

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів



КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ІНВАЛІДІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Вінниця 2017

1

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Відділу експертизи
тимчасової та стійкої втрати
праездатності МОЗ України

І. Черняк

2017 р.



КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ІНВАЛІДІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Методичні рекомендації

Вінниця 2017

УДК 616.891.4/.7:355.11-036.86(477)

Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

Укладачі: к.м.н., доц. Рациборинська-Полякова Н. В.
Семененко К. М.
к.м.н., ст.н.с. Беляєва Н. М.
Яворовенко О. Б.
к.м.н. Куриленко І. В.

Рецензент: Завідувач кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, д.м.н., професор **Римша С. В.**

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія», «Психіатрія», д.м.н. Пінчук І.Я.

У методичних рекомендаціях розглянуті проблеми розладів адаптації в учасників антитерористичної операції (АТО), висвітлені клінічні прояви порушень психічного функціонування у них та виділені реєстри, на які поділяються ці порушення. Представлені клініко-діагностичні критерії непсихотичних психічних розладів у інвалідів-учасників АТО, що є необхідним для визначення обмежень життєдіяльності, вибору найбільш ефективної лікувальної тактики та розробки індивідуальних програм реабілітації (ІПР) для цієї категорії інвалідів. Призначені для фахівців центрів медико-соціальної експертизи, лікарів-психіатрів та психотерапевтів, а також практичних психологів, які займаються питаннями лікування та реабілітації учасників АТО.

ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Клінічні особливості неспсихотичних психічних розладів у інвалідів-учасників АТО.....	7
Клінічні діагностичні критерії визначення змін в психоемоційній сфері у інвалідів-учасників АТО.....	15
Література та джерела.....	34

Перелік умовних скорочень

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

АТО – антитерористична операція

БД – бойові дії

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ГРС – гостра реакція на стрес

ГХ – гіпертонічна хвороба

ДСНС – державна служба з надзвичайних ситуацій

ЕЕГ – електроенцефалограма

ЕР – ефективність роботи

ЗЧМТ – закрыта черепно-мозкова травма

ІПР – індивідуальна програма реабілітації

ІХС – ішемічна хвороба серця

МКХ-10 – Міжнародна Кваліфікація Хвороб 10-го перегляду

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

НП – надзвичайна подія

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПАР – психоактивні речовини

ПТСР – післятравматичний стресовий розлад

САГ – симптоматична артеріальна гіпертензія

СН – серцева недостатність

ЦВХ – цереброваскулярні хвороби

ЦД – цукровий діабет

ЦНС – центральна нервова система

ЧМТ – черепно-мозкова травма

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV) –

діагностичне і статистичне керівництво по психічним розладам IV видання

Вступ

После войны он все время думал, какое счастье – жить. И в сравнении с этим счастьем все казалось ему незначительным.

Эрих Мария Ремарк

Останні три роки безпосередньо для України стали доленосними та насиченими психотравмуючими подіями. Люди знаходяться в постійному стресовому стані, при якому рано чи пізно компенсаторні механізми дають збій, виснажуючи організм фізично, психічно, ментально, що впливає на всі сфери його функціонування. Антитерористична операція (АТО), що відбувається на Сході України, забирає тисячі людських життів – кращий генетичний потенціал української нації. На сьогодні в АТО беруть участь близько 50 тис. українських солдатів, загалом же через неї вже пройшли більше 210 тисяч мобілізованих українців.

Історичний досвід свідчить, що навіть через десятки років люди не могли морально відновитися після Другої світової війни, війн у В'єтнамі, Афганістані та ін.: приблизно у 25% солдат, що воювали у В'єтнамі, досвід участі в бойових діях (БД) послужив причиною розвитку несприятливих змін особистості; до початку 90-х років близько 100 тисяч в'єтнамських ветеранів вчинили самогубство; від 35 до 45 тис. осіб дотепер ведуть замкнутий спосіб життя і майже не спілкуються із навколишнім світом; також серед них відзначається високий рівень актів насильства, злочинів, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних контактів; обстеження ветеранів В'єтнаму та Іраку дало межі поширеності післятравматичного стресового розладу (ПТСР) від 3% до 58%, при цьому його відсоток серед поранених і інвалідів був значно вищим (до 42%), ніж серед фізично здорових ветеранів (від 10 до 20%). Результати американських досліджень підтверджуються результатами багатьох інших, проведених серед воїнів-ветеранів війни в Афганістані: 20% колишніх учасників БД знаходяться у місцях позбавлення волі через здійснення правопорушень в період утрудненої адаптації до мирного життя; 25% – звернулися за наркологічною допомогою; 10% осіб, що скоїли самогубство у 2000 р., мали ознаки ПТСР. За своїми медико-соціальними наслідками ПТСР – дуже серйозна, пролонгована патологія, яка потребує негайної реакції держави та суспільства.

За даними ООН, в Україні внаслідок проведення АТО вже налічується більше 12 тис. поранених, 33% з яких мають ураження голови (Педаченко Є.Т., 2015). За даними Астапова Ю.Н. (2015), Марути Н.О.(2015), частота ПТСР серед осіб, що перебували під дією екстремальних ситуацій у зоні АТО, складає від 10 до 38,8%. Також у них діагностують гостру реакцію на стрес (ГРС) – у 36,6%

випадків, розлади адаптації – 29,7%, органічні афективні і тривожні розлади – 1,6%, психотичні розлади – 1,4%. Травми головного і спинного мозку та викликані ними захворювання центральної нервової системи (ЦНС) призводять до порушення сприйняття положення тіла в просторі і синтезу довільної рухової відповіді, що призводить до порушення або втрати рухової функції і, відповідно, соціально-побутової дезадаптації пацієнта. Також необхідно враховувати наявність іншої соматичної патології, що може спричинювати органічні зміни в структурах головного мозку (гіпертонічна хвороба чи цукровий діабет), наявність яких може кардинально змінювати підхід до постановки психіатричного діагнозу та відношення до встановлення інвалідності та реабілітації даного хворого.

В умовах війни реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення, є важливою складовою обороноздатності країни.

Особливістю післятравматичного періоду у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму (ЧМТ) внаслідок БД, є поліморфізм клінічних проявів, різних як за характером, так і за ступенем вираженості порушень функцій головного мозку, що обмежують життєдіяльність хворих: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, емоцій, свідомості), статодинамічних, сенсорних функцій, вегетативно-судинні, обмінно-ендокринні, гіпертензійно-лікворні, нейроциркуляторні порушення тощо. Це необхідно враховувати при вирішенні питань медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Комплексна реабілітація учасників БД повинна передбачати законодавчо закріплені гарантії та аспекти реабілітації й адаптації, що включають медичну та інші види (психологічну, соціальну, професійно-трудова) реабілітації та їх успішну інтеграцію в суспільство.

Сьогодні ми маємо частіше та ґрунтовніше обговорювати проблеми розладів адаптації (приспосувальних реакцій), визначення їх природи, щоб запобігти розвитку негативних наслідків та надавати кваліфіковану допомогу на всіх етапах її формування.

Актуальність роботи в цьому напрямку зумовлена необхідністю стандартизації критеріїв медико-соціальної реабілітації, в т.ч. визначення змін в психоемоційній сфері, які мають базуватись в першу чергу на уніфікованих діагностичних підходах та стандартизованих валідних критеріях.

Відсутність науково-обґрунтованих критеріїв діагностики розладів психоемоційної сфери в учасників АТО на фоні збільшення їх кількості нерідко обумовлює необґрунтованість та необ'єктивність рішень МСЕК з одного боку, а з іншого – прогнозує низьку ефективність реабілітаційних заходів.

Клінічні особливості непсихотичних психічних розладів у інвалідів-учасників АТО

Клінічні прояви порушень психічного функціонування і скарги у пацієнтів з досвідом війни є досить подібними і у випадках органічних уражень голодного мозку, і у випадках отримання лише тільки психогенної травми (якою є вже тільки перебування у зоні ведення БД). Відомо, що у людини, яка побувала на війні, навіть якщо вона не отримала поранень чи ушкоджень, відбуваються зміни у сприйнятті світу. Повернувшись до вже забутого цивільного життя, людина може відчувати себе покинутою, ошуканою, беззахисною, впасти в апатію або ж почати гасити свої страхи алкоголем і наркотиками. У більшості не виникає бажання повертатись до активного соціального та професійного функціонування, а навпаки формуються рентні установки.

За визначенням ВООЗ, «психічне здоров'я – це стан благополуччя, яке дає можливість кожній людині здійснювати власний потенціал, долати звичайні життєві стреси, плідно працювати, брати участь в суспільному житті».

При загальній оцінці стану здоров'я особи важливо оцінювати саме аспект соматопсихічних впливів, під якими розуміються соматизовані психічні реакції; соматоморфні реакції, що формуються без участі соматичної патології в рамках утворення невротичного або конституційного реєстру (неврози, невропатії); психогенні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку із соматичними захворюваннями і відносяться до групи реактивних станів; реакції за типом систематичної лабільності, або психогенно провоковані, пов'язані з взаємодією соціальних та ситуаційних факторів або нашаруванням проявів соматичного захворювання (психосоматичне захворювання в традиційному «вузькому» розумінні терміну); реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують унаслідок впливу соматичної шкідливості і відносяться до категорії симптоматичних психозів.

Всі психічні порушення поділяються на реєстри: *психотичний* (стан характеризується наявністю хоча б однієї з наступних ознак: потьмарення свідомості, маячні ідеї, галюцинації, відсутність критичного осмислення свого хворобливого стану та дійсності), *непсихотичний* (межові стани, характеризуються переважно порушенням емоцій та ефекторно-вольової сфери; хворі критично усвідомлюють свій хворобливий стан), *дефектно-органічний* (проявляються порушенням інтелектуальних функцій – пам'яті та мислення – і обумовлені органічною патологією головного мозку).

Соматогенно обумовлені психічні хвороби і психічні розлади можуть носити психотичний, невротичний і психопатичний характер. Таким чином, правильно буде говорити не про характер психічних розладів, а про рівень психічних порушень.

Психотичний рівень психічних порушень – стан, при якому хворий не здатний адекватно оцінювати себе, навколишнє оточення, відношення зовнішніх подій до себе і своєї ситуації. Такий рівень психічних розладів супроводжується порушенням психічних реакцій, поведінки, а також дезорганізацією психіки хворого. Психоз – хворобливий розлад психіки, який проявляється цілком або переважно неадекватним відображенням реального світу з порушенням поведінки, зміною різних сторін психічної діяльності. Психотичний стан супроводжується появою не властивих нормальній психіці явищ: галюцинацій, марення, розладів психомоторного і афективного характеру. Виражені психотичні розлади у вигляді психозів зустрічаються набагато рідше інших розладів.

Найчастіше хворі першу чергу звертаються до лікарів загальної практики або вузькопрофільних лікарів-інтерністів, що пов'язано з початком хвороби у вигляді появи вегетативної і соматичної симптоматики.

Невротичний рівень психічних розладів характеризується тим, що зберігається правильна оцінка власного стану як хворобливого, правильна поведінка, а також розладами в сфері вегетативних, сенсомоторних і афективних проявів. Даний рівень порушення психічної діяльності, розладів психічної діяльності не супроводжується зміною ставлення до подій. За визначенням А. А. Портнова, ці розлади – порушення мимовільної адаптації.

Психопатичний рівень психічних розладів проявляється стійкою дисгармонією особистості хворого, яка виражається в порушенні адаптації до навколишнього середовища, що пов'язано з надмірною афективністю і афективно забарвленою оцінкою навколишнього. Вищеописаний рівень психічних розладів може спостерігатися у хворого все життя або виникати в зв'язку з перенесеними соматичними захворюваннями, а також при аномаліях розвитку особистості.

Виразність клінічних проявів психічних порушень при різних захворюваннях різна – від непсихотичних невротозоподібних до психотичних порушень і виражених соціально значущих дефектів.

Психічні розлади, на відміну від соматичних захворювань, які є епізодом в житті хворого, тривають роками, а іноді і все життя. Настільки тривалий перебіг психічних захворювань провокує виникнення ряду соціальних проблем: взаємовідношення з навколишнім світом, людьми і т.д. Особистісні якості хворого, рівень зрілості особистості, а також сформовані особливості характеру відіграють велику роль в процесі оцінки психічного захворювання і його наслідків, що найбільш чітко виявляється при вивченні клінічних варіантів неврозів.

При соматичних захворюваннях спостерігаються психічні розлади, які класифікуються за рівнем психопатології на розлади *непсихотичного*

(невротичного) та *психотичного* рівня, за причиною виникнення – на *психогенні* (внаслідок психотравмуючих чинників, пов'язаних із захворюванням), *соматогенні* (безпосередня дія на ЦНС) та *ендогенні* (екзацербация ендогенних психозів, коли соматична патологія стає пусковим фактором).

У практиці лікаря-інтерніста може зустрічатися кілька варіантів психічних порушень, так чи інакше пов'язаних з соматичною патологією: соматичні та психічні хвороби співіснують (коморбідність); соматопсихічні порушення; соматоформні розлади; психосоматичні захворювання.

Про *коморбідність* ми говоримо, коли психічні хворі звертаються до лікарів з приводу різних соматичних хвороб. У цих випадках при проведенні діагностики і призначенні лікування лікар повинен враховувати і психічний стан пацієнта, і психофармакотерапію, якою він користується, щоб уникнути можливих ускладнень.

При *соматопсихічних порушеннях* найбільш типовими є два варіанти: в першому – психічні розлади патогенетично пов'язані з основним захворюванням в рамках так званого екзогенного типу реакції; в другому – соматична хвороба, яка становить загрозу життю пацієнта, його сімейному і соціальному статусу, сама по собі представляє психічну травму, на яку хворий реагує негативними емоціями, у цьому випадку говорять про соматогенні (нозогенні) розлади, або психічні порушення при соматичних захворюваннях. Також психічні розлади можуть виникати як наслідок різних соматичних хвороб. Встановлено, що між соматичними і психічними захворюваннями є тісний взаємозв'язок. Абсолютно будь-яке соматичне порушення надає виражений вплив на особистість хворого і його психічне функціонування, наприклад, при захворюваннях серцево-судинної системи, таких як гіпертонічна хвороба, атеросклероз, вирішальна роль належить соматогенному фактору. Реакції особистості більш виражені при тих захворюваннях, в результаті яких виникають дефекти особи. На реакцію особистості на хворобу впливає безліч факторів: характер захворювання, його гострота і темп розвитку; уявлення про це захворювання у самого хворого; характер лікування і психотерапевтична обстановка в стаціонарі; особистісні якості хворого; ставлення до хвороби пацієнта, а також його родичів і його оточення; а також істотне місце займають очікування «бонусів» від хвороби, або рентні установки. Так Л.Л. Рохлін виділяє п'ять варіантів реакції особистості на хворобу: 1) астено-депресивний; 2) психастенічний; 3) іпохондричний; 4) істеричний; 5) ейфорично-анозогнозичний.

Соматоформні розлади, або соматизация – це соматичні маски психічних захворювань, тобто психічні розлади супроводжуються різними соматовегетативними порушеннями, які, виступаючи на передній план або домінуючи в клінічній картині хвороби, маскують психічні розлади і, зокрема, депресію. Типовою ознакою соматоформного розладу є те, що пацієнтами

пред'являються скарги соматичного характеру, які не підтверджуються даними відповідних досліджень, відсутня об'єктивна картина хвороби.

Про *психосоматичні захворювання* ми говоримо, коли соматична хвороба розвивається в умовах емоційного стресу, який може виступати в якості фактору, що запускає спадково детермінований патогенетичний механізм хвороби. Наприклад, на основі таких емоцій, як пригніченість, тривога, страх, безвихідь, розвиваються виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ), онкологічна патологія, шкірні хвороби і т.д. Стрес не тільки провокує початок хвороби, а й сприяє виникненню різних ускладнень навіть при наявності адекватної терапії соматичного захворювання і видимого благополуччя в здоров'ї.

Не дивлячись на значні досягнення нейронаук, основними методами дослідження у сучасній психіатрії залишаються *клініко-психопатологічний* та *патопсихологічний*. Перший базується на опитуванні пацієнта (об'єктивний та суб'єктивний анамнез), спостереженні та клінічній інтерпретації скарг, анамнестичних даних, результатів обстежень. Під патопсихологічними дослідженнями (експериментами) розуміється використання будь-якої діагностичної процедури в цілях моделювання цілісної системи пізнавальних, емоційно-вольових процесів, мотивів і «відносин особи».

На підставі сукупності порушень психічних функцій виділяють наступні патопсихологічні реєстр-синдроми: *шизофренічний* (зміна структури і ієрархії мотивів, розлад цілеспрямованості мислення і змістоутворення (при збереженні операційної сторони: резонерствування, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм), емоційні розлади (сплощення, дисоціація емоційних проявів, знакова парадоксальність), зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, сенситивність, відчуженість, підвищена рефлексія)); *афективно-ендогенний*; *олігофренічний* (нездатність до навчання і формування понять, дефіцит інтелекту, дефіцит загальних відомостей і знань, примітивність і конкретність мислення, нездатність до абстрагування, підвищена навіюваність, емоційні розлади); *екзогенно-* та *ендогенно-органічний* (загальне зниження інтелекту, розпад відомостей, що були, і знань, мнестичні розлади, що зачіпають як довготривалу, так і оперативну пам'ять, порушення уваги і розумової працездатності, порушення операційної сторони і цілеспрямованості мислення, зміну емоційної сфери з афективною лабільністю, порушення критичних здібностей і самоконтролю); *особово-аномальний* (психопатичний) (емоційно-вольові розлади, порушення структури і ієрархії мотивів, неадекватність самооцінки і рівня домагань, порушення мислення у вигляді «відносного афектного недоумства», порушення прогнозування і опори на минулий досвід); *психогенно-психотичний*; *психогенно-невротичний*.

Для визначення найбільш ефективної лікувальної тактики, працездатності,

розробки індивідуальних програм реабілітації (ІПР) надзвичайно важливо чітко визначити, до якого реєстру психічних порушень відноситься розлад у кожного конкретного пацієнта.

Нами було проаналізовано історії хвороб 170 пацієнтів – учасників АТО, які проходили стаціонарну медико-соціальну експертизу стану здоров'я і працездатності в НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова у 2014-2016 роках. З них закриті черепно-мозкові травми (ЗЧМТ) в анамнезі були у 23,86%, ЧМТ + ГХ або симптоматична артеріальна гіпертензія (САГ) – у 22,73%, тільки ГХ – у 17,04%, ГХ+цереброваскулярна хвороба (ЦВХ) – у 9,09%, ГХ+ цукровий діабет (ЦД) – у 3,41%, тільки ЦВХ – у 4,55%, нейроінфекція в анамнезі – у 1,14%, без органічної патології головного мозку – 18,18%. З них у 17,04% були діагностовані розлади адаптації (Р4), при цьому в анамнезі були наявні ЗЧМТ або ГХ, що є помилковим, оскільки для встановлення ПТСР чи гострої реакції на стрес одним з критеріїв є відсутність органічного ураження головного мозку. Таким чином, у проаналізованих хворих виявлено: психічні розлади органічного походження – у 73,86% (з них F06.6 – 76,92%, F07.2 – 16,92%, F06.7 – 3,08%, F06.3 – 1,54%, F06.4 – 1,54%); психогенні – у 2,27% (F43.22); розлади внаслідок вживання алкоголю – у 1,14% (F10.8); не виявлено психічних порушень – у 13,63% хворих. При ретроспективному аналізі точний діагноз складно було встановити 9,09% хворих. Звернуло на себе увагу розходження діагнозів з анамнестичними даними у певній частині хворих (близько 30%), а саме – було діагностовано розлади з рубрики F0 за відсутності даних про органічне ураження головного мозку, або з рубрики F4 при наявності документально підтвердженої інформації щодо ЧМТ, судинної мозкової патології тощо.

Проведено клініко-психологічне обстеження та визначено особливості психічного стану 175 пацієнтів – учасників АТО. Ці пацієнти були направлені на психіатричне обстеження з метою уточнення актуального психічного статусу.

Серед усіх обстежених у 63,55% в анамнезі відмічена органічна патологія ЦНС: наслідки ЗЧМТ, мінно-вибухові, акубаротравми, судинна мозкова патологія, захворювання серцево-судинної, нервової системи, які були причиною органічного ураження головного мозку і спричинювали несприятливі порушення психіки, характерні для психоорганічного реєстр-синдрому. Одним з основних анамнестичних диференціальних критеріїв була інформація (підтверджена документально, результатами обстежень) про наявність органічного ураження тканини мозку.

Серед обстежених пацієнтів з діагностованими розладами класу F00-F09 нормальні показники пам'яті та ретенції відмічались у 47,2% респондентів (з них у 78,72% була ЗЧМТ, у 6,38% –ЗЧМТ та ГХ, у 14,9% –ЗЧМТ та ЦВХ), легке зниження показників пам'яті та ретенції відмічалось у 32,9% респондентів (з них у 30,30% –ЗЧМТ в анамнезі, у 21,2% –в анамнезі ГХ, у 9,1% –ЗЧМТ та ЦВХ, у

39,4% була виявлена інша соматична патологія, проте не було ЗЧМТ, ГХ чи ЦВХ), помірне зниження механізмів пам'яті та ретенції було у 15,7 % пацієнтів (у всіх – тільки ЗЧМТ), виражені порушення когнітивної сфери були у 4,3% пацієнтів (у всіх не було ЗЧМТ, проте були ГХ в комбінації з ЦВХ). Таким чином, у всіх пацієнтів з психічними розладами органічного походження спостерігались зміни пам'яті та ретенційних механізмів в межах від норми до вираженого зниження, але при гіпертонічній та цереброваскулярній хворобі порушення були значно більш вираженими.

Серцево-судинна патологія зустрічається досить часто серед коморбідних патологій при непсихотичних психічних розладах органічного походження. Серед загального числа обстежених було виявлено 56,5% осіб з серцево-судинною патологією. Серед них найчастіше зустрічалися ІХС, ГХ, САГ, серцева недостатність (СН) І ст., а також порушення ритму по типу шлуночкових екстрасистолій. У більшості респондентів виявлено порушення когнітивних функцій різної вираженості. Практично у всіх виявлена тривожність, вірогідність нервово-психічних зривів корелює з поганим функціональним станом, вираженістю депресії, високими показниками тривожності. Легке зниження пам'яті спостерігалось у 37,5% респондентів, помірне – у 12,5%; ретенції – легке у 15,6%, помірне – 37,5%, виражене – 3,1%; зниження здатності концентрації, розподілу та переключення уваги визначалось у 56% обстежених; розумова працездатність легкого ступеня зниження виявлена у 46% респондентів, помірного – 4%, вираженого – 3%; лише у 9% обстежених – уповільнене мислення; ситуативна тривожність високого рівня – у 28,1%, помірного – у 31,3%, низького – у 40,6%; особистісна тривожність високого рівня – у 62,5%, помірного – у 31,3%, низького – у 6,3%; загальна психічна тривожність висока – у 53,1%, середня – у 34,4%, низька – у 12,5; у 20,8 % було виявлено ситуативну депресію, у 43,3% – предепресивний стан; у 23% був поганий функціональний стан, у 69% – задовільний і лише у 15% – гарний; висока вірогідність нервово-психічних зривів була у 46%, у 44% – нервово-психічні зриви були вірогідні за умов виникнення екстремальних ситуацій і лише у 10% нервово-психічні зриви були маловірогідні. Загострення соматичної патології спостерігалось після перебування в екстремальних умовах.

У всіх обстежених хворих виявлені порушення уваги. Найменш вираженими вони були при ізольованих розладах психогенно-невротичного регістру, що можна пояснити підвищеною тривожністю, відволіканням пацієнтів та їх фіксацією на своїх переживаннях. Більш виражені зміни до гіпостенії були у випадках органічного ураження ЦНС. Найбільш виражені розлади уваги у пацієнтів із різним ураженням ЦНС, а саме: ЧМТ, контузії, струси та забої, крім цього в цю групу включалась і гіпертонічна хвороба. Взагалі серед розладів уваги найчастіше спостерігалось підвищене відволікання. Хворим важко

зосередитися на одному об'єкті або діяльності. Ефективність роботи (ЕР) обчислювалася за формулою, що в більшості випадків складала від 45с. і більше, і це вказує на нестійкість уваги. Відволікання хворих бувало настільки сильне, що вони не могли зосередитися на запитаннях лікаря, постійно переключалися з однієї думки на іншу. Окрім цього, даний стан спостерігався при підвищеній втомлюваності, загальній слабкості людини, зумовленій виснаженням нервової системи, тривалим і інтенсивним емоційним напруженням, надмірною розумовою працею. Найбільш виражений ступінь відволікання уваги у комбатантів – *анпрозексія*. Це стан різкого ослаблення або повної відсутності здатності зосередити увагу на певному об'єкті. Більш виражені порушення спостерігалися у випадках поєднання органічної патології з розладами психогенно-невротичного генезу.

Найпоширенішою скаргою в учасників БД є порушення сну, що проявляється в труднощах із засипанням ввечері, багаторазовими перериваннями сну протягом ночі, відсутністю відчуття відпочинку, сонливістю і низькою працездатністю протягом дня. Даний стан виявляється порушенням ритму засипання і пробудження, супроводжується якісними порушеннями сну, який стає більш коротким і поверхневим, скорочується тривалість глибокої фази сну, змінюється співвідношення між стадією, що супроводжується сновидіннями, і стадією без сновидінь. У 72% комбатантів спостерігалася інтермітуюча *диссомнія*, яка виникає періодично, і у 28% виявлена постійна, яка триває більше трьох тижнів і має хронічний перебіг. Вона викликана не тільки особливостями способу життя комбатантів, але ще часто на фоні цього є симптомом інших проблем, таких як стрес, тривога, депресія або яке-небудь інше соматичне захворювання, а також при пошкодженнях утворень головного мозку, що регулюють правильне чергування сну і неспання.

Безсоння, або неможливість отримати ту кількість сну, яка необхідна, було виявлене у всіх респондентів. Відзначалося зниження здатності до концентрації, розподілу та переключення уваги, розумової працездатності, підвищена виснажливність, зниження мнестичної функції, підвищена тривожність, зміни в функціональному стані та наявність нервово-психічних зривів у 88% пацієнтів.

При психогенно-невротичному генезі порушення сну виявляються в кошмарних сновидіннях військового характеру, часте прокидання вночі, а при органічному генезі – труднощами засипання, поверхневим сном. Таким чином, проведений аналіз показує, що можливість виникнення і характер хронічного порушення сну, їх частота, вираженість, динаміка залежать від багатьох факторів: характеристики екстремальної ситуації; готовності окремих людей до діяльності в екстремальних умовах, їх психологічної стійкості, вольової і фізичної загартованості, а також схильності до розвитку різної соматичної патології. Інсомнія багатопричинна і завжди є синдромом, «маскою» інших

захворювань. Це положення базується на спільності клінічних проявів і неспецифічності змін при диссомнії будь-якого генезу.

Аналіз даних 92 комбатантів з діагностованим ПТСР показав, що *адикції* спостерігались у 40,5% респодентів. При цьому *ситуативна тривожність* була високого рівня у 39,3% респодентів, помірного – у 43,1%; особистісна тривожність у 57,5% обстежених була високого рівня, у 31,3% – помірного; *загальна психічна тривожність* була високою у 59,3%, середньою – у 33,1%; у 38,3% респодентів було виявлено ситуативну *депресію*, у 42,5% – *предепресивний стан*; у 41% обстежених був поганий функціональний стан; висока вірогідність нервово-психічних зривів була у 47% обстеженого контингенту, у 43% – нервово-психічні зриви були вірогідні за умов виникнення екстремальних ситуацій. Основним чинником адиктивної реалізації було бажання знизити високий рівень ситуаційної тривоги (у 57% осіб). На другому місці був мотив гіперактивації (25%), тобто тяжкі військові умови спонукали цих осіб до пошуку додаткового енергетичного потенціалу у вигляді психоактивних речовин (ПАР). Третє місце займав мотив споживання заради задоволення (18%). Таким чином, в ході аналізу результатів досліджень було виявлено, що в респодентів, у яких є адикції, спостерігається помірний та високий рівень тривожності та ознаки депресивності, що також корелювало з високою вірогідністю нервово-психічних зривів. Практично у всіх комбатантів тривалий час після повернення з зони ведення бойових дій були виражені первинні симптоми ПТСР. Необхідність пригнічувати внутрішню агресію і тривогу у пацієнтів з ПТСР супроводжувалась вживанням ПАР і формуванням залежності від них. Коморбідність ПТСР із вживанням ПАР є досить поширеною та складною патологією, яку можна розглядати як медико-соціальну проблему сучасності, що має свій специфічний спектр характерних особливостей виникнення, динаміки, можливої корекції, лікування, прогнозу та профілактики.

Клінічні діагностичні критерії визначення змін в психоемоційній сфері у інвалідів-учасників АТО

Для більш чіткого визначення діагнозу у пацієнтів, що проходять медико-соціальну експертизу та мають скарги щодо психічних функцій, доцільно використовувати оціночний перелік симптомів МКХ-10 для психічних розладів, який є поліструктурованим інструментом для клінічної оцінки психічних симптомів і синдромів категорій *F0-F6*. До переліку включено наступні модулі: а) *F0/F1 модуль*: органічні психічні синдроми і синдроми при використанні психоактивних речовин; б) *F2/F3 модуль*: психотичні і афективні синдроми; в) *F4/F5 модуль*: невротичні та поведінкові синдроми; г) *F6 модуль*: розлади особистості. На початку дослідження використовується скринер, який дозволяє відразу визначити, до якого модулю відноситься досліджуваний випадок. Розпізнавання психіатричного випадку відбувається з визначення наявності: психологічних скарг, соматичних скарг, не підтверджених обстеженням, скарг на поведінку, що відхиляється від культурно-прийнятих норм, інших причин (пояснити), соціальних порушень або порушень зайнятості (трудової), супутніх соматичних розладів або станів, психосоціального стресу. Якщо немає нічого, треба зупинитися. Якщо є, далі з'ясовуємо інформацію про зниження пам'яті або інших інтелектуальних здібностей, зміни свідомості, прийом психоактивних засобів, якщо що-небудь є, використовуємо модуль *F0/F1* – психо-органічний синдром і синдром зловживання психоактивними речовинами. Далі з'ясовуємо наявність проявів кататонічної поведінки, марення і галюцинацій, піднесеного, дратівливого чи підозрілого, зниженого або пригніченого настрою, соціальної ізоляції або зниження соціального функціонування. Якщо якісь з цих проявів є, використовуємо модуль *F2/F3* – психотичні і афективні синдроми. Якщо в скаргах є ознаки фобії або тривоги (панічної), нав'язливих думок або дій, дисоціативних (конверсійних) станів, анорексії або булімії, диссомнії або парасомнії, статевих дисфункцій, використовуємо модуль *F4/F5* – невротичні і поведінкові синдроми. Прояви, які вказують на тривало існуючі девіації особистісних рис або поведінкових стереотипів, характерні для модулю *F6* – особистісні розлади.

Кожен з модулів містить список симптомів і станів, які відповідно до критеріїв МКХ-10 повинні бути виключені або, навпаки, можуть бути пов'язані з синдромом. Ці списки супроводжуються інструкціями, які можуть допомогти при розгляді інших можливих синдромів і, відповідно, використати інші додатки оціночного переліку. Використання модулів також передбачає можливість обліку (реєстрації) початку, важкості і тривалості синдрому, а також кількості епізодів.

Таким чином, якщо у пацієнта в анамнезі є свідчення про наявність ушкоджень головного мозку внаслідок травм, інтоксикацій, соматичних

захворювань, ми розглядаємо порушення психіки в межах психоорганічного реєстр-синдрому, екзо- чи ендогенно зумовленого. І діагноз психічного розладу буде встановлюватись відповідно до рубрики МКХ-10 *F00-F09* – Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади. Так, це можуть бути деменції: *F00*– при хворобі Альцгеймера, *F01*– судинна деменція, *F02*– при хворобах, кваліфікованих в інших розділах(Піка, Крейцфельдта-Якоба, Гентінгтона, Паркінсона, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), інших уточнених захворюваннях, класифікованих в інших розділах), *F03* – деменції, неуточнені, без додаткової симптоматики та з іншими симптомами, переважно маячними, галюцинаторними, депресивними різного ступеня важкості. Як прояв екзоорганічних реакцій можуть бути *F04* – органічний амнестичний синдром, не обумовлений алкоголем або іншими ПАР; *F05* – делірій, не обумовлений алкоголем або іншими ПАР; *F06* – інші психічні розлади внаслідок ушкодження чи дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби, а саме: *F06.0* – органічний галюціноз, *F06.1* – органічний кататонічний розлад, *F06.2* – органічний маячний (шизофреноподібний) розлад, *F06.3* – органічні (афективні) розлади, *F06.4* – органічний тривожний розлад, *F06.5*– органічні дисоціативні розлади, *F06.6* – органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади, *F06.7* – легкий когнітивний розлад, *F06.8* – інші уточнені психічні розлади внаслідок пошкодження чи дисфункції головного мозку, або фізичної хвороби, *F06.9* – неуточнені психічні розлади внаслідок ушкодження чи дисфункції головного мозку, або фізичної хвороби; *F07* – розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби пошкодження чи дисфункції головного мозку, а саме: *F07.0*– органічний розлад особистості, *F07.1*– постенцефалічний синдром, *F07.2* – посткомоційний синдром, *F07.8* – інші органічні розлади особистості та поведінки внаслідок захворювання, ушкодження чи дисфункції головного мозку, *F07.9* – неуточнені психічні розлади внаслідок захворювання пошкодження чи дисфункції головного мозку, *F09* – неуточнені органічні або симптоматичні психічні розлади.

Серед учасників АТО найчастіше з цього розділу діагностуються прояви екзоорганічних реакцій. Розлади з рубрик *F04*, *F05*, *F06.0*, *F06.1*, *F06.2*, *F06.3*, *F06.5* після діагностики потребують лікування в спеціалізованому стаціонарі, або хоча б під наглядом психіатра. В загальносоматичному стаціонарі найчастіше діагностуються розлади рубрик *F06.4* та *F06.6*, у таких випадках лікування може бути продовжено з доповненням психофармкорекції психічних порушень під наглядом психіатра без переводу у спеціалізоване відділення.

F06. Інші психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби – ця категорія включає різні стани, причинно пов'язані з дисфункцією мозку внаслідок первинного церебрального захворювання, системного захворювання, яке вторинно вражає мозок, ендокринних

розладів, таких як синдром Кушинга, або інших соматичних захворювань і в зв'язку з деякими екзогенними токсичними речовинами (виключаючи алкоголь і препарати, що класифіковані в F10-F19) або гормонами. Загальним при цих станах є те, що клінічні риси самі по собі не дозволяють зробити можливий діагноз органічного психічного розладу, такого як деменція або делірій. Їх клінічний прояв скоріше нагадує або ідентичний тим розладам, які не вважаються «органічними» в специфічному понятті даного розділу цієї класифікації. Їх включення сюди засновано на гіпотезі, що вони безпосередньо викликані церебральною хворобою або дисфункцією, а не поєднуються випадково з ними і не є психологічною реакцією на ці симптоми, як наприклад, шизофреноподібні розлади, пов'язані з епілепсією, що має довгостроковий перебіг. Рішення класифікувати клінічні синдроми в цій категорії підтримується наступними факторами: а) наявність хвороби, пошкодження або дисфункції головного мозку або системного фізичного захворювання, яке визначено пов'язано з одним із згаданих синдромів; б) взаємозв'язок у часі (тижні або кілька місяців) між розвитком основного захворювання і початком розвитку психічного синдрому; в) одужання від психічного розладу слідом за усуненням або лікуванням передбачуваного основного захворювання; г) відсутність можливих даних про інші причини психічного синдрому (такі, як виражена сімейна обтяженість або фактору, що проковує стрес). Умови а) і б) виправдовують можливий діагноз; якщо присутні всі 4 фактори, достовірність діагностики зростає. Відносний ризик появи синдромів, що класифікуються в цьому розділі, збільшується при наявності: епілепсії; лімбічного енцефаліту; хвороби Гентингтона; травми головного мозку; новоутворень мозку; екстракраніальної неоплазми з віддаленими наслідками для ЦНС (особливо це стосується карциноми підшлункової залози); церебрально-судинних хвороб, ураження або вроджених вад розвитку; системного червоного вовчачка та інших колагенозів; ендокринних захворювань (особливо гіпо- і гіпертиреозидизму, хвороби Кушинга); обмінних захворювань (гіпоглікемії, порфірії, гіпоксії); тропічних інфекційних та паразитарних хвороб (трипаносомозу); токсичного ефекту неспиритропних препаратів пропранололу, 1-допи, метилдопи, стероїдних, антигіпертензивних, антималярійних препаратів). При цьому виключаються: психічні розлади з делірієм (F05.-); психічні розлади з деменцією, що класифікуються підрубрику F00-F03; психічні розлади внаслідок вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (F10 - F19).

До *клінічних критеріїв* рубрики F06. Інші психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби – відносяться: *G1.* об'єктивні дані (фізичного і неврологічного обстеження і лабораторних тестів) та (або) анамнестичні відомості про захворювання, пошкодження або дисфункції мозку або про системне фізичне захворювання, яке

може викликати церебральну дисфункцію, включаючи гормональні порушення (не пов'язані з алкоголем або іншими ПАР) і ефекти непсихоактивних препаратів; *G2*. передбачуваний зв'язок за часом між розвитком (або вираженою екзацербациєю) пошкодження або дисфункції мозку і початком психічного розладу, симптоми якого виникають відразу або відставлені за часом, лежить в основі стану (захворювання); *G3*. одужання або значне поліпшення психічного стану після зникнення або ослаблення чинників, які передбачаються в якості причинних для даного стану; *G4*. відсутність достовірних даних про альтернативну обумовленість психічного розладу, наприклад про високу спадкову навантаженість клінічно подібними або спорідненими розладами.

При наявності критеріїв *G1*, *G2* і *G4* виправданий тимчасовий діагноз, а при додатковому наявності критерію *G3* діагноз вважається остаточним.

У пацієнтів, які лікуються в загальносоматичних або експертних відділеннях, соматична патологія часто є коморбідною порушенням психіки з рубрики *F06.6* Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад, який характеризується вираженою і постійною емоційною нестриманістю або лабільністю, стомлюваністю або різноманітними неприємними фізичними відчуттями (наприклад, запамороченнями) і болями, що ймовірно виникають внаслідок органічного розладу. Вважається, що цей розлад частіше виникає в зв'язку з цереброваскулярними захворюваннями або гіпертонією, ніж у зв'язку з іншими причинами. При цьому виключаються: соматоформні розлади неорганічної природи або неуточнені (*F45.-*). Виділяються такі підваріанти Органічного емоційно лабільного (астенічного) розладу в залежності від причини, що відомі з анамнезу життя чи хвороби: *F06.60*– у зв'язку з травмою головного мозку, *F06.61*– у зв'язку з судинним захворюванням головного мозку, *F06.62*– у зв'язку з епілепсією, *F06.63*– у зв'язку з новоутворенням (пухлиною) головного мозку, *F06.64*– у зв'язку з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекція), *F06.65*– у зв'язку з нейросифілісом, *F06.66*– у зв'язку з іншими вірусними і бактеріальними нейроінфекціями, *F06.67*– у зв'язку з іншими захворюваннями, *F06.68*– у зв'язку зі змішаними захворюваннями, *F06.69*– у зв'язку з неуточненим захворюванням.

Клінічними *діагностичними критеріями F06.6* Органічного емоційно лабільного (астенічного) розладу – є: *А.* загальні критерії *F06*; *Б.* у клінічній картині домінує емоційна лабільність (неконтрольованість, нестабільність і коливання в проявах емоцій); *В.* спостерігаються різноманітні неприємні фізичні відчуття, такі як запаморочення і біль. При цьому стомлюваність і млявість (астенія) виявляються часто, але не є необхідними для діагнозу когнітивного розладу.

Статистика поранень у учасників АТО свідчить про досить велику частоту різного роду ЗЧМТ. При проведенні клініко-психопатологічного та патопсихологічного дослідження у них виявляються ознаки характерні для рубрики

F07 Розлади особистості і поведінки, зумовлені хворобою, ушкодженням або дисфункцією головного мозку, а саме *F07.2* Постконтузійного (посткомоційного) синдрому.

Коли йдеться про рубрику *F07* Розлади особистості і поведінки, зумовлені хворобою, ушкодженням або дисфункцією головного мозку, то ми розуміємо, що зміни особистості і поведінки можуть бути резидуальними або супутніми розладами при пошкодженні або дисфункції головного мозку. У деяких випадках різні прояви таких резидуальних або супутніх особистісних і поведінкових симптомів можуть говорити про різні типи та/або локалізації інтракраніального вогнища, але надійність такої діагностики не повинна бути переоцінена. Тому етіологія основного захворювання повинна бути встановлена самостійними методами і, якщо відома, зафіксована.

Клінічними критеріями F07 Особистісних та поведінкових розладів внаслідок хвороби, пошкодження і дисфункції головного мозку – є: *G1.* об'єктивні дані (фізичного і неврологічного обстеження і лабораторних тестів) та(або) анамнестичні відомості про церебральне захворювання, пошкодження або дисфункцію; *G2.* відсутність розладів свідомості або істотного порушення пам'яті; *G3.* відсутність достатніх даних про альтернативну обумовленість особистісних або поведінкових розладів, які б виправдали віднесення їх до рубрики *F6*.

F07.2 Посткомоційний синдром – виникає слідом за травмою голови (зазвичай досить важкою, щоб привести до втрати свідомості) і включає ряд різних симптомів, таких як головний біль, запаморочення (не має зазвичай рис справжнього вертиго), стомлюваність, дратівливість, труднощі в зосередженні і виконанні розумових завдань, порушення пам'яті, безсоння, знижена толерантність до стресу, емоційних навантажень або алкоголю. Ці симптоми можуть супроводжуватися депресією або тривогою через втрату почуття власної гідності і боязні постійного ушкодження мозку. Такі почуття підсилюють основні симптоми, в результаті чого з'являється порочне коло. Деякі хворі страждають іпохондричністю, націлюються на пошук діагнозу і лікування і можуть прийняти на себе роль постійного хворого. Але скарги у цих хворих не обов'язково пов'язані з рентними мотивами. Етіологія цих симптомів не завжди ясна, і вважається, що як органічні, так і психологічні чинники можуть бути відповідальні за їх появу, тому нозологічний статус цього стану дещо невизначений. Однак немає сумніву в тому, що цей синдром часто зустрічається і доставляє занепокоєння хворим.

Нозологічне положення цього синдрому неясно і критерій 01 у вступній частині цієї рубрики не завжди може бути встановлений. Проте, для дослідників цього стану рекомендуються наступні *критерії*: *А.* виявляються загальні критерії *F07*; *Б.* анамнестичні відомості про травму голови з втратою свідомості перед розвитком симптоматики в період до 4 тижнів (об'єктивні підтвердження ураження

мозку з боку ЕЕГ, картування мозку і окулоністагмографії можуть бути відсутніми): *В.* мінімум три ознаки з числа наступних: 1) скарги на неприємні відчуття і болі, такі як головний біль, запаморочення (зазвичай без характеристик істинного вертиго), загальне нездужання і підвищена стомлюваність або непереносимість шуму; 2) емоційні зміни, такі як дратівливість, емоційна лабільність (яка легко провокується і підсилюється емоційним збудженням або стресом), деяка ступінь депресії і (або) тривоги; 3) суб'єктивні скарги на труднощі зосередження уваги і при виконанні розумових навантажень, а також на порушення пам'яті (при відсутності чітких об'єктивних даних, наприклад, по психологічним тестам про виражені порушення) 4) безсоння; 5) зниження толерантності до алкоголю; 6) заклопотаність вище переліченими симптомами і страх хронічного ураження мозку до ступеня іпохондричних надцінних ідей і прийняття ролі хворого.

Ретельна оцінка за інструментальними даними (ЕЕГ, викликані потенціали з області мозкового стовбура, нейроінтроскопія, окулоністагмографія) може дати об'єктивні відомості в підтримку наявності симптомів, але часто ці дані негативні.

Включаються: контузія (енцефалопатія); синдром наслідків струсу мозку (енцефалопатія); посттравматичний мозковий синдром, непсихотичний.

Необхідність диференціальної діагностики рубрик *F0-F4* виникає тоді, коли основною скаргою хворого є тривога в різних її проявах.

F06.4 Органічний тривожний розлад – це розлад, що характеризується основними описовими ознаками генералізованого тривожного розладу (*F41.1*), панічного розладу (*F41.0*) або їх комбінації, що виникають як наслідок органічного розладу, який здатний викликати церебральну дисфункцію (наприклад, скроневої епілепсії, тиреотоксикозу або феохромоцитому). Виключаються: тривожні розлади неорганічної природи або неуточнені (*F41*). Виділяють такі *клінічні підваріанти* Органічного тривожного розладу в залежності від причини: *F06.40* – у зв'язку з травмою головного мозку, *F06.41* – у зв'язку з судинним захворюванням головного мозку, *F06.42*– у зв'язку з епілепсією, *F06.43* – у зв'язку з новоутворенням (пухлиною) головного мозку, *F06.44* – у зв'язку з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекція), *F06.45* – у зв'язку з нейросифілісом, *F06.46* – у зв'язку з іншими вірусними та бактеріальними нейроінфекціями, *F06.47* – у зв'язку з іншими захворюваннями, *F06.48* – у зв'язку зі змішаними захворюваннями, *F06.49* – у зв'язку з неуточненими захворюваннями. Клінічними діагностичними критеріями є: *А.* загальні критерії *F06*, *Б.* стан повинен відповідати критеріям *F41.0* або *F41.1*. Основним диференціальним критерієм є вказівка на органічне ураження головного мозку на відміну від інших тривожних розладів, які відносяться до психогенно-невротичного реєстру.

Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади *F40-F48* об'єднані в

одну велику групу в силу їх історичного зв'язку з концепцією неврозу і зв'язку основної (хоча і не точно встановленої) частини цих розладів з психологічними причинами. Як зазначено в загальному введенні до МКХ-10, поняття неврозу було збережено не в якості основного принципу, а з метою полегшення ідентифікації тих розладів, які деякі фахівці можуть як і раніше вважати невротичними в їх власному розумінні цього терміну. Часто спостерігаються поєднання симптомів (найпоширенішим є співіснування депресії і тривоги), особливо у випадках менш важких розладів, зазвичай зустрічаються в сфері первинної медичної допомоги. Незважаючи на те, що треба прагнути до виділення провідного синдрому, для тих випадків поєднання депресії і тривоги, в яких було б штучним наполягати на такому рішенні, передбачена змішана рубрика депресії і тривоги.

Сама ситуація перебування у зоні бойових дій, постійна небезпека для життя, зіткнення зі смертю є психотравмуючою ситуацією, інтенсивним та значущим стресом, що викликає як гострі реакції, так і актуалізує існуючі невротичні механізми. Саме тому у учасників АТО, при відсутності даних про ураження головного мозку, практично у всіх може бути діагностовано Реакцію на важкий стрес і розлади адаптації *F43*. Розлади, що розглядаються в даній рубриці, завжди виникають як прямий наслідок гострого важкого стресу або пролонгованої травми. Стресова подія або тривалі неприємні обставини є первинним і основним причинним фактором, і розлад не може виникнути без їх впливу.

Ця категорія відрізняється від інших тим, що включає розлади, які визначаються не тільки на основі симптоматології і динаміки, а й на підставі наявності одного чи іншого з двох причинних факторів: виключно сильної стресової життєвої події, що викликає гостру стресову реакцію, або відбулася значна зміна в житті, що привела до неприємних обставин, які тривало зберігаються, в результаті чого розвивається розлад адаптації. Хоча менш важкий психосоціальний стрес («життєва подія») може провокувати початок або сприяти появі дуже широкого діапазону розладів, що класифікуються в інших рубриках цього класу, його етіологічне значення не завжди ясно і в кожному випадку залежить від індивідуальної, часто особливої уразливості. Іншими словами, наявність психосоціального стресу не потрібна і недостатня для пояснення виникнення і форми розлади. У цю категорію включаються реакції на важкий стрес і розлади адаптації у всіх вікових групах, включаючи дітей і підлітків.

До розладів адаптації I рівня – *непатологічна дезадаптації* – відноситься реакція горя, тобто емоційна та поведінкова реакція організму на втрату (не тільки смерть близької людини, а важка травма або захворювання, втрата соціального статусу, ідеалів, звичного способу життя). Зовнішні прояви цієї реакції залежать від етнокультурних особливостей.

Реакція горя має 3 фази: 1 – заперечення або протест (хвилини-місяці); 2 –

усвідомлення втрати (туга, при якій, на відміну від депресії, самооцінка не знижується), характерні редуція соціальних контактів, дезорганізація, безцільність, метушливість, можливі функціональні галюцинації (тижні-роки); 3 – фаза реорганізації – повернення до реальності, цієї фази немає при патологічній реакції горя.

Прівень – *патологічна дезадаптація* – передхворобливий стан.

III рівень – *реактивні психози* – хвороби, які лікуються тільки в спеціалізованому психіатричному стаціонарі.

Розлади пристосувальних реакцій (за МКХ-10 – розлади адаптації) виникають внаслідок суттєвих змін життєвого устрою, обумовлених надзвичайною подією (НП).

Згідно DSM-IV– МКХ-10, розлади адаптації, які запускаються стресорами різної інтенсивності, мають різноманітні прояви.

Кожен з окремих симптомів, з яких складаються гостра реакція на стрес і розлад адаптації, може зустрічатися і при інших розладах, але є деякі особливі ознаки в тому, як проявляються ці симптоми, що виправдовує об'єднання цих станів у клінічній одиниці.

Третій стан в цьому підрозділі – *післятравматичний стресовий розлад* – має відносно специфічні і характерні клінічні ознаки.

Розлади в цій рубриці можуть розглядатися як порушені адаптаційні реакції на важкий пролонгований стрес, в тому сенсі, що вони перешкоджають дії механізму успішної адаптації і тому ведуть до порушеного соціального функціонування.

Акти самоушкодження, найчастіше – самоотруєння виписаними ліками, що збігаються у часі з початком стресової реакції або адаптаційного розладу, відзначаються за допомогою додаткового коду X з Класу XX МКХ-10. Ці коди не дозволяють провести диференціацію між спробою суїциду і «парасуїциду», тому що обидва поняття включені в загальну категорію самоушкодження.

F43.0 Гостра реакція на стрес – це транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається у осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і зазвичай проходить протягом кількох годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці або фізичній цілісності індивідуума або референтної особи (наприклад, природна катастрофа, нещасний випадок, бойові дії, злочинна поведінка, зґвалтування) або надзвичайно різка і загрозлива зміна в соціальному становищі та/або оточенні хворого, наприклад, втрата багатьох близьких або пожежа в будинку. Ризик розвитку розладу збільшується при фізичному виснаженні або наявності органічних факторів (наприклад, у літніх хворих). У виникненні та вираженості гострих реакцій на стрес грають роль індивідуальна

вразливість і адаптивні здібності; про це свідчить той факт, що цей розлад розвивається не у всіх людей, які зазнали сильного стресу.

Симптоми виявляють типову змішану і мінливу картину і включають початковий стан «оглушення» з деяким звуженням поля свідомості і зниженням уваги, нездатність адекватно реагувати на зовнішні стимули і дезорієнтацію. Цей стан може супроводжуватися або подальшим відходом від навколишньої ситуації (аж до дисоціативного ступору *F44.2*), або ажитацією і гіперактивністю (реакція втечі або фуґа). Часто присутні вегетативні ознаки панічної тривоги (тахікардія, потіння, почервоніння). Зазвичай симптоми розвиваються протягом кількох хвилин після впливу стресового подразника або події і зникають протягом двох-трьох днів (часто годин).

Може бути присутня часткова або повна дисоціативна амнезія (*F44.0*) епізоду.

Якщо симптоматика зберігається, то постає питання про зміну діагнозу і подальше ведення пацієнта.

Для діагностики *F43.0* Гострої реакції на стрес повинен бути обов'язковий і чіткий зв'язок у часі між впливом незвичайного стресору і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж симптоми: а) мають змішану і зазвичай змінну картину; на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жоден з симптомів не переважає на протязі тривалого часу; б) припиняються швидко (щонайбільше протягом декількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес триває або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 діб. Включаються: нервова демобілізація; кризовий стан; гостра кризова реакція; гостра реакція на стрес; бойова втома; психічний шок.

Цей діагноз не може бути використаний для позначення раптових екзацербаций симптомів у осіб, які вже мають симптоми, що відповідають критеріям будь-якого психічного розладу, виключаючи такі в *F60* (Специфічні розлади особистості). Однак, попередній психічний розлад в анамнезі не робить неадекватним використання цього діагнозу.

До *діагностичних критеріїв F43.0* Гострої реакції на стрес відносяться: *A.* вплив виключно медичного або фізичного стресору; *B.* симптоми виникають негайно слідом за дією стресору (протягом 1 години); *B.* виділяються дві групи симптомів: 1. виконуються критерії Б, В і Г для генералізованого тривожного розладу (*F41.1* – Б. повинні бути присутніми щонайменше чотири симптоми з наступного списку, причому один з них з переліку 1-4: 1) посилене або прискорене серцебиття; 2) пітливість 3) тремор або тремтіння; 4) сухість у роті (але не від ліків

або дегідратації); 5) труднощі в диханні; 6) відчуття задухи; 7) біль або дискомфорт у грудях; 8) нудота або абдомінальний дистрес (наприклад, печіння в шлунку); 9) почуття запаморочення, нестійкості або непритомності; 10) почуття, що предмети нереальні (дереалізація) або що власне Я віддалилося або «По справжньому знаходиться не тут»; 11) страх втрати контролю, божевілля або наступаючої смерті; 12) страх померти; загальні симптоми: 13) припливи або озноб; 14) оніміння або відчуття поколювання; симптоми напруги: 15) м'язова напруга або біль; 16) занепокоєння і нездатність до релаксації; 17) почуття нервозності, «на взводі» або психічної напруги; 18) відчуття грудки в горлі або утруднення при ковтанні; інші неспецифічні симптоми: 19) посилене реагування на невеличкі сюрпризи або на переляк; 20) труднощі в зосередженні уваги або «пустота в голові» через тривогу або занепокоєння; 21) постійна дратівливість; 22) утруднення при засипанні через занепокоєння; В. розлад не відповідає критеріям панічного розладу (F41.0), тривожно-фобічних розладів (F40.-), obsесивно-компульсивного розладу (F42-) або іпохондричного розладу (F45.2); Г. найбільш часто використовувані критерії виключення: тривожний розлад не обумовлений фізичним захворюванням, таким як гіпертиреозидизм, органічним психічним розладом (F00-F09) або розладом, пов'язаним з вживанням ПАР (F10-F19), таким як надмірне вживання амфетаміноподобних речовин або скасування бензодіазепінів); 2. а) відхід від майбутніх соціальних взаємодій, б) звуження уваги, в) прояви дезорієнтації, г) гнів або словесна агресія, д) відчай або безнадійність, е) неадекватна або безцільна гіперактивність, ж) неконтрольоване і надмірне переживання горя (розглядається відповідно до місцевих культурних стандартів); Г. якщо стресор тимчасовий або може бути полегшений, симптоми повинні починати зменшуватися не більше, ніж через 8 годин, якщо стресор продовжує діяти, симптоми повинні почати зменшуватися не більше, ніж через 48 годин; Д. найбільш часто використовувані критерії виключення – реакція повинна розвиватися за відсутності будь-яких інших психічних або поведінкових розладів в МКХ-10 (за винятком F41.1 (генералізовані тривожні розлади) і Р60-(розлади особистості)) і не менше, ніж три місяці після завершення епізоду будь-якого іншого психічного або поведінкового розладу.

Реакція на гострий стрес поділяється за важкістю стану: *F43.00* – легка – виконується тільки нижченаведений критерій 1); *F43.01* – помірна – виконується критерій 1) і є будь-які два симптоми з критерію 2); *F43.02* – важка – виконується критерій 1) і є будь-які 4 симптоми з критерію 2); або є дисоціативний ступор (*F44.2* дисоціативний ступор: А. повинні бути загальні критерії дисоціативних розладів (F44 дисоціативні конверсійні розлади: 01. відсутність фізичного розладу, який міг би пояснити симптоми, що характеризують даний розлад (але можуть бути фізичні розлади, які дають розвиток інших симптомів), 02. є переконливий зв'язок у часі між появою симптоматики розладу і стресовими подіями,

проблемами або потребами), Б. різке зменшення або відсутність довільних рухів і мови, а також нормального реагування на світло, шум і дотики, В. підтримування нормального м'язового тону, статичної пози і дихання (і часто обмежені координовані рухи очей).

Психічні розлади, що найчастіше виникають одразу після психотравмуючої ситуації, формують гостру реакцію на стрес у вигляді 2-х варіантів: психогенного психомоторного збудження або психогенного ступору.

Психогенне збудження характеризується звуженням об'єму уваги, що проявляється утрудненням перебування в межах мимовільної цілеспрямованої діяльності, більшості сприйняття та осмислення. Спостерігається утруднення концентрації (вибірковості) уваги: хворі легко відволікаються, не здатні сприймати звукові сигнали та їх пояснення. Крім цього із затрудненням відбувається відтворення інформації, отриманої в післястресовий період, що пов'язано з прискоренням короткострокової (буферної) пам'яті. Прискорюється темп мислення, посилюється модуляція голосу. Складається враження, що пацієнти розмовляють на підвищених тонах по типу монологу. Спостерігаються вербігерація та персеверація. Підвищується АТ, тахікардія, гіперемія обличчя, гіпергідроз, постійне відчуття голоду та спраги.

При *психогенному ступорі* відбувається різке уповільнення психічної та моторної діяльності, з'являються *дереалізаційні* розлади у вигляді явищ відчуження від оточуючого світу, предмети стають ніби «нереальними», це стосується і звуків (голоси людей втрачають індивідуальність, специфічність). Характерні *метаморфозії* (а саме *порропсії* – змінюється відстань між предметами, *геміанопсія* – сприйняття в перевернутому на 180° вигляді). Характерна розгубленість.

Після завершення гострої реакції на стрес, коли зникає реальна загроза, настає перехідний період, перебіг та тривалість якого залежать від типу перенесеної психотравми.

При найменшій вірогідності повторення травмуючої ситуації перехідний період триває всього декілька днів з диссомніями, порушеннями харчової поведінки (поліфагія, полідипсія), зростає суб'єктивно невідчутна внутрішня напруга (прискорюється пульс, підвищується АТ), з'являється нерішучість та нездатність до прийняття рішень, тобто знижується рівень функціонування особистості. Важливим є факт відсутності у пацієнтів скарг, що пояснюється відсутністю аналізу ставлення особистості до психотравмуючої події.

При загрозі повторення травмуючої ситуації в перехідний період переважають розлади харчової поведінки, при чому реакція залежить від типу особистості (звертання до екстрасенсів, постійне переглядання новин, бажання перебувати біля працівників ДСНС або людей, які здатні надати допомогу). В ряді

випадків мають місце психосоматози, іпохондричні переживання. Поведінка людей в даний момент спрямована на мінімізацію загрози, що призводить до максимального звуження мікросоціуму пацієнта (соціальний егоцентризм).

При травмуючій ситуації, яка виникла, але не завершилась і може тривати невизначений час (захоплення заручників), має місце *континуальний стрес*. Поведінка людини в даному випадку обумовлена наступними факторами: інстинктом самозбереження; фізичними та психічними особливостями особистості; умовами перебування (один чи в групі) та професією (медики); проблемами, пов'язаними з проведенням певних ритуальних заходів, які є своєрідними культуральними психотерапевтичними заходами (типу дебрифінгу), які спрямовані на «вентиляцію» емоцій, та приносять полегшення, пом'якшуючи тугу.

Тривалість періоду – 6-7 тижнів, в подальшому ПТСР, виникнення якого можливе і без гострої реакції на стрес (ГРС), а як відстрочена реакція на травмуючу подію, яка формує уявлення про малоцінність людського життя. При збереженому інстинкті самозбереження призводить до підвищення внутрішньої напруги; а саме надмірна запобігливість, над-зосередженість на начебто загрозових подіях, за рахунок чого відбувається звуження кола уваги – недостатність утримання в полі довільної цілеспрямованої діяльності великої кількості об'єктів, явищ та понять, та нездатність оперувати ними). Значущими є розлади, які суб'єктивно сприймаються як різноманітні порушення пам'яті, що пов'язані в першу чергу із затрудненнями концентрації уваги, а також *флешбеки* – мимовільні, але яскраві спогади про психотравмуючі події, що нерідко важко розрізнити з реальною дійсністю, *дизнойяльні стани*, близькі до *обнубіляції*, по виході – *дисфорії* з агресією. Характерні диссомнічні розлади: пресомнічні (утруднення засинання), обумовлені впливом спогадів, немотивованої тривоги, кошмарами, пов'язаними з психотравмуючою подією. Можливі субдепресивні розлади з надмірною сенситивністю, дратівливістю, невдоволеністю собою та неможливістю втримання афекту, *алекситимією* (нездатністю вербалізації емоцій, які переживають), *ангедонією* (нездатністю отримувати задоволення), що ще більше віддаляє їх від близьких. Необхідно підкреслити їх надмірну навіюваність, схильність до азартних ігор та дипсоманії, так звана «набута безпорадність» перед можливою неминучістю надзвичайної ситуації, а також пошук винуватих.

Але разом із тим всі «жертви» травматичних подій підкреслюють позитивний набутий досвід, завдяки якому відбулась переоцінка цінностей та бажання повернути минуле.

F43.1 Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР) – розвивається як відставлена та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозового або катастрофічного характеру, які в принципі можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад,

природні або штучні катастрофи, битви, серйозні нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви тортур, тероризму, зґвалтування або іншого злочину).

Предиспонує чинники, такі як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або попереднє невротичне захворювання, можуть знизити поріг для розвитку цього синдрому або погіршити його перебіг, але вони не є обов'язковими і недостатні для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» і емоційного притуплення, відчуження від інших людей, відсутність реакції на навколишнє, ангедонії і ухиляння від діяльності і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай індивідуум боїться і уникає того, що йому нагадує про первинну травму. Зрідка бувають драматичні, гострі спалахи страху, паніки або агресії, які провокуються стимулами, що викликають несподівані спогади про травму або про первісну реакцію на неї. Зазвичай має місце стан підвищеної вегетативної збудливості з підвищенням рівня неспання, посиленням реакції переляку і безсонням. З перерахованими вище симптомами та ознаками зазвичай поєднуються тривога і депресія, нерідко є *суїцидальна ідеяція*, ускладнюючим фактором може бути надмірне вживання алкоголю або наркотиків.

Початок даного розладу виникає слідом за травмою після латентного періоду, який може варіювати від декількох тижнів до місяців (але рідше більше 6 місяців). Перебіг хвилеподібний, але в більшості випадків можна очікувати одужання.

У невеликій частині випадків стан може набувати хронічного перебігу протягом багатьох років і переходити в стійкі зміни особистості після переживання катастроф (*F62.0*). Хронічна зміна особистості може розвинутися слідом за стресом катастрофи. Стрес може бути таким важким, що немає необхідності враховувати індивідуальну вразливість для пояснення його глибокого впливу на особистість. Це і перебування в концентраційних таборах, тортури, стихійні лиха, тривалі обставини, що загрожують життю (наприклад, положення заручника, тривале захоплення в полон з постійною можливістю бути вбитим). Цьому типу особистісних змін може передувати ПТСР і тоді вони можуть розглядатися як хронічне, незворотне продовження стресового розладу. Однак в інших випадках хронічні зміни особистості відповідають наведеним нижче критеріям, можуть розвинутися без проміжної фази маніфестного післятравматичного розладу. Проте, тривалі зміни особистості слідом за короткочасними загрозливими для життя ситуаціями, такими як дорожньо-транспортна пригода, не повинні включатися в цю рубрику, оскільки останні дослідження вказують, що такий тип розвитку залежить від попередньої психологічної уразливості. Для діагностики *F62.0* слід

враховувати, що зміни особистості мають бути хронічними і виявлятися стійкими ознаками дезадаптації, які приводять до порушення в міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні, зміна особистості має бути підтверджена ключовим інформантом. Для діагнозу необхідно встановити наявність ознак, що не спостерігалися раніше, таких як: а) вороже або недовірливе ставлення до світу; б) соціальна відгородженість; в) відчуття спустошеності і безнадії; г) хронічне відчуття тривожності, немов би постійної загрози, існування «на межі»; д) відчуженість. Такі зміни особистості мають відзначатися протягом мінімум 2 років і не повинні бути зумовленими попереднім розладом особистості або психічним розладом, за винятком ПТСР. Повинна бути виключена наявність ушкодження або хвороби мозку, які могли б зумовити подібні клінічні ознаки. Включаються: зміна особистості після перебування в концентраційному таборі; зміна особистості після тривалого полону з постійною можливістю бути вбитим; зміна особистості після тривалого перебування у ситуації загрозливій для життя, (жертви тероризму, катувань); зміна особистості після тривалого лиха. Виключається: післятравматичний стресовий розлад.

При діагностиці *F43.1* Післятравматичного стресового розладу – слід пам'ятати, що цей розлад не повинен діагностуватися, якщо немає доказів, що він виник протягом 6 місяців після важкої травматичної події. «Можливий» діагноз виставляється, якщо проміжок між подією і початком більш 6 місяців, але клінічні прояви типові і немає ніякої можливості альтернативної кваліфікації розладів (наприклад, тривожний або obsесивно-компульсивний розлад, чи депресивний епізод). Докази наявності травми повинні бути доповнені повторюваними нав'язливими спогадами про подію, фантазіями і уявленнями в денний час. Помітна емоційна відчуженість, заціпеніння почуттів і уникнення стимулів, які могли б викликати спогади про травму, зустрічаються часто, але не є необхідними для діагностики. Вегетативні розлади, розлад настрою і порушення поведінки можуть включатися в діагноз, але не є першочергово значущими. Віддалені ж хронічні наслідки спустошуючого стресу, тобто ті, які маніфестують через десятиліття після стресового впливу, повинні класифікуватися в *F62.0*. Включається до *F43.1*: травматичний невроз.

Діагностичними критеріями F43.1 Післятравматичного стресового розладу є: *А.* в житті хворого повинна відбутися стресова подія або ситуація (як короткочасна, так і довготриваюча) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума; *Б.* стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або повторне переживання горя при виникненні обставин, що нагадують чи асоціюються зі стресором; *В.* хворий фактично уникає або прагне уникати обставин, що нагадують, або асоціюються зі стресором (чого не

спостерігалось до впливу стресору); *Г.* будь-що з двох: *1.* психогенна амнезія, *2.* стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресору), представлені будь-якими двома з наступних: *а)* утруднення засинання або збереження сну; *б)* дратівливість або вибухи гніву; *в)* труднощі концентрації уваги; *г)* підвищення рівня неспанья; *д)* посилений рефлекс четверохолмія. При цьому критерії *Б, В* і *Г* виникають протягом 6 місяців стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу (для деяких випадків початок розладу, відставлений більш ніж на 6 місяців, може бути включеним, але ці випадки повинні бути точно визначені окремо).

Головний фактор розвитку ПТСР – не сила стресу, а рівень компенсаторних можливостей та ресурсів особистості, а також здатність до адаптації та вміння самостійно протидіяти стресу. Зрив регуляції призводить до формування психопатологічних симптомів, чому сприяє емоційно-лабільна акцентуація характеру та особистісна тривожність (ОТ). Своєчасна реабілітація дає можливість запобігти розвитку ПТСР.

Виділяють декілька *клінічних варіантів ПТСР* (Чабан, Хаустова, 2010): тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний, психосоматичний.

До структури ПТСР входять наступні симптоми тривалістю більше 1 місяця: *А* – причини ПТСР; *В* – симптоми когніції (флешбеки, нав'язливі спогади, нічні кошмари); *С* – емоційні симптоми (психологічна амнезія, ангедонія, алекситимія як психопатологічна характеристика, відсутність планів на майбутнє, дистимія, зниження концентрації уваги); *Б* – фізіологічні симптоми (збудження, інсомнія, підвищення проявів вегетативних реакцій); *Р* – порушення функціонування.

Згідно DSM-IV ПТСР можливо діагностувати не раніше, а лише через перші 30 днів після психотравми. Згідно МКХ-10 ПТСР розглядається як відставлена реакція на стрес, що затягнулась після латентного періоду. Згідно DSM-IV перед ПТСР не передбачається латентний період, а стан після ГРС в перші 3 місяці кваліфікують як відставлену реакцію. Діагноз «перехідний період» не існує в класифікації, але це саме той час, коли відбувається формування або неформування клінічної картини психопатологічного розладу.

На даному етапі можливе надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги, тобто профілакувати розвиток ПТСР, що значно підвищує рівень ефективності всього комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на ресоціалізацію постраждалих.

Взагалі згідно МКХ-10 розлади пристосувальних реакцій (адаптації) виникають протягом місяця після стресу і тривають до 6 місяців, крім F43.21 – пролонгованої депресивної реакції. Якщо ж стресор та його наслідки тривають, залишаються і розлади адаптації.

F43.2 Розлади адаптації (розлад пристосувальних реакцій) – стани

суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що зазвичай перешкоджають соціальному функціонуванню та продуктивності і виникають в період адаптації до значної зміни в житті або стресової життєвої події (включаючи наявність або можливість серйозної фізичної хвороби).

Стресовий фактор може вражати інтегральність соціальної мережі хворого (втрата близьких, переживання розлуки), більш широку систему соціальної підтримки та соціальних цінностей (міграція, стан біженця). Стресор (стрес-фактор) може зачіпати індивідуума або також його мікросоціальне оточення. Важливішу, ніж при інших розладах в F43.-, роль у виникненні і формуванні проявів адаптаційних розладів відіграє індивідуальна схильність або вразливість, але тим не менше вважається, що стан не виникає без стресового чинника.

Прояви різні і включають депресивний настрій, тривогу, занепокоєння (або їх змішання); почуття нездатності справлятися, планувати або продовжувати залишатися в цій ситуації; а також деяку ступінь зниження продуктивності в щоденних справах.

Індивідуум може відчувати схильність до драматичної поведінки і спалахів агресивності, але вони зустрічаються рідше. Проте, додатково, особливо у підлітків, можуть відзначатися розлади поведінки (наприклад, агресивна чи асоціальна поведінка). Жоден з симптомів не є настільки істотним або переважаючим, щоб свідчити про більш специфічний діагноз. Регресивні феномени найчастіше є частиною симптоматики. При переважанні цих рис слід використовувати *F43.23*. Початок зазвичай протягом місяця після стресової події або зміни життя, а тривалість симптоматики зазвичай не перевищує 6 місяців (крім *F43.21* – пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації). При збереженні симптоматики діагноз слід змінити відповідно до наявної клінічної картини. Контакти з медичною та психіатричною службами внаслідок нормальних реакцій горя, які відповідають культуральному рівню даної особи і, як правило, не перевищують 6 місяців, не повинні позначатися кодами цього Класу (F), а повинні кваліфікуватися за допомогою кодів Класу XXI МКХ-10, такими як, *Z-71*. (консультування) або *Z73.3* (стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках). Реакції горя будь-якої тривалості, які оцінюються, як аномальні внаслідок їх форми або змісту, повинні кодуватися як *F43.22*, *F43.23*, *F43.24* або *F43.25*, а ті, які залишаються інтенсивними та тривають понад 6 місяців, – *F43.21* (пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації).

Діагноз *F43.2* Розладів адаптації (приспосувальних реакцій) – залежить від оцінки співвідношення між: а) формою, змістом і вагомістю симптомів; б) анамнестичними даними і особистістю; в) стресовою подією, ситуацією і життєвою кризою. Наявність третього фактору має бути чітко встановлена і повинна бути вагомою, хоча можливі і приблизні докази, що розлад не з'явився б без цього. Якщо

стресор відносно слабкий і якщо часовий зв'язок (менше 3 місяців) не може бути встановлений, розлад слід класифікувати в іншій рубриці відповідно до наявних ознак. Включаються: культурний шок; реакція горя; госпіталізм у дітей. Виключаються: тривожний розлад у дітей, викликаний розлукою (*F93.0*). При критеріях розладів адаптації клінічна форма або переважаючі ознаки повинні бути уточнені по п'ятому знаку.

Клінічні критерії: *А.* розвиток симптомів має відбуватися протягом 1 місяця після впливу ідентифікованого психосоціального стресору, який не є незвичайним або катастрофічним; *Б.* симптоми або порушення поведінки по типу тих, що виявляють при інших афективних розладах (*F30-F39*) (за винятком марення і галюцинацій), будь-яких розладах в *F40-F48* (невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади) і розладах поведінки (*F91-*), але при відсутності критеріїв для цих конкретних розладів, симптоми можуть варіювати за формою і важкістю.

Серед *F43.2* Розладів адаптації (приспосувальних реакцій) виділяють такі клінічні варіанти: *F43.20* Короткочасна депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації – це транзиторний м'який депресивний стан, що не перевищує 1 місяця по тривалості; *F43.21* Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації – це легкий депресивний стан у відповідь на тривалий вплив стресової ситуації, але продовжується не більш 2 років; *F43.22* Змішана тривожна і депресивна реакція, яка включає симптоми і тривоги, і депресії чітко виражені, але за рівнем не вище, ніж визначено для змішаного тривожного і депресивного розладу (*F41.2*) або інших змішаних тривожних розладів (*F41.3*); *F43.23* з переважанням розладів інших емоцій (при цьому наявні симптоми зазвичай декількох емоційних типів, такі як тривога, депресія, неспокій, напруженість і гнів; симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожно-депресивного розладу (*F41.2*) або інших змішаних тривожних розладів (*F41.3*), але вони не настільки домінують, що інші більш специфічні депресивні або тривожні розлади могли б бути діагностовані); *F43.24* з переважанням порушення поведінки (основне порушення зачіпає поведінку, наприклад, реакція горя проявляється агресивною або асоціальною поведінкою); *F43.25* зі змішаними розладами емоцій і поведінки (і емоційні симптоми, і порушення поведінки чітко виражені); *F43.28* з іншими уточненими переважаючими симптомами (всі симптоми тривають не більше, ніж 6 місяців після припинення дії стресу або його наслідків, за винятком *F43.21* (пролонгована депресивна реакція), але цей критерій не повинен перешкоджати попереднім діагнозам); *F43.8* інші реакції на важкий стрес (слід зазначити: у цю рубрику відносяться нозогенні реакції, що виникають у зв'язку з важким соматичним захворюванням (останнє виступає в якості психотравмуючої події); страхи і тривожні побоювання з приводу свого нездоров'я і неможливості повної соціальної реабілітації, які поєднуються із загостреним

самоспостереженням, гіпертрофованою оцінкою загрози здоров'ю наслідків захворювання (невротичні реакції); при затяжних реакціях на перший план виступають явища ригідної іпохондрії з ретельною реєстрацією найменших ознак тілесного неблагополуччя, встановленням щадного «обереігаючого» від можливих ускладнень або загострень соматичної хвороби режиму (дієта, верховенство відпочинку над роботою, виключення будь-якої інформації, яка сприймається як «стресорна», жорстка регламентація фізичних навантажень, прийому медикаментів тощо); у ряді випадків усвідомлення патологічних змін в діяльності організму супроводжується не тривогою і страхом, але прагненням до подолання недуги з почуттям здивування і образи («іпохондрія здоров'я»); звичайним стає питання про те, як могла статися катастрофа, що вразила тіло; домінують ідеї повного відновлення «за будь-яку ціну» фізичного і соціального статусу, ліквідації причин захворювання та його наслідків; хворі відчують в собі потенційні можливості зусиллям волі «переламати» хід подій, позитивно вплинути на перебіг та результат соматичного страждання, «модернізувати» лікувальний процес наростаючими навантаженнями або фізичними вправами, виробленими всупереч медичним рекомендаціям; синдром патологічного заперечення хвороби поширений переважно у хворих із загрозливою для життя патологією (злоякісні новоутворення, гострий інфаркт міокарда, туберкульоз з вираженою інтоксикацією та ін.); повне заперечення захворювання, пов'язане з переконаністю в абсолютному збереженні функцій організму, зустрічається відносно рідше, найчастіше спостерігається тенденція до мінімізації важкості проявів соматичної патології; включається: «Іпохондрія здоров'я»; виключається: Іпохондричний розлад (F45.2)); F43.9 Реакція на важкий стрес, неуточнена (слід зазначити: у цю рубрику відносяться реакції, що виникають у зв'язку психотравмуючими подіями, які важко чітко виокремити).

Наявність соматичної патології є важливим діагностичним критерієм в осіб, що брали участь в АТО, оскільки при наявності органічного ушкодження головного мозку внаслідок травми чи внаслідок дії підвищеного тиску або метаболічних порушень змінюється підхід до постановки правильного діагнозу по класифікації МКХ-10, а відповідно і до лікування, експертизи та реабілітації.

Література та джерела

1. Астапов Ю.Н. Нужно учиться жить заново: Актуальное интервью // Therapia. – 2015. – № 3 (96). – С. 3-6.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: Методичні рекомендації / Укладачі: Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. – Харків, 2014. – 80 с.
3. Дроздов А. А. Дроздова М. В. Полный справочник психотерапевта. – Эксмо, 2010. – 704 с.
4. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції // Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine.– 2014. – № 1(5).– С. 5-16.
5. Караяни Ю.М., Караяни А.Г. Тренинговые технологии гармонизации Я-концепции инвалидов боевых действий // Инвалиды и общество. – 2014. – № 2 (14). – С. 17-25.
6. Медико-психологічна та реабілітаційна допомога учасникам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://pda.apteka.ua/article/323836>. – 2015. – 23.02.
7. Педаченко Є.Г., Данчин О.Г., Поліщук М.Є., Цимбалюк В.І. Організація надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги у військовий час згідно оборонної військової доктрини // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2015. – Т. 19; № 1. – С. 4-8.
8. Посттравматичний стресовий розлад: сучасні можливості діагностики та терапії // Ваше здоров'я. – 2015, 17 квітня. – № 15-16. – С. 20-21.
9. Стресс и сердечно-сосудистые заболевания: Обзор материалов НПК «Стрес і серцево-судинні захворювання: національна стратегія в сучасних умовах України» (в рамках щорічних читань, присвячених пам'яті академіка М.Д. Стражеско, 4-5 березня 2015 р., м. Київ / В.Н. Коваленко, О.С. Чабан, М.І. Лутайта ін.// Медична газета «Здоров'я України». – 2015. – № 8. – С. 38-39.
10. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: Методичний посібник / За ред. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с.
11. Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання // Нейро News. – 2010. – № 4. – С. 10-15.
12. Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al; National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Psychological first aid: field operations

guide. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs; 2006. – URL: www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp.

13. Cogan J. US Military Suicide Rates at Record High; 2009. [(accessed on 4 February 2009)]. – URL: <http://www.wsws.org/articles/2009/feb2009/suic-f04.shtml>.

14. Milliken C.S, Auchterlonie M.S, Hoge C.W. Longitudinal Assessment of Mental Health Problems Among Active and Reserve Component Soldiers Returning from the Iraq War // JAMA. – 2007. – 298(18). – P. 2141-2148. – URL: <http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA480266&doc=GetTRDoc.pdf>. Accessed March 27, 2011.

15. National Institute of Mental Health. Health Topics: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). – URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complete-index.shtml>. Updated August 31, 2010. Accessed March 6, 2011.

Підписано до друку 17.10.2017 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.
Умовн. друк. арк. 2,1
Замовлення № 313
Тираж 100 прим.

Виготовлювач ФОП Рогальська І. О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 65-80-80
E-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.