

И.И. Кутько¹, О.А. Панченко¹, А.Н. Линева²

¹ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», Константиновка
²Харьковская областная психиатрическая больница № 1

Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация

В статье описана клиническая картина посттравматического стрессового расстройства у пострадавших вследствие вооруженного конфликта. Дана характеристика современной психофармакологической терапии, немедикаментозного лечения, реабилитации и профилактики патологии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психофармакотерапия, немедикаментозное лечение, реабилитация, профилактика.

Введение

Актуальность проблемы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) связана со значительным количеством лиц, пострадавших вследствие вооруженного противостояния в Донецкой и Луганской областях (Кочин I.B., 2015). Опыт работы специалистов ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» с военнослужащими участниками боевых действий и гражданскими лицами, переселившимися из зоны вооруженного конфликта, свидетельствует, что у большинства из них после перенесенного стресса процесс реадaptации имел патологический характер и сопровождался возникновением непсихотических психических расстройств с закономерной клинической динамикой, требовавших программной лечебно-реабилитационной и социальной помощи (Панченко О.А. и соавт., 2014).

Цель работы — освещение современных особенностей клинической динамики ПТСР у пострадавших вследствие вооруженного конфликта с обоснованием рекомендаций по лечебной, реабилитационной и социально-психологической помощи.

Систематика психогенных расстройств

Дистресс нахождения в зоне боевых действий включает две группы причинных факторов, вызывающих психические расстройства (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001; Напреев О.К. та співавт., 2014):

- исключительное по интенсивности действия психотравмирующее жизненное событие (у военнослужащих и лиц, проживающих в зоне боевых действий, — ситуации угрозы для жизни

и физического благополучия, сцены гибели людей и насилия, потеря близких, разрушение жилья);

- серьезные изменения в жизни, которые влекут за собой долговременные последствия в форме неприятных обстоятельств (при вынужденном переселении из зоны боевых действий — необходимость покинуть комфортное постоянное место жительства, оставить привычную работу, расстаться с близкими).

Эмоциональным и поведенческим ответом на невосполнимую утрату является реакция горя. Это состояние относится к приспособительным реакциям, его значение заключается в освобождении личности от связей с индивидом (объектом), которого нет (Юрєва Л.Н., 2006).

Возникшие ситуации необратимой утраты (близких, жилья, работы, материального достатка) могут сопровождаться нормальной реакцией горя на тяжелую утрату, которая заключается в адаптации индивида. Ее проявления ограничиваются условно нормативными, длительность не превышает 6 мес, социальная активность и продуктивность восстанавливаются в течение нескольких недель (Титаренко Ю.А. и соавт., 2005). Однако в большинстве случаев действие стрессовых факторов в ситуации вооруженного конфликта сопровождается появлением психогенных психических расстройств с закономерной клинической структурой и динамикой (Ясперс К., 1997; Волошин П.В. та співавт., 2014).

При действии исключительных ситуаций, включающих крайне тяжелые психологические и физические стрессовые факторы, в течение 1 ч возникает острая реакция на стресс с нарушением сознания длительностью ≤48 ч (Казакова С.Є. та співавт., 2004). При действии менее

тяжелых психотравмирующих обстоятельств в течение 1 мес возникают адаптационные расстройства с эмоциональными нарушениями, затрудняющими социальное функционирование, длительностью ≥6 мес (Юрєва Л.М. та співавт., 2005).

ПТСР возникает как отдаленная или затяжная реакция на кратковременную или продолжительную ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе способна вызвать дистресс у любого индивида (Купер Дж.Э. (ред.), 2000). Расстройство возникает в течение ≤6 мес после завершения действия психотравмирующей ситуации и длится несколько лет с волнообразным течением (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011). Оно может осложняться коморбидными состояниями и завершиться выздоровлением или привести к стойким изменениям личности после перенесенного катастрофического переживания (Коростій В.І. та співавт., 2015).

Операциональная диагностика ПТСР

В соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной статистической классификации 10-го пересмотра, операциональная диагностика ПТСР включает ряд следующих критериев (Купер Дж.Э. (ред.), 2000):

1. Наличие воздействия исключительной катастрофической ситуации, способной вызвать дистресс у любого человека.
2. Переживание большим стрессовой ситуации в «реминисценциях», ярких воспоминаниях, повторяющихся сновидениях либо испытывание им дистресса в обстоятельствах, напоминающих о перенесенном потрясении.

3. Избегание пострадавшим обстоятельств, напоминающих о пережитой ключевой ситуации.

4. Неспособность больного вспомнить некоторые важные моменты пережитого исключительного события и/или присутствие у него стойких симптомов повышенной психологической чувствительности и возбудимости, представленных любыми двумя из следующих:

- трудности с засыпанием или поддержанием сна;
- раздражительность или вспышки гнева;
- затрудненная концентрация внимания;
- повышение уровня бодрствования;
- усиленный четверохолмный рефлекс — патологически усиленная реакция испуга.

5. Возникновение проявлений не позднее чем через 6 мес после стрессового события.

Клинико-статистическое исследование предполагает использование специализированных оценочных шкал. В первую очередь следует упомянуть Миссисипскую шкалу диагностики ПТСР (гражданский и военный варианты), которую можно рекомендовать для скрининга психогенного ПТСР у участников вооруженного конфликта (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Клиническая динамика

Клиническая динамика ПТСР включает закономерную смену психопатологических симптомокомплексов (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011).

В ответ на чрезвычайную ситуацию непосредственной опасности для жизни и физического здоровья возникает острая реакция на стресс (Александровский Ю.А. и соавт., 1991). Расстройство возникает сразу после начала чрезвычайной ситуации (реже — в течение 3 сут). Длительность реакции обычно не превышает нескольких часов. Если чрезвычайная ситуация не разрешается, через 24–48 ч психопатологическая симптоматика начинает ослабевать и сходит к минимуму в течение 3 сут (Юр'ева Л.М. та співавт., 2005). В клинической картине доминирует аффективное сужение сознания с явлениями легкой оглушенности, в эмоциональной сфере — страх, ужас, беспомощность (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Грубо нарушена концентрация внимания с невозможностью целостного и последовательного восприятия. Последовательное мышление с осознанием ситуации невозможно. Утрачена способность к волевому контролю поведения. Тяжесть состояния достигает психотического уровня с психомоторным возбуждением или заторможенностью, отсутствием критической оценки пациентом его состояния (Пінчук І.Я. та співавт. (ред.), 2014). Реакция завершается сном или протрацией. Поведение пациента и психопатологическая симптоматика в этот период изменяется по механизму диссоциативной амнезии (Казакова С.Є. та співавт., 2004).

Сразу после выхода пострадавшего из опасной ситуации наступает фаза изо-

ляции. Отмечается усиление аппетита, жажда, учащенное мочеиспускание, дефекация (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001). Характерный феномен — паралич эмоций, когда у пострадавшего отсутствуют эмоциональные реакции на происшедшее. Отмечается преходящее снижение морально-этических чувств, так называемая депривация морали, в частности исчезает стыдливость при удовлетворении физиологических потребностей. Пострадавший может проявить грубость и насилие, забывая у окружающих еду, одежду, постельные принадлежности (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

После завершения острой реакции на стресс наступает так называемый переходный период длительностью 5–30 сут. (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011). В этот период возможны общая разбитость, головная боль в затылочной области, нарушения сна, повышенная озабоченность физическим здоровьем, напряженность, тревожность, нерешительность, нежелание брать на себя ответственность. Как правило, усиливается аппетит, больной становится неразборчивым в пище. Снижается общая активность личности.

Пострадавший постоянно оценивает возможность повторения чрезвычайной ситуации, прислушивается к средствам массовой информации, заявлениям официальных лиц. Активное поведение направлено на минимизацию угрозы для жизни, больной создает запасы продуктов питания и предметов первой необходимости, выбирает места, которые считает наиболее безопасными. Жизненный уклад становится более примитивным (Чабан О.С., Франкова И.А., 2015).

Характерный феномен — внутренняя ревизия пострадавшим своего поведения в период чрезвычайной ситуации, когда свои поступки он сопоставляет с представлениями о моральных стандартах (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001).

Следующий этап — становление собственнo симптомoкoмплeкca ПТСР. Оно развивается после переходного периода и носит затяжной характер (Коростій В.І. та співавт., 2015). Клиническая картина ПТСР включает постоянную концентрацию психической деятельности на событиях чрезвычайной ситуации. Характерно парадоксальное сочетание обострения инстинкта самосохранения с представлениями об обесценивании человеческой жизни. Это порождает постоянное психическое напряжение (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Для этого периода характерен феномен чрезмерной бдительности или супервигильности: концентрация внимания на событиях, которые больной считает угрожающими. В то же время уменьшается объем внимания и затрудняется способность переключаться (Чабан О.С., Франкова И.А., 2015). В структуре памяти наблюдают обострение способности воспроизводить мелочи и детали, связанные с чрезвычайной ситуацией, отмечают чрезмерную фиксацию этих событий с невозможностью их забыть, яркое воспроиз-

ведение деталей перенесенной опасной ситуации может происходить даже помимо желания пострадавшего. В то же время запоминание текущей информации ухудшается (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Повышена готовность к возникновению реакции испуга (с яркими вегетативными проявлениями) на любые внешние стимулы, напоминающие перенесенную опасную ситуацию (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Постоянно (под влиянием внешних стимулов, напоминающих психотравмирующую ситуацию) или спонтанно возникают навязчивые «реминисценции» и яркие воспоминания событий чрезвычайной ситуации, что сопровождается выраженными вегетативными расстройствами. Иногда пострадавшие сами вызывают эти воспоминания, чтобы «еще раз пережить эти события, и они не казались такими драматическими» (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011). Тяжелым проявлением непроизвольного воспроизведения в памяти психотравмирующих событий являются флешбеки (наплывы ярких воспоминаний и представлений, отражающих психотравмирующую ситуацию). Их появление сопровождается аффектом страха и злости с яркими вегетативными нарушениями (Казакова С.Є. та співавт., 2004).

В тяжелых случаях возникает аффективное сужение сознания, когда яркость драматических представлений превышает восприятие реальности, имеет место психомоторное возбуждение с аффектами от страха до ужаса, от злости до ярости, поведение становится агрессивным, возникают выраженные вегетативные расстройства. Тяжесть эпизода может достигать психотического уровня с развитием спутанности сознания по типу истерического сумеречного расстройства (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001).

К нарушениям сна относят затрудненное засыпание вследствие наплыва ярких воспоминаний о драматических событиях, кошмарные сновидения с отражением деталей перенесенных опасных ситуаций, частые пробуждения с ощущением того, что «что-то случилось» (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Настроение снижено по типу неглубокой депрессии с тревогой, угрюмого раздражения, недовольства собой, склонности к неконтролируемым вспышкам злости и агрессии. Характерна неспособность получать удовольствие — ангедония. Будущее воспринимается пессимистически, больные не видят перспектив и неохотно говорят о своих планах (Казакова С.Є. та співавт., 2004). Также в этот период отмечают алекситимию с неспособностью словесно охарактеризовать эмоциональное состояние — как свое, так и других людей. Затруднена модуляция собственных эмоциональных проявлений, снижена возможность сдерживаться и проявлять деликатность, такт, эмоциональную теплоту (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011).

В этот период отмечается постоянная утомляемость, снижение работоспособности. Больные избегают больших компа-

ний, которые их раздражают, и предпочитают одиночество. Характерно чувство отдаления и отчужденности от окружающих. С близкими пострадавшие капризны и ворчливы, обвиняют родных в черствости. При этом больные могут охотно общаться с людьми, пережившими такие же чрезвычайные события (Напреенко О.К. та співавт., 2014). Пострадавшие избегают любых ситуаций, разговоров или событий, напоминающих о пережитом или ассоциирующихся с перенесенным дистрессом (Чабан О.С., Франкова И.А., 2015).

Пережитое в чрезвычайной ситуации чувство беспомощности фиксируется в памяти (феномен приобретенной беспомощности). Больные чувствуют себя профессионально некомпетентными. Предлагаемая им работа кажется неинтересной, пациенты отдадут предпочтение социальным пособиям как основному источнику доходов (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001). Пострадавший «социально съезжывается», снижается социальная активность, продуктивность и возможности (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011).

Обратное развитие ПТСР

В ходе выздоровления воспоминания о чрезвычайной ситуации теряют актуальность, пациент начинает ценить заботу о нем, проявлять благодарность и теплые чувства к родным, помогать другим (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2011). Перенесенную чрезвычайную ситуацию пострадавший оценивает негативно как «искалечившую судьбу». Больной избегает любых стимулов, напоминающих о перенесенных драматических событиях (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001). В то же время при благоприятной динамике может происходить переоценка ценностей: пострадавший отмечает, что после перенесенного стал больше ценить жизнь, появилась большая открытость по отношению к страданиям других, отзывчивость к проблемам близких (Коростій В.І. та співавт., 2015).

Осложнения ПТСР включают ряд коморбидных состояний (Напреенко О.К. та співавт., 2014). Отмечается нарушение влечения, легко возникает тяга к алкоголю, психоактивным веществам и азартным играм (Юр'єва Л.М. та співавт., 2005). В силу повышенной внушаемости, недостаточной критичности и враждебности к окружающим больные могут быть легко вовлечены в асоциальную деятельность, включая делинквентное поведение (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Для этого периода характерны вегетативные нарушения. ПТСР сопровождается обострением психосоматических заболеваний (язва двенадцатиперстной кишки, холецистит, колит, бронхиальная астма и др.) (Педак А.А., 2011).

На фоне ПТСР легко возникают эндо-реактивные депрессии с доминированием тревожной и дистимической симптоматики, близкие по структуре к симптомокомплексу эндо-реактивной дистимии Вайтбрехта в рамках депрессивных эпизодов и смешанного тревожного и депрессивного рас-

стройства (Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю., 2003). Неприятным осложнением ПТСР является генерализованное тревожное расстройство. При этом в течение ≥ 6 мес пациент испытывает стойкую, нефиксированную на определенных жизненных обстоятельствах тревогу в сочетании с нервозностью, дрожью, потливостью, учащенным сердцебиением, дискомфортом в эпигастриальной области, головокружением, страхом несчастного случая или внезапной болезни (Мишиев В.Д., 2004).

В случае неблагоприятного течения ПТСР в течение >2 лет формируется аномалия в виде стойкого изменения личности после перенесенного катастрофического переживания. Характерны враждебное и недоверчивое отношение ко всему внешнему миру, социальная отгороженность, чувство опустошенности или безнадежности, постоянное ощущение «существования на грани» (как при наличии постоянной угрозы), отчужденность (Купер Дж.Э. (ред.), 2000).

Лечение

Лечение при ПТСР включает медикаментозное (преимущественно психофармакологическое), немедикаментозное физиотерапевтическое лечение и психотерапию (включая психологическое консультирование) (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Медикаментозное лечение предполагает дифференцированную психофармакотерапию психогенных расстройств, в соответствии с действующими критериями диагностики и лечения психических расстройств и нарушений поведения и с клиническими протоколами оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» (Панько Т.В. та співавт., 2000; Міністерство охорони здоров'я України, 2007). Применяют следующие группы препаратов (Александровский Ю.А. и соавт., 2000; Коростій В.І. та співавт., 2015):

- малые нейролептики;
- антидепрессанты;
- анксиолитики (транквилизаторы);
- нормотимики (тимостабилизаторы);
- растительные седативные средства;
- растительные средства адаптогенного действия.

Обращаясь к немедикаментозным методам лечения ПТСР следует остановиться на латеральной терапии (Чуприков А.П. и соавт., 1994). Этот метод основан на модуляции межполушарно-диэнцефального взаимодействия воздействием раздражителей различной сенсорной модальности с прогнозируемыми изменениями психического состояния.

Для лечения можно использовать латеральную светотерапию, моноауральную гипнотерапию, физиотерапию (Коростій В.І. та співавт., 2015). Специалисты ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины» (Одесса) в период санаторно-курортного лечения пострадавших в ходе чрезвычайных ситуаций предлагают следующий комплекс медико-биологических средств: бальнеотерапию, талассотерапию, грязелечение, климатолечение, фитотерапию, ароматерапию,

электролечение, массаж и мануальную терапию, лечебную физкультуру и релаксационную гимнастику (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Психотерапия при психических расстройствах, полученных вследствие вооруженного противостояния, тесно коррелирует с реабилитацией таких больных. Доминирует интегративный подход с апелляцией к личности пострадавших (Михайлов Б.В. и соавт., 2002). Основная задача психотерапевтической работы — максимально полно восстановить преморбидный уровень социального и личностного функционирования потерпевших (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Различают следующие направления психотерапии (Коростій В.І. та співавт., 2015):

- создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;
- аффективная переоценка травматического опыта;
- восстановление чувства ценности собственной личности;
- восстановление способности дальнейшего существования в обществе.

Наиболее эффективным методом психотерапии при психогенных расстройствах вследствие дистресса вооруженного противостояния является когнитивно-бихевиоральная терапия (Михайлов Б.В. и соавт., 2002). При ПТСР используют такие ее подходы (Напреенко О.К. та співавт., 2014):

- импловивную терапию;
- систематическую десенсибилизацию;
- репетицию поведения (поведенческие тренинги);
- тренинг стойкости к стрессам.

Критерием эффективности психотерапевтической помощи является смена эмоционального отношения к рациональным и конструктивным жизненным обстоятельствам (Михайлов Б.В. и соавт., 2002).

Реабилитация больных с психогенными расстройствами вследствие военного противостояния включает не только восстановление социальной активности пострадавших, но и изменение общего вектора социального поведения человека, направленного на решение проблем, преодоление препятствий, в том числе устранение последствий психической травмы (Волошин П.В. та співавт., 2014).

Конечной задачей реабилитационных мероприятий является переход от деструктивных форм преодоления дистресса на фоне пассивной социальной позиции к активной социальной позиции с конструктивными формами поведения (Пінчук І.Я. та співавт. (ред.), 2014).

Профилактика

Профилактика ПТСР и расстройств адаптации вследствие вооруженного противостояния носит комплексный характер, базируется на мультидисциплинарном подходе, включает медицинские, психологические и социальные мероприятия (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

Превентивная медико-психологическую помощь, направленная на предотвра-

щение развития психогенных расстройств вследствие вооруженного конфликта, включает следующие мероприятия (Волюшин П.В. та співавт., 2014):

- организацию работы по оказанию медицинской помощи пострадавшим с психогениями;
- информирование населения о медицинских аспектах дистресса вооруженного противостояния;
- привлечение легко пострадавших к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам и оказанию психологической поддержки жертвам вооруженного конфликта.

После завершения боевых действий значимыми мерами превентивной медико-психологической помощи являются профилактика обострений, рецидивов или повторных психогенных расстройств у пострадавших и медикаментозная профилактика отставленных психогенных реакций.

Отметим три направления развития организации эффективной помощи при психогенных расстройствах у пострадавших вследствие боевых действий (Напреенко О.К. та співавт., 2014).

1. Создание государственной службы помощи потерпевшим с законодательным и финансовым обеспечением.
2. Работа общественных организаций социальной помощи и взаимопомощи клубного типа.
3. Организация консультативной службы для родственников потерпевших с оказанием родным больных профессиональной психологической помощи по нормализации отношений в семьях.

Выводы

1. Вооруженное противостояние является чрезвычайной ситуацией крайней тяжести, вызывающей психогенные психические расстройства практически у всех участников (военнослужащих, мирного населения зоны боевых действий и вынужденных переселенцев). Эти нарушения включают широкий спектр патологических состояний. Ведущим проявлением непсихотических психогенных расстройств является ПТСР.

2. Оказание помощи пострадавшим с психогенными психическими расстройствами предполагает поэтапные действия: эвакуацию из зоны чрезвычайной ситуации, психофармакологическую и немедикаментозную терапию, психологическое консультирование и коррекцию, специальные технологии психотерапевтической помощи, медицинскую и социальную реабилитацию, превентивную медицинскую помощь для профилактики ухудшения психического состояния.

3. Эффективная помощь пострадавшим с психогенными психическими расстройствами требует координированных действий врачей общей практики, психиатров и психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников силовых министерств, министерств чрезвычайных ситуаций и здравоохранения, волонтерских организаций.

4. Алгоритмизированная программа государственных мероприятий должна быть дополнена созданием сети общественных организаций социальной поддержки и взаимной помощи пострадавшим.

Список использованной литературы

Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И. и др. (1991) Психогении в экстремальных условиях. Медицина, Москва, 96 с.

Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.М. (2000) Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 250 с.

Волюшин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. (2014) Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 80 с.

Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнамов Н.Г. и др. (2011) Психиатрия — национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 1000 с.

Казакова С.Е., Ліньов О.М., Ромашова Т.І. та ін. (2004) Невротичні розлади (клініка, динаміка, систематика): Метод. посібник. Луган. держ. мед. ун-т, Луганськ, 112 с.

Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І. (2015) Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стрессового розладу. Міжнарод. неврол. журн., 6(76): 59–71.

Кочін І.В. (2015) Особливості медико-санітарних втрат і організація екстреної медичної допомоги населенню та військовослужбовцям в зоні проведення антитерористичної операції. Нов. мед. фармац., 14(552): 16–18.

Купер Дж.Э. (ред.) (2000) Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями. Сфера, Киев, 414 с.

Литвинцев С.В., Шамрей В.К. (2001) Военная психиатрия: Учебник. ВМедА, ЭЛБИ-СПб., Санкт-Петербург, 236 с.

Міністерство охорони здоров'я України (2007) Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2007 р. № 59 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dp_20070205_59.html).

Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. (2002) Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации). Око, Харьков, 768 с.

Мишиев В.Д. (2004) Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. Видавництво МС, Львів, 208 с.

Напреенко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. та ін. (2014) Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: Метод. рекомендації. Націон. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, Київ, 26 с.

Панченко О.А., Кутько И.И., Зайцева Н.А. (2014) Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий. Новости медицины и фармации в Украине, 15(509): 6.

Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін. (2000) Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клініч. посібник. Арсис ЛТД, Харків, 303 с.

Педак А.А. (2011) Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики — семейной медицины. Илюион, Николаев, 695 с.

Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. (ред.) (2014) Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: Метод. посібник. КАЛІТА, Київ, 92 с.

Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. (2003) Депрессии. Современная терапия: Руковод. для врачей. Торнадо, Харків, 352 с.

Титаренко Ю.А., Чуприкова Е.Г., Чуприков А.П. (2005) Психологический стресс и стресс-анализ. Киев, 74 с.

Чабан О.С., Франкова И.А. (2015) Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. НЕЙРО NEWS. Психоневрол. нейропсихиатр., 2(66): 8–18.

Чуприков А.П., Линева А.Н., Марценковский И.А. (1994) Латеральная терапия: Руковод. для врачей. Здоров'я, Киев, 174 с.

Юр'єва Л.М., Носов С.Г., Мамчур О.Й. та ін. (2005) Невротичні, соматоформні розлади та стрес: Навч. посібник. ТОВ ММК, Київ — Дніпропетровськ, 96 с.

Юр'єва Л.Н. (2006) Клиническая суицидология: Монография. Пороги, Днепропетровск, 472 с.

Ясперс К. (1997) Общая психопатология. Практика, Москва, 1053 с.

Посттравматичний стресовий розлад у осіб, які перенесли збройний конфлікт. Клінічна динаміка, діагностика, лікування та реабілітація

I.I. Kutko, O.A. Panchenko, O.M. Linyov

Резюме. У статті описано клінічну картину посттравматичного стрессового розладу у постраждалих внаслідок збройного конфлікту. Наведено характеристику сучасної психофармакологічної терапії, немедикаментозного лікування, реабілітації та профілактики патології.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психофармакотерапія, немедикаментозне лікування, реабілітація, профілактика.

Post traumatic stress disorder in people suffered from the armed conflict. Clinical development, diagnostics, treatment and rehabilitation

I.I. Kutko, O.A. Panchenko, A.N. Linev

Summary. The clinical picture of post traumatic stress disorder in people suffered from the armed conflict was described. The characteristic of modern psychopharmacological therapy, non-pharmacological treatment, rehabilitation and pathology prevention was received.

Key words: post traumatic stress disorder, psychopharmacotherapy, non-pharmacological treatment, rehabilitation, preventive maintenance.

Адрес для переписки:

Линев Алексей Николаевич
62411, Харьковская обл.,
с. Стрелечья, ул. Белгородская, 1
Харьковская областная
психиатрическая больница № 1
E-mail: lenkom1_44@ukr.net

Получено 25.01.2016