

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ УНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ УНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ – У роботі ми намагались висвітлити окремі аспекти психічних розладів, які виникають при екстремальних ситуаціях. У процесі дослідження проблеми ми спробували висвітлити патогенез та етіологію виникнення психічних порушень. Також зосередились на проблемі класифікації, клінічній картині та перебігу даних розладів. Розглянули порівняльно-вікові особливості психічних розладів та їх лікування, реабілітацію, профілактику. Ці дослідження дають можливість систематизувати дані про психічні розлади внаслідок екстремальних ситуацій та ознайомлюють з ефективними методами лікування, реабілітації та профілактики даних розладів.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ – В этой работе мы попытались осветить некоторые аспекты психических расстройств, возникающих в экстремальных ситуациях. В процессе исследования проблемы мы попытались осветить патогенез и этиологию психических расстройств. Также сосредоточено внимание на проблеме классификации, клинической картины и течения данных расстройств. Рассмотрены сравнительные возрастные особенности психических расстройств и их лечения, реабилитации и профилактики. Эти исследования позволяют систематизировать данные о психических расстройствах в результате чрезвычайных ситуаций и обеспечить эффективные методы лечения, реабилитации и профилактики данных заболеваний.

SOME ASPECTS OF THE PROBLEM OF MENTAL DISORDERS AS THE RESULT OF EXTREME SITUATIONS – In this work we tried to illuminate certain aspects of mental disorders that occur in extreme situations. In the process of research the problem we tried to illuminate the pathogenesis and etiology of mental disorders. Also focused on the problem of classification, clinical picture and flow data of disorders. Reviewed the comparative age features of mental disorders and their treatment, rehabilitation, and prevention. These studies allow to systematize data about mental disorders as the result of extreme situations and provide with effective methods of treatment, rehabilitation and prevention data disorders.

Ключові слова: психічні розлади, екстремальні ситуації, етіологія, патогенез, класифікація, клініка, лікування, реабілітація, профілактика.

Ключевые слова: психические расстройства, экстремальные ситуации, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, реабилитация и профилактика.

Key words: mental disorders, extreme situations, etiology, pathogenesis, classification, clinic, treatment, rehabilitation, prevention.

Актуальні завдання медицини катастроф є збереження психічного здоров'я населення в зоні надзвичайних ситуацій і учасників ліквідації цих ситуацій. Специфіка полягає в тому, що вона вивчає не самі фактори надзвичайних ситуацій, у тому числі й психотравмуючі, не саму по собі психопатологію, а ті зміни психічного і соматичного здоров'я, які зумовлені комплексним впливом різних за своєю природою факторів надзвичайних ситуацій, що відрізняє її від клінічної психіатрії.

Так, клінічну психіатрію характеризує перш за все орієнтація на конкретну людину з конкретною психі-

атричною патологією, на клініко-біологічне вивчення психічних захворювань, на психічні та психосоматичні наслідки отриманої “психічної травми”.

Психіатрія катастроф характеризує направленість на населення в цілому, на виявлення всіх форм психічного здоров'я, всього спектра психічного і соматичного, індивідуального й колективного реагувань – від психогенно зрозумілих реакцій і порушень преклінічного рівня до виражених психопатологічних станів.

Постійним етіологічним фактором, який викликає психічні порушення при стихійних лихах і катастрофах, є психічна травма, тим сильніша, якщо лихо носить масовий характер, має велику руйнівну силу, настає раптово (ефект неочікуваності). В цей час психогенії при екстремальних ситуаціях нерідко бувають не єдиним фактором: нерідко вони супроводжуються травмами, травматичними токсикозами, опіками, пораненнями, крововтратами.

При масових катастрофах і стихійних лихах патологічні “зсуви” спостерігаються, головним чином, на системних рівнях. Завдяки цим функціонально-динамічним зсувам порушується взаємовідношення кори та підкоркової ділянки головного мозку. При екстремальних впливах ці “зсуви” досягають такої сили, що кора тимчасово втрачає регулюючо-синтезуючу роль. Велику роль відіграє ретикулярна формація у вигляді постійної активізації її систем або патологічного блокування.

З порушеннями в нервовій системі спостерігаються гуморальні зсуви, які є результатом стресу, викликані не тільки тяжкою психотравмуючою ситуацією, але і додатковими факторами (сильний біль, тяжка інтоксикація тощо).

Г. Сельє, створивши вчення про стрес – “стан, який проявляється специфічним синдромом у вигляді неспецифічно зумовлених змін у біологічних системах” показав, що при загальному синдромі адаптації організму спостерігається перебудова внутрішнього середовища організму, пов'язана з функціями гіпофізарно-адреналово-кортикальної системи. Ця перебудова є мобілізацією захисних сил організму.

Адаптаційний синдром, за Г. Сельє, розвивається за стадіями. Зокрема, після “фази шоку”, що характеризується наявністю гострої надниркової недостатності, настає друга фаза – “фаза протитоку”, коли відмічається посилення функції надниркового виділення в кров кортикостероїдів, збільшення об'єму крові, підвищення вмісту цукру і хлоридів у крові.

За даними Н. П. Анохіної, виникнення реактивних психозів пов'язане з порушенням функції катехоламінових систем мозку. При наявності цілого ряду суттєвих відмінностей (раптових впливів психотравмвальних факторів, необхідності боротьби за виживання, за життя оточуючих, психічних розладів в екстремальних ситуаціях), мають багато спільного з розладами, які виникають при інших психотравмвальних ситуаціях.

Зі всіх екстремальних ситуацій найбільш вивченим є землетрус, у момент виникнення якого гострі реактивні психози виникають у 10–25 % населення. Кількість осіб, у яких психічні розлади виявляються на пізніших стадіях, коливається від 3 до 35 % від всього постраждалого населення. “Колективні реакції” спостерігаються у 63 % випадків, що проявляються підвищеною навіюваністю, імпульсивністю, драгтивністю, зниженням здатності логічно мислити й оцінкою події, зміною настрою, а також намаганням негайно реалізувати немотивовані ідеї при надзвичайних станах.

У наступні роки після надзвичайних станів зростає кількість хворих із невротичними розладами. Значно збільшується кількість осіб, які страждають від різноманітних психосоматичних розладів.

Прогноз психічних розладів при катастрофах різний і залежить від характеру ситуацій, своєчасності отриманої допомоги, величини втрат, наявності тяжких соматичних уражень, індивідуальних рис постраждалих.

Єдиної класифікації психотичних розладів внаслідок катастроф поки що немає. ВООЗ характеризує стихійні лиха, як такі, які створюють непередбачену серйозну і безпосередню загрозу суспільному здоров'ю. Психічні розлади, які виникають внаслідок катастроф, за DSM-4K називаються посттравматичними стресовими розладами, за МКХ-10 вони відносяться до кола невротичних, стресових та соматоформних розладів. Згідно з класифікацією Ю. А. Андрієвського в розвитку життєво небезпечних ситуацій виділяють три основних періоди.

Перший період характеризується переважанням переживання страху при загрозі власному життю і втрати близьких. Сильний стресовий вплив у цей час викликають неспецифічні, позаособистісні психогенні реакції, які торкають, головним чином, життєві інститути. Психічні розлади проявляються переважно реактивними психозами, а також неспсихотичними психогенними реакціями. Перший етап триває зазвичай від моменту початку сильного стресового впливу до організаційних робіт із спасіння (хвилини, години).

У другому періоді (під час робіт із спасіння) у формуванні психічних розладів значна роль належить індивідуальним особистостям потерпілих, а також усвідомлення ними життєво небезпечних ситуацій, очікування нових страшних впливів, переживань у зв'язку з втратою близьких, порушенням життя, втрату майна. На початку другого періоду переважає емоційне напруження, яке поступово змінюється підвищеною втомлюваністю й астеничною депресією або апато-депресивною симптоматикою.

Третій період виникає після евакуації постраждалих. Разом з тим, у багатьох виникає складна обробка пережитої ситуації, загострюється сум від втрат. Стійкі психогенні порушення неспсихотичного рівня можуть виникати у зв'язку зі зміною життєвого стереотипу, при цьому нерідко соматогенні психічні розлади. Має місце соматизація багатьох невротичних порушень.

Психічні розлади при катастрофах можуть бути представлені різноманітними психогенними порушеннями. Найбільш характерними є реактивні пси-

хозу у вигляді афективно-шокових реакцій та істеричних психозів.

Афективно-шокові реакції зазвичай проявляються реактивним ступором або реактивним руховим збудженням. Зрідка спостерігається емоційний параліч, коли всі відчуття в якийсь момент як би атрофуються і людина емоційно не реагує на оточуюче.

Реактивне збудження характеризується раптовим хаотичним, беззмістовним руховим збудженням (фугіформні реакції – від латинського “fugio” – втікати).

Якщо декілька людей мають психогенне збудження, то таке явище називають панікою. Подібні реакції можуть іноді мати характер масового індукованого психозу, особливо, коли “індуктором” є надзвичайно навіювана істерична особа. Реактивне збудження, так як і ступор, супроводжується станом потьмарення свідомості з подальшою амнезією.

При шокових реакціях характерні вегетативні порушення у вигляді тахікардії, різкого побіління, пітливості, профузного проносу. Істеричні психози представлені, головним чином, істеричним сутінковим потьмаренням свідомості й рідко пuerилізмом, псевдодеменцією і т.п.

Після гострого періоду може настати ейфорія, яка може бути наслідком черепно-мозкових травм. Можуть бути депресії різного характеру з характерною рисою: відчуття провини перед загиблими, відраза до життя, жаль, що залишився живий.

Разом із реактивними психозами спостерігаються неспсихотичні розлади у вигляді розгубленості, неможливості осмислити ситуацію. Такий стан продовжується недовго і змінюється орієнтованістю, мобілізацією сил, волі, активності.

Найбільш характерними психічними розладами є неспсихотичні розлади невротичного рівня, починаючи від невротичних реакцій до неврозів і невротичних розладів. Особливо характерні різного роду настирливі страхи, тематично пов'язані з екстремальною ситуацією, а також важкі спогади про пережите. Такі стани можуть тривати довго, то згасати, то знову загострюватись, особливо в ситуаціях, які нагадують пережите.

Довгий час може спостерігатись порушення сну, часто з лякливими сновидіннями, які відображають жах пережитого. Психогенний вплив може реалізуватись у вигляді психосоматичних захворювань (інфаркт міокарда, виразкова хвороба, екзема).

У підлітків й особливо у дітей, які переживають катастрофу, найчастіше виникає тривога і різноманітні страхи, в тому числі нічні. Тривожно-фобічні явища звичайно з'являються на фоні зниженого настрою і вегетативних розладів. Можливі затримки фізичного й особливо психічного розвитку, діти важко адаптуються в новій ситуації, їм важко засвоїти новий матеріал.

Психіатричну допомогу виконують зі збереженням всіх медичних принципів у вигляді поетапного сортування, евакуацій і адекватної терапії потерпілих. Для запобігання виникнення соматичних психічних розладів важливо прийняття своєчасних мір із лікування всіх пошкоджень, причому починаючи з самих ранніх етапів (табл.).

Реабілітаційні заходи проводяться з урахуванням характеру перенесеного психічного захворювання,

Таблиця. Основні терапевтичні заходи при психогенних розладах, що виникають при стихійних лихах та катастрофах

Прості (фізіологічні) реакції страху	Спеціального лікування не потребує Переважно медико-психологічні заходи
Психогенні реакції: психотичні розлади (афективно-шокові реакції і т.п.)	Тізертин 2,5 % – 2,0 Сибазон 0,5 % – 2,0–4,0 Аміназин 2,5 % – 2,0 Амітриптилін 1 % – 2,0–3,0 Феназепам 0,1 % – 2,0–3,0
Невротичні (істеричні, депресивні, астенічні тощо)	Евакуація у спеціалізований стаціонар Когнітивна психотерапія: Терапія: Амітриптилін 0,025 г – 2–3 р. день Сибазон 0,005 г х 3 р. день Феназепам 0,001 г х 2–3 р. день Пірацетам 0,4 г х 3 р. день
Затяжні реактивні стани: Психотичні (псевдодемонція, реактивна депресія, пуерилізм тощо)	Переважає стаціонарне лікування Галоперидолі 0,0015 г х 3 р. день Тізертин 0,025 г х 3 р. день Аміназин 0,025 г х 3 р. день Амітриптилін 0,025 г х 3 р. день Сибазон 0,05 г х 3 р. день Феназепам 0,001 г х 3 р. день
Невротичний рівень ураження (неврастенія, депресивний, істеричний невроз, невроз настирливих станів)	Психотерапія Психофармакотерапія: Феназепам 0,001 г х 3 р. день Сибазон 0,005 г х 3 р. день Амітриптилін 0,025 г х 3 р. день Сіднокарб 0,005 г х 2 р. день Трифтазин 0,005 г х 3 р. день

ступеня вираження залишкових явищ, наявністю тих чи інших соматичних захворювань і мають бути обов'язково комплексними та включаючими не тільки медикаментозну терапію але й психотерапію у різних варіантах, фізіотерапію, психокоректні методики з врахуванням характеристики пацієнтів. Можна зробити висновок, що у 1/3 осіб, які перенесли стресові реакції, спостерігається прогресивний перебіг з порушенням адаптаційних процесів, розвитком пост-травматичних психогенних стресових розладів, психосоматичних захворювань, загостренням хронічної патології, що перебігає в'яло. Ці фактори можуть призвести до стійких змін особистості з наростаючою соціально-трудова дезадаптацією й інвалідизацією, алкоголізмом, медикаментозною залежністю, проблемами в колективі, сім'ї, конфліктом із законом, суїцидальні спроби. У зв'язку з чим є необхідність наступного диспансерно-поліклінічного спостереження і проведення довготривалих лікувально-профілактичних заходів.

Профілактика психіатричних розладів при катастрофах є важкою, так як екстремальні ситуації викликають зазвичай раптово і зненацька.

Велике значення має можливе прогнозування екстремальних ситуацій. Необхідно, щоб всі медичні працівники були знайомі з основними положеннями медицини катастроф, відповідно підготовлені професіонали зможуть відразу приступити до необхідних лікувально-профілактичних заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гриневич С. Г. Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України / С. Г. Гриневич, І. В. Лінський // Український вісник психоневрологів. – 2005. – Т. 13, вип. 3. – С. 27–29.
2. Калінін А. Г. Психіатрія катастроф / А. Г. Калінін, І. А. Поліванов, П. І. Сідоров // Руководство по медицине катастроф. – Архангельск, 1999. – 239 с.
3. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии. – 2-е изд. / В. А. Жмуров. – Москва, 2012. – 315 с.
4. Румянцева Г. М. Медико-психологическая помощь пострадавшим при экологических катастрофах / Г. М. Румянцева. – Москва : ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 2011. – 25 с.
5. Коханов В. П. Психіатрія катастроф і екстремальних ситуацій / В. П. Коханов, В. Н. Краснов // Москва, 2008. – 448 с.
6. Краснов В. Н. Психіатрія катастроф і надзвичайних станів та її розвиток в останньому десятиріччі / В. Н. Краснов. – Москва, 2009.

Отримано 10.10.14