

Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям

У статті наведено результати розробки та впровадження підходів до оптимізації психолого-психіатричної допомоги постраждалим унаслідок збройних конфліктів, мирних протистоянь і вимушеним переселенцям із психічними, психосоматичними, коморбідними соматичними та психічними, а також наркологічними, розладами.

Ключові слова:

збройні конфлікти, мирні протистояння, вимушені переселенці, психічні, психосоматичні, коморбідні соматичні та психічні (наркологічні) розлади, діагностика, лікування, реабілітація.

Збройні конфлікти, мирні протистояння і вимушені переселення в більшості випадків супроводжуються психогенно травмуючими ситуаціями, що є небезпечними для життя або особливо значущими для особистості обставинами її функціонування, тому їх наслідками нерідко є психічні, психосоматичні та наркологічні розлади. Вони значною мірою зумовлені так званим *бойовим стресом* (БС). Під ним розуміють багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму, що супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Водночас БС при певних обставинах є дестабілізуючим, передпатологічним станом, що обмежує функціональні резерви організму, збільшуючи ризик дезінтеграції психічної діяльності та виникнення стійких соматовегетативних дисфункцій, тому він може призводити до бойових стресових розладів [2, 3, 6].

Діагностика та класифікація

Психолого-психіатрична діагностика зазначених порушень являє собою сукупність взаємопов'язаних процедур, що дозволяють виявити наявність психотравмуючих факторів, прояви психічної та психосоматичної патології, провести їх синдромологічну і нозологічну ідентифікацію, а також клінічну оцінку з урахуванням особистісних властивостей індивіда та його міжособистісних стосунків.

Ці завдання реалізуються комплексно за участю лікаря-психіатра, профільного лікаря-інтерніста (за наявності психосоматичних розладів), лікаря-психотерапевта, клінічного психолога, психолога-консультанта, соціального працівника і середнього медичного персоналу, який пройшов спеціальну підготовку з психологічної діагностики, корекції та соціально-трудоваї реабілітації. Така бригада визначає



**О.К. Напрєєнко,
Н.Ю. Напрєєнко**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Напрєєнко
Олександр Костянтинович**
д. мед. н., проф., зав. кафедри психіатрії та наркології

01601, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
Тел. (044) 463-74-83
E-mail: napr_center@bigmir.net

Стаття надійшла до редакції
8 травня 2015 р.

спрямованість і обсяг психологічної корекції, терапевтичних втручань та маршрут медико-соціальної реабілітації в кожному конкретному випадку.

Окрім клініко-психопатологічної та загальної клінічної діагностики, доцільне диференційоване використання наступних експериментально-психологічних методик: ММРІ, 16-факторного опитувальника Кеттела, САН (самопочуття, активність, настрої), Спілбергера—Ханіна (особистісна тривожність, реактивна тривога), тестів Айзенка, ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтерівського інституту) — ставлення до хвороби, РСК (рівень суб'єктивного контролю), «Потреба в досягненні» та ін. При потребі обстежується також підсвідома та безсвідома сфери психіки за допомогою кольорового тесту Люшера, проєктивних тестових методик (малюнки), комп'ютерного аналізу психіки за методом І.В. Смирнова (використання семантичного диференціала в режимі 25-го кадру). Комплекс цих методів підбирається індивідуально, з урахуванням клінічних проявів патології та доступного діагностичного інструментарію на різних етапах допомоги [8, 9].

Рубрифікація виявлених психічних і наркологічних розладів на сьогодні здійснюється за критеріями МКХ-10. У цій класифікації термін «психосоматичні» не використовується, щоб не виникало уявлення, начебто в розвитку інших захворювань психологічні чинники не відіграють суттєвої ролі. Недуги, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, в МКХ-10 вміщені в таких категоріях: F45 — соматоформні розлади; F50 — розлади, пов'язані зі споживанням їжі; F54 — психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або хворобами, класифікованими в інших (не про психічні та поведінкові) розділах МКХ-10 та ін. Приклади такого класифікування: астма (F54 + J45), дерматит і екзема (F54 + L23-L25), виразковий коліт (F54 + K54).

Клінічні прояви

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20–70 % осіб, які беруть участь у збройних конфліктах. Воєнні дії в 3–4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади в осіб, які були в них задіяні, в порівнянні з поширеністю психопатології серед військових у мирний час. Найтяжчі психічні розлади спостерігаються в осіб, які перебували в зоні бойових дій більш ніж 3 міс. У всіх обстежених, які отримали поранення, виявляють зміни психічного стану різного ступеня вираженості. Ці зміни проявляються передусім реакціями на емоційний і фізичний стрес: починаючи з відносно

нетривалого відчуття дискомфорту з проявами емоційної напруги і закінчуючи психічними розладами невротичного та психотичного реєстрів.

Спектр відхилень психічного стану достатньо широкий: від різновиду розладу адаптації під назвою бойова стресова реакція — початковий прояв дезадаптивних розладів і так званої бойової втоми до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та реактивних станів (психогенні психози, реактивні психози) — найбільш тяжких форм бойової психогенної патології. Найпоширенішим їх варіантом (до 50 % усіх санітарних втрат) є БСР.

Симптоматика цих порушень поліморфна, розглядається в рамках емоційно-вольових розладів, нападів паніки, фобій, уникаючої поведінки, істероконверсійних дисфункцій, вегетивно-судинних розладів тощо. У таких осіб може спостерігатися підвищена конфліктність, асоціальна та агресивна поведінка, інколи неадекватне застосування зброї, спецзасобів і фізичної сили, порушення службової та виконавчої дисципліни, а також зловживання психоактивними речовинами (частіше алкоголем), хуліганські вчинки та інші протиправні дії.

Маніфестація (первинні симптоми — до 6 міс) ПТСР відбувається у вигляді: інтрузії — невідступного переживання травматичної події, яке може набувати таких форм: 1) нав'язливі дистресуючі спогади психотрамуючих подій; 2) кошмарні сновидіння, що періодично повторюються; 3) неочікувані відчуття прямого повернення психотравматичних подій і повторного їх переживання у вигляді ілюзій, галюцинацій або/та дисоціативних епізодів, які виникають в тверезому стані чи стані сп'яніння; 4) інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, які символізують пережиті психотравмуючі події та їх окремі моменти або мають з ними подібність (наприклад, роковина цієї події); уникання — стійкого уникання стимулів, пов'язаних з травмою, що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей, що має, щонайменше, три з наступних проявів: 1) усвідомлювані зусилля уникати думок і почуттів, пов'язаних з психотравмуючою подією; 2) намагання уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади про цю подію; 3) неспроможність згадати важливий аспект даної події; 4) зниження інтересу до раніше значимих для даної особистості видів активності; 5) почуття відчуження щодо оточуючих; 6) зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми; 7) відчуття «вкороченого майбутнього»

(невпевненість у подальшій кар'єрі, можливості одруження і сімейного життя, в самій тривалості життя тощо); гіперактивності — характеризується не менш ніж двома з наступних проявів: 1) проблеми із засинанням або поверхневий сон; 2) підвищена дратівливість або спалахи гніву; 3) проблеми з концентрацією уваги; 4) неадекватно підвищена пильність; 5) надмірна реакція на раптові подразники; 6) підвищений рівень фізіологічної реактивності на обставини, що символізують психотравмуючу подію або нагадують найбільш суттєві її моменти.

До вторинних симптомів ПТСР, на які страждають пацієнти впродовж багатьох років, відносять переважно депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), психосоматичні проблеми, порушення відчуття часу, порушення Еґо-функціонування. Депресія може сягати тяжкого рівня, що супроводжується відчуттям відчаю, безглуздості власного існування з нервово-психічним виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя. До специфічних особливостей «військових ПТСР» відносять наявність у переживаннях пацієнтів так званої дисфункціональної провини, розладів пам'яті з витисненням подій, пов'язаних з психотравмуючими обставинами бойової ситуації, високий рівень дисоціативних симптомів і т. ін.

Майже в третини пацієнтів з тяжким перебігом ПТСР у подальшому формуються (за критеріями МКХ-10) стійкі зміни особистості після перенесеного катастрофічного переживання, що мають наступні клінічно окреслені типи перебігу: емоційно нестійкий, параноїдальний, істеричний, obsесивно-фобічний. У цих хворих часто діагностуються такі коморбідні соматичні розлади, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, патологія шлунка та дванадцятипалої кишки та ін., які можна віднести до психосоматичних розладів.

Серйозної уваги потребує проблема депресій, які асоціюють зі зловживанням алкоголем даної категорії хворих [7]. Зазначені афективні розлади призводять до збільшення соціальної дезадаптації постраждалих, виникнення суїцидальних тенденцій і розвитку різноманітної психосоматичної патології. Нами обстежено 200 таких пацієнтів. Як було виявлено, алкогольні депресії здебільшого розвиваються після повернення комбатантів до мирного життя. Вони мають тенденцію до затяжного перебігу і терапевтичної резистентності. Існують різноманітні причинно-наслідкові відносини між депресією та іншими проявами синдрому залежності від алкоголю. За походженням алкогольні депресії є гетерогенною групою станів, серед яких виділено психогенні,

екзогенно-органічні (внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації, перенесених ЧМТ та інших ушкоджень головного мозку, а також співіснування цих факторів) і ендогенні, перебіг яких ускладнюється патогенними чинниками, пов'язаними з перебуванням в екстремальній ситуації. У таких пацієнтів спостерігаються як стерті, атипові, так і змішані афективні стани, в більшості випадків на рівні легкої або помірної депресії. Їх загальними клінічними особливостями є надмірна емоційна лабільність, наявність соматовегетативної симптоматики (головний біль, запаморочення, тахікардія, лабільність АТ, нудота тощо), розлади сну. Часто ці прояви маскуються надмірною дратівливістю, прискіпливістю, втомлюваністю, іпохондричними скаргами. У процесі дослідження виділено наступні варіанти депресій у цих хворих: «простий» депресивний стан з переважанням пригніченого настрою, туги, зниженої самооцінки, втрати інтересу до оточуючих, ангедонією; дисфоричний — з наявністю на тлі зниженого настрою вогнищевої дратівливості, гнівливості, конфліктності; тривожно-депресивний — співіснування симптомів депресії з відчуттям внутрішньої напруги, дискомфорту, неспокою, очікуванням наприємностей, які насуваються; астенічний — з надмірною втомлюваністю, гіперестезією, які посилюються надвечір; іпохондричний — з гіперболізацією неприємних тілесних відчуттів, особливою увагою до власного соматичного стану, «зануренням у медичне середовище»; апатичний — депресія з в'ялістю, байдужістю до себе та оточуючих, адинамією. При цьому близько 70 % суїцидальних дій пов'язані з проблемами міжособистісних стосунків колишніх військовослужбовців з оточуючими після їх повернення із зони бойових дій — «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісно значущий чинник».

Коморбідними алкогольній депресії були: вегетосудинна дистонія за змішаним або гіпертонічним типом — у 35 % осіб, різновиди алкогольного ураження печінки — 32 %, гіпертонічна хвороба — 19 %, алкогольна міокардіодистрофія — 15 %, хронічний панкреатит — 8 % і виразкова хвороба шлунка — 4 %. У розвитку значної частини цієї патології провідну роль відіграють етіологічні та патогенетичні механізми, притаманні психосоматичним розладам.

Лікування та реабілітація

На донозологічному рівні, за якого психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовується психокорекція, а за наявності сформованого психічного захворювання — психотера-

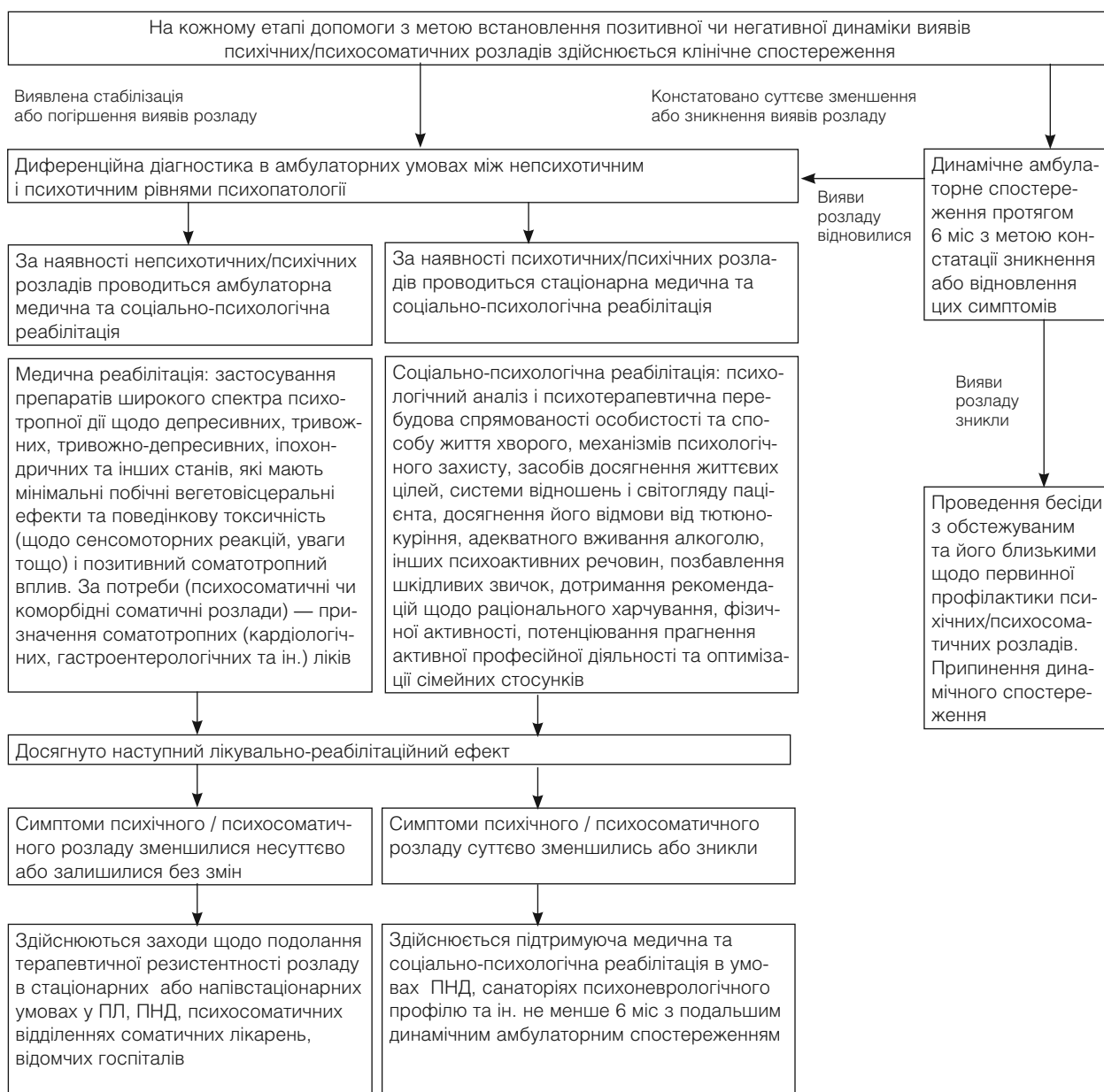


Рисунок. Алгоритм 2. Медико-соціальна реабілітація

підлягає корекції. Психологічна корекція — це система психологічних впливів, спрямованих на зміни певних особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, що відіграють певну роль у виникненні хвороб, їх патогенезі, ймовірності рецидивів та загострень захворювання, інвалідизації та інших наслідків соціальної дезадаптації. Психологічна корекція не спрямована на зміну симптоматики й загалом на клінічну картину захворювання. У цьому полягає її важлива відмінність від психотерапії. Завдяки психотерапії визначається оптимальний варіант виходу особистості з психотравмуючої ситуації. При наданні допомоги даному контингенту переважно використовують раціональну психотерапію, аутогенне тренування, навчання в стані не-

спання, гіпно- та наркогіпнотерапію, групову та сімейну психотерапію. За наявності психосоматичної та соматичної патології ці заходи проводять водночас із виконанням рекомендацій лікарів-інтерністів [1, 4, 6, 10].

Медична реабілітація учасників війн, мирних протистоянь і вимушених переселенців, у яких спостерігаються психічні порушення, в основному спрямована на корекцію афективних розладів, усунення соматичної і вегетосудинної патології за допомогою психофармакологічних та інших препаратів. Застосовують психотропні середники з антипсихотичними, седативними, антидепресивними, стимулювальними та метаболічними властивостями, лікарські засоби із загальнозміцнюючою, дегідратаційною, дезін-

токсикаційною дією, а також режим активної діяльності та відпочинку, дієту, фізіотерапевтичні процедури, рефлексотерапію, лікувальну та оздоровчу фізкультуру, бальнеолікування, кліматотерапію, трудотерапію тощо [6]. Вищезазначені лікувальні та реабілітаційні заходи здійснюються паралельно, їх слід планувати і реалізовувати поетапно, згідно наведених нижче алгоритмів.

Алгоритм 1.

Лікувально-діагностична допомога

1-й етап — первинна ланка загальномедичної служби. Допомогу надають: працівники швидкої та невідкладної медичної допомоги, волонтери, лікарі медико-санітарних підрозділів, створених на місці подій, лікарі загальної практики / сімейні лікарі, дільничні терапевти, військові лікарі та ін. Завдання: 1) виявлення психічних порушень за клінічними та параклінічними (скринінг-тести) ознаками; 2) сортування потерпілих за реєстрами порушення (непсихотичний / психотичний); 3) надання допомоги в межах компетенції лікаря-інтерніста; 4) направлення до лікаря-психіатра амбулаторної ланки психіатричної служби (за наявності показань).

2-й етап — за наявності показань, амбулаторна ланка психіатричної служби. Допомогу надають: лікарі-психіатри ПНД, поліклінік, диспансерно-консультативних і психосоматичних відділень психіатричних і загальносоматичних лікарень, амбулаторних підрозділів відомчих госпіталів і медико-санітарних частин. Завдання: 1) дифе-

ренційна діагностика психогенних, ендогенних, екзогенно-органічних (наприклад, унаслідок ЧМТ) психічних і психосоматичних розладів; 2) встановлення їх первинності або загострення під час участі в подіях; 3) надання амбулаторної лікувально-профілактичної психолого-психіатричної допомоги; 4) направлення до лікаря-невропатолога чи лікаря-інтерніста (за профілем виявленого психосоматичного розладу) для надання комплексної (профільної неврологічної/соматичної та психіатричної) амбулаторної чи стаціонарної допомоги; 5) направлення до психіатричного стаціонару (за наявності розладу психотичного рівня, суїцидальних тенденцій, інших станів, що становлять небезпеку для самого хворого або його оточення).

3-й етап — за наявності показань, надання спеціалізованої психіатричної/неврологічної допомоги у вторинній ланці системи охорони здоров'я: психіатричних лікарнях (ПЛ), стаціонарних психіатричних підрозділах відомчих госпіталів і медико-санітарних частин.

4-й етап — за наявності показань, диспансерне спостереження, здійснення заходів вторинної і третинної профілактики, проведення медико-соціальної реабілітації в санаторіях психоневрологічного профілю, реабілітаційних підрозділах ПНД, ПЛ та ін. (див. алгоритм 2).

Алгоритм 2.

Медико-соціальна реабілітація

Див. рисунок.

Список літератури

1. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації).— Харків, 2009.— 31 с.
2. Іванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація.— Чернівці, 2007.— 424 с.
3. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. Теория и практика.— М.: Практическая медицина, 2008.— 448 с.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».
5. Напреенко А.К., Марута Н.А., Петрина Н.Ю. Терапевтическая эффективность и переносимость нового небензодиазепинового анксиолитика Афобазол при лечении непсихотических психических и психосоматических расстройств, сопровождающихся тревогой // Психические расстройства в общей медицине.— № 3, 2013.— С. 47—52.
6. Напреенко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.Г. та ін. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: метод. рекомендації.— К., 2014.— 27 с.
7. Петрина Н.Ю. Депресії при алкоголізмі / Нециркулярні депресії: монографія / За ред. проф. О.К. Напреенка.— К.: Софія-А, 2013.— С. 218—270.
8. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / За ред. проф. Б.В. Михайлова.— 2-е вид., перероб. та доп.— Харків: ХМАПО, 2014.— 285 с.
9. Сиропятов О.Г., Напреенко О.К., Дзеружинська Н.О. та ін. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом.— К.: О.Т. Ростунов, 2012.— 76 с.
10. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) // Укр. мед. альманах.— 2000.— Т. 3.— № 2.— С. 183—184.

А.К. Напреенко, Н.Ю. Напреенко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Комплексная психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь пострадавшим в вооруженных конфликтах, при мирных противостояниях и вынужденным переселенцам

В статье приведены результаты разработки и внедрения подходов к оптимизации психолого-психиатрической помощи пострадавшим в результате вооруженных конфликтов, мирных противостояний и вынужденным переселенцам с психическими, психосоматическими, коморбидными соматическими и психическими, а также наркологическими, расстройствами.

Ключевые слова: вооруженные конфликты, мирные противостояния, вынужденные переселенцы, психические, психосоматические, коморбидные соматические и психические (наркологические) расстройства, диагностика, лечение, реабилитация.

О.К. Napryeyenko, N.Yu. Napryeyenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Complex of psychological, psychiatric and narcological assistance to the victims of military conflicts, unaggressive confrontation and forced migrants

The article contains results of the development and implementation of approaches to optimizing the psychological and psychiatric assistance to victims of military conflicts, unaggressive confrontation and forced migrants with psychic, psychosomatic, comorbid somatic and psychic disturbances and substance abuse.

Key words: military conflicts, unaggressive confrontation, forced migrants, psychic, psychosomatic, comorbid somatic and mental (narcological) disorders, diagnostics, treatment, rehabilitation.