

УДК 616.89:614.8

*Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Черепков В.Н.¹, Волобуев В.В.², Кравчук А.В.²***НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психиатрия военного времени, депрессия, тревога, война в Донбассе

При оценке влияния боевых действий на психическое здоровье мирного населения невозможно избежать учёта воздействия не только патогенных факторов военного времени в виде прямой угрозы для жизни, но и ряда неблагоприятных социально-экономических условий, провоцирующих развитие психических расстройств: массовой безработицы, плохого питания, низкого качества воды, отсутствия социальной инфраструктуры, неудовлетворительного медицинского обслуживания, разрушенного жилья [3]. Указанные факторы связаны с возникновением психической патологии, представляющей собой серьёзную проблему. В частности, практически у всех (82,4%) жителей Чеченской Республики (ЧР) в период боевых действий отмечались различной степени выраженности непсихотические формы психических расстройств, проявлявшиеся нарушениями невротического уровня, характерологическими и поведенческими отклонениями. Эти расстройства были способны приобретать массовый характер, определяя не только состояние психического здоровья, но и социально-психологический климат населения в целом [3].

Следует отметить, что среди указанной патологии, по данным различных исследований, значительное место занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Так, анализ, проведенный в ЧР, показал, что в 2002 г., самом опасном для жизнедеятельности, состоянии 31,2% населения соответствовало клиническим критериям ПТСР. При этом, с ростом числа пси-

хотравмирующих событий увеличивалась вероятность развития ПТСР. У переживших одно событие ПТСР развились в 34,4% случаев, у переживших два события — в 50,3% случаев, у переживших три и более события — в 78% случаев. На последующих этапах, характеризовавшихся низким уровнем угроз для жизни, частота новых случаев ПТСР составила 1,1-1,5%. Вышеуказанное, в целом, соответствуют данным, полученным в других странах, где проходили военные действия. Так, у косовских албанцев после войны 1998-1999 г.г. ПТСР выявлено в 17,1% случаев в 1999 г. и в 25% случаев в 2000г. Обследование взрослых афганцев показало, что у 42,2% из них имелось ПТСР. Согласно другому популяционному исследованию выборки жителей Афганистана старше 15 лет, у 20,4% отмечено наличие ПТСР. Сравнительное кросс-культуральное исследование в четырех странах, где происходили военные действия, показало, что уровень распространенности ПТСР составил: 37,4% в Алжире, 28,4% в Камбодже, 15,8% в Эфиопии и 17, 8% в Газе [2]. Обследование в двух городах южного Ливана после окончания военных событий показало распространенность ПТСР в 29,3% случаев [6].

Данное исследование проведено с целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств у больных, получавших в стационаре специализированную психиатрическую помощь в период ведения боевых действий в Донбассе.

Материал и методы исследования

Случайным методом нами отобраны 100 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка (РКПБ-

МПЦ) в 2014-2015 г.г. Из их числа проанализированы все случаи (26) госпитализаций в течение последних 3 месяцев, предшествовавших настоящему исследованию (июнь-август 2015 г.). Данный подход был избран в связи с

тем, что он обеспечивал оптимальную ретроспективную оценку изучаемых показателей, поскольку предоставлял возможность отбора необходимого количества случаев госпитализаций, получения достаточно полных лонгитюдных объективно-анамнестических

сведений, а также минимизировал вероятность встречаемости повторных поступлений одних и тех же больных. Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

Результаты исследования и их обсуждение

Из числа обследованных 12 чел. (46,2%) составили мужчины, 14 чел. (53,8%) – женщины, в возрасте от 41 до 64 лет, постоянно проживающие в ДНР (г. Донецке (19 чел., 73,0%: Кировский район – 7 чел., 26,9%; Куйбышевский район – 7 чел., 26,9%; Буденовский район – 2 чел., 7,7%; Киевский район – 2 чел., 7,7%; Ленинский район – 1 чел., 3,8%), г. Макеевке (2 чел., 7,7%), г. Докучаевске (1 чел., 3,8%), Амвросиевском районе (1 чел., 3,8%)) и на территории Донбасса вне ДНР (3 чел., 11,6%); постоянную работу имели 8 чел. (30,8%), 18 чел. (69,2%) не работали; 3

чел. (11,6%) являлись участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, 1 чел. (3,8%) – инвалид войны, служивший в Афганистане, 1 чел. (3,8%) обследовался в связи с желанием служить в ополчении.

После начала боевых действий в Донбассе 8 чел. (30,8%) впервые в жизни поступили на стационарное лечение в РКПБ-МПЦ, 18 чел. (69,2%) там до начала данных событий также проводилось стационарное лечение. Кратность поступлений в военное время и длительность заболевания к моменту обследования указаны в табл.1.

Таблица 1

Количественные показатели, характеризующие обследованных

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Возраст (полных лет)	53,0	41,0	64,0	6,6	1,3
Длительность заболевания (полных лет)	7,0	0,0	33,0	8,4	1,3
Кратность поступления в РКПБ-МПЦ г.Донецка после начала боевых действий в Донбассе	2,0	1,0	4,0	1,0	0,2

Таким образом, можно сделать вывод о том, что достаточно большое количество обследованных (почти треть) впервые начали лечиться после начала боевых действий, причем они были людьми среднего и пожилого возраста, и в некоторых из изученных случаев госпитализаций в РКПБ-МПЦ в течение первого года войны они были неоднократными.

Диагностически, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), обследованные распределились следующим образом: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 8 чел. (30,8%), органическое расстройство личности (F07.0) – 4 чел. (15,5%), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 3 чел. (11,6%), расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции (F43.22) – 3 чел. (11,6%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 2 чел. (7,7%), смешанное расстройство личности (F61.0) – 1 чел. (3,8%), хро-

ническое изменение личности (F62.8) – 1 чел. (3,8%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 1 чел. (3,8%), смешанное тревожно-диссоциативное расстройство (F41.3) – 1 чел. (3,8%), церебрастенический синдром (F06.8) – 1 чел. (3,8%), без психических расстройств – 1 чел. (3,8%).

Таким образом, несмотря на значительную долю больных, впервые лечившихся после начала боевых действий в Донбассе, связанная со стрессом (согласно МКБ-10) психическая патология в виде расстройств адаптации диагностирована лишь примерно у одной десятой части обследованных. Это может объясняться кратностью госпитализаций в период, несколько превышающий один год, и, соответственно, – трансформацией, согласно существующим диагностическим критериям, данной патологии в невротическое расстройство, в первую очередь, – в смешанное тревожное и депрессивное расстройство (приблизительно у трети больных). При этом, обращает на себя внимание отсут-

ствие у исследованной выборки госпитализированных ПТСР, характерного как для комбатантов [1, 5, 7-9], так и для, как указано выше, мирного населения различных регионов, где велись боевые действия. Даже после массивной психотравмы у изученного контингента больных психопатологическая симптоматика не достигала уровня, соответствующего, согласно МКБ-10, критериям диагностики ПТСР. Указанная тенденция, вероятно, может быть проиллюстрирована следующим наблюдавшимся нами клинически случаем.

Больная П., 58 л., образование – высшее, сотрудник вуза, поступила в РКПБ-МПЦ впервые в жизни с жалобами на слабость, головокружение, боль и скованность в руках, ухудшение памяти, неуверенность в себе, плаксивость, тревогу, преимущественно связанную со страхом перемещения в её теле металлических инородных тел. В июле 2014 г., более чем 2 года назад, у себя на даче попала под артобстрел, осколками разорвавшегося на крыше снаряда (со слов больной, касетного боеприпаса; утверждает, что чудом осталась жива, поражающие элементы летели сверху, изрешетили все вокруг, спрятаться было невозможно) получила ранения в область грудной клетки, живота, верхних и нижних конечностей, с разрушением 4-й и 5-й пястных костей, обширным дефектом мягких тканей, последующим формированием узкой кисти слева. Была определена 3 гр. инвалидности, на переосвидетельствование не пошла, продолжала работать. Отмечались напряжение, тревога, которые со временем усилились. К психиатрам не обращалась. В вузе чувствует себя дискомфортно, т.к. сотрудники выполняют за нее ту работу, которую вследствие полученных травм пациентка выполнять не может. Появилось чувство вины перед ними, неуверенность в будущем, снизилось настроение. Изредка отмечались навязчивые воспоминания о пережитой травматической ситуации.

В беседе вступает охотно, стремится произвести благоприятное впечатление, не демонстрировать изуродованную левую кисть с тремя оставшимися пальцами. На вопросы отвечает подробно, полностью помнит обстоятельства, связанные с травмировавшим её взрывом. Фон настроения снижен, при подробном расспросе о происшедшем, жизненных планах глаза увлажняются. Рассказывает, что во время работы при звуках артиллерийской стрельбы в тревоге может выбегать в коридор, хотя другие сотрудни-

ки остаются на своих местах. Тревожна и вне ситуаций, напоминающих артобстрел, в связи с размышлениями о собственном будущем. Выраженно обеспокоена наличием в её теле множества осколков («когда прохожу через рамку металлоискателя, всегда звеню»), которые «не извлечены потому, что, по словам хирургов, это будет ещё хуже», способны изменять своё положение, нанося вред организму. Особенно тревожит инородное тело в грудной клетке «в виде шурупа, ввинтившегося изнутри в ребро», поскольку оно «может двигаться и задеть сердце». На реплику врача о том, что фиксированный осколок способен перемещаться только с самим ребром во время дыхательных движений, отвечает, что при дыхании у неё ничего не болит, несколько успокаивается. Утверждает, что в настоящее время навязчивые воспоминания о пережитом остром стрессе её не беспокоят. Мышление в несколько замедленном темпе. Отмечаются некоторые рассеянность внимания и снижение памяти на текущие события.

Экспериментально-психологическое исследование выявило слабо выраженные когнитивные нарушения у личности невротического уровня с отчетливостью тревожно-сензитивных черт, яркостью эмоциональных проявлений, экзальтированностью, скрывающий повышенную чувствительность. При осмотре невропатолога констатировано наличие дисциркуляторной энцефалопатии.

Таким образом, с учетом выраженности тревожно-фобической симптоматики, генерализованной тревоги, при наличии признаков посттравматического стресса, не достигающих степени соответствия критериям МКБ-10 диагностики ПТСР, на фоне церебральных проявлений, диагностировано тревожное расстройство органической природы (F06.4).

В 11 случаях (42,3%) в медицинских картах отсутствовали указания на связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий, а в 15 случаях (57,7%) отчетливо подчеркивалась данная связь (например, больная отметила, что заболела «несколько дней назад, когда вновь начали обстреливать наш город»).

Выявленные клинически доминирующие психопатологические симптомы регистрировались нами с помощью кодов «0» (отсутствие симптома) и «1» (наличие симптома). В табл. 2, соответственно, отражена представленность (удельный вес) указанных проявлений.

Представленность психопатологических симптомов у обследованных

Показатель (симптом)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Сниженное настроение	0,769	0,430	0,084
Тревога	0,769	0,430	0,084
Нарушение сна	0,769	0,430	0,084
Рассеянность (неустойчивость) внимания	0,731	0,452	0,089
Истощаемость (утомляемость)	0,654	0,485	0,095
Раздражительность	0,615	0,496	0,097
Слабость	0,538	0,508	0,100
Замедленность (торпидность, снижение темпа) мышления	0,500	0,510	0,100
Апатия	0,423	0,504	0,099
Страх	0,423	0,504	0,099
Снижение аппетита	0,346	0,485	0,095
Снижение памяти	0,308	0,471	0,092
Плаксивость	0,269	0,452	0,088
Вспыльчивость (конфликтность)	0,231	0,430	0,084
Ипохондричность	0,231	0,430	0,084
Двигательная заторможенность (снижение активности)	0,192	0,402	0,079
«Ком» в горле	0,192	0,430	0,079
Демонстративность	0,154	0,368	0,072
Ангедония	0,115	0,326	0,064
Паника (в структуре панических атак)	0,038	0,196	0,038

Представленные нарушения сложно оценить без учёта их синдромальной либо нозологической принадлежности. Обращает на себя внимание превалирование сниженного настроения, тревоги и нарушений сна, а также рассеянности (неустойчивости) внимания, что, как можно предположить, в целом отражает доминирование у обследованных патологии, при которой основными симптомокомплексами являются депрессивный и тревожный. Невыраженная представленность двигательной заторможенности и ангедонии (при высоком удельном весе сниженного настроения), вероятно, свидетельствует о значимости психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных. Выявлена также невысокая представленность истерических форм реагирования.

Неврологическая патология у обследованных была представлена следующим образом: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 6 чел. (23,2%) (ДЭП 1-2 степени – 4 чел. (15,5%), ДЭП 2 степени – 2 чел. (7,7%)), энцефалопатия сложного генеза – 2 чел. (7,7%), резидуальная энцефалопатия – 2 чел. (7,7%), вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (7,7%), токсико-гипоксическая энцефалопатия вследствие отравления угарным газом на производстве – 1 чел. (3,8%), остеохондроз – 1 чел. (3,8%). У 12 (46,1%) обследованных неврологическая патология выявлена не была.

У обследованных выявлена следующая терапевтическая патология: гипертоническая болезнь 2 стадии – 7 чел. (26,9%), хронический

панкреатит – 5 чел. (19,3%), вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (7,7%), хронический бронхит – 1 чел. (3,8%), злокачественное новообразование – 1 чел. (3,8%), острое отравление угарным газом – 1 чел. (3,8%), деформирующий остеоартроз – 1 чел. (3,8%). У 8 (30,9%) обследованных терапевтическая патология выявлена не была.

Данные проведенного указанным больным экспериментально-психологического исследования представлены в табл. 3 и табл. 4.

Из табл. 3 следует, что средние значения шкал теста СМИЛ, в основном, находятся в диапазоне, свидетельствующем о заострении личностных черт, при умеренно высоких максимальных значениях (несмотря на наличие у части обследованных клинически верифицированной личностной патологии). Нужно отметить небольшой средний показатель определяемого по 12-балльной шкале метода цветовых выборов (теста Люшера) уровня тревоги, без тенденции к повышению тревожности в процессе обследования. Значительно более высокие уровни тревожности, с тенденцией к преобладанию личностной тревожности, демонстрируют средние показатели теста Спилбергера-Ханина; о высокой тревожности свидетельствуют также средние показатели госпитальной шкалы. Клинически же тревога была у обследованных одним из наиболее частых симптомов (табл.2). Значительный уровень депрессии у обследованных также не выявлен (госпитальная шкала, тест

Зунга), что при депрессии как одном из наиболее часто выявлявшихся у обследованных сим-

птомов (табл. 2) может быть объяснено её преимущественно психогенным характером.

Таблица 3

Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных личностных особенностей, тревоги и депрессии (баллы)

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
1 шкала теста СМИЛ	66,4	55,0	77,0	9,4	4,2
2 шкала теста СМИЛ	68,2	53,0	74,0	8,6	3,9
3 шкала теста СМИЛ	66,0	51,0	82,0	11,6	5,2
4 шкала теста СМИЛ	58,2	48,0	73,0	10,2	4,6
5 шкала теста СМИЛ	58,6	51,0	66,0	7,2	3,2
6 шкала теста СМИЛ	70,4	65,0	74,0	3,9	1,7
7 шкала теста СМИЛ	64,2	54,0	73,0	7,9	3,5
8 шкала теста СМИЛ	70,2	57,0	79,0	8,5	3,8
9 шкала теста СМИЛ	60,0	44,0	75,0	12,1	5,4
0 шкала теста СМИЛ	62,4	49,0	70,0	8,2	3,7
Уровень тревоги (тест Люшера, 1-й выбор)	3,0	0,0	9,0	2,6	0,6
Уровень тревоги (тест Люшера, 2-й выбор)	3,4	0,0	9,0	2,7	0,6
Реактивная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	44,7	10,0	68,0	15,2	3,5
Личностная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	56,9	26,0	73,0	13,1	3,0
Уровень тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	15,0	12,0	17,0	2,0	0,8
Уровень депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	14,5	9,0	18,0	3,1	1,3
Уровень депрессии (тест Зунга)	48,3	30,0	58,0	9,9	2,6

Таблица 4

Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных памяти и внимания

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Количество слов в 1-м воспроизведении (тест 10 слов)	3,9	3,0	5,0	0,8	0,3
Количество слов во 2-м воспроизведении (тест 10 слов)	5,6	5,0	6,0	0,5	0,2
Количество слов в 3-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,1	5,0	8,0	1,1	0,4
Количество слов в 4-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,4	5,0	9,0	1,3	0,4
Количество слов в 5-м воспроизведении (тест 10 слов)	7,3	6,0	9,0	1,1	0,4
Количество слов отсроченного воспроизведения (тест 10 слов)	3,9	1,0	5,0	1,4	0,5
Тест Шульте, 1-я таблица (с)	59,6	42,0	90,0	15,6	5,2
Тест Шульте, 2-я таблица (с)	62,3	42,0	103,0	20,0	6,7
Тест Шульте, 3-я таблица (с)	59,9	42,0	70,0	11,5	3,8
Тест Шульте, 4-я таблица (с)	61,9	37,0	96,0	18,2	6,1
Тест Шульте, 5-я таблица (с)	59,3	41,0	77,0	12,9	4,6

В данных, представленных в табл. 4, обращает на себя внимание объективно подтверждаемая недостаточно высокая способность па-

мяти обследованных как к краткосрочному (невысокие средние значения количества слов при всех воспроизведениях после повторения), так и

к долговременному (невысокие среднее и максимальное значения количества слов отсроченного воспроизведения) удержанию информации [4]. В то же время, клинически снижение памяти проявилось менее чем в трети случаев (табл.2). Способность концентрировать внимание у обследованных также объективно недостаточно высока, о чем свидетельствуют средние показатели времени, затраченного на каждую из таблиц теста Шульте [4] (при удовлетворительных минимальных значениях, хотя минимальный возраст обследованных – 41 год). При этом, клинически нарушение внимания принадлежало к числу наиболее часто выявлявшихся симптомов (табл.2). Указанные изменения памяти и внимания могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

Сравнивая полученные данные с известными из литературы сведениями о непсихотической психической патологии у жителей ЧР в период боевых действий [3], можно указать общие черты в виде большого удельного веса затяжных гипотимных ситуационных реакций, ситуационной тревоги, страха, астении, снижения уровня побуждений к деятельности, нарушений сна. В то же время, можно отметить и отличия. Ангедония у обследованных жителей ЧР отмечалась почти в 2 раза чаще (в 21,4% случаев). Интеллектуально-мнестические нарушения в виде фиксационной гипомнезии отмечались у 64,8% переселенцев, т.е. чаще, чем снижение памяти у обследованных нами, нарушения концентрации внимания – у 54,6%, т.е. реже, чем в нашем исследовании. ПТСР у жителей ЧР, как и других зон проведения боевых действий, встречалось часто [2, 6] (в нашем исследовании – отсутствовало), а конверсионные расстройства были распространены [3] (в нашем исследовании – представлены небольшим количеством случаев).

Выводы.

1. Приблизительно третья часть обследованных после начала боевых действий впервые начала стационарно лечиться в связи с наличием непсихотических психических расстройств, будучи людьми среднего и пожилого возраста; в некоторых случаях госпитализации в течение первого года войны были неоднократными.

2. Расстройства адаптации диагностированы у небольшой (примерно у одной десятой) части обследованных, что может объясняться транс-

формацией данной патологии в невротическое, в первую очередь, – смешанное тревожное и депрессивное, расстройство (приблизительно у трети больных) за время ведения военных действий.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство, характерное для комбатантов и мирного населения различных регионов, где велись боевые действия, у исследованных нами больных не выявлено. Даже после массивных психотравм психопатологическая симптоматика не достигала уровня, соответствующего критериям диагностики ПТСР.

4. Более чем в половине случаев у обследованных отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий.

5. У обследованных клинически преобладали сниженное настроение, тревога, нарушения сна, рассеянность (неустойчивость) внимания.

6. Отмечена значимость психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных.

7. Выявлена невысокая представленность у обследованных истерических форм реагирования.

8. Экспериментально-психологически выявлены заострение личностных черт, умеренно выраженные тревожность, с преобладанием личностной тревожности, и депрессия, преимущественно психогенная.

9. При патопсихологическом исследовании памяти и внимания выявлены их нарушения, которые могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

10. При сравнении полученных данных с описаниями непсихотической психической патологии у жителей ЧР в период боевых действий обнаружены как общие черты (большой удельный вес затяжных гипотимных ситуационных реакций, ситуационной тревоги, страха, астении, снижения уровня побуждений к деятельности, нарушений сна), так и отличия: вдвое меньшая встречаемость у обследованных нами больных ангедонии, менее частое у них снижение памяти и более частое – нарушение концентрации внимания; у жителей ЧР, как и других регионов, где проходили военные действия, ПТСР встречалось часто (в нашем исследовании – отсутствовало), а конверсионные расстройства были распространены (в нашем исследовании – представлены небольшим количеством случаев).

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психиатрия военного времени, депрессия, тревога, война в Донбассе

С целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе проанализированы 26 случаев госпитализаций больных с данной патологией в июне-августе 2015 г. в РКПБ-МПЦ г. Донецка. Установлено превалирование у обследованных депрессии и тревоги психогенного характера. Приблизительно треть больных в течение первого года войны впервые начала стационарно лечиться в связи с наличием непсихотических психических расстройств, а в некоторых случаях госпитализации были неоднократными. Более чем в половине случаев отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий. В то же время, посттравматическое стрессовое расстройство не выявлено, а расстройства адаптации диагностированы лишь у примерно одной десятой части обследованных, что может объясняться трансформацией данной патологии в невротическое, в первую очередь, – смешанное тревожное и депрессивное, расстройство (приблизительно у трети больных) за время ведения военных действий. При патопсихологическом исследовании памяти и внимания выявлены их нарушения, которые могут быть объяснены наличием как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений. При сравнении полученных данных с описаниями непсихотической психической патологии у жителей Чеченской Республики и других регионов, где проходили военные действия, обнаружены как общие черты, так и отличия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 12-18).

Titievsky S.V.¹, Voyevodina V.S.², Cherepkov V.N.¹, Volobuyev V.V.², Kravchuk A.V.²

NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF THE PERIOD OF FIGHTING IN THE DONBASS: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF HOSPITALIZATIONS

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre

Keywords: non-psychotic mental disorders, the war psychiatry, depression, anxiety, the war in the Donbass

To evaluate the clinical and psychological characteristics of non-psychotic mental disorders during combat operations in the Donbass we have analyzed 26 cases of hospitalization of patients with this pathology in June-August 2015 in RCPH-MPC in Donetsk. The prevalence of psychogenic depression and anxiety was established in the examined patients. Approximately one third of patients in the first year of the war first started treatment permanently due to the presence of non-psychotic mental disorders, and in some cases hospitalizations were repeated. More than in the half of the cases it was noted the connection of the disease occurrence (aggravation) with the military actions. At the same time, post-traumatic stress disorder is not detected, and adjustment disorders diagnosed in only about one-tenth of the patients, which may be attributed to the transformation of these disorders in the neurotic disorders, in the first place – mixed anxiety and depressive (about one third of patients) disorder, during the conduct of hostilities. The pathopsychological study of memory and attention found their violation, which can be explained by the presence of both psychoorganic and anxiety and depressive symptoms. When comparing the data with descriptions of non-psychotic mental disorders among residents of the Chechen Republic and other regions where military actions took place, both similarities and differences were revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 12-18).

Литература

1. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. – М.: Анахарсис, 2005. – 200с.
2. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения и организация помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации (клинико-эпидемиологическое исследование на материале последствий военных действий в Чеченской Республике): автореф. дис... д-ра мед.наук / Идрисов К.А. – Москва: ФГУ МНИИП, 2010. – 45с.
3. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448с.
5. Andreasen N.C. Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues / N.C. Andreasen // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 8. – P. 1321-1323.
6. Farhood L. Exposure toward related traumatic events, prevalence of PTSD and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon / L. Farhood, H. Dimassi, T. Lehtinen // Journal of Transcultural Nursing. – 2006. – Vol. 17, № 4. – P. 333-340.
7. Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder / D. Forbes, R. Parslow, M. Creamer [et al.] // Journal of Traumatic Stress. – 2008. – Vol. 21, № 2. – P. 142-149.
8. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans / C.W. Hoge, A. Terhakopian, C.A. Castro [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 1. – P. 150-153.
9. Milliken C.S. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war / C.S. Milliken, J.L. Auchterlonie, C.W. Hoge // JAMA. – 2007. – Vol. 298, № 18. – P. 2141-2148.

Поступила в редакцию 15.09.2016