

ОСОБЛИВОСТІ ДЕБЮТУ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДИСОЦІАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ/ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ

Н. В. ДАНИЛЕВСЬКА

Запорізький державний медичний університет, Україна

Систематизовано причини виникнення дисоціативних проявів у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції/операції Об'єднаних сил. Досліджено їх кореляцію з кількісними та якісними характеристиками клінічної картини дисоціативних проявів, віковими й особистісними особливостями комбатантів.

Ключові слова: дисоціативні розлади, психопатологія, комбатанти, антитерористична операція/операція Об'єднаних сил.

Дисоціативні розлади являють собою один із пластів психічної патології, яка зазвичай розвивається на тлі гострої чи хронічної психотравмуючої ситуації різного характеру. Їх вираженість може варіювати від невротичного до психотичного регістру рівня ураження психіки – від проявів синдрому Бріке до реактивних психозів. Тому у структурі психогенних розладів військового часу класично очікується наявність реактивних станів [1], які відповідають сучасному опису дисоціативних розладів [2–4].

Клінічну подібність та спорідненість проявів реактивних психозів із психічними порушеннями у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, було відзначено військовими лікарями та психіатрами ще у 1916 р. [5].

В Україні з початком проведення антитерористичної операції (АТО) у 2014 р. та в подальшому зі зміною її формату на операцію Об'єднаних сил (ООС), залученням великої кількості військового контингенту до участі в бойових діях науковий інтерес дослідників більшою мірою був сфокусований на вивченні особливостей посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги у військовослужбовців, тоді як дисоціативні прояви залишалися поза їхньою увагою [6–8]. Втім, на очікувану проблему розвитку дисоціативних розладів у воїнів було вказано не лише у роки Першої та Другої світових війн, а й під час бойових дій у В'єтнамі, Конго, Ірані [9–13].

Останні дослідження підтверджують наявність дисоціативних проявів як коморбідного стану у ветеранів із посттравматичним стресовим розладом [12, 14]. Тож дисоціативні симптоми, які виникли в учасників бойових дій на Сході України, можуть не лише входити у структуру інших психічних розладів, а й мати тенденцію до хронізації, що свідчить про актуальність вивчення особливостей дебюту та клінічної картини цієї патології у військовослужбовців.

Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 наявні у пацієнтів істеричні прояви розмежовуються на соматоформні й дисоціативні, у нашій роботі досліджувалися останні.

Мета дослідження – встановити особливості дебюту та клінічних проявів дисоціативних порушень у військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ), які брали участь у проведенні АТО/ООС.

На базі кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету та Запорізького військового госпіталю було обстежено 34 військовослужбовців чоловічої статі із дисоціативними проявами в анамнезі. Середній вік пацієнтів становив $34,2 \pm 0,6$ року.

У ході дослідження було використано анамнестичний, психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи.

Клінічне та катамнестичне дослідження дало змогу визначити особливості виникнення та клінічної картини дисоціативних проявів в учасників бойових дій.

Причини появи дисоціативних порушень стало можливим систематизувати у певному переліку та дослідити їх кореляцію з кількісними та якісними характеристиками клінічної картини.

1. Стан очікування невідвортної події, настання якої пацієнт підсвідомо бажав уникнути або страшився (4 (11,76 %) військовослужбовця). Особливістю події була її потенційна життєва небезпечність за уявленнями обстеженого.

Дебют дисоціативних проявів здебільшого передував таким очікуваним емоційно напруженим ситуаціям, як направлення до зони бойових дій, початок вправ зі стрибків із парашутом тощо. Щодо цих ситуацій у більшості пацієнтів до певного моменту реалізовувався захисний механізм – витіснення та алекситимія, тому реакція

власного організму була для них несподіванкою. Пізніше у всіх випадках військові погоджувалися, що підсвідомо бажали б уникнути або відтермінувати настання очікуваної події, яку сприймали як психологічно напружену, дискомфортну, але ніяк не демонстрували цього, нічого не робили з метою її уникнення, оскільки або соромилися зізнатися у власному сприйнятті події, або розуміли марність таких зусиль.

Звертав на себе увагу час розвитку дисоціативного розладу — не раніше ніж за добу до очікуваного настання події, коли військовослужбовець уже перебував на шляху до цього: у транспорті, в дорозі або вдома чи ввечері перед ранковим від'їздом тощо.

Отже, основними складовими стану, який передував розвитку дисоціативних проявів при даному варіанті дебюту, були:

- прогностичне очікування певної події;
- уявна життєва небезпечність очікуваної події;
- уявлення про невідворотність та невідтермінованість очікуваної події;
- відсутність активних дій щодо уникнення події;
- алекситимія та блокування спричинених очікуванням події емоцій;
- часовий проміжок дебюту дисоціативних проявів: від годин до доби до початку настання події.

Основними клінічними проявами при такому варіанті дебюту були: дисоціативні рухові розлади у вигляді тремору всього тіла, псевдопарезів та псевдопаралічів; дисоціативні судоми у вигляді псевдоепілептичного нападу.

Це свідчить про переважання дисоціативних моторних порушень. У всіх випадках стан у пацієнта виникав раптово, досягав нозологічного рівня і потребував негайної госпіталізації.

2. Стан перебування у психологічно дискомфортному середовищі, що не має межі, яка психологічно сприймається як завершення, або межі, що перевищує прогностичний психологічний резерв очікування (3 (8,82 %) військовослужбовця). Ситуація, в якій перебували пацієнти, характеризувалася довготривалістю, психологічною дискомфортною та була життєво небезпечною. Зазвичай це стосувалося служби у психологічно несприятливому середовищі (бригаді, окремій частині прикомандирування тощо), коли всі активні спроби адаптуватися в оточенні чи змінити частину прикомандирування виявилися невдалими. Подібні ситуації мали кореляційну взаємозалежність із віком пацієнтів — до 25 років на тлі наявної психологічної незрілості.

Час виникнення дисоціативних проявів у такому варіанті дебюту, а саме в разі вичерпання компенсаторних механізмів спротиву психологічно несприятливій ситуації — у середньому від кількох тижнів до кількох місяців від її початку.

Основними складовими стану, що передував появі дисоціативних проявів, були:

- сприйняття місця перебування та соціального оточення як психологічно дискомфортних;
- відсутність межі, що психологічно сприймається як завершення перебування в дискомфортному середовищі, або його психологічно неприйнятна відтермінованість;
- вичерпання компенсаторних механізмів спротиву психологічно несприятливій ситуації;
- наявність передуючих емоційних порушень;
- передуючий безрезультатний активний пошук шляхів уникнення або зміни психологічно некомфортного середовища.

Домінуючими клінічними проявами такого дебюту були дисоціативні рухові розлади у вигляді тремору всього тіла, дисоціативне порушення мовлення у вигляді мутизму або логоклонії.

Дисоціативні прояви виникали поступово, посилюючись упродовж години. Їх вираженість у всіх випадках досягала нозологічного рівня та потребувала госпіталізації.

3. Стан перебування в короткотривалій життєво небезпечній ситуації, яка гостро виникла (6 (17,65 %) військовослужбовців). До них належали: масштабні катастрофічні події, обстріли, загибель бійців, поранення тощо.

Дисоціативні прояви розвивалися безпосередньо під час події або в перші години після її завершення і мали риси патологічного афекту в рамках гострої реакції на стрес. Відзначалися дисоціативні ступор, збудження, трансї, порушення мовлення у вигляді мутизму з подальшою логоклонією, рухові розлади, такі як тремор усього тіла, псевдопарези та псевдопаралічі, судоми у вигляді псевдоепілептичного нападу.

4. Стан після минутої гострої або кількох гострих психотравмуючих ситуацій життєво небезпечного характеру (8 (23,53 %) військовослужбовців).

Дисоціативні прояви при цьому дебюті є відтермінованими, а їх вираженість кумулятивною, з посиленням симптомів після кожної психотравмуючої ситуації, ідентичної першій.

Основними складовими стану, який передував розвитку дисоціативних проявів, були:

- відтермінованість після гострої психотравмуючої події життєво небезпечного характеру;
- кумулятивний характер проявів, їх кількісне посилення при повторних психотравмуючих подіях, подібних першій;
- ідентичність дисоціативних порушень при повторних психотравмуючих подіях, подібних першій;
- хронізація дисоціативних проявів за відсутності своєчасного лікування.

Клінічна картина у таких пацієнтів включала переважно прояви донозологічного рівня флюктуючого характеру, які посилювалися при психо-

емоційному перевантаженні, а саме — дисоціативні порушення мовлення у вигляді логоклонії; моторні тики, переважно м'язів обличчя (повік, рота тощо); порушення шкірної чутливості: переважно оніміння чи поколювання пальців, кистей або крайні варіанти — всієї руки чи рук від пальців до передпліччя, рідше стоп; рухові розлади у вигляді тремору верхніх кінцівок; *globus hystericus*.

Одним із варіантів цього дебюту ми вважаємо дисоціативні прояви в структурі флеш-беків (1 (2,94 %) військовослужбовець).

Дисоціативні прояви при такому варіанті повторювали симптоми гострої реакції на стрес, яку переніс пацієнт під час психотравмуючої події, та включали дисоціативні порушення мовлення у вигляді мутизму з подальшою логоклонією; судоми як псевдоепілептичний напад.

Стан, що спостерігався, досягав нозологічного рівня та укладався в посттравматичний стресовий розлад.

5. Стан після чи на тлі гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка не мала життєво небезпечного характеру, або стан хронічної психоемоційної та фізичної перевтоми, що супроводжувався депривацією сну (12 (35,29 %) військовослужбовців).

Основними складовими стану, що передували розвитку дисоціативних проявів при цьому варіанті дебюту, були:

- сприйняття психотравмуючої ситуації нерозв'язаною або наявність прогностичного очікування її негативних соціальних чи службових наслідків;

- передуючі та/або супровідні емоційні порушення;

- наявність відповідних предиспозиційних особливостей особистості.

Дисоціативні прояви були різноманітні та більшою мірою залежали від психологічної значущості психотравмуючої події й особливостей особистості пацієнтів:

- дисоціативні порушення шкірної чутливості у різних ділянках тіла: за типом «рукавичок» та «шкарпеток», оніміння, поколювання, печія, відчуття стискання тощо;

- дисоціативні рухові розлади, такі як тремор верхніх кінцівок, псевдопарези та псевдопаралічі;

- дисоціативна часткова втрата зору у вигляді зниження його гостроти, «розмитості зображення», «пелени перед очима» тощо;

- короткотривала дисоціативна амнезія;

- *globus hystericus*.

При цьому варіанті дебюту дисоціативні розлади досягали нозологічного рівня у 5 (14,71 %) осіб і вкладалися у змішаний дисоціативний розлад або входили у структуру розладу адаптації, у решти — залишалися на донозологічному рівні.

Таким чином, дисоціативні прояви у військовослужбовців ЗСУ, залучених до участі в АТО/ООС, є різноманітними. Вони включають дисоціативні рухові розлади у вигляді тремору верхніх кінцівок чи всього тіла, псевдопарезів та псевдопаралічів; дисоціативні моторні тики, переважно м'язів обличчя — повік, рота тощо; *globus hystericus*; дисоціативні судоми як псевдоепілептичний напад; дисоціативне порушення мовлення у вигляді мутизму або логоклонії; дисоціативні ступор, збудження, транси; короткотривалу дисоціативну амнезію; дисоціативні порушення шкірної чутливості у різних ділянках тіла: за типом «рукавичок» та «шкарпеток», оніміння, поколювання, печіння, відчуття стискання тощо; дисоціативну часткову втрату зору у вигляді зниження його гостроти, «розмитості зображення», «пелени перед очима» тощо.

Відзначені у військових дисоціативні прояви розташовувалися на симптоматичному та синдромальному рівнях у 55,88 % випадках, досягали нозологічного рівня в 44,12 % і входили у структуру таких розладів, як ізольований дисоціативний, адаптації, посттравматичний стресовий.

Клінічна картина та вираженість дисоціативних порушень залежала як від особливостей стресора, так і від віку та особистості військовослужбовця.

Безпосередніми причинами виникнення дисоціативних проявів в обстежених пацієнтів були такі: стан очікування невідвортної події, настання якої пацієнт підсвідомо бажав уникнути або страшився; стан перебування у психологічно дискомфортному середовищі, що не має межі, яка психологічно сприймається як завершення, або межі якої перевищують прогностичний психологічний резерв очікування; стан перебування в короткотривалій, гостро виниклій життєво небезпечній ситуації; стан після минулої гострої психотравмуючої ситуації життєво небезпечного характеру; флеш-беки; стан після або на тлі гострої чи хронічної психотравмуючої ситуації, що не мала життєво небезпечного характеру, або стан хронічної психоемоційної та фізичної перевтоми, який супроводжувався депривацією сну.

Результати дослідження мають бути враховані при наданні психологічної допомоги комбатантам.

Список літератури

1. Указания по военно-полевой терапии; под наблюд. полк. мед. службы В. А. Аркаева. М.: Воениздат, 1976. 296 с.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) / American Psychiatric Association Publishing; Auflage: 5 Rev. ed. 2013. 911 p.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) / American Psychiatric Association Publishing; Auflage: 4 Rev. ed. 1994. 915 p. doi: https://doi.org/10.1007/springerreference_179660

4. МКХ-10-АМ. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. 10-й перегляд. Австралійська модифікація. Десяте видання, 1 липня 2017 р. URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/Klasyfikator_xvorob_ta_sporidnenyx_problem_oxorony_zdorovya_NK_0252019.pdf
5. *Иванов Ф. И.* Реактивные психозы в военное время. Ленинград: Медицина, 1970. 168 с.
6. *Пішель В. Я., Ільницька Т. Ю., Полів'яна М. Ю.* Надання медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із психотичними розладами / *НейроNews*. 2019. № 10 (111). С. 16–19.
7. *Гайдабрус А. В.* Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні Операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб / *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 19–24.
8. *Боярська З. О., Пінчук Р. С.* Динаміка тривожності учасників Операції об'єднаних сил / *Science Rise: Biological Science*. 2018. № 5 (14). С. 22–26.
9. Psychogenic Disorders in German soldiers during World War I and II / P. Zimmermann, H. H. Hahne, K. H. Biesold, M. Lanczik // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2005. № 73 (2). P. 91–101.
10. *Berthier M. L., Posada A., Puentes C.* Dissociative flashbacks after right frontal injury in a vietnam veteran with combat-related posttraumatic stress disorder // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2001. № 13 (1). P. 101–105. doi: <https://doi.org/10.1176/jnp.13.1.101>
11. *Waelde L. C., Silvern L., Fairbank J. A.* A taxometric investigation of dissociation in Vietnam veterans // *J. Trauma Stress*. 2005. № 18 (4). P. 359–369. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20034>
12. *Nejad A. G., Farahati H.* Dissociative disorders and dissociative symptoms among veterans of the Iraq-Iran war suffering from chronic post-traumatic disorder // *Neurosciences (Riyadh)*. 2007. № 12 (4). P. 318–321.
13. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder in individuals exposed to armed conflict in the Democratic Republic of Congo / Y. Duagani Masika et al. // *J. Trauma Dissociation*. 2019. № 20 (5). P. 582–593. doi: <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597814>
14. Dissociative symptoms in a nationally representative sample of trauma-exposed U. S. military veterans: Prevalence, comorbidities, and suicidality / S. Herzog et al. // *J. Affect. Disord.* 2020. № 272. P. 138–145. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.177>

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИССОЦИАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УЧАСТВОВАВШИХ В АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ/ОПЕРАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ СИЛ

Н. В. ДАНИЛЕВСКАЯ

Систематизированы причины возникновения диссоциативных проявлений у военнослужащих – участников антитеррористической операции/операции Объединенных сил. Исследована их корреляция с количественными и качественными характеристиками клинической картины диссоциативных проявлений, возрастными и личностными особенностями комбатантов.

Ключевые слова: диссоциативные расстройства, психопатология, комбатанты, антитеррористическая операция/операция Объединенных сил.

PECULIARITIES OF MANIFESTATION AND CLINICAL SIGNS OF DISSOCIATIVE DISORDERS IN COMBATANTS OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE PARTICIPATED IN THE ANTI-TERRORIST/ JOINT FORCES OPERATION

N. V. DANILEVSKA

The causes of dissociative manifestations in combatants participated in the anti-terrorist/Joint Forces operation have been systematized. Their correlation with quantitative and qualitative characteristics of the clinical picture of dissociative manifestations, age and personal characteristics of the combatants has been studied.

Key words: dissociative disorders, psychopathology, combatants, anti-terrorist/Joint Forces operation.

Надійшла 05.04.2021