



Проф. Б.В. Михайлов

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра психотерапии

Восстановительная терапия нарушений психической сферы у участников АТО

В последнее время в Украине растет количество лиц, нуждающихся в экстренной медико-психологической помощи. Это связано с наличием значительных контингентов непосредственных участников военных действий в зоне АТО, свидетелей этих событий и пострадавших среди мирного населения, временно перемещенных лиц.

Психогенные расстройства при военных операциях, социальных беспорядках, стихийных бедствиях, массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого количества людей. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза возникающих расстройств, а также проведение всех возможных мер соответствующего лечения и медико-психологической реабилитации.

Психопатологические расстройства в условиях военных действий, а именно в зоне АТО, имеют много общего с клиническими нарушениями, развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, в результате многочисленности внезапно действующих психотравмирующих факторов в условиях АТО психические расстройства одновременно возникают у большого количества людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального, характера, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. Определяющее значение для возникновения расстройств психики и поведения имеют характер и сила воздействия психической травмы, с одной стороны, и конституциональные особенности и преморбидное состояние лиц — с другой.

Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и непосредственно после АТО, объединяются в 4 группы — непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. В отдаленном пе-

риоде у пострадавших в результате ЧС развиваются расстройства психики в виде посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) — F 43.1 или хронических изменений личности вследствие перенесенной катастрофы (F 62.0) [1, 2, 3, 4, 5].

1. Непатологические (психологические) реакции. Характеризуются преобладанием эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений. Обычно сохраняются работоспособность (хотя она и пониженная), возможность общения с окружающими и критический анализ своего поведения, способность к целенаправленной деятельности.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) такие реакции рубрикуются под диагностической рубрикой Z 65.5 (переживание стихийного бедствия, боевых действий и других подобных обстоятельств).

2. Психогенные патологические реакции. Характеризуются невротическим уровнем расстройств — в виде астенического, депрессивного синдромов с диссоциативно-конверсионными и другими включениями. Общей характеристикой является острое возникновение, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

Непосредственно после острого стрессового воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит, нарушение речи в виде ускорения темпа, снижение фиксации окружающего. Характерно изменение ощущения времени. При попытке оказать помощь пострадавшие пассивно подчиняются, или становятся негативистичными. Наряду с собственно психопатологической симптоматикой нередко отмечаются соматовегетативные корреляты — тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобopodobный тремор. Такое положение сохраняется в течение 72 часов.

В МКБ-10 психогенные патологические реакции диагностируются в рамках рубрики F 43.0 (острая реакция на стресс).

3. Психогенные невротические состояния. Невротические расстройства, характеризующиеся осложнением, в ряде случаев — потерей критического понимания того, что происходит и возможностей целенаправленной деятельности. Важной особенностью невротических расстройств является сохранение важнейших психологических характеристик личности, и возвратность патологической симптоматики. По МКБ-10 эти состояния идентифицируются в пределах диагностического кластера F 4 — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Диссоциативное (конверсионное) расстройство (F 44) частое расстройство вследствие острой психогении. В клинической картине выделяют три главных симптомокомплекса: двигательные, сенсорные и вегетативные нарушения. Двигательные расстройства представлены гиперкинезией. Гиперкинезы весьма разнообразны: грубый ритмический тремор головы и конечностей, хорееформные подергивания, блефароспазм, глосолабильный спазм и др. Акинезии наблюдаются в виде истерического пареза и паралича. Их ход происходит по типу моно-, пара-, редко — гемипареза и плегия. Они могут имитировать центральные спастические и периферические вялые параличи. Классическими являются нарушение походки — абазия или невозможность стоять — астазия. Относительно редко наблюдаются потеря голоса — афония, паралич языка, мышц шеи, конечностей, истерические контрактуры. Локализация истерических параличей не совпадает с инновационной топографией, не бывает патологических рефлексов. Одним из характерных истерических проявлений являются приступы.

Сенсорные нарушения чаще наблюдаются в виде расстройств чувствительности и болевого синдрома: гипер-, гипоанестезии, алгии. Как и при подвижных нарушениях, не бывает анатомо-топографического соответствия.

Фобическое расстройство (F 40.1 — 40.2) формируется реже и позднее. Характеризуется развитием чувства страха с четкой фабулой.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F 42) формируется менее часто и является несколько отставленным во времени. Характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, фобиями, навязчивым счетом, навязчивым мудрствованием («умственной жвачкой»), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т.д. Навязчивые мысли, поезда, сомнения, воспоминания, страхи иногда переходят в навязчивые действия, то есть такие, которые осуществляются против желания при осознании их бессмысленности.

Расстройства адаптации (F 43.2) В клинической структуре преобладает депрессивный синдром на астеническом фоне. Депрессия не имеет приветственного характера, ее проявление ситуационно зависимо. Достаточно слабо выражены сомато-веге-

тативные стигмы. Характерны диффузные ипохондрические и астенические жалобы, опасения за свою жизнь или суицидальные мысли с тенденцией к их реализации.

4. Реактивные психозы.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции, депрессивные реакции и диссоциативно-конверсионные расстройства психотического уровня.

Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапной угрозе приветственного уровня, они всегда непродолжительные — от 15-20 минут до нескольких часов или суток. Клинически эти реакции проявляются в двух формах: гиперкинетической и гипокинетической.

Гиперкинетическая форма (реактивное, психогенное возбуждение): диссоциативная fuga (F 44.1) — внезапное хаотическое, бессмысленное двигательное беспокойство. Больной мечется, кричит, просит о помощи, иногда пытается бежать без всякой цели, нередко в сторону новой опасности. Это поведение возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентации в окружающем и последующей амнезией.

Гипокинетическая форма (реактивный, психогенный ступор): диссоциативный ступор (F 44.2) — внезапная обездвиженность. Несмотря на смертельную опасность, человек застывает, не может сделать ни одного движения, не в силах произнести ни слова (мутизм). Помрачение сознания при реактивном ступоре обуславливает дальнейшую амнезию.

Депрессивные психогенные реакции (реактивная депрессия). В этом состоянии больные подавлены, грустные, слезливые, ходят сторбившись, сидят в сторбленной позе с опущенной на грудь головой или лежат, поджав ноги. Идеи самообвинения бывают не всегда, но обычно переживания концентрируются вокруг обстоятельств, связанных с психической травмой. Мысли о неприятных случаях неотступные, детализируются, часто становятся сверхценными, иногда достигают степени бреда. Психомоторная заторможенность иногда достигает депрессивного ступора; больные все время лежат или сидят сторбившись, лицо застывшее, с выражением глубокой тоски или безысходного отчаяния.

От эндогенных реактивные депрессии отличаются тем, что их возникновение совпадает с психической травмой.

В случае, когда депрессия имеет ошутимо положительную динамику, эти состояния следует определять по МКБ-10 как F 43.2 (расстройства адаптации), если же динамика имеет прогрессирующий характер, она приобретает признаки т.н. эндореактивной депрессии по А.Б. Смулевичу и рубрифицируется как F 33 (рекуррентное депрессивное расстройство).

Диссоциативно-конверсионные реакции психотического уровня. Ганзеровский синдром (F 44.90) характеризуется истерическим сумеречным расстройством сознания, во время которого больные дают нелепые ответы на самые простые вопросы,

проявляють неспособність виконувати простейші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів, але бессмысленні відповіді хворих зазвичай знаходяться в площині поставленого запитання. Стан протікає гостро і закінчується впродовж кількох днів.

Псевдодеменція (F 44.9) відрізняється від ганзеровського синдрому меншою вираженістю порушень свідомості. Хворі також дають неправильні відповіді на прості запитання. Діючи помилково при простих діях, хворі несподівано можуть впоратися зі складною задачею, афект частіше депресивний. Псевдодеменція може протікати гостро і закінчуватися впродовж кількох днів, але іноді триває місяцями.

Пуерилізм (F 44.9). Клінічна картина його характеризується вираженими рисами дитинства в поведінці, миміці і мові, характер суджень і емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, капризничать, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань роблять такі ж помилки, як і хворі з псевдодеменцією. Порівняно з псевдодеменцією пуерилізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор — диссоціативний ступор (F 44.2), до якого може передувати одне з описаних вище реактивних станів, виражається в повній обездвиженості хворих і мутизмом. На обличчя хворих зазвичай відзначається вираження страху, вони відмовляються від їжі, спостерігається тахікардія, підвищена потливість. Ця форма реактивного стану розвивається поступово, має тенденцію до затяжного перебігу.

Особливістю всіх диссоціативно-конверсійних реакцій є їх здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку [6].

Отдаленні во времени розлади психіки і поведінки у хворих з невротическим особистісним реєстром

Посттравматическі стресові розлади (F 43.1) — віддаленні і затяжні реакції на стресове подія виключно загрозливого або катастрофічного характеру, після латентного періоду до кількох місяців. Типичні ознаки включають «флешбеки» — зйдилично яскраві зрительні картини стресового подія, епізоди повторного переживання травми в формі навязливих спогадів (ремінісценцій), снів або кошмарів, виникаючих на фоні хронічного почуття «ощепенення» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на оточуюче, ангедонії, ухилення від діяльності і ситуацій, нагадуючих про травму [5].

Хронічне змінення особистості після переживання катастрофи (F 62.0).

Більш пролонговані стійкі змінення психіки і поведінки можуть проявлятися хронічним зміненням особистості, яке виникає в результаті стресу катастрофи, і спостерігається впродовж 2

літ і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, які призводять до порушень в міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: ворождебне або недовірливе ставлення до світу; соціальна відстороненість; почуття опустошеності і безнадійності; хронічне почуття тривоги, як би постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

Общие положения оказания медико-психологической помощи участникам АТО

При всіх розладах психіки і поведінки спочатку слід усунути контакт особи з причиною захворювання — психотравмуючою ситуацією. Афективно-шокові реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інше реактивне стан, спочатку ніж хворий потрапляє до лікаря. При реактивних розладах психічного рівня — депресіях, параноїдах, галюцинозах, диссоціативно-конверсійних розладах психічного рівня необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психозів проводиться з використанням нейролептиків в поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами.

При розладах адаптації і багатьох невротических розладах метою медико-психологічних втручань є профілактика (вторична і третинна) психічної дезадаптації, психічних і психосоматических захворювань. В цих випадках наряду з усунуванням додаткових травмуючих впливів повинні використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінчеська і інші форми психотерапії. По спеціальному показанню призначаються препарати груп адаптогенів і ноотропів, а також транквілізатори і психостимулятори. Завданням психотерапевтичної допомоги є підтримка, обробка травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, змінення світобачення, підвищення самооцінки, вироблення реалістическої перспективи і активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогадів про подолавання складних ситуацій і проектування майбутнього, в якому можна використати успішний минулий досвід. При цьому спеціалісту потрібно відслідковувати можливі суїцидальні тенденції і афективні реакції, розряджати агресію, переводячи її на себе.

Экстренная медико-психологическая помощь участникам АТО

Кризисное вмешательство визначається як екстренна і неотложна медико-психологічеська швидка допомога, направлена на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу травматического подія. Основними принципами кризової втручання

признаны неотложность, близость к месту происшествия, установка на восстановление, фокус на решении проблем, кратковременность и простота.

Основная цель кризисной интервенции в том, чтобы помочь пациенту справиться с травмой, приспособиться к новой ситуации, вернуть пациента к прежним уровням функционирования.

Задача кризисного вмешательства: 1) помочь пациенту рассказать свою историю, 2) помочь пациенту несколько дистанцироваться от события, чтобы понять, что произошло, 3) выразить опыт словами, 4) вернуть пациента к его прежнему уровню функционирования.

Психофармакотерапия расстройств психики и поведения

Фармакотерапия направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективных и соматовегетативных. Это обуславливает выбор соответствующих фармакологических групп.

Препаратами первого выбора для этой категории являются антидепрессанты.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА): амитриптилин — от 25 до 200 мг в сутки (макс доза — 400 мг). Тианептин — от 12,5 до 37,5 мг в сутки (макс доза — 50 мг).

Антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС): Сертралин, Пароксетин, Флуоксетин, Флувоксамин, Циталопрам, S-циталопрам. Недостатком препаратов этой группы является относительно малый анксиолитический компонент действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении нарушений эмоциональной сферы с тревожным компонентом. Латентное окно терапевтического действия в течение 10—14 дней у всех препаратов этой группы заставляет в течение этого времени применять анксиолитики-транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Препараты этой группы назначают длительными курсами, до 4 месяцев: Пароксетин — от 10 до 40 мг в сутки (макс доза — 80 мг); Сертралин — от 50 до 100 мг в сутки (макс доза — 200 мг) Флуоксетин — от 20 до 40 мг в сутки (макс доза — 80 мг); Циталопрам — от 20 до 40 мг в сутки (макс доза — 60 мг); Флувоксамин — от 50 мг до 100 мг в сутки (макс доза — 300 мг).

При выраженных компонентах тревоги более эффективным может быть применение антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИЗЗСиН) (Венлафаксин — 75—225 мг/сут, Милнаципран (Иксел) — 25—200 мг/сут, Тразодон (Тритико) — 50—600 мг/сут).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — Мелитор — от 25 до 50 мг в сутки (макс доза — 50 мг).

Препаратом выбора при пароксизмах с алгичным и выраженным тревожным компонентом является прегабалин (Лирика) — от 75 до 300 мг в сутки.

При затяжном течении возможно применение нормотимиков: Карбамазепин — от 200 до 400 мг в сутки (макс доза — 1000 мг), Вальпроат натрия — от 300 до 600 мг в сутки (макс доза — 1400 мг), Прегабалин (Лирика) — от 150 до 600 мг в сутки (макс доза — 600 мг).

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда могут применяться однократно или короткими курсами 7—14 дней: Диазепам — от 5 до 40 мг в сутки (макс доза — 60 мг); Клоназепам — от 2 до 8 мг в сутки (макс доза — 16 мг); Гидазепам — от 10 до 40 мг в сутки (макс доза — 60 мг); Оксазепам — от 10 до 60 мг в сутки (макс доза — 90 мг); Феназепам — от 0,5 до 3,0 мг в сутки (макс доза — 6,0 мг).

Если эффект лечения транквилизаторами оказывается недостаточным, возможно их совместное применение с корректорами поведения: Тиоридазин — от 30 до 75 мг в сутки (макс доза — 800 мг). При наиболее выраженных соматовегетативных и сомато-сенсорных компонентах как пароксизмального, так, особенно, перманентного характера показано применение атипичных нейролептиков — сульпирид — от 100 до 300 мг в сутки (макс доза — 800 мг).

При астеническом синдроме седативные и психостимулирующие средства применяются в среднетерапевтических дозах (сиднокарб, сиднофен — 10 — 20 мг в сутки, кофеин, кордиамин — до 10 мг в сутки), растительные адаптогены — биостимуляторы, витамины, ноотропные препараты. Особенно эффективно фенилпиррацетам (энтроп) в дозе 100 мг дважды в сутки.

Для лечения соматовегетативных нарушений дополнительно можно назначить также альфа- и бета-блокаторы (пирроксан — до 100 мг в сутки, пропранолол — до 40 мг в сутки и их аналоги), М-холинолитики (амизил — до 3 мг в сутки), препараты никотиновой кислоты, ганглиоблокаторы (ганглерон — до 100 мг в сутки).

При острых формах с преобладанием нарушения сознания и психомоторного возбуждения нужна неотложная помощь. Иногда проводят иммобилизацию больного. Парентерально нейролептические средства хлорпромазин (до 500 мг в сутки), галоперидол (до 40 мг в сутки), тизерцина (до 400 мг в сутки), клопиксол (до 400 мг в сутки) с коррекцией действия паркопаном, циклодолом и др.

Список использованной литературы

1. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: [Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации]. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
2. Михайлов Б.В., Мищенко Т.С., Волошина Н.П., Здесенко І.В. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Клінічний посібник. — Харків, 2006. — 40 с.

3. Михайлов Б.В., Бєро М.П. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии. — Донецк: Каштан, 2009. — С. 395 – 422.
4. Михайлов Б. В., Зінченко О.М., Бєро М.П., Сарвір І.М., Кудінова О.І., Безсмертний О.В. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників). Методичні рекомендації МОЗ України. — Київ, 2010. — 31с.
5. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є., та ін. Посттравматичні стресові розлади. Навчальний посібник. — Харків: ХМАПО, 2013. — 224 с.
6. Михайлов Б.В., Зінченко О.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації). — Харків, 2014. — 28с.
7. Михайлов Б.В. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б.В., Зінченко О.М., Федак Б.С., Сарвір І.М.] — Харків, 2014. — 16 с.
8. McGovern M.P., Lambert-Harris C., Alterman A.I., Xie H., et al Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders // Journal of Dual Diagnosis. — 2011. — № 7. — P. 207—227.

Відновлювальна терапія порушень психічної сфери у учасників АТО

Проф. Б.В. Михайлов

Харківська медична академія післядипломної освіти

В роботі представлені сучасні дані щодо клінічних проявів сучасних психогенних розладів, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій. Вони об'єднуються в 4 групи — непатологічні (фізіологічні) реакції (Z 65.5), патологічні реакції (F43.0), невротичні стани (F4) і реактивні психотичні стани (F44-F43). У віддаленому періоді у учасників бойових дій станів розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) — F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0). При наданні екстреної медико-психологічної допомоги постраждалим здійснюється як психофармакологічна, так і психотерапевтична допомога. Психотерапевтичні методи застосовуються відповідно до етапності і потреб надання допомоги хворим для підтримки, стабілізації стану та медико-психологічної реабілітації в амбулаторній й стаціонарній реабілітаційних ланках.

Ключові слова: психотерапія, фармакотерапія, екстрена медико-психологічна допомога, реакція на стрес, невротичні стани, психотичні стани, медико-психологічна реабілітація.

Restorative therapy mental disorders of antiterroristic operation participants

Prof. B. Mykhaylov

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The contemporary data about psychogenic mental disorders that performed in process and after outstanding situations was observed. There consist 4 groups — non-pathological (physiological) reactions (Z65.5), pathological reactions (F43.0), neurotic disturbances (F4), psychotic disturbances (F44-F43). On the latest period on the victims of outstanding situations the posttraumatic stress disorders (PTSR) — F 43.1, or chronic personality disorders after catastrophic events (F 62.0) were performed.

Key Words: psychotherapy, pharmacotherapy, urgent medical-psychological care, stress disorder, neurotic disturbances, psychotic disturbances, psychological rehabilitation.

Контактна інформація: Михайлов Борис Володимирович — д.м.н., професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, пров. Балакірева, 5, e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 15.12.2015 р.