечностей, охватывающее все тело;
- непроизвольное мочеиспускание и дефекация;
- функциональные параличи конечностей, заикание, потеря речи.

**Вторая группа** реакций отражает стремление воинов «вычеркнуть боевые эпизоды из памяти». Этот тип реакций возникает после боевых действий. Последствиями таких реакций чаще всего являются различные дисциплинарные проступки, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков с развитием зависимости.

**К третьей группе** реакций относят нарушения в виде «боевой усталости» после длительных боевых действий. В этой группе выделяют «боевой шок» - простую эмоциональную реакцию, возникающую через несколько часов или дней интенсивных боевых действий с чувством тревоги, депрессией и страхом, а также «боевое переутомление», которое возникает через несколько недель боевых действий средней интенсивности.

Боевая психотравма имеет *три степени тяжести*:

- **легкая психотравма**: чрезмерная раздражительность, нервозность, замкнутость, потеря аппетита, головные боли, астения;

- **психотравма средней тяжести**: психические нарушения проявляются в виде диссоциативных реакций, агрессивности, временной потери памяти, депрессии, повышенной чувствительности к шуму, патологического страха, переходящего иногда в панику, потери ощущения реальности происходящего;

- **тяжелая психотравма**: возникают нарушения слуха, зрения, речи, координации движений тревожного или диссоциативного характера.

Для боевой психотравмы характерна следующая *динамика*:

- сначала возникает психологическая травма, которая вызывает существенные изменения в душевном состоянии человека, неустойчиво нарушая его настроение, самочувствие, восприятие мира и его отношения с людьми;

- далее психологическая травма приводит к возникновению сильного эмоционального напряжения;

- затем в 20-30% случаев психологические проблемы воинов трансформируются в психиатрические (Юрьева Л.Н., 2014): «военнослужащие без предварительной психологической подготовки могут провести в зоне



боевых действий 30-45 дней. Далее психика не выдерживает, она дает сбой», т.е. появляется психопатология. Известный психиатр В.А. Гиляровский отмечал в связи с этим, что психическая травма только тогда дает невротическое расстройство, когда она в свойствах личности находит особый отклик и перерабатывается личностью.

Негативное влияние *психических расстройств* на военнослужащих:

- в зависимости от степени выраженности в разной степени снижается боеспособность воинов;
- воины выбывают из строя в связи с лечением, увеличиваются и экономические затраты на содержание военнослужащих;
- дезорганизация функционирования боевого подразделения в целом;
- возникновение алкоголизации и наркотизации среди воинов с целью снижения уровня тревоги, что ведет к формированию наркотической зависимости, к моральному разложению воинов;
- изменяется личность воинов, ухудшаются их отношения между собой, увеличивается количество конфликтов воинов между собой;
- увеличивается количество конфликтов воинов с мирным населением;
- увеличивается количество психопатологии среди мирного населения, и, как результат – увеличивается количество беженцев из зон военных конфликтов.

Затяжные, хронические, стойкие последствия длительной повторной психотравмы во время боевых действий военные психологи трактуют как «психологические потери», наблюдаемых у 70-80% лиц, вернувшихся из зоны военного конфликта.

Чаще всего у воинов, вернувшихся из зоны боевых действий, наблюдаются такие *психологические проблемы*:

- кардинальное изменение оценки реальности;
- изменение иерархии ценностей и самосознания после того, как они видели смерть;

- люди испытывают невероятное чувство одиночества, поэтому те, которые не воевали, очень редко могут понять и принять философию жизни этих воинов;

- по возвращении домой военнослужащий попадает в такую среду, где «военное поведение» производит на окружающих странное впечатление;

- у многих воинов – проявления ПТСР, панического расстройства или депрессии;

- появляются психосоматические расстройства;

- частые проявления агрессивности, особенно после того, как их не понимают окружающие;

- часто возникает негативизм ко всему, что воины видят, возникает конфликтность, несогласие с принципами мирной жизни, протест против них;

- воины не строят долгосрочных планов, преобладает жизнь одним днем;

- наблюдается «синдром выжившего» - воины чувствуют вину перед теми ребятами, которые погибли;

- в такой ситуации длительное и выраженное эмоциональное недовольство ведет к тому, что воины пытаются вернуться в прежнюю обстановку или погружаются в прием алкоголя, наркотиков.

### ***Беженцы и переселенцы из зон военных конфликтов:***

- *беженство* – массовое оставление жителями своих родных мест в результате войны или стихийного бедствия;

- *беженцами* являются лица, покинувшие страну, в которой они проживают, в силу чрезвычайных обстоятельств (военных действий), как взрослые, так и дети;

- получение *статуса* беженца позволяет вести достаточно полноценную жизнь на новой территории, но все равно за пределами своего родного дома, вне привычной жизни, без сложившихся социальных связей и т.д.;

- все эти обстоятельства усиливают и без того непростую социальную и психологическую картину жизнедеятельности беженцев.

Различают *беженцев* и *переселенцев* (перемещенных лиц). Сходство между ними в том, что и те, и другие вынуждены в силу серьезных обстоятельств, опасности, связанной с войной, оставлять свое постоянное место жительства в определенном регионе или даже покидать страну. Различия в том, что у беженцев перемещение связывается прежде всего с ущемлением, насилием над личностью, нарушением его прав и т.п.; беженцам приходится переносить очень тяжелые испытания, включая геноцид, массовое истребление людей, разрушение привычного уклада жизни, распад общества, ослабление семейных связей и т.д.

*Переселенец* – тот, кто частично испытал перечисленные лишения войны и вынужден был оставить территорию войны, предвидя дальнейшее ухудшение своей жизни (вынужденный переселенец) или вообще не испытал их, но, предвидя возможное их развитие с возможным ухудшением своей жизни на определенной территории, добровольно покинул ее с перемещением из нее в другие места и страны (добровольный переселенец).

*Факторы, способствующие развитию стресса у беженцев и переселенцев* в целом схожи с факторами, которые вызывают стресс у военнослужащих, однако и отличаются от них: ситуации, когда человек оказался свидетелем нанесения другому лицу телесных повреждений или видел растерзанное тело, или был на грани смерти в результате совершенного над ним насилия, или ситуации, когда люди стали свидетелями убийств, физических ранений, сильных шумовых эффектов (взрывы снарядов, гул техники, крики людей), запахов и т.п. ; напряженность близких и окружающих людей, потеря жилья, потеря родственника или близкого человека; плохие бытовые условия, поэтому беженцы вынуждены прятаться в подвалах, убежищах пригодных только для временного размещения и имеют минимальные условия для существования. Эти стрессовые ситуации могут негативно повлиять на состояние здоровья взрослых и детей, нередко с серьезными психологическими последствиями на длительное время. У детей дополнительными стрессовым фактором является потеря родителей.

Влияние стрессогенных факторов приводит к развитию у человека *психической (психологической) травмы*, которая:

- вызывает существенные изменения в душевном состоянии человека, нарушая его настроение, самочувствие, восприятие мира и отношения с людьми;
- приводит к возникновению сильного эмоционального напряжения;
- затяжной, хронический психологический кризис несет в себе опасность выраженной социальной дезадаптации, суицида, появления психического или психосоматического заболевания.

***Факторы, способствующие усилению влияния психотравмы на пострадавшего:***

- особенности самого травматического случая – внезапность, отсутствие подобного опыта, продолжительность, отсутствие контроля, горе и потеря, постоянные изменения, видение смерти, моральная неуверенность (отсутствие собственной выдержки), поведение во время происшествия (чувство вины, подверженность поведению), масштаб разрушений;
- состояние защитных сил личности – стрессоустойчивость, возраст, уровень умственного развития, личностная активность, физиологическое состояние человека в момент травмы, наличие психической или соматической болезни;
- отсутствие психологической поддержки окружающих, а также детей своими родителями;
- наличие психотравмирующего опыта, идентификация себя с жертвой, особенности социального окружения, одновременное воздействие многих стрессовых факторов (например, захват, отсутствие пищи и воды, унижение, насилие);
- неопределенность последствий воздействия стресса;
- нарушение сна;
- нарушение питания.

В зависимости от преобладания влияния конкретного фактора выделяют несколько *видов* психологической травмы, связанной с нарушением функционирования личности потерпевшего:

- травма привязанности;
- травма идентичности;
- травма взаимозависимости и оторванности;
- травма достижений и самоактуализации;
- травма выживания.

# РАЗДЕЛ 1. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ЛИЦ ИЗ ЗОН ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

## 1. Посттравматическое стрессовое расстройство

Распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) коррелирует с частотой и выраженностью стрессовых ситуаций в жизни человека. У 50%–80% лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, среди которых ПТСР занимает ведущее место. В мирное время группа этих пациентов малочисленна: на протяжении жизни ПТСР переносит 1% населения, а у 15% могут возникнуть его отдельные симптомы.

По шкале тяжести психосоциальных стрессов, все психосоциальные факторы, приводящие к стрессу и способствующие развитию психических и поведенческих расстройств, разбиты на *шесть* степеней, для каждой из которых приведены примеры острых и хронических стрессовых событий.

### *Шкала тяжести психосоциальных стрессов для взрослых*

1. Стрессорный фактор отсутствует. Никакие события не могут рассматриваться как острый стресс, способный вызвать заболевание, отсутствуют также устойчивые длительные стрессовые обстоятельства, которые могли бы вызвать заболевание.

2. Стрессорный фактор – слабый. Примером острого слабого стресса может служить ситуация начала или окончания учебы в школе; примером длительной слабой стрессовой ситуации – конфликты в семье, неудовлетворенность работой, проживание в районе высокой преступности.

3. Стрессорный фактор – умеренный. Примером острого стрессогенного события могут быть брак, разлука с супругом, потеря работы, уход на пенсию, аборт. Примерами хронических стрессовых ситуаций – разногласие в браке, серьезные финансовые затруднения, плохие отношения с

начальником, случай, когда один из родителей исполняет все родительские обязанности.

4. Стрессорный фактор – тяжелый. Примером острого тяжелого стресса может служить развод или рождение ребенка; примером хронического – безработица, бедность.

5. Чрезмерно тяжелый стрессорный фактор. Острый – смерть одного из супругов, диагностирование серьезного заболевания; подвержение насилию; хронический – наличие серьезного хронического заболевания у субъекта или его ребенка, наличие физической или сексуальной неполноценности.

6. Катастрофический острый стресс: смерть ребенка, самоубийство супруга, разорение в результате стихийного или иного бедствия. Хронический – пленение в качестве заложника, пребывание в концентрационном лагере.

Согласно этой шкале, стрессы, переживаемые участниками АТО, беженцами и переселенцами, принадлежат к тяжелым, чрезмерно тяжелым и катастрофическим стрессам. Следует отметить, что больные с ПТСР будут составлять особую группу пациентов в течение десятилетий.

Так, через 10 лет после окончания боевых действий в Афганистане ПТСР имели 24% ветеранов, а отдельные его признаки – у 31% и только у 45% симптомы ПТСР отсутствовали. Через 4-5 лет после возвращения из Афганистана у ветеранов выявлялся высокий уровень заболеваемости наркологической и соматической патологией. Зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ была выявлена у 30-35% ветеранов. В возрасте до 30 лет на одного больного приходилось 2,9 хронических соматических заболеваний, в возрасте от 31 до 45 лет – 3,8. Соматические заболевания очень часто были коморбидны с тревожно-депрессивными расстройствами, расстройствами адаптации и расстройствами личности и поведения. Полная социально-психологическая адаптация была выявлена только у 12% ветеранов афганской войны, частичная – у 64%, дезадаптация – у 24%.

Через 20 лет после окончания Вьетнамской войны 15% ветеранов страдали классическим ПТСР и около 50% - имело частичные симптомы этого

расстройства. С возрастом выраженность этих симптомов возрастала. 80% ветеранов имели зависимость от психоактивных веществ. Покончили жизнь самоубийством 58 тысяч ветеранов, то есть столько, сколько погибло в период войны. В больницах соматического профиля ПТСР было выявлено у 9% ветеранов.

Следует отметить, что не только участники боевых действий имеют проблемы с психическим и соматическим здоровьем, а также и члены их семей. Так, при сравнительном обследовании двух групп детей 6-15 лет (первая – дети ветеранов Афганистана, рожденные после демобилизации отцов, вторая – дети, чьи родители не воевали) было выявлено, что у детей ветеранов чаще отмечалась задержка созревания высших корковых функций головного мозга (снижение сообразительности, внимания, возможности воспроизведения). Неврозоподобные расстройства были выявлены в 56% случаев, расстройства сна, тики, заикание, эпилептиформные пароксизмы – в 38% случаев, девиантные формы поведения (агрессивность, повышенная возбудимость) и трудности обучения – в 100% случаев.

Проблема ПТСР также актуальна для сотрудников органов внутренних дел (ОВД) Украины из-за специфических условий службы, которая сопровождается высоким уровнем психоэмоциональной напряженности. Так, при проведении нами анализа психического состояния 12982 сотрудников ОВД на протяжении 2007-2012 гг., ПТСР было выявлено у 8,9% лиц. У сотрудников ОВД, которые пребывали в зоне АТО (99 человек), ПТСР уже выявлялось у 55,56% лиц.

Приведенные данные катamnестических исследований показывают необходимость своевременной диагностики, профилактики, психотерапевтической, фармакологической и психосоциальной терапии пациентов с ПТСР.

ПТСР возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического



характера, которые способны вызвать дистресс у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.п.).

К факторам риска развития ПТСР относятся следующие: характерологические особенности личности, зависимое поведение, наличие психотравмы в анамнезе, наличие хронических соматических заболеваний. Наиболее уязвимая группа: дети, подростки и пожилые.

### ***Диагностические критерии ПТСР***

Чрезвычайное травмирующее событие.

- Начало развития после латентного периода (от 3 до 6 месяцев).
- Острые вспышки страха, паники, агрессии («flashbacks»), провоцируемые неожиданными воспоминаниями о травмирующем событии. Они могут появиться даже спустя десятилетия после психотравмы.

- Нарушения сна, кошмарные сновидения, в которых воспроизводится травмирующее событие.

- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников.

- Нарушения поведения (агрессия, раздражительность, эксплозивность). Возможно антисоциальное поведение.

- Злоупотребление алкоголем и наркотиками для купирования внутреннего напряжения и травмирующих воспоминаний.

- Депрессия, суицидальное поведение.

- Вегетативные расстройства.

У значительной части лиц ПТСР хронифицируется и часто сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ. Выделяют острое (менее 3 месяцев) и хроническое (более 3 месяцев) течение ПТСР.

Клиническая картина ПТСР неоднородна. В зависимости от доминирующего психопатологического синдрома выделяют несколько его *клинических вариантов*.

***ПТСР с доминирующим дисфорическим синдромом.*** В клинической картине на первый план выступает агрессия, эксплозивность, импульсивность, аффект тоски и злобы, конфликтность. Доминируют жалобы на тревогу и депрессию, суицидальные формы поведения (суицидальные мысли, попытки), зависимость от психоактивных веществ. Такие пациенты наиболее часто лечатся у психиатра.

Пациенты с астено-невротическим, астено-депрессивным, обсессивно-фобическим, истеро-ипохондрическим и астено-ипохондрическим синдромами, которые возникают спустя 3-6 месяцев после психотравмирующего события, чаще всего первый визит осуществляют к семейному врачу или врачу-интернисту.

При ***ПТСР с доминирующим астено-невротическим синдромом*** доминируют жалобы на выраженную физическую и психическую утомляемость, головную боль, раздражительную слабость, диссомнию (расстройства засыпания, глубины и длительности ночного сна). Выражены сердцебиение и боли в области сердца, метеозависимость.

У больных с ***доминирующим астено-депрессивным синдромом*** в клинической картине ПТСР на первый план выступают жалобы на снижение настроения, нарушения сна, слабость, снижение концентрации внимания, трудности при решении проблем, вегетативные дисфункции и невозможность продуктивно работать.

При ***ПТСР с доминирующим обсессивно-фобическим синдромом*** преобладают жалобы на парестезии, неприятные ощущения в разных участках тела, сопровождающиеся тревогой и страхом, головные боли и ночные кошмары, связанные с пережитой психотравмирующей ситуацией. Пациенты фиксированы на проблемах с собственным здоровьем. Среди вегетативных проявлений чаще всего встречаются повышенная потливость и колебания артериального давления (АД).

При ***ПТСР с доминирующим астено-ипохондрическим синдромом*** помимо характерных для астенического синдрома жалоб, которые выражены

более сильно, пациенты отмечают сонливость днем и бессонницу ночью, слабость в конечностях и дрожь во всем теле. Вегетативные проявления выражены в виде чрезмерной потливости, колебаний АД и ухудшения самочувствия при перемене погоды. Внимание пациентов фиксировано на собственном здоровье и пережитой психотравме.

Специфическим феноменом для *ПТСР с доминирующим истеро-ипохондрическим синдромом* является ярко выраженное демонстративное стремление декларировать выраженную тяжесть своего состояния, вызывать сочувствие у окружающих, а также рентные установки. Среди психопатологических феноменов доминирует физическая и психическая утомляемость, дрожь и слабость в теле, головная боль, парестезии, эмоциональная лабильность и расстройства засыпания. Вегетативный симптомокомплекс выражен и чаще всего проявляется в виде головокружения, сердцебиения, колебаний АД. Характерно, что самочувствие у этих пациентов резко ухудшается в присутствии «зрителей», медицинских работников, при упоминании о психотравмирующей ситуации.

Выделяют, также, *соматоформный тип ПТСР*, в структуре которого преобладают выраженные соматоформные расстройства с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, желудочно-кишечного тракта и головы. Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами и возникают у пациентов спустя 6 месяцев после психотравмирующего события.

При отсутствии своевременной и адекватной состоянию комплексной терапии у части пациентов с ПТСР развиваются психосоматические расстройства: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие. У части пациентов выявляются признаки психоорганического синдрома с преобладающими мнестическими расстройствами или когнитивным дефицитом.

Среди неврологических симптомов преобладают когнитивные нарушения. Пациенты жалуются на снижение умственных способностей,

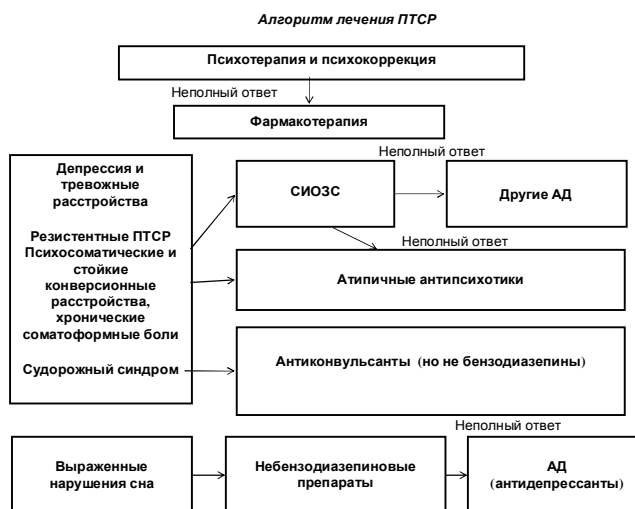
ухудшение памяти, снижение концентрации внимания, трудности при решении проблем и при принятии решений, ухудшение ориентировки в окружающей обстановке, навязчивые образы и воспоминания. Возможны жалобы на тремор и судорожные подергивания. Часты жалобы на нарушения памяти, которые проявляются, прежде всего, затруднением запоминания и удерживания в памяти той или иной информации, а также ее воспроизведения. При нейропсихологическом обследовании отмечалось наличие дефицита определенных типов памяти (вербальной краткосрочной и зрительно-пространственной) и способности концентрировать внимание, в частности, при выполнении сложных задач, которые требуют навыков интеграции различных функций. Эти расстройства обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию. Вместе с тем, пострадавшие не могут вспомнить важные детали травматического события, что обусловлено нарушениями, имевшими место в стадии острой реакции на стресс.

Наличие когнитивных нарушений при ПТСР обусловлено тем, что при хроническом стрессе превышает порог адаптации (так называемая аллостатическая перегрузка), что ведёт к атрофии и ремоделированию нейронов гиппокампа и префронтальной коры, которые вовлечены в механизмы памяти, внимания и исполнительных функций, а также к гипертрофии нейронов миндалевидного ядра, которое вовлечено в процессы страха, тревоги и агрессии.

При ПТСР выявлены следующие *морфологические изменения* в головном мозге: уменьшение размеров гиппокампа, миндалина, отдельных участков мозолистого тела и других областей мозга. Выявлена корреляция с клиническими нарушениями памяти и эмоций. Сообщается о связи между изменениями объёма гиппокампа и наблюдающимися нейроэндокринными нарушениями в организме.

***Общие принципы лечения посттравматического стрессового расстройства.***

Лечение осуществляется согласно унифицированного клинического протокола, утвержденного МЗ Украины в 2016 году, и рекомендаций по диагностике, лечению и реабилитации ПТСР.



Терапевтическая программа включает *три* этапа, каждый из которых имеет свои специфические клинические особенности и терапевтические подходы.

**На первом этапе**, этапе активной терапии, основная задача состоит в купировании доминирующей психопатологической симптоматики, агрессивных и аутоагрессивных тенденций и аффективной переоценке травматического опыта. Фармакотерапия включает комбинирование антидепрессантов, транквилизаторов, тимостабилизаторов, ноотропных препаратов, бета-адреноблокаторов и, при необходимости, нейролептиков. С первых дней лечения обязательно проводится психотерапия и психообразовательные программы для пациентов и их родственников. Длительность первого этапа – 6 месяцев.

**Второй этап**, этап стабилизирующей терапии, длится до 1 года. Основной задачей этого этапа является купирование остаточной психопатологической симптоматики, психологическая коррекция личностных посттравматических изменений и помощь пациенту в создании новой когнитивной модели жизнедеятельности. Ведущее место занимает психотерапия и психообразование.

**Третий этап**, этап профилактической терапии, длится до 3 лет. Основная задача этого этапа – поддержание оптимального функционирования пациента в семье и социуме, а также профилактика рецидива ПТСР.

### ***Фармакотерапия ПТСР***

Показаниями для назначения медикаментозного лечения являются:

- Психомоторное возбуждение, панические атаки, приступы страха;
- Депрессия, аутоагрессивное поведение;
- Агрессивное и деструктивное поведение;
- Сомато-вегетативные нарушения и когнитивные дисфункции.

Как при остром, так и при хроническом ПТСР целесообразно применение *антидепрессантов* и *транквилизаторов*, в некоторых случаях показано применение *нейролептиков*. Очень важно лечение симптоматического алкоголизма или наркоманий, которые нередки у этих больных.

Среди всего спектра *антидепрессантов* при ПТСР предпочтительны антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Среди них препаратами первой линии терапии являются *пароксетин* и *сертралин*, которые имеют значительную доказательную базу. Также, сертралин зарегистрирован в Украине как препарат, предназначенный для лечения ПТСР не только у взрослых, но и у детей и подростков. Могут применяться флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам и другие СИОЗС. Если лечение данной группой препаратов не эффективно или имеются побочные эффекты, можно назначать антидепрессанты других групп в качестве препаратов второй линии.

*Транквилизаторы* назначаются с целью быстрого купирования панических атак, тревожно-фобических, астено-невротических и астено-депрессивных расстройств. Бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, феназепам, гидазепам и др.) назначают короткими курсами (не дольше 2-3 недель) во избежание формирования синдрома зависимости.

*Ноотропы (церебропротекторы).*

В связи с тем, что при ПТСР имеются когнитивные нарушения, назначение ноотропных препаратов является необходимым. Но, классические ноотропы (например, пирацетам) имеют ряд клинических эффектов, которые не желательны для пациентов с ПТСР, так как могут спровоцировать рецидив.

При назначении «истинных» ноотропных препаратов необходимо учитывать их побочные эффекты, которые могут спровоцировать обострение ряда психопатологических симптомов у пациентов. Например, пирацетам усиливает возбудимость, раздражительность и нарушение сна, а также сексуальные дисфункции. Среди его побочных эффектов отмечаются головная боль и головокружение, дрожь, диспептические явления и учащение приступов стенокардии, слабость и сонливость. Среди нежелательных эффектов аминалона также отмечаются нарушения сна, диспептические явления (тошнота и рвота), а также повышение температуры тела. В связи с этим, целесообразно назначение комбинированных нейротропных препаратов, которые обладая всеми преимуществами входящих в его состав веществ, обладают минимумом побочных эффектов.

Среди комбинированных нейротропных препаратов, *Олатропил* является одним из препаратов, который применяется как стресс-протектор при состояниях хронического стресса, сопровождающихся нарушениями в когнитивной и психоэмоциональной сфере. Олатропил представляет собой сочетание двух «истинных» ноотропов: пирацетама (250 мг) и аминалона (125 мг). Такое сочетание позволило уменьшить дозу каждого из ноотропов по сравнению с терапевтической при их монотерапии при достижении идентичного клинического эффекта и повышении безопасности лечения. Кроме того, у Олатропила терапевтический эффект значительно шире (ноотропный, анксиолитический, антиастенический, вегетостабилизирующий, антигипоксический, стресс-протекторный) и больше показаний к применению. Помимо классических для ноотропов показаний к применению в неврологической практике (цереброваскулярная патология, деменции и психоорганические синдромы различного генеза, комплексная реабилитация

после нейротравм, нейроинфекций и нейроинтоксикаций и др.) Олатропил применяется в общей медицинской и психиатрической практике. Показаниями для его применения являются невротические и связанные со стрессом расстройства, психосоматическая патология с выраженными астено-невротическими проявлениями, психоорганические синдромы различной этиологии. Также необходимо отметить, что Олатропил применяется с целью уменьшения дозы антидепрессантов и коррекции побочных эффектов транквилизаторов и нейролептиков. При длительном, комбинированном лечении ПТСР это очень важный ресурс в терапии.

Олатропил применяется внутрь перед едой. Назначается по 1 капсуле 3-4 раза в сутки. Максимальная дозировка 6 капсул в сутки. Терапевтический эффект, как правило, развивается через 2 недели от начала лечения.

При назначении пациентам психофармакологических средств следует помнить, что у них часто развивается синдром зависимости и возможны парадоксальные реакции на некоторые препараты. Поэтому, необходимо назначать препараты с минимальным количеством побочных эффектов.

### ***Особенности психотерапии и психообразования***

*Психотерапия* является основным методом лечения ПТСР. Ее целью является помощь пациенту в «переработке» проблемы и «овладении» с симптомами, которые продуцируются в результате столкновения с травмирующей ситуацией. Один из эффективных подходов к этой цели – помощь в отреагировании травматического опыта путем обсуждения и повторного переживания мыслей и чувств, связанных с травмой, в безопасности терапевтической обстановки. Основная задача психотерапевта – помочь пациенту осознать возможности трансформации его кризисного состояния, увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни.

На этапе первичной медицинской помощи врач обязан оказать информационную и эмоциональную поддержку пациенту с ПТСР. Всем пациентам следует рекомендовать соблюдать режим дня, гигиены сна, основ



здорового питания, режима регулярной физической активности, избегание употребления алкоголя. Следует постоянно поддерживать стратегию поведения, направленную на повышение приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача. Существуют многочисленные доказательства эффективности травмофокусированной когнитивно-поведенческой терапии (ТФ-КПТ) и десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) у пациентов с ПТСР. Желательно предложить пациенту и согласовать с ним другие специализированные и высокотехнологичные виды психотерапии (терапия решения проблем, короткая КПТ).

При нарушении социального функционирования, неэффективности оказываемой первичной медицинской помощи, желании пациента лечиться в учреждениях здравоохранения, предоставляющих вторичную медицинскую помощь, обязательным является применение психообразования в качестве основы психотерапии, ТФ-КПТ, ДПДГ и установление терапевтического альянса. ТФ-КПТ проводится индивидуально (8-12 сеансов), вмешательство не должно начинаться ранее чем через 2 недели после пережитой травмы. Желательными являются стресс-менеджмент и семейная психотерапия. Групповая КПТ (травмофокусированная или нетравмофокусированная), кратковременная и долговременная экспозиционная психотерапия, арт-терапия, рациональная психотерапия могут быть рассмотрены только как дополнительные вмешательства.

На третичном уровне оказания медицинской помощи пациентам с ПТСР обязательна к применению ТФ-КПТ (экспозиция и когнитивное реструктурирование) и ДПДГ. К желательным вмешательствам относятся стресс-менеджмент, рациональная терапия и семейная психотерапия.

Психотерапия пациента с ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может длиться от 6 месяцев до нескольких лет. С близкими родственниками пациента с ПТСР также необходимо проведение психотерапии, потому что очень часто поведение больного может

способствовать развитию пограничных психических расстройств у членов семьи.

*Психообразование* является неотъемлемой частью медицинской помощи пациентам с ПТСР. Врачи общей практики-семейные врачи обязаны разъяснить в доступной форме особенности развития, клинических симптомов и лечения ПТСР. Следует предоставлять информацию о потенциально неблагоприятном воздействии алкоголя и других психоактивных веществ на течение ПТСР; положительную информацию о перспективах восстановления здоровья, необходимых сроках, о необходимости выполнения врачебных рекомендаций, а также возможностей получения специализированной медицинской помощи. На вторичном этапе медицинской помощи данному контингенту пациентов психообразование рассматривается как основа психотерапии или психокоррекции. На третичном уровне психообразование также является обязательным, вместе с проведением психосоциальной реабилитации направлено на сокращение сроков интеграции пациента в общество и улучшение функционирования.

Психообразовательные мероприятия также следует проводить с членами семьи пациентов с ПТСР. Если родственники владеют информацией об особенностях заболевания, знают, на какие моменты следует обращать внимание и каким образом следует вести себя с пациентом, это облегчает процесс излечения, помогает больному преодолеть чувство отчуждения и быстрее вернуться к полноценной жизни.

## **2. Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации**

Проблема своевременной диагностики, профилактики и коррекции расстройств адаптации в условиях социально-стрессовых событий, переживаемых сейчас украинским обществом, является чрезвычайно актуальной.

С психологической точки зрения кризис рассматривается как неудачная попытка преодоления, под которым подразумевают реакции на угрожающие проблемы или ситуации.

Выделяют следующие *типы преодолевающего поведения*:

- Поведение, направленное на решение проблемы. Этот модус поведения является основой зрелого и адаптивного преодоления. Другие типы имеют менее адаптивный характер.
- Регрессия. Вариант преодолевающего поведения, основой которого являются детские формы поведения, позволявшие в детстве решать проблемы путем перекалывания ответственности на других. Одним из вариантов регрессивного поведения считаются алкоголизм и наркомания.
- Отрицание. Восприятие реальности искажается таким образом, что проблема как-будто исчезает. Этот способ преодолевающего поведения может быть эффективным, если проблема решается сама собой. В противном случае, такая реакция только затрудняет решение проблемы.
- Инерция. Состояние бездействия, основанное на мнении пациента, что в данной ситуации ни к чему нельзя принять меры и любые действия обречены. Такой модус поведения характерен для депрессивных, тревожно-подозрительных пациентов; лиц, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами.
- Аффективные реакции. Возникновение проблемной ситуации вызывает аффективные реакции. Чаще всего это гнев (часто с вербальной или невербальной агрессией), тревога, страх, грусть и т.д. Аффективная реакция выступает в виде необходимой мотивирующей силы для осуществления преодолевающего поведения, и, очень часто, возникновение такой реакции в ответ на фрустрацию превращается еще в одну проблему пациента, которая требует психотерапевтического вмешательства.

Если попытка преодоления терпит поражение, то последовательно развиваются четыре *фазы кризисного поведения*:

1. Рост напряжения, стимулирующего привычные для данной личности способы преодолевающего поведения.

2. Дальнейший рост напряжения, возбуждения, агрессивности, уровня тревоги, диссомнии в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

3. Еще больший рост напряжения, требующий мобилизации внешних и внутренних психологических и физических ресурсов. Предпринимаются попытки использовать не характерные для личности способы преодоления.

4. Нарастание тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, нарастание дезорганизации поведения, истощение и декомпенсация.

Из кризиса можно выйти на любом его этапе, если исчезнет ситуация, которая его вызвала. Психотерапевтическая помощь показана на любой стадии кризиса, однако на 3-й и 4-й она необходима в обязательном порядке. В зависимости от степени значимости конфликта для жизненного пути личности:

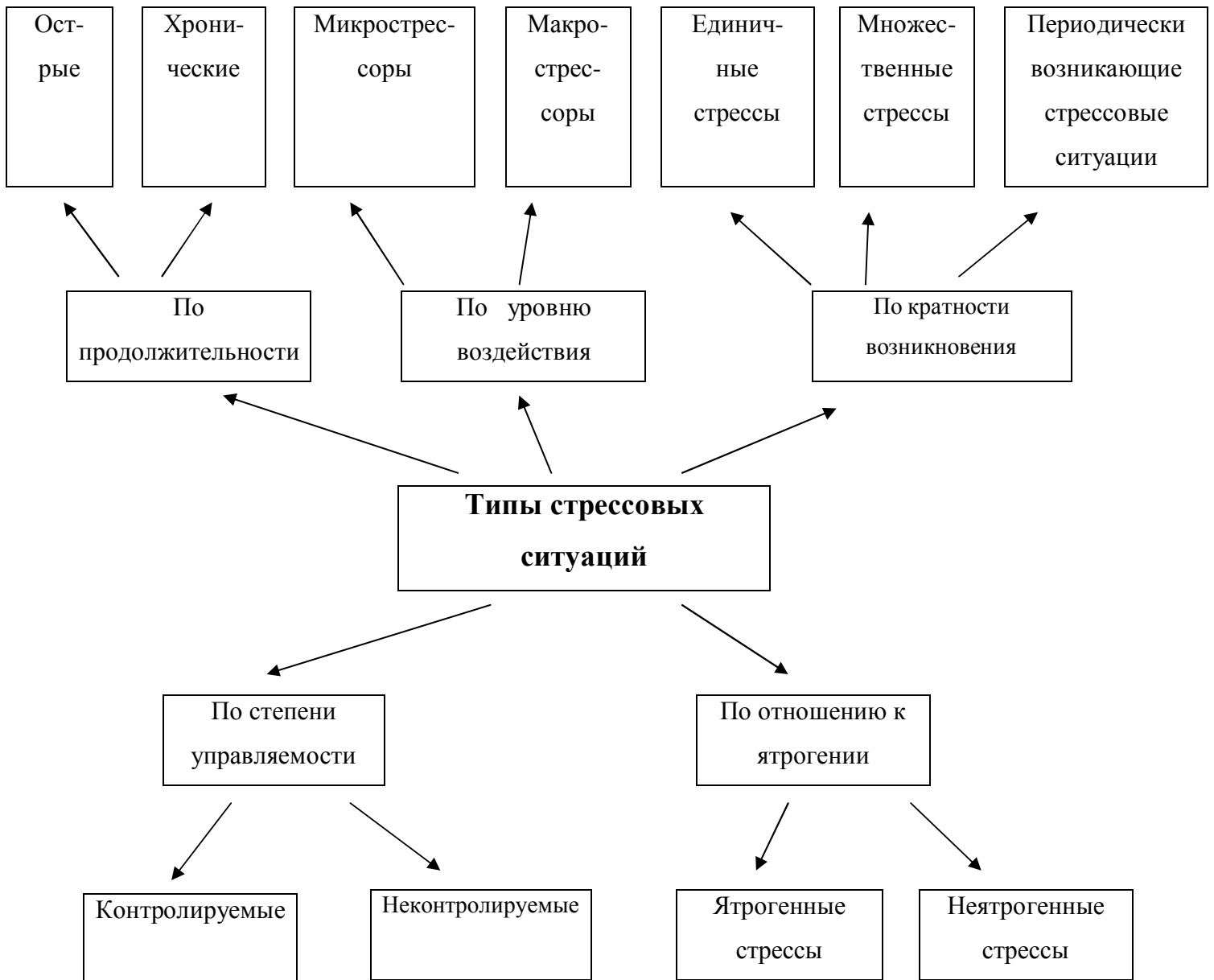
1. Кризис, в результате которого сохраняется возможность реализации и продолжения намеченного жизненного пути.

2. Кризис, в результате которого реализация намеченного жизненного сценария становится невозможной.

Для диагностики, терапии и профилактики кризисных состояний необходимы знания о характере психосоциальных стрессов и их влиянии на социальную адаптацию человека.

Анализ всего разнообразия стрессов позволил распределить их по ряду признаков и разработать следующую типологию стрессовых ситуаций (Л.Н. Юрьева, 2002):

## Типология стрессовых ситуаций (Л.Н. Юрьева, 2002)



К *острым стрессам* были отнесены чрезвычайные ситуации, возникающие внезапно и опасные для жизни (войны, природные и техногенные катастрофы, насилие, попадание в плен, нападение террористов и т.д.).

К *хроническим стрессам* были отнесены психотравмирующие события, которые были растянуты во времени и не несли прямой угрозы физической жизни (социально-экономические трудности, постоянные конфликтные ситуации в семье, на работе, экзистенциальная пустота и т.д.).

*К ятрогенным стрессам* были отнесены все стрессовые ситуации и события, которые были связаны с заболеваемостью или медицинскими вмешательствами (острые или хронические заболевания, хирургические или диагностические вмешательства, госпитализация, болезнь членов семьи, новые диагнозы, рецидивы болезни и т.д.).

*К неятрогенным стрессам* были отнесены кризисные состояния, которые не были связаны с медицинским аспектом жизни человека (кризис психосоциального развития личности, супружеские ссоры, развод, трудности в учебе или работе, денежные затруднения, столкновения с законом и т.д.).

Для каждого этапа человеческой жизни характерны специфические стрессогенные ситуации: начало посещения детского сада, начало обучения в школе, специализированном учебном заведении, служба в армии, вступление в брак, выход на пенсию и т.д.

Эрик Эриксон выделил восемь *стадий психосоциального развития* личности. Он считал, что каждая из них сопровождается «кризисом-поворотным моментом в жизни индивидуума, который возникает как следствие достижения определенного уровня психологической зрелости и социальных требований, предъявляемых к индивидууму на этой стадии». Если кризис преодолен, то личность обогащается новыми, позитивными качествами и сильными сторонами, если не преодолен – возникают симптомы и проблемы, которые могут повлечь за собой развитие психических и поведенческих расстройств.

***Первые четыре стадии*** завершаются в школьном возрасте.

***Пятая стадия*** психосоциального развития – юность (12-19 лет) – считается наиболее уязвимой для социально стрессовых ситуаций. Э. Эриксон выделяет этот возрастной период как очень важный в психосоциальном развитии и считает патогномичным для него развитие кризиса идентичности.

Кризис идентичности – это период времени, в течении которого доминирующими вопросами являются: «Кто Я?», «Как Я впишусь в мир взрослых?», «Куда Я иду?». В этот период молодым людям часто не хватает

ясного представления о своей собственной социальной роли, и они сами выбирают ту роль, которая им кажется подходящей в данной ситуации. Происходит ролевой сдвиг. Как правило, такие подростки не принимают морально-этических ценностей, которые близки их родителям и пропагандируются обществом.

В периоды социально-стрессовых событий они с легкостью вступают в различные движения, партии, секты и другие социальные новообразования. Э. Эриксон пишет, что «ум подростка в поисках вдохновляющего единства идеалов становится умом идеологическим». Он считает кризис идентичности одним из основных психологических механизмов, объясняющих историю человека и человечества. Если период юности совпадает с периодом исторических преобразований, то подростки часто прибегают к аддиктивным формам поведения, агрессии и аутоагрессии. Эти формы поведения позволяют им ослабить эмоциональные стрессы и пережить ощущение временного преодоления недостаточной идентичности.

Подростки пытаются построить собственную систему ценностей, часто вступая в конфликт со старшим поколением, отбрасывая его ценности. Классическим примером является движение хиппи.

**На шестой стадии** психосоциального развития – стадии ранней зрелости (20-25 лет) – молодые люди ориентированы на получение профессии и создание семьи. Главной проблемой, которая может возникнуть в этот возрастной период, является поглощенность собой и избегание межличностных отношений, что является психологической основой для возникновения чувства одиночества, экзистенциального вакуума и социальной изоляции. Если кризис успешно преодолен, то у молодых людей формируется способность любить, альтруизм, нравственное чувство.

**На седьмой стадии** – стадии средней зрелости (26-64 лет) – основной темой психосоциального развития является забота о близких и ближних. В этот период возможен «кризис старшего возраста», который выражается в чувстве

безнадежности и бессмысленности жизни. В периоды социокультуральных преобразований такие люди особенно уязвимы.

*На восьмой стадии* – стадии поздней зрелости (65 лет-смерть) – психосоциальное развитие в значительной степени определяется физическим и психическим здоровьем, а также зависит от личностных особенностей человека и от того, как он прожил свою жизнь. Кризис идентичности возможен и на этом, последнем этапе жизни человека. Особенно драматичен он в периоды социально-стрессовых событий, когда идеалы, ценности, дело, которому человек отдал свою жизнь, обесцениваются или даже признаются обществом вредными. И снова, как и в молодые годы, актуальными становятся вопросы: «Кто Я?», «Куда иду?», «Для чего жил?».

Психическая дезадаптация, наступившая в результате переживаемого стресса социальных изменений, может протекать как на донозологическом уровне, так и на уровне патологической дезадаптации. На психологическом уровне это может проявляться чувством социальной отверженности, чуждости новым социальным нормам и системе ценностей, осознанием собственной беспомощности и изолированности, ощущением «загнанности в клетку», потерей перспективы.

Непатологическая психическая дезадаптация чаще всего проявляется в виде начальных этапов синдрома выгорания, при котором помимо психологического дискомфорта периодически возникают нарушения сна, эмоциональная лабильность, астенические проявления, тревога, ухудшение памяти и внимания, вегетативные дисфункции. Как правило, на этом этапе социальное функционирование и продуктивность пациентов существенно не нарушены и они не обращаются за медицинской и психологической помощью. Однако, исследования, проведенные нами среди 12575 сотрудников органов внутренних дел, показали, что риск трансформации донозологических проявлений психической дезадаптации в клинически оформленные невротические и связанные со стрессом расстройства при отсутствии профилактических и коррекционных мероприятий, возрастает в 2,7 раза.



Наиболее выраженным фактором риска такой трансформации являются хронические заболевания.

Клинически оформленные нарушения адаптации выделены в МКБ-10 в отдельный диагностический таксон.

### ***F 43.2 – Расстройства адаптации.***

Согласно МКБ-10 под «расстройствами адаптации» понимают «состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительным жизненным изменениям или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может затрагивать индивидуум или его микросоциальное окружение».

В целом, клиническая картина характеризуется тревогой, беспокойством, анорексией, диссомнией, ощущением собственной неполноценности, снижением интеллектуальной и физической продуктивности, вегетативными расстройствами, повторяющимися воспоминаниями, фантазиями, представлениями о пережитой кризисной ситуации (особенно в дневное время). В некоторых случаях возможно суицидальное поведение или вспышки агрессивности. Клинические проявления возникают обычно в течение месяца после стрессовой ситуации, а продолжительность симптоматики не превышает 6 месяцев.

В психиатрической практике чаще всего встречаются следующие клинические формы расстройств адаптации: кратковременные (длительностью до 1 месяца) и пролонгированные депрессивные реакции; тревожно-депрессивные реакции; с преобладанием нарушения поведения (агрессивное или диссоциальное), также смешанное расстройство эмоций и поведения.

К врачу общей практики-семейному врачу, чаще всего за помощью обращаются пациенты с вегетативными проявлениями *стресс-синдрома*: тахикардия, приступы жара и озноба, одышка или ощущение удушья, тремор, мышечные подергивания, сердцебиение, чувство сжатия или боли в сердце, учащение пульса, потливость, сухость во рту, абдоминальный дистресс

(тошнота, понос, боли в желудке), слабость, головокружение, приливы жара или холода, частое мочеиспускание, внутренняя дрожь.

Расстройства адаптации в своем развитии проходят ряд этапов, каждый из которых имеет свои специфические психологические, психопатологические и соматические проявления, для коррекции которых необходимы как фармакологические, так и психотерапевтические методы терапии.

### ***Реакция горя.***

Примером клинической динамики адаптивного расстройства может служить *реакция горя* после смерти близкого человека. По данным статистики среди его близких и родственников резко возрастает заболеваемость психосоматическими расстройствами и смертность (от 40% и выше). Реакция на это событие возможна либо в виде неосложненной реакции горя (непатологическая психическая дезадаптация) либо в виде реакции горя в рамках расстройств адаптации.

***Неосложненная реакция горя***, которая является нормальной реакцией на смерть близкого человека, характеризуется депрессивными переживаниями, которые могут сопровождаться анорексией, бессонницей, снижением веса, чувством вины.

Неосложненная реакция утраты может возникнуть остро или быть пролонгированной (через два-три месяца). Ее длительность во многом определяется личностными характеристиками человека, его окружением и социо-культуральными традициями.

***Реакция горя в рамках расстройств адаптации*** является клинически оформленным психическим расстройством, приводящим к дезадаптации и требующим медицинского вмешательства.

***Первый этап*** характеризуется эмоциональной дезорганизацией. Как правило, он длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается вспышкой негативных чувств: паники, гнева, отчаяния. В поведении преобладает аффективная дезорганизация с временным ослаблением волевого контроля.

*На втором этапе* преобладает гиперактивность, которая длится 2-3 дня. В этот период человек чрезмерно деятелен, активен, склонен к постоянным разговорам о личности и делах умершего. В его психическом статусе доминирует эмоциональная лабильность с колебаниями настроения от дистимического с преобладанием тревожного компонента до эйфорического. Гораздо реже отмечается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. Могут иметь место неадекватные поступки (уходы из дому, негативное отношение к родственникам и т.п.).

На этом этапе целесообразно постоянное присутствие кого-либо из близких, знающих покойного, которые могут поговорить о его добродетельности и вспомнить его положительные дела и поступки. Переживающего утрату необходимо побуждать к обсуждению его чувств и мыслей, позволять выплескивать свои эмоции.

*Третий этап, этап психофизического напряжения*, длится около недели. В психическом статусе пациента преобладает тревога, нарушение сна, психофизическое напряжение; внешне они скованы и молчаливы. Такое состояние периодически может прерываться суетливой активностью, спазмами в горле или судорожными вздохами, раздражительностью.

На этом этапе уже необходимо кризисное консультирование, целью которого является оказание помощи в проработке и выражении аффекта горя. Проблема потери является центральной на данном этапе. При необходимости пациенту назначают анксиолитики и снотворные.

*Четвертый этап, этап поиска*, протекает, как правило на второй неделе с момента утраты близкого человека. В психическом статусе доминирует дистимический фон настроения, тревога, потеря перспективы и жизненного смысла. Умерший воспринимается пациентом как живущий: он мысленно беседует с ним, иногда случайных прохожих воспринимает как усопшего. В этот период возможны иллюзии, гипногагические и гипнопомпические галлюцинации. Некоторые пациенты фиксированы на своем здоровье и могут обнаруживать у себя проявления болезни, от которой скончался усопший.

Как правило, именно на этом этапе возникает необходимость в консультации психиатра и, при необходимости, госпитализация в стационар. В зависимости от доминирующего в клинической картине психопатологического синдрома целесообразно назначение транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных. Однако, психофармакотерапия является лишь трамплином к дальнейшей длительной психотерапии.

*Пятый этап, этап отчаяния,* является периодом максимальных душевных мук, который развивается, как правило, на 3-6 неделе после потери значимого близкого. В психическом статусе пациентов доминируют жалобы на бессонницу, тревогу и страх, высказываются идеи самообвинения, собственной малоценности и вины. Пациенты испытывают одиночество, беспомощность, отмечают потерю смысла жизни и дальнейшей перспективы. В этот период они раздражительны, отказываются от общения с близкими, зачастую подвергая их критике. На высоте переживания очень часто возникает загрудинная боль, сопровождаемая выраженной тревогой и беспокойством. Пациенты склонны причинять себе боль, наносить самоповреждения.

На этом этапе необходимо продолжать психофармакологическую терапию, адекватную психическому статусу пациента. Меры интенсивной опеки необходимо осуществлять постоянно. Психотерапевтическое вмешательство является первостепенным и должно быть направлено на оказание помощи в переживании, выражении и переработке аффекта горя и на решение проблемы изменений в жизни пациента.

*Шестой этап* наступает в случае неразрешения пятого этапа. В клинической картине у этих лиц преобладают невротические синдромы (чаще всего неврастенический, с преобладанием вегето-соматических нарушений), маскированные субдепрессии и депрессии.

На этом этапе необходимость продолжения фармакотерапии очевидна. Целесообразно также включать больных в кризисные группы, где пациенты, уже пережившие подобные ситуации, делятся своим опытом преодоления

болезненных эмоций, оказывают поддержку и внимание, что положительно влияет на пациентов и способствует более быстрому разрешению этапа демобилизации.

*Седьмой этап, этап реконвалесценции.* Как правило, он длится несколько недель. Пациент смиряется со случившимся и начинает возвращаться к докризисному состоянию. На этом этапе возможно прекращение терапии транквилизаторами. При хронификации тревожных расстройств и не редуцировавшихся депрессивных расстройствах лечение антидепрессантами целесообразно продолжить.

Психотерапевтические усилия должны быть направлены на решение проблем изменений (семейного положения, ролевых позиций на работе и в семье, межличностных проблем и т.п.). На этом этапе целесообразен тренинг релаксации и выработка тактики адаптации к изменившимся условиям жизни.

*Восьмой этап – рецидивирующий.* В течение первого года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивными расстройствами. Провоцирующими факторами, как правило, бывают определенные календарные даты, значимые для личности (день рождения умершего, Новый год и другие праздники, впервые отмечаемые без близкого человека и т.п.), нестандартные ситуации (успех или неудача), когда возникает потребность разделить радость или горе с близким человеком. Приступы горя могут возникать остро, на фоне кажущейся стабилизации состояния и могут завершаться суицидальными попытками.

В связи с описанными закономерностями протекания реакции горя поддерживающую психотерапию целесообразно проводить в течение года. Наиболее перспективно на этом этапе проведение поддерживающей психотерапии в посткризисных группах, работающих по принципу клуба для лиц, переживших кризисную ситуацию. Целесообразно проведение семейной психотерапии с участием членов семьи и близких людей.

Исходя из концепции барьера психической адаптации, которая объясняет возникновение пограничной психической патологии, вытекает необходимость

коррекции психолого-психиатрических последствий психосоциальных стрессов как на этапе непатологической психической дезадаптации, так и на этапе клинически оформленных расстройств адаптации.

На этапе непатологической психической дезадаптации основной задачей является повышение стрессоустойчивости, коррекция компенсаторных возможностей организма и активация его ресурсов (как биологических так и психологических). Коррекция включает в себя как фармакологические, так и психотерапевтические методы воздействия. Исходя из терапевтической задачи, решаемой на этом этапе, препарат должен обладать стресс-протективным и адаптогенным действием, стабилизировать систему нейрогуморальной регуляции, не вызывать синдрома зависимости и не препятствовать социальному функционированию человека.

Одним из немногих препаратов, отвечающих этим требованиям является препарат *Адаптол*. Это препарат с широким спектром клинической активности, обладающий свойствами транквилизаторов (анксиолитиков), ноотропов, адаптогенов, биокорректоров, антидепрессантов, гиполипидемических и антиангинальных средств. Он является стресс-протектором, не вызывает синдрома зависимости и синдрома отмены, а также сонливости и седации. Адаптол является дневным транквилизатором, он не угнетает ЦНС и не обладает миорелаксирующим эффектом. Поэтому, социальная и профессиональная активность при его приеме не нарушена. Суточная дозировка – 500мг 2-3 раза в день. Препарат принимается внутрь, вне зависимости от приема пищи. Курс лечения при непатологической психической дезадаптации – от 1 до 4-6 недель.

Психотерапевтические усилия должны быть направлены на формирование психологической толерантности к психотравмирующей ситуации и выработку продуктивных стратегий поведения в кризисной ситуации.

В отличие от этапа непатологической психической дезадаптации, основной задачей этапа клинически оформленных расстройств адаптации

является купирование тревожно-депрессивной симптоматики, нормализация сна, снятие напряжения и уменьшение вегетативных проявлений стресс-синдрома.

Анксиолитические средства назначаются кратковременно (от 1 до 3-х недель) или прерывистыми курсами. Особую осторожность необходимо соблюдать при назначении бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, феназепам, гдазепам), во избежание развития зависимости. Кроме того, необходимо помнить, что они обладают выраженными побочными эффектами (нарушение координации движений, когнитивных функций, а также могут спровоцировать депрессию). Бензодиазепиновые транквилизаторы показаны пациентам в клинической картине которых преобладают невротические расстройства с элементами возбуждения и ажитации. При расстройствах адаптации, как правило, у пациентов преобладают синдромы невротического уровня с астеническим радикалом. Поэтому в таких случаях целесообразно назначение небензодиазепиновых анксиолитиков, среди которых Адаптол является препаратом первого выбора. На этом этапе наличие анксиолитического, антифобического, антидепрессивного эффектов в сочетании с ноотропной активностью Адаптола позволяет купировать не только психопатологическую симптоматику, но и мягко корректировать когнитивные дисфункции. В малых дозах (разовая – 0,3 г; суточная – 0,9-1,2 г) Адаптол эффективен при ситуационно обусловленных эмоциональных и вегетативных расстройствах; в средних дозах (разовая – 0,6-0,9 г; суточная – 1,8-2,4 г) – при тревожно-фобических, депрессивных и психических расстройствах органического генеза; в больших дозах (разовая – 0,9-1,8 г; суточная – 3,0-4,5 г) – при мнестических расстройствах, выраженных психопатоподобных расстройствах органического генеза (в том числе, и при алкоголизме) и выраженных побочных эффектах нейролептиков.

При патологических расстройствах адаптации Адаптол принимается более длительно, курс лечения – 2-3 месяца. Препарат принимается по 500 мг 2-3 раза в сутки. Однако, при необходимости, разовая и суточная дозы могут

быть увеличены (максимальная разовая – до 3 г, максимальная суточная – до 10 г). При назначении Адаптола следует также помнить, что у людей переживающих стрессовые события в жизни, часто формируется зависимость от психоактивных веществ. Наиболее частой является зависимость от табака и алкоголя. Адаптол может назначаться также в комплексной терапии лечения зависимости от табака в дозе 500-1000 мг 3 раза в сутки в течение 5-6 недель.

При наличии депрессивной симптоматики назначают *антидепрессанты* (предпочтительно СИОЗС). В зависимости от динамики состояния, курс терапии антидепрессантами может быть длительным (при пролонгированных депрессивных реакциях, которые могут длиться до 2 лет). В среднем, его продолжительность достигает 6 месяцев.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, нортриптилин) не показаны таким пациентам, так как они обладают выраженным холинолитическим эффектом, могут вызывать когнитивную дисфункцию и сомато-неврологические побочные эффекты.

СИОЗС и СИОЗН не усиливают когнитивные расстройства, способствуют уменьшению их выраженности, но полностью не редуцируют их.

В комплексном лечении используются *психотерапевтические* методы (когнитивная и поведенческая терапия, релаксационные методы), психообразовательные программы для родственников и пациентов и психосоциальная реабилитация.

Значительная редукция выраженности психопатологических симптомов наблюдается уже через 2-3 недели. Далее, в амбулаторных условиях, пациент в течение 1 месяца продолжает терапию с акцентом на психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях.

***Расстройство адаптации, проявляющееся в виде культурального шока.***

В периоды исторических потрясений, когда происходит ломка социального и культурального стереотипов, расстройство адаптации может проявляться в виде культурального шока.



Согласно определению ВОЗ, *культуральный шок* – это состояние социальной изоляции, тревоги, депрессии, развивающееся при попадании индивидуума в условия чужеродной культуры.

Наиболее часто это расстройство наблюдается у иммигрантов, беженцев и переселенцев, а также может развиваться в ответ на радикальное изменение условий жизни в обществе.

***Синдром жертвы пыток.*** У лиц, подвергшихся насилию и пыткам, обнаружены схожие психические и поведенческие расстройства, которые были объединены в «синдром жертвы пыток». Согласно определению ВОЗ, для людей с синдромом жертвы пыток характерно недоверие, повышенная бдительность, обострение связанного со стрессом заболевания, избегание сотрудников медицинских и социальных служб, низкая самооценка и признаки поражения мозга.

*Психолого-психиатрические последствия физических и психологических пыток:*

- ощущение крайнего утомления, спутанность сознания и дезориентация;
- возможны галлюцинации и явления деперсонализации и дереализации;
- тревога, депрессия;
- чувство вины, стыда, унижения, разочарования;
- снижение самооценки, диссоциация, утрата перспективы;
- соматические симптомы;
- утрата чувства принадлежности к человеческому роду.

У лиц, подвергавшихся физическим пыткам, симптомы более выражены, чем у лиц, подвергшихся только психологическому давлению.

*Для отдаленного периода типичными являются следующие расстройства:*

- бессонница и ночные кошмары;
- тревога;
- депрессия;

- генерализованный страх;
- нарушение концентрации внимания и памяти;
- заторможенность реакций;
- ощущение общей слабости или сонливости;
- социальная отгороженность;
- соматические расстройства.

Последствия физического или психического насилия ощущает не только жертва, но и вся семья.

*Психолого-психиатрические последствия, характерные для членов семьи:*

- страх, тревога;
- депрессия;
- неуверенность в будущем;
- дезорганизация жизни;
- социальная аномалия и изоляция от общества;
- постоянная неуверенность и отсутствие информации;
- частое перераспределение ролей в семье, возможны конфликты и деление на группы, разделяющие взгляды заключенного или отрицающие их.

Дети репрессированных имеют наиболее выраженные психиатрические и поведенческие расстройства.

*Психолого-психиатрические последствия для детей, чьи родители пережили пытки:*

- социальная отгороженность;
- депрессия;
- интенсивный генерализованный страх;
- нарушения сна;
- аффективные и поведенческие расстройства;
- расстройства психологического развития;
- ухудшение поведения и снижение успеваемости;
- расстройства речи;

- возможна потеря ориентации и уход от реальности;
- сомато-вегетативные расстройства (в основном, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта).

Выраженность этих симптомов коррелировала с возрастом ребенка, продолжительностью психотравмы, степенью социальной изоляции, убедительностью объяснений близкими «исчезновения одного из родителей».

В последнем издании «Лексиконов психиатрии ВОЗ» (2001) выделено понятие «*невроз жертвы*», под которым понимают идентичность жертвы, сохраняющейся после психотравмирующего переживания, вместо восстановления позитивной идентичности.

Этот невроз наблюдается у ветеранов, которые воевали, жертв изнасилований, беженцев, заложников и жертв пыток. Кроме того, психические и поведенческие расстройства наблюдаются не только у непосредственных участников трагических исторических событий, они патогенны и для следующих поколений.

Необходимо помнить, что каждый последующий стресс уменьшает стрессоустойчивость человека и может провоцировать рецидив расстройств адаптации. Поэтому, уже на этапе первичной медицинской помощи, целесообразно внедрение профилактических и коррекционных программ, направленных на выработку устойчивости к психосоциальным стрессам. Это очень важный раздел работы, поскольку в современных условиях устойчивость к психоэмоциональному стрессу рассматривается как проблема биологической безопасности населения.

### **3. Паническое расстройство**

**Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)**

**– F 41.0.**

Слова «панический» происходит от имени греческого бога животноводства Пана, который создавал беспорядки на ровном месте, например, в полдень, во время отдыха Аркадии (создавал сильный шум,

пугающий животных и пастухов и земных духов – нимфов, от которого все бежали).

***Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)*** – повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами, вследствие чего невозможно их предвидеть. Паническое расстройство (ПР) как основной диагноз может быть диагностировано только при отсутствии любого из других тревожно-фобических расстройств.

***Распространенность*** ПР среди населения мира составляет 7-9%.

#### ***Факторы риска развития ПР.***

ПР чаще возникают во взрослом возрасте, у женщин по сравнению с мужчинами, у овдовевших, разведенных, одиноких, у лиц с длительной социальной изоляцией до 15-летнего возраста, с психологическими травмами до 15-летнего возраста, в условиях воспитания в семье с безразличием родителей к ребенку, с физическим и сексуальным насилием, у лиц с относительно невысоким уровнем образования, у городских жителей по сравнению с сельским населением. ПР чаще всего впервые появляется в возрасте после 20 лет (между 25 и 34 годами жизни у женщин и между 15 и 45 годами у мужчин).

***Семейные и генетические факторы.*** ПР чаще всего (41%) возникает у родственников первой линии родства больных с ПР.

#### ***Суицидальность больных с ПР***

Отмечается повышенная суицидальность больных с ПР, особенно в случае коморбидности ПР с депрессией (7%) по сравнению с 1% в случае наличия чистого ПР без коморбидной психопатологии. Среди суицидентов у 30% мужчин и 49% женщин в прошлом наблюдались суицидальные намерения. Большинство суицидов (73,8%) наблюдается после первой панической атаки. Основная часть суицидов осуществлялась путем передозировки лекарственных средств.

#### ***Коморбидность ПР***

ПР является коморбидным расстройством с агорафобией (52% случаев), социофобией (73% случаев), генерализованным тревожным расстройством (20%), диссоциативным расстройством (14%), с депрессивным расстройством (23%), с биполярным аффективным расстройством (20%), с алкоголизмом (13-43%), ПТСР (18% случаев). Как и другие коморбидные ПТСР состояния, в соответствии с моделью коморбидности ПТСР Н.М. Van Praag (1996), которая называется «иерархическим порядком»: депрессивные расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, алкогольная зависимость); соматоформные расстройства (ипохондрия, конверсионное и соматоформное болевое расстройство), тревожно-фобические расстройства (обсессивно-компульсивное расстройство, простая фобия), панические атаки формируются на фоне проявлений первичного ПТСР как вторичные расстройства.

ПР вытекает из клинических проявлений ПТСР: провоцируется переживаниями, возникающими в ситуациях, напоминающих события психической травмы, то есть вытекающие из проявлений синдромов «репереживаний», «избегания», повышенной активации (вегетативные проявления тревоги, нарушения сна).

Согласно нейроанатомической модели тревожных расстройств Gorman J.M., Leibowitz M.R. (1989), паническое расстройство, следуя из ПТСР, возникает при повышении возбуждения различных отделов головного мозга, чем обусловлена динамика ПР и эффективность лечения. ПТСР формируется в результате дисфункции на уровне коры и медиобазальных лимбических структур мозга. Усиление ПТСР сочетается с развитием стойкой тревоги и панических атак, возникающих при дисфункции ретикулярной формации мозгового ствола. После прекращения панической атаки сохраняется дисфункция на уровне медиобазальных образований мозга и мозговой коры, которая когда-либо может превратиться в дисфункцию стволую. Авторы модели отмечают, что для купирования панической атаки необходимы препараты, которые быстро снижают активность мозгового ствола

(бензодиазепиновые транквилизаторы), тогда как для профилактики возникновения ПР, а также для лечения больных ПТСР необходимо купирование медиобазальной и корковой дисфункции, для чего эффективны антидепрессанты, нейролептики, некоторые противозепилептические препараты, а также психотерапия.

Высокую вероятность развития ПР у больных с ПТСР, по данным патопсихологического обследования больных ПТСР, характеризует тревожность как личностная черта, проявляющаяся в седьмой шкале (психастении) опросника СМИЛ (от 60Т до 70Т). ПР, сопровождающиеся ПТСР, проявляются увеличением 7-й шкалы (психастении). Также выявлено, что в случае возникновения ПР на фоне ПТСР происходят изменения в индивидуальном психологическом профиле больного в сторону повышения шкал, по которым не наблюдалось акцента в преморбиде.

При ПР появление панических атак провоцируют тяжелые переживания с напоминанием психотравмы, а повторные ее мучительные воспоминания (репереживания) ведут к активизации проявлений ПТСР.

*Синдром «репереживаний»* при ПТСР обнаружен у 75,21% больных. Он проявляется повторными воспоминаниями травматических событий, которые носят навязчивый характер, а в 61,53% случаев повторными кошмарными сновидениями психотравмирующих событий. Эти расстройства вызывают у больных мучительные переживания, страдания, психологический дискомфорт. Внезапные наплывы ярких образных воспоминаний военных событий, сопровождающихся чувством пребывания в пережитой травмирующей ситуации («возвращающиеся видения»), наблюдаются в 35,04% случаев. У ряда больных воспоминания возникают в ответ на раздражители, сходные с пережитыми в условиях боевых действий (шум работающей техники, раскаты грома и др). У части пациентов репереживания наблюдаются при пробуждении или алкогольной интоксикации. Они отличаются транзиторностью и отчужденностью от реальных событий, а также поведением, которое напоминает такое во время боя (перебежки, ползание по-пластунски, внезапные

падения, возгласы, команды). У ряда больных выражены страдания в ситуациях, которые ассоциируются с психотравмирующим событием или напоминают о нем.

Все виды указанных репереживаний боевых событий являются основой для возникновения панических атак у военнослужащих и беженцев, побывавших в зоне боевых действий. Предшествует развитию панических атак рост проявлений *синдрома повышенной активации*: у больных усиливаются расстройства сна, концентрации внимания, чрезмерная настороженность, раздражительность и вспышки гнева по малозначимым поводам, бурное появление вегетативных нарушений (сердцебиение, затруднение дыхания, гипергидроз, дрожь в теле, боль, дискомфорт, позывы к мочеиспусканию и др.)

Результатом ПТСР является развитие фобического поведения избегания в пределах ПР. *Синдром «избегания»* наблюдается в 57,26% ПТСР и сопровождается борьбой с мыслями и чувствами, повторяющимися у больного и связанными с военной психической травмой. Часть больных предпринимает усилия по избеганию ситуаций, напоминающих психотравмирующие события (встречи с родными и близкими погибших, участие в мероприятиях, посвященных их памяти, уклонение от бесед, отказ от просмотра телепередач и чтения статей в периодической печати о войне и др.) Ряд пациентов избегают сна в связи с возможным развитием кошмарных сновидений на темы военных событий. Часть лиц пытаются забыть события военного времени с выраженными психотравмирующими ситуациями, у них наблюдается защитная психогенная амнезия с трудностями последовательного изложения всех обстоятельств психотравмирующей ситуации. Часть пострадавших, стремясь забыть психотравмирующие события на войне, употребляют алкоголь, который способствует снижению уровня тревоги и некоторому временному успокоению. Алкогольная зависимость у военнослужащих и беженцев часто формируется на фоне ПР, патогенетически связанного с ПТСР, в результате систематического приема алкоголя для смягчения феноменов «репереживания» и «избегания». Если же такие избегания для больных, переживших психотравму в условиях

военных действий, оказываются бесполезными или невозможными, то это приводит к резкому нарастанию тревоги и формированию панических атак.

При сопоставлении клиники ПТСР больных, у которых отсутствовали коморбидные состояния, с такими, которые сочетались с коморбидными состояниями, выявлено влияние коморбида на проявления ПТСР. Фобическое поведение избегания, являющееся основой развития ПР, усиливает феномен «избегания» ПТСР, который становится ярче и возникает чаще. Взаимовлияние этих феноменов изменяет личность больных, которые становятся более замкнутыми, стараются избегать общения со старыми друзьями, даже с членами семьи, не хотят завести новых знакомых, возникает стремление к изолированному и уединенному образу жизни, становятся маловыразительными эмоциональные реакции больных к родным и близким, исчезают чувства любви, сострадания, даже к самым близким людям, способность радоваться жизни, появляются жалобы на чувство потери смысла жизни, отсутствие перспективы, появляется отход от долгосрочного планирования, убеждение в том, что не смогут сделать карьеру, создать счастливую семью, иметь детей, жить в достатке и т. д. У ряда больных отмечается потеря профессионального интереса, а также интереса к делам, которые до появления расстройства были предметом активной деятельности (занятий спортом, посещение зрелищных мероприятий, семейный отдых на природе, охота, рыбалка и др.)

### ***Классификация панических атак***

1) *Спонтанные* панические атаки – возникают неожиданно, без видимых причин.

2) *Ситуационные* панические атаки провоцируются переживанием определенной психотравмирующей ситуации или же чувством ее ожидания.

3) *Условно-ситуационные* панические атаки возникают чаще под действием биологического или химического стимула (прием алкоголя, перестройка гормонального фона при менструальном цикле), но эта связь прослеживается не всегда.



#### 4) *Типичные и атипичные* панические атаки.

##### ***Клинические проявления ПР***

Наличие панических приступов, а также невозможность их предвидеть, формируют со временем уклончивое поведение с уходом от ситуаций, вызывавших ранее появление панических состояний. У больных ПР со временем возникает тревога, которая может провоцировать повторные приступы в тех ситуациях, в которых произошел первый приступ. У них быстро формируется страх ожидания повторных приступов. Страх ожидания проявляется между приступами: ощущение опасности, связанное с ожиданием панического приступа, а также с возможностью попасть в унизительное положение при его развитии. У большинства больных ПР сочетается с агорафобией. После серии панических атак формируется страх повторения приступа, сопровождающегося типичным для агорафобии избеганием ситуаций, где военнослужащим или беженцам не могла бы быть быстро оказана помощь в случае приступа паники. Больные опасаются военных действий с высокой вероятностью собственного летального исхода. Больных пугает толпа сослуживцев, мосты, тоннели, закрытый транспорт. В тяжелых случаях военнослужащие с ПР отказываются выходить из укрытий. В дальнейшем приступы могут повторяться спонтанно или только в ситуациях, вызывающих тревогу.

##### *Типичные панические атаки*

Паника выражается острой интенсивной тревогой. Паническая атака является очерченным периодом интенсивной тревоги или дискомфорта с соматическими и когнитивными симптомами. При панической атаке, в отличие от генерализованного тревожного расстройства, тревога характеризуется эпизодической очерченностью, большей остротой, меньшей продолжительностью и внезапностью развития. Паническая атака начинается при отсутствии какого-либо фактора, вызывающего страх. При этом тревога достигает максимальной интенсивности не более, чем за 10 мин, весь приступ длится 20-30 мин, редко более часа. Если больной сообщает о большей

продолжительности приступа, то скорее всего речь идет не о собственно приступе, а об одном из следующих вариантов: состояние возбуждения или разбитости, что занимает несколько часов после приступа; волнообразное повторение нескольких панических состояний, что является не паническим расстройством, а, например, проявлением тревожной депрессии.

У больных ПР наблюдается психопатология с преходящими эмоционально-поведенческими и когнитивными расстройствами, а также функциональными кардиоваскулярными, респираторными, диспепсическими, неврологическими нарушениями.

*Эмоционально-поведенческие расстройства* проявляются в виде чрезвычайно сильной тревоги, ощущения близкой смерти, выраженного двигательного беспокойства с паническим бегством или обездвиженностью, проявлений невротической аллопсихической деперсонализации и дереализации.

*Когнитивные нарушения* представлены разной степени выраженности затруднениями сосредоточения внимания, нарушениями памяти, сообразительности.

*Кардиоваскулярная симптоматика* проявляется увеличением частоты сердечных сокращений и сердцебиением. *Респираторные* нарушения характеризуются диспноэ, болью или дискомфортом в груди, учащением дыхания, чувством нехватки воздуха и неполноты вдоха. Пациенты, напуганные своим состоянием, часто считают, что они могут умереть от сердечной или дыхательной недостаточности, требуют их направить на осмотр к врачам общей практики (кардиологам, терапевтам), вызывают скорую помощь. Функциональные расстройства, похожие на *неврологические*, наиболее часто представлены тремором тела, вздрагиваниями, парестезиями, потливостью и нарушениями сна. *Диспептический* симптомокомплекс проявляется тошнотой, рвотой, абдоминальными болями, диареей. Симптомы панической атаки исчезают быстро или постепенно. Частота приступов варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев.

Наряду с типичными паническими атаками выделяют и атипичные. Об *атипичном* эпизоде говорят при развитии диссоциативных расстройств в виде «ощущения кома в горле», афонии, амавроза, мутизма, онемения или слабости в конечностях. При атипичных панических атаках отмечаются атаксия с нарушением походки, вытягивания, выворачивание, сведение рук, судороги в мышцах конечностей, многократная рвота, преходящий псевдопарез. Редко наблюдаются дереализационные и деперсонализационные расстройства: «тошнота» в голове, «сноподобное состояние», чувство «удаленности и обособленности» окружающего (так называемая «невротическая» или «истерическая» деперсонализация). Кроме того, наблюдаются панические атаки, при которых выраженных эмоциональных нарушений выявить не удастся, так называемые панические атаки без страха. Названия этих приступов имеют много синонимов: «паника без паники», «паника в виде различных соматических расстройств», «алекситимическая паника», «маскированная, скрытая тревога». Перечисленные состояния часто наблюдаются у больных, которые обращаются за первичной медицинской помощью в отделение кардиологии и неврологии, и крайне редко встречаются среди больных психиатрических клиник.

При оценке степени тяжести ПР учитывается количество симптомов в структуре самой панической атаки и частота панических приступов в течение месяца.

*Легкое расстройство:* в течение последнего месяца однократная паническая атака имела менее 4 симптомов.

*Умеренное расстройство:* в течение последнего месяца наблюдалось 4 атаки.

*Тяжелое расстройство:* в течение последнего месяца наблюдалось 8 атак или 4 атаки за неделю с количеством симптомов, превосходящих диагностический минимум.

В динамике расстройства могут наблюдаться как периоды активного его течения, так и улучшения состояния. Полную ремиссию регистрируют, если в

течение последних 6 месяцев не наблюдалось панических атак любой степени выраженности.

О неполной ремиссии свидетельствует состояние, промежуточное между полной ремиссией и легкой степенью панического расстройства.

### ***Диагностические критерии ПР по МКБ-10***

#### *Клинические диагностические критерии:*

А. Панические атаки возникают при отсутствии связи с определенной ситуацией или обстоятельствами (стрессы, физические или психические перегрузки и др.), вследствие чего невозможно их предвидеть.

Б. Панические атаки характеризуются следующими признаками:

- 1) четко ограниченный во времени эпизод интенсивной тревоги или недомогания;
- 2) внезапное начало;
- 3) продолжительность не менее нескольких минут, интенсивность симптоматики достигает максимума очень быстро;
- 4) структура атаки должна содержать не менее 4 симптомов из приведенных ниже, при этом наблюдается хотя бы один симптом из пунктов а-г:

*Вегетативные симптомы:* а) усиленное или учащенное сердцебиение; б) потливость; в) дрожь или тремор; г) сухость во рту (не обусловленная приемом препаратов или дегидратацией).

*Симптомы, относящиеся к груди и животу:* д) затруднение дыхания; е) чувство удушья; ж) боль или дискомфорт в груди; з) тошнота или абдоминальные дистресс (например, жжение в желудке);

*Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:* и) чувство головокружения, неустойчивости; к) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или собственное «Я» удалилось или «находится не здесь» (деперсонализация); л) страх потери контроля над собой, сойти с ума или наступающей смерти; м) страх смерти.

*Общие симптомы:* н) приливы или чувство озноба; в) онемение или ощущение покалывания.

В. Состояние не является следствием соматического расстройства и не соответствует критериям органического психического заболевания, шизофрении, аффективного или соматоформного расстройства.

*Психологические диагностические критерии:*

а) наличие элементов эмоциональной дезорганизации деятельности – методики исследования внимания, мышления и памяти, позволяющие объективизировать пониженную (при генерализованном тревожном расстройстве) или колеблющуюся (при панических тревожных расстройствах) способность к осмыслению, пониманию и сосредоточенности, а также выявить снижение общего уровня умственной работоспособности;

б) тип сообщения уровней ситуативной (реактивной) тревожности и личностной тревоги:

1) группа методик, определяющих объективное соотношение уровней тревоги и тревожности:

- для ПР уровень реактивной тревожности выше уровня личностной тревоги;
- для генерализованного тревожного расстройства уровень примерно одинаков;
- для тревожно-депрессивного расстройства уровень личностной тревоги выше уровня ситуативной тревожности;

2) показатели уровня тревоги и тревожности с использованием проективных методик.

*Параклинические диагностические критерии:*

Для данной нозологической формы специфических изменений в показателях ЭЭГ, РЭГ, биохимических исследованиях не обнаруживается.

Течение ПР хроническое с ремиссиями (возможны кратковременные и длительные, многолетние ремиссии) и обострениями. В 50% случаев состояние заметно не редуцируется, характеризуется стойкостью психопатологии. В дальнейшем депрессивные расстройства развиваются в 70% случаев,

фобические расстройства – у 44% больных. Сочетание ПР с агорафобией приводит к более тяжелому течению и ухудшает прогноз.

***Дифференциальная диагностика функциональных соматических проявлений тревоги и клинически похожих на них расстройств при соматических заболеваниях***

Острый симптом тревоги	Соматическое расстройство с похожими симптомами	Особенности симптомов при соматическом заболевании
Расстройства легочного дыхания (затруднение дыхания, ощущение нехватки воздуха)	Сердечная недостаточность	Частое поверхностное дыхание, затрудненное дыхание усиливаются в положении больного лежа
	Пневмония, плеврит	Лихорадка, кашель
	Легочная астма	Затруднение дыхания во время вдоха
	Хронические обструктивные заболевания легких	Хронический кашель, очень часто курение табака, желтая мокрота при отхаркивании
Головокружение, ощущение утраты равновесия или склонность к эпизодам потери сознания	Ортостатическая гипотензия	Ухудшение состояния во время быстрого перемещения тела в вертикальное положение или длительного стояния, снижение артериального давления

	Вертиго	Провокация во время поворота головы, свободного перемещения по дороге, во время остановок
Сердцебиение и повышение частоты сердечных сокращений	Пароксизмальная предсердная и наджелудочковая тахикардия	Острое начало с высокой частоты сердечных сокращений свыше 120 в минуту
	Пролапс митрального клапана	Систолические щелчки во время открытия митрального клапана или поздний систолический шум
	Эктопии или экстрасистолии желудочков	Ощущение возникновения внеочередного сердцебиения
	Опухоль надпочечников	Быстрое, внезапное развитие очерченных эпизодов гипертонии и тахикардии
	Тиреотоксикоз, гипотиреозидизм	Мелкий тремор, потливость, признаки сердечной недостаточности
	Гипогликемия	Симптомы появляются через 2-4 часа после приема пищи

Потливость, гипертермия, озноб	Менопауза	Женский пол, возраст менопаузы или состояние после оперативного вмешательства по удалению яичников
Тошнота, рвота, абдоминальные расстройства	При многих болезнях	Клиническое дифференцирование затруднено, возможно только на основе результатов дополнительных методов обследования желудочно-кишечного тракта
Деперсонализация- дереализация	Височная эпилепсия	Наличие главных признаков эпилептических припадков с этим расстройством
Звон в ушах, головокружение	Гипервентиляция	При гипервентиляции такие расстройства возникают во время частого и быстрого дыхания



Боль или дискомфорт в груди	Стенокардия	Возникает после функционального напряжения, эмоционального напряжения, секса и переедания
	Инфаркт миокарда	Сильные сжимающие боли с иррадиацией в лопатку
	Остеохондроз грудного отдела позвоночника	Боль в спине во время физического напряжения

***Дифференциальная диагностика панических атак, мезодиэнцефальных и височных висцеро-вегетативных эпилептических припадков***

Критерии сравнения	Панические атаки	Мезодиэнцефальные эпилептические припадки	Височные эпилептические припадки
Возраст манифестации	Молодой, 20-30 лет	Любой	Любой
Основные механизмы развития	Психогенез	Эпилептогенез	Эпилептогенез
Провоцирующие факторы	Увеличивающие уровень личностной тревоги до уровня патологической	Комплекс факторов, провоцирующих пароксизмальный эпилептогенез	Комплекс факторов, провоцирующих пароксизмальный эпилептогенез

Начало припадка	Постепенное	Быстрое	Быстрое
Наличие предприпадочных расстройств	Да (тревожность, колебания настроения, ухудшение сна), разнообразие состояний от одного эпизода к другому	Нет	Иногда (преиктальные неврозоподобные или аффективные состояния), однообразие состояний перед припадками
Длительность состояния	От 10 до 30 минут, максимально до 1 часа, пик выраженности – через 10 минут после начала	До 1,5-2 минут	до 1-1,5 минут
Стереотипность симптоматики в пределах припадка	Нет	Да	Да
Возникновение состояния в определенное время суток	Нет	Преимущественно в первой половине дня	Преимущественно во второй половине дня, вечером, в первой половине ночи

Изменение сознания	Нет или аффективное сужение сознания у истерических личностей	Нет	Помрачение сознания или отсутствие расстройства сознания только при простых парциальных припадках
Возможность появления коллаптоидных состояний	Да	Возможно снижение артериального давления во время припадка с быстрым восстановлением после окончания припадка	Нет
Стремление больного к гипервентиляции	Да	Нет	Нет
Возможность купирования состояния с помощью дыхания в закрытое пространство	Да	Нет	Нет
Расстройства	Все виды	Не характерны	Не характерны

сна	инсомнии (пресомнии, интрасомнии или постсомнии)		
Сочетание состояния с другими психическими расстройствами	С агорафобией, ПТСР, депрессией	Нет	С неврозоподобными и аффективными приектальными и постиктальными состояниями
Закономернос- ти дальнейшей трансформации	В невротическое развитие личности (тревожное)	При наличии вторичной темпорализации – в височные висцеро- вегетативные припадки	Простые парциальные припадки могут трансформироваться в сложные и во вторично- генерализованные судорожные и бессудорожные
Патопсихоло- гия	Эмоционально- лабильная или демонстратив- ная личность Высокий уровень реактивной тревоги	Особенностей нет	Особенностей нет или наличие патопсихологии, органического расстройства личности или деменции эпилептического происхождения

Результаты МРТ, КТ, ПЭТ	Патологии нет (в случае отсутствия коморбидной патологии мозга)	Могут быть признаки органического поражения головного мозга	Могут быть признаки органического поражения головного мозга
Результаты ЭЭГ	Дисфункция стволовых и медиобазальных структур мозга Отсутствие эпилептической активности и топической патологии	Эпилептическая активность в виде нижнестволовых билатерально-синхронных разрядов полифазных комплексов или (и) пик-волн	Эпилептическая активность в виде височного очага с локально-регионарными разрядами полифазных комплексов или (и) пик-волн
Эффективность лечения	Антидепрессанты групп SSRI, SSNRI, NASSA, RIMA, малые дозы нейролептиков (кветирон, сонапакс), ГАМК-эргические антиэпилептические препараты (прегабалин)	Бензодиазепино-вые транквилизаторы, антиэпилептические препараты	Бензодиазепино-вые транквилизаторы, антиэпилептические препараты, антидепрессанты в межприступном периоде

## *Лечение ПР*

Существуют два основные лечебные направления: *медикаментозная терапия* и *когнитивная психотерапия*. Длительность лечения больных ПР от 6 до 12 месяцев.

### *Медикаментозная терапия*

Выделяют несколько стратегий лечения панического расстройства: первая – купирование самой панической атаки; вторая – предупреждение (контроль) панической атаки и вторичных по отношению к панике проявлений (агорафобии, депрессии, ипохондрии и т. д.). Психотерапия при ПР с ПТСР у военнослужащих и беженцев, переселенцев из зон военных конфликтов направлена на коррекцию проявлений ПТСР, провоцирующих панические атаки (переживания, которые возникают в ситуациях, напоминающих психотравму).

Для купирования острого эпизода панической атаки используются медикаментозные средства и психофизиологические приемы. Наиболее эффективными препаратами являются *бензодиазепины*, из них более предпочтительны препараты быстрого действия: диазепам, лоразепам в среднетерапевтических разовых и суточных дозах. Возможно как пероральное, так и внутривенное введение препаратов. Купирование атаки достигается через 15-30 минут после введения лекарства (диазепам 1-2 мл 0,5% раствора внутримышечно однократно). Бензодиазепины при панических атаках имеют очень ограниченное использование, предназначаются только для купирования самой панической атаки, но не для курсового лечения.

К психофизиологическим приемам купирования пароксизма относятся: обучение релаксации, переход на диафрагмальное дыхание, дыхание в пакет, в закрытое пространство в течение нескольких минут.

Поддерживающая, профилактическая терапия, направленная на закрепление результатов (контроль панических атак), восстановление уровня социальной адаптации, преодоления агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и предотвращение ранних рецидивов (в

течение первых 4-6 мес после назначения лечения), включает назначение препаратов, обладающих антипаническим эффектом.

*Назначение психотропных медикаментозных средств лечения при ПР*

Для предупреждения развития панических атак, для поддерживающего лечения больных:

*1. Антидепрессанты*

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: пароксетин 20-40-60 мг однократно в сутки, флуоксетин 20-40 мг однократно в сутки, флувоксамин 100-150 мг в сутки;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина: венлафаксин 75-150-300 мг в сутки;
- норадренергические и специфические серотонинергические активаторы: мirtазапин 15-30-45 мг в сутки.

*2. Нейролептики первого и второго поколения:* ризидазин 10-25 мг в сутки, рисполепт 2-4 мг в сутки, кветиапин 25-100 мг в сутки, сульпирид 50-100 мг в сутки.

*3. Антиэпилептические препараты:*

- ГАМК-ергические препараты: прегабалин 150-300 мг в сутки, габапентин 150-300 мг в сутки, вальпроаты до 1500 мг в сутки;
- производные иминостильбена: карбамазепин 200-600 мг в сутки, окскарбазепин 150-300 мг в сутки;
- производные барбитуровой кислоты: бензонал 50-100 мг в сутки.

*Дополнительные медикаментозные мероприятия при ПР (в комплексе с психотропными препаратами по показаниям, не относятся к основным лекарственным средствам):*

- бета-адреноблокаторы: пропранолол 20-80 мг в сутки, бисопролол 1,25-2,5 мг в сутки;
- альфа-адреномиметики: клонидин 0,2-0,5 мг в сутки;
- блокаторы кальциевых каналов: верапамил до 240 мг в сутки;

- вегетативные гармонизаторы (белласпон 1-2 драже, беллатаминал 1 таблетка);
- препараты общеукрепляющего действия (фитин, витаминотерапия В1, В6, С);
- препараты стимулирующего действия (настойка женьшеня, лимоника, экстракт элеутерококка жидкий).

**Алгоритм оказания психиатрической помощи  
больным с ПР**

**Жалобы:** сердцебиение, боль в груди, ощущение нехватки воздуха, головокружение, чувство нереальности; вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или сойти с ума; страх развития следующей панической атаки



**Обследование:** клинико-патопсихологическое, психологическое, параклиническое



**Диагноз установлен**

↓ Нет

↓ Да

Действия:	Лечение:
Стационарное и амбулаторное клиническое наблюдение с целью дифдиагностики с тревожно-фобическими F 40.0 – F40.2 и другими тревожными расстройствами F41.1, F41.2, проявлениями тревоги, включенными в структуру некоторых соматических болезней (гипер- и гипотиреоз, ИБС,	Препараты общеукрепляющего действия, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты-седатики, вегетативные гармонизаторы, препараты стимулирующего действия, психотерапия.



феохромацитома, ревматоидный артрит и др.).	
---	--



Достигнуты ожидаемые результаты:  
 Паническое расстройство: прекращение или значительное снижение частоты приступов паники и коморбидных расстройств, а также редукция поведения избегания.

↓ Нет

↓ Да

Действия: наблюдение, социально-психологическая реадaptация, решение медико-социальных экспертных вопросов	Реабилитация: когнитивный тренинг, стимуляция социальных связей и семейное консультирование.
--	--



Достигнуты ожидаемые результаты



Действия: наблюдение, социально-психологическая реадaptация, решение медико-социальных экспертных вопросов	Диспансеризация
--	-----------------

### ***Психотерапия***

Согласно клиническим протоколам различают такие эффективные *виды* психотерапии при ПР:

а) *поведенческая психотерапия* в виде систематической десенсибилизации и рациональных действий, частота проведения – 3 раза в неделю, продолжительность 2-3 месяца;

б) *индивидуально-ориентированная психотерапия* проводится как индивидуально, так и в рамках групповой психотерапии, направлена на выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению невротического состояния, на достижение у больного

осознания причинно-следственной связи между особенностями системы отношений и заболеванием; на изменение отношений больного, коррекцию неадекватных реакций и форм поведения; частота 3-5 раз в неделю, продолжительность 3-4 недели (в стационаре), затем – амбулаторно;

в) *наркопсихотерапия* (с препаратами барбитуровой кислоты: барбамил, гексенал, тиопентал натрия и др. или с газовой смесью азота и кислорода) – когда реализация лечебных внушений проводится в условиях повышенной гипнабельности, обусловленной развитием фазовых состояний; после внушений обязательным является проведение функционального тренинга непосредственно после окончания внушения; частота 3 раза в неделю, 10-12 месяцев;

в) *аутогенная тренировка* – модификации, направленные на развитие и укрепление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания; проводится ежедневно в течение 3-4 месяцев;

г) *транзактный анализ* – проводится 2 раза в неделю в течение 1,5-2 месяцев;

д) *гипнотерапия* – направлена на фиксацию внимания на расслаблении, на коррекцию эмоциональных нарушений, восстановление настроения; проводится ежедневно, всего 8-20 сеансов.

Психотерапевтическое лечение начинает применяться на этапе поддерживающей психофармакотерапии и продолжается еще некоторое время после прекращения приема лекарств, во многом облегчая процесс их отмены. В настоящее время наиболее распространенной при ПР является поведенческая и когнитивная психотерапия. Ее применение позволяет уменьшить уровень тревоги в фобических ситуациях и редуцировать страх ожидания приступа. Когнитивная психотерапия направлена на коррекцию зафиксировавшихся ложных представлений больных, в соответствии с которыми на неугрожающие жизни соматические ощущения у пациентов возникают гиперболизированные реакции. Несмотря на то, что поведенческие методы психотерапии при лечении ПР в настоящее время считаются наиболее эффективными, необходимо

учитывать, что, положительно влияя на симптоматику заболевания, они могут оставить незатронутыми невротические структуры, сформированные в детстве. Это, в свою очередь, может положить конец начальным успехам лечения и привести к появлению новых симптомов или к восстановлению старых.

Для лечения ПР с успехом применяется индивидуальная и групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основной целью которой является достижение положительных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Применение групповой формы психотерапии тем более оправдано, если при ПР у пациентов часто возникает ограничительное поведение, социальная дезадаптация и нарушения в сфере межличностного функционирования. Однако, учитывая необходимость обеспечения психотерапевтической помощью возрастающего количества больных ПР в условиях военных действий, без повышения материальных затрат, но при сохранении степени эффективности лечебного воздействия, становится очевидной необходимость использования краткосрочных групповых методов психотерапии.

К таким методикам относится метод групповой психотерапии, который сочетает теоретические основы и принципы интерперсональной и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Такая интеграция позволяет учитывать в лечебной работе факторы внутренней (интрапсихические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности, при этом психотерапевт получает возможность смещать акценты при анализе внутриличностных и межличностных проблем. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента теряют свой доминирующий смысл. Это влечет за собой снижение интенсивности невротической симптоматики. Наблюдается уменьшение и

внутриличностной проблематики, в частности, за счет улучшения отношения пациента к себе (повышение самооценки).

Критерии определения эффективности лечения больных ПР: исчезновение или значительное сокращение частоты приступов паники и коморбидных расстройств, а также редукция поведения избегания.

#### **4.Тревожно-фобические расстройства**

Пребывание на войне – экстремальная ситуация, когда человек постоянно находится в сильнейшем психоэмоциональном стрессе, преодолевая его волевыми усилиями. Обходится это очень высокой ценой: почти у всех участников боевых действий неизбежно происходит изменение в физическом и психологическом состоянии.

У всех обследованных, получивших ранения в ходе локальных войн или в период вооруженных конфликтов, отмечают разной степени выраженности изменения психического состояния, которые проявляются реакциями на эмоциональный и физический стресс. Эти изменения могут варьировать от относительно кратковременного ощущения дискомфорта с различными симптомами эмоционального напряжения до психических расстройств невротического и психотического регистров.

Военнослужащие по признаку психического здоровья делятся на *три группы*:

- психически здоровые,
- с нервно-психической неустойчивостью,
- с психическими расстройствами.

Психически здоровые лица пригодны к военной службе без ограничений, однако, из-за влияния различных негативных факторов определенный процент среди них может перейти в группу с нервно-психической неустойчивостью. В случаях, когда нагрузки превышают возможности военнослужащего, у него, на основе этой нервно-психической неустойчивости, могут формироваться психические расстройства.

По данным мировой статистики:

- нервно-психическими расстройствами страдает каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений,
- среди раненых и калек – каждый третий.

Психические нарушения, по данным разных авторов, возникают у 20-70% лиц, принимающих участие в вооруженных конфликтах. В 3-4 раза увеличивается заболеваемость психическими расстройствами во время военных действий, по сравнению с мирным временем. У военнослужащих, находившихся в зоне боевых действий больше трех месяцев, выявлены наиболее показательные и выраженные психические нарушения.

При оценке распространенности психических расстройств в условиях войн, катастроф, террористических актов и чрезвычайных ситуаций целесообразно выделять как минимум две основные группы: *психические расстройства острого и отдаленного периода*.

В отдаленном периоде у военнослужащих (потерпевших) наиболее распространенным является ПТСР, также наблюдаются различные формы затяжных психических расстройств (*фобии, тревожные, конверсионные и обсессивно-компульсивные расстройства, депрессивные состояния*), которые могут наблюдаться в течение недель, месяцев или лет после войны. Характер этих расстройств чаще всего обуславливается не только психогенной, но и «соматической» травмой, полученной в ходе войны, и тем самым определяется не только психическим, но и соматическим здоровьем комбатантов (пострадавших).

Психические расстройства в структуре реактивных состояний у пострадавших представлены преимущественно реакцией на тяжелый стресс, которая протекает в виде аффективной дезорганизации психической деятельности с аффективным сужением сознания, нарушением произвольной регуляции поведения. Впоследствии, в связи с эмоционально-когнитивной переработкой психотравмирующего события, зачастую развиваются *тревожно-фобические расстройства*, смешанные тревожные и депрессивные

расстройства, а также ПТСР, расстройства адаптации. При этом у одних пострадавших отмечаются депрессивные, тревожно- депрессивные состояния, у других происходит заострение характерологических особенностей или формирование посттравматических изменений личности с устойчивыми нарушениями социальной дезадаптации.

В течение длительного времени врачи всего мира сообщают, что у многих «комбатантов» (от франц. *Combattant* – воин, боец; в международном праве – лица, входящие в состав вооруженных сил и непосредственно принимающие участие в военных действиях) оказываются *тревожно-фобические*, поведенческие расстройства и признаки органического поражения мозга. Эти симптомы могут возникать во время боевых действий, ведь в большинстве случаев они развиваются или усугубляются позже, через год-два после возвращения домой. Для них характерны высокие уровни немотивированной тревоги с мучительными переживаниями, при которых чаще всего отмечали панические атаки, с характером навязчивости.

***Тревожно-фобические расстройства*** – группа расстройств, при которых возникновение тревоги связано с конкретными ситуациями или объектами, которые на данный момент не опасны, но переживаются с чувством страха или избегаются больными.

*Распространенность* многократных эпизодов тревожно-фобических расстройств – до 1% населения.

Тревожные расстройства возникают вследствие хронического эмоционального перенапряжения (стресс) различного происхождения (социогенного, психогенного, биогенного) на почве сенситивности человека. Эти расстройства объясняются динамическим взаимодействием диспозиционных, пусковых, поддерживающих факторов. При формировании и развитии расстройств решающую роль играют процессы оперантного и классического обусловливания; имеет место и обучение по патогенетическим моделям. Это многофакторные модели, которые формируются на основе

комплексного взаимодействия различных интернальных и экстернальных факторов.

*Этиологические и патогенетические* процессы развития фобических реакций могут происходить на разных уровнях: нейропсихологическом, нейроэндокринном, генетическом.

Генетические исследования подтверждают, что эти расстройства могут быть обусловлены наследственными факторами, формироваться в семье при наследовании установок, воспитания, социальной адаптации. Состояния возникают на особом психастеническом конституционном фоне, для которого характерны тревожность, мнительность, эмоциональность, застенчивость. Начало и фиксация расстройства проходят по типу условного рефлекса. Сначала страх возникает при наличии патогенной ситуации, затем при ее упоминании, и, наконец, заполняя мышление человека, превращается в особую навязчивость.

*В клинической картине* тревожно-фобических расстройств ведущее место занимают следующие симптомы:

- доминируют тревога и страх на фоне выраженного эмоционального напряжения;
- фабула страха связана с насилием, угрозами, физической и психической травмой;
- динамика определяется риском повторных эксцессов насилия и ситуацией зависимости, недозволенности криминальной ситуации, повторными угрозами;
- в ситуациях зависимости, риска повторных эксцессов насилия – тревожно-подавленное настроение, формирование внутриличностных комплексов с фантазиями, вторичные личностно-характерологические реакции с радикалами тревожности, зависимости, конформности.

### ***Агорафобия (F40.0)***

*Агорафобия* (греч. Αγορα – площадь и греч. Φοβος – страх) – боязнь открытых дверей, открытого пространства; расстройство психики, в рамках

которого появляется страх скопления людей, что может потребовать неожиданных действий; бессознательный страх, испытываемый при прохождении без провожатых большой площади или безлюдной улицы, невозможность вернуться в безопасное место, страх потерять сознание в людном месте, отсутствие мгновенного доступа к выходу.

Проявляется в бессознательном виде как защитный механизм.

Эта фобия может быть получена в реальной жизни из-за страха чего-то, что связано с людьми, событиями и эмоциональными травмами от людей.

Приступ может провоцироваться нахождением в магазине, толпе, кинозале, театре, поездкой в метро, лифте, самолете.

*Страх сопровождается:*

- вегетативными симптомами (сухость во рту, тахикардия, профузная потливость, тремор);
- торако-абдоминальными симптомами (одышка, боль в груди, тошнота, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте);
- психическими симптомами (дереализация, деперсонализация, страх потерять над собой контроль).

Больные стараются избегать ситуаций, когда они могут остаться без сопровождения близкого человека в местах, откуда им трудно выйти самостоятельно. Некоторые пациенты не выходят из дома, боясь повторений приступов страха, что нарушает их жизненный стереотип и социальную адаптацию; иногда больные отказываются от любой деятельности вне дома, пытаются спрятаться от звукового и зрительного воздействия.

***Клинические диагностические критерии:***

- Чаще встречается у женщин.
- Начало с вегетативных или психологических симптомов, которые являются первичным проявлением тревоги.
- Тревога ограничена наличием конкретных ситуаций или возможностью их возникновения.



- Страх пребывания в местах или ситуациях, выход из которых может быть затруднен или где невозможно оказать помощь.
- Избегание фобических ситуаций вплоть до изменения жизненного стиля.
- Наличие панических атак с нарушением дыхания, сердцебиением, одышкой, потливостью, дрожью, парестезиями, приливами жара или холода, дискомфортом в грудной клетке, страхом смерти, страхом сойти с ума.

**F40.00** Агорафобия без панического расстройства

**F40.01** Агорафобия с паническим расстройством

***Психологические диагностические критерии:***

- Наличие интрапсихического конфликта невротического типа различной степени выраженности:
  - группа методик, характеризующих особенности самооценки и соотношение ее с уровнем притязаний в значимой деятельности;
  - методики определения локус контроля;
  - методики, определяющие тип отношения больного к болезненным проявлениям;
- Наличие повышенного уровня тревожности – группа методик, которая объективизирует уровень тревожности;
- Наличие преморбидных личностных особенностей: психастеноидных личностных радикалов тревожных и (или) эмотивных личностных радикалов – группы опросников, которые определяют тип, выраженность и направленность акцентуаций характера и темперамента.

***Параклинические методы исследования.***

Специфические изменения в показателях электроэнцефалограммы (ЭЭГ), реоэнцефалограммы (РЭГ), биохимических исследований не обнаруживаются; особенно важное значение в диагностике имеют психологические методы исследования. Существенное значение имеют параклинические методы для исключения соматических заболеваний.

### ***Социальные фобии (F40.1)***

*Социальные фобии* характеризуются боязнью одной или нескольких социально опасных ситуаций, в которых люди испытывают страх повышенного внимания со стороны других лиц, боязнь оказаться в центре внимания, замешательство и стыд в присутствии окружающих.

Социальные фобии манифестируют обычно в подростковом и юношеском возрасте и провоцируются особыми ситуациями в школе – ответом у доски, сдачей экзамена, необходимостью выступать на сцене, необходимостью контактировать с учителями, воспитателями, лицами противоположного пола. Общение с близкими страха не вызывает.

Больные боятся ситуаций, когда им нужно совершить какое-либо действие в присутствии посторонних, предусматривается возможность негативной оценки этих действий. Такие пациенты стараются не посещать вечеринки, боятся говорить, писать в присутствии посторонних, пользоваться общественным туалетом. Больные опасаются, что окружающие заметят этот страх и будут насмехаться над ними, при этом отношение к страху у них всегда критическое, но избавиться от него не могут, что приводит к пониженной самооценке.

#### ***Клинические диагностические критерии:***

- Начинаются в подростковом возрасте.
- Навязчивый страх оказаться в центре внимания в сравнительно малых группах людей.
- Одинаково часто встречаются как у мужчин, так и у женщин.
- Избегание психотравмирующих ситуаций вплоть до полной социальной изоляции.
- Фобии *изолированные* – относятся к конкретным ситуациям, например, страх публичных выступлений, боязнь приема пищи на людях, встреча с людьми противоположного пола, страх покраснеть и т.п. или *диффузные* (генерализованные) – относятся к любым социальным ситуациям вне семьи, наряду с этим появляются идеи малоценности, отношения; эти нарушения

чаще всего встречаются при синдроме скоптофобии – страх показаться смешным, проявить свою ущербность на людях, что приводит к избеганию контактов.

- Сочетание социальных фобий с пониженной самооценкой и страхом критики.
- Сочетание социальных фобий с вегетативными нарушениями (покраснением лица, тремором рук, тошнотой, позывами к мочеиспусканию).

**Психологические, параклинические диагностические критерии** такие же, как в случае агорафобии (F40.0).

### ***Специфические (изолированные) фобии (F40.2)***

**Специфические (изолированные) фобии** – страх, который ограничивается строго определенными ситуациями.

Столкновения с предметом, который вызывает фобию, усиливает тревогу, поэтому для больных характерно избегание фобических ситуаций и объектов. Кроме навязчивых страхов, больным присущи обсессии (навязчивые мысли) и импульсии (навязчивые действия).

Включают: фобии животных – зоофобию (чаще собак), клаустрофобию (замкнутых пространств), акрофобию, фобию экзаменов, грозы, темноты, высоты, полетов в самолетах, мочеиспускания и дефекации в общественных туалетах, приема определенной пищи, лечения у зубного врача, вида крови или повреждений, заболеть определенным заболеванием – нозофобия, страх вождения транспорта и т.д.

### ***Клинические диагностические критерии:***

- Чаще возникают в детском или молодом возрасте.
- Характеризуются активизацией сильной тревоги в конкретной ситуации.
- Устойчивый страх перед одной или несколькими ситуациями.
- Тенденция к избеганию ситуаций, которые вызывают фобию.
- Снижение повседневной активности в зависимости от того, насколько трудно избежать ситуаций, взаимоотношений с людьми.
- Вегетативные симптомы.

*Психологические и параклинические диагностические критерии* такие же, как и при наличии агорафобии (F40.0).

Специфические фобии относят к *отставленным* постстрессовым расстройствам.

К числу *факторов возникновения* специфических фобий относятся:

- психотравмирующие ситуации;
- спонтанные панические атаки в ситуации, которая в дальнейшем становится триггером фобии (например, внезапный испуг в случае неожиданной катастрофы, обстрела, налета, взрывов);
- негативное информационное сообщение (например, повторные новости в СМИ об авариях, обстрелах и прочее).

Под влиянием боевых стресс-факторов у военнослужащих могут возникать различные фобические расстройства, со временем достигающие патологического уровня. Зарегистрированы невротические фобии с патологически выраженными страхами конкретных предметов или ситуаций. *К наиболее распространенным фобиям военного времени относятся: «страх мин», «страх снайперов», «страх самолетов», «страх танков», уверенность в своей близкой смерти и др.*, сопровождающиеся в ряде случаев потерей критического понимания того, что происходит и возможностей целенаправленной деятельности. Характерными проявлениями этих состояний являются ощущение внутреннего дискомфорта, напряженности, раздражительности. Также характерны пароксизмальные состояния с ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом.

**Клаустрофобия** – страх перед замкнутым пространством, например, в укрытии во время нанесения ударов противником (сопровождается неосознанным желанием оставить это укрытие, несмотря на еще большую угрозу безопасности снаружи).

*Для того, чтобы уменьшить влияние этих факторов, бойцу необходимо практиковать «тактическое дыхание», по крайней мере 2-3 вдоха-выдоха. Обязательно вдыхать носом, выдыхать ртом, не смотреть по сторонам. Найти*

точку на уровне глаз и сосредоточить на ней взгляд. Обычно такое состояние проходит через 3-5 минут, максимум через 10-15 минут.

*Кровь и вид тяжелых травм, разрушений, тяжелые ранения и смерть боевых товарищей, разрушение укрытий, зданий и боевой техники, как правило, парализует неподготовленную для хладнокровного восприятия психику человека. Вид трупов, оторванных рук, ног, крови, пульсирующей из открытой раны, разрезанного тела или подавляет человеческую психику, или вызывает неадекватную активность у воинов. Звук мины, которая летит может стать причиной панических реакций. Запахи могут дополнить и усилить негативное влияние.*

*Для коррекции этих состояний необходимо выполнять следующие рекомендации: Знать и изучать свои реакции. Позволить себе горевать по погибшим. Беречь себя. Не делать вид, что ничего не чувствуете. То, что Вы чувствуете – позволяет оставаться Вам человеком. Однако не позволяйте своим чувствам управлять Вашими действиями. Не действуйте под влиянием эмоций. Допускайте слезы, злость, страх, грусть, горе. Говорите об этом с товарищами. Найдите для этого время и место. Не бойтесь напугать близких своими рассказами. Найдите человека (друга, священника, психолога), которому можно рассказать.*

***Факторы, которые вызывают наибольшее напряжение и страх при ведении боевых действий:***

- смерть боевых товарищей – 50%;
- внешний вид тяжело раненого (погибшего) – 29%;
- световые и шумовые эффекты боя – 8%;
- горящий военный транспорт – 5%.

У 90% людей, которые являются участниками боевых действий, страх имеет ярко выраженные формы.

По опыту второй мировой войны испытывают наибольший страх:

- 39% - перед боем,
- 35% - в бою,

- 16% - после него,
- 10% - не в состоянии определить ничего.

### ***Страх в бою***

В поведении военнослужащих, находящихся в состоянии страха во время боя, наблюдаются следующие *элементы*:

- отсутствие реакции или неверная реакция, заторможенная реакция на оперативные изменения обстоятельств в ходе боя;
- прекращение ведения огня;
- открытый отказ выполнять приказ;
- стрельба в сторону, в воздух;
- попытки съежиться, спрятаться в укрытии или на дне окопа;
- стремление не смотреть в сторону противника;
- неконтролируемые движения, попытки побега от источника опасности.

#### ***Коррекция чувства страха в боевой ситуации:***

- Одним из методов является *отказ от детального обдумывания ситуации* (именно обдумывание этих деталей и порождает тревогу) и мгновенное включение для преодоления препятствий по принципу: «волка бояться в лес не ходить».
- От накручивания страшных мыслей и негативных образов хорошо помогает *техника «Выключатель»*. Когда трудно избавиться от мыслей, которые порождают тревогу и страх, представьте что эта навязчивая мысль большой выключатель, потянитесь к нему и выключите. И все, тишина. Вы выключили эту мысль.
- *Техника нормализации дыхания*. Собираем весь страх, который нас охватил и шумно с усилием выдыхаем его до полной пустоты в груди. На выдохе освобождаемся от трусости, а вдыхаем смелость. Вдыхаем спокойно, чувствуя, как энергия, проникая внутрь, наполняет нас решимостью. Представьте, что вы выдыхаете темные пятна, клубы дыма, а вдыхаете – успех, силу. Выдыхаем слабость, вдыхаем силу. Выдыхаем страх, вдыхаем решительность. Изменив

дыхание, характерное для страха, на любой другой, вы почувствуете себя спокойнее и сможете трезво оценивать ситуацию.

Дыхание восстанавливает внутреннюю гармонию и целостность, а *страх не властен над гармоничной личностью*. Дыхание является эффективным способом воздействия на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое дыхание, обеспечивает высокий уровень активности организма. Изменяя ритм дыхания, продолжительность вдоха и выдоха, человек может влиять на изменения многих функций организма, в том числе психических. Существует два вида дыхания: нижнее (брюшное) и верхнее (ключичное). Нижнее дыхание используется, когда необходимо преодолеть излишнее волнение, побороть тревогу и раздражительность, максимально расслабиться для быстрого и эффективного отдыха.

*Упражнение «Квадратное дыхание»*. Сидя или стоя, необходимо сбросить напряжение с мышц и сосредоточить свое внимание на дыхании. Далее проводится 4 этапа единого цикла дыхания. На счет 1-4 осуществляется медленный вдох, при этом живот выпячивается вперед, мышцы живота расслаблены, а грудная клетка неподвижна. На следующие четыре счета (1-4) проводится задержка дыхания и плавный выдох на 6 счетов (1-6), сопровождается подтягиванием мышц живота к позвоночнику. Перед следующим вдохом снова следует пауза на 2-4 счета. Дышать нужно только носом и так плавно, как-будто перед вашим носом на расстоянии 10-15 см висит перышко, и оно не должно колыхнуться. Уже через 3-5 минут такого дыхания вы заметите, что стали спокойным и уравновешенным. Результатом выполнения этой техники будет психологический покой.

### ***Шкалы для диагностики тревожно-фобических расстройств***

Наиболее удобными для изучения фобических нарушений является шкала самооценки тревоги *Шихана* и шкала фобий *Маркса - Шихана*.

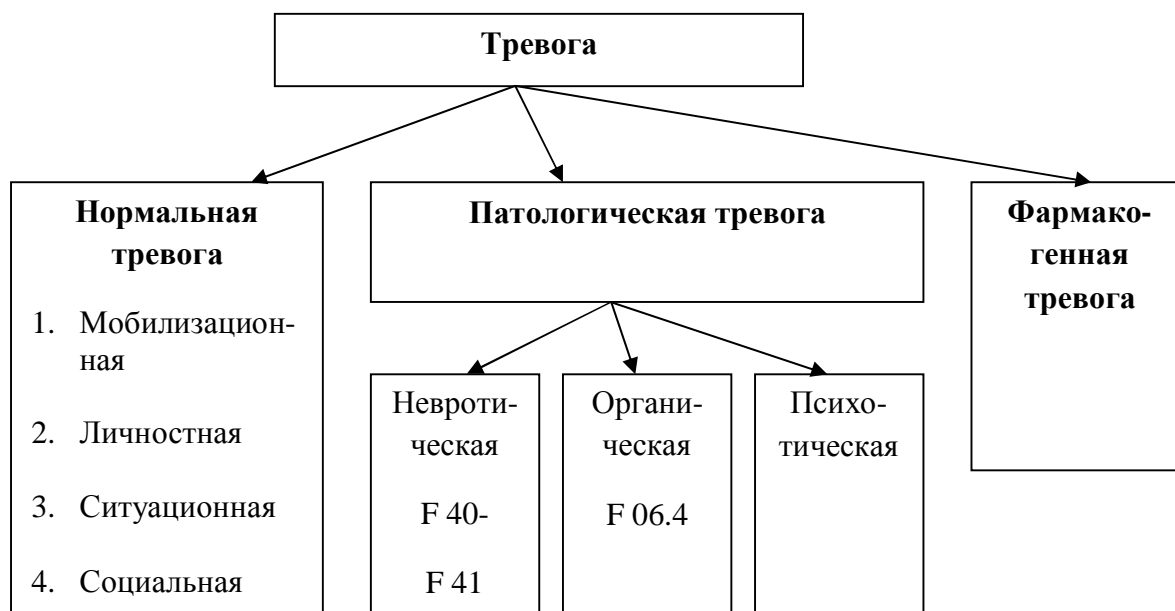
*Sheehan Patient Rated Anxiety Scale (Sheehan Patient Rated Anxiety Scale - SPRAS)* содержит 35 пунктов (симптомов), охватывающих практически весь спектр клинических проявлений патологической тревоги (фобических, обсессивных, инсомнических, вегетативных, алгических и др.) и других психических расстройств (деперсонализация, ипохондрия, депрессия).

*Шкала фобий Маркса-Шухана (Marks-Sheehan Phobia Scale)* позволяет проводить достаточно точную и дифференцированную оценку степени тяжести самой фобии и связанного с ней феномена избегания фобических ситуаций. Такая особенность рассматриваемого «инструмента» особенно ценна, так как клиническая динамика феномена избегания реализуется не всегда строго параллельно динамике фобии, его определяющей. (Sheehan D. V., 1983).

### ***Лечебная программа тревожно- фобических расстройств***

Лечебная программа тревожно-фобических расстройств является дифференцированной и разрабатывается с учетом *типологии тревоги* (Л.Н. Юрьева, 2002).

### **Типология тревоги (Л.Н. Юрьева, 2002)**



I. *Психотерапия* является основным методом в сложном терапевтическом комплексе, она направлена на изменение нарушенной системы отношений больного, коррекцию неадекватных эмоций, реакций и форм поведения.



## ***Когнитивно-поведенческая терапия***

ВОЗ определяет когнитивно-поведенческую терапию как *средство номер один* при лечении тревожно-фобических расстройств. Этот вид лечения состоит из *поведенческой* и *когнитивной* терапии, каждая из которых дополняет друга.

*Задача* поведенческой терапии: формирование у пациента новых форм поведения, которые позволяют контролировать мысли и поступки. Больной человек осознает свои страхи и тот факт, что ими можно управлять. Основным инструментом в этом виде лечения является проживание больным ситуаций, в которых возникают приступы страха. В начале терапии картины моделируются в воображении пациента, затем – в реальной жизни. С каждым новым сеансом сложность и продолжительность задач увеличивается. Прохождение через собственные страхи позволяет индивиду убедиться в отсутствии реальной опасности для его жизни и понять, что болезнь поддается контролю.

### ***Методы терапии***

1. *Декатастрофикация* или техника «а что, если?». Предназначена для исследования действительных фактических событий и тех последствий, которые существуют только в воображении клиента, нанося ему психологический ущерб, вызывая чувство тревоги. Эта техника помогает клиенту подготовиться к последствиям, связанным со страхом, а также полезна для уменьшения избегания травмирующих ситуаций.

2. *Десентизация* – техника, использующая тренинг релаксации и составления иерархии фобий с целью обучения пациентов спокойно реагировать на объекты и ситуации, которые их пугают.

3. *Переоценка* – проверка достоверности действия альтернативных причин того или иного события. Пациенты с синдромом тревожности часто винят себя в том, что происходит и даже в возникновении своих синдромов («Я неправильно думаю, и поэтому я больной»).

4. *Децентрация или деперсонализация мышления* применяется при работе с пациентами, которые чувствуют себя в центре внимания окружающих и

страдают от этого, например, при социофобии. Такие пациенты всегда уверены в собственной уязвимости к мнению окружающих о них и всегда настроены на ожидание негативных оценок. Они быстро начинают чувствовать себя смешными, отвергнутыми или подозреваемыми.

*Частота проведения* – 3 раза в неделю. *Продолжительность* – 23 месяца.

*Цель терапии:* когнитивная терапия – рациональные воздействия, направленные на исправление когнитивных ошибок; поведенческая – систематическая десенсибилизация.

*Методика проведения:* повторное и систематическое погружение в ситуации, которые провоцируют тревогу, в последовательности от менее к более угрожающим. *Формы:* индивидуальная, групповая (в закрытых группах).

При лечении тревожно-фобических расстройств также используют другие виды психотерапии.

### ***Индивидуально-личностно-ориентированная психотерапия***

*Частота проведения:* 15 раз в неделю, *продолжительность* одного занятия – 11,5 часов. *Продолжительность* стационарного периода – 34 недели, амбулаторного лечения – до 6 месяцев. *Цель терапии:* выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению невротического состояния, достижения у больного осознания причинно-следственной связи между особенностями системы отношений и заболеванием; изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения. *Методики:* групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия. *Формы:* индивидуальная, групповая в открытых и закрытых группах.

### ***Аутогенная тренировка***

*Цель:* развитие и укрепление процесса саморегуляции, самоконтроля и самообладания, навыки релаксации. *Методики:* амбулаторно 1 степень классической аутогенной тренировки по Шульцу, репродуктивные тренировки в модификации А. Панова и соавт. *Формы:* обучение индивидуально и в закрытых группах, самостоятельные тренировки. *Частота:* в условиях

стационара ежедневно 1 занятие с врачом и 2 занятия самостоятельно. *Продолжительность* 1 занятия – 0,5 часа; амбулаторно – 23 занятия в неделю, продолжительность в стационаре – 1 месяц; амбулаторно – 3 месяца, в дальнейшем возможно постоянное самостоятельное использование аутогенной тренировки.

### ***Гипнотерапия***

*Цель:* расслабление, седация эмоциональных нарушений, восстановление настроения. *Методики:* внушение по Иванову, удлиненная гипнотерапия по Рожнову, гипноотдых по Платонову, фракционный гипноз, ступенчатый активный гипноз по Кречмеру. *Формы:* индивидуально и в открытых группах. *Частота:* ежедневно, время одного сеанса – 12 часов. *Продолжительность:* 810 сеансов.

**II. Медикаментозное лечение** используется в комплексной терапии при неэффективности психотерапии.

#### ***Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):***

- препараты первого выбора при агорафобии, паническом расстройстве, социофобии;
- начало лечения от минимальных доз с постепенным их повышением;
- целесообразно назначение анксиолитика в первые 24 недели лечения;
- побочные эффекты: усиление тревоги, нарушение сна, тошнота, возникающие на начальной стадии лечения,
- отмена путем постепенного снижения дозы для предупреждения синдрома отмены (кроме флуоксетина).

#### ***Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН):***

- препараты первого выбора при агорафобии, паническом расстройстве, социофобии, с минимальными побочными эффектами при малых и средних дозах и возможностью повышения дозы для достижения норадренергического эффекта в случае необходимости;
- начало лечения с минимальных доз с постепенным повышением;
- целесообразно назначение анксиолитика в первые 24 недели;
- побочные эффекты (усиление тревоги, нарушение сна, тошнота), которые возникают на начальной стадии лечения, повышение потоотделения и

уровня артериального давления в случае принятия высоких доз; • отмена путем постепенного снижения дозы для предупреждения синдрома отмены.

#### ***Ингибиторы моноаминоксидазы:***

- назначаются только в случае неэффективности препаратов первого выбора (СИОЗС, ИОЗСН)
- не назначаются в амбулаторной практике в связи с высокой частотой тяжелых побочных эффектов;
- во время лечения тревожно-фобических расстройств используются только ингибиторы МАО обратимого действия;
- начало лечения от минимальных доз с постепенным повышением;
- побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, нарушение сна, симпатoadреналовый криз.

#### ***Трициклические антидепрессанты:***

- назначаются только в случае неэффективности препаратов первого выбора (СИОЗС, ИОЗСН);
- не назначаются в амбулаторной практике в связи с высокой токсичностью в случае суицидальных действий;
- начало лечения от минимальных доз с постепенным повышением;
- побочные эффекты: тремор, гипергидроз, сухость во рту, диплопия, седация, нарушения мочеиспускания, ортостатическая гипотензия.

#### ***Анксиолитики:***

- обеспечивают быстрый эффект в случае ПР, социофобии;
- назначаются на период не более 24 недель в связи с угрозой развития зависимости.

### **5.Аффективные расстройства**

#### ***Кризисные состояния, связанные с нарушениями в эмоциональной сфере.***

Согласно наблюдениям современных отечественных ученых значительное количество деструктивно-дестабилизирующих и социально-обусловленных стрессогенных факторов влияет на клинические проявления, особенности течения и лечебно-диагностические мероприятия у больных, страдающих психическими расстройствами, в том числе пациентов с аффективными расстройствами. Кроме того, нарушения в эмоциональной сфере (в первую очередь тревога, тоска или апатия) присущи практически всем

кризисным состояниям. С позиций кризисной психиатрии целесообразно, на наш взгляд, обсуждение тех аффективных расстройств, в клинике которых эмоции определяют, в первую очередь, клиническую картину психического расстройства. По МКБ-10 к ним принадлежат: органические аффективные расстройства (F06.3), аффективные расстройства в результате употребления психоактивных веществ (F1), собственно аффективные расстройства (F3) и психогенные аффективные расстройства (F43) как самостоятельные нозологии, так и как коморбидные состояния (установление нескольких диагнозов позволяет МКБ-10, хотя и мало применяется в практике психиатрии). Опять же, кризисный характер психопатологического состояния предопределен, в первую очередь, не столько «органической природой», влиянием психоактивных веществ или «эндогенным характером», но его психогенной природой. Мы считаем нужным объяснить это понятие (психогении) потому, что его толкование разными психиатрическими школами отличается. Классические взгляды относительно психогений, которые были присущи отечественной психиатрии и описывались нами ранее.

Общие признаки психогенных расстройств, присутствующие в клинике (так называемая «Триада К. Ясперса») такие: начало заболевания совпадает по времени с началом действия и влиянием психотравмы; психотравма отображается в клинической картине; выздоровление наступает после того, как психотравма становится малоактуальной.

Психогенные расстройства – группа психических нарушений, которые возникают в результате действия внешних, так называемых психогенных факторов, влияющих на деятельность головного мозга, что в свою очередь, приводит к психическому нарушению. Среди основных психогенных факторов выделяют следующие: психическую травму, эмоциональное напряжение и эмоциональный стресс (дистресс).

Эти факторы не у всех лиц вызывают психические расстройства. Имеет значение сила психогенного фактора и его продолжительность, что формирует так называемый «индивидуальный барьер адаптации». С учетом того, что тот

или иной фактор, в каждом конкретном случае, может быть признан или непризнан как психотравмирующий, то следует применить психометрический подход, например приведенную в DSM-III-R *Шкалу выраженности психотравмирующих воздействий*.

Она учитывает выраженность психотравмы и психотравмирующие воздействия. Острыми считают психотравмы, продолжительностью до 6 месяцев, хроническими – те, которые длятся более 6 месяцев. Примерами *незначительных* психотравмирующих влияний являются: разрыв отношений с другом (подругой), начало систематического обучения или его окончание, отъезд (смена места жительства) ребенка из дома, семейные распри и недовольство работой. Примеры *умеренных* психотравмирующих влияний: ощущения или мощные эмоции, связанные со свадьбой, разлукой, потерей работы, отставкой, проведенным абортom, разладом в семейных отношениях; трудности и конфликты, связанные с финансами или отношениями с руководством. *Выраженными* психотравмирующими воздействиями могут считаться такие, которые совпадают с разводом, рождением первого ребенка, безработицей и бедностью.

К *экстремальным* психотравмирующим воздействиям относят: смерть супруга (супруги), серьезные заболевания в соматической сфере, изнасилование и хроническое серьезное заболевание (в том числе, у своего ребенка). *Катастрофическими* считают следующие психотравмирующие влияния: смерть дочери или сына, суицид мужа (жены), влияние стихийного бедствия, возможность стать заложником террористов и лишение свободы, связанное с пребыванием в концентрационном лагере. Психогенные расстройства подразделяют на непсихотические, гипопсихотические и психотические формы в зависимости от тяжести психического состояния.

Они могут быть обусловлены стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, применением оружия массового поражения и возникать одновременно у большого количества людей в экстремальных условиях, когда есть угроза жизни, здоровью и благополучию для значительного количества

людей или групп населения. В результате воздействия большого количества внезапно действующих психотравмирующих факторов одновременно возникают расстройства психики у большого количества населения.

При этом клинические проявления зачастую не имеют индивидуального характера, возникает небольшое количество относительно типичных проявлений, человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни своей, близких и всех окружающих, несмотря на развитие клинических проявлений психогенных расстройств и продолжение психотравмирующей ситуации, опасной для жизни.

*Органические аффективные расстройства (F06.3)* имеют четко определяемый этиологический фактор (органическое поражение ЦНС или соматическое заболевание, приводящие к появлению и развитию психических нарушений), развиваются постепенно и приобретают кризисный характер лишь при длительном течении (и связанной с этим дезадаптацией) или при действии психогенных факторов, описанных выше, и, опять же, связаны с нарушением адаптационных функций. В клинике имеют место сочетание выраженных эмоциональных нарушений (нередко экспансивного настроения) и признаки органического поражения мозга («органических» изменений личности). Для верификации диагноза используются параклинические методы исследования, позволяющие идентифицировать тип поражения мозга.

*Аффективные расстройства или расстройства настроения (F3)* – психические состояния, проявляющиеся приступообразными эмоциональными нарушениями, между которыми восстанавливается психическое состояние больного, свойственное ему до болезни и не возникают изменения личности независимо от числа перенесенных ранее приступов. Типологически выделяют единичные эмоциональные приступы: маниакальные, депрессивные или смешанные аффективные эпизоды или повторение эмоциональных приступов (два и более): биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройство.

Диагностика *маниакальных* проявлений проводится за счет выявления следующих клинических признаков: преобладающего повышенного, экспансивного, раздражительного или подозрительного настроения, не свойственного данному субъекту и сохраняющегося в течение 4-7 дней. При этом имеет место повышенная активность, болтливость, потеря социального контроля и поведение, неадекватное обстоятельствам, уменьшение потребности во сне, завышенная самооценка, идеи величия, постоянная смена деятельности и поведения, последствия которого не осознаются больным, повышение сексуальности или неразборчивость в сексуальных связях. Имеют место нарушения функционирования личности в повседневной жизни. В тяжелых случаях присутствуют галлюцинации или бред, могут быть расстройства восприятия. Чаще всего возникает бред величия, особого назначения, эротического или персекуторного содержания.

Диагностика *депрессивных* проявлений проводится за счет выявления следующих клинических признаков: угнетенного, тоскливого или тревожного настроения, нетипичного для субъекта, что наблюдается большую часть дня практически ежедневно и мало зависит от окружающего и длится не менее 2 недель; заметное снижение интереса или удовольствие от деятельности, обычно приятной; двигательная и умственная заторможенность, снижение энергичности и повышенная утомляемость. Кроме того присутствуют: слишком низкая самооценка, неуверенность в себе, идеи виновности или самоосуждения, повторяющиеся мысли о смерти, или суицидальное поведение; уменьшение способности обдумывать или концентрировать внимание, нерешительность или колебания в принятии решений; нарушение сна любого типа (затруднение засыпания, прерывистый сон, ранние пробуждения и сонливость в течение дня); увеличение или уменьшения аппетита с соответствующим изменением веса тела.

Некоторые депрессивные симптомы имеют особое клиническое значение и обозначаются как «соматические» (биологические, витальные, меланхолические или эндогенноморфные). Их наличие делает депрессию ближе



к «эндогенной» (тяжелой и более сложной в лечении). Степень выраженности депрессии обуславливает нарушение адаптационных возможностей от некоторых трудностей при выполнении обычной работы и в поддержании социальной активности, до ограничения или полного её прекращения.

Для объективизации клинических данных используют психометрическое обследование с использованием оценочных шкал (шкалы депрессии Гамильтона, Бека, Монтгомери-Асберг и др.). Сумма баллов шкалы коррелирует со степенью выраженности депрессивного эпизода. Проведение дополнительных исследований позволяет еще больше объективизировать клинические данные. Среди них главное место занимает электроэнцефалография, потому что сейчас накоплен огромный фактический материал (в том числе, результаты наших собственных исследований) о электрофизиологических коррелятах депрессии.

Диагностически наиболее важно отсутствие признаков грубого органического поражения ЦНС (появления стабильной медленноволновой активности на ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования), признаков эпилептиформной активности («пик-волны», полифазные комплексы и другие типичные ЭЭГ-феномены), а также наличие признаков дисфункции в височных отделах мозга (преимущественно правого полушария). Проведение соматического и неврологического обследований позволяет подтвердить или опровергнуть первоначальный характер наблюдаемых депрессивных проявлений.

В случае смешанного аффективного эпизода маниакальные и депрессивные симптомы могут быть выражены одновременно на протяжении периода не менее двух недель. Преимущество одного из компонентов полярных симптоматических аффективных триад (депрессии или мании) создает атипичии смешанного типа. Описаны расстройства, когда ипохондрические жалобы сочетаются у больного с повышенным настроением («улыбающийся ипохондрик с грустными глазами»). Так называемая «улыбающаяся меланхолия» объединяет тревогу и нерешительность с повышенным

настроением и оживлением. Подобные расстройства могут иметь высокую опасность по суициду.

Повторение депрессии может быть связано (но далеко не обязательно) с соматическими заболеваниями, органическими факторами, в том числе такими, как медикаментозное лечение (длительное использование гипотензивных, стероидных препаратов и др.) или сопровождать другие заболевания – зависимость от психоактивных веществ, шизофрению и т.д.

Диагноз биполярного аффективного расстройства, в целом, соответствует старой концепции маниакально-депрессивного психоза, однако, исключает больных с униполярной депрессией. Установление такого диагноза у больного депрессией подтверждается наличием в анамнезе хотя бы одного гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного состояния. При этом депрессии более длительные, чем мании, продолжаются в среднем 6 месяцев. Продолжительность мании, как правило, ограничивается продолжением лечения.

Исключительно повторными эпизодами депрессии различной степени тяжести проявляется рекуррентное депрессивное расстройство. Отдельные эпизоды длятся 3-12 месяцев (в среднем – 6), отдельные эпизоды любой степени тяжести могут быть спровоцированы стрессовой ситуацией.

Эмоциональные приступы, длительные по времени, имеющие малую клиническую выраженность (субаффективные), по проявлениям и динамике напоминающие расстройства личности, могут быть расценены как циклотимия или дистимия.

Определение характера течения аффективного расстройства имеет значение при построении стратегии лечения. Биполярный тип течения имеет место у больных с биполярным аффективным расстройством или циклотимией. При этом депрессивные фазы чередуются с маниакальными. Монополярный или униполярный тип течения наблюдается при рекуррентном депрессивном расстройстве и дистимии. Представлен исключительно депрессивными фазами. Является наиболее распространенным вариантом течения. Альтернирующий

тип течения наблюдается у пациентов с биполярным аффективным расстройством и циклотимией. При этом имеют место двойные фазы (мания сменяет депрессию или наоборот, ремиссия между ними отсутствует). Континуальное течение имеет место при длительном отсутствии ремиссии, вызвано различными факторами, такими как конституциональные особенности личности, лекарственный патоморфоз, влияние неблагоприятных соматических и психогенных воздействий, что приводит к хронизации и пролонгации эмоциональных приступов. В отдельных случаях эпизоды объединяет астения или остаточная (резидуальная) депрессивная симптоматика. Они, длятся несколько месяцев или даже лет, приводят к снижению уровня социально-трудовой адаптации.

Наиболее типичным кризисным состоянием являются психогенные аффективные расстройства. Они не выделены отдельной рубрикой международной классификации болезней и не имеют четких критериев. *Кратковременная депрессивная реакция* – непродолжительное преходящее депрессивное состояние легкой степени, продолжающееся не более одного месяца. *Легкое депрессивное расстройство*, возникающее в результате длительного действия стрессорной ситуации и длящееся более двух лет, называют *пролонгированной депрессивной реакцией*. О *смешанной тревожной и депрессивной реакции* говорят в случае, когда симптомы тревоги и депрессии четко выражены, но по уровню не выше, чем определено для других аффективных расстройств. Эта категория должна также использоваться для эмоциональных реакций у детей, при которых также присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

*Нозогенными* считают психопатологические состояния, обусловленные влиянием осознанной угрозы для существования, связанной с представлением о возможном негативном результате конкретного тяжелого соматического заболевания (рак, ВИЧ, инфаркт и др.). Это отличается от понятия «соматогении», которое определяет психопатологические нарушения, возникающие вследствие воздействия соматической вредности. Описаны

гипернозогнозический и гипонозогнозический варианты (Смулевич А.Б., Фильц А.А. и др., 1992 г.). Среди них: тревожно-фобические проявления (или синдром невротической ипохондрии), выступающий в виде беспокойства по поводу состояния здоровья и возможностей социальной реадaptации с заостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой последствий заболевания, угрожающего здоровью и пристальной регистрацией малейших признаков телесного несчастья; нарциссический вариант (или синдром замечательного безразличия), который манифестирует проявлениями психической диссоциации между демонстративно пренебрежительным, связанным с патологией представления (нарциссический комплекс идеального физического здоровья) отношением к лечению и тревожным беспокойством по поводу реального соматического заболевания. *Реактивная депрессия* (синдром ипохондрической депрессии) – подавленность, чувство безнадежности и преувеличенно пессимистическое восприятие болезни, сопровождается ипохондрической фиксацией на возможных последствиях соматического заболевания. *Реактивная гипомания* (синдром эйфорической псевдодеменции) – характеризуется повышенным настроением с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как нынешней болезни, так и последствий заболевания. Проявляется активным «неприятием» роли больного, весёлостью, возможно с аутодеструктивным поведением, направленным на доказательства «абсолютной успешности» функций организма.

*Патохарактерологические реакции* (параноидные, шизоидные, истерические), такие как синдром «ригидной ипохондрии» - устойчивая фиксация на медицинских процедурах, сопровождается щепетильным выполнением врачебных рекомендаций, соблюдением особого, изысканного режима лечения, приводит к изменению жизненных стереотипов. Синдром «ипохондрия здоровья» - негативное отношение к медицинским рекомендациям и ограничениям, которые вытекают из них, при этом больной пытается установить себе сверхвысокие психические и физические нормы

### ***Лечение кризисных состояний с расстройствами настроения***

*Общие принципы* проведения терапии включают:

1. С целью уменьшения страданий больного и предотвращения суицида – купирование наиболее значимой острой аффективной симптоматики (так называемый этап активной терапии).

2. Стабилизация эмоционального состояния и достижения клинической ремиссии за счет полного устранения аффективной симптоматики.

3. Психотерапевтическая и социальная реабилитация за счет восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

Для снижения риска или предотвращения развития обострения или нового аффективного эпизода необходимо применение различных лечебных мероприятий: 1) фармакотерапевтических – для влияния на основную аффективную симптоматику, 2) психотерапии – для восстановления когнитивных и поведенческих нарушений, 3) лечение сопутствующих соматических и неврологических симптомов при наличии последних.

Выбор первоочередных мероприятий и интенсивность проведения тимоаналептической терапии основывают на следующих *принципах*:

- Информированное согласие пациента на принципах, так называемой, «комплайенс-терапии».
- Уточнение диагноза (синдромальная и нозологическая диагностика с помощью МКБ-10 и других психометрических методов).
- Определение актуального регистра поражения психической деятельности и его психопатологического уровня.
- С помощью операциональных критериев МКБ-10 или с использованием психометрических методов определения степени тяжести.
- Квалификация ведущего психопатологического синдрома (типа аффекта) – тоскливого, тревожного, апатичного или их актуальная комбинация.
- Психообразовательные мероприятия для больного или его близких из числа окружающих, привлеченных к терапии.

- Учет полиморфизма психического состояния за счет привнесения к основным проявлениям депрессии симптоматики из других психопатологических регистров (неврозо- и психопатоподобной, бреда и др.). При этом терапевтический эффект основного антидепрессанта усиливается за счет присоединения психотропных средств других классов (антипсихотики, анксиолитики и др.). Препаратами выбора могут быть так называемые «переходные» психотропные средства со свойствами, которые характерны препаратам из разных фармакологических групп (тимонейролептики, тимотранквилизаторы и др.).
- Наличие или отсутствие суицидальных мыслей. Также решают о необходимости госпитализации в стационар, специального надзора и интенсивной тимоаналептической терапии с высокими дозами или применения парентерального введения лекарств. Некоторые антидепрессанты, например, серотонинергические, сами по себе имеют антисуицидальное действие, так как способствуют быстрой редукции суицидальных мыслей больных депрессией.
- Реализация наиболее известного терапевтического принципа о том, что «лечить надо больного, а не болезнь» за счет индивидуального подхода к выбору тимоаналептической терапии. При этом важно, какой препарат ранее уже применял сам больной (положительный или отрицательный опыт использования препарата) или его родственники (за счет сходного метаболизма).
- Диагностика и учет сомато-неврологического состояния больного на момент проведения лечения, его динамическое наблюдение и оценка.
- Принцип клинической обоснованности, что означает назначение терапии, адекватной в настоящее время для данного больного за счет проведения дифференциальной диагностики с другими расстройствами, имеющими сходную симптоматику.

- Оценку психического состояния больного надо проводить постоянно в течение всего курса лечения с учетом общих закономерностей динамики (этапности) аффективных расстройств и варианта течения.
- Учет фазовых проявлений аффективных расстройств, которые имеют тенденцию к рецидиву, объясняет включение нормотимиков в курс тимоаналептической терапии, что обеспечивает реализацию профилактических мероприятий.
- Выбор минимально эффективной дозы или постепенное повышение дозы. За счет фармакодинамических и фармакокинетических особенностей препаратов выбирают наиболее удачный режим титрования, что может быть реализовано на основании собственного опыта и интуиции врача, а так же по данным литературы.
- Монотерапия там, где это возможно за счет применения современных антидепрессантов с «универсальным» влиянием на клиническую симптоматику депрессии и коморбидных состояний.
- Безопасность при использовании и учет переносимости препарата. Препарат может быть безопасным по описательным характеристикам, но плохо переноситься больным из-за индивидуальной непереносимости.
- Учет взаимного влияния, вероятность фармакодинамического и фармакокинетического взаимодействия. Необходимо учитывать для максимально возможного уменьшения риска нежелательного лекарственного взаимодействия с другими лекарствами и различными патологическими процессами.
- Наиболее вероятно при применении циклических антидепрессантов появление так называемого синдрома «отмены». Этого можно избежать за счет медленного уменьшения количества применяемого препарата.
- Создание терапевтической атмосферы за счет контроля за деятельностью медицинского персонала, объяснения больному или его родственникам особенностей использования препаратов, соблюдение режима приема и титрования лекарственных средств.

- Следует применить удобные для использования, малотравматичные лекарственные формы препарата (по возможности прием per os).
- Учёт себестоимости лечения и экономической эффективности. Нередко использование относительно дорогого препарата экономически целесообразнее тем, что позволяет быстро достичь успеха в лечении и восстановить работоспособность. При этом покрытие расходов на лечение может быть обеспечено самим больным за счет восстановления и поддержания работоспособности.
- За счет регулярной переоценки целевых симптомов реализуют принцип динамической оценки состояния больного на протяжении всего курса лечения (например, мониторинг и контроль клинических проявлений при применении психометрических методов и параклинических средств (электроэнцефалография и др.).
- Вопрос о прекращении лечения также требует индивидуального подхода. Современные психофармакотерапевтические средства предполагают возможность длительного безопасного лечения.
- И, наоборот, преждевременная отмена препарата может привести к рецидиву, а длительный прием – к появлению поздних осложнений. При этом всячески поощряется поддержка, консультирование и повторное обследование больного до окончательного прекращения лечения.

## **6. Соматические расстройства вследствие острых кризисных состояний**

Исследование проблемы стресса и стрессоустойчивости в условиях воздействия экстремальных факторов является актуальной проблемой современности. Это связано с тем, что в Украине, как и во всем мире, участились стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, локальные военные действия. Соответственно, увеличилось количество военнослужащих – участников локальных конфликтов внутри страны и за рубежом. В современной науке разработка проблем стресса и стрессоустойчивости важна как для отдельного человека, так и в целом для



общества. Влияние кризисных факторов на человека весьма разнообразно, что находит свое отражение в психологическом, физиологическом, клиническом, биохимического аспектах.

В целом, люди склонны соотносить стресс с негативными последствиями. Негативный стресс также обозначается словом «*дистресс*» (по Селье). Это такое переживание стрессового события, которое сопровождается чувством утраты, неудачи, ощущением выполняемой работы как слишком тяжелой или слишком длительной, переживанием критики и/или потери контроля. Все люди время от времени испытывают состояние дистресса. В этом состоянии человек обычно чувствует, что способность справляться с испытываемым напряжением достигла своего предела. Дистресс означает, что индивидуально уровень стресса воспринимается человеком как слишком высокий и влияет на него негативно и губительно. Обычно состояние дистресса сопровождается снижением продуктивности и надежности в работе.

Вслед за Селье, традиционно выделяют три *стадии развития стресса*:

1. *Стадия тревоги (мобилизации)* – возникает с началом воздействия стрессора и сопровождается рядом характерных физиологических изменений: у человека учащается дыхание, несколько поднимается давление, повышается пульс. Изменяются и психические функции: усиливается возбуждение, все внимание концентрируется на раздражителе, проявляется повышенный личностный контроль ситуации. Все вместе призвано мобилизовать защитные возможности организма и механизмы саморегуляции на защиту от стресса. Если этого действия достаточно, то тревога и волнение утихают, стресс заканчивается. Большинство стрессов разрешается на этой стадии.

2. *Стадия сопротивления (резистентности)* наступает в случае, если вызвавший стресс фактор продолжает действовать. На этой стадии осуществляется сбалансированное расходование адаптационных возможностей. Человек развивает оптимальную энергию, приспособляясь к изменяющимся обстоятельствам. Защищаясь от стресса, организм использует «резервный» запас сил, с максимальной нагрузкой на все системы организма.

3. *Стадия истощения* (дезорганизации). Если раздражитель продолжает действовать, то происходит уменьшение возможностей противостояния стрессу, так как истощаются резервы человека. Снижается общая сопротивляемость организма. Стресс «захватывает» человека и может привести его к болезни и/или нарушению эффективной работоспособности.

Современные концепции о стрессе, получившие развитие в результате усилий ученых разных стран мира, значительно расширяют представления о роли личности и социальной среды в развитии стресса у человека. Успешное совладание со стрессом, или *копинг* (от англ. *Cope* – преодолевать, совладать), в большой степени зависит от наличия ресурсов личности, таких, как: жизненные и профессиональные навыки, предыдущий успех в совладании со стрессорами, здоровье и выносливость, оптимизм, уверенность в себе и чувство контроля над ситуацией, настойчивость и упорство, принятие на себя ответственности. К внешним ресурсам в стрессовых ситуациях, прежде всего, относится доступность социальной поддержки.

Согласно транзактной модели Лазаруса переживание и последствия стресса определяются когнитивной оценкой возникшей ситуации человеком. Если при воздействии внешнего или внутреннего фактора у человека формируется оценка ситуации «Опасно» в сочетании с возникающими негативными эмоциями, происходит «запуск» механизмов стресса. При успешной мобилизации и достаточных ресурсах человек справляется со стрессом. В некоторых случаях, когда стресс-фактор субъективно оценивается как опасный, угрожающий, вероятно развитие повторного стресса в результате этой угрозы даже после прекращения воздействия фактора, но стрессором уже будет является само по себе представление (мысли) об опасности. Таким образом, стресс может продолжать свое действие по принципу спирали, каждый раз запуская новый цикл.

Поскольку в одних и тех же ситуациях одни люди видят угрозу разной степени, а другие в этих же условиях не видят её вовсе, то и стресс, и его степень у каждого свои. Негативное мышление и ошибочные суждения в

ситуациях стресса могут в значительной степени усилить стресс и снизить успешность совладания с ним. К таким ошибкам мышления психологи относят, например, чувство собственной неадекватности или беспокойство о реакциях окружающих.

Необходимо вспомнить, что на острый стресс человеческий организм отвечает поведенческими, вегетативными и эндокринными сдвигами, которые в совокупности обозначаются как *психовегетативный синдром*. Чтобы понять участие вегетативной нервной системы в формировании ответа на стресс, вспомним о назначении этой системы в жизнедеятельности организма. Назначение вегетативной системы удобнее разделить на две составляющие. Первая (более традиционная) сводится к поддержанию постоянства внутренней среды организма (гомеостаза). Вторым и обычно менее обсуждаемым аспектом является обеспечение вегетативной нервной системой различных форм психической и физической деятельности.

В период напряженной деятельности происходит существенная мобилизация энергетических ресурсов, кардиоваскулярной, дыхательной и других систем. В состоянии стресса вегетативные реакции проявляются в изменении температуры, потоотделения, пилоэрекции, кардиоваскулярных и гастроинтестинальных показателей, дыхательной ритмики. Эндокринными коррелятами эмоций являются сдвиги в функциональном состоянии щитовидной железы, выброс стероидных гормонов и катехоламинов. Все эти сдвиги носят, очевидное, приспособительное значение, обеспечивают предстоящую деятельность. Такова роль эмоций в системе организации целесообразного поведения.

Итак, психовегетативный синдром – несомненный физиологический факт, играющий важнейшую роль в приспособительной деятельности; и если эмоция – сигнал к действию, то вегетативные изменения обеспечивают это действие энергетически. Всякое эмоциональное возбуждение обязательно содержит в себе неспецифический (вегетативная реакция) и специфический (интерпретация индивидом вегетативных сдвигов и сложившейся ситуации в целом)

компоненты. Следовательно, стресс – это естественный ответ организма. Человек не может избежать встречи со стрессорными факторами.

Клинически психовегетативный синдром проявляется *психическими* и *вегетативными* симптомами. Собственно вегетативные расстройства имеют определенную специфику. В первую очередь, следует обратить внимание на полисистемный характер вегетативных симптомов. Как правило, у больного имеются кардиоваскулярные, дыхательные, гастроинтестинальные и другие расстройства. Вегетативные нарушения могут проявляться преимущественно в одной системе (именно эти симптомы наиболее значимы для пациента), но в большинстве случаев активный расспрос больного позволяет выявить менее выраженные симптомы со стороны других систем. С течением времени вегетативные нарушения приобретают отчетливый полисистемный характер. Закономерной для психовегетативного синдрома является замена одних симптомов на другие. «Подвижность» симптомов – одна из характернейших черт психовегетативного синдрома. У больных, помимо вегетативной дисфункции, довольно часто отмечаются нарушения сна (трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения), астенический симптомокомплекс, раздражительность, нейроэндокринные нарушения. Психические симптомы облигатно сопровождают вегетативную дисфункцию, однако степень их выраженности может широко варьировать у различных больных. Психические симптомы часто скрываются за «фасадом» массивной вегетативной дисфункции, игнорируются больным и окружающими его лицами.

Психовегетативные нарушения ярко проявляются при остром и хроническом эмоциональном стрессе, а так как на определенном этапе заболевание отсутствует, то такие состояния обозначаются как психофизиологические. Психофизиологические реакции на стресс могут завершиться нормализацией нарушенных функций, но принципиально возможен и другой путь течения, когда длительность и интенсивность стресса в сочетании с генетической предрасположенностью и ипохондрической

фиксацией на вегетативных симптомах приводят к формированию психосоматических или психических заболеваний. В свою очередь, и расстройство вегетативного обеспечения деятельности (недостаточное или избыточное) нарушает поведение человека и обуславливает недостаточно оптимальную адаптацию, также являясь predisposition к развитию в последующем заболевания. Таким образом, психовегетативный синдром может быть ранней инициальной фазой психосоматического или психического заболевания. Часто бывает невозможно провести грань между вегетативной дисфункцией и начальными проявлениями психосоматического заболевания. Эти размытые границы лишь подтверждают значение психовегетативного синдрома в развитии психосоматического заболевания. Следовательно, мы можем рассматривать вегетативную дисфункцию как субстрат, через который опосредуется психическое воздействие на соматические системы. Итак, в картине психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, бронхиальная болезнь, язвенная болезнь, сахарный диабет, дистиреоз, нейродермит, псориаз, ревматоидный артрит, гинекологические психоэндокринные заболевания) всегда имеется различной интенсивности психовегетативный синдром, составляющий патогенетическую основу этих болезней. Конечно, патогенез важнейших психосоматических страданий не может быть полностью сведен к психовегетативным нарушениям. В то же время, недооценивать психовегетативные нарушения (особенно на ранних стадиях заболевания) было бы совершенно неправильно.

Устойчивость организма к различного рода стрессовым воздействиям рассматривается как один из механизмов целостного процесса адаптации. Проблема, касающаяся изменений в физическом и психическом состоянии участников боевых действий, нуждается в более подробном рассмотрении, поскольку человек, пребывающий в столь экстремальной ситуации, преодолевая ее усилием воли, постоянно находится на психоэмоциональном пределе. Последствия говорят сами за себя: по данным мировой статистики, каждый пятый военнослужащий, не имеющий каких-либо физических

повреждений, страдает расстройствами в нервно-психической сфере, из военнослужащих, получивших ранения, а тем более калечащие – каждый третий. Кроме того, необходимо отметить, что спустя несколько месяцев после возвращения в мирную жизнь, у перенесших экстремальную ситуацию начинают проявляться различные психосоматические расстройства. Имеются достоверные данные о том, что у участников боевых действий вероятность таких заболеваний как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь выявляются в два-три раза чаще, чем у людей, не подвергавшихся воздействию кризисных влияний. Наиболее распространенными клиническими последствиями террористических актов являются заболевания дыхательных путей и психические расстройства. Болезни дыхательной системы включают в себя астму, синуситы, свистящее дыхание и другие. Часто подобные нарушения развиваются у участников ликвидации последствий терактов.

Рассматривая закономерности развития психосоматических заболеваний у участников кризисных ситуаций, необходимо вспомнить о том, что запуск механизмов неспецифического реагирования на стрессовое воздействие происходит на уровне структур лимбической системы после первичной переработки в корковых отделах больших полушарий, непосредственный гормональный ответ реализуется посредством активации гипофизарно-гипоталамо-надпочечниковой и симпатoadреналовой систем. Наиболее быстро происходит выброс адреналина, гормона мозгового слоя надпочечников. Активация симпатической нервной системы сопровождается подъемом уровня норадреналина. Повышение уровня кортизола, продуцируемого корковым слоем надпочечников, происходит более плавно. Роль кортизола в процессе ответа на стрессовое воздействие чрезвычайно важна, поскольку он не только отвечает за адекватную реакцию органов и тканей на стресс, но и адаптирует их к воздействию катехоламинов.

Таким образом, в результате воздействия на организм человека массивных стрессовых факторов, путем повышения уровня «гормонов стресса» в крови,

запускается каскад неспецифических реакций, которые имеют всеобъемлющий характер. Данный процесс, направленный на поддержание гомеостаза, сопровождается значительными затратами биоресурсов, что безусловно может сопровождаться истощением адаптационных возможностей и нарушением гомеостатических механизмов.

Учитывая особенности биологических систем адаптации у человека, который использует в качестве стимула сигналы второй сигнальной системы, запуск приспособительных биологических реакций часто происходит без истинной необходимости в их развитии. Это приводит к тому, что адаптационные системы человека испытывают чрезмерные нагрузки. Имеются в виду так называемые психогенные виды реакций, возникающие без реальных угроз на фоне выраженной тревоги. Мощная сила и продолжительность стрессового воздействия весьма неблагоприятно отражается на состоянии внутренних органов и систем организма и ведет к значительным повреждениям адаптационных механизмов. Соматические расстройства, возникающие вследствие таких повреждений, развиваются по типу реакции соматической декомпенсации, поскольку в результате глобального воздействия стресса повышенные требования предъявляются ко всем системам организма. «Слом» происходит на уровне *locus minoris*, когда не переносит напряжения одно из стресс-зависимых звеньев. Структурные изменения в жизненно важных органах на фоне воздействия хронического стрессогенного фактора происходят, как правило, на стадии истощения.

Наиболее часто вследствие воздействия хронического стресса страдает сердечно-сосудистая система. Наиболее распространенными последствиями хронической психотравмы являются инфаркты либо инсульты. Особенно опасным фактором их возникновения является неуправляемое действие катехоламинов. На фоне повышения артериального давления и усиленной работы сердца, требующих адекватного энергетического обеспечения работы сердечной мышцы, патология сосудистых стенок в органах, усиленно работающих под влиянием гормонов стресса, приводит к непоправимым

нарушениям гемодинамики в этих органах. Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии тесно связана с тяжестью стрессовой психотравмирующей ситуации, а также с черепно-мозговыми травмами, полученные во время ведения боевых действий. Развивающаяся после получения боевой черепно-мозговой травмы цереброваскулярная патология впоследствии связывается с атеросклерозом и выполняет ведущую роль в прогрессировании атеросклеротического процесса в целом. Отмечены три важнейших фактора риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний у участников боевых действий – повышенное АД, повышение холестерина крови и курение.

Необходимо отметить, что женский организм оказывается более приспособленным к стрессовым воздействиям, на это указывает меньшая частота соматических осложнений у лиц женского пола. В частности, в условиях психотравмирующей ситуации мужчины оказываются более подверженными риску развития сосудистых катастроф, таких как инфаркт и инсульт.

Учитывая то, что тонус гладкой мускулатуры сосудистой стенки регулируется только симпатической системой, в ситуации хронического стресса значительно увеличивается риск развития гипертонической болезни. Кроме того, развитию сосудистой патологии способствуют нарушения липидного обмена с последующим развитием атеросклеротических изменений в стенках сосудов, возникающие при остром стрессе. Повышение свертываемости крови под влиянием «гормонов стресса» усиливает риск тромбообразования.

В условиях хронического стресса происходит увеличение выработки глюкозы с сопутствующим замедлением ее распада, усилением выброса в кровь и снижением чувствительности тканей к глюкозе. Все это ведет к развитию стойкой гипергликемии. У здорового человека снижение толерантности к глюкозе, спровоцированное катехоламинами и глюкокортикоидами, достаточно быстро стабилизируется за счет повышения выработки



инсулина (указанный процесс стимулируется непосредственно гипергликемией и уменьшением проницаемости клеточных мембран для глюкозы). В условиях хронического стресса данный механизм не срабатывает или срабатывает не в полной мере, поскольку нарушается нормальное воздействие инсулина на ткани. Этим объясняется достаточно частое возникновение сахарного диабета II типа у субъектов, подвергшихся экстремального характера стрессовым воздействиям.

Неизбежным последствием воздействия стрессовых факторов является снижение иммунитета, что приводит к развитию различных инфекционных заболеваний. Нередко наблюдается патологическая перестройка метаболизма, которая в свою очередь приводит к устойчивому снижению веса.

Сосудистые нарушения и изменения тонуса гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта при длительном стрессорном воздействии приводят к повреждениям слизистой желудка и кишечника с последующим развитием гастритов, энтероколитов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В возникновении данной патологии необходимо отметить немаловажную роль дополнительных неблагоприятных факторов риска, к которым относятся неправильно питание, алкоголизация, табакокурение. Касаясь гендерного аспекта данной проблемы, надо отметить, что у мужчин развитие язвенных поражений желудка и кишечника определяются значительно более часто, чем у женщин. Нужно отметить и тот факт, что при депрессивных расстройствах зачастую могут возникать различные патологические изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, но при отсутствии психических нарушений мужчины чаще обнаруживают желудочно-кишечные расстройства вследствие психотравмирующего воздействия.

Хорошо известно, что одним из частых и нередко тяжело протекающих последствий острого и хронического стресса являются многообразные психические нарушения.

Такими образом, мобилизация и активная перестройка адаптивных механизмов человеческого организма, направленная на сохранение жизни и гомеостаза в условиях воздействия экстремальных психотравмирующих факторов, нередко приводит к абсолютно обратному результату и проявляется разнообразными соматическими нарушениями, что негативно отражается на состоянии здоровья в целом.

Общеизвестными являются данные о прямом потенцирующем влиянии этанола на норадренергические системы, что проявляется повышением их устойчивости в условиях стрессовой ситуации. Как правило, у мужчин в этих обстоятельствах отмечается более частое развитие симптомов зависимости (как алкогольной, так и наркоманической). Симптомы аддиктивных расстройств у мужчин выявляются в 4-5 раз чаще, чем у женщин. Подобная реакция лиц мужского пола на стрессовую ситуацию является достаточно устойчивой и во многом обуславливает появление и развитие соматических последствий стресса.

Отдельно хочется остановиться на болевых синдромах различной локализации вследствие боевого стресса. Болевые синдромы самых различных локализаций, по данным исследований, в некоторой степени зависят от перенесенного боевого стресса и его последствий, в частности ПТСР. Головная боль может быть ведущим, а иногда единственным симптомом множества различных заболеваний, являясь результатом дисфункции церебральных регуляторных систем. Чаще всего она сочетается с ПТСР, травмами и ранениями, полученными в бою, особенно велико значение в возникновении головной боли черепно-мозговой травмы. Достаточно часто у пациентов после легкой черепно-мозговой травмы развиваются головные боли напряжения, мигренозные и т.д. Головные боли при легких черепно-мозговых травмах нередко наблюдаются на фоне астенических, тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств, а также выраженных вегетативных и диссомнических нарушений. Выявлена прямая зависимость между травмой головы, ПТСР и хронической головной болью. По данным ряда исследований, у

ветеранов боевых действий головная боль является одним из основных видов болевого синдрома и носит смешанный характер.

С течением времени значение роли органических и психогенных факторов в патогенезе посттравматической головной боли меняется. В хронизации данного варианта боли важное значение имеют психосоциальные факторы.

Достаточно характерными являются жалобы бывших участников боевых действий на боли в области грудной клетки, которые с некоторой долей условности можно разделить на две *группы*. В *первую* группу входят боли, возникновение которых не связано с патологией сердечно-сосудистой системы. Эти боли возникают вследствие заболеваний периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы. Ко *второй* группе относятся боли непосредственно вызванные патологией сердца и коронарных сосудов. Чаще присутствовали различные нарушения сердечного ритма, ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда. Необходимо отметить, что распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы увеличивается у участников боевых действий с возрастом.

Помимо органической патологии, неприятные болевые ощущения разнообразного характера в области сердца могут возникать при различных аффективных расстройствах, сопровождающихся чувством подавленности, тоски, тревоги. На фоне вышеуказанных жалоб у больных могут формироваться различные переживания ипохондрического характера.

Симптоматика, связанная с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сопровождавшаяся хроническими абдоминальными болями у участников боевых действий отмечается при синдроме раздраженного кишечника, гастроэзофагальном рефлюксе, хроническом панкреатите. Указанные симптомы связаны с изменениями в механизме работы антиноцицептивной системы. Острые боли являются следствием воспаления и ишемии, нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта, повышением давления в просвете

его органов, растяжением какого-либо органа или сокращением его мышечного аппарата.

Важное значение в возникновении патологических процессов со стороны органов желудочно-кишечного тракта занимают перенесенные инфекционные заболевания, в особенности массовые, в условиях ведения боевых операций.

Рядом проведенных исследований было показано увеличение частоты встречаемости гастроинтестинальных симптомов при ПТСР. Ветераны, страдавшие ПТСР, приблизительно в 2-3 раза чаще испытывали боли в области желудка, чем ветераны без присутствия ПТСР. Кроме того, боевое ПТСР было связано с более частым и отдаленным развитием заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Интересные данные о зависимости ряда болевых синдромов от различных факторов стрессового воздействия были представлены исследователями, изучавшими данную проблему. Так, факторы, связанные с участием в вооруженных столкновениях, присутствовали у ветеранов, испытывавших боли в груди. Головные боли чаще наблюдались у военнослужащих, переживавших ранения и гибель сослуживцев, а также собственные ранения. Для ветеранов боевых действий с суставными болями такими факторами были ранения и травмы, полученные в период боевых действий. Интенсивность хронической боли всех локализаций была выше, чем острой, что является результатом нарушения баланса взаимодействия между ноцицептивной и антиноцицептивной системами. Интенсивность болевого ощущения практически не зависела от локализации хронической боли. Интенсивность хронической боли практически при всех локализациях у ветеранов была выше, чем у не воевавших.

Кроме того, были представлены данные исследований о зависимости частоты встречаемости разных локализаций хронических болевых синдромов от вида полученных боевых травм и ранений. По этим данным у ветеранов с травмами и ранениями головы преобладали жалобы на интенсивные хронические головные боли. Травмы и ранения головы также являлись

фактором, способствовавшим хронизации абдоминальных болей и болей в груди. Большая распространенность травм головы при всех локализациях хронической боли безусловно указывала на ведущую роль ЦНС в патогенезе данного варианта боли.

Данные о связи хронической боли с определенной соматической патологией, как о возможной причине длительного болевого синдрома, были следующими. Высокая распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата встречалась при всех локализациях хронической боли; в 100% эта патология присутствовала при хронических суставных болях, болях в нижней части спины и в области шеи, а также при хронических абдоминальных болях. Заболевания желудочно-кишечного тракта преобладали у пациентов с хроническими абдоминальными болями, сердечно-сосудистая патология чаще диагностировалась у ветеранов с хроническими абдоминальными и суставными болями. При хронических болях в груди в половине случаев присутствовали заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, в небольшом количестве случаев – заболевания нервной системы.

Также было отмечено, что болезни желудочно-кишечного тракта сопровождалась не только хроническими абдоминальными болями, но и хроническими головными болями, болями в нижней части спины и шее, болями в суставах и груди. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы, костно-мышечной системы часто присутствовали хронические головные боли.

Было показано, что в формировании хронической боли участвуют демографические, социальные и, психологические факторы.

Таким образом, подводя итог, необходимо сказать о том, что ни одна психотравмирующая ситуация, а тем более, когда речь идет о стрессовом воздействии экстремального характера, несущем угрозу здоровью и жизни ее непосредственным либо косвенным участникам, не может пройти бесследно. Многими специалистами единодушно отмечается выраженное влияние мощной психотравмы на психическое и соматическое здоровье человека, его психологическое благополучие и качество жизни. Проблема сохранения

здоровья и работоспособности лиц, подвергавшихся воздействию факторов экстремальных ситуаций, является весьма актуальной. Для ее решения необходимо создание комплекса мероприятий психологической, медицинской, социальной реабилитации, проводимыми подготовленными психологами, медиками, социальными работниками.

## Раздел II. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

### *Технология и содержание первичного психиатрического консультирования*

Первичное консультирование больных с патологией психики требует от врача общей практики (семейного врача) знания технологии общения с больными и знакомства с признаками психических нарушений.

*Первичное психиатрическое консультирование* имеет целью решение вопроса, свидетельствуют ли жалобы больного о наличии (вероятности) таких изменений психического функционирования, которые требуют консультации психиатра.

*А. Технологические аспекты первичного психиатрического консультирования.*

*Требования* к проведению консультирования лиц с подозрением на патологию психики имеют три аспекта:

- юридический;
- этический (деонтологический);
- технический (процедурный).

Соблюдение *юридического* аспекта означает выполнения требований Закона Украины «О психиатрической помощи», который в свою очередь следует из «приоритета прав и свобод человека и гражданина» и базируется на Конституции Украины и основах законодательства Украины об охране здоровья.

Хотя врач общей практики (семейный) не является психиатром, выполняя процедуру первичного осмотра больных с любым видом патологии, он обязан знать правила и особенности работы психиатра. Главными в контексте первичного консультирования являются следующие *статьи* Закона:

*Статья 3.* Презумпция психического здоровья. Она провозглашает, что человек считается не имеющим психического расстройства, пока его наличие не будет установлено на основании и в порядке, обозначенном этим Законом.

*Статья 4.* Принципы оказания психиатрической помощи. В статье говорится, в том числе, о добровольности помощи, что необходимо строго соблюдать, кроме случаев, предусмотренных другими статьями Закона.

*Статья 11.* Психиатрический осмотр. В статье, в частности, говорится о необходимости получения информированного согласия лица или его законного представителя касательно определения его психического состояния, кроме случаев, когда в наличии основания для осмотра без осознанного согласия. Основаниями для осмотра без осознанного согласия являются:

- наличие или реальные намерения совершить действия, представляющие непосредственную опасность для себя или окружающих;
- невозможность самостоятельно удовлетворить свои основные жизненные потребности на уровне, обеспечивающем жизнедеятельность лица;
- причинение значительного вреда своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае неоказания психиатрической помощи.

Вопрос о проведении психиатрического осмотра лицу без его информированного согласия или без согласия его законного представителя решается врачом-психиатром по заявлению врача общей практики (семейного).

*Этический* (деонтологический) аспект консультирования лиц с подозрением на наличие расстройств психики и поведения частично регламентирован Законом Украины «О психиатрической помощи».

В частности, в *статье 4* говорится о соблюдении принципов гуманности при оказании психиатрической помощи.

*Статья 6* подчёркивает конфиденциальность сведений о состоянии психического здоровья лица и оказании ему психиатрической помощи. Сведения такого содержания могут передаваться другим лицам только по осознанному согласию лица или его законного представителя. Передача сведений о состоянии психического здоровья лица и оказании ему психиатрической помощи без осознанного согласия самого лица или его законных представителей допускается при условии письменного заявления



организаций, проводящих дознание, предварительное следствие или судебный процесс.

Документы, содержащие сведения о состоянии психического здоровья лица и оказании ему психиатрической помощи, должны храниться таким образом, который гарантирует конфиденциальность этих сведений. Запрещается без согласия самого лица или его законных представителей любое использование этих сведений (в научных публикациях, публичных демонстрациях лица и т.п.).

В *статье 25* Закона «О психиатрической помощи» зафиксировано, что лица, которым оказывается психиатрическая помощь, имеют права и свободы граждан, предусмотренные Конституцией Украины и законами Украины. Они могут заботиться о соблюдении (защите) своих прав и свобод лично или через своих представителей в порядке, установленном гражданским кодексом Украины, процессуальным кодексом Украины и другими законами Украины.

Деонтологический аспект консультирования лиц с наличием или подозрением на наличие психических расстройств предусматривает право на уважительное и гуманное отношение к ним; получение информации о своих правах, связанных с оказанием психиатрической помощи, за исключением случаев оказания её без осознанного согласия или в принудительном порядке.

Деонтологические требования к общению врача и больного декларируют недопустимость моральной оценки лиц, которые обратились за помощью, пренебрежительного или унижающего отношения к больному и его жалобам на самочувствие.

Медицинская этика и деонтология содержат этические обязанности врача относительно личных отношений с пациентами на основе признания их субъектами лечебно-диагностического процесса партнерского типа.

Наконец, деонтологический аспект общения врача и больного включает проблему *ятрогении*. В широком смысле термин означает ухудшение психического состояния больного вплоть до диагностики психического расстройства вследствие неадекватного информирования пациента

относительно причины, характера и последствий его заболевания со стороны врача. Чаще всего возникают ипохондрические и депрессивные реакции, известны также случаи суицидов.

*Технический* аспект консультирования содержит правила вербального и невербального поведения врача и требования к условиям консультирования. Помещение для проведения консультирования пациентов с нарушениями психики не требует особого оборудования, но должны быть удобные стулья или кресла, в нём должно быть тихо, должна быть обеспечена конфиденциальность беседы.

Первым требованием обеспечения успешности беседы является «структурирование пространства». Консультирование начинается со знакомства с пациентом. Врач должен назвать себя, уточнить фамилию, имя, отчество пациента. Следует выяснить, какое обращение к себе предпочитает пациент (особенно это относится к подросткам и молодым людям, однако ни в коем случае не допускается обращение на «ты»). Если пациент пришел на приём в сопровождении родственников, то, начиная с подросткового возраста, следует определить, хочет ли он общаться с врачом наедине или в присутствии родственников. Если пациент предпочитает беседу наедине, родственникам следует предложить подождать вне кабинета, но сообщить, что заключительная часть беседы с пациентом будет проведена в их присутствии.

Далее следует определиться с размещением пациента в кабинете. Следует стремиться к расположению врача и пациента в одной плоскости, например за столом с одной стороны или за журнальным столиком.

Расстояние между ними должно быть в границах «личной дистанции», т.е. 70-150 см. Пациент должен сидеть лицом к источнику света, но не прямо, а чуть сбоку. Выполнение этих условий обеспечивает, во-первых, более непринуждённую беседу, а во-вторых, позволяет оценивать выражение лица пациента, его мимику, пантомимику, позу. Следует избегать вторжения в «интимное пространство» пациента, т.е. в границах 30-50 см; при первом

знакомстве с ним исключаются прикосновения к пациенту, если не идёт речь об обследовании внутренних органов.

Консультирование по поводу определения состояния психики пациента неизбежно состоит из чередования вопросов и ответов. В первой половине беседы вопросы преимущественно задаёт врач. Поэтому следует знать, как их формулировать, чтобы беседа была успешной для обеих сторон.

Виды вопросов можно разделить на две *группы*: закрытые и открытые. *Закрытые* вопросы приводят к ответам в виде подтверждения или отрицания («да» или «нет»). *Открытые* вопросы предусматривают и обеспечивают развёрнутые ответы и используются для выяснения переживаний и проблем больного. Они могут начинаться со слова «Что?» – тогда это собственно выяснение фактов. Если открытый вопрос начинается со слова «Как?», это позволяет прояснить чувства (самочувствие) больного. Открытый вопрос, начинающийся со слова «Почему?», предусматривает выяснение причин чего-либо, о чём рассказывает пациент. Открытый вопрос, начинающийся со слов «Можно ли?», позволяет получить общую картину проблемы пациента.

В общем объёме вопросов закрытые должны занимать 25-30%, остальной – отдаётся открытым вопросам.

Консультируя пациента в ходе беседы, следует прояснять, как пациент понимает смысл слов, которыми он описывает своё состояние, переживания, чувства. При этом полезно использовать выражение: «Правильно ли я Вас понимаю?», а затем кратко повторять то, о чём рассказывал пациент. Следует отметить, что расспрос больного требует получения навыков, поэтому необходимо внимательно следить за выполнением его правил. Именно это обеспечивает систематизированный подход к консультированию, управление его процессом, продвижение вперёд. Обоснованно поставленные вопросы должны обеспечить пациенту возможность раскрыть свои переживания, описать своё состояние и т.п.

В то же время консультирование с целью обеспечить пациенту возможность раскрыть свои переживания не подразумевает разрешения

рассказывать о своей жизни и своих проблемах, которые его волнуют, по принципу «час за часом», «день за днём». Поэтому, используя паузы в рассказе пациента, время от времени нужно подытоживать то, о чём он уже сообщил, прояснять это и останавливать, таким образом, слишком длинные монологи.

С другой стороны, если пациент слишком молчалив, не имеет навыков самонаблюдения и вербализации своих ощущений и эмоций, нужно использовать принцип «направленного опроса», когда у пациента последовательно выясняют, есть ли у него те или иные нарушения психического функционирования, и обязательно просят как можно детальнее их высказывать. Затруднения в описании собственных переживаний обозначаются термином «алекситимия» и являются достаточно распространённым в популяции феноменом и не обязательно свидетельствуют о болезненном состоянии. Обычно об его наличии свидетельствуют ответы «не знаю», «никакое настроение» и т.д., когда идёт речь о фактах безусловно известных пациенту.

К техническим требованиям относится также соблюдение продолжительности беседы с больным. Он ни в коем случае не должен ощущать спешку, с которой проходит беседа. С другой стороны, беседа не должна превращаться в своего рода «допрос». Если заметны признаки утомления, напряжения или раздражения больного, необходимо обсудить это с больным и прояснить, чем, например, вызваны напряжение или раздражение. В любом случае врач обязан помнить, что больной не обязан отвечать на вопросы, и имеет право отказаться от выяснения обстоятельств своей жизни. Вместе с этим нужно попросить больного объяснить, почему он не хочет отвечать. Как правило, на такой вопрос больные отвечают и таким образом врач может выяснить суть проблем. Кроме того, такая тактика позволяет врачу избежать ощущения психологического тупика после «неудачного вопроса» и, таким образом, привкуса неудачи у врача.

Наиболее оптимальной в психиатрии считается беседа продолжительностью до 40 минут, что обеспечивает необходимый для

плодотворного общения уровень внимания как больного, так и врача. Заканчивать беседу необходимо подведением итогов относительно проблем больного и планированием действий врача. Обязательным компонентом беседы является предоставление больному возможности задать свои вопросы. В условиях поликлинического приёма далеко не всегда есть возможность для длительной беседы, но необходимо помнить, что она не может быть короче 20 минут, если идёт речь о выяснении психического состояния больного. Кроме того, если времени недостаточно, возникают повышенные требования к умению врача чётко структурировать беседу, однако нельзя превращать её в формальный опрос.

В ходе своей беседы врач должен следить за своим невербальным поведением. В целом требования к нему можно сформулировать следующим образом: поведение должно быть внимательным. В частности, об этом должен свидетельствовать язык тела: поза, движения, жесты, глазной контакт, выражение лица, темп речи, характеристики голоса.

Что касается позы, она обязательно должна быть открытой. Это означает, что ноги должны стоять на полу рядом одна с другой с опорой на полную ступню, туловище слегка наклонено вперёд в сторону собеседника, голова также слегка наклонена вперёд, руки спокойно лежат на столе или ручках кресла, кисть раскрыта.

Поза врача совсем не должна быть неподвижной, окаменевшей. Наоборот, больного успокаивают лёгкие неспешные движения. Можно повторять некоторые движения и особенности позы больного, но не в случае, когда они свидетельствуют о его напряжении. Не следует скрещивать руки и ноги, закрывать руками свой рот или подбородок, т.к. это – признаки закрытой позы.

Необходимо также смотреть на больного, но взгляд должен быть мягким и немного смещаться время от времени на переносицу больного.

Слова нужно произносить в умеренном темпе, чётко выговаривая их. Вообще, все слова должны быть понятны больному, о чём необходимо

периодически спрашивать больного. Не следует задавать несколько вопросов подряд одновременно, а ответы нужно дослушивать до конца.

Интонации голоса должны быть мягкими, успокаивающими, голос умеренной громкости. Если больной в течение беседы повышает голос, нужно сразу же поинтересоваться, чем это вызвано, чувствует ли он обиду, раздражение или злость и по какой причине. Если пациент в ходе беседы начинает плакать, не следует спешить успокоить его. Вместе с тем нужно не дать плачу превратиться в истерическое рыдание. В любом случае, когда больной успокоится, нужно обсудить причину плача. Существенным компонентом заключительной части беседы является обсуждение необходимости последующей консультации у психиатра. Эта информация должна быть предоставлена пациенту в максимально мягкой форме, но вместе с тем определённо и достаточно твёрдо. При этом нужно напомнить пациенту то, что было обозначено ещё в начале беседы: добровольность психиатрической помощи (если нет показаний для другого решения).

В целом первичное консультирование по поводу нарушений психики и поведения должно успокоить пациента и придать ему уверенности в возможности улучшения его состояния.

*Б. Содержательные аспекты первичного психиатрического консультирования.*

*Целью* первичного психиатрического консультирования является квалификация жалоб больного, т.е. решение вопроса, свидетельствуют ли они о нарушениях психики клинического уровня. Иначе говоря, врач должен решить, относятся ли психические феномены, о которых сообщил больной, к норме или это – проявление заболевания. Чтобы ответить на этот вопрос, врач общей практики (семейный) должен иметь базовые знания по общей психологии, ориентироваться в критериях психического здоровья и владеть психиатрическими терминами, т.е. знать психиатрическую семиотику (перечень психопатологических симптомов и их содержательную характеристику).

В контексте взаимоотношения понятий «психология-психиатрия», «здоровье-болезнь» общая психология играет роль пропедевтики психических заболеваний. Действительно, для того, чтобы квалифицировать определённый психиатрический феномен, нужно знать характеристику его аналога в границах нормы.

Общая психология разделяет все психические феномены на несколько *групп*:

- *гностические процессы*, к которым относятся восприятие, мышление, речь, интеллект, память, внимание, воображение;
- *эмоционально-волевые процессы*, к которым относятся эмоциональные реакции, настроение, чувства, аффект, потребности, мотивы, желания, интересы, деятельность;
- *личность*, которую характеризуют темперамент, характер, самооценка, «Я-образ», «Я-концепция», особенности саморегуляции поведения и т.п.

Отдельно описывают сознание как интегральную характеристику психики; с психиатрической точки зрения имеют значение ориентировка человека в собственной личности и в окружающей наличной реальности.

Каждый психический процесс или состояние в границах нормы должны соответствовать их характеристикам и обеспечивать адаптивную деятельность. В целом психическая деятельность должна соответствовать *критериям психического здоровья* (по определению ВОЗ):

- осознание и ощущение непрерывности, постоянства и идентичности собственного физического и психического «Я»;
- ощущение постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- возможность оценочного отношения к себе и собственной психической деятельности, а также к её результатам;
- соответствие психических реакций силе и частоте влияний среды, социальным обстоятельствам и ситуациям, т.е. их адекватность;

- возможность регулировать своё поведение в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- возможность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать её;
- возможность менять стиль поведения в зависимости от изменений жизненных обстоятельств.

Иначе говоря, в границах психического здоровья личность способна нивелировать временные психические изменения так, чтобы, с одной стороны, владеть ситуацией или переживать её (в психологическом смысле), а с другой – возвращаться к состоянию психологического гомеостаза и сохранять его. Такое понимание психологического здоровья не исключает актуализации отдельных состояний и психических проявлений, свидетельствующих о психическом волнении, беспокойстве или, наоборот, о приподнятости, увлечении и т.д.

В границах психического здоровья возможно разнообразие феноменов, но необходимым условием является их адекватность обстоятельствам, воздействиям и общая адаптивная направленность.

Кроме того, психические феномены в границах психического здоровья соответствуют их культурально понятным проявлениям, их можно объяснить психологически. Интуитивно чувства и переживания, способ мышления («образ мыслей»), характеристики речи, принадлежащие одному лицу, понятны другим представителям одной с ним культуры, как бы индивидуальны они ни были. Другое дело феномены, которые выходят за границы психологических и принадлежат проявлениям патологического временного изменения психики или психического заболевания.

Кстати, считается ошибочным использование психиатрической терминологии для характеристики состояния психически здорового человека. Так, не следует использовать термин «депрессия», описывая печаль, угнетённое настроение человека, если его можно связать с психологическими причинами.

Выслушивая жалобы больного или его описание собственного психического состояния (которое далеко не всегда сами больные оценивают



как жалобы на самочувствие, т.к. в определённых случаях не ощущают его как тягостное – например рассказ о повышенном настроении или ощущении особых возможностей, способностей, которые они ранее не ощущали), необходимо уметь конкретизировать его применительно к отдельным психическим процессам. При этом рассказ больного может быть расплывчатым и поэтому требует уточнений. Так, когда больной «чувствует», что его преследуют, необходимо прояснить, о чём идёт речь: он наблюдает или слышит что-то, что, по его мнению, может быть «точно» доказательством преследования, или он так считает «неизвестно» почему или на основании «намёков» окружающих.

В первом случае, первичными являются нарушения восприятия, которые больной интерпретирует, а в другом, речь идёт о первичных нарушениях мышления. Относительно части феноменов действует правило, что они считаются проявлением психического нарушения, если не обнаружено соответствующих соматических и неврологических нарушений, которые могли бы их объяснить (например, болезненные тактильные ощущения, нарушения сознания и т.п.).

В случаях, когда обнаруживаются психические феномены, которые нельзя объяснить психологически, а также вызывающие дискомфорт, с большой вероятностью они имеют патологический характер. В таких случаях у врача появляется основание говорить о наличии симптомов, т.е. феномен является знаком заболевания.

Подобно разделению психики на отдельные процессы и состояния квалифицируются и симптомы. Однако следует помнить, что в действительности как «нормальная», так и болезненно изменённая психика является целостным образованием.

### ***Психопатологические симптомы восприятия***

Процесс *восприятия* в психологии обозначается как непосредственное отражение окружающего мира и самого себя посредством деятельности анализаторов во время непосредственного воздействия на них

соответствующих стимулов. Процесс осуществляется в два *этапа*: отражение отдельных характеристик предмета или явления (ощущения) и целостное отражение предмета или явления (собственно восприятие в виде образов). Патология процесса восприятия разделяется также на две *группы*: патология ощущений и патология собственно восприятия (образов).

### *I. Патология ощущений.*

Речь идёт о нарушении самого простого психического процесса отражения отдельных характеристик, свойств, признаков предметов и явлений при их непосредственном воздействии на анализаторы (зрения, слуха, вкуса, обоняния и др.).

#### 1. Патологическое изменение *порогов* ощущений:

- психическая гиперестезия – усиление ощущений при действии обычных по силе или слабых раздражителей;
- психическая гипестезия – ослабление ощущений действующих раздражителей.

#### 2. Патологическое *искажение* ощущений:

- сенестопатии – беспредметные неопределённые диффузные, не имеющие чёткой постоянной (чаще всего) локализации ощущения, которые имеют проекцию в телесное «Я»;
- метаморфозии – нарушения отражения величины, формы, размеров предметов;
- нарушения схемы тела – ощущение изменения размеров и других свойств собственного тела, которое исчезает под зрительным контролем, а затем вновь возникает.

### *II. Психопатология восприятия.*

Патология связана с нарушением отражения предметов и явлений в целостном виде, т.е. возникают их ложные и ошибочные образы.

1. Ошибочные образы, т.е. *иллюзии*, являются результатом искажённого восприятия предметов и явлений, которые во время процесса воздействуют на анализаторы на самом деле. Психические иллюзии следует отличать от

физических, обусловленных законами физики, и физиологических, обусловленных объективными условиями восприятия.

Психические иллюзии зависят от эмоционального состояния человека, состояния сознания или внимания (иллюзии невнимательности).

Вербальные иллюзии, т.е. ошибочное восприятие речи окружающих, когда вместо реально произносимых слов слышатся какие-либо другие, нужно отличать от бредовых идей преследования или другого содержания. В последнем случае речь воспринимается правильно, но трактуется как намёк на существование преследования и т.п. Значимым признаком иллюзии является то, что они исчезают при активации внимания.

2. Ложные образы – *галлюцинации* – возникают при отсутствии действительного раздражителя определённого анализатора во время восприятия. На самом деле галлюцинации следует считать актуализированными представлениями, т.е. они всегда возникают вследствие патологического состояния центральных отделов анализаторов.

Различают зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и общего чувства галлюцинации. Во время их возникновения больные реагируют на них, как на реальные явления, и достаточно часто ведут себя соответственно их содержанию. Особенно в этом плане важны императивные вербальные галлюцинации, которые что-либо приказывают больному, а он подчиняется этим приказам.

Больные не всегда рассказывают о галлюцинациях, но временами можно заподозрить их наличие, наблюдая за поведением больных, когда они разговаривают с воображаемым собеседником, закрывают уши, что-то снимают с кожи, к чему-то прислушиваются и т.д.

Наличие галлюцинаций безусловно свидетельствует о необходимости консультации психиатра.

### ***Психопатологические симптомы нарушений мышления***

*Мышление* является основным гностическим процессом, в границах которого осуществляется опосредованное отражение окружающего мира. При

этом оно определённым образом «отвлекается» от конкретных предметов и явлений, т.е. в процессе мышления о них не требуется их непосредственное присутствие. Мышление имеет целенаправленный характер, начинаясь с, так называемой, предпосылки, гипотезы и заканчиваясь выводом, подчиняется сознательной регуляции, включая волевые усилия. Внешне мышление проявляет себя речью, которая, кроме всего, имеет определённую скорость. Логическими формами мышления являются *понятия, суждения и умозаключения*.

*Понятия* отражают существенные признаки предметов и явлений и разделяются на конкретные, общие, собирательные и абстрактные.

В *конкретных* понятиях отражаются свойства отдельных предметов и явлений, которые присутствуют в настоящее время (т.е. мышление именно об «этом столе, доме» и пр.).

*Собирательные* понятия возникают путём формирования природных (естественных) множеств («лес», «город» и т.п.).

*Абстрактные* понятия являются результатом отвлечения определённых признаков от конкретных свойств предметов и явлений (например, «размер», «цвет», «время» вообще).

*Суждение* содержит утверждение относительно определённого объекта, например, «ворона – это птица», «яблоко красное» и т.п. Суждения могут быть верными и ошибочными в зависимости от их соответствия настоящему положению вещей. Умозаключение формируется при оперировании несколькими суждениями и представляет собой новое утверждение. Например, «К весенним месяцам относятся март, апрель, май». «Сейчас май». «Следовательно, сейчас весна».

Нарушения мышления бывают *формальными* и *продуктивными*.

#### *1. Формальные нарушения мышления.*

К группе относятся нарушения: темпа мышления (замедление, ускорение, т.е. выход за границы нормативных для данной культуры, этноса границ – для нашей культуры нормативным считается показатель 60-100 слов в минуту),

связности мышления (соскальзывание мыслей, когда не доводя их до логического конца больной переходит на другие обоснования рассуждений; разорванность, когда фразы сохраняют правильную грамматическую форму, но теряют содержательную связь частей; бессвязность, когда нарушается грамматическое построение фраз; целенаправленности – торпидность, вязкость, тугоподвижность, когда в целом нарушается логическое, конструктивное продвижение мысли до завершения.

Эти нарушения встречаются чаще всего, хотя разнообразие нарушений ими не ограничивается.

## *II. Продуктивные нарушения мышления.*

В целом нарушения характеризуются изменениями содержания мышления с неадекватным отражением объективной реальности вследствие болезненного состояния головного мозга. К группе относятся *навязчивые явления, сверхценные и бредовые идеи.*

1. *Навязчивые явления (обсессии)*, в целом, можно обозначить как разнообразные психические феномены (мысли, воспоминания, сомнения, влечения, действия), которые возникают независимо и вопреки желанию человека, удерживаются в сознании, несмотря на попытки больного освободиться от них, сопровождаются обычно тревогой и приводят к формированию ограничительного поведения, т.е. избегания ситуаций и обстоятельств, когда они актуализируются. Больные осознают их болезненный характер, стараются как-то преодолеть их, что в свою очередь может приводить к формированию цепочки защитных действий – ритуалов, которые также отягощают жизнь.

Чаще всего во врачебной практике можно встретить навязчивые страхи – *фобии*. В зависимости от их содержания выделяют:

- нозофобии – навязчивые страхи определённых заболеваний (канцерофобия, кардиофобия, сифилофобия, спидофобия и т.п.);
- социофобии – навязчивые страхи в связи с межличностным общением, публичными выступлениями и другими видами социальных контактов;

- персонофобии – навязчивые страхи высоты, темноты, закрытых или открытых пространств, различных вещей (острых предметов, насекомых, животных и т.п.).

Навязчивости могут возникать (актуализироваться) в определённых обстоятельствах – ситуационные навязчивости, вне специфики обстоятельств, под влиянием внутреннего психологического состояния – аутохтонные навязчивости.

От других продуктивных нарушений мышления навязчивые явления отличаются осознанным отношением к ним, ощущением их чуждости, т.е. пониманием, что они не являются принадлежностью личности человека, который страдает ими.

2. *Сверхценные идеи* – суждения, которые однобоко отражают реальные обстоятельства или события и доминируют в сознании человека вследствие их исключительного субъективного значения. В отличие от собственно доминирующих идей они нарушают социальное функционирование человека и сопровождаются изменением его самооценки, поэтому их относят к болезненным явлениям. В зависимости от психологического *содержания* сверхценных идей выделяют:

- идеи переоценки биологических качеств личности;
- идеи переоценки психологических качеств или способностей личности;
- идеи переоценки социальных факторов (идеи вины, эротические идеи, сутяжничество, ревность и т.п.).

Сверхценные идеи нередко целиком или частично понятны окружающим людям, но при условии их длительного существования начинают тяготить окружение больного вследствие его неконструктивного поведения (длительное выяснение отношений, притязания, борьба за признание в определённых видах науки или искусства и т.п.).

Вместе с тем, сверхценные идеи не исключают возможности внешне правильно себя вести (за пределами тематики идей).

Считается, что сверхценные идеи можно корректировать, но на практике это достаточно тяжело в связи с их стойкой аффективной заряженностью.

3. *Бредовые идеи* – ошибочные, ложные умозаключения, которые не соответствуют реальной действительности, как она понимается в настоящее время; они противоречат законам формальной логики, следуют из ошибочных предпосылок и не поддаются коррекции. Важно, что бредовые идеи формируются на болезненной основе и являются результатом собственных рассуждений больного (каждый больной – автор своего бреда). Поэтому, по крайней мере, часть бредовых идей отличается от предрассудков или магического мышления (вера в сглаз, ворожбу).

Больные не всегда обосновывают свои утверждения. Достаточно часто они просто утверждают свою уверенность в реальности абсолютно ложных суждений. Преимущественно такой вариант бредообразования наблюдается у больных со слабыми навыками интеллектуальной работы.

По содержанию бредовые идеи можно разделить на несколько *групп*:

- бредовые идеи со сниженной самооценкой – ипохондрические, самообвинения, самоуничужения, нигилистические;
- бредовые идеи с повышенной самооценкой – величия, высокого предназначения, изобретательства, богатства, особых способностей и пр.;
- персекуторные – с уверенностью в угрозе или вреде собственному Я или физическому состоянию – преследования, отношения, воздействия, ущерба, отравления и т.п.;
- смешанные бредовые идеи содержат сочетание идей с повышенной и сниженной самооценкой: благожелательного воздействия, особого значения, физического воздействия с целью тренировки для высокой миссии и т.п.

Бредовые идеи могут быть вторичными, когда их содержание определяется содержанием галлюцинаций, ложных воспоминаний, изменений настроения (повышения или понижения), или первичными, которые обусловлены именно нарушениями мышления.

Наличие бредовых идей свидетельствует о развитии психотического уровня психического расстройства и требует особого внимания.

### ***Психопатологические симптомы нарушения памяти***

*Память* – это процесс фиксации (закрепления), удержания (сохранения) и воспроизведения информации. При действии памяти образуется ощущение непрерывности существования человека, его психического «Я». В зависимости от способа получения информации и её вида выделяют образную память (зрительную, вкусовую, обонятельную, тактильную), когда запоминаются образы предметов, память движений, действий (двигательные навыки), эмоции; выделяют также память содержания, значения информации (хронологическая, лексическая, фактологическая и т.п.).

В зависимости от времени сохранения информации выделяют *кратковременную, оперативную и долговременную* память. В границах *кратковременной* памяти информация сохраняется в среднем 30-40 минут, после чего она активно уже не воспроизводится. *Оперативная* память действует на протяжении периода решения какого-либо задания или существования определённой ситуации, когда та или иная информация остаётся необходимой, после чего она уже произвольно не воспроизводится. *Долговременная* память позволяет удерживать информацию неопределённо долго, часть в течение всей жизни (при условии сохранности психического здоровья).

Воспроизведение информации (как, кстати, и её запечатление) может быть *произвольным* и *непроизвольным*. В последнем случае оно называется *реминисценцией*.

Патология памяти может проявляться её снижением, усилением, выпадением (полным или дискретным) и искажением.

1. *Снижение памяти* проявляется затруднением запечатления, уменьшения времени сохранения информации и затруднением её произвольного воспроизведения. В целом, это свидетельствует об ослаблении памяти.



2. *Усиление памяти* проявляется непроизвольным оживлением процессов фиксации и воспроизведения информации с одновременным ослаблением (как правило) произвольной памяти. Чаще всего это наблюдается в границах болезненно повышенного настроения и не приводит к повышению продуктивности больного. Кроме того, встречаются отдельные случаи постоянной гипермнезии, которые создают проблемы для больных в связи со слабостью процессов произвольного отбора информации для запоминания и затруднениями забывания (чрезмерная избыточность активно действующей информации, которая тяготит человека).

3. *Выпадения памяти (амнезии)*. В целом, группа содержит выпадения дискретного или тотального характера, когда из памяти исчезают отдельные периоды жизни, способность узнавать (опознавать) определённую информацию, память на отдельные ситуации и т.п.

Из памяти могут исчезать очерченные периоды. В этом смысле различают:

- *ретроградную* амнезию, когда из памяти исчезают события некоторого периода, предшествовавшего острому периоду расстройства; эти периоды могут быть короче или длиннее, их устойчивость может быть различной, так что в благоприятных случаях воспоминания частично или полностью восстанавливаются;
- *антероградную*: утрачивается память на события, относящиеся к окончанию периода утраты сознания или другого нарушения психики; наличие этой амнезии обнаруживается спустя какое-то время и не всегда идентифицируется, т.к. поведение больного в этот период вполне упорядоченно; длительность амнезии может колебаться от нескольких часов до месяцев и даже лет;
- *конградную* амнезию, когда выпадает память о событиях периода нарушенного (но не утраченного) сознания или других проявлений острого периода нарушения психики;

- *фиксационную* амнезию характеризует невозможность фиксировать текущие события, но память об отдалённых сохраняется;
- *прогрессирующую* амнезию характеризует нарастающее опустошение памяти в порядке, обратном её формированию, так что, в конце концов, человек утрачивает богатство собственной индивидуальности.

По объекту амнезии разделяются на следующие *виды*:

- *аффектогенная*, которая проявляется выпадением памяти на период патологического аффекта, т.е. периода эмоционального напряжения, острой реакции на стресс;
- *кататимная* – выпадение памяти на отдельные травмирующие факты своей жизни;
- *мотивированная* – выпадение памяти на события, противоречащие установкам личности.

4. *Извращения памяти*. В целом речь идёт об ошибках припоминания. К группе относятся:

- *псевдореминисценции* – смещение событий в другое время;
- *конфабуляции* – полностью вымышленные воспоминания с полной уверенностью в их реальности;
- *криптомнезии* – присвоение или отчуждение воспоминаний;
- *экмнезии* – сдвиг ситуации в прошлое, когда больной с прогрессирующей амнезией ведёт себя в соответствии с ещё сохранными воспоминаниями (например, человек пожилого возраста ведёт себя, как ребёнок, потому что помнит только этот период своей жизни).

### ***Психопатологические симптомы нарушения внимания***

*Внимание* – это способность сосредоточения на каких-либо внешних или внутренних объектах, событиях или видах деятельности.

Своего отдельного специального содержания внимание не имеет, но способствует повышению уровня сенсорной или двигательной деятельности.

Внимание может быть *произвольным* или *непроизвольным*. *Произвольное* внимание имеет направленность, избирательность, сосредоточение, объём.

*Непроизвольное* (пассивное) внимание, по сути, является ориентировочной реакцией на какие-либо внезапно возникающие раздражители (стимулы), которая продолжается несколько минут, а затем в зависимости от потребностей человека угасает или трансформируется в произвольное.

Оптимальный уровень произвольного внимания взрослый человек может поддерживать около 25 минут, после чего внимание нужно дополнительно стимулировать, иначе оно угаснет и непроизвольно переключится на другие объекты.

Произвольное внимание характеризуется следующими *параметрами*:

- объём внимания, т.е. количество объектов, на которых человек способен одновременно сосредоточиться;
- глубина внимания, т.е. степень заинтересованности, поглощённости определённой деятельностью, вследствие чего она успешна;
- устойчивость внимания, т.е. время сосредоточения на одном объекте;
- переключение внимания, т.е. способность произвольно переходить к другим объектам деятельности.

В соответствии с перечисленными параметрами выделяют *виды* нарушения внимания:

#### *1. Нарушения объёма внимания:*

- сужение, т.е. патологическая сосредоточённость на одном объекте деятельности (сужение поля сознания), что обычно обусловлено его личностным значением; примером может быть ипохондрическая фиксация – гиперпрозексия;
- патологическое ожидание или поиск объекта внимания – парапрозексия с ощущением напряжённости;
- отсутствие или временное выключение способности выбрать объект внимания – апрозексия.

#### *2. Нарушения глубины внимания:*

- понижение глубины сосредоточения на необходимом объекте деятельности, что приводит к поверхностным решениям, спешке (поспешности);

- чрезмерная глубина внимания – неконструктивное сосредоточение, поглощённость, фиксация на объекте деятельности или обдумывания, что затрудняет или блокирует успешность работы.

### *3. Нарушения устойчивости внимания:*

- отвлекаемость (патологическая), когда переключение внимания происходит произвольно, в короткое время;
- малоподвижность внимания, т.е. застревание на одном объекте деятельности, «прилипание» к какой-либо одной теме в беседе, чрезмерная устойчивость определённых мыслей в сознании.

### *4. Нарушения переключения внимания:*

- снижение уровня произвольности (активности) внимания, преобладание произвольного внимания, невнимательность;
- снижение способности произвольно переключать внимание с одного объекта на другой, что чаще определяется как “малоподвижность”, однако не совпадает с ней полностью, т.к. речь не идёт о скорости процесса;
- нарушение одновременного распределения внимания между несколькими объектами деятельности (так называемое диспетчерское внимание) при достаточном сосредоточении на каждом.

### ***Психопатологические симптомы нарушений эмоций***

*Эмоции* – класс психических процессов и состояний, которые непосредственно отражают отношение человека к окружающему миру и самому себе в зависимости от объективного и субъективного значения ситуаций, которые и вызывают ту или иную эмоцию. В зависимости от соотношения «ситуация – потребности человека» эмоции приобретают положительный или отрицательный знак. Понятно, что человек стремится к переживанию положительных (радость, восторг, умиление и т.п.) и избеганию, освобождению от отрицательных (тревога, страх, ужас, злость и т.п.) эмоций. Вследствие этого эмоции выступают мощным рычагом регуляции поведения (совместно с мыслительным и волевым рычагами).

Различают несколько *форм* эмоциональных проявлений: реакция, настроение, аффект, чувства.

*Эмоциональная реакция* – это непосредственный эмоциональный отклик на какое-либо действие, стимул, впечатление.

*Настроение* – относительно устойчивое эмоциональное состояние, определяющее поведение человека; обеспечивает (или блокирует) возможность появления различных по знаку эмоциональных реакций. В состоянии оперативного покоя (психологического гомеостаза) настроение ровное, спокойное – эутичное. Его повышение или снижение в норме обусловлено достаточно сильным стимулом.

*Аффект* – чрезвычайно сильная кратковременная эмоциональная реакция на внезапную информацию (действие), которая имеет значение для человека (несчастье, радостное событие). Аффект имеет бурные вегетативные и поведенческие компоненты и сопровождается некоторым сужением сознания.

*Чувство* – стойкое эмоциональное отношение к определённым вещам, людям, которое отражает субъективную оценку носителя чувства (любовь, симпатия, недоброжелательность, презрение и т.п.).

Физиологическими основами любого вида эмоций является деятельность корковых и подкорковых структур, среди которых важнейшую роль играет лимбическая система, в частности, гипоталамус. В свою очередь это определяет наличие вегетативного компонента каждой эмоции: сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, дыхательные и другие проявления. При наличии «умеренных» эмоций эти проявления не осознаются, но при бурном течении эмоций человек чувствует, например, сердцебиение, или наоборот, «замирание сердца», оживляется деятельность желудочно-кишечной и мочеполовой систем, а посторонний наблюдатель может видеть изменение окраски кожи, размеров зрачков и т.п. Кроме того, у каждой эмоции есть присущие ей (но культурально обусловленные) мимические характеристики. Благодаря этому эмоции понятны окружающим, если даже о них не говорят.

Отличить нормальные эмоции от патологических вариантов не всегда легко. Например, уточняющего анализа требуют дихотомии «длительная в границах нормы – патологическая тревога», «повышенное настроение – мания», «гедонистическое состояние – эйфория».

Для решения этого вопроса необходимо учитывать, что в границах психического здоровья (нормы), эмоции подчиняются следующим *закономерностям*:

- соответствие знака эмоции характеристикам раздражителя;
- соответствие силы эмоции объективному и субъективному (но психологически понятному) значению раздражителя;
- эмоциональная адаптивность, т.е. снижение силы эмоциональной реакции вплоть до её угасания при постоянном действии одного и того же раздражителя;
- сохранность самооценки в условиях действия сильных эмоций.

Выделяют следующие *виды* патологии:

#### *1. Нарушения эмоциональных реакций:*

- эмоциональная неустойчивость, или лабильность;
- эмоциональная вязкость – застревание, стойкая фиксация эмоциональных реакций;
- гипер- и гипестезия – нарушение порога эмоционального реагирования соответственно в сторону его понижения или повышения;
- утрата эмоционального резонанса, т.е. соответствия реакции силе и значению раздражителя;
- эмоциональная неадекватность – утрата соответствия между знаком эмоциональной реакции и содержанием раздражителя (с учётом культуральных норм);
- эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость с компонентами раздражения, злости, озлобления, агрессии.

#### *2. Нарушения настроения:*

- гипотимия – патологически стойкое снижение настроения с переживанием печали, тоски (достаточно часто используется термин “депрессия”, однако необходимо пояснить, что по содержанию это сокращённое определение соответствующего синдрома);
- гипертимия – патологически повышенное настроение с ощущением особо радостного, даже восторженного состояния, повышения жизненного тонуса, стремлением к постоянной деятельности, которая на высоте гипертимии не доводится до конца (использование термина “мания” за границами описания соответствующего синдрома нежелательно);
- эйфория – повышенное настроение с преобладанием беззаботности, добродушия, удовольствия, погружение в мечтательность, грёзы, преимущественно произвольные, без стремления к деятельности;
- дисфория – угнетённое настроение с брюзжанием, раздражением, враждебностью, недоброжелательной установкой в отношении окружающих, не спровоцированной их действиями;
- апатия – равнодушное настроение с отсутствием или резким уменьшением количества эмоциональных реакций, бездеятельностью, которая самым больным не осознаётся;
- тревога (тревожное настроение) – в границах патологии проявляется недостаточной её мотивированностью реальными обстоятельствами или чрезмерностью, так что вместо конструктивного изменения поведения наблюдается снижение адаптивности или отказ от рациональных, необходимых действий (ограничительное поведение); заслуживает внимания большое количество вегетативных ощущений, которые осознаются и даже выходят на первый план (сердцебиение, одышка, спазмы и т.п.), болезненное ожидание угрозы, которая беспредметна;
- страх – эмоциональное состояние, в границах которого в отличие от тревоги присутствует предмет, объект угрозы (но не всегда свободно вербализируется).

### *3. Нарушения чувств:*

- амбивалентность – одновременное сосуществование противоположных по знаку эмоциональных оценок, отношения к одному и тому же факту, объекту, человеку, событию;
- эмоциональная тупость – стойкая редукция эмоциональных переживаний;
- эмоциональное огрубление, т.е. утрата тонких эмоциональных дифференцировок, которое проявляется расторможенным поведением, брутальностью, циничными шутками и высказываниями и т.п.

#### *4. Нарушения аффекта:*

- аффектация – состояние неестественного возбуждения, «искусственной, наигранной» излишней выразительности жестикуляции, манер, речи (синоним: демонстративность);
- патологический аффект – кратковременное состояние сверхсильного гнева, злобы, которое сопровождается сужением сознания, выраженным возбуждением с двигательными автоматизмами и последующим глубоким психическим истощением, которое заканчивается глубоким сном и конградной амнезией.

#### *Психопатологические симптомы нарушений воли*

*Воля* – это способность действовать целенаправленно с запланированной целью. По своей сути воля является многошаговым процессом, который внешне проявляется цепью взаимосвязанных этапов, т.е. своеобразным алгоритмом. Каждый из этапов может быть сокращён и даже не осознаваться (или осознаваться задним числом).

Первым, начальным этапом является *актуализация потребности*.

*Потребностью* в психологии называют зависимость от различных объектов, предметов, необходимых для жизни человека.

Все потребности делятся на *группы*:

- связанные с жизнью и развитием человека как биологического организма (потребность в еде, воде, защите от холода или жары и т.п.);



- необходимые для дальнейшего существования человека как индивида и для продолжения рода (потребность в общении, защите, самореализации, в половых отношениях и т.п.);
- необходимые для удовлетворения психологического существования (эстетические, этические, познавательные потребности).

Каждую потребность можно удовлетворить с помощью использования различных объектов. Заполненная объектом потребность становится мотивом действия, и это – второй этап процесса.

Заряженный энергией мотив становится влечением, которое обычно как таковое недостаточно осознаётся и является кратковременным. Осознанная потребность становится *желанием* – это следующий этап процесса, когда возможен, а чаще необходим анализ дальнейшего развития деятельности человека – борьба мотивов и принятия решения. Это, по сути, последний этап волевой деятельности, а далее осуществляется та или иная деятельность.

Достаточно часто волю оценивают таким параметром, как осознанный отказ от того или иного действия. Но не менее важным показателем качества воли является способность достижения цели (и вообще её наличие).

В целом нарушения волевого процесса можно рассматривать в различных аспектах относительно его этапов. Возможными вариантами патологии являются угнетение, усиление и искажение.

Но необходимо помнить, что изменению подвергается волевой процесс в целом, хотя акцент может касаться того или иного этапа.

На *этапе потребностей* наблюдаются:

- гипобулия – угнетение потребностей, т.е. возможности их актуализации, которое может касаться отдельных потребностей или их совокупности; состояние осознаётся и приобретает негативную эмоциональную окраску, что отражается в жалобах больных;
- абулия – полная блокада потребностей, возможности их актуализации со снижением их стимулирующего влияния на активность человека; обычно сочетается с апатией; не осознаётся больным и не причиняет психического

дискомфорта; иногда наблюдается рационализация своего психического состояния в таких, например, заявлениях: «Ничего не делаю, т.к. отдыхаю»;

- парабулия – искажение адекватного рисунка актуализации потребностей или формирование патологических объектов потребности; сюда относятся различные виды парафилий (дромомания, клептомания, сексуальные перверзии, копрофагия и т.п.); в группу входят также суицидомания или аутоагрессия в расширенном виде.

На этапе *формирования мотивов* и их *борьбы* наблюдаются такие виды патологии:

- амбигуальность – одновременное сосуществование двух противоположных мотивов, которое не заканчивается принятием решения;
- обсессивные влечения (мотивы), особенность которых заключается в том, что они возникают произвольно и сопровождаются жестокой борьбой мотивов и осознанием их болезненного характера;
- компульсивные влечения осознаются посредством ощущения психического дискомфорта, но не сопровождаются борьбой мотивов, так что человек стремится к их реализации;
- импульсивные влечения возникают остро, без предшествующего осознания потребности; на их высоте наблюдается аффективное сужение сознания с дальнейшими фрагментарными припоминаниями подробностей ситуации.

Далее на *этапе реализации решений*, т.е. деятельности, возможны следующие виды патологии:

- гипокинезия – заторможенность произвольных движений, обеднение мимической и пантомимической выразительности;
- мутизм – отсутствие спонтанной речи и ответов на вопросы;
- адинамия, включая ступор – полное отсутствие произвольных движений, нередко с застыванием;
- гиперкинезия – оживление движений в связи с повышением настроения;

- ажитация – нецеленаправленная суетливость, беспокойство в связи с чрезмерной тревогой;
- возбуждение в связи с определённым причинным фактором (галлюцинации, бред, мания, кататоническая гипербулия, помрачение сознания);
- группа извращений двигательной активности: эхопраксия, эхолалия, речевые стереотипии, сопротивление и негативизм по отношению к какому-либо внешнему стимулу (пассивный и активный негативизм), пассивная подчиняемость каким-либо приказам и инструкциям.

### ***Психопатологические проявления нарушенного сознания***

*Сознание* является высшим психическим процессом, который обеспечивает интегрированное состояние психики, т.е. возможность упорядоченного и последовательного течения психических процессов, функциональную состоятельность и адекватность психических состояний. Таким образом, сохраненное сознание позволяет человеку:

- ориентироваться в собственной личности (аутопсихическая ориентировка), ощущать единство своего «Я»;
- ориентироваться во времени, осознавая настоящее время, вспоминая прошлое и прогнозируя будущее («свободное перемещение вдоль вектора времени»);
- ориентироваться в окружающей действительности, в частности в месте и обстоятельствах (аллопсихическая ориентировка);
- обеспечивать преемственность жизненного опыта;
- непрерывность психической деятельности.

Выделяют такие *характеристики*, по которым оценивают состояние сознания:

- степень ясности (уровень бодрствования);
- непрерывность (способность дать себе отчёт в текущем времени);
- объём (поле сознания);
- содержание сознания.

Относительно этих характеристик выделяют следующие *критерии сохранённого сознания* (К. Ясперс):

- правильная ориентировка во времени, месте, собственной личности;
- адекватное восприятие окружающей действительности, включённость в неё;
- последовательное, упорядоченное мышление;
- сохранность и правильное функционирование памяти.

В противоположность признакам сохранного сознания выделяют *критерии нарушения сознания* в целом:

- отчуждение от окружающей действительности (полное или частичное) с нарушением способности осознавать и понимать события, которые происходят;
- нарушения аутопсихической и/или аллопсихической ориентировки различного типа;
- нарушения последовательности и/или грамматической сохранности мышления и речи (инкогеренция, бессвязность);
- нарушения памяти (фрагментарные воспоминания, конградная амнезия).

Патология сознания преимущественно описывается синдромально, но существует несколько патологических феноменов, которые описываются на уровне симптомов. К ним относятся следующие:

#### 1. *Патология ясности сознания* (уровня бодрствования):

- растерянность, когда возникает ощущение непонятности происходящего вокруг, вызывающее тягостное чувство;
- обнубиляция – замедление реакции на окружение в связи с недостаточным пониманием ситуации вследствие ощущения “тумана” в голове, хотя в целом поведение остаётся в контексте ситуации;
- сверхсознание (повышение уровня бодрствования), когда человек ощущает особую ясность восприятия, облегчение ассоциаций, «расширение» своего «Я» с чувством проникновения в суть окружающего мира;

- деперсонализация («утрата собственного «Я») с ощущением неполноты, нечёткости, обеднения восприятия собственного «Я», неестественности существования;
- дереализация – переживание неестественности, призрачности того, что происходит вокруг с ощущением собственного отчуждения от окружения.

2. *Расщепление сознания*, когда нарушается осознание единства собственной личности, а вместо этого появляется ощущение одновременного сосуществования двух или более субличностей (например, «Я действующее» и «Я наблюдающее», «Я весёлое» и «Я грустное»), но они не отчуждаются и не получают других персонификаций (имени, фамилии и т.п.).

3. *Сужение сознания*, которое ощущается как ограничение пространства ясного сознания.

Отдельные психопатологические элементы ещё не образуют достаточных оснований для определения или хотя бы предположения о наличии психического расстройства, т.е. болезненного состояния. Поэтому следующим шагом анализа психического состояния больного является решение вопроса о наличии (или отсутствии) психопатологического синдрома. Безусловно, в полной мере это возможно во время консультации психиатра, но и врач общей практики должен иметь начальные знания по этому вопросу.

### ***Перечень и диагностические признаки основных психопатологических синдромов***

Исходя из понимания синдрома как определённой совокупности симптомов, необходимо иметь в виду их различную диагностическую нагруженность. Те симптомы, которые образуют суть синдрома, дают ему название и присутствуют постоянно, пока существует синдром. Они обозначаются как *обязательные*. Именно их следует выявить, чтобы появились основания говорить о наличии определённого синдрома. Среди обязательных симптомов выделяют *ведущие*, которые появляются первыми и исчезают последними в динамике (синдромокинезе) синдрома.

Если в качестве ведущего выступает один симптом, синдром обозначается как *простой*.

Если ведущих симптомов два и больше, синдром относится к *сложным*.

Если в состав постоянных проявлений психопатологического состояния достаточно чётко и устойчиво входят ведущие симптомы различных синдромов, он обозначается как *смешанный*.

Таким образом, к простым синдромам относят, например, сенестопатоз, галлюциноз и пр.

К сложным синдромам относятся параноидный, кататонический, депрессивный и др.

Примерами смешанных синдромов могут быть аментивно-делириозный, обсессивно-астенический и др.

Не допускается трёхчастное обозначение смешанных синдромов; в таком случае третий ведущий симптом, наименее выраженный обозначается как «включение», «компонент».

Таким образом, перечень основных психопатологических синдромов выглядит следующим образом:

#### *1. Невротические (неврозоподобные) синдромы.*

Общим признаком группы является обусловленность клинических проявлений действием механизма редукции тревоги (от минимальной до вполне реализованной).

1. Астенический. Синдром считается простым: его ведущим симптомом является собственно астения с проявлениями эмоциональной гиперестезии и вегетативными нарушениями.

2. Синдром навязчивых состояний (обсессивный, фобический). Ведущими симптомами выступают собственно разнообразные навязчивые симптомы (от одного до нескольких одновременно).

3. Истерический (диссоциативный) синдром. Клинические проявления довольно разнообразны и изменчивы, но их объединяет общая черта – конверсионный характер нарушений, т.е. их прямая зависимость от

эмоционального рычага поведения, общий кататимный тип реагирования на события и ситуации, имеющие значительную субъективную ценность для больного.

4. Деперсонализационно-дереализационный синдром. Ведущими симптомами являются нарушения самосознания (деперсонализация) и сознания окружающего (дереализация) с ощущением отчуждения, изменения их восприятия.

5. Ипохондрический синдром. Ведущим симптомом является «чувство болезни и боли» (А. Кемпинский, 1975), вследствие снижения порога чувствительности интерорецепторов, которое сопровождается чрезмерным опасением за своё здоровье, сосредоточённостью внимания на соматических или близких к ним (сенестопатических) ощущениях.

6. Сенестопатоз. Синдром относится к простым. Ведущим симптомом являются сенестопатии, преимущественно простые, в виде алгических, термических и псевдоневрастенических ощущений.

## *II. Аффективные синдромы.*

В группу входят стойкие состояния изменения настроения, сочетающиеся с нарушениями волевого процесса и мышления. В зависимости от вектора изменений выделяют два варианта синдромов.

1. Депрессивные синдромы. Ведущие симптомы содержат стойкое снижение настроения (гипотимию), снижение волевой и двигательной активности (гипобулия) и гипо- или адинамию (вплоть до развития ступора), замедление мышления с заторможенностью или блокадой противоположных по знаку эмоциональных реакций. В целом это состояние обозначается как «депрессия». Это означает, что термин употребляется именно для обозначения состояния на уровне синдрома.

2. Маниакальные синдромы. Группа содержит состояния, для которых ведущими симптомами являются повышенное настроение (гипертимия) различной степени, повышение волевой и двигательной активности (гипербулия и тахипсихия), ускорение мышления со сдвигом к ассоциативному

процессу (т.е. нарушение целенаправленности). Эмоциональные реакции противоположного знака затормаживаются или блокируются.

### *III. Галлюцинаторные и бредовые синдромы.*

Ведущими симптомами этой группы симптомов являются галлюцинации и бред или их сочетание.

#### 1. Галлюцинозы.

Простые психопатологические синдромы с одним ведущим симптомом – галлюцинациями, которые возникают чаще в одном, реже – в двух анализаторах. Они достаточно обильны, имеют предметную завершенность, но их вторичная бредовая интерпретация не обязательна, а наоборот – чаще отсутствует.

Особенностью любого галлюциноза является отсутствие помраченного сознания, что служит важным диагностическим признаком.

#### 2. Паранойяльный синдром.

Относится к простым синдромам. Ведущий симптом – первичные бредовые систематизированные идеи, имеющие систему «доказательств» обоснованности утверждений больного с абсолютной уверенностью их обоснованности. Поскольку в систему доказательств нередко вплетаются реальные факты и события с дальнейшим их паралогическим объяснением, интерпретацией, окружающие не сразу и не всегда понимают их болезненный характер. Чаще всего на протяжении длительного времени или постоянно бредовые идеи остаются монотематическими.

#### 3. Острый параноидный синдром.

К его проявлениям относятся остро развивающиеся бредовые идеи преследования, ущерба, физического воздействия, которые сочетаются с ощущением общей измененности окружающей обстановки с угрозой для больного.

Бред полностью захватывает больного и обуславливает значительное нарушение его поведения, временами с выраженным психомоторным возбуждением.



4. Параноидный синдром (или синдром обыденных отношений, бред малого размаха).

Содержит бредовые идеи ущерба, отравления, намеренного нарушения прав больного и т.п. В фабулу бреда больной включает лиц ближайшего окружения, чаще всего родных и близких. Интерпретации частично касаются фактов реальной жизни. Важно иметь убедительные данные, что утверждения больного не являются реальным отражением внутрисемейных отношений, а именно, пренебрежительным отношением к больному, манипулированию им и т.п.

К обязательным симптомам относятся эмоциональное напряжение и бредовое поведение, т.е. обусловленное содержанием бреда. Однако это не исключает социально приемлемое поведение больного.

5. Галлюцинаторно-параноидный синдром (Кандинского-Клерамбо, синдром психического автоматизма).

Синдром является сложным, т.к. ведущие симптомы относятся к нарушениям различных психических процессов. Прежде всего, это бред воздействия (физического и психического), преследования. Кроме того, обязательными являются симптомы психического отчуждения, или автоматизмы: насильственное возникновение большого числа мыслей, симптом их открытости, когда они каким-то непонятным больному образом становятся известны окружающим. Собственные физические и психические процессы воспринимаются как чужие, «навязанные, сделанные». Больной ощущает себя «роботом», навязанными могут восприниматься собственные воспоминания, сновидения, чувства. Появляется убежденность в том, что всё это «сделано» с помощью различных устройств, сверхъестественных сил. В настоящее время достаточно часто встречается архаичный вариант синдрома, когда больной считает своё состояние последствием действий знахарей, экстрасенсов, «чёрной магии», «сглаза».

Обязательными являются эмоциональное напряжение и бредовое поведение с различными, часто причудливыми, непонятными формами защиты.

Временами больные могут быть социально опасны, если они переходят к активной защите, т.е. нападениям на воображаемых врагов.

#### 6. Парафренный синдром.

Это самый сложный в группе синдром, который содержит следующие ведущие и обязательные симптомы.

Наиболее яркий симптом – систематизированные фантастические бредовые идеи воздействия, величия, богатства, мессианства, особого происхождения в сочетании с идеями преследования, ущерба. Обычно больной ретроспективно переосмысливает своё прошлое (бредовые воспоминания). Могут наблюдаться вербальные и зрительные псевдогаллюцинации, бредовая деперсонализация, когда больной считает себя другим человеком, пользуется другим именем, фамилией, называет абсурдные цифры возраста (например, утверждает, что ему больше тысячи лет).

В эмоциональной сфере чаще всего наблюдается благодушие; поведение, тем не менее, является бредовым.

У некоторых больных присутствуют конфабуляции фантастического или мегаломанического характера.

К особому варианту относится синдром Котара, в границах которого формируются ипохондрические бредовые идеи громадного масштаба, когда больной уверен, что все внутренние органы уже разрушены, сгнили, внутри ничего нет; могут быть мегаломанические нигилистические идеи с уверенностью в гибели и разрушении всего мира.

#### *IV. Синдромы нарушения памяти.*

Ведущими симптомами, присущими синдромам этой группы, выступают различные амнезии и парамнезии. Мышление первично не страдает, но со временем появляются признаки его снижения, иногда возможны бредовые идеи. Сознание не помрачается.

##### 1. Амнестический (Корсаковский) синдром.

Ведущим симптомом является фиксационная амнезия, т.е. невозможность запоминать новую информацию. В связи с этим она не появляется в памяти, в

её базу не попадают события, которые произошли после начала расстройства. Поэтому некоторые авторы (А.О. Бухановский и соавт., 1998; Б.С. Фролов, В.Е. Пашков, 2004 и др.) считают ведущим симптомом антероградную амнезию. Вторичным признаком синдрома является амнестическая дезориентировка в месте и времени; не идентифицируются новые лица. Вместе с этим пока сохранено мышление, больной способен догадаться и правильно определить, где он находится, назвать время года, часть суток и пр.

Полное содержание синдрома включает парамнезии: на начальных стадиях это псевдореминисценции, а затем появляются конфабуляции, что обычно обусловлено и совпадает со снижением интеллекта.

Осознание расстройства чаще всего отсутствует. Эмоциональное состояние чаще беззаботное, с признаками эйфории, благодушия.

## 2. Конфабулёз.

Ведущим симптомом выступают парамнезии на фоне сохранённого (не помрачённого) сознания; амнезии отсутствуют. Более характерны именно конфабуляции, которые быстро приобретают фантастическое, часто меняющееся содержание. Со временем практически вся база памяти заполняется конфабуляциями, однако данные о себе больной сохраняет, хотя и переоценивает себя.

Эмоциональное состояние – стойкая эйфория с оттенком благодушия. Со временем может появляться монотематический бред переоценки себя, величия (наличие бреда признаётся не всеми авторами).

*V. Психопатологические нарушения волевого процесса (двигательные синдромы).*

Ведущими симптомами расстройств этой группы являются нарушения произвольных движений, как конечного этапа волевого процесса. Нарушения могут проявляться снижением, повышением, искажением двигательной активности.

## 1. Синдром снижения двигательной активности (ступор).

Ступор проявляется общей слабостью, задержкой психических процессов, отсутствием активного стремления к какой-либо деятельности.

В зависимости от вида обязательных симптомов выделяют такие виды ступора (кроме кататонического, который входит в одноимённый синдром):

- галлюцинаторный;
- депрессивный;
- апатический;
- маниакальный;
- астенический;
- реактивный (психологически обусловленный, психогенный).

## 2. Синдромы возбуждения

Ведущим симптомом является непродуктивное (или недостаточно продуктивное) оживление и ускорение психических процессов, так что общая деятельность больного приобретает вид суетливости, хаотичности, сопровождается нарушениями нормативного поведения, а временами становится опасной для больного и окружения.

Выделяют следующие виды возбуждения:

- депрессивное;
- маниакальное;
- галлюцинаторно-бредовое;
- реактивное (так называемая шоковая реакция);
- делириозное или аментивное;
- сумеречное (в связи с сумеречным помрачением сознания).

## 3. Кататонический синдром

Структура синдрома содержит кататонический ступор и кататоническое возбуждение. Общей чертой обеих состояний является именно наличие феномена «кататония», т.е. извращение двигательной активности.

В целом, паракинезии достаточно разнообразны и в их числе выделяют такие кататонические симптомы (В.А. Жмуров, 2010):

- автоматическая подчиняемость, т.е. готовность пациентов на выполнение любых распоряжений и инструкций;
- негативизм – бессмысленное сопротивление как внутренним стимулам, так и внешним воздействиям, приказам, инструкциям; пассивный негативизм проявляет себя немотивированным отказом выполнять инструкции, в то время как активный – действиями противоположного значения тем, что желательны или содержатся в инструкции;
- симптом Бернштейна – если поднять одну руку больного, а потом другую, то первая в это время опускается;
- вербигерация – повторение бессмысленных сочетаний звуков речи;
- двигательные итерации – многократные повторения одного и того же движения или действия;
- симптом воздушной подушки – положение головы лежащего пациента, когда его голова находится над подушкой, не касаясь её;
- мутизм – немотивированный отказ разговаривать; иногда больные отвечают лишь на вопросы, заданные шёпотом, или письменно;
- симптом лестницы – толчкообразный характер движений больного;
- речевые итерации – многократные повторения одной фразы;
- симптом хоботка – непроизвольное вытягивание губ в виде трубочки;
- эхо-симптомы – непроизвольное повторение речи, мимики, действий окружающих.

Часть обозначенных симптомов присутствует именно в ступоре, часть – при возбуждении.

Ступор и возбуждение могут существовать отдельно, а могут сменять друг друга.

При кататоническом ступоре последовательно развивается обеднение двигательной активности, замедляются движения и речь, включая её экспрессию. Далее присоединяются симптомы восковидной гибкости, когда конечности длительно сохраняют приданное им положение, негативизм и,

наконец, полное оцепенение с эмбриональной позой, симптомами воздушной подушки, лестницы, «капюшона» (когда больной натягивает на голову одеяло, отгораживаясь от окружения); присутствуют также мутизм и негативизм.

Кататоническое возбуждение проявляется обильными немотивированными и бессмысленными движениями и действиями; последние часто имеют реактивный или импульсивный характер разрушительного или агрессивного типа; в речи больных наблюдаются эхολалия и вербигерация. Тяжёлым вариантом синдрома является молчаливое (немое) возбуждение.

Сознание может быть формально не нарушено (люцидный вариант) или помрачённым (онейроидный вариант).

#### *VI. Синдромы нарушенного сознания.*

Расстройства сознания считаются сложными синдромами. По структуре они разделяются на состояния *выключения* и состояния *помрачения* сознания.

Общим признаком синдромов *выключенного* сознания является уменьшение объёма и глубины сознания различного масштаба вплоть до полной редукции психического функционирования. Это означает обеднение содержания психики.

Синдромы *помрачённого* сознания характеризуются дезинтеграцией психической деятельности с формированием ложной ориентировки в окружающем и/или собственной личности.

Болезненные состояния могут возникать внезапно или развиваться последовательно (стадийно):

#### *1. Синдромы выключенного сознания.*

К группе принадлежат следующие непароксизмальные нарушения:

- оглушение, которому присуще повышение порога восприятия, вследствие чего психическая деятельность упрощается, уменьшается объём и содержание психики;
- сопор – более глубокое выключение, когда сознательная психическая деятельность практически отсутствует, но сохраняются защитные рефлексy;

- кома – полное выключение сознания с расстройством безусловно-рефлекторной регуляции витальных функций.

Непароксизмальные варианты выключения сознания относятся к компетенции неотложной медицины и требуют интенсивной терапии.

К пароксизмальным выключениям сознания относятся:

- судорожные (эпилептические) припадки;
- диссоциативные (истерические, функциональные) припадки (псевдоприпадки);
- синкопальные состояния (обморок, бессознательное состояние).

Общими признаками упомянутых состояний являются молниеносное возникновение состояния с полным выключением сознания, невозможность общения с больным в течение нарушения, внезапное восстановление сознания с последующей конградной амнезией. Особенности каждого состояния изложены в соответствующих разделах пособия (эпилепсия, диссоциативные нарушения).

## *2. Синдромы помрачённого сознания.*

Общей характеристикой являются качественные изменения содержания сознания, его искажение. Сознание заполняется патологическими психическими феноменами (прежде всего галлюцинациями, ложными узнаваниями, бредом, соответствующими эмоциональными нарушениями, проявлениями ступора или возбуждения) с последующими частичными и тотальными нарушениями памяти. Особенностью нарушения самосознания является ложная ориентировка либо только в окружающей реальности, в которой находится больной, когда он сам считает, что пребывает в иной реальности, или, кроме того наблюдается перевоплощение больного в кого-либо другого.

Известны такие синдромы:

*1. Делирий*, ведущим симптомом которого является ложная аллопсихическая ориентировка (т.е. больной считает, что находится в другом месте, нежели в реальности) при сохранной аутопсихической ориентировке; содержание помрачённого сознания составляют обильные зрительные галлюцинации,

образующие некий сюжет и полностью заменяющие реальную действительность; обязательными симптомами являются эмоциональное напряжение с проявлениями заинтересованности, опасений, страха, а также вторичный бред, сюжет которого определяется характером галлюцинаций; обычно отмечаются нарушения поведения (возбуждение), обильные сомато-вегетативные симптомы с нарушением сна, гипертермией, гипергидрозом, тахикардией.

Состояние может колебаться с прояснением сознания в дневные часы и углублением нарушений ночью.

Развивается состояние постепенно, а закончиться может как критически (через сон), так и постепенно, литически.

В дальнейшем больные больше воспроизводят психотические переживания, нежели реальные события психотического периода, т.е. наблюдается конградная амнезия.

2. *Онейроид*, ведущими симптомами которого являются аллопсихическая и аутопсихическая дезориентировка с полным отчуждением от окружающих обстоятельств (в классическом, полном варианте). Больной погружён в мир фантастических переживаний (псевдогаллюцинаций), его собственное Я может полностью исчезать, а вместо него наблюдается перевоплощение в какую-либо другую личность. При этом внешне поведение не соответствует переживаниям больного. Субъективно он ощущает себя активным участником невероятных громадных событий, а внешне практически остаётся неподвижным, скованным, с отдельными признаками кататонического ступора.

Состояние развивается и заканчивается постепенно. После его завершения больные обычно хорошо помнят болезненные переживания и почти ничего о реальных событиях.

3. *Аменция* – глубокое помрачение сознания с проявлениями полной дезинтеграции психической деятельности, которое внешне проявляет себя грубой алло- и аутопсихической дезориентировкой, бессвязным мышлением с отдельными отрывочными высказываниями в виде обрывков фраз, отдельных



слов, бессмысленных звуков и т.д. Больные выглядят растерянными, с ними практически невозможно общаться. Выражение лица постоянно меняется от признаков страха до восторга, экстаза.

Обычно больные остаются в постели, их двигательная активность колеблется от прострации до незначительного некоординированного возбуждения. Можно только по отдельным высказываниям предположить содержание их неустойчивых внутренних переживаний.

После завершения состояния больные ничего не помнят.

4. *Сумеречное помрачение сознания* относится к пароксизмальным нарушениям, т.е. возникает и завершается внезапно.

На протяжении состояния наблюдается резкое сужение круга объектов восприятия, представлений, мыслей и стремлений. Одновременно сохранены двигательные автоматизмы. Но в целом поведение утрачивает целенаправленность, отсутствует понятная связь с окружающим миром. Содержание психической деятельности может заполняться галлюцинаторными переживаниями, которые сопровождаются аффектом страха, злости и могут приводить к неистовому возбуждению с разрушительными действиями или агрессией в отношении окружающих. Воспоминаний о пережитом состоянии не остаётся.

Нарушение считается опасным для окружающих в связи с совершенно неконтролируемым поведением больного.

#### *VII. Негативные синдромы.*

В целом, негативные синдромы характеризуются признаками недостаточной функциональной продуктивности отдельных психических процессов и психической деятельности в целом. К группе относятся следующие синдромы:

##### 1. Психоорганический синдром.

К ведущим симптомам относятся триада Вальтер-Бюэля: гипомнезия, снижение уровня мышления, нарушение способности контролировать эмоции.

Клинические проявления содержат раздражительность вплоть до эксплозивности, эмоциональную неустойчивость, в части случаев – эйфорию или апатию, расстройства внимания, снижение произвольного запечатления и воспроизведения. Особенно значительными являются нарушения мышления. Оно становится тугоподвижным, детализированным, вязким. Одновременно растёт удельный вес конкретных суждений, снижается способность к интеллектуальной деятельности.

Как дополнительные симптомы встречаются сенестопатии, отдельные простые слуховые галлюцинации, сверхценные идеи, преимущественно ипохондрические и сутяжные, или простые бредовые идеи малого размаха (обыденных отношений, ущерба).

*Варианты* психоорганического синдрома обозначаются в зависимости от преобладания отдельных признаков синдрома:

- астенический, в границах которого, на первый план, выступают признаки утомляемости, эмоциональной сверхчувствительности, сенестопатии;
- эксплозивный вариант характеризуется снижением контроля эмоций, повышенной реактивной раздражительностью, взрывчатостью;
- эйфорический вариант проявляется практически постоянно повышенным настроением с беззаботностью, благодушием; обычно состояние сопровождается заметным снижением интеллектуальных возможностей;
- апатический вариант характеризуется угнетением волевой деятельности, прежде всего побуждений, стимулов; заметны гиподинамия больных, резкое сужение круга интересов, утрата прежних увлечений, контактов, отсутствие планов на будущее.

## *2. Дементный синдром.*

К ведущим симптомам относятся приобретенное снижение когнитивных процессов (интеллекта, мышления, памяти, внимания).

При этом необходимо учитывать, что состояние деменции можно констатировать лишь при безусловных признаках такого снижения аналитико-синтетических функций мышления, которые отражаются на способности

понимать смысл событий, решать интеллектуальные задачи, приобретать новые знания и навыки; одновременно страдают речь, память, высшие корковые функции (праксис, гнозис), внимание. С течением времени больные теряют способность ориентироваться в окружающем, забывают полученные знания, не могут обслуживать себя, становятся беспомощными.

Чаще всего нарушения прогрессируют и могут закончиться состоянием психического маразма с полным нарушением психической деятельности, речи, поведения, когда регулирующие функции находятся на уровне безусловно-рефлекторной деятельности.

### *3. Синдром умственного недоразвития.*

Страдают возможности интеллектуального развития, вследствие чего показатель интеллекта не достигает нормальных значений.

Степень интеллектуального развития может колебаться от лёгкой до глубокой, но, в целом, всегда определяются погрешности высших форм мышления, способностей обучения, приобретения бытовых и социальных навыков, возможностей полноценной социализации, включая, самостоятельное проживание и обеспечение собственных интересов, прав и потребностей.

### ***Уровень психопатологических нарушений***

Квалификация обнаруженных и терминологически обозначенных психопатологических феноменов-симптомов и синдромов имеет двойное значение:

1. *диагностическое*, т.е. определение нозологической принадлежности расстройства;
2. *организационное*, т.е. определение места и условий оказания психиатрической помощи (если вообще определена её необходимость).

Что касается последнего пункта, в психиатрии выделяют три уровня психопатологических нарушений, что в целом и создаёт основу планирования и оказания психиатрической помощи (А.О. Бухановский и соавт., 1998; В.Ю. Менделевич, 1997):

- непсихотический;

- психотический;
- дефицитарный.

Каждый уровень содержит определённую группу симптомов и синдромов.

#### *I. Непсихотический уровень.*

Непсихотические нарушения в целом характеризуются незначительным влиянием симптомов и синдромов на поведение больного, так что оно может быть ограничительным, но в целом отвечает обстоятельствам и социальным нормам. Сохраняется возможность осознания своего состояния; вместе с этим возможна переоценка его тяжести, «уход в болезнь».

К симптомам непсихотического уровня относятся:

В сфере восприятия:

- гипо- и гиперестезия (физическая и/или психическая);
- сенестопатии;
- иллюзии.

В сфере мышления:

- навязчивые явления.

В сфере памяти:

- гипомнезия.

В сфере внимания:

- истощаемость.

В эмоционально-волевой сфере:

- эмоциональная лабильность;
- импульсивные влечения;
- перверзии (извращения).

В сфере сознания:

- небредовые деперсонализация и/или дереализация.

К синдромам непсихотического уровня относятся все невротические (неврозоподобные), субдепрессивный и гипоманиакальный, психоорганический.

Больные с указанными нарушениями получают психиатрическую помощь по информированному согласию. Преимущество отдаётся внебольничной помощи, госпитализация возможна при декомпенсации состояния.

## *II. Психотический уровень.*

Нарушения психотического уровня характеризуются значительной дезинтеграцией психики, так что происходит отрыв от реальной действительности, погружение в психотический мир. Возможность регулировать своё поведение значительно нарушается или вообще исчезает, поведение определяется видом и содержанием симптомов и синдромов. Больные не осознают и не могут адекватно оценивать своё состояние, болезненный характер переживаний и поведения.

К психотическим *нарушениям* относят следующие:

В сфере восприятия:

- все виды галлюцинаций.

В сфере мышления:

- сверхценные идеи (условно);
- бредовые идеи.

В эмоционально-волевой сфере:

- гипо- и гипертимия;
- апатия;
- абулия;
- ступор;
- возбуждение.

В сфере памяти:

- все виды парамнезий.

В сфере сознания:

- бредовые деперсонализация и/или дереализация.

К *синдромам* психотического уровня относят:

- все галлюцинаторно-параноидные синдромы;
- амнестический (Корсаковский) синдром;
- депрессивный и маниакальный синдромы с бредовым компонентом;
- кататонический и гебефренный синдромы;
- все виды помрачённого сознания.

Наличие признаков психотического уровня нарушений определяет необходимость в большинстве случаев неотложной психиатрической помощи в условиях специализированного стационара, часто в принудительном (недобровольном) порядке.

### *III. Дефицитарный уровень.*

К симптомам и синдромам этого уровня относятся те, что проявляются снижением или выпадением определённых функций, обеднением содержания психики, редукцией вплоть до исчезновения психической деятельности как таковой. Часть этих нарушений имеет обратимый характер, часть – приобретает постоянный или прогрессирующий характер.

Среди дефицитарных *симптомов* находятся следующие:

В сфере восприятия:

- анестезия (в границах истерического психопатологического синдрома).

В сфере мышления:

- вязкость;
- тугоподвижность;
- персеверации;
- стереотипии.

В эмоционально-волевой сфере:

- благодушие;
- парабулии.

В сфере памяти:

- все виды амнезий.

В сфере внимания:

- инертность;
- невнимательность.

В сфере сознания:

- растерянность.

К синдромам дефицитарного уровня относятся все степени умственной отсталости, дементные синдромы, синдромы приобретенного дефекта, в частности шизофренического.

Наличие нарушений дефицитарного уровня свидетельствует о необходимости восстановительного лечения (где оно возможно) и организации опеки и попечительства над больными.

### **РАЗДЕЛ III. ПОСЛЕДСТВИЯ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ СОБЫТИЙ У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ**

Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в боевых действиях, относится к числу актуальных проблем современной психиатрии. Медико-социальные последствия боевой психической травмы, ее клинико-психопатологические и лечебно-реабилитационные аспекты являются предметом многочисленных исследований, проводимых в разных странах.

Война является огромной трагедией, которую переживает каждый солдат и которая оставляет неизгладимый след в его душе. Сегодня мы можем определенно утверждать, что наибольшее психотравмирующее влияние на психическое здоровье человека, его психологическое благополучие и качество жизни оказывают боевые действия, террористические акты и насилие над личностью. Это так называемые рукотворные воздействия. Ни одно из известных стихийных бедствий и других катастроф не может сравниться с военными действиями по уровню экстремальности и своим социально-психологическим последствиям.

Что же испытывает военнослужащий, находящийся в условиях боя? Безусловно, выраженный страх. Как отмечают многие исследователи, психически здоровый человек не может быть совершенно бесстрашным. Поэтому, одной из доминирующих эмоций у большинства военнослужащих в боевой обстановке является именно страх. «Человек тупеет и в этом отупении уже перестает владеть собою, не может напрягать свое внимание на то, что надо – отдается во власть страха» (Краснов, 1998). К тому же, необходимо отметить такой факт, что военнослужащий, находящийся в экстремальной ситуации, должен действовать во имя целей и интересов, которые не совпадают в данный момент с потребностями его организма, больше того, они противоречат его основному инстинкту – инстинкту самосохранения. Он не может, как обычный человек, находящийся в опасной ситуации, укрыться, спастись бегством, затаиться. Страх за собственную жизнь и чувство долга – вот основная дилемма, перед которой стоит воин каждую последующую



минуту своей жизни на войне. Как он решит для себя этот непростой вопрос зависит от многих факторов, в числе которых и степень ответственности, и возможность обрести позорную славу среди своих же сослуживцев. Эти и многие другие вопросы решает боец внутри себя, выполняя служебные обязанности в экстремальных условиях с наличием реальной витальной угрозы. Подобные психоэмоциональные нагрузки вызывают значительные изменения в личностной структуре и психическом состоянии военнослужащих.

Основными факторами, влияющими на эмоциональные и поведенческие реакции человека, находящегося в боевой обстановке являются следующие:

1. Длительность воздействия угрожающих событий.
2. Постоянное пребывание в экстремальной ситуации, т.н. «хронической опасности».
3. Воздействие разнокачественных угроз.
4. Постоянное эмоциональное напряжение, связанное с попытками представить условия и время своей гибели.
5. Необходимость уничтожения людей с целью собственной защиты, а так же защиты своего государства и своего народа.
6. Неполное осознание социальных мотивов, ведущее к развитию внутриличностного конфликта.
7. Характер общего хода военных действий – динамичный или позиционный.
8. Уровень социальной поддержки.
9. Влияние средств массовой информации.

Чтобы выжить, участникам боевых действий необходимо перестроить структуру своей психики, перевести ее на «военный режим» функционирования, самим нужно адаптироваться к наиболее грозным стресс-факторам. С первых дней участия в боевых действиях (а часто и до их начала) у военнослужащих запускаются механизмы краткосрочной и долгосрочной адаптации, вырабатываются специфические копинг-стратегии и навыки повседневного выживания.

Работа адаптационных механизмов проявляется в трех **векторах** их влияния на психику воина:

1. **Положительный** вектор влияния войны на участников боевых действий приводит к формированию у них следующих психологических образований:

- глубокое и всестороннее самопознание: познание своих интеллектуальных, эмоциональных, волевых возможностей;
- приобретение уникального опыта жизнедеятельности и поведения в экстремальных условиях, боевого опыта и житейской мудрости;
- приобретение опыта открытого, спонтанного, бесхитростного общения; тренировка аппарата стрессового реагирования, закалка своего здоровья.

В процессе приспособительной активности психика воина радикально перестраивается, «военизируется», приобретает свойства «сверхчувствительности», «сверхреактивности», «сверхпонимания» и др. Эти трансформации происходят на психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом уровнях и порой доходят до абнормальных уровней. У человека в условиях войны формируется как бы «специальный психологический орган», позволяющий мгновенно понимать «логику» движений элементов зрительного поля, звуковых стимулов, значение слов, жестов и поступков других людей и т. п. Этот орган «оттачивает» свою работу и становится мощным регулятором поведения военнослужащего. Привычка открытого, простого поведения приводит к детренированности механизмов психологической защиты вследствие их бездействия. Вернуть такого «психологически обнаженного» человека в мирную жизнь без предварительной специальной подготовки – значит создать условия для его социальной дезадаптации и даже для развития психологических расстройств.

2. **Нейтральный** вектор влияния войны связан с обострением (формированием) у комбатантов некоторых специфических *потребностей*:

- потребности быть понятым обществом, ближайшим окружением в отношении мотивов, двигавших им на войне; аргументов, объясняющих необходимость, социальную значимость участия в жестоком насилии;
- потребности быть принятым в систему социальных связей и отношений со своим возвысившимся статусом, статусом защитника Родины, человека-воина;
- потребности быть признанным в качестве человека, честно и добросовестно выполнившего свой гражданский и воинский долг;
- потребности в избавлении от неактуальной психической напряженности, накопившейся на войне.

3. **Отрицательный** вектор влияния войны проявляется в процессе перманентной психотравматизации военнослужащих. Война «специализируется» на том, чтобы ломать, а не созидать. Человек весьма уязвим перед психотравмирующими факторами боя. Все три вектора влияния войны на человека ведут к радикальной перестройке его психики. Однако комплекс приобретенных на войне адаптивных реакций становится дезадаптивным за пределами зоны боевых действий. Следует подчеркнуть, что возвращение неподготовленного к мирным условиям жизнедеятельности человека с закрепленными в психике следами войны может привести к повторной психотравматизации. Психическая травма, вызванная неподготовленным столкновением со ставшим непонятным и чужим мирным обществом, может быть более сильной, чем боевая психическая травма.

В этих условиях перед воюющими вооруженными силами и государством остро встают три *проблемы*. *Во-первых*, каким образом вернуть в социум полноценных в психологическом отношении граждан и одновременно защитить общество от их возможной агрессии и неконтролируемой спонтанной воинственности? *Во-вторых*, как уберечь ветеранов войны, по существу – людей с «обнаженной», незащищенной психикой от травмирующего воздействия жестокой для них мирной жизни? *В-третьих*, как завершить войну не только юридически, но и психологически?

В социальном сознании и практике зафиксировано несколько критериев окончания войны, в корне отличающихся друг от друга. Первый из них заключается в подписании мирного договора между воевавшими сторонами и является наиболее эффективным, доступным для восприятия и понимания актом, юридически решающим вопрос о прекращении войны. В некоторых случаях для определения реального завершения войны используется духовно-нравственный критерий, в соответствии с которым, например, война завершается тогда, когда тело последнего погибшего на поле боя солдата будет предано земле. Видимо, вполне правомерно использовать и психологический критерий в формулировке «война оканчивается тогда, когда последний солдат психологически вернется с нее домой».

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов показывают, что физическое перемещение солдата с поля боя в мирную обстановку далеко не всегда означает его интеллектуальное, эмоциональное, «ощущенческое» возвращение в обстановку повседневных связей и отношений. Вышеизложенное ставит остро вопрос о необходимости обеспечения организованного, управляемого психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь.

Вопросы социально-психологической адаптации лиц, побывавших в экстремальных условиях деятельности, включающая оценку вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов, становится, в настоящее время, особенно актуальной. Это связано с тем, что в Украине, как и во всем мире, участились стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты. Значительно увеличилось число жертв военных действий и количество военнослужащих – участников локальных конфликтов внутри страны и боевых действий за рубежом. Имея своеобразный жизненный опыт, они представляют собой такую категорию населения, которая нуждается в особом подходе. На первый план выходит вопрос о необходимости адаптации к новым условиям, о перестройке психики на мирный лад. Опыт стран, столкнувшихся с явлениями, возникающими после

возвращения людей с войны, показал, что участие в событиях, связанных с риском для жизни, травматическим образом действует на психическое здоровье и состояние участников боевых действий. Военнослужащие, принимавшие участие в боевых действиях, относятся к группе лиц с повышенным риском развития психогенных нарушений.

Однако, гораздо серьезнее смягченные и отсроченные последствия войны, влияющие не только на психофизическое здоровье военнослужащих, но и на их психологическую уравновешенность, мировоззрение, стабильность ценностных ориентаций. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей, а также очевидцев. Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь. Психическая травма, психологический шок и их последствия – вот что будет определять жизненный настрой выживших в военных конфликтах. Статистические данные также показывают, что на каждого погибшего на войне военнослужащего приходится один случай самоубийства ветеранов в период после прохождения военной службы. Таким образом, война еще долго оказывает свое влияние на участников боевых действий. Поэтому, следует обратить особое внимание на необходимость проведения психосоциальной работы с ними.

Участие в военных действиях оказывает непосредственное влияние на человеческое сознание, приводя его к значительным качественным изменениям. В числе различных последствий войны, таких как политические и экономические, невозможно игнорировать столь важные социально-

психологические последствия. Пребывание в экстремальных условиях характеризуется воздействием на психику человека стресс-факторов повышенной интенсивности. Длительность их воздействия, а также психотравмирующий характер могут способствовать возникновению изменений в психической деятельности, снижающих эффективность жизнедеятельности уже в мирных условиях. При этом расширяется и круг жертв, в число которых попадают не только непосредственные участники событий, но и их родственники. Согласно результатам исследований военных медиков и психологов, особенности жизни в боевых условиях приводят к тому, что социальное состояние индивида после увольнения в запас характеризуется так называемым кризисом идентичности, то есть утратой целостности и веры в свою социальную роль. Это проявляется в нарушении способности участников боевых действий оптимально проявлять себя в сложных социальных взаимодействиях, в которых происходит самореализация человеческой личности. Многие из таких людей потеряли интерес к общественной жизни, снизилась их активность при решении собственных жизненно важных проблем. Нередко наблюдаются утрата способности к сопереживанию и потребности в душевной близости с другими людьми.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что «слом» механизмов психической регуляции в условиях военного конфликта происходит на этапе непосредственного ведения боевых действий. Ему предшествуют различные эмоциональные нарушения. Однако основное негативное психическое состояние у военнослужащих отмечается после прекращения боевых действий или снижения интенсивности боев. Данный феномен изучался в научной литературе и раньше. Например, известно, что частота стрессовых реакций зависит как от общего хода войны, так и от стратегической инициативы войск. Психическая заболеваемость снижается, когда боевые действия носят динамичный характер, и возрастает в условиях позиционной войны. Следовательно, для того чтобы получить представление о возможных социально-психологических и медико-психологических

последствиях для участников того или иного военного конфликта, необходимо сопоставить характеристики психического состояния военнослужащих после прекращения боевых действий.

В ряду множеств последствий войны (экономических, политических, социальных) существуют не менее важные психологические последствия. Пребывание в экстремальных условиях характеризуется воздействием на психику человека стресс-факторов повышенной интенсивности. Длительность их воздействия, а также психотравмирующий характер могут способствовать возникновению изменений в психической деятельности, снижающих эффективность жизнедеятельности уже в мирных условиях. При этом расширяется и круг жертв, в число которых попадают не только непосредственные участники событий, но и их родственники.

Согласно результатам исследований военных медиков и психологов, особенности жизни в боевых условиях приводят к тому, что социальное состояние индивида после увольнения в запас характеризуется так называемым кризисом идентичности, то есть утратой целостности и веры в свою социальную роль. Это проявляется в нарушении способности участников боевых действий оптимально проявлять себя в сложных социальных взаимодействиях, в которых происходит самореализация человеческой личности. Многие из таких людей потеряли интерес к общественной жизни, снизилась их активность при решении собственных жизненно важных проблем. Нередко наблюдаются утрата способности к сопереживанию и потребности в душевной близости с другими людьми. Нарушенная способность поддерживать оптимальные социальные контакты сказывается и на семейных отношениях: почти каждый четвертый проживает в разводе с семьей. Необычайно острую психологическую драму испытывают инвалиды, а также те, кто потерял близких. После всего пережитого на войне у участников боевых действий отмечаются такие разительные изменения в психике, что даже родители иногда с трудом признают в них своих детей. Возвращаясь к обычной жизни после воздействия экстремальных условий, военнослужащие никак не могут

адаптироваться к мирным условиям. Страх, агрессивность, подозрительность для многих становятся постоянными спутниками жизни.

Следует отметить, что адаптация участников боевых действий к условиям гражданской жизни характеризуется напряженными отношениями между ними и обществом. Абсолютное большинство ветеранов негативно относятся к представителям власти, считают, что государство обмануло и предало их, и поэтому испытывают желание выместить накопившуюся злость за бессмысленное кровопролитие, гибель товарищей. Жизненный опыт этих людей уникален; он резко отличается от опыта не воевавших людей, что и порождает непонимание со стороны основной массы населения.

Гражданское общество, как правило, относится к бывшим бойцам с непониманием и опаской, что только усугубляет болезненную реакцию ветеранов на непривычную обстановку, которую они воспринимают и оценивают с присущим им фронтовым максимализмом. Свидетельством того, что бывшие участники военных действий испытывают трудности процесса адаптации к условиям гражданской жизни, является их конфликтное поведение в социальной среде: неспособность принять новые «правила игры», нежелание идти на компромиссы, попытки разрешить споры мирного времени привычными силовыми методами. Бывшие солдаты подходят к мирной жизни с фронтовыми мерками и переносят военный способ поведения на мирную почву, хотя в глубине души понимают, что это недопустимо. После фронтовой ясности конфликты мирного времени, когда «противник» формально таковым не является и применение к нему привычных методов борьбы запрещено законом, нередко оказываются сложны для психологического восприятия тех, у кого выработалась мгновенная и обостренная реакция на любую опасность. Многим фронтовикам трудно сдержаться, проявить гибкость, отказаться от привычки чуть, что хвататься за оружие – в прямом или в переносном смысле. Некоторые начинают приспосабливаться, стараясь не выделяться из общей массы. Другим это не удается, и они остаются «бойцами» на всю жизнь. Какая из двух тенденций в психологическом потенциале участников войны –



созидательная или разрушительная – окажется доминирующей в мирных условиях, напрямую зависит от индивидуальных особенностей ветеранов, а также от условий, в которых они оказываются после возвращения с войны.

В новой социальной группе, в которую попадают участники локальных войн и вооруженных конфликтов, оказывается не востребоваанным экстремальный опыт, от которого они отказаться не могут, в соответствии с принципом необратимости развития психики. Получается следующее психологическое противоречие. Армейская дисциплина, необходимость беспрекословного выполнения приказа, подчинения старшим по званию ведут к подавлению личной свободы. Однако экстремальные условия войны вырабатывают в рамках этой жесткой военной системы и такие качества, как решительность, инициативность, находчивость, способность к самостоятельным действиям в сложных обстоятельствах – ведь выживает тот, чья реакция окажется быстрее, а принятое решение будет наиболее адекватным конкретной ситуации. Получается, что послушный исполнитель, привыкший к армейскому распорядку и обеспечению всем необходимым, плохо приспособленный к жизни на «гражданке», в то же время нередко является сильной, волевой, независимой личностью, сознающей свою значимость, обладающей весьма специфическим опытом и особой системой взглядов.

В мирной обстановке такие люди оказываются неудобными для начальства именно своей самостоятельностью, смелостью и фронтовым максимализмом, то есть именно теми качествами, которые помогли им уцелеть на войне. Ветераны войны вынуждены искать применение своим силам, энергии и весьма специфическому опыту там, где, как им кажется, они нужны, где их понимают и принимают такими, какие они есть. Тогда они снова отправляются воевать – едут в горячие точки, поступают на службу в силовые ведомства, а порой уходят в криминальные структуры – туда, где могут быть востребованы их специфические навыки и опыт.

Воспоминания, общее прошлое, не ведомое родным и знакомым, сближают бывших военнослужащих и заставляют их тянуться друг к другу. Так

создаются общественные объединения и организации участников боевых действий. Осознание своей принадлежности к «особой касте» надолго сохраняет между бывшими бойцами теплые, доверительные отношения. Не только однополчане, сослуживцы, но и просто бывшие военнослужащие стараются друг другу помогать и поддерживать друг друга в окружающем мире, где остальные относятся к ним без должного понимания, с подозрительностью и настороженностью. Следует отметить, что противоречивость воздействия специфических условий войны на психологию ее участников еще долго продолжает сказываться после окончания боевых действий. Личностные изменения, происходящие у военнослужащего во время военных действий, оказываются необратимыми.

Участие в боевых действиях имеет и негативные последствия. Вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к типичным явлениям для любой из воюющих армий, вступающей на землю противника. Неизбежность возмездия за содеянное осознается обычно не сразу, а по прошествии определенного времени; в отличие от публично провозглашаемых героических воспоминаний постоянное чувство тревоги и вины за содеянное приводит к деформации личности. Поэтому неудивительным оказывается тот факт, что среди бывших участников боевых действий достаточно распространены различные формы девиантного поведения. Душевные надломы, срывы, ожесточение, непримиримость, повышенная конфликтность, с одной стороны, усталость, апатия – с другой, – таковы естественные реакции организма на последствия длительного физического и нервного напряжения, испытанного в боевой обстановке.

Исследователи выделяют ряд *факторов*, влияющих на психологическое состояние участников боевых действий, изучение и своевременная проработка которых могли бы существенным образом снизить дезадаптивные последствия у названной категории. Он анализирует несколько типичных ситуаций боевой обстановки, каждая из которых оказывает определенное влияние в

формировании дезадаптивного поведения. При этом характер дезадаптивных реакций также определяется индивидуальными особенностями военнослужащего.

1. *Ожидание экстремальной ситуации* (комплектование, дорога, первые дни). В этот период определяющим личностным фактором является тревожность индивидуума, на которую негативно влияют:

- искаженные, конъюнктурные сведения, предоставляемые СМИ;
- отсутствие профессионального ядра в отряде, имеющего личный опыт участия; члены семьи;
- длительность фазы по времени;
- отсутствие пропагандистской работы;
- отсутствие информации о льготах, гарантиях, компенсациях;
- неорганизованность свободного времени и отдыха.

Дезадаптация в этот период выражается либо в неадекватном реагировании на окружающее (по двум вариантам – бравата, агрессивность, расторможенность или безысходность, апатия, отчужденность), либо в злоупотреблении спиртным как средством для снижения тревожности и снятия эмоционального напряжения.

2. *Остро возникающая экстремальная ситуация* (обстрел, бой). При таком развитии событий в основе поведения человека лежат физиологически полезные, приспособительные реакции организма. Когда организм переходит на режим экстремального реагирования, естественным образом возникает эмоция страха. Военнослужащие различаются по времени перехода организма от эмоции страха к целенаправленным действиям и по типу реагирования (адекватный или неадекватный). На временной фактор негативно влияют следующие условия:

- отсутствие личного опыта и примеров поведения;
- отсутствие знания о том, что делать;
- отсутствие умений и навыков;

- отсутствие четкой организации;
- негативный пример командира или референтных лиц;
- гибель, ранение товарищей;
- личностный тип реагирования.

Совокупность психотравмирующих факторов в остро возникающей ситуации может вызывать немедленные последствия. Неадекватное реагирование может протекать в виде гиперреакции, выражающейся в крайнем двигательном возбуждении, сопровождаемом криками, метаниями (крайняя реакция – паника), или в виде гипореакции, заключающейся в двигательном затормаживании тела или его частей (крайнее проявление – поза эмбриона). При выраженных неадекватных реакциях военнослужащий не понимает и не помнит впоследствии, что с ним происходило. При невыраженных реактивных состояниях дезадаптивное поведение после ситуации может проявляться в пассивном поведении, отказе от дальнейшего несения службы, ажитированном, неадекватном приподнятом поведении или заикленности на своих переживаниях. К пролонгированным реакциям относятся посттравматические стрессовые расстройства.

3. *Ожидание возникновения острой ситуации* (пребывание на передней линии, охрана и т. д.). Условиями, определяющими характер реакций дезадаптации, в данном случае, являются эмоциональная и физическая устойчивость индивидуума.

Возникновению дезадаптивного поведения в большей мере способствуют:

- отсутствие опыта;
- отсутствие занятия в свободное время;
- неподготовленность командира;
- неустроенность питания и быта;
- информационный голод;
- игнорирование факторов морального и материального стимулирования;
- временной фактор;

- отсутствие работы с личным составом.

*Реакции дезадаптации* проявляются в зависимости от *личностных особенностей*:

- в психологической деформации, снижении морально-нравственных критериев;
- ожесточении, озлоблении;
- апатии, потере интереса к окружающему, вплоть до игнорирования мер собственной безопасности;
- снижении управляемости;
- «злокачественном» пьянстве.

Отметим, что наиболее опасным периодом является последняя треть срока пребывания в условиях военных действий. Ближе к концу у дезадаптированных лиц изменяется самооценка, возникает эйфория и чувство вседозволенности (так как они «пережили то, что другие не испытали»). Именно в этот период наиболее возможны эксцессы.

4. *Период последствий.* В этот период изменяется характер психоэмоционального состояния военнослужащих: превалирует нервно-психическая усталость, возникают те или иные проявления депрессии, тревожности, астении. Факторами, влияющими на возникновение дезадаптивных реакций, является тяжесть драматических событий, свидетелем которых становится человек, его вовлеченность в действия, время пребывания в состоянии боевого стресса.

Возможные *проявления дезадаптации* в этот период:

- нервно-психические реакции (от расстройства сна до выраженных неврозов);
- контроль окружающего пространства;
- обострение соматических заболеваний: изменение жизненных взглядов и стереотипов поведения;
- повышенная ранимость;

- готовность применить силу и оружие;
- активация социальной позиции;
- подсознательное разделение общества на своих и чужих;
- возникновение социальных ожиданий от общества и т. д.

В данном периоде можно выделить еще три *этапа*:

- Первый этап – эйфория (два-три месяца) – чувство гордости и уверенности в себе, ожидание социальных реакций;
- Второй этап – период неадекватного реагирования (до трех-четырех лет) – возникает из-за отсутствия ожидаемых реакций от общества, негативного и безразличного отношения;
- Третий этап – период адаптации к жизни в обществе.

Самым опасным для участников боевых действий считается период, который наступает сразу после возвращения домой. На этом этапе высока вероятность суицидных попыток и поэтому особую важность приобретает постоянная поддержка близких людей. Через три года после возвращения домой завершается первый этап. К этому времени полностью формируется синдром посттравматических стрессовых расстройств. Следует отметить, что большинство участников боевых действий сумеет адаптироваться к жизни в новых условиях, однако, последствия войны повлияют на всех. Попавший на войну выходит из нее другим человеком. По мнению специалистов военно-медицинской академии, полное избавление от боевого посттравматического синдрома невозможно. Синдром имеет тенденцию не только не исчезать со временем, но и становиться все более отчетливо выраженным, а также проявляться внезапно на фоне общего внешнего благополучия. Состояние военнослужащего можно улучшить только с помощью системы реабилитационных мероприятий. Реабилитация может иметь временный, но значительный успех, приводящий к улучшению качества жизни.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

### I. Особенности клиники, диагностики и лечения кризисных состояний у военнослужащих и лиц из зон военных конфликтов.

#### 1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

1. Факторы риска возникновения ПТСР?
2. Клинические варианты ПТСР?
3. Какие когнитивные нарушения характерны для ПТСР?
4. Какие морфологические изменения в головном мозге при выявлении ПТСР?
5. Диагностические критерии ПТСР?
6. Назовите этапы терапевтической программы при ПТСР и специфические терапевтические мероприятия для каждого из них?
7. Назовите показания для назначения медикаментозной терапии при ПТСР?
8. Какие особенности назначения ноотропных препаратов при ПТСР?
9. Особенности психотерапевтических мероприятий при ПТСР?
10. Какие особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий?

#### 2. Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации.

1. Какие типы преодолевающего поведения при кризисных состояниях вы знаете?
2. Назовите фазы кризисного поведения и их последовательность?
3. По каким признакам распределены стрессы в патологии стрессовых ситуаций (Юрьева Л.Н.)?
4. Назовите стадии психосоциального развития личности по Э. Эриксону?
5. Какая стадия психосоциального развития личности по Э. Эриксону является наиболее уязвимой для социально стрессовых ситуаций?

6. Какие этапы реакции горя вы знаете? Какой этап является наиболее суицидоопасным?

7. Какие психотерапевтические вмешательства необходимо проводить на каждом этапе реакции горя, протекающей в рамках расстройств адаптации?

8. На протяжении какого периода необходимо проводить поддерживающую психотерапию?

9. Основные мишени для коррекции расстройств адаптации?

10. Какие группы препаратов необходимо использовать при расстройствах адаптации?

### **3. Паническое расстройство.**

1. Определение и эпидемиология ПР.

2. Факторы риска развития ПР.

3. Коморбидность ПР.

4. Патогенетическая и клиническая связь между ПТСР и ПР у военнослужащих и других лиц из зон военных конфликтов.

5. Клинические проявления ПР.

6. Критерии диагностики ПР по МКБ-10.

7. Особенности течения ПР.

8. Дифференциальная диагностика функциональных соматических проявлений тревоги и похожих нарушений при соматических заболеваниях.

9. Дифференциальная диагностика панических атак и мезодиэнцефальных и височных висцеро-вегетативных эпилептических припадков.

10. Стратегии и алгоритм лечения ПР.

11. Медикаментозное лечение ПР.

12. Психотерапия в лечении больных с ПР.

### **4. Тревожно-фобические расстройства.**

1. Понятие тревожно-фобических расстройств.

2. Агорафобия: клинические, психологические, параклинические диагностические критерии.



3. Социальные фобии: клинические, психологические, параклинические диагностические критерии.

4. Специфические (изолированные фобии): клинические, психологические, параклинические диагностические критерии.

5. Характеристика военнослужащих по признаку психического здоровья.

6. Факторы, которые вызывают страх во время боевых действий.

7. Признаки тревожно-фобических расстройств у комбатантов.

8. Описать состояние страха во время боя.

9. Характеристика основных видов психотерапии при лечении тревожно-фобических расстройств.

10. Основные принципы медикаментозной терапии при лечении тревожно-фобических расстройств.

### **5. Аффективные расстройства.**

1. Понятия об аффективных расстройствах.

2. Современная классификация аффективных расстройств.

3. Определение психогенных расстройств и их значение в формировании клинических особенностей аффективных расстройств.

4. Основные психогенные факторы.

5. Нозогении.

6. Варианты течения аффективных расстройств.

7. Диагностика депрессии.

8. Диагностика мании.

9. Психопатологическая структура депрессивных и маниакальных эпизодов.

10. Определение антидепрессантов.

11. План терапевтических мероприятий для больных с аффективными расстройствами.

12. Принципы фармакотерапии и мероприятия по их реализации.

## **6. Соматические расстройства вследствие острых кризисных состояний.**

1. Какие соматические последствия экстремальных психотравмирующих влияний вам известны?
2. Какие три стадии развития стресса?
3. Какова роль когнитивной оценки экстремальной ситуации?
4. Что такое психовегетативный синдром?
5. Регуляция механизмов неспецифического реагирования на стрессовое влияние.
6. Роль катехоламинов и глюкокортикоидов в формировании реакции на стресс.
7. Факторы, которые влияют на развитие сердечно-сосудистых осложнений.
8. Факторы, которые влияют на развитие осложнений со стороны ЖКТ.
9. Характеристика болевых синдромов разной локализации вследствие боевого стресса.
10. Гендерные отличия соматических посттравматических расстройств.

## **II. Консультирование больных с психической патологией.**

1. Назовите технологические аспекты психиатрического консультирования.
2. Назовите симптомы нарушений гностических процессов.
3. Назовите психопатологические симптомы нарушений эмоционально-волевой сферы.
4. Назовите психопатологические симптомы нарушений сознания.
5. Перечислите проявления нарушений психики на допсихотическом (непсихотическом) уровне.
6. Перечислите проявления нарушений психики психотического уровня.
7. Назовите дефицитарные нарушения психики.

8. Назвите невротические (неврозоподобные) синдромы, дайте им характеристику.

9. Назовите проявления галлюцинаторно-параноидных синдромов.

10. Дайте характеристику синдромов помраченного сознания.

11. Представьте характеристику аффективных синдромов.

### **III. Последствия социально-стрессовых событий у участников военных конфликтов.**

1. Поведенческие реакции человека в боевой обстановке.

2. Три вектора влияния на психику воина.

3. Психологические особенности участников боевых действий.

4. Факторы, способствующие формированию дезадаптивного поведения.

5. Этапы адаптации к мирной жизни.

6. Особенности психоэмоционального состояния военнослужащих.

7. Формы девиантного поведения военнослужащих.

8. Что такое кризис идентичности?

9. Факторы формирования зависимостей.

10. Охарактеризовать проблемы социального взаимодействия воинов-ветеранов.

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

### I. Особенности клиники, диагностики и лечения кризисных состояний у военнослужащих и лиц из зон военных конфликтов.

#### 1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

1. Какой психопатологический вариант среди указанных не относится к клиническим вариантам ПТСР?

- A. С доминирующим обсессивно-фобическим синдромом
- B. С доминирующим астено-ипохондрическим синдромом
- C. С доминирующим астено-депрессивным синдромом
- D. *С доминирующей бредовой ипохондрией*
- E. С доминирующим дисфорическим синдромом.

2. Какой антидепрессант официально зарегистрирован в Украине как препарат, предназначенный для лечения ПТСР у взрослых, подростков и детей?

- A. Флуоксетин
- B. *Сертралин*
- C. Циталопрам
- D. Флувоксамин
- E. Миртазапин.

#### 2. Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации.

1. Какие психопатологические синдромы характерны для расстройств адаптации?

- A. *Тревожно-депрессивные*
- B. Галлюцинаторные
- C. Истеро-ипохондрические
- D. Дисфорические
- E. «Flashbacks».

2. Продолжительность психопатологической симптоматики при расстройствах адаптации не превышает:

- A. 1 месяца
- B. 3 месяцев
- C. 6 месяцев
- D. 9 месяцев
- E. 12 месяцев.

### **3. Паническое расстройство.**

1. У больного 32-х лет, военного и принимающего участие в боевых действиях, после частых психотравмирующих ситуаций неоднократно возникало состояние с выраженной тревогой, паникой, бегством, сердцебиением, ощущением нехватки воздуха, страхом смерти. Какое состояние возникло у больного?

- A. Психомоторное возбуждение
- B. *Паническая атака*
- C. Депрессивная ажитация
- D. Диссоциативное возбуждение
- E. Агорафобическое расстройство.

2. Какие препараты являются наиболее эффективными для купирования этого состояния?

- A. Диазепам
- B. *Миртазапин*
- C. Аминазин
- D. Карбамазепин
- E. Пропранолол.

3. Какие препараты являются наиболее эффективными для поддерживающей терапии этого расстройства?

- A. Диазепам
- B. *Миртазапин*
- C. Аминазин

Д. Прегабалин

Е. Вальпроат натрия.

#### **4. Тревожно-фобические расстройства.**

1. Пациент, 30 лет, жалуется на страх, появляющийся по пути на работу, пролегающий вдоль лесного массива. Стал избегать походов на работу или выбирал другой путь, более длинный и менее удобный. Приступ страха сопровождается тахикардией, потливостью, головокружением и страхом смерти. После обследования выяснилось, что во время пребывания в зоне боевых действий, попал в ловушку в месте очень похожем на то, которое стало вызывать страх. Какое психическое расстройство возникло у больного?

А. Паническое расстройство

В. Психомоторное возбуждение

С. Агорафобия с паническим расстройством

Д. *Генерализованное тревожное расстройство*

Е. Депрессивная ажитация.

2. Психотерапия, направленная на коррекцию ошибочных представлений и систематическое погружение больного в ситуацию фобии – это:

А. Рациональная психотерапия

В. Психоанализ

С. *Когнитивно-поведенческая психотерапия*

Д. Гипно-суггестивная психотерапия

Е. Аутотренинг.

#### **5. Аффективные расстройства.**

1. Мужчина, 29 лет, военный, принимающий участие в боевых действиях, обратился к военному врачу с жалобами на длительную бессонницу, заторможенность, потерю аппетита и интереса к окружающему, периодическую тревогу, сердцебиение, страх смерти, беспокоящие его в течение последних

трех недель, и мешающие выполнению своих обязанностей. Каково состояние возникло у больного?

- A. Органический расстройство
- B. Паническая атака
- C. *Депрессивный эпизод*
- D. Диссоциативное расстройство
- E. Агорафобия.

2. Какие препараты являются наиболее эффективными для купирования этого состояния?

- A. Гидазепам
- B. *Миртазапин*
- C. Аминазин
- D. Карбамазепин
- E. Галоперидол.

3. Какие препараты являются наиболее эффективными для поддерживающей терапии этого расстройства?

- A. Феназепам
- B. Мелатонин
- C. Аминазин
- D. *Эсциталопрам*
- E. Вальпроат натрия.

**6. Соматические расстройства вследствие острых кризисных состояний.**

1. У военнослужащего, после возвращения из зоны боевых действий, где он находился в экстремальной ситуации, обнаружен высокий уровень глюкозы в крови. При повторных обследованиях гипергликемия устойчиво сохраняется,

имея тенденцию к увеличению. Какую патологию и в связи с чем можно предположить у военнослужащего? За счет чего она могла развиваться?

А. Депрессивное расстройство

В. ПТСР

С. Сахарный диабет

Д. Язвенная болезнь желудка

Е. Острый панкреатит.

2. У бойца, который находился в зоне военного конфликта, после возвращения в мирную жизнь, несколько месяцев отмечается пониженное настроение, апатия, тревога, нарушение сна. Особенно обременительным является цефалгический синдром, протекающий в виде постоянной головной боли сдавливающего характера. О каком расстройстве идет речь в данном случае?

А. Расстройство адаптации

В. ПТСР

С. Паническое расстройство

Д. Депрессивное расстройство

Е. Органическое астеническое расстройство.

## **II. Консультирование больных с психической патологией.**

1. На приеме у врача общей практики женщина 61 года, в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на утомляемость и слабость, но этим не обеспокоена. Охотно отвечает на вопросы, назвала свои личные данные, год рождения, но не смогла назвать свой возраст. Не понимает, почему находится в лечебном учреждении, предположила, что пришла «на комиссию». Не смогла рассказать о своей профессии (работала бухгалтером), не следит за событиями в стране. По словам дочери, дома забывает, где находятся ее вещи. Перестала самостоятельно готовить пищу, потому что путает порядок приготовления



отдельных блюд. Несколько раз не могла самостоятельно вернуться домой из магазина. Перестала узнавать соседей, собственных внуков. Во время осмотра не смогла перечислить и назвать пальцы рук, различить выражения «брат отца» и «отец брата». Несмотря на ложные ответы, оставалась улыбчивой, находилась в хорошем настроении. По словам дочери, дома иногда бывает раздражительной. Несколько раз вечером начинала куда-то собираться, говорила о том, что в комнате собралась «большая куча людей», разговаривала с ними, пыталась выгнать их из помещения. Назовите синдром, которым следует определить состояние больной.

А. Астенический

В. Гипоманиакальный

С. Дементный

Д. Амнестический

Е. Галлюцинаторно-параноидный.

2. К врачу общей практики обратился мужчина 25-ти лет с жалобами на неуверенность в себе и собственной деятельности, повышенную утомляемость, затрудненное засыпание с пробуждениями в первой половине ночи. В беседе отметил почти постоянное чувство «безрадостного настроения». Ситуация ожидания раздражает его. Почти всегда работает с большим напряжением. Трудно сосредоточиться на каком-то вопросе или задаче. Стал невнимательным, забывчивым. На высоте усталости становится раздражительным. Появляются мысли, что он ни на что не годен, малоспособен. Засыпать не дают беспокойные мысли, будущее пугает возможными сложностями, поэтому отказывается от многих планов и намерений. Беспокоят также сексуальные вопросы. Назовите синдром, которым можно определить состояние больного:

А. Обсессивный

В. Ипохондрический

С. Депрессивный

D. Астенический

E. Паранойяльный.

### **III. Последствия социально-стрессовых событий у участников военных конфликтов.**

1. Военнослужащий, который выполнял свой гражданский долг в зоне военного конфликта, вернувшись домой, стал жаловаться на плохой сон с кошмарными сновидениями, воспроизводящими эпизоды боя, вскакивал, кричал во сне; также предъявлял жалобы на «вспышки», во время которых с отчетливостью и ясностью возникали моменты боев, картины ранений. Стал тревожным, вспыльчивым, раздражительным. Не хотел ни с кем общаться, избегал всего, что могло напомнить о психотравмирующей ситуации. По вечерам отмечал возникновение приступов нехватки воздуха с учащенным сердцебиением, сопровождающиеся сильным страхом смерти. О каком расстройстве идет речь?

A. Расстройство адаптации

B. ПТСР

C. Соматоформное расстройство

D. Депрессивное расстройство

E. Расстройство личности.

2. Ветеран военных действий, который вернулся из зоны конфликта, с трудом привыкал к мирной жизни. Отмечались частые конфликты на работе, в семье. В борьбе за «справедливость» нередко прибегал к крайним мерам. Вернувшись с работы, все чаще стал уходить на встречи с сослуживцами, где принимал большие дозы спиртного. Жаловался на нарушение сна, подавленность. Вскоре стал говорить о том, что дальнейшая жизнь потеряла смысл и продумывать планы ухода из жизни. О какой патологии идет речь в данном случае и какая тактика относительно больного должна быть применена?

- А. Паническое расстройство
- В. Расстройство адаптации
- С. Органическое расстройство личности
- Д. *Депрессивное расстройство*
- Е. Синдром зависимости.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРЫ ПО РАЗДЕЛАМ****I. Особенности клиники, диагностики и лечения кризисных состояний у военнослужащих и лиц из зон военных конфликтов.****1. Посттравматическое стрессовое расстройство.**

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 identical twins 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. Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации.**

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. Ю'рєва, С.І. Вишніченко // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, №4 (61). - С.175-180.

### **3. Паническое расстройство.**

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. Напреєнко, 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., Michael 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.Тревожно-фобические расстройства.**

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 / Напрєєнко 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. – 144 с.
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. Аффективные расстройства.**

1. Брагина К. Р. Распространённость и психопатологическая структура тревожных и депрессивных реакций у военнослужащих срочной службы // Український 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 // Український 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. Соматические расстройства вследствие острых кризисных состояний.**

1. Олександровський Ю.А. Межові психічні розлади: Навчальний посібник. М.: Медицина, 2000. - 496 с.
2. Дмитрієва Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М. Основні неспецифічні системи, що адаптують організм до гострого і хронічного стресу. Психіатрія надзвичайних ситуацій. Керівництво. – М., 2004. – с .8-41.
3. Караяном А., Сиромятніков І. Прикладна військова психологія. Навчально-методичний посібник. С-Пб.: Питер, 2006.
4. Сельє Г. Стрес без дістреса. – М.: Прогрес, 1979.
5. Тарабріна Н.В., Соколова Е.Д., Лазебна Є.О., Зеленова М.Є. Посттравматичний стресовий розлад // Психологія мотивації та емоцій / Під ред. Ю.Б. Гіппенрейтер і М.В. Фалікман. – М., 2002. – С. 599-608.
6. Шамрила В.К., Марченко О.О. Військова психіатрія // Психіатрія: національне керівництво / під ред. Т.Б. Дмитрієвої, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тіганова. – М.: ГЕОТАРМедіа, 2009. – С. 193-218.
7. Юрьєва Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н.Юрьєва. – Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. – 164.
8. Юрьєва Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьєва. – 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. Консультирование больных с психической патологией.**

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., Чернявский В.М. Психиатрия – К.: Здоров'я. – 1993.- 344 с. Психиатрия / Под ред. В.П.Самохвалова. – Ростов н/Д: Феникс. – 2002 – 576 с.
5. 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.
6. Сучасні аспекти загальної психопатології / За ред. Л.М.Юр'євої – 2008. – 162 с.
7. Ален Айві. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультивання. Пер. з англ. – К: Сфера – 1998. – 342 с.

## **III. Последствия социально-стрессовых событий у участников военных конфликтов.**

1. Олександровський Ю.А. Межові психічні розлади: Навчальний посібник. М.: Медицина. – 2000. – 496 с.
2. Колосов А. Бойовий стрес і його психологічні наслідки // «Орієнтир». – 2011. - №5.
3. Караяном А., Сиромятніков І. Прикладна військова психологія. Навчально-методичний посібник. 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. Сучасна військова психологія: Хрестоматія / Упоряд. А.А. Урбанович. - Мн.: Харвест, 2003.
6. Тарабріна Н.В., Соколова Е.Д. , Лазебна Є.О., Зеленова М.Є. Посттравматичний стресовий розлад // Психологія мотивації та емоцій / Під ред. Ю.Б. Гіппенрейтер і М.В. Фалікман. М., 2002. – С. 599-608.
7. Шамрила В.К., Марченко О.О. Військова психіатрія // Психіатрія: національне керівництво / під ред. Т.Б. Дмитрієвої, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тіганова. - М.: ГЕОТАРМедіа, 2009. – С.193-218.
8. Л. М. Юр'єва. Кризові стани. – Дніпропетровськ: Арт-прес, 1998. – 164 с.
9. Л. М. Юр'єва. Історія. Культура. Психічні та поведінкові розлади. – Київ: Сфера, 2002. – 314 с.