

НАЦІОНАЛЬНИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР  
«ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ»

**ЧЕРНЕНКО ІННА ОЛЕКСАНДРІВНА**

**к. мед. н**

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВОГО  
РОЗЛАДУ У УЧАСНИКІВ АТО/ООС (МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ,  
ТЕРАПІЯ, ПРОФІЛАКТИКА, РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ)**

1

*Реферат*

## **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Мета дослідження:** розробка напрямків профілактики і алгоритмів формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації комбатантів з ПТСР на основі результатів комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного та соціально-демографічного досліджень.

Для досягнення зазначеної мети у роботі були поставлені наступні завдання:

1. Встановити бойові, психотравмуючі та соціально-демографічні чинники ризику формування ПТСР у комбатантів.
2. Встановити патопсихологічні предиктори формування ПТСР у комбатантів.
3. Встановити клініко-психопатологічні особливості та феноменологічну структуру ПТСР і його медико-соціальних наслідків у комбатантів.
4. Розробити напрямки профілактики і алгоритми формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації комбатантів з ПТСР.
5. Визначити мішені профілактики, терапії, реабілітації на основі вивчення результатів комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного, соціально-демографічного дослідження.

**Об'єкт дослідження** – посттравматичний стресовий розлад у комбатантів.

**Предмет дослідження** – соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості комбатантів з ПТСР, фактори ризику-антиризiku, маркери схильності-резистентності до ПТСР, маркери наявності-відсутності ПТСР, алгоритми формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психодіагностичний та медико-статистичний.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше на основі комплексного дослідження та систематизації соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психологічних особливостей військовослужбовців ЗСУ, які брали безпосередню участь у бойових діях в зоні АТО доведено принципову можливість кількісної оцінки ризику формування ПТСР у комбатантів, а також можливість створення алгоритмів формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації військовослужбовців з цим розладом.

Вперше встановлено, що найбільш впливовими факторами формування ПТСР у комбатантів є (у порядку зменшення впливовості) тривалість або особистісна значущість психотравми (за суб'єктивною оцінкою комбатанта) протягом бойових дій, відсутність бажання служити у ЗС України, соматичні наслідки бойових дій.

Вперше показано, що за інформативністю та вагомістю найбільш патогенними (в плані формування ПТСР) видами бойових дій є осада, військова блокада і наступ: при цьому вирішальне значення має тривалість перебування в таких умовах, а також загальна тривалість безперервної участі у бойових діях більше 147 діб.

Вперше доведено наявність кумулятивної дії низки обставин попереднього мирного життя комбатантів у формуванні ПТСР, і навпаки не знайдено свідчень впливу деяких бойових факторів, які вважаються асоційованими з формуванням цього розладу у військовослужбовців.

Доповнено відомості та отримано нові дані щодо медико-психологічної характеристики комбатантів в Україні з виділенням специфічних психологічних, пато психологічних, особистісних, когнітивних предикторів формування ПТСР. На цій основі вперше визначено показники резистентності або, навпаки, вразливості до формування ПТСР у військовослужбовців при виконанні ними бойових професійних обов'язків в умовах гібридної війни в Україні.

Доповнено відомості щодо клініко-феноменологічної структури ПТСР. Вперше проведено ранжування психопатологічних симптомів ПТСР у комбатантів за ступенем їхньої інтенсивності (комплексний показник, що враховує одночасно частоту й виразність зазначених симптомів). Вперше у вітчизняній психіатрії доведено, що вживання алкоголю зі шкідливими наслідками є маркером наявності ПТСР, і навпаки. Вперше доведено вірогідність формування ПТСР лише за умов сукупного впливу таких контекстуальних чинників, як проблеми пов'язані з соціальним оточенням, відповідними психосоціальними обставинами, способом життя, первинною підтримкою оточуючих, включно родину.

**Практичне значення роботи.** Визначено і оцінено впливовість бойових, професійних, психотравмуючих, соціально-демографічних і соматичних чинників ризику-антиризиків ПТСР; а також інформативність психологічних та пато психологічних маркерів схильності-резистентності до формування ПТСР, так само як і маркерів наявності-відсутності цього розладу, що дозволило створити відповідні прогностичні та діагностичні таблиці.

Створено алгоритм формування персоналізованих програм терапії та реабілітації комбатантів, що страждають на ПТСР. Невід'ємними складовими, алгоритму, про який йдеться, є: клініко-діагностичний етап (представлений напівструктурованим психіатричним інтерв'ю та протоколом комплексної, квантифікованої психодіагностичної і психометричної оцінки пацієнта), етап персоналізації лікувально-реабілітаційної програми (ключовим компонентом якого є визначення специфічних для даного пацієнта симптомів-мішеней і критично важливих для відновлення психічного здоров'я обставин життя), а також етап власне лікувально-реабілітаційного втручання (представлений індивідуальним комплексом методів психотерапії та психофармакотерапії, і так само індивідуальною послідовністю їхнього застосування (лікувально-реабілітаційним «маршрутом» пацієнта).

Використання описаної вище технології дозволяє забезпечити оптимальний результат в кожному конкретному випадку, за рахунок:

- комплексного та скоординованого застосування медичних, психологічних, соціальних та професійних заходів для відновлення найвищого рівня професійної надійності військових взагалі, та комбатантів зокрема;

зменшення кількості ускладнень, зумовлених психічними, соматичними наслідками бойових дій;

- зниження рівня негативних соціальних наслідків БПТ (безробіття, асоціальна, кримінальна поведінка, залежність від психоактивних речовин тощо);
- оптимізації заходів комплексної терапії та реабілітації комбатантів з ПТСР, зокрема медичних, соціальних витрат.

Результати дослідження та сформульовані висновки призначені для застосування у практичній роботі психіатрів, медичних психологів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з медико-психологічною допомогою постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій (НС), та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів за означеними спеціальностями на етапах перед- та післядипломної освіти.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Контингент і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було обстежено 150 чоловіків, учасників бойових дій в зоні АТО.

Групу дослідження склали обстежені на базі клініки психіатрії з палатами для наркологічних хворих Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» було обстежено 93 комбатанта з ПТСР середнім віком  $33,71 \pm 1,34$  років, які отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу.

В основну групу увійшли 47 комбатантів з ПТСР, які приймали участь у персоніфікованих програмах терапії та реабілітації, розроблених за результатами власних досліджень.

В контрольну групу увійшли 46 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у госпіталі.

Групу дослідження склали обстежені на базі військової частини А0139 57 умовно-здорових комбатантів середнім віком  $27,88 \pm 1,69$  років.

Окрім віку, сформовані групи не мали достовірних відмінностей між собою, за: родом бойової професійної діяльності, видом бойових дій (у яких брали участь), а також соціально-демографічними характеристиками членів їх сімей.

**Методи дослідження.** У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Клініко-феноменологічну структуру ПТСР встановлювали шляхом формалізованої оцінки інтенсивності психопатологічних синдромів (комплексний показник, що враховує одночасно частоту й виразність симптому). Додатково визначали контекстуальні чинники (критерії МКХ-10, кодовані шифром Z).

Клініко-анамнестичне дослідження включало вивчення особливостей бойової професійної діяльності, умов бойових дій протягом участі в АТО, а також впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання.

Соціально-демографічний аналіз включав розподіл обстежених за віком, освітою, соціально-економічним і сімейним станом, соціальним оточенням, зв'язками, підтримкою, родинними обставинами.

Психометричний метод включав використання: опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90R, Symptom Check List 90Revised) (Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L., 1973), шкали клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (Левін Я. І., 1995), Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) (Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L., 1988), госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale) (Posner K., Oquendo M. A., Gould M., Stanley B. і Davies M., 2007), тесту AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (BOOЗ, 1989), експрес-методики оцінки когнітивних функцій (Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю., Рощина І. Ф., 2009),

Психодіагностичне дослідження передбачало застосування: індивідуально-типологічного опитувальника (Собчик Л. Н., 1999); методики стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Раге (Thomas Holmes T., Richard Rahe R., 1967), методики діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі (в адаптації А.К. Осницького) (Arnold H. Buss, Ann Durkee, 1957, Райгородський Д. Я., 2001), методики дослідження рівня емпатійних тенденцій (Юсупов І. М., 2002), методики діагностики загальної комунікативної толерантності В. В. Бойко (Райгородський Д. Я., 2001), Торонтської шкали алекситимії (TAS) (Graeme J. Taylor, D. Ryan, R. Michael Vagby, 1985), оцінки інтенсивності харасменту (Агазаде Н., 2004).

Методи математичної статистики - обробку отриманих даних проводили методами математичної статистики з використанням дисперсійного та кореляційного аналізу (Лапач С.Н. и др., 2000). Для всіх ознак, що вивчались в межах цієї роботи, визначались їхні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності (МІ) (Гублер Е.В., 1978). Обчислення результатів дослідження здійснювали на комп'ютері за допомогою SPSS 22.0, Excel MS Office 2013.

**Результати дослідження.** В процесі визначення чинників ризику ПТСР було показано, що найбільший внесок в сукупний ризик формування цього розладу у комбатантів роблять три окремих фактори, а саме: отримання комбатантом тривалої або серйозної (самостійно визначеної і названої) психотравми протягом бойових дій (ДК=16,51, МІ=6,33), відчуття проблем з фізичним (соматичним) здоров'ям (ДК=13,78, МІ=5,54) та пов'язане з ними бажання комісуватися з лав ЗСУ протягом року (ДК=14,31, МІ=3,26).

Інші вагомі окремі фактори ризику ПТСР у комбатантів були пов'язані з:

- перебуванням в зоні АТО та особливостями бойової професійної діяльності, включно: участю у наступі, окопному, вуличному, близькому та вирішальному боях; участю у військовій блокаді > 20 днів та загальній тривалості участі у бойових діях >147 днів; а також зміною звичок харчування та звичок, пов'язаних зі сном і проблемами (конфліктами) з керівництвом (при ДК від -3,74 до -11,30 од. і МІ від 0,57 до 2,06 од.);

- впливом БПТ, включно: необхідністю бачити тіла загиблих і торкатися до них, загрозою загибелі від вогню снайперів, загибеллю товаришів, друзів, побратимів на

очах респондента, вбивством людини (ворога) або вірою в те, що це відбулось (при ДК від -4,56 до -10,43 од. і МІ від 0,88 до 1,84 од.);

- дією інших шкідливих чинників бойової професійної діяльності, включно: недостатнім рівнем кисню, вібрацією, дією хімічних речовин, несприятливим мікрокліматом (при ДК від -4,64 до -11,10 од. і МІ від 0,62 до 1,16 од.);

- соціально-економічними обставинами, включно: низькими доходами ( $\leq 3000$  гривень на місяць), проблемами з працевлаштуванням, поточними «проблемами з законом», кримінальним анамнезом (арештом або пред'явленням звинувачень у минулому), реорганізацією за місцем роботи, а також відсутністю іншої (окрім військової) професії або професійних навичок (при ДК для цих факторів від -5,18 до -11,85 од. і МІ від 0,53 до 1,54 од.);

- родинними обставинами та міжособистісними зв'язками, включно: проблемами спілкування в межах та поза межами родини (особливо конфліктністю у відносинах із дружиною та її родичами), незадовільним матеріальним забезпеченням батьківської родини, психічними та соматичними хворобами родичів, труднощами збереження сімейного стану (повторним одруженням) та/або незадоволеністю власним сімейним станом, а також відсутністю постійного місця проживання та/або сталого мікросоціального оточення (при ДК для цих факторів від -3,79 до -11,20 од. і МІ від 0,51 до 2,39 од.);

- показниками стану соматичного здоров'я, включно: стурбованістю комбатанта станом свого соматичного здоров'я; травмою або хворобою, що виникли протягом останнього року, а також наявністю (за даними клінічного обстеження) захворювань кістково-м'язової системи, системи органів травлення або ЛОР-органів (при ДК для цих факторів від -6,22 до -10,77 од. і МІ від 0,59 до 4,14 од.).

Окрім окремих факторів ризику було проаналізовано вагомість різних їхніх груп і побудовано відповідний рейтинг за показником середньої сумарної інформативності в згаданих групах ( $\Sigma_{cp}MI$ ), який набув наступний вигляд: вплив БПТ ( $\Sigma_{cp}MI = 2,22$ ), плани щодо подальшої служби ( $\Sigma_{cp}MI = 1,95$ ), психотравмуючі чинники, які діяли протягом останнього року ( $\Sigma_{cp}MI = 1,12$ ), тривалість участі в окремих видах бойових дій та у цілому ( $\Sigma_{cp}MI = 0,89$ ), шкідливі чинники професійної військової діяльності ( $\Sigma_{cp}MI = 0,86$ ).

Щодо факторів антиризиків, то вони за своєю суттю були практично дзеркальним відображенням факторів ризику, при цьому їхня вагомість була незначною, через що вони забезпечували помітну резистентність до ПТСР та інших наслідків БПТ лише за умов їхньої сукупної дії.

При вивченні патопсихологічних предикторів формування ПТСР у комбатантів було проведено кількісний аналіз діагностичної та прогностичної цінності результатів комплексного дослідження поведінкових (ворожість, агресивність), особистісних (індивідуально-типологічний профіль), а також комунікативних (комунікативна толерантність, емпатійні тенденції) характеристик.

Найбільш надійними ( $p < 0,001$ ) та значущими предикторами формування ПТСР (в разі сформованого розладу – маркери) виявились:

- серед показників агресивності: індекс агресивності  $> 21$  балів; індекс ворожості  $> 13$  балів та рівень вербальної агресії, бал  $> 8$  балів (ДК від -6,00 до -8,57 і МІ від 1,20 до 1,87 од.);

- серед індивідуально-типологічних показників: «тривожність» >6 балів; «агравация» >3 балів та «брехня» ≤ 2 балів (ДК від -9,10 до -12,93 і МІ від 1,32 до 2,27 од.);

- серед показників комунікативності: >4, >6 і >58 балів за шкалами методики В.В. Бойка № 2, 3 і 10 відповідно; а також >41 бали за рівнем емпатійних тенденцій у тесті І.М. Юсупова (ДК від -3,83 до -6,81 і МІ від 0,76 до 1,46 од.);.

Окрім окремих предикторів (маркерів) ПТСР було оцінено діагностичну (і прогностичну) цінність самих методик, що використовувались. Було встановлено, що за цим показником згадані методики утворюють наступний рейтинг (у порядку зменшення  $\Sigma_{cp}MI$ ): опитувальник А. Басса- А. Даркі ( $\Sigma_{cp}MI = 0,78$ ), ІТО ( $\Sigma_{cp}MI = 0,77$ ), тест емпатії І.М. Юсупова ( $\Sigma_{cp}MI = 0,77$ ) і, нарешті, методика визначення комунікативної толерантності В.В. Бойка ( $\Sigma_{cp}MI = 0,60$ ). Як і в разі згаданих вище факторів антиризиків, предиктори (маркери) резистентності до формування ПТСР виявились дзеркальним відображенням предикторів схильності до цього розладу.

В результаті визначення клініко-психопатологічних особливостей та феноменологічної структури ПТСР було встановлено, що в психічному статусі комбатантів достовірно ( $p < 0,001$ ) превалюють афективні, астеничні і психосоматичні прояви (середня інформативність запитань, щодо цих проявів ( $\Sigma MI/n$ ) становила 2,16; 1,77 та 1,32 од. відповідно); в той час, коли нав'язливі, іпохондричні та істеричні прояви виражені у них значно слабше (1,17; 0,57 та 0,30 од. відповідно).

В структурі клінічних проявів ПТСР у обстежених хворих переважали знижений фон настрою, високий рівень тривоги, відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, дратівливості, почуття слабкості та млявості, порушення сну, соматичні скарги (кардіологічні, церебральні, гастроентерологічні)

Феноменологічна структура ПТСР у комбатантів була представлена тривожним, астеничним та психосоматичним синдромокомплексом. При цьому, відповідна симптоматична структура в групі умовно-здорових комбатантів була представлена ознаками посилення превентивно-захисної вегетативної активності внаслідок стресу (у вигляді парасимпатичних судинних реакцій середньої інтенсивності), яка, тим не менше, не досягала рівня реакцій дезадаптації.

В результаті проведеного кореляційного аналізу встановлено, що важкість психопатологічної симптоматики дійсно визначається, насамперед, обставинами бойової військової діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції оцінок за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР з наявністю тривалої або серйозної психотравми ( $r_{xy} = 0,64$ ), з загрозою загибелі під вогнем снайперів ( $r_{xy} = 0,58$ ), з тим що, пацієнт був свідком загибелі товаришів ( $r_{xy} = 0,54$ ) або мирних жителів ( $r_{xy} = 0,48$ ), з участю у близькому бою ( $r_{xy} = 0,50$ ) або у наступі ( $r_{xy} = 0,41$ ), з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них ( $r_{xy} = 0,46$ ), з вбивством людей (супротивників) або вірою в це ( $r_{xy} = 0,45$ ).

Також встановлено міцний кореляційний зв'язок тривалої або серйозної БПТ з інтенсивністю тривоги ( $r_{xy} = 0,78$ ), страху ( $r_{xy} = 0,71$ ), підвищеним артеріальним тиском (АТ) ( $r_{xy} = 0,70$ ), розладами глибини й тривалості сну ( $r_{xy} = 0,70$ ), середньої сили – з розладами засинання ( $r_{xy} = 0,69$ ), внутрішнім дискомфортом ( $r_{xy} = 0,66$ ). Міцні кореляції БПТ з алекситимією ( $r_{xy} = 0,77$ ) та когнітивними порушеннями, насамперед, уваги ( $r_{xy} = 0,68$ ) підтверджують їх зв'язок з участю у бойових діях. Виявлено також тісні зв'язки

БПТ зі складовими Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (далі SCL-90-R), а саме з показниками за шкалами: депресії (DEP), тривоги (ANX), обесивності-компульсивності (О-С) індексами загальної важкості психопатології (GSI, PST) та соматизації (SOM) ( $r_{xy}$  від 0,69 до 0,76).

Проведено кількісний аналіз діагностичної цінності результатів застосування психометричних методик і визначено наступні маркери наявності ПТСР у комбатантів:

- серед показників за шкалами SCL-90R: ворожість (HOS) >0,60 балів; паранояльність (PAR) >0,70 балів; депресія (DEP) >0,51 балів; тривожність (ANX) >0,55 балів; соматизація (SOM) >1,19 балів; фобічна тривожність (PHOB) >0,85 балів; обесивність-компульсивність (О-С) >0,66 балів; міжособистісна сенситивність (INT) >0,80 балів та показник загальної важкості психопатології (GSI) >0,48 балів (при ДК від -7,42 до -17,01 од. і МІ від 2,64 до 7,35 од.).

- клінічна оцінка виразності порушень сну (за шкалою Я.І Левіна)  $\leq 18$  балів (ДК=-9,07, МІ=3,37);

- серед показників Міссісіпської шкали для бойового ПТСР: загальна оцінка >87 балів; гіперактивність >18 балів; почуття провини та відповідальність >9; симптоми вторгнення >18 балів та запобігання >35 балів (при ДК від -5,89 до -10,43 од. і МІ від 1,32 до 3,67 од.); а також

- показники тривоги за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) >8 балів (ДК=-11,94, МІ=3,06).

Було також оцінено діагностичну цінність самих психометричних методик, серед яких найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР виявились: SCL-90R ( $\Sigma_{cp}MI = 4,51$ ), а також оцінка виразності порушень сну Я.І. Левіна ( $\Sigma_{cp}MI = 3,37$ ).

Так само здійснено кількісний аналіз діагностичної цінності деяких медико-соціальних наслідків БПТ, в результаті чого встановлено, що маркерами наявності ПТСР серед комбатантів є:

- алекситимія >33 балів (за Торонською шкалою) (ДК=-17,56, МІ=8,63);

- розлади мнестико-інтелектуальних функцій: >1 балу в тесті зорової пам'яті Бентона, >0 балів при називанні продуктів харчування, >1 балу при вирішенні арифметичної задачі і >0 балів в тесті на тлумачення прислів'їв (при ДК від -12,50 до -16,85 од. і МІ від 1,84 до 7,01 од.);

- інтенсивність харасменту >40 балів (ДК=-14,59, МІ=3,56);

- наявність (>0 балів) та інтенсивність (>5 балів) суїцидальних ідей, а також суїцидальна поведінка >0 балів (за Колумбійською шкалою серйозності суїцидальних намірів) (при ДК від -10,18 до -12,19 од. і МІ від 0,84 до 1,66 од.);

- наявність ознак алкогольної адикції: >0 балів при відповідях на запитання № 4, 5, 6, 7 та 10 тесту AUDIT (при ДК від -7,65 до -9,78 і МІ від 1,46 до 2,07 од.)

За допомогою кореляційного аналізу зв'язків запитань тесту AUDIT з усіма іншими результатами дослідження встановлено, що чинниками формування алкогольної адикції серед комбатантів є (в порядку зменшення сили кореляційних зв'язків): проблеми з законом, участь у військовій блокаді, наявність ознак ПТСР, наявність міжособистісних проблем в родині, негативне ставлення до вагітності партнерші, а також проблем зі здоров'ям (власним і родичів).



Визначені і кількісно оцінені, в результаті описаних досліджень, предиктори і фактори ПТСР фактично є показниками напрямів його психопрофілактики, а також мішенями терапевтичних втручань (в тих випадках, коли зазначений розлад вже сформувався). Знайдені мішені терапевтичних втручань у поєднанні із описаною клінічною феноменологією і кореляційною структурою обставин, проявів та наслідків ПТСР є надійним підґрунтям для створення персоніфікованих профілактичних та лікувальних програм стосовно цього розладу.

З огляду на те, що процес формування і розвитку ПТСР є своєрідним континуумом, що починається на фоні практичного здоров'я і триває аж до тяжких клінічно виражених його форм, складові напрямків профілактики і алгоритмів формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації комбатантів з цією патологією мають багато спільного і їх доцільно описувати разом. Отже:

- БПТ та посттравматичне особистісне реагування на неї, як потужні фактори ризику формування ПТСР, обумовлюють застосування травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії або її елементів, а також втілення заходів спрямованих на формування психологічної резистентності до стресу бойових обставин за рахунок прищеплення навичок збереження психічного здоров'я;

- облігатна присутність у клініко-феноменологічній структурі ПТСР тривоги, депресії, страхів та пов'язаних з ними розладів сну вимагають використання для лікування комбатантів засобів психофармакотерапії (транквілізаторів, антидепресантів, снодійних), а також засобів для корекції артеріального тиску; при цьому слід мати на увазі наявність прямих і сильних кореляційних зв'язків між соматичним та емоційним станом у комбатантів і вчасно проводити відповідну терапію (з огляду на визначені кореляційні зв'язки, це особливо стосується лікування розладів діяльності органів травлення та кістково-м'язової системи).

- обов'язковими також є застосування методів психотерапії для корекції порушень сну (медикаментозний сон, гіпнотерапія), зниження рівня тривожності (раціональна терапія, аутогенне тренування), а також фізіотерапія (світло-, тепло-, водолікування, магнітотерапія, масаж, ЛФК, голкорексотерапія).

- важливою складовою терапії ПТСР є заходи збереження соматичного здоров'я, включно відповідний раціон харчування, фізичні вправи, моніторинг стану кістково-м'язової системи, органів травлення, ЛОР органів; комплексної фізичної реабілітації комбатантів із застосуванням фізіотерапевтичних процедур, голкорексотерапії, ЛФК тощо (за показаннями);

- іншим напрямком терапії повинне бути усунення наслідків впливу шкідливих чинників професійної діяльності за допомогою етіопатогенетичної фармакологічної корекції, а за умов її неможливості – загальнозміцнюючої терапії, фізіо-, кліматотерапії тощо;

- психогігієнічні та профілактичні заходи слід спрямовувати на корекцію режиму харчування, своєчасну ротацию військовослужбовців, при цьому чільне місце у профілактиці ПТСР має посідати психоосвітня робота та використання методів комплаєнс-терапії з метою підвищення мотивації військових до служби у ЗСУ (наприклад, мотиваційний тренінг);

- необхідними заходами профілактики ПТСР є надання консультацій / допомоги з питань сімейних, міжособистісних відносин, а важливою складовою реабілітації

комбатантів з ПТСР є створення відповідного терапевтичного середовища на тлі пацієнт-центрованого підходу задля потенціювання психологічної та психотерапевтичної роботи, спрямованої на відновлення взаємин комбатантів на рівні мікро- та макрооточення (включно тренінгових занять з питань формування комунікативних навичок на етапі реабілітації);

- важливими компонентами профілактики ПТСР є достатній рівень матеріального забезпечення комбатантів (зокрема житлом) або сприяння його підвищенню через консультації / підтримку / допомогу у працевлаштуванні, отриманні додаткових професійних навичок, професійному розвитку та кар'єрному зростанні тощо, але ці питання знаходяться вже за межами компетенції служби охорони здоров'я ЗСУ, при цьому прийом у ЗСУ осіб з кримінальною, асоціальною поведінкою, а також таких, що мають родичів з психічними захворюваннями є недоцільним (в тому числі, через несприятливий прогноз наслідків БПТ).

На основі проведених досліджень створено комплексну лікувально-реабілітаційну програму, яка включає наступні складові:

1. Клініко-діагностичну програму для комбатантів:

- напівструктуроване психіатричне інтерв'ю для діагностики ПТСР;  
- протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР;  
- способи оцінки вірогідності формування ПТСР на основі зведених таблиць факторів ризику-антиризик, предикторів і маркерів резистентності до розладу, про який йдеться, із застосуванням послідовної процедури Вальда (у модифікації Е. В. Гублера);

- спосіб психодіагностики ПТСР на основі зведених таблиць психометричних та психодіагностичних маркерів його наявності-відсутності також із застосуванням послідовної процедури Вальда (у модифікації Е.В. Гублера);

- спосіб експрес-діагностики медико-соціальних наслідків ПТСР;

- спосіб експрес-діагностики алкогольних проблем у комбатантів.

2. Алгоритм проведення психотерапевтичного лікування комбатантів з використанням *когнітивно-поведенкової терапії ПТСР* Ehlers, Clark and etc., 2008), короткої еклектичної психотерапії (Budman S. H., Gurman A. S., 1983), пацієнт-центрована психотерапія С. R. Rogers, тренінг імунізації проти стресу D. Meichebaum, міжособистісна психотерапія G. Klerman.

3. Алгоритм психофармакотерапії ПТСР у комбатантів з персоніфікованим використанням анксиолітиків (NDRI), антидепреснтів (SARI, SNRI, SSRI), атипичних атипсихотиків, снодійних, протисудомних препаратів

4. Алгоритм персоніфікованого застосування розроблених програм (лікувально-реабілітаційний маршрут) комбатантів з ПТСР.

В результаті апробації запропонованої комплексної лікувально-реабілітаційної програми встановлено, що вона забезпечує регрес симптомів ПТСР в 84,78 % випадків в основній групі проти 65,22 % – в контрольній.

## ВИСНОВКИ

1. У роботі представлено теоретичне обґрунтування і нове вирішення актуальної наукової задачі в галузі психіатрії, а саме розробки напрямів профілактики і алгоритмів формування персоніфікованих програм терапії та реабілітації комбатантів з

посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) на основі результатів комплексного клініко-психопатологічного, соціально-демографічного клініко-анамнестичного, клінічного та психодіагностичного досліджень.

2. Встановлено, що серед бойових, психотравмуючих та соціально-демографічних чинників ПТСР найбільший внесок в сукупний ризик формування цього розладу у комбатантів роблять три окремих фактори, а саме: отримання комбатантом тривалої або серйозної психотравми протягом бойових дій (ДК=16,51, МІ=6,33), відчуття проблем з фізичним (соматичним) здоров'ям (ДК=13,78, МІ=5,54) та пов'язане з ними бажання комісуватися з лав ЗСУ протягом року (ДК=14,31, МІ=3,26). Вплив БПТ ( $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ} = 2,22$ ), плани щодо подальшої служби ( $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ} = 1,95$ ), інші (окрім БПТ) психотравмуючі чинники, які діяли протягом останнього року ( $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ} = 1,12$ ), тривалість участі в окремих видах бойових дій та у цілому ( $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ} = 0,89$ ), а також шкідливі чинники професійної військової діяльності ( $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ} = 0,86$ ).

3. Патопсихологічними предикторами формування ПТСР (в разі сформованого розладу – маркерами: підвищені рівні агресивності; ворожості та вербальної агресії (>21, >13 і >8 балів опитувальника Басса-Даркі при ДК від -6,00 до -8,57 і МІ від 1,20 до 1,87 од.); відносно високі рівні тривожності, агравації і відносно низький - за шкалою брехні (>6; >3 та  $\leq 2$  балів відповідно тесту ІТО при ДК від -9,10 до -12,93 і МІ від 1,32 до 2,27 од.); підвищені рівні показників комунікативності (>4, >6 і >58 балів за шкалами методики В.В. Бойка № 2, 3 і 10 відповідно; а також >41 бали за рівнем емпатійних тенденцій у тесті І.М. Юсупова при ДК від -3,83 до -6,81 і МІ від 0,76 до 1,46 од.); при цьому, використані методики за рівнем їхньої діагностичної (і прогностичної) цінності утворюють наступну послідовність (у порядку зменшення  $\Sigma_{\text{ср}}\text{МІ}$ ): опитувальник Басса-Даркі (0,78) - ІТО (0,77) - тест емпатії І. М. Юсупова (0,77) - методика В.В. Бойка (0,60).

4. Феноменологічна структура ПТСР у комбатантів представлена тривожним, астеничним та психосоматичним синдромокомплексом. В психічному статусі комбатантів достовірно ( $p < 0,001$ ) превалюють афективні, астеничні і психосоматичні прояви (середня інформативність запитань, щодо цих проявів ( $\Sigma\text{МІ}/n$ )) становила 2,16; 1,77 та 1,32 од. відповідно); в той час як нав'язливі, іпохондричні та істеричні прояви виражені у них значно слабше (1,17; 0,57 та 0,30 од. відповідно); при цьому.

5. Важкість посттравматичної симптоматики визначається, насамперед, обставинами військової діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції ( $r_{xy}$ ) оцінок за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР: з наявністю тривалої або серйозної психотравми; з загрозою загибелі під вогнем снайперів; з тим що, комбатант був свідком загибелі товаришів або мирних жителів; з участю у близькому бою або у наступі; з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них; з вбивством людей (супротивників) або вірою в те, що це відбулось ( $r_{xy}$  від 0,41 до 0,64).

БПТ міцно пов'язана з інтенсивністю тривоги, страху, підвищеним АТ (артеріальним тиском), розладами глибини й тривалості сну та розладами засинання, а також внутрішнім дискомфортом ( $r_{xy}$  від 0,66 до 0,78), а її наслідками є алекситимія та когнітивні порушення у вигляді зниження уваги ( $r_{xy}$  дорівнює 0,77 та 0,68 відповідно).

6. Психометричними маркерами ПТСР серед комбатантів є: ворожість >0,60 балів; паранояльність >0,70 балів; депресія >0,51 балів; тривожність >0,55 балів; соматизація >1,19 балів; фобічна тривожність >0,85 балів; obsесивність-компульсивність >0,66 балів; міжособистісна сенситивність >0,80 балів та загальна важкість психопатології

>0,48 балів (за шкалами SCL-90R); клінічна оцінка виразності порушень сну  $\leq 18$  балів (за шкалою Я.І Левіна); симптоми гіперактивності >18 балів; симптоми вторгнення >18 балів та запобігання >35 балів, а також почуття провини та відповідальність >9 і загальна оцінка >87 балів (за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР); а також тривога >8 балів (за шкалою HADS) (при ДК згаданих маркерів від -5,42 до -17,01 од. і МІ від 1,32 до 7,35 од.); при цьому, найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР (за показником  $\Sigma_{cp}MI$ ) виявились такі психометричні методики як: SCL-90R (4,51) та оцінка виразності порушень сну Я. І. Левіна (3,37).

7. Маркерами ПТСР у комбатантів є: наявність інтенсивних (>5 балів) суїцидальних ідей, а також суїцидальної поведінки (>0 балів) (за Колумбійською шкалою серйозності суїцидальних намірів); наявність ознак алкогольної адикції (>0 балів при відповідях на запитання № 4, 5, 6, 7 та 10 тесту AUDIT); алекситимія >33 балів (за Торонською шкалою алекситимії); розлади мнестико-інтелектуальних функцій на рівні: >1 балу в тесті зорової пам'яті Бентона, >0 балів при називанні продуктів харчування, >1 балу при вирішенні арифметичної задачі і >0 балів в тесті на тлумачення прислів'їв; а також інтенсивність харасменту >40 балів (при ДК для таких маркерів від -7,65 до -17,56 і МІ від 0,84 до 8,63 од.)

8. Чинниками формування алкогольної адикції у комбатантів є (в порядку зменшення сили кореляційних зв'язків): проблеми з законом, участь у військовій блокаді, наявність ознак ПТСР, наявність міжособистісних проблем в родині, негативне ставлення до вагітності партнерші, а також проблем зі здоров'ям (власним і родичів).

9. Підґрунтям для створення персоніфікованих профілактичних програм у комбатантів є встановлені патопсихологічні та психометричні предикторами формування (в разі сформованого розладу – маркери) ПТСР.

Персоніфікована лікувально-реабілітаційна програма ПТСР повинна включати три етапи: клініко-діагностичний (напівструктуроване психіатричне інтерв'ю та протокол комплексної, кваліфікованої психодіагностичної та психометричної оцінки комбатанта); персоніфікації лікувально-реабілітаційної програми (визначення специфічних для даного комбатанта симптомів-мішеней і критично важливих для відновлення психічного здоров'я обставин життя); власне лікувально-реабілітаційного втручання (індивідуальний комплекс методів психотерапії та психофармакотерапії з індивідуальною послідовністю їхнього застосування (лікувально-реабілітаційним «маршрутом» пацієнта)).

10. Надпотужний вплив на формування ПТСР у комбатантів тривалої або серйозної психотравми (отриманої протягом бойових дій, самостійно визначеної і названої комбатантом), відчуття проблем з фізичним (соматичним) здоров'ям та пов'язане з ними бажання комісуватися з лав ЗСУ протягом року, – обумовлює застосування при лікуванні цього розладу травма-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії (або її елементів), а також втілення заходів спрямованих на формування психологічної резистентності до стресу бойових обставин, наприклад, прищеплення навичок збереження психічного здоров'я.

Облігатна присутність у клініко-феноменологічній структурі ПТСР тривоги, депресії, страхів та пов'язаних з ними розладів сну вимагають використання для лікування комбатантів з ПТСР засобів психофармакотерапії (транквілізаторів, антидепресантів, снодійних), застосування методів психотерапії для корекції порушень сну

(медикаментозний сон, гіпнотерапія), зниження рівню тривожності (раціональна терапія, аутогенне тренування), а також фізіотерапія (світло-, тепло-, водолікування, магнітотерапія, масаж, ЛФК, голкорексфлексотерапія)

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Слід мати на увазі встановлені зв'язки між соматичним та емоційним станом комбатантів з ПТСР і вчасно проводити відповідну терапію, особливо це стосується лікування розладів діяльності органів травлення та кістково-м'язової системи. Це означає, що важливою складовою терапії ПТСР є заходи збереження соматичного здоров'я, включно відповідний раціон харчування, фізичні вправи, моніторинг стану кістково-м'язової системи, органів травлення, ЛОР органів, а також комплексна фізична реабілітація комбатантів із застосуванням фізіотерапевтичних процедур, голкорексфлексотерапії, ЛФК тощо (за показаннями).

Вагомість таких факторів ризику ПТСР як шкідливі чинники професійної військової діяльності потребує усунення наслідків їх впливу за допомогою етіопатогенетичної фармакологічної корекції, а за умов її неможливості – загальнозміцнюючої терапії, фізіо-, кліматотерапії тощо.

2. Необхідними заходами профілактики негативних медико-соціальних наслідків ПТСР, зокрема алкоголізації комбатантів, є надання консультацій / допомоги з питань сімейних, міжособистісних відносин. Виходячи з цього, суттєвою складовою реабілітації комбатантів з ПТСР є створення відповідного терапевтичного середовища на тлі пацієнт-центрованого підходу задля потенціювання психологічної та психотерапевтичної роботи, спрямованої на відновлення їх взаємин на рівні мікро- та макрооточення (включно тренінгових занять з питань формування комунікативних навичок).

3. Психогігієнічні та профілактичні заходи слід спрямовувати на корекцію режиму харчування, своєчасну ротацию військовослужбовців (через встановлений вплив на розвиток ПТСР у комбатантів кумулятивної дії психотравмуючих чинників, які діяли протягом останнього року, і БПТ, а також тривалості участі в окремих видах бойових дій та у цілому). Чільне місце у профілактиці ПТСР має посідати підвищення мотивації військових до служби у ЗСУ завдяки психоосвітній роботі, використанню методів комплаєнс-терапії, наприклад, у межах мотиваційного тренінгу.

4. Прийом у ЗСУ осіб з кримінальною, асоціальною поведінкою, а також таких, що мають родичів з психічними захворюваннями є недоцільним через несприятливий прогноз наслідків БПТ, зокрема у вигляді ПТСР.

Іншими важливими компонентами профілактики ПТСР є достатній рівень матеріального забезпечення комбатантів (у т.ч. житлом) або сприяння його підвищенню через консультації / підтримку / допомогу у працевлаштуванні, отриманні додаткових професійних навичок, професійному розвитку та кар'єрному зростанні тощо.