

Наша робота, яку ми виносимо на розгляд фахівців будь-якої медичної спеціальності, присвячена вивченню психічних порушень унаслідок впливу дистресу війни.

Ми давно займаємося цією темою. Ще до широкомасштабної війни з Росією. Тому ця монографія є певною мірою підсумком роботи нашої кафедри цього напрямку.

Ми спробували передати наші знання не тільки максимально доступною мовою, але й всеохватно. Велике значення приділили практичним аспектам діагностики та доказово ефективної терапії тих чи інших психічних розладів.

Вважаємо, що монографія стане в нагоді лікарям та студентам медичних вузів, які зможуть на практиці застосувати психолого-психотерапевтичні й психіатричні знання під час роботи з тими, хто цього потребує.

Дуже хотілося б, щоб ці знання не були потрібні через відсутність уражень психічного здоров'я, але, на жаль, вимушені визнати — вони є і будуть. Саме тому їх потрібно вчасно побачити, верифікувати й надати ефективну допомогу.

Ну що ж, друзі, користуйтеся нашою роботою, пишть свої відгуки та зауваження, діліться своїм досвідом і напрацюваннями.

Ми всі вчимося.

Щастя Вам!

**З повагою, від колективу авторів,
професор Олег Чабан**

1. БОЙОВА ТА ОПЕРАТИВНА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ

Класифікаційна категорія «**Бойова та оперативна стресова реакція**» (**Combat and Operational Stress Reaction — COSRs**) використовується з 1999 р. Американською військовою психіатрією для комбатантів. Незважаючи на те, що у фаховій медичній літературі трапляється думка, що COSRs є військовим аналогом гострого стресового розладу (DSM-5: 308.3), насправді це зовсім не так. У відповідних настановах США зазначено, що COSRs є за своєю природою фізіологічним станом і відображає перехідну реакцію на бойову травму в умовах ведення бойових дій, яка триває до 72 годин.

Згідно з Інструкцією 6490.05 Міністерства оборони США «Підтримка психологічного здоров'я під час військових дій» [1], бойова та оперативна стресова реакція (COSRs) визначається як «нормальна, фізична, емоційна, когнітивна або поведінкова реакція, несприятливі наслідки або психологічна травма військовослужбовців, які зазнали стресових або травматичних подій у бойових або військових діях». COSRs може відрізнятися за тяжкістю залежно від різноманітних операційних умов, включаючи інтенсивність, тривалість, частоту бойового впливу, лідерство та моральний дух підрозділу тощо. Водночас COSRs не розцінюється як розлади психічного здоров'я чи станів та проблеми, що відповідають критеріям медичної діагностики.

1.1. Основні клінічні прояви й діагностика бойової та оперативної стресової реакції

Термін «**бойова та оперативна стресова реакція**» (Combat and operational stress reactions — COSRs) використовується для опису двох різних типів військових стресових реакцій:

- 1) гострих стресових реакцій у бойовому середовищі, які називаються **бойовими стресовими реакціями (CSRs)**;
- 2) реакцій на більш тривалі військові оперативні стресові фактори, або **оперативні стресові реакції (OSRs)**.

Бойові стресові реакції (CSRs) виникають під час бою або підготовки до бою. Це жорсткі реакції виживання, які викликають фізіологічні, поведінкові, емоційні, психічні та інші зміни в процесах організму.

Приклади **бойових стресових факторів**:

- Травма
- Вбивство учасників бойових дій
- Особисте свідцтво загибелі особи
- Загибель чи смерть іншого члена підрозділу
- Поранення, що призвело до втрати кінцівки

Ситуації, що загрожують життю, запускають каскад відповідей вегетативної нервової системи, яка регулюється двома протилежними відділами — симпатичною нервовою системою, що відповідає за збудження, і парасимпатичною нервовою системою, що відповідає за гальмування. Результатом є континуум автоматичних реакцій, які називають «**захисним каскадом**», що характеризується екстремальними (але відносно короткими) високими або низькими показниками фізіологічних функцій, таких як усвідомлення/збудження, поведінкові, емоційні, розумові, мовні та сенсомоторні. Ці зміни є інтенсивними і викликають помірні та важкі порушення, які тривають лише години або щонайбільше кілька днів.

Деякі з бойових стресових реакцій, які може відчувати військово-службовець, включають неспокій, паніку, дратівливість, лють, сплутаність свідомості, проблеми з пам'яттю, втому, безсоння, серцебиття, задишку та роз'єднання.

З клінічної точки зору реакції на бойовий стрес (CSRs) — це нормальні, мимовільні, тимчасові реакції на надзвичайно стресові події, пов'язані з боєм, очікувані реакції організму, які охоплюють фізичні, поведінкові, емоційні, психічні та інші зміни в процесах. З огляду на це пропонуємо основні профілі клінічних ознак і симптомів, пов'язаних із реакціями на боротьбу зі стресом, які можуть бути ознаками реакції на бойовий стрес (CSRs) [2]:

Симптоми збудження	Симптоми гальмування
Фізіологічні симптоми	
<ul style="list-style-type: none"> • Інтенсивне збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) • Раптове, помітне підвищення артеріального тиску • Швидке і глибоке дихання • Підвищення тону м'язів • Підвищення температури тіла • Підвищене потовиділення • Сухість у роті та сухість очей • Мідріаз • Функціональна гіперметропія • Зниження апетиту та травної діяльності • Зменшення виділення сечі та кишечника • Запаморочення • Труднощі із засинанням або підтримкою процесу сну • Нічні кошмари • Пілоерекція, фасцикуляція чи судоми 	<ul style="list-style-type: none"> • Різке зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС) • Раптове значне падіння артеріального тиску • Повільне і поверхневе дихання, задишка • Зниження чи в'ялий тонус м'язів • Зниження температури тіла, тремтіння • Підвищена кількість слини і сліз • Міоз • Фіксований, скляний погляд • Підвищення апетиту та травної діяльності • Посилене виділення сечі та кишечника (нетримання) • Нудота/блювання • Сонливість • Неконтрольований тремор
Поведінка	
<ul style="list-style-type: none"> • Надзвичайне збудження, неспокій або нерозсудливість у поведінці • Надмірна агресивність та можливі сварки, бійки чи буйство всередині підрозділу • Інтенсивна емоційно-керована поведінка, така як напади паніки, спалахи плачу, втеча 	<ul style="list-style-type: none"> • Ступорозні стани з нездатністю рухатися • Соціальна відстороненість, невідповідність навколишнім подіям, відключеність від оточуючих • Відсутність емоційно-відповідної реакції до зовнішньої небезпеки
Емоційна сфера	
<ul style="list-style-type: none"> • Сильний гнів, страх або ейфорія • Виражена емоційна лабільність 	<ul style="list-style-type: none"> • Надзвичайний страх, безвихідь • Емоційне заціпеніння або емоційна анестезія

Симптоми збудження	Симптоми гальмування
Мислення	
<ul style="list-style-type: none"> • Прискорений темп мислення з думками, які спочатку виникають швидко й чітко, але стають занадто швидкими, викликаючи плутанину та проблеми з пам'яттю, погані судження та труднощі з розумінням мовлення 	<ul style="list-style-type: none"> • Повільний темп мислення з думками, які виникають занадто повільно або повністю відключаються, що спричиняє дезорієнтацію, втрату пам'яті й нездатність приймати рішення або розуміти мовлення
Свідомість та самосвідомість	
<ul style="list-style-type: none"> • Надлишкова пильність і надмірне збудження • Цілеспрямованість і надмірна зосередженість на загрозі • Перебільшений чотирипагорбний рефлекс • Відчуття нереальності, симптоми дереалізації-деперсоналізації 	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність усвідомлення та нереагування на себе, інших або оточення • Неможливість зосередитися на безпосередніх загрозах або реагувати на них • Втрата реакції на збудження та інших рефлексів • Відчуття реальності або зовсім слабо виражені симптоми дереалізації-деперсоналізації
Мовлення	
<ul style="list-style-type: none"> • Гучне, пришвидчене мовлення або заїкання 	<ul style="list-style-type: none"> • М'яке мовлення, бурмотіння або нездатність говорити
Сприймання	
<ul style="list-style-type: none"> • Перебільшений або більш яскравий зір, слух або відчуття • Поколювання в частинах тіла (парестезії) • Знижена здатність відчувати фізичний біль (неопіодні рецептори) 	<ul style="list-style-type: none"> • Погіршення чи втрата зору, слуху або відчуттів • Оніміння частин тіла (парестезії) • Відсутність відчуття фізичного болю (опіодні рецептори)

Операційні стресові реакції (OSRs) — це очікувані тимчасові поведінкові, когнітивні, емоційні та фізичні зміни, що виникають у результаті повторного впливу одного або кількох стресових факторів у бойових або небойових оперативних умовах. Приклади **операційних стресових факторів**:

- Важке середовище проживання та роботи (наприклад, ізоляція, екстремальний клімат, оточення або сенсорні стресори)
- Переживання чи свідчення переслідувань, катувань, знуцань або міжособистісного конфлікту, пов'язаного з роботою
- Високе навантаження (наприклад, тривалий робочий час і високі вимоги до завдань)
- Неодноразовий вплив травми, небезпеки та втрати
- Умови роботи, які порушують сон (наприклад, змінна робота, робота вночі)
- Стресові події, пов'язані з близькими або друзями (наприклад, подружні проблеми, хвороба або смерть)

Деякі прояви оперативних стресових реакцій, які можуть відчувати військовослужбовці чи цивільні особи, включають:

- Тривогу або страх
- Дефіцит уваги, її концентрації або пам'яті
- Вигорання, емоційне виснаження або відсторонення
- Пригнічений настрій, смуток, безпорадність або горе
- Труднощі із засинанням або підтриманням процесу сну
- Розчарування, дратівливість або гнів
- Окремі симптоми посттравматичного стресового розладу

1.2. Домедична, перша медична й психотерапевтична допомога пацієнтам із бойовою та оперативною стресовою реакцією

Проведення широкомасштабних бойових дій із рівним за силою або переважаючим супротивником зазвичай сильно ускладнюють пересування пацієнтів та їхню медичну евакуацію, а також пересування медичних спеціалістів між підрозділами. Такі складнощі у функціонуванні військової медицини потребують більш тривалої домедичної (польової) допомоги, протягом якої неспеціалізований персонал повинен підтримувати пацієнта впродовж досить тривалого періоду. Під час військово-медичних досліджень надання такої допомоги постраждалим із «небойовими», зокрема психічними, травмами дотепер не входило до пріоритетних напрямків, хоча деякі автори, які вивчали досвід військових операцій армії США та об'єднаних сил, вказували на необхідність планування й адаптації такої допомоги щодо боротьби з бойовою та оперативною стресовою реакцією в межах майбутніх війн [3].

За даними північноамериканських дослідників, психічні розлади призводили до медичної евакуації 12% серед усіх евакуйованих

військовослужбовців під час перебування армії США в Іраку протягом 2003-2011 рр., а впродовж 2013-2015 рр. їх частка зросла до 15% [4-6].

Розширення надання допомоги військовослужбовцям із психічними травмами в армії США під час бойових дій в Іраку та Афганістані більшою мірою досягалось за рахунок збільшення кількості «бойових медичних техніків» (Combat Medical Technician — солдат, який має медичну підготовку) та інших постачальників догоспітальної «тактичної невідкладної медичної допомоги» (TEMS), у ролі якої могли виступати як середній медичний персонал, так і парамедики. Ці «техніки» і «провайдери» першої медичної та домедичної допомоги призначалися до бригадних бойових груп і окремих військових загонів та показали високу результативність роботи під час військових конфліктів 1910 — початку 1920-х років нашого сторіччя. За даними літератури, під час операції США «Буря в пустелі» тимчасові втрати внаслідок психічних розладів надавати долікарську та першу лікарську психіатричну допомогу [7].

Оцінюючи можливі варіанти майбутніх війн, фахівці військової психіатрії США звертають особливу увагу на те, що у випадку приблизно рівних можливостей між супротивниками найсерйознішим фактором є можлива перевага в повітрі, яка унеможлиблює використання літаків та гелікоптерів для забезпечення діяльності медичної служби. Сторона, яка не має вагомої переваги в повітрі, дотримання правила «золотої години» для надання допомоги є неможливим, пацієнти з бойовими пораненнями та травмами можуть очікувати надання кваліфікованої медичної допомоги по декілька діб, а пацієнти з психічними травмами, у психотичних станах, із суїцидальними думками тощо — очікувати на допомогу тижнями [7]. Також небезпека чи неможливість використовувати авіацію не дозволить переміщувати медичних працівників до місць, де вони змогли б надавати безпосередню допомогу, а високі вимоги щодо мобільності передових підрозділів зазвичай перешкоджають їх пересуванню разом із бойовими частинами. Вказані фактори призводять до висновку щодо більшого попиту на неспеціалізовану домедичну чи на долікарську допомогу пацієнтам із COSRs безпосередньо на передовій.

Виходячи з вищесказаного, слід звернути увагу на декілька позицій, які пояснюють необхідність надання допомоги військовослужбовцям із COSRs якнайшвидше саме на бойових позиціях.

По-перше: це можливо тому, що в більшості таких пацієнтів психопатологічна симптоматика буде короткотривалою, мінущою та більшою

мірою обмежуватиметься епізодами депресії, гострими реакціями гніву, порушеннями сну [8]. Такі мінущі стани цілком можливо вирішити за допомогою швидкого підтримувального втручання в перші години після їх виникнення.

По-друге: у випадку ненадання допомоги військовослужбовцям із COSRs значно зростає ризик розвитку більш серйозних та тривалих психічних розладів, які будуть потребувати кваліфікованої медичної допомоги. Доцільність їх перебування на передовій може бути сумнівною, і навіть якщо ці бійці не будуть евакуйовані, їх бойова ефективність буде значно зниженою.

По-третє: своєчасне надання першої допомоги з наступним лікуванням та реабілітацією значно знижує можливість рецидивів у майбутньому (за деякими даними, у чотири рази [9]) та дозволяє ефективно використовувати таких військовослужбовців у подальшому.

По-четверте: вплив бойового стресу може збігатись із дебютом хронічного психічного розладу (такого як біполярний розлад, шизофренія, шизоафективний розлад тощо), на який військовослужбовець не страждав раніше, але який повністю унеможлиблює його використання в бойових діях, а його подальше перебування на передовій може потребувати відлучення інших бійців від їх бойових завдань для нагляду за такими пацієнтами [10].

Зазначені особливості потребують розширення підготовки з надання само- та взаємодопомоги, цільового розширення базової підготовки парамедиків, середнього й лікарського складу медичних частин. Виходячи з того, що COSRs, за визначенням, не є психічним розладом чи навіть патологічним станом, їх корекція обмежується евакуаційними заходами та психотерапевтичними інтервенціями і тренінгами (включаючи заходи із само- та взаємодопомоги).

Одним із пріоритетних заходів із підготовки бійців до самостійного подолання стресових факторів у зоні бойових дій є навчальна програма «**Master Resilience Training**» (MRT), яка включає кілька факторів, пов'язаних з індивідуальною стійкістю, насамперед розумову спритність та силу характеру. При цьому розвиток стійкості може включати більш довгострокові навички подолання й позиції лідера [11].

Наступний самостійний профілактичний засіб — «Тренінг зі щеплення від стресу» — **Stress inoculation training (SIT)** [12-16]. SIT включає такі методи, як навчання релаксації та керування стресом із метою зменшення рівня збудження. При цьому існують вдалі спроби адаптації SIT для віртуального моделювання сценаріїв бойових дій і можливих