

14. Код документа: <http://www.voenprav.ru/doc-4227-1.htm>
15. Код документа: <https://books.google.com.ua/books?id=ofteAAAAQBAJ&pg=PT243&dq=false>
16. Кушхов А. А. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступным оборотом наркотических средств (по материалам республик Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / А. А. Кушхов. – М., 2000.
17. Литвинцев С. В. Военная психическая травма: руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. – 345 с.
18. Меретуков Г. М. Расследование незаконного изготовления, приобретения, хранения, перевозки или сбыта наркотических средств (по материалам органов внутренних дел Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / Г. М. Меретуков. – М., 2002.
19. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) : метод. рек. / Б. Д. Цыганков, А. И. Белкин, В. А. Вяткина, А. А. Меланин. – М., 1992. – 16 с.
20. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева / под ред. Б. Д. Казаченко. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
21. Раппопорт А. М. Кокаинизм и уголовный закон. Сборник 1 / А. М. Раппопорт. – М., 1926. – С. 95.
22. Социологические исследования. – 1989. – № 4. – С. 58–60.
23. Транснациональный наркобизнес: новая глобальная угроза. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2002. – С. 187.
24. Целинский Б. П. Незаконный оборот наркотиков и связанная с ним преступность в Российской Федерации: обзорно-аналитическая оценка / Б. П. Целинский, А. В. Коробов // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – 20 с.
25. Чиж И. М. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жилиев // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4–10.
26. Эминов В. Е. Преступность военнослужащих / В. Е. Эминов, И. М. Мацкевич. – Москва, 1999 – 101 с.
27. Boer A. Treatment for chronic PTSD Text. / A. Boer, P. J. Hovens, J. H. De Groen // N. Psychother Psychosom. – 1997. – P. 55–63.
28. Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring. – P. 229.
29. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351, № 1. – P. 13–22.
30. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience / A. Kleinman. – N. Y.: Free Press, 1998. – P. 12.
31. Marsella A. J. Ethnocultural aspects of PTSD: some closing thoughts Text. / A. J. Marsella, M. J. Friedman, Er T. Gerrity, R. M. Scurlfield: Washington DG: American Psychological Association, 1996. – P. 58–60.
32. Spencer C. Tucker Encyclopedia of the Vietnam War: A Political, Social, and Military History / Spencer C. Tucker. – P. 789.
33. Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. – New York: Brunner / Mazel, 1985. – P. XVII–XXVI.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ

Е.С. Осуховская, С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Я.В. Орловская, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная

В статье представлен анализ научной литературы по распространенности психоактивных веществ, в частности наркотических, среди участников боевых действий, сделан вывод, согласно которому проблема употребления психоактивных веществ является комплексной, затрагивающей этно-культуральный, криминогенный, географический, педагогический, медико-социальный аспекты, что определяет необходимость дальнейшего ее изучения и разработки.

Ключевые слова: наркотические вещества, участники боевых действий, комбатанты, посттравматические психические нарушения.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DRUG USE AMONG THE COMBATANTS AS A RESULT OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS

E. Osuhovskaya, S. Tabachnikov, E. Harchenko, Y. Orlovskaya, T. Sinitskaya, A. Chepurayaya

The article presents an analysis of the scientific literature on the prevalence of psychoactive substances, in particular, drugs among combatants, concluded, according to which the problem of substance abuse, particularly drug is kompleksnoy that affects ethno-culture, the crime, geographical, educational, medical and social aspects, and determine the need for further research and development.

Key words: drugs, involved in the fighting, the combatants, post-traumatic mental disorders.

УДК 616.816:001.8–061.3

В.О. Процик¹, В.В. Бабич¹, С.А. Грязев², Т.О. Михеева²

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОГЕННИХ ПАРАНОЇДНИХ ПСИХОЗІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З АНТИТЕРОРИСТИЧНОЮ ОПЕРАЦІЄЮ, У МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²ТМО «ПСИХІАТРІЯ», м. Київ

val.alex.p@gmail.com

Ключові слова: АТО (антитерористична операція), мирне населення, психогенні параноїдні психози, клінічні та соціально-правові аспекти.

Досліджено особливості психогенних параноїдних психозів, асоційованих з антитерористичною операцією на Сході України, у мирних жителів. Представлено два клінічних випадки психозів у жінок із різних регіонів з аутоагресивною поведінкою, які лікувалися в психіатричному стаціонарі. Вивчалися психогенні чинники, обговорено питання діагностики, лікування, соціально-психологічної допомоги, диспансерного нагляду.

Однією із найактуальніших проблем у психіатрії є проблема психогенних захворювань, як непсихотичного, так і психотичного рівня. Фундаментальні дослідження реактивних психозів були проведені під час воєн, а саме – російсько-японської війни (1904–1905 рр.), війни

1911–1918 рр., війни 1941–1945 рр. Якщо якісна структура групи реактивних психозів характеризувалася відносною сталістю, то загальне їх число зростало з кожною новою війною [7, 9]. Найдетальніше проблема психогенних параноїдів була досліджена під час війни 1994–1995 рр., зазна-

чено збільшення кількості параноїдних форм психозів та відмічена значна їх варіабельність. Як показав досвід трьох воєн минулого століття (російсько-японська, Перша світова, Друга світова), кількість психозів, які виникли поза зоною активних бойових дій, а особливо у тилу, значно перевищує число реактивних параноїдів, які розвинулись під час бойових дій, що підтверджують дані таблиці [7].

Таблиця. Умови та місце виникнення реактивних параноїдів у військовий час

Місце початку захворювання, характеристика обстановки	Відсоток до числа спостережень
На фронті: під час бойових дій поза зоною бойових дій (затишшя)	27,3 28,2
У тилу: армійський та фронтовий тил глибокий тил	7,7 34,2
Не встановлено	2,5

За чисельністю хворобливих реакцій, які виникли в осіб у тилу, параноїдна форма більш ніж на третину перевищує загальну кількість сутінкових розладів свідомості, депресивних та істеричних реакцій [7].

Впродовж останніх років при вивченні механізмів формування психічних розладів, асоційованих зі збройними конфліктами, бойовими діями, надзвичайними ситуаціями, терористичними актами відмічають достатньо широкий спектр психічних розладів: від бойової стресової реакції й так званої бойової втоми до посттравматичного стресового розладу і реактивних психозів; з'явилися нові уявлення про психічну травму, стало очевидним, що психічні психогенні розлади зазнали певного патоморфозу, частіше зустрічаються непсихотичні форми [8, 11]. Дослідження особливостей стресових ситуацій в Афганській війні (1979–1989 рр.) та психічних порушень у ветеранів показало, що масові порушення психіки виникали після повернення ветеранів – афганців додому [15, 21].

Узагальнення досвіду попередніх воєн підтверджує актуальність дослідження етіологічних чинників та клінічних особливостей реактивних параноїдів у цивільного населення, яке страждає від бойових дій у сучасних умовах. Вивчення психічних розладів при локальних збройних конфліктах показало, що жорстокість, незахищеність, уразливість, суперечлива інформація, чутки про значну кількість загиблих та тортури сприяють виникненню у цивільного населення психічних порушень [4, 7]. Проблеми вимушених мігрантів стають все актуальнішими. Поширеність психічних розладів серед вимушених мігрантів дозволила сформулювати поняття «психіатрія мігрантів», «психіатрія біженців» [17], заслуговують на увагу дослідження психічних порушень у біженців та їх медико-психологічна корекція [20]. Актуальні питання соціально-психологічної адаптації, надання медико-психологічної допомоги при стресових розладах висвітлювались в літературі останніх років [10, 13, 16]. У контексті подій останнього року актуальними є дослідження психічних розладів у цивільного населення під час АТО та розробка методів надання кваліфікованої допомоги.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей психогенно-травматичних чинників, пов'язаних з антитерористичною операцією, і особливостей формування реактивних параноїдних психозів, які виникають у мирних жителів.

В нашій роботі наведено два клінічні випадки психогенних параноїдів у мирних жителів, жінок.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний і психодіагностичний. Обстеження доповнювали сучасними лабораторними та інструментальними методами.

Клінічна ілюстрація 1

Хвора С., 47 років, безробітна, переселенка, за направленням лікаря ПНД госпіталізована в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві, госпіталізація первинна, добровільна.

Анамнез життя та захворювання. Родом із Донецької області (м. Дебальцеве). Молодша із двох дітей у сім'ї. Ранній розвиток без особливостей. Батько неодноразово лікувався в ПНЛ з приводу алкоголізму та алкогольних психозів. З 13 до 25 років перебувала на обліку з приводу епілепсії з генералізованими судомними нападами, періодичністю близько 1 разу на місяць. Поява судомних нападів за часом збігалася зі становленням у пацієнтки менструального циклу. Під час вагітності та лактації судомних нападів не спостерігалось. В подальшому, після поновлення нападів, звернулася за допомогою до психіатра, деякий час приймала фінлепсин (дозу препарату не пам'ятає). Напади припинилися і після 25-річного віку їх не було. Освіта середня спеціальна – сушильниця форм. Працювала за фахом на заводі, після скорочення – банщицею. З червня 2014 не працює (звільнилася за власним бажанням). Має дорослу доньку, зятя і онуку. Останні 7 років перебувала в цивільному шлюбі з чоловіком, який зловживав алкоголем, практично не працював і при загостренні ситуації в Донецькій області пішов у так зване ополчення. У травні сім'я доньки виїхала до Києва, але хвора від переїзду відмовилась. Переживала, що не встигла переформити будинок, в якому проживає, на себе після смерті матері. У липні, коли ситуація у регіоні загострилася і багато людей покидали місто, поїхала у Крим, потім перебралася до Омська, після невдалої спроби виїхати до Казахстану попрямувала до Ростовської області. У жовтні 2014 р. дісталася до доньки в Київ, проживає у її сім'ї. Туберкульоз, венеричні захворювання, вірусний гепатит заперечує. Алергологічний анамнез необтяжений. Менопауза 2 роки, супроводжується виснажливими частими припливами. У вересні 2014 мало місце самоушкодження – травматичний відрив нижньої 1/3 правого передпліччя, проведені первинна хірургічна обробка рани і формування кукси. Зі слів доньки, за характером вразлива, недовірлива, підозрілива, драгівлива, запальна, конфліктна, педантична, схильна до забобонів та чуток. Характеризує себе як працювиту, вказує на матеріальні та побутові труднощі.

Психічний стан почав змінюватися з червня 2014 року на тлі психотравматичної ситуації (до міста почали підходити війська, звозити військову техніку, з'явилися чутки про те, що скоро почнуться військові дії). Тоді жінка стала тривожною, у неї знизився настрій, порушився сон.

Жахливу інформацію, отриману із російських ЗМІ, обговорювала з сусідами. Говорили про «фільтраційні табори для сепаратистів», «чорних трансплантологів», «звірства Правого сектору», «відрубання рук», намагались асоціювати українських військових з «фашистами», «хунтою» тощо. Незабаром місто почали масово залишати мирні мешканці, від сусідів чула, що «всім загрожує небезпека», «потрібно терміново їхати», «в Україну їхати не можна, оскільки їх вважають сепаратистами», «будують тюрми, табори», «вбивають». Донька з сім'єю в цей час перебувала в Києві, чоловік воював на боці сепаратистів. Тривога поступово наростала, почала помічати, що «на вулицях з'явилися якісь незнайомі люди», припускала, що «це військові», почало здаватися, що «за нею стежать», «хочуть вбити», панічно шукала притулок. На початку липня 2014 р. звільнилася з роботи, поїхала в Крим до знайомих цивільного чоловіка, за його рекомендацією. У потязі була напруженою, відчувала небезпеку від оточуючих, здавалося, що «за нею стежать», «телефон прослуховують», боялася телефонувати доньці, бо вважала, що «накличе на неї небезпеку», викинула телефон. У Криму шукала роботу, проживала у незнайомих їй людей, які постійно пиячили, здавалося, що «вони хочуть її обікрасти», в бесідах чула «шукай», вважала, що йдеться про неї, «дружина примушує чоловіка шукати заховані гроші, щоб пограбувати її». Вирішила поїхати до брата в Казахстан і відправилася в Омськ. Дорога була виснажливою: літо, спека, задуха, припливи, відсутність сну, декілька пересадок. На кордоні Росії з Казахстаном її не пропустили, бо не було закордонного паспорта. Зупинилася в Омську у племінниці, де була тривожною, напруженою, підозріливою, стверджувала, що «за нею стежать», «скоро знайдуть і вб'ють». Слова і поведінку племінниці трактувала як натяки на те, що «вона їм заважає». Вважала, що «скоро її виженуть на вулицю», що вона «загіне». Заподіяла собі самоушкодження ножом в ділянці шиї і грудної клітки зліва. Дії були імпульсивними, у присутності родичів, пошкодження поверхневі, за спеціалізованою медичною допомогою не зверталися. Згодом пояснила: «не хотіла померти, як собака під парканом», «а так хоч родичі поховають». Племінниця зв'язалася з донькою хворої, сповістила про її неадекватну поведінку, боялася залишати її у себе. Зверталися в міську адміністрацію, де хворій порадили їхати до Ростова (нібито там розподіляють біженців з України). Дорога потягом до Ростова тривала близько 3-х днів. Відчувала себе погано, спогади про цей час фрагментарні. Якийсь час провела на вокзалі у Ростові, де шахраї забрали гроші. Голодувала, відчувала себе дуже самотньою і незахищеною: «всі сім'ями, групами, а я одна», намагалася долучитися до якоїсь групи людей, щоб бути менш «помітною», сиділа біля жінок з дітьми. Погано розуміла, що їй далі робити і куди йти. Уривчасто згадує скупчення людей, постійне пересування, розгубленість, оголошення і від'їзд якихось груп. Почула оголошення: «на Мурманськ», подумала: «але я ж не хочу так далеко». Зайшла в перший-ліпший потяг, сховалася в тамбурі, провідник висадив на першій же станції, у провінційному російському містечку. Довго блукала по місту в пошуках роботи та житла і найнялася працювати в полі, збирати урожай. У мусульманській родині, що надала їй роботу та притулок, між собою спілкувалися не росій-

ською мовою. На цьому тлі посилилася тривога, страх, здавалося, ніби «її хочуть продати на органи», «стежать», «говорять про неї», практично не спала ночами, майже не їла. З незрозумілих мотивів відрубала собі праву руку сокирою, лікувалася в місцевій лікарні. За допомогою лікарів зв'язалася з донькою, яка вислала квиток на потяг, була виписана та відправлена до Києва. Потрапивши в сім'ю доньки хвора поведилася неадекватно, заявляла, що «її продали на органи», «стежать», «переслідують», «скоро знайдуть», «їх усіх уб'ють». Дивлячись у вікно, говорила доньці: «дивися, в сусідньому вікні килим схожий на той, що висів у мусульман», «значить вже знайшли», раптово зупинялася серед кімнати, прислухалася, пояснювала, що «сусіди зверху ходять так само, як і вона», «зупиняються там же», «прослуховують їхні розмови». Погано спала ночами, була тривожною, часто плакала, розмовляла сама з собою, боялася виходити на вулицю. Періодично замовкала, застигала в одноманітних позах, не реагувала на звернення родичів.

Психічний стан при надходженні. Орієнтована всебічно. Тривожна, напружена, підозрілива, з побоюванням озирається навколо. Уривчасто повідомляє, що «здавалося, ніби за нею стежать», «хочуть убити». З підозрою ставиться до опитування, хворобливі переживання до кінця не розкриває, приховує. Поведінку вдома намагається раціоналізувати, або ж посилається на те, що «не все пам'ятає», «перенесла стрес». Каже, що «хвилювалася через війну», «боялася виходити на вулицю, оскільки потрапила в незнайоме місто», «вважала, що тут усі агресивно налаштовані до жителів Донецької області», «відчувала небезпеку», «тепер бачить, що це не так». Про події, які передували приїзду до Києва, говорить плутано, уривчасто, епізодами, послідовно їх викласти не може. Справжні причини і обставини втрати руки приховує, спілкується на цю тему неохоче, пояснює, що «потрапила в аварію», «подробіць не пам'ятаю», «прокинулася в лікарні, а руки вже немає». Уникає говорити про подробиці цієї «аварії», і, хоч стверджує, що «не може звикнути до відсутності руки», особливої уваги своєму каліцтву не надає. Суїцидальні думки заперечує. Про нанесені раніше в Омську самоушкодження каже: «не хотіла померти як собака під парканом в чужому місті», «до кінця не розуміла що роблю», шкодує про те, що вчинила. Емоційно лабільна. Настрій знижений. Критика до власного психічного стану часткова, на обстеження і лікування погоджується. У відділенні перші кілька днів була напруженою, підозріливою, тривожною, під час побачень з донькою оглядалася навколо, говорила, що «за нею стежать», просила доньку бути обережною. Протягом перших декількох днів госпіталізації виглядала неспроможною, була розгубленою, шукала туалет, їдальню, забувала особисті речі в їдальні, намагалася читати книги, проте не могла розповісти прочитану інформацію, говорила: «читаю механічно», «не запам'ятовую», скаржилася на неувважність, труднощі в концентрації уваги. Більшість часу проводила в палаті, «відсутнім» поглядом дивилася в одну точку, уникала спілкування з іншими хворими. При цьому на запитання відповідала правильно. У подальшому знизилася інтенсивність тривоги, впорядкувалася поведінка, почала активно залучатися до реабілітаційних процесів, спілкуватися

з іншими хворими, з'явилася критика до перенесеного стану, послідовно розповідала про хворобливі переживання, в хронологічному порядку викладала події останніх 3-х місяців. У бесіді з лікарем зізналася, що «сама собі відрубала руку». Впродовж лікування кілька разів змінювала версії мотивів самопокалічення: «потрапила в аварію», «зробила це з метою самогубства», «втомила від постійної напруги», «відрубала собі руку з метою зіпсувати товарний вигляд, щоб не розібрали на органи». Те, що раніше була недостатньо відвертою, пояснює: «не було довіри до оточуючих», «до кінця не розуміла, що відбувається», «боялася за близьких», «боялася, що закриють тут назавжди». Перші два тижні перебування в стаціонарі не було психологічно зрозумілої емоційної реакції на втрату руки, планів на майбутнє, потім актуалізувалися переживання з приводу каліцтва, почала скаржитися на фантомні болі, плакала, хвилювалася, що «не зможе працювати», «не знає, як тепер буде справлятися без руки», проте при розмові з лікарем корегувалася, заспокоювалася.

Соматичний та неврологічний стан без особливостей, окрім того, що на межі середньої та верхньої третин правого передпліччя – ампутаційна кукса, на шкірі шії і в ділянці грудей зліва невеликі шрами від самопорізів.

Загальноклінічні аналізи, ФГ ОГК, МРТ без патології. На РЕГ – ознаки помірної внутрішньочерепної дисциркуляції справа та помірного венозного застою у всіх басейнах.

ЕЕГ від 31.10.2014 р.: при гіпервентиляції реєструється пароксизмальна активність середньої вираженості у вигляді білатерально-синхронних гострих тетрахвиль діенцефально-стовбурового походження, без ознак міжпівкульової асиметрії, що може свідчити про помірно знижений поріг судомної готовності. Повторна ЕЕГ від 11.11.2014 р. – варіант норми. Консультації: невропатолог – фантомний синдром середньої третини правого передпліччя; епілептолог – епілепсія, стан ремісії; хірург – ампутаційна кукса правого передпліччя на межі верхньої та середньої третин, рекомендовано: соціальна і медична реабілітація; гінеколог – менопауза 2 роки.

Психодіагностичне дослідження від 04.11.2014 р. – органічний симптомокомплекс; від 21.11.2014р. – грубих порушень темпу і динаміки розумової діяльності не зазначено, виражених ознак виснаження немає; від 25.11.2014 р. – на перший план виступають емоційна лабільність, особистісні особливості – надмірна дратівливість, запальність.

Проведене лікування: галоперидол 10 мг/добу, карбамазепін до 1200 мг/добу, вітаміни В1, В6, сибазон 20 мг/добу, рисперидон до 4 мг/добу, азалептин 25 мг/добу, психотерапія.

Стан при виписці: психічний стан стабільний, задовільний. Скарг немає. Зовні спокійна, впорядкована в поведінці. Продуктивної психопатологічної симптоматики не виявлено. На запитання відповідає послідовно, по суті. Мислення ригідне, схильна до деталізації. Настрій рівний. Достатньо критична до перенесеного хворобливого епізоду. Суїцидальні думки заперечує, соціально небезпечних тенденцій не виявляє. Налаштована відвідувати дільничного психіатра, приймати рекомендо-

ване лікування. Сон, апетит достатні. Соматичний стан задовільний. Виписана з відділення в супроводі доньки та зятя.

Діагноз (основний) – психогенний параноїдний психоз. Параноїдно-депресивний синдром. F23.3., (супутній) епілепсія, стан ремісії. Ампутаційна кукса правого передпліччя на межі верхньої та середньої третин. Фантомний синдром середньої 1/3 правого передпліччя.

Рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група), карбамазепін до 800 мг/добу, психотерапія, вирішення соціальних питань за місцем проживання, визначення ступеня втрати працездатності (травматолог, хірург).

Клінічна ілюстрація 2

Хвора П., 45 років, доставлена каретою ШМД у травмпункт (накладені асептичні пов'язки після нанесення самоушкоджень), потім доставлена в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві. Госпіталізація первинна, добровільна.

Анамнез життя та захворювання. Єдина дитина в сім'ї. Батько в минулому зловживав алкоголем, мати (зі слів хворої) перебуває на обліку у психіатра з приводу «неврозу» (тривалий час приймає сульпірид, гідазепам). Ранній розвиток без особливостей. Освіта вища, економічна. Працює економістом у банку. Заміжня, шлюб повторний (перший чоловік зловживав алкоголем, помер), має сина від першого шлюбу, в даний час син призначений військкоматом для участі в АТО. Проживає з чоловіком, підтримує стосунки з батьками, взаємини у сім'ї доброзичливі, дружні. В анамнезі апендектомія. Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Впродовж останнього року лікувалася у гінеколога з приводу дисфункціональних маткових кровотеч, кілька місяців менструації відсутні, спостерігаються припливи, дратівливість. Курить, вживання наркотичних речовин заперечує. Зі слів родичів, у молодому віці зловживала слабоалкогольними напоями, близько 10-ти років алкоголь не вживала, займалася спортом, веда здоровий спосіб життя. За характером відповідальна, вразлива, педантична, вкрай недовірлива, зі слів рідних близько до серця сприйняла теперішню несприятливу ситуацію в Україні. В подіях Майдану активної участі не брала, проте з тривогою дивилася всі новини по телевізору, як українські, так і російські телеканали, відстежувала події, постійно говорила про них з рідними, сусідами, співробітниками. З березня 2014 року, коли почалася перша хвиля мобілізації в збройні сили України, стала переживати, що сина заберуть в АТО, стала ще більш емоційно напруженою, з тривогою підходила до дверей, коли дзвонили, думаючи, що «принесли синові повістку до військкомату», по-особливому трактувала розмови і розпитування сусідів, підозрювала, що хтось із них уже сповістив військкомат, що її син уникає отримання повістки, постійно перебувала у стані тривоги, відчувала загрозу, періодично погано спала ночами, часом ставала спокійнішою, заспокоювалася словесними корекціями чоловіка, колег. З осені 2014 року почала скаржитися на шум, «дзвін» в голові, з приводу чого зверталася до

невропатолога. Було призначено ноофен, седативні фітопрепарати, однак істотно самопочуття не поліпшилося. З того ж часу стала періодично заявляти чоловікові, що «чує, як сусіди обговорюють її, обзивають сина дезертиром», наполягала, щоби син пішов у військкомат, що «йому, напевно, вже приносили повістку і тепер посадять за дезертирство» (синові у військкоматі повідомили, що повістки ніхто не приносив). Розмовляючи по телефону, чула сторонній шум, висловлювала припущення, що телефон прослуховується сусідами, які «співпрацюють з військкоматом». Переживала, що сина або «посадять», якщо залишиться вдома, або «уб'ють», якщо піде служити в зону АТО. Коли синові прийшла повістка і він поїхав до військової частини, хвилювалася за його долю, погано спала ночами, ігнорувала гінекологічні проблеми, у теленовинах шукала інформацію про полонених, знущання над ними, про поранених, загиблих. Регулярно телефонувала синові, незважаючи на його запевнення, що з ним усе гаразд, залишалася тривожною, останні три ночі не спала зовсім, практично нічого не їла, плакала, в бесіді з чоловіком звинувачувала сусідів, співробітників, запитуючи, «що я їм поганого зробила», «чому вони так з нею обійшлися». У день госпіталізації випила близько 500 мл коньяку, завдала собі поверхневі самошкодження в ділянках обох передпліч, телефонувала керівництву на роботі, просила передати, що «не тримає ні на кого зла». Чоловік, прийшовши з магазину, побачив дружину на кухні з порізаними руками, знайшов на столі записку з проханням «пробачити її за все», викликав ШМД.

Психічний стан при надходженні: Орієнтована всебічно, контакт малопродуктивний. Сидить в одноманітній позі, на обличчі гіперемія, на руках асептичні пов'язки, запах алкоголю, мова змазана. У бесіду вступає вкрай неохоче, на запитання відповідає вибірково, більшу частину бесіди або сидить мовчки, або плаче, закривши обличчя руками. Скарг не пред'являє, в детальному опитуванні повідомляє, що не «спить ночами», «переживає за сина». В подальшому висловлює думку, що за ними «слідкують, хочуть знищити», «все підлаштовано сусідами», «тільки зараз це зрозуміла», «не знаю, навіщо їм це знадобилося», про хворобливі переживання говорить неохоче. Емоційно лабільна. При уточненні алкогольного анамнезу озлоблюється, каже, що «не п'ю вже більше 10-ти років», «сьогодні випила для хоробрості», «інакше не змогла б цього зробити», «все набридло», «даремно я це зробила», «всіх налякала», «заплуталася». Критики до свого стану немає, лікуватись погодилась. У перші дні у відділенні зберігалось маячне сприйняття, маячні трактування оточуючого, настороженість. Повідомляла матері, що «напевно, цікавилися з роботи, де я», оскільки «чула, що по телефону медсестра комусь говорила, щоб всі питання уточнювали у лікаря», була тривожною, відособленою, відмовлялася від видачі їй лікарняного листа, оскільки «не збирається повертатися в цей колектив». Надалі стала йти на контакт з лікарем, послідовно викладала події, маячна симптоматика дезактуалізувалася, спокійно спілкувалася зі співробітниками, ходила додому до лікувальних відпусток, де поводитися впорядковано, режим не порушувала, виконувала рекомендації лікаря, відвідувала реабілітаційний центр.

Соматичний та неврологічний стан без особливостей. АТ при госпіталізації 160/100 мм рт. ст. На обох передпліччях асептичні пов'язки після самошкодження.

Загальноклінічні аналізи, ФГ ОГК, МРТ, ЕЕГ, ЕКГ без патології.

Психодіагностичне дослідження: спотворень процесів мислення не виявлено; темп сенсомоторних реакцій, обсяг і концентрація уваги в нормі; емоційна лабільність, риси помисливості, демонстративності, наявність ознак невротичного стану.

Проведене лікування: трифтазин 10 мг/добу, кветирон 200 мг/добу, еглоніл 200 мг/добу, венлафаксин 300 мг/добу, гідазепам 80 мг/добу, вітаміни В1, В6, психотерапія.

Стан при виписці: після проведеного лікування та реабілітаційних заходів психічний стан пацієнтки стабілізувався. Скарг не пред'являє. Спокійна, впорядкована, без продуктивної психопатологічної симптоматики. Відмічає, що часом з'являється незначна тривога, оскільки син знаходиться в зоні АТО, проте повідомляє, що «може з нею впоратися». Мислення у звичайному темпі, послідовне. Настрій рівний, емоційно адекватна. Суїцидальні переживання заперечує, з критикою говорить про перенесений стан. Налаштована на прийом підтримувального лікування та відвідування лікаря ПНД. Планує продовжувати трудову діяльність. Нормалізувалися сон, апетит. Соматичний стан задовільний.

Діагноз (основний): психогенний параноїдний психоз. Параноїдно-депресивний синдром. F23.3, (супутній): множинні поверхневі рани обох передпліч.

Рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група), кветирон 200 мг/добу, психотерапія.

Результати та їх обговорення

В даній роботі представлено два клінічних випадки спостереження за пацієнтами з діагнозом: **психогенний параноїдний психоз**. Параноїдно-депресивний синдром.

Реактивні (психогенні) психози є патологічною реакцією психотичного рівня на психічні травми чи несприятливі ситуації. Розвиток цих психозів також залежить від конституційних особливостей особистості, перенесених захворювань, фізичного стану та віку [14].

У обох обстежених нами хворих психози мають всі ознаки «параноїдів зовнішніх обставин» за С. Г. Жисліним (1940 р.): а) екзогенні впливи (втома, тривале позбавлення сну, нерегулярне харчування) тимчасово змінюють особистість в бік раніше не властивої їй вразливості та чутливості, призводять до утруднення диференційованої оцінки ситуації та опосередкування складних конфліктів. Місце травмивної ситуації (якої може і не бути) замінюється зовнішньою обстановкою, «напливом зовнішніх вражень»; б) в таких умовах розвиваються параноїдні реакції – «параноїди зовнішніх обставин», що характеризуються маячними ідеями переслідування, вираженим афектом страху, порушенням свідомості на висоті хвороби, амнезією після нівелювання гострих явищ [1]. Таким чином, суттєвою ланкою патогенезу реактивних психозів є тимчасові, екзогенно чи соматогенно зумовлені зміни психічної діяльності, які отримали визначення «патологічно зміненого ґрунту» [1, 7, 14].

Гострі та підгострі параноїди можуть набувати тяжкого характеру [18]. У осіб, які перенесли реактивний психоз, зберігається вірогідність повторних реактивних станів та рецидивів, які виникають у зв'язку з новими психотравмівними впливами (повторні) або поновлюються через короткий термін після одужання при колишній травмівній ситуації (рецидиви) [12, 19].

У хворої С. психоз розвинувся в умовах гібридної війни, що ведеться на Сході України, де досить умовне поняття «фронту» і «тилу», не завжди зрозуміло, де «наші», де «чужі». Психогенним чинником стала ситуація в зоні АТО на початку бойових дій, пов'язана з появою військової техніки, переміщенням незнайомих людей, військових. Важливе значення відіграла інформаційна війна з боку російськомовних ЗМІ, коли будь-яка безглузда брехня сприймалась як незаперечний факт більшістю місцевого населення. Це породжувало та підтримувало стан тривоги. Загальна тривога підсилювалась переглядом разом з сусідами пропагандистських роликів, чутками про «фільтраційні табори для сепаратистів», «звірства Правого сектора», «відрубання рук», «чорних трансплантологів», «фашистів», «хунту». Спостерігався страх у зв'язку з очікуванням війни, бойових дій, перспективою втрати житла, страх покарання за «сепаратизм». Окрім індукування ЗМІ, мало місце активне обговорення чуток оточуючими і взаємне індукування. Наступними чинниками стали кілька подорожей, тривале перебування в поїздах та автобусах, постійна зміна міст, обстановки та оточуючих людей з наростанням загального виснаження.

Реактивний маячний психоз у хворої С. розвинувся гостро: після короткого продрому з ще незрозумілими тривожними побоюваннями і наростаючою підозріливістю з'явилися відчуття смертельної небезпеки та маячення переслідування. Психопатологічна симптоматика підтримувалася новими несприятливими життєвими обставинами, які виникали постійно, перебігала хвилеподібно впродовж трьох місяців. Поведінка цілком визначалася змістом патологічних переживань і в подальшому вилася в неадекватні дії, аутоагресію від самоушкоджень до самоскалічення. Спостерігалось чергування різних симптомів та синдромів: тривога, підозріливість, страх, ілюзорне сприйняття та маячне трактування дійсності, маячення стосунку та переслідування, галюцинації. Розлад свідомості змінювався від афективно звуженого до сутінкового стану. При афективно звуженій свідомості хвора була зосереджена на обмеженому колі афективно забарвлених переживань, пов'язаних з психогеннотравмівною ситуацією та уявними загрозами. Виникало вибіркове фрагментарне дезорієнтування з подальшою ретроградною амнезією – забуванням деяких моментів пережитого зі збереженням фрагментарних спогадів після припинення розладу свідомості. Амнезія не була стійкою, спогадам були притаманні фрагментарність, суперечливість. З часом пам'ять відновилася. Симптоми депресії у даної хворої розглядаються, як вторинні по відношенню до маячних ідей переслідування. Відчуття безвиході впливало зі змісту маячення. На відміну від реактивної депресії, зазвичай пов'язаної з нещастям, що вже трапилось, основним психогенним моментом у нашої хворої, як і буває при реактивних параноїдах, стала уявна загроза їй самій та загроза її близьким, яка

впливала із ситуації, що склалася і була спроектована в найближче майбутнє. Ці переживання лягли в основу аутоагресивної поведінки із нанесенням самоушкоджень та самопокалічення. У відділенні були помітні прояви постреактивної астенії (розгубленість, зниження концентрації уваги, розумової працездатності, пам'яті), які в процесі лікування нівелювались. На початковому етапі лікування хвора ігнорувала факт каліцтва. По мірі зворотного розвитку продуктивної психопатологічної симптоматики та усвідомлення фізичної вади стали помітними психогенні депресивні прояви, тому в лікуванні хворої С. особливу увагу приділяли психотерапії.

Особливістю клінічної картини реактивного психозу у хворої С. є те, що, перебігаючи хвилеподібно, він демонструє майже всі види «параноїдів зовнішніх обставин».

Розгортання психозу у хворої С. спостерігалось не на фоні активних бойових дій, а в атмосфері тривожного очікування війни (переміщення військових, техніки, чутки), на певному етапі його можна трактувати як «параноїд військового часу».

Тривале перебування в потягах та обстановці вокзалів, з незліченними групами людей, уривками розмов, незрозумілими оголошеннями, атмосферою поспіху, невизначеності, тривоги з наявністю астенизуючих факторів стали передумовами розвитку психозу, який можна кваліфікувати, як «залізничний параноїд».

Період «маячіння іншомовного оточення» спостерігався, коли хвора проживала в сім'ї мусульман. Психоз проявився патологічною інтерпретацією недоступної мови навколишніх людей, їх міміки, жестів, тривогою та страхом, слуховими ілюзіями загрозливого змісту, впевненістю у ворожому ставленні, переслідуванні, загрозі «продажу на органи», тортур, що спричинило самопокалічення з маячних мотивів, вірогідно, на фоні афективно звуженої свідомості.

Індуковані психози розвиваються частіше у осіб з низькою культурою, які вірять в реальність висловлених іншими людьми маячних ідей. Наша хвора перебувала в ситуації масованого нагнітання страху російськими ЗМІ, страшними роликами і переказами оточуючих. Безсонні ночі, соматичне ослаблення сприяли некритичному сприйняттю і повторенню чужих думок.

У ситуації, що склалася у зв'язку з «гібридною війною», основою якої є інформаційна війна, варто говорити про конформне маячення, коли люди обмінюються власними підозрами, однаково інтерпретують факти навколишньої дійсності. Коли один висловлює побоювання загрози переслідування, інший відразу ж підхоплює ці припущення і переконується в них. Сусіди хворої С. ділилися між собою інформацією про «фашистів», «хунту», «табори для сепаратистів», «чорних трансплантологів» та іншими страшними новинами, що підтримувало високий рівень тривоги і страху та стало основою змістового оформлення маячних ідей.

Розвитку реактивного психозу у хворої С. сприяли такі фактори, як: особистісні особливості (висока преморбідна навіюваність, низький рівень освіти, обмеженість уявлень), епілепсія в анамнезі, клімактеричний період та патологічний перебіг клімаксу (виснажливі часті припливи), а також велика кількість астенизуючих факторів (перевтома, безсоння, недостатнє харчування,

тривале перебування в дорозі, багаторазова зміна транспорту та місць перебування).

У хворій П. психогенний параноїд розвинувся підгостро. Роль психотравмивного чинника слід відвести обстановці, що породжує відчуття тривоги (напруження в суспільстві, починаючи з трагічних подій в Києві на Майдані, постійний перегляд телевізійних новин, очікування масштабної війни, перша хвиля мобілізації, інформація про загиблих тощо). Киянка, маючи дорослого сина, зосереджувалась на небезпеці для його життя, якщо він, керуючись патріотичними поглядами, піде воювати. Болісно сприймала інформацію про знущання над полоненими, про кримінальну відповідальність за уникнення виконання військового обов'язку. Коло інтересів звузилось, жінка майже не відходила від телевізора, дивилась як українські, так і російські телеканали. При цьому відбувалося наростання тривоги, тема обговорювалася з іншими матерями, які боялися загибелі синів, членами сім'ї, співробітниками. На тлі тривоги та напруженого очікування повістки з військкомату для сина з'явилося маячне трактування поведінки оточуючих, випадково почутих фраз. Виникли неадекватна підозрливість, маячні ідеї переслідування, досить швидко маячна фабула охоплювала все більшу кількість «переслідувачів» (сусіди, співробітники). Вважала, що вони сповіщають про уникнення сином отримання повістки у військкомат. З'явилися хворобливі думки та страх, що сина арештують та будуть судити. Сама спонукала його звернутися до військкомату. Коли син пішов на службу, стан хворой іще погіршився. У теленовинах шукала інформацію про полонених, поранених та загиблих. Перестала їсти, спати, ігнорувала соматичні проблеми. Посилився страх, виникли слухові галюцинації, вторинні депресивні переживання. Перебуваючи у психотичному стані нанесла собі самоушкодження з метою самогубства.

У формуванні психозу у хворой П. відіграли роль наступні фактори: обтяжена спадковість («невроз» у матері), особистісні особливості (помисливість, підозрливість, вразливість), зловживання слабоалкогольними напоями в молоді роки та ситуаційне вживання алкоголю під час психологічної напруги (при скоєнні суїцидної спроби «для хоробрості»), початок менопаузи з дисфункціональними матковими кровотечами.

У даній роботі представлено два клінічних випадки психогенних параноїдів у мирних жителів, жінок, практично, однакового віку (47 та 45 років). Одна з них проживала в Донецькій області і виїхала у зв'язку з АТО, інша – киянка, яка очікувала повістку для сина на службу до Національної гвардії в зоні АТО. У обстежених хворих спостерігається багато схожих психотравмивних чинників, наприклад, викривлене сприйняття реальності, спотворене інформаційним простором. Хоча описані хворі є представницями різних регіонів і зміст переживань, які лягли в основу їх реактивних параноїдних станів, різний, але психопатологічна симптоматика та динаміка маячних психозів відрізняється мало. У обох випадках розвитку маячних ідей переслідування передували тривога, страх, тенденційна інтерпретація подій, інформації та дезінформації, чуток, афективне забарвлення переживань. У хворих спостерігалось ілюзорне сприйняття дійсності, приєднувалися галюцинації, неадекватна поведінка вна-

слідок маячення переслідування, хворобливі уявлення про небезпеку не тільки для себе, а й для близьких. У обох випадках прояви депресії були вторинними по відношенню до маячних ідей, внаслідок психозу спостерігались аутоагресивні дії. У обох хворих психоз розвивався на патологічно зміненому ґрунті та набував затяжного характеру. Обидві хворі перебувають в менопаузі з ускладненим перебігом клімактеричного періоду.

Особи, які перенесли реактивні психози, залишаються схильними до розвитку реактивних станів у майбутньому. Повторні реактивні стани і рецидиви розвиваються в зв'язку з новими психотравмивними впливами або поновлюються через короткий термін після одужання при поверненні в ситуацію, подібну до попередньої. У кожній пацієнтки залишаються фактори ризику рецидиву або повторних психогенних психозів. Хвора С. ще тільки збирається оформити статус тимчасово переміщеної особи, не вирішені питання житла (відсутня інформація про будинок в Дебальцевому), гостро стоїть проблема працевлаштування, проведення МСЕК з метою встановлення ступеня втрати працездатності через відсутність правої руки. Залишається ризик відновлення епілептичних нападів. Позитивними чинниками є перебування поза зоною АТО та турбота дочки. У хворой П., хоча вона має житло та сім'ю, невизначеними є перспективи з працевлаштуванням (звільнилася з кваліфікованої роботи), син продовжує служити в зоні АТО і тривога за його безпеку та життя залишається актуальною.

У формуванні реактивного параноїдного психозу у обстежених хворих, як при будь-якому параноїді «зовнішніх обставин», беруть участь кілька факторів: 1. Особистісні особливості, преморбід, перенесені та актуальні супутні захворювання, вік, патологічний клімакс тощо; 2. Власне психогенія, яка у кожній хворой індивідуальна, але стосується обставин, пов'язаних з АТО; 3. Додаткові астенізувальні чинники.

На момент лікування в стаціонарі хворой С. повністю усунутий лише фактор 3 (астенізуючі чинники), хоча для успішного лікування пацієнтки цього недостатньо. Вплив на складові фактора 1 мінімальний. З багатьох складових фактора 2 (психогенії) усунена лише та обставина, що хвора не сама, не подорожує, а знаходиться зі своєю сім'єю (дочка, зять, онук), які надають підтримку. Інші моменти залишаються, як і раніше, актуальними. Окрім того, з'явилися додаткові психотравмивні чинники, найактуальнішим з яких є факт фізичної неповноцінності (відсутність правої руки) і пов'язана з цим подальша проблематичність працевлаштування, перспектива незадовільного функціонування на побутовому рівні тощо. У хворой П. об'єктивно ситуація практично не змінилася, залишається джерело переживань та тривоги: син продовжує служити в зоні АТО, доступна щоденна інформація про поранених та загиблих. Незмінним є фактор особистості, віку, соматичного стану, впливу клімактеричних змін. Позитивним є момент стабільності умов проживання та побуту.

Аналізуючи нормативно-правову базу, слід зазначити, що хвора С. є соціально недостатньо захищеною, оскільки, на момент виписки зі стаціонару вона може претендувати тільки на отримання статусу «особи, яка потребує додаткового захисту» (Закон України «Про

біженців та осіб, що потребують додаткового чи тимчасового захисту» [3], який не гарантує компенсацій за отриману травму, не гарантує фінансової підтримки, а також пільгового отримання протеза тощо. Бойові дії, які тривають на території Сходу України в межах АТО, діяльність якої регламентується Законами України «Про боротьбу з тероризмом» [5] та «Про внесення змін в закони України стосовно боротьби з тероризмом» [2]. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [6]. Дія цих законів поширюється лише на учасників бойових дій, до яких хвора за фактом не належить.

За даними літератури щодо поширеності реактивних військових параноїдів, понад 1/3 їх виникали в глибокому тилу, а не на фронті [2]. Походженням ця патологія зобов'язана не стільки переживанням гострих ситуацій безпосередньої загрози для життя, скільки тривалому впливу на психіку факторів військової ситуації, що підтримують стан тривоги. На сьогоднішній день ситуація на Сході України не має тенденції до радикального вирішення (для хворої не усунутий основний психотравмівний чинник). До додаткових психотравмівних факторів додається, власне, процедура отримання статусу «особи, що потребує додаткового захисту» (відвідування різних інстанцій, черги, бюрократична тяганина тощо), а також оформлення групи інвалідності за соматичним захворюванням, відсутність реальної трудової перспективи, побутова невлаштованість (проживає з сім'єю дочки у далеких родичів). У зв'язку з цими обставинами неможливо повністю виключити повторного розвитку реактивного стану у даної хворої (зокрема, реактивної депресії).

Враховуючи продовження служби сина в АТО та мінімальний вплив на особливості «патологічно зміненого ґрунту» у хворої П. також не виключена вірогідність розвитку рецидиву або повторного реактивного психозу.

Таким чином, важливим є питання необхідності надання хворим амбулаторної психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога, відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» [4], надається в добровільному або примусовому порядку. Пацієнтам, які потребують амбулаторної психіатричної допомоги в добровільному порядку, показано спостереження у консультативній або диспансерній групах. З урахуванням характеру нанесення самоушкоджень хворими в психотичному стані важливим є визначитися не лише з об'ємом надання психіатричної допомоги (група спостереження), а й з можливістю подальшого зовнішнього контролю за динамікою психічного статусу цих пацієнтів.

Хворі С. та П. отримали рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група) без оформлення АППД (амбулаторної примусової психіатричної допомоги), зважаючи на повну редукцію психотичної симптоматики, проживання в сім'ях та турботу родичів.

Обидві хворі, з огляду на всі викладені аргументи, отримали схожі рекомендації щодо амбулаторної психіатричної допомоги згідно з відповідними стандартами та з урахуванням нових розробок сучасних авторів [10, 13,

16]. Окрім цих рекомендацій, необхідні виключення астенізуючих чинників і лікування супутніх захворювань. Обидві хворі потребують психотерапевтичної допомоги та соціально-психологічної підтримки.

Висновки

Проведне нами дослідження клінічних випадків психогенних параноїдних психозів, асоційованих з АТО, та аналіз особливостей психогенії у осіб, які не брали участі в бойових діях, показали, що:

а) у мирного населення в сучасних умовах походження реактивних параноїдів пов'язане не стільки з бойовими діями, переживанням гострих ситуацій безпосередньої загрози для життя, скільки з тривалим впливом на психіку факторів військової обстановки, з великою кількістю загиблих, ознаками гібридної війни, масштабної інформаційної війни, вимушеної міграції, проблем переселенців тощо, що потенціюють стани тривоги та страху;

б) дане дослідження підтверджує важливу роль факторів, які складають поняття «патологічно зміненого ґрунту» у виникненні реактивних параноїдних психозів, які не є специфічними, тому при плануванні надання комплексної допомоги має бути індивідуальний підхід з урахуванням цих чинників;

в) зміст психотравмівних переживань, що лягли в основу параноїдів у хворих, різний, але за клініко-психопатологічною симптоматикою, динамікою та клінічною формою психотичні прояви суттєво не різняться;

г) незважаючи на меншу чисельність психогенних психозів, порівняно з непсихотичними формами патології, медико-соціальні наслідки зазначеної патології є надзвичайно тяжкими (соціально-небезпечні дії);

д) враховуючи неповне усунення та дезактуалізацію головних психотравмівних чинників (на сьогоднішній день ситуація на Сході України ще не має тенденції до радикального вирішення), та виникнення додаткових потенційно психогенних факторів (правове вирішення соціальних питань, відсутність трудової перспективи, житлові питання, переживання за долю близьких, недостатня влаштованість побуту та інші) у таких хворих залишається вірогідність рецидивів та повторних реактивних станів;

е) для досягнення стійкого лікувально-профілактичного ефекту хворі з даною патологією потребують розробки індивідуальних лікувально-реабілітаційних програм, які включають, окрім усунення психогенно-травмівних факторів, медикаментозну редукцію психотичних проявів, запобігання повторним аутоагресивним діям, зменшення впливу патологічного «ґрунту», обов'язковий соціально-психологічний супровід;

ж) враховуючи схильність до соціально-небезпечних дій, такі хворі після лікування в психіатричному стаціонарі потребують амбулаторної психіатричної допомоги зі спостереженням у диспансерній групі.

Підсумовуючи усе сказане вище слід наголосити на нагальній потребі вдосконалення та активізації практичної реалізації психолого-психіатричної допомоги тимчасово переміщеним цивільним особам, які постраждали внаслідок інформаційної війни та збройної агресії, рідним загиблих та учасників АТО, усьому мирному населенню, яке виявилось не готовим до зазначених потрясінь.

Список використаної літератури

- Жислин С. Г. Об острых параноидах / С. Г. Жислин. – М., 1940. – С. 6–46.
- Закон «Про внесення змін в закони України стосовно боротьби з тероризмом» від 5 червня 2014 р. №1313-VII www.ligazgk.com.ua.
- Закон України «Про біженців та осіб, що потребують додаткового чи тимчасового захисту» (остання редакція від 13.05.14 р. №1251-VII) www.ligazgk.com.ua.
- Закон України «Про психіатричну допомогу» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2000. – № 19.
- Закон України від 20 березня 2003 р. № 638-IV «Про боротьбу з тероризмом», www.ligazgk.com.ua.
- Закон України від 22 жовтня 1993 р. № 3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантіях їх соціального захисту», www.ligazgk.com.ua.
- Иванов Ф. И. Реактивные психозы в военное время / Ф. И. Иванов. – Л.: Медицина, 1970. – 168 с.
- Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В. П. Коханов, В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
- Краснушкин Е. К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени: сб. науч. работ / под ред. А. С. Шмарьяна. – М., 1948. – С. 245–258.
- Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / Б. В. Михайлов, В. В. Чузунов, С. Є. Казакова [та ін.] / за ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Харків.: ХМАПО, 2014. – 285 с.
- Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: методичні рекомендації / О. К. Напрєєнко, О. Г. Сиропятов, О. В. Друзь [та ін.]. – Київ, 2014. – 26 с.
- Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н. И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968. – 292 с.
- Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування: методичні рекомендації / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. – Харків, 2009. – 31 с.
- Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – Т. 2 – М.: Медицина, 1983. – 544 с.
- Сидоров П. И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны / П. И. Сидоров, С. В. Литвинцев, М. Ф. Лукманов / под ред. П. И. Сидорова. – М.: Изд. Центр АГМА, 1999. – 384 с.
- Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. / Золотарьова Т. А., С. І. Табачніков, О. К. Напрєєнко [та ін.] / за ред. Пінчук І. Я., Бобової К. Д., Гоженка А. І. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с. www.ligazgk.com.ua.
- Трошин В. Д. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика / В. Д. Трошин, Т. Г. Погодина. – Ниж. Новгород: издательство нижегородской госакадемии, 2007. – 316 с.
- Фелинская Н. И. Затяжные реактивные состояния. Проблемы судебной психиатрии / Н. И. Фелинская. – Сб. 10. – М., 1961.
- Фрумкин Я. П. Следовые влияния в психопатологии / Я. П. Фрумкин, С. М. Лившиц. – К.: Здоров'я, 1979. – 110 с.
- Цыганков Б. Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, А. И. Были. – Кисловодск: МЗРФ, 1998. – 135 с.
- Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 183–184.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ПАРАНОИДНЫХ ПСИХОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)

В.О. Протик, В.В. Бабич, С.А. Грязев, Т.О. Михеев

Исследованы особенности психогенных параноидных психозов, ассоциированных с антитеррористической операцией на востоке Украины, у мирных жителей. Представлены два клинических случая психозов у женщин из разных регионов с аутоагрессивным поведением, которые лечились в психиатрической стационаре. Изучались психогенные факторы, обсуждены вопросы диагностики, лечения, социально-психологической помощи, диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: АТО (антитеррористическая операция), мирное население, психогенные параноидные психозы, клинические и социально-правовые аспекты.

FEATURES OF PSYCHOGENIC PARANOID PSYCHOSIS ASSOCIATED WITH CTO (COUNTERTERRORIST OPERATION) IN CIVILIANS (CLINICAL, SOCIAL AND LEGAL ASPECTS)

V. Protsyk, V. Babych, S. Grjasev, T. Mykheyeyva

Features of psychogenic paranoid psychosis, associated with counterterrorist operation in eastern Ukraine, in civilians were investigated. Two clinical cases of psychosis in women from different regions with autoaggressive behavior treated in a psychiatric hospital were presented. Psychogenic factors were studied; diagnosis, treatment, social and psychological support, clinical supervision were discussed.

Key words: CTO (counterterrorist operation), the civilian population, psychogenic paranoid psychosis; clinical, social and legal aspects.

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, А.Ю. Васильєва, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:
посттравматичні
стресові розлади,
вживання
психоактивних
речовин.

У статті розглянуто питання посттравматичних стресових розладів у поєднанні з вживанням психоактивних речовин у комбатантів в умовах антитерористичної операції. Представлені основні характеристики даної проблеми в умовах сучасності.

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного загальносвітового суспільства та перехідний період суспільно-політичного устрою України обумовлюють погіршення соматичного та психічного здоров'я населення. Негативно впливають на психіку

людини погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів надзвичайних ситуацій (НС) (техногенних аварій та природних катастроф), які мають серйозні віддалені медико-соціальні