

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ДОСВІД ОХОРОНИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ
ВІЙНИ**

Монографія

За загальною редакцією академіка НАМН України, члена-кореспондента НАН
України, доктора медичних наук, професора В.І. Цимбалюка

КИЇВ-2020

УДК:

Рекомендовано Вченою радою Української військово-медичної академії:
Протокол № від “ ___ ” _____ 2020 року.

Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація
військовослужбовців в умовах гібридної війни (Монографія):

за редакцією академіка Цимбалюка В.І.

Стеблюк В.В., Друзь О.В., Марута Н.О., Лінський І.В., Кожина Г.М., Швець А.В.,
Маркова М.В., Мінко О.І., Овчаренко М.О., Кальниш В.В., Заворотний В.І.,
Возніцина К.Б., Зеленська К.О., Проноза-Стеблюк К.В., Литвиненко Л.І,
Черненко І.О. , Росінський Г.С.

Установи - розробники: Українська військово-медична академія, Харківський
національний медичний університет, ДУ “Інститут неврології, психіатрії та
наркології НАМН України”, ДУ “Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва
НАМН України”, Харківська медична академія післядипломної освіти, Луганський
державний медичний університет (м. Рубіжне), Національний військово-медичний
клінічний центр “Головний військовий клінічний госпіталь”, ГО “Інститут медико-
соціальних проблем вразливих категорій населення”, ГО “Українська асоціація
військової медицини”

Рецензенти:

Мішиєв В.Д., доктор медичних наук професор,

Венгер О.П., доктор медичних наук, професор

ЗМІСТ

НЕ ВСІ РАНИ ВІЙНИ Є ВИДИМИМИ, АЛЕ ВСІ ПОТРЕБУТЬ ЗЦІЛЕННЯ. Передмова до монографії.

Цимбалюк В.І.

Список умовних скорочень

Понятійний апарат

РОЗДІЛ 1 СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ НАПЕРЕДОДНІ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ ТА ЇЇ РОЗВИТОК В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ

1.1. Діяльність психіатричної служби Збройних сил України в мирний час та в особливий період.

Друзь О.В., Черненко І.О., В.І. Заворотний

1.2. Організація психіатричної допомоги на етапах медичної евакуації та система медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України.

Друзь О.В., Стеблюк В.В., Швець А.В., Проноза-Стеблюк К.В.

1.3. Волонтерські ініціативи з медико-психологічної допомоги учасникам Антитерористичної операції на Сході України

Проноза-Стеблюк К.В.

1.4. Участь фахівців Національної академії медичних наук України в наданні психіатричної та медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій.

Лінський І.В., Возніцина К.Б., Кальниш В.В., Литвиненко Л.І.

РОЗДІЛ 2. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ

2.1. Бойовий стрес як предиктор бойової психічної травми. Особливості впливу чинників бойового середовища на

військовослужбовців.

Швець А.В., Кальниш В.В.

- 2.2.** Клініко-психопатологічні характеристики основних варіантів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які брали участь в бойових діях на Сході України.

Марута Н.О., Кожина Г.М., Заворотний В.І.

- 2.3.** Програма комплексної диференційованої терапії ПТСР у військовослужбовців, які брали участь в бойових діях

Марута Н.О., Кожина Г.М., Заворотний В.І., Зеленська К.О.

- 2.4.** Адиктивні розлади у військовослужбовців в районах проведення АТО/ООС

Лінський І.В., Мінко О.І., Овчаренко М.О.

- 2.5.** Суїциди в Збройних Силах України: аналіз та напрямки запобігання

Друзь О.В., Швець А.В.

- 2.6.** Мнестично-когнітивні та сомато-психічні наслідки бойового легкого травматичного ушкодження головного мозку (контузії). Постконтузійний синдром

Стеблюк В.В., Проноза-Стеблюк К.В.

- 2.7.** Психологічна корекція порушень здоров'я сім'ї учасників бойових дій: обґрунтування, структура, результати впровадження

Маркова М.В., Росінський Г.С.

- 2.8.** Принципи родинної медико-психологічної реабілітації осіб з постконтузійним синдромом

Проноза-Стеблюк К.В.

Інформація про аваторів та контакти для обміну інформацією

НЕ ВСІ РАНИ ВІЙНИ Є ВИДИМИМИ, АЛЕ ВСІ ПОТРЕБУТЬ ЗЦІЛЕННЯ...

Війна це завжди трегедія. Смерть, кров, біль, страждання - ось справжнє обличчя війни. І на війні окрім ран тілесних, видимих наслідків уражень від зброї, існують рани невидимі - рани душевні, які потребують зцілення.

Історично сталося так, що питанням ментального здоров'я постраждалих на війні до недавнього часу не приділялося належної уваги.

Досвід першої та другої світової війн майже призабувся, а в тоталітарному комуністичному суспільстві СРСР, взагалі ця тема не підіймалась, оскільки не вписувалась в офіційну ідеологію. Як і не вписувалися в цю ідеологію здорової соціалістичної спільноти "Советській народ" наслідки військових кампаній в Афганістані та інших "інтернаціональних місій".

Трохи більше на слуху був "В'єтнамський синдром" у ветеранів в Сполучених Штатах Америки, але, знову ж таки через ідеологічні міркування, вважалося що це - наслідки капіталістичного ладу, імперської політики США, і у наших ветеранів нічого подібного бути не може.

Мабуть тому, стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України на передодні Російської агресії відображав загальний стан військової медицини, і вся система не була готова до викликів, з якими довелося стикнутися з перших днів війни.

Бойовий стрес, бойова психічна травма, розлади адаптації, маніфестації коморбідної патології, віддалені наслідки - посттравматичний та постконтузійний синдроми увійшли в життя військових медиків та фахівців з морально-психологічного забезпечення, вчених та практиків цивільної ланки охорони здоров'я, та власне усього українського суспільства разом з війною.

Ми всі разом: фахівці психічного здоров'я військово-медичної служби, вчені Національної академії медичних наук, науково-педагогічні працівники

медичних університетів, практики закладів охорони здоров'я та реабілітаційних установ, і безумовно волонтерська професійна спільнота, об'єдналися заради однієї мети - протистояти ментальним наслідкам війни та боротися за психічне здоров'я та психосоціальну адаптацію захисників Вітчизни.

Досвід шести років бойових дій на Сході України довів необхідність вивчення, опрацювання кращого світового досвіду та створення власної системи охорони психічного здоров'я та медико-психологічної реабілітації головним завданням якої є збереження та відновлення ментального здоров'я військовослужбовців з метою повернення їх до повноцінного виконання службових обов'язків, а також реадаптації та реінтеграції в мікро- та макро-соціумі поза зоною бойових дій.

На сьогодні не виникає сумнівів, що питання психіатричної та медико-психологічної допомоги, від кризової інтервенції до лікування гострих розладів, від високоспеціалізованої психіатричної та наркологічної допомоги до реабілітації на санаторно-курортному етапі і підтримуючих курсів у спеціалізованих госпіталях ветеранів, є важливими питання організації медичного та морально-психологічного забезпечення в Збройних Силах України та заходами медико-соціального характеру загальнодержавного значення для ветеранів та членів її родин.

На сьогодні є великі здобутки на цій ниві!

Створено нормативно-правову базу від Законів України та Постанов Кабінету Міністрів України до Наказів міністерств та відомств, створено систему охорони психічного здоров'я та медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій і ветеранів війни, яка сьогодні працює в міру можливостей, зважаючи на фінансовий та кадровий голод. Виконано велику кількість науково-практичних досліджень, результатами яких стали стандарти лікування та реабілітації розладів ментального здоров'я, а найкращий досвід увійшов до навчально-методичних матеріалів.

Про визнання заслуг фахівців в галузі ментального здоров'я та медико-психологічної реабілітації свідчить Державна премія України в галузі науки та техніки за 2018 рік, яку було присуджено за роботу “Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту” колективу фахівців Міністерства оборони України, Національної академії медичних наук, Національного технічного університету України “КПІ імені Ігоря Сікорського”.

Сьогодні ми презентуємо чергову монографію з умовної серії “Досвід української медицини у збройному конфлікті на Сході України”

Ця монографія увідбрала в себе найбільш значущі результати проведеної за 6 років роботи. Перший розділ монографії присвячено питанням розбудови системи охорони ментального здоров'я в Збройних Силах України, організації психіатричної наркологічної та медико-психологічної допомоги та участі в цьому установ Національної академії медичних наук України, волонтерської допомоги. Другий розділ - вибрані питання психіатрії, наркології клінічної та соціальної психології особливого періоду, квінтесенція отриманого та обміркованого досвіду.

Триває війна, і продовжується практична та науково-дослідна робота всіх хто покликаний лікувати “невидимі рани”. І навіть коли змовне луна від останнього пострілу цієї війни, коли з шпиталю виписеться останній поранений солдат цієї війни, для фахівців галузі ментального здоров'я їх війна буде тривати. Бо пам'ять тривожить душевні рани, а вони болять значно довше за рубці від куль та шрапнелі...

Віталій Цимбалюк

доктор медичних наук, професор, академік НАМН чл.-кор. НАН України,
Президент Національної академії медичних наук України

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВЛК	Військово-лікарська комісія
ВМГ	Військовий мобільний госпіталь
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГВЛК	Головне військово-медичне управління
ГВМУ	Госпітальна військово-лікарська комісія
ГСР	Гострий стресовий розлад
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Десенсибілізація та переробка рухом очей)
ДТП	Дорожньо-транспортна пригода
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЗС	Збройні сили
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-те видання)
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
МО	Міністерство оборони
МПВ	Метод портретних виборів
ПАР	Психоактивні речовини
ППД	Пункт постійної дислокації
ППП	Перша психологічна допомога

ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ТФ-КПТ	Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
ФС	Функціональний стан
ЧМТ	Черепно-мозкова травма
ШОРС	Шкали оцінки ризику суїциду
CAPS	Клінічна шкала ПТСР для Посібника з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів
DSM	Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
PCL	Контрольний перелік симптомів ПТСР

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

Психічне здоров'я – стан благополуччя, при якому людина може реалізувати власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок в життя своєї спільноти.

Бойова психічна травма – тимчасовий патологічний розлад психічного стану людини, який розвивається без будь-якого іншого психічного розладу внаслідок впливу психотравмуючої ситуації і зазвичай зникає протягом декількох годин або днів (відповідно до МКХ-10 – гостра реакція на стрес як форма гострого реактивного психозу).

Посттравматичний стресовий розлад – психічний розлад, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій (природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо), які пов'язані із загрозою для власного життя (чи іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. ПТСР виникає як в безпосередніх учасників подій, так і у свідків цих подій (зміна внесена в DSM 5). Основна діагностична відмінність між гострою реакцією на стрес та ПТСР – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. Гостра реакція на стрес проявляється (діагностується) в період від двох днів до одного місяця після психотравмуючої події, а ПТСР діагностують не раніше ніж через місяць.

Бойовий стрес – багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної бойової обстановки, який супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, підвищує ризик дезінтеграції психічної дії та стійких соматовегетативних дисфункцій.

Психологічна корекція – цілеспрямований психологічний вплив на особу для приведення її психічного стану до норми після виявлення в неї будь-яких

психологічних відхилень (неклінічних порушень) та відновлення її здатності до виконання службових обов'язків.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів і термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на збереження, поліпшення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здатностей конкретної особи.

Медико-психологічна реабілітація – комплекс медичних, психологічних, загальних оздоровчих заходів, які здійснюються з метою відновлення здоров'я та корекції психофізіологічних функцій, досягнення високого рівня боєздатності (працездатності) військовослужбовців, а також створення сприятливих умов для відновлення соціальної активності, розвитку та утвердження особистості.

Психотравмуюча ситуація – екстремальна подія, яка має значний негативний вплив (екстремальний психогенний вплив) на конкретну особистість та за своїми наслідками вимагає надання психологічної допомоги і здійснення медико-психологічної реабілітації.

Перевтома – сукупність стійких, несприятливих для здоров'я функціональних порушень в організмі людини, які виникають внаслідок інтенсивної, тривалої (дні, тижні) трудової діяльності та характеризуються різким зменшенням функціональних резервів організму, що не відновлюються за час відпочинку між добовими та тижневими періодами роботи.

Хронічна втома – сукупність стабільних морфофункціональних змін в організмі, які повільно накопичуються протягом тривалого часу (тижні, місяці, роки) в результаті переважно професійної діяльності та характеризуються поступовим виснаженням функціональних резервів, наявністю стійких системних та неспецифічних за своєю природою психічних і фізіологічних порушень її організму. Хронічна втома є граничним з патологією функціональним станом.

Фахівці в сфері психічного здоров'я – спеціалісти, які мають відповідну освіту та підготовку з проведення діагностики і лікування психічних, поведінкових та емоційних розладів: лікарі (лікар-психіатр, лікар-психолог, лікар-психотерапевт, лікар-психофізіолог), молодші спеціалісти з медичною освітою (медична сестра,

фельдшер), що мають підготовку в галузі підтримки психічного здоров'я, спеціалісти у сфері психології (офіцер-психолог, офіцер по роботі з особовим складом), соціальні та інші працівники, які мають відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і беруть участь у наданні медико-психологічної допомоги.

Обмеження боєздатності внаслідок порушень психічного здоров'я – стан людини, обумовлений тимчасовою або постійною психічною нестабільністю внаслідок травми, хвороби, психологічної травми або іншого психічного стану.

Перша психологічна допомога – система короткотривалих невідкладних заходів, спрямованих на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану і негативних емоційних переживань людини чи групи людей, що постраждали внаслідок екстремальної чи надзвичайної події.

Психологічна корекція – цілеспрямований психологічний вплив на людину для нормалізації її психічного стану після виявлення в неї будь-яких психологічних відхилень та порушень (неклінічних патопсихологічних) і відновлення її здатності до виконання службових обов'язків.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів із визначенням порядку і місця їхнього проведення, спрямованих на збереження, поліпшення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи.

Реабілітант – індивід (поранений, хворий, людина з обмеженими можливостями, клієнт, пацієнт тощо), який є об'єктом реабілітації в реабілітаційному закладі та якому надають реабілітаційні та соціальні послуги.

Психологічна діагностика – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреби та оптимальних методів психологічної реабілітації.

Психоосвіта – інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги та першої психологічної допомоги іншим

особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби. Вироблення психологічної пружності та психологічних амортизаційних властивостей.

Психологічне консультування – комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості і психологічної культури.

Психологічна підтримка і супровід – система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникненню психологічних кризових станів.

Психотерапія – використання методів психологічного впливу для розв'язання особистісних та міжособистісних проблем, клінічних і субклінічних проявів дезадаптації, лікувальних заходів у комплексі лікувальних дій з іншими спеціалістами; із застосуванням стандартизованих психотерапевтичних процедур в індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг з метою покращання його психічних функцій або компенсації відхилень та клінічних проявів; відновлення особистісних якостей, спрямованих на гармонізацію міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя.

Групова робота – проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти та інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій.

РОЗДІЛ 1.

СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ НАПЕРЕДОДНІ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ ТА ЇЇ РОЗВИТОК В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ

1.1. ДІЯЛЬНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В МИРНИЙ ТА В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОДИ.

Друзь О.В., Черненко І.В., Заворотний В.І.

За часів незалежності України військово-медична служба зазнавала значних реформувань, що знаходило своє відображення у напрацьованих керівних документах, регламентуючих вибір стратегічного напрямку подальшого розвитку військової медицини в цілому і, зокрема психіатричної служби.

Слід зазначити, що починаючи з 1998 року посади психіатрів на рівні гарнізонних госпіталів, окремих навчальних з'єднань, військових учбових закладів зазнали значного скорочення. В зв'язку з цим, для забезпечення психопрофілактичних заходів достатньо великому контингенту військових формувань, при військово-медичних клінічних центрах було введено посади позаштатних гарнізонних психіатрів з числа ординаторів психіатричних відділень, які залучалися для роботи в військовій ланці.

1.1.1. Структура психічних розладів у військовослужбовців у мирний час

За даними галузевої статистичної звітності за формою 2/МЕД та звітів Центральної військово-лікарської комісії проаналізовано показники загальної захворюваності військовослужбовців ЗС України з приводу розладів психіки та поведінки (клас V) у динаміці багаторічного спостереження 2004 – 2013р.р.

За досліджуваний період найбільш показове зростання захворюваності з приводу розладів психіки та поведінки відбувалося у період з 2004 по 2007 роки з максимальними значеннями у 2007 році (офіцери – 11,4 %, військовослужбовці за контрактом – 7,8 %, військовослужбовці строкової служби – 21,8 %). У наступні

роки захворюваність військовослужбовців строкової служби по V класу хвороб мала тенденцію до зниження з найменшим показником за досліджуваний період у 2011 році (8,8 ‰). (табл. 1 - 3)

Загальна захворюваність офіцерів з приводу розладів психіки та поведінки, починаючи з 2010 року, знизилась більш ніж у двічі порівняно з попереднім 2009 роком та в подальшому не зазнавала значних коливань, залишаючись в межах 4-5 ‰.

Необхідно відмітити, що до 2009 року захворюваність по V класу хвороб була найнижчою у військовослужбовців за контрактом у порівнянні з іншими категоріями військовослужбовців, а починаючи з 2010 року вона стала перевищувати захворюваність офіцерів, що, очевидно, пов'язано з переходом на контрактну армію та збільшенням загальної кількості військовослужбовців за контрактом. (рис. 1)

У середньому за досліджуваний десятирічний період найвищі показники захворюваності з приводу розладів психіки та поведінки закономірно мали військовослужбовці строкової служби ($14,55 \pm 1,46$ ‰), на другому місці знаходилися офіцери ($6,98 \pm 0,94$ ‰), найнижчу захворюваність мали військовослужбовці за контрактом ($5,86 \pm 0,61$ ‰).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у всіх категорій військовослужбовців представлена в основному за рахунок невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів.

Найбільше ця патологія переважає у офіцерів – 88,4 % ($6,17 \pm 0,89$ ‰), у військовослужбовців за контрактом вона становить 76,8 % ($4,74 \pm 0,52$ ‰), у військовослужбовців строкової служби – 63,2 % ($9,20 \pm 1,07$ ‰).

Таблиця 1

Загальна захворюваність офіцерів ЗС України по класу розладів психіки та поведінки в динаміці багаторічного спостереження за період 2004-2013 років (‰)

Найменування хвороб	Код МКХ 10	Роки										Середнє, М±m
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Клас V. Розлади психіки та поведінки	F00-F99	5,6	4,4	9,7	11,4	9,2	11,0	4,9	4,8	4,0	4,9	6,98±0,94
у т.ч: розлади психіки	F00-F39	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2	0,25±0,03
невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	5,2	4,1	8,8	10,7	8,2	9,5	4,5	3,5	3,4	3,8	6,17±0,89
інші синдроми, розлади особистості та поведінки	F50-F99	0,2	0,1	0,5	0,4	0,8	1,1	0,3	1,1	0,3	0,9	0,56±0,12

Таблиця 2

Загальна захворюваність військовослужбовців за контрактом ЗС України по класу розладів психіки та поведінки в динаміці багаторічного спостереження за період 2004-2013 років (%)

Найменування хвороб	Код МКХ 10	Роки										Середнє, M±m
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Клас V. Розлади психіки та поведінки	F00-F99	2,9	2,5	6,4	7,8	7,1	7,9	6,4	7,4	5,1	5,2	5,86±0,61
у т.ч: розлади психіки	F00-F39	0,3	0,4	0,9	0,4	0,7	0,5	0,1	0,6	0,3	0,3	0,45±0,07
невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	2,5	2,0	5,4	7,0	5,7	6,8	5,2	4,7	3,8	4,3	4,74±0,52
інші синдроми, розлади особистості та поведінки	F50-F99	0,1	0,1	0,1	0,4	0,7	0,6	1,1	2,1	1,0	0,6	0,67±0,19

Таблиця 3

Загальна захворюваність військовослужбовців строкової служби ЗС України по класу розладів психіки та поведінки в динаміці багаторічного спостереження за період 2004-2013 років, (‰)

Найменування хвороб	Код МКХ 10	Роки										Середнє, М±m
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Клас V. Розлади психіки та поведінки	F00-F99	11,8	14,6	18,8	21,8	20,9	14,8	13,3	8,8	11,7	9,0	14,55±1,46
в т.ч.: розлади психіки	F00-F39	2,0	3,4	2,3	2,8	3,5	2,4	1,3	0,9	1,0	0,9	2,05±0,31
невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	7,6	6,8	12,2	14,2	13,6	10,1	9,6	5,6	8,3	4,0	9,20±1,07
інші синдроми, розлади особистості та поведінки	F50-F99	2,2	4,4	4,3	4,8	3,8	2,3	2,4	2,3	2,4	4,1	3,30±0,34

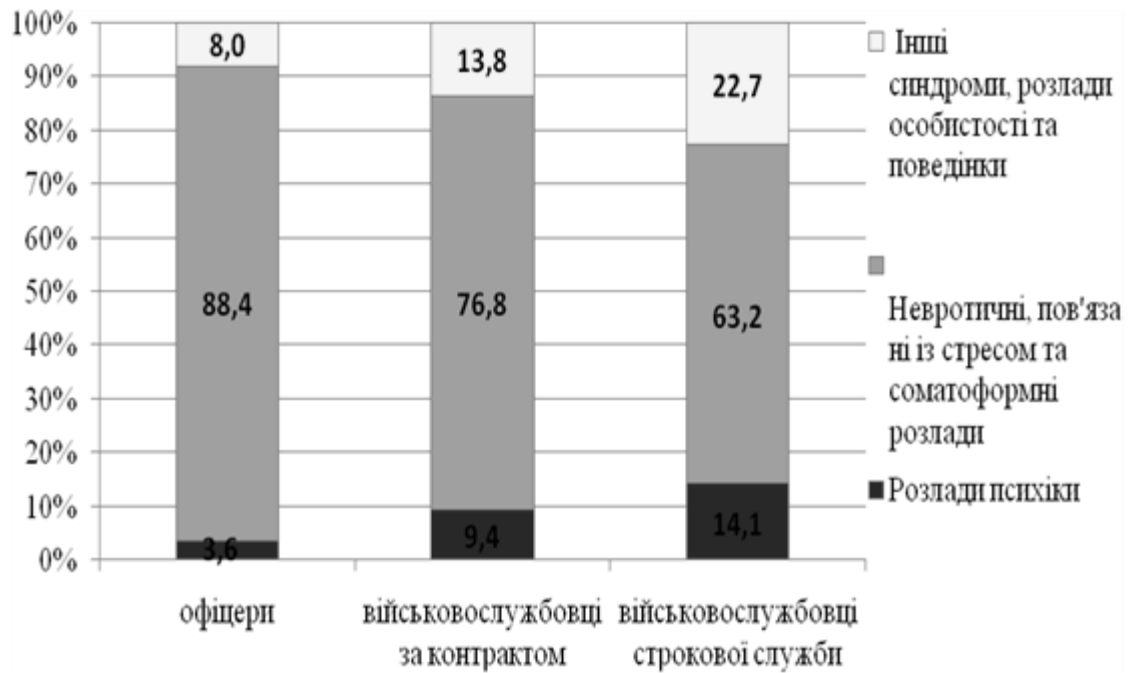


Рисунок 1. Структура загальної захворюваності військовослужбовців ЗС України по класу розладів психіки та поведінки за період 2004-2013 років.

Результати досліджень показали, що питома вага захворюваності на розлади психіки та поведінки в структурі основних захворювань усіх категорій військовослужбовців майже однакова в межах від 0,5% до 1%, а саме: у офіцерів – від 0,5% до 1%; у військовослужбовців за контрактом – від 0,5% до 0,9%; у військовослужбовців строкової служби – від 0,5% до 1% (табл. 4).

Таблиця 4

Частка загальної захворюваності по класу розладів психіки та поведінки в структурі основних захворювань військовослужбовців, (%)

Категорія в/с	Роки										Середнє, M±m
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Офіцери	0,84	0,62	1,11	0,88	0,86	0,87	0,47	0,53	0,48	0,72	0,74±0,07
За контрактом	0,57	0,53	0,91	0,87	0,79	0,81	0,72	0,83	0,66	0,63	0,73±0,04
Строкової служби	1,00	1,13	1,00	0,96	0,71	0,56	0,64	0,52	0,52	0,45	0,75±0,08

1.1.2. Динаміка та структура показників професійної непридатності за станом здоров'я військовослужбовців ЗС України з приводу розладів психіки та поведінки

За результатами роботи ЦВЛК за 2008-2013 рр. проаналізовано показники професійної дискваліфікації внаслідок розладів психіки та поведінки у офіцерського складу, військовослужбовців за контрактом і солдатів строкової служби за результатами роботи Центральної військово-лікарської комісії у 2008-2013 рр. Офіцери в структурі дискваліфікованих з приводу розладів психіки і поведінки за досліджуваний період становлять незначну частку: $1,5 \pm 0,1\%$, або $25,3 \pm 3,3$ осіб. У військовослужбовців за контрактом ці показники вищі і становлять відповідно $5,0 \pm 0,8\%$ ($48,2 \pm 4,2$ осіб) (табл. 5 та рис.2). А у солдат строкової служби розлади психіки і поведінки як причина професійної дискваліфікації знаходяться на першому місці, їх питома вага в структурі дискваліфікованих солдатів за дев'ятирічний період становила $19,7 \pm 0,8\%$ ($152,2 \pm 19,8$ осіб). Практично кожний п'ятий солдат був достроково звільнений у 2008–2013 рр. через психічні розлади.

Професійна дискваліфікація всіх категорій військовослужбовців з приводу психічних розладів обумовлена передусім невротичними, пов'язаними зі стресом і соматоформними розладами. Вказані розлади для військовослужбовців за контрактом і для рядових становлять дещо більше половини від усіх розладів психіки і поведінки ($53,3 \pm 4,0\%$ і $51,3 \pm 3,4\%$ відповідно), для офіцерів ці показники дещо нижчі і становлять $41,7 \pm 4,5\%$. На другому місці за причиною непридатності у військовослужбовців за контрактом і солдатів строкової служби знаходяться поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій (відповідно $20,1 \pm 1,0\%$ та $32,2 \pm 3,0\%$), а от для офіцерів частка таких хворих незначна і становить лише $8,0 \pm 2,6\%$. У офіцерів друге місце серед причин професійної дискваліфікації займають шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою – $29,2 \pm 4,8\%$. Серед інших категорій військовослужбовців такі хворі займають третю позицію і їх частка в структурі професійно дискваліфікованих становить $12,5 \pm 3,3\%$ для військовослужбовців за контрактом і $8,7 \pm 1,4\%$ для солдатів.

Таблиця 5

Кількість хворих, професійно дискваліфікованих по V класу хвороб та їх частка в структурі всіх військовослужбовців, визнаних непридатними (обмежено придатними) до військової служби за станом здоров'я в динаміці за період 2008-2013 рр. (абс. к-ть, %)

Категорія в/с	Одиниця виміру	Роки						Середнє, М±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
офіцери	абс.к-ть	34	26	30	31	15	16	25,3±3,3
	%	1,7	1,7	1,1	1,8	1,4	1,3	1,5±0,1
за контрактом	абс.к-ть	50	38	45	67	41	48	48,2±4,2
	%	3,4	3,2	3,4	7,4	6,0	6,5	5,0±0,8
строкової служби	абс. к-ть	223	184	140	152	134	80	152,2±19,8
	%	22,8	21,1	18,7	19,9	17,9	17,5	19,7±0,8

Необхідно зауважити, що розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин як причина професійної дискваліфікації мають місце у 16,1±3,7% офіцерів, у 9,3±1,2% військовослужбовців за контрактом та практично відсутні у військовослужбовців строкової служби (0,4±0,4%).

З причини розумової відсталості за досліджуваний період були визнані непридатними до військової служби 1,8±0,4% військовослужбовців за контрактом та 5,1±0,7% військовослужбовців строкової служби, що закономірно не має місця серед офіцерів. (табл. 6 – 8, рис. 3)

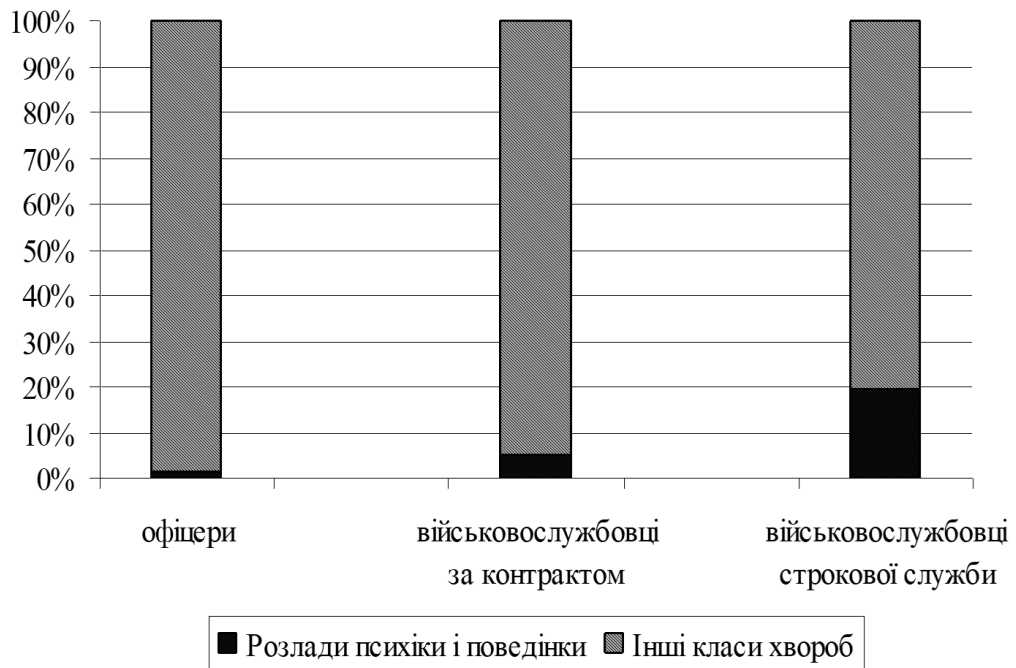


Рисунок 2. Частка хворих, професійно дискваліфікованих з приводу розладів психіки і поведінки, в структурі всіх військовослужбовців, визнаних непридатними (обмежено придатними) до військової служби за станом здоров'я за період 2008-2013 рр.

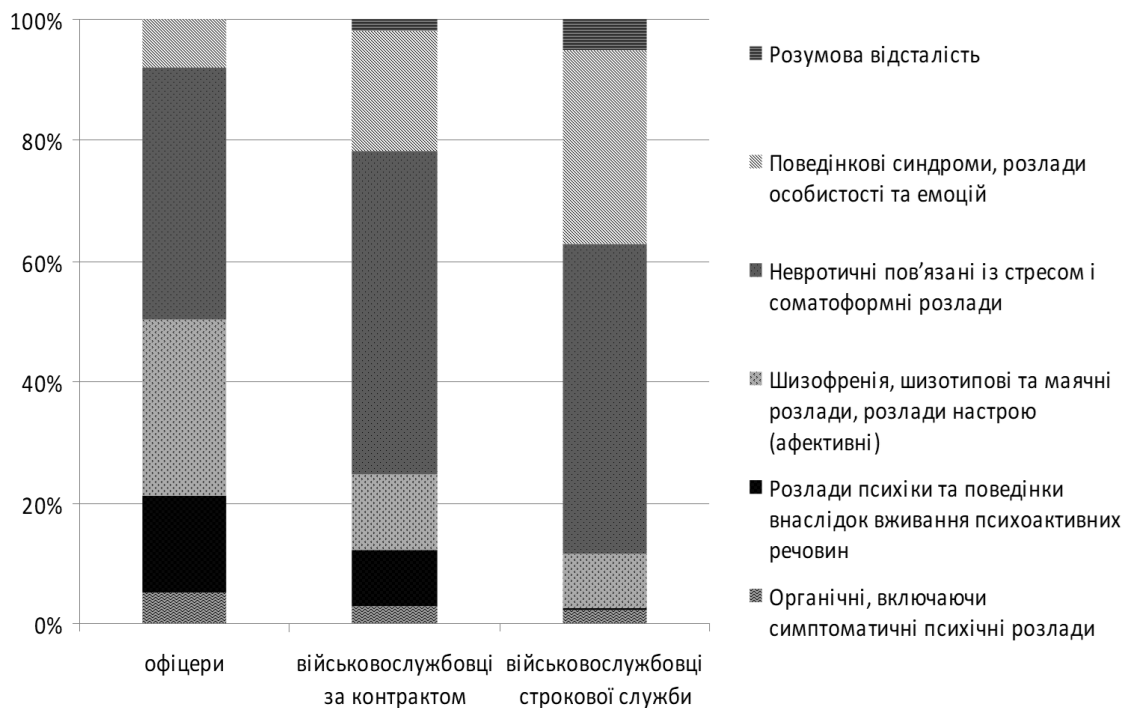


Рисунок 3. Структура V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці ЗС України були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби за станом здоров'я за період 2008-2013 років.

Таблиця 8

Структура V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці строкової служби були визнані ВЛК непридатними до військової служби за станом здоров'я за період 2008-2013 років, (%)

Найменування хвороб	Код МКХ 10	Роки						Середнє М±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади	F00- F09	2,2	4,3	0	4	0,7	2,5	2,3±0,7
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	F10- F19	0	2,2	0	0	0	0	0,4±0,4
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні)	F20- F39	6,3	3,8	8,5	11,2	13,4	8,7	8,7±1,4
Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади	F40- F48	61,9	45,1	57,9	51,3	53	38,8	51,3±3,4
Поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій	F50- F69 F80- F99	24,7	36,4	28,6	28,9	29,9	45	32,2±3,0
Розумова відсталість	F70- F79	4,9	8,2	5	4,6	3	5	5,1±0,7
Розлади психіки та поведінки, усього за клас:	F00- F99	100	100	100	100	100	100	100

Частка обмежено придатних осіб серед офіцерів та військовослужбовців за контрактом майже однакова та становить відповідно 19,6±3,5% та 18,3±2,8%. У

військовослужбовців строкової служби формулювання обмеженої непридатності відсутнє, тому основна частина – це непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час ($91,2 \pm 1,9\%$) та частково – непридатні до військової служби з виключенням із військового обліку ($8,8 \pm 1,9\%$). Найбільше непридатних до військової служби з виключенням із військового обліку серед офіцерів – $32,9 \pm 6,5\%$, серед військовослужбовців за контрактом їх вдвічі менше – $16,6 \pm 3,5\%$. Непридатних до військової служби в мирний час, обмежено придатних у воєнний час серед офіцерів – $47,5 \pm 6,6\%$, а серед військовослужбовців за контрактом – $65,1 \pm 5,3\%$.

Таким чином, розлади психіки та поведінки є досить інвалідизуючими захворюваннями, так як лише п'ята частина професійно дискваліфікованих офіцерів та військовослужбовців за контрактом може з певними обмеженнями продовжувати військову службу (це обмежено придатні), а решта за станом здоров'я звільняється зі збройних сил. Причому кожен третій офіцер звільняється з виключенням із військового обліку (табл. 9.-14, рис. 4, 5).

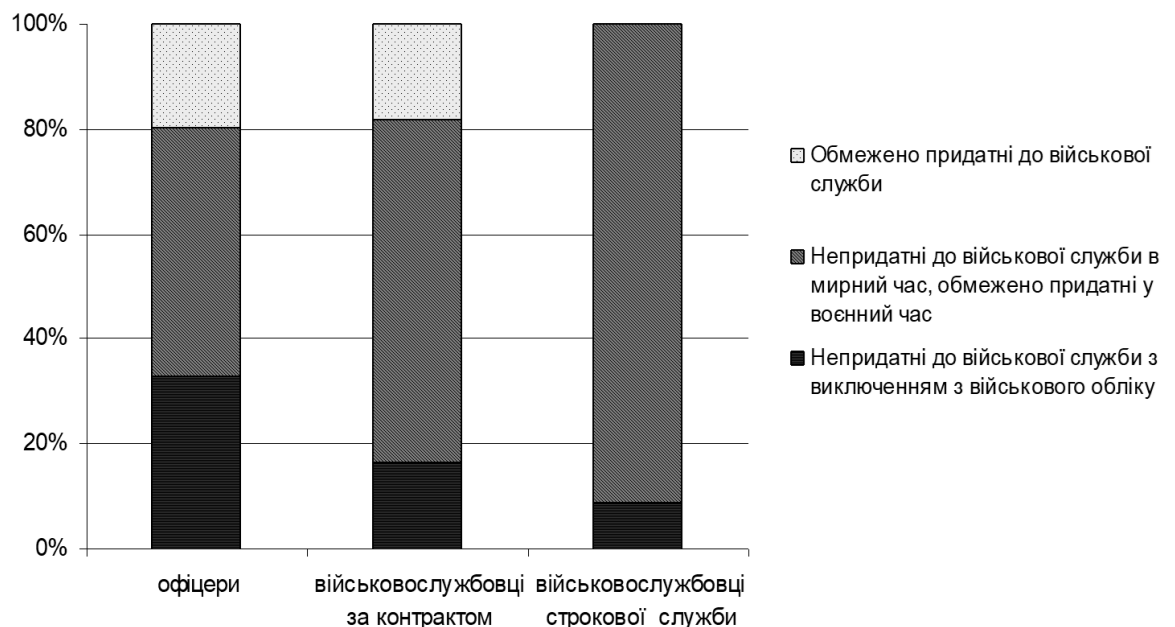


Рисунок 4. Розподіл військовослужбовців, визнаних непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки у 2008-2013 рр. за ступенем непридатності.

Таблиця 9

Розподіл офіцерів, визнаних непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки у
2008-2013 рр. за ступенем непридатності

Ступінь непридатності до військової служби	Одиниця виміру	Роки						Середнє, M±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Непридатні до військової служби з виключенням із військового обліку	абс.к-ть	11	7	6	11	3	10	8±1,3
	%	32,4	26,9	20,0	35,5	20,0	62,5	32,9±6,5
Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час	абс.к-ть	15	14	15	12	11	4	11,8±1,7
	%	44,1	53,9	50,0	38,7	73,3	25,0	47,5±6,6
Обмежено придатні до військової служби	абс.к-ть	8	5	9	8	1	2	5,5±1,3
	%	23,5	19,2	30,0	25,8	6,7	12,5	19,6±3,5

Таблиця 10

Розподіл військовослужбовців за контрактом, визнаних непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки у 2008-2013 рр. за ступенем непридатності

Ступінь непридатності до військової служби	Одиниця виміру	Роки						Середнє, М±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Непридатні до військової служби з виключенням із військового обліку	абс.к-ть.	11	9	3	18	5	4	8,3±2,3
	%	22,0	23,7	6,7	26,9	12,2	8,3	16,6±3,5
Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час	абс.к-ть.	30	18	38	38	30	33	31,2±3,0
	%	60,0	47,4	84,4	56,7	73,2	68,8	65,1±5,3
Обмежено придатні до військової служби	абс.к-ть.	9	11	4	11	6	11	8,7±1,2
	%	18,0	28,9	8,9	16,4	14,6	22,9	18,3±2,8

Таблиця 11

Розподіл військовослужбовців строкової служби, визнаних непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки у 2008-2013 рр. за ступенем непридатності

Ступінь непридатності до військової служби	Одиниця виміру	Роки						Середнє М±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Непридатні до військової служби з виключенням із військового обліку	абс. к-ть	22	14	15	0	18	9	13±3,1
	%	9,9	7,6	10,7	0,0	13,4	11,3	8,8±1,9
Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час	абс. к-ть	201	170	125	152	116	71	139,2±18,5
	%	90,1	92,4	89,3	100,0	86,6	88,7	91,2±1,9

Таблиця 12

Динаміка кількості та частка офіцерів, що були визнані непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки до 30-річного віку (абс. кількість, %)

Термін служби та причинний зв'язок	Одиниця виміру	Роки						Середнє M±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Визнані непридатними до військової служби до 30-річного віку	абс. к-ть	17	6	9	12	6	6	9,3±1,8
	%	50	23,1	30	38,7	40	37,5	36,6±3,8

Таблиця 13

Динаміка кількості та частка військовослужбовців за контрактом, що були визнані непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки до 3-х місяців служби (до 30-річного віку) або захворювання яких не були пов'язані з проходженням військової служби (абс. к-ть, %)

Термін служби та причинний зв'язок	Одиниця виміру	Роки						Середнє, M±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Визнані непридатними до військової служби до 3-х місяців служби або 30-річного віку	абс. к-ть	29	18	25	52	10	27	26,8±5,8
	%	58,0	47,4	55,7	77,6	24,4	56,3	53,2±7,1
Захворювання не пов'язане з проходженням військової служби	абс. к-ть	7	2	1	4	4	5	3,8±0,9
	%	14,0	5,3	2,2	6,0	9,8	10,4	8,0±1,7

Таблиця 14

Динаміка кількості та частка військовослужбовців строкової служби, що були визнані непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки до 3-х місяців служби або захворювання яких не були пов'язані з проходженням військової служби (абс. к-ть, %)

Термін служби та причинний зв'язок	Одиниця виміру	Роки						Середнє, М±m
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Визнані непридатними до військової служби до 3-х місяців служби	абс. к-ть	107	80	74	67	37	19	64,0±12,9
	%	48,0	43,5	52,9	44,1	27,6	23,8	40,0±4,7
Захворювання не пов'язане з проходженням військової служби	абс. к-ть	42	43	26	23	23	14	28,5±4,7
	%	18,8	23,4	18,6	15,1	17,2	17,5	18,4±1,1

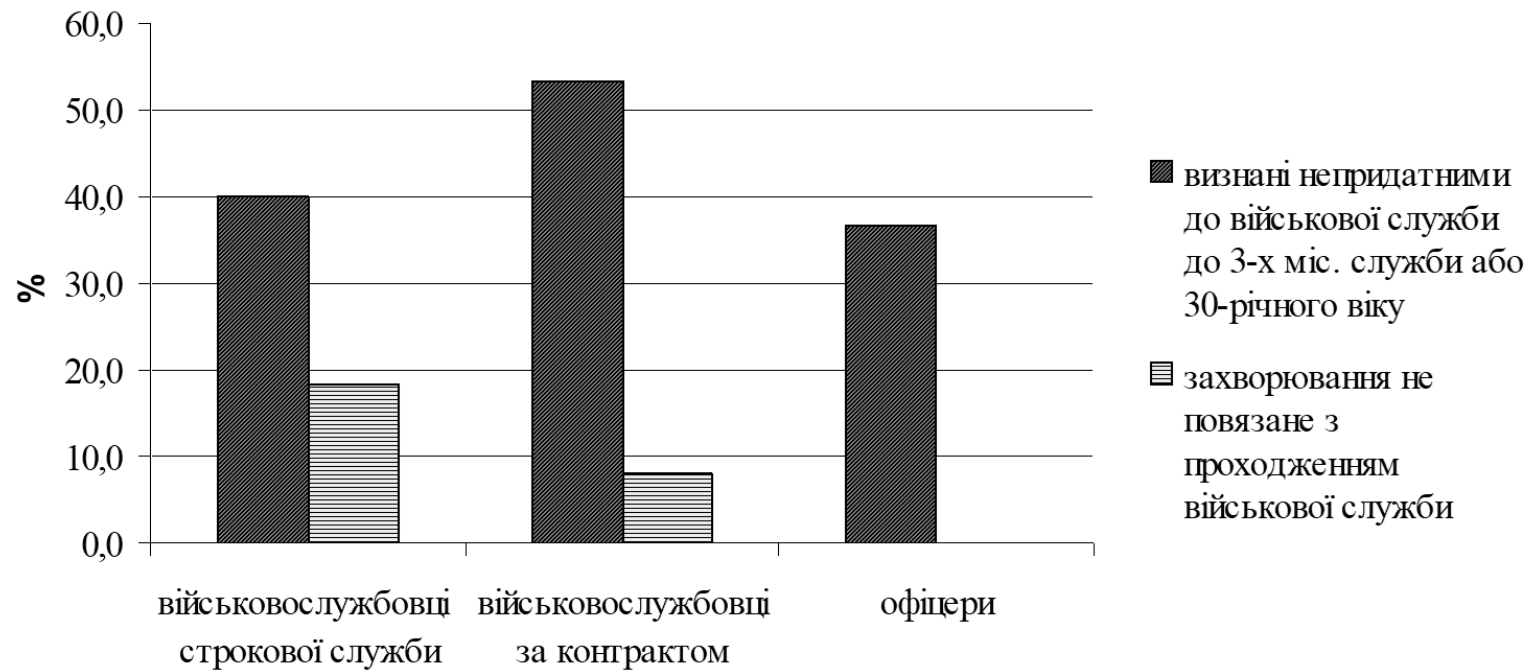


Рисунок 5. Частка військовослужбовців, що були визнані непридатними до військової служби з приводу розладів психіки та поведінки до 3-х місяців служби (до 30-річного віку) або захворювання яких не були пов'язані з проходженням військової служби.

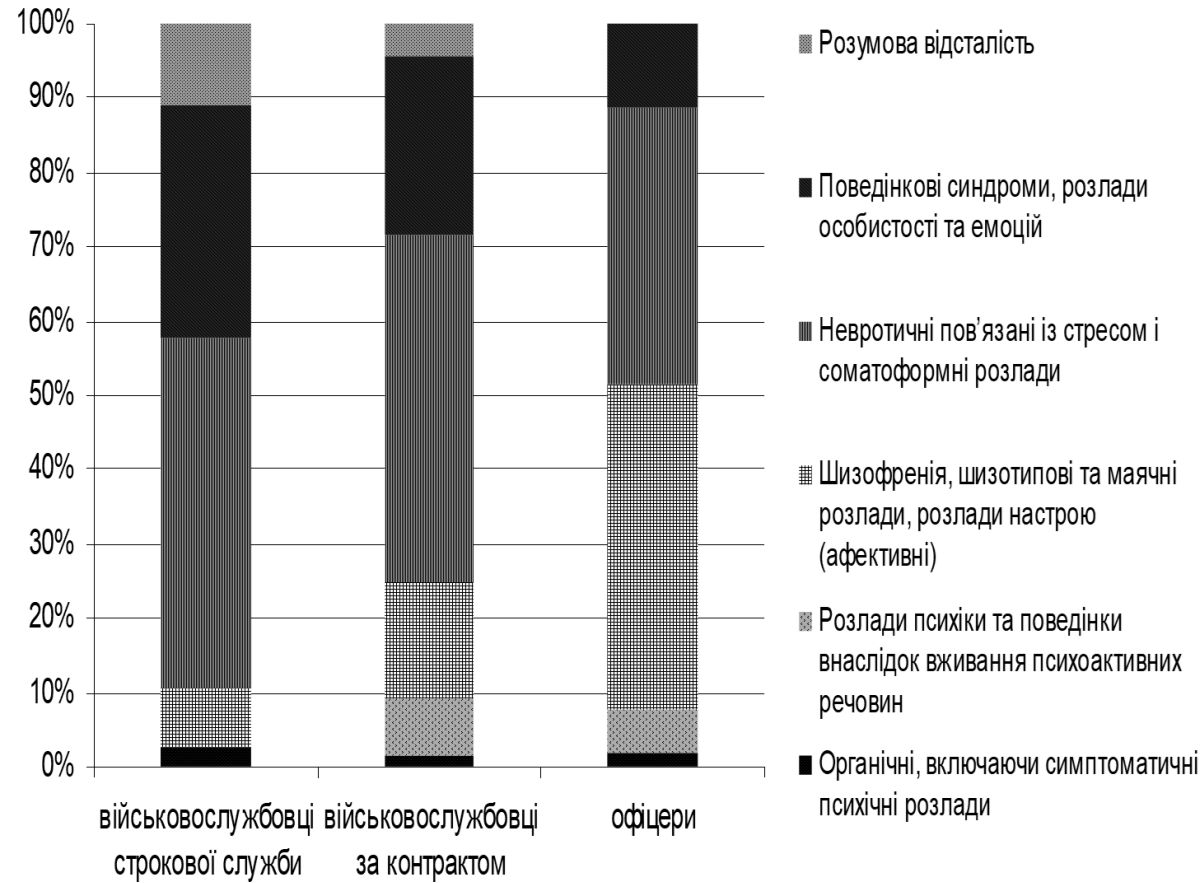


Рисунок 6. Структура V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби до 3-х місяців служби або до 30-річного віку.

Важливо зазначити, що розлади психіки і поведінки є тими захворюваннями, з приводу яких рядовий склад звільняється не прослуживши 3-х місяців. Так, протягом 2008-2013 років $40,0 \pm 4,7\%$ солдатів строкової служби (від усіх звільнених з приводу психічних розладів) прослужили менше трьох місяців. Також насторожує той факт, що із ЗС України через розлади психіки звільняється $36,6 \pm 3,8\%$ офіцерів віком до 30 років, серед військовослужбовців за контрактом ці показники є ще вищими – $53,2 \pm 7,1\%$.

За досліджуваний дев'ятирічний період у $18,4 \pm 1,1\%$ солдатів строкової служби, що були звільнені за станом здоров'я з приводу розладів психіки і поведінки, вказані захворювання не були пов'язані з проходженням військової служби; серед військовослужбовців за контрактом їх частка становила $8,0 \pm 1,7\%$; серед офіцерського складу таких військовослужбовців закономірно не було.

Серед розладів психіки і поведінки, з приводу яких рядовий склад звільняється прослуживши менше трьох місяців, на першому місці перебувають невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади ($47,1 \pm 5,2\%$), друге місце займають поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій ($31,6 \pm 4,1\%$). Актуальною є розумова відсталість, яка займає третю позицію в структурі ($10,8 \pm 1,8\%$). Наступні позиції займають відповідно шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні) ($7,8 \pm 1,6\%$) та органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади ($2,5 \pm 1,2\%$).

У військовослужбовців за контрактом причиною звільнення у віці до 30 років є передусім невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади ($46,8 \pm 6,8\%$). Наступні два місця займають відповідно поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій ($24,3 \pm 2,2\%$) та шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні) ($15,7 \pm 4,2\%$). Актуальними є розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин ($7,7 \pm 2,6\%$) і навіть розумова відсталість ($4,2 \pm 1,4\%$).

В офіцерів на відміну від розглянутих вище категорій військовослужбовців на першому серед причин звільнення до 30-річного віку знаходяться шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні) – $44,0 \pm 8,2\%$, а другу

позицію з незначним відривом займають невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади – $37,2 \pm 10,3\%$. Вказані вище захворювання становлять 80% від усіх розладів психіки і поведінки, що стали причиною передчасної професійної дискваліфікації (до 30-ти років) офіцерів за досліджуваний шестирічний період.

Структура V класу хвороб, з приводу яких рядовий склад та військовослужбовці за контрактом були визнані непридатними до військової служби та захворювання не було пов'язане з проходженням військової служби, представлена в основному поведінковими синдромами та розладами особистості та емоцій (рядові – $67,6 \pm 4,0\%$, контрактники – $46,9 \pm 10,0\%$) та розумовою відсталістю (рядові – $27,4 \pm 2,3\%$, контрактники – $35,7 \pm 14,5\%$). (табл. 18- 19, рис.7)

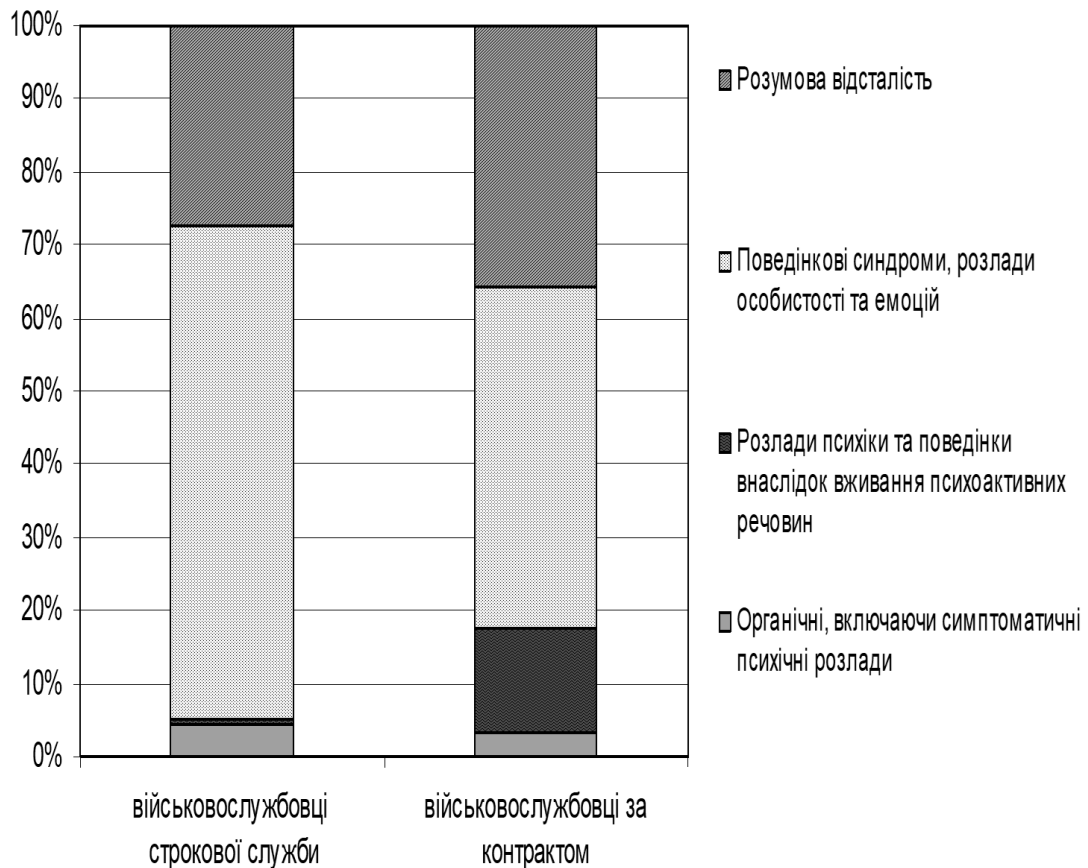


Рисунок 7. Структура V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці строкової служби та військовослужбовці за контрактом були визнані непридатними до військової служби та захворювання не було пов'язане з проходженням військової служби.

1.1.3. Зміни в організаційно-штатній структурі психіатричної служби ЗС України в особливий період

До 2014 року психіатрична служба Збройних Сил України була представлена психіатричними стаціонарами у військово-медичних клінічних центрах м. Києва, м. Харкова та м. Одеси. Загалом в цих закладах працювали 14 фахівців-психіатрів, з них – 6 військовослужбовців, 8 - працівників Збройних Сил України. Ліжковий фонд складав 105 ліжок (табл.20)

Таблиця 20

Кількісні характеристики організації психіатричної служби Збройних Сил України до 2014 р.

Дислокація ВМКЦ	Чисельність ліжок	Фахівці-психіатри		
		Військовослужбовці	Працівники ЗСУ	Всього
Київ	50	3	4	7
Одеса	20	1	2	3
Харків	35	2	2	4
ВСЬОГО	105	6	8	14

З початком Антитерористичної операції на Сході України, психіатричні стаціонари військових госпіталів були завантажені в середньому на 50-60 % від ліжкової потужності за штатом.

Однак після проведення першої ротації (72 омбр, 30 омбр, 95 оаербр) у військовослужбовців майже відразу, після повернення в пункти постійної дислокації, почали проявлятися певні психічні розлади. В той період вперше за часів незалежності України військові медики отримали практичний досвід в роботі з симптомами бойової психічної травми.

Аналізуючи основні показники лікувально-діагностичної роботи слід зазначити значне підвищення завантаження штатних ліжок по всім психіатричним стаціонарам Міністерства Оборони. Починаючи з квітня 2014 р. кількість стаціонарних хворих з наслідками бойової психічної травми почала невпинно зростати, так у квітні лікувалось – 123 хворих, у липні – 206, у серпні – 450, у

вересні – 520, у листопаді – 602, що у 12 разів перевищувало число штатних ліжок (рис.8).



Рисунок 8. Кількість військовослужбовців учасників АТО, які знаходилися на лікуванні в клініці психіатрії НВМКЦ

Аналогічна ситуація у 2014 році була і в інших військових психіатричних стаціонарах, ліжка яких були завантажені на 200-280% від штатних можливостей. Так, на стаціонарне лікування у ВМКЦ Північного регіону з липня по листопад 2014 р. надійшло 515 військовослужбовців безпосередньо із зони АТО.

Станом на 1 січня 2015 року у військові госпіталі МО України надійшло біля 6000 пацієнтів, з них до ГВМКЦ «ГВКГ» – біля 2000 осіб. Тільки офіційно зареєстрованих випадків суто психічних розладів серед комбатантів зони АТО (після декількох місяців бойових дій) сягала понад 5000 чоловік.

За даними всебічного обстеження військовослужбовців, які брали безпосередню участь в зоні дій АТО, було встановлено, що понад 80% військовослужбовців потребують психіатричної, наркологічної та психологічної (психотерапевтичної) допомоги.

В грудні 2014 року були проведені організаційні заходи щодо удосконалення психіатричної служби в ЗС України, а саме:

У Головному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» збільшено штатну кількість ліжок до 90 і відповідну штатну чисельність особового складу.

У Військово-медичному центрі Західного регіону введено в штат клініку психіатрії на 50 ліжок з відповідною штатною чисельністю особового складу.

У Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону (в/ч А 3267 м. Староконстянтинів) введено до штату психіатричне відділення на 30 ліжок та відділення психоневрологічної реабілітації на 100 ліжок з відповідною штатною чисельністю особового складу.

У Військово-медичному центрі Південного регіону збільшено штатну чисельність ліжок до 50 ліжок з відповідною штатною чисельністю особового складу.

В 385 військовому госпіталі (м. Дніпропетровськ) введено в штат відділення психіатрії на 30 ліжок з відповідною штатною чисельністю особового складу.

У військових госпіталях зі штатною кількістю 100-200 ліжок введено в штат кабінет лікаря-психіатра та медичного психолога.

В лютому 2015 року за сприяння Військово-медичного департаменту був затверджений новий штат психіатричної служби Збройних Сил України.

Слід зазначити, що в новому штаті психіатричної служби вперше за часів незалежності України було створено реабілітаційний психо-неврологічний центр на базі гарнізонного військового госпіталю в/ч А3267 м.Староконстянтинів (табл.21)

Кількісні характеристики організації психіатричної служби Збройних Сил
України з 2015 р.

Дислокація ВМКЦ	Чисельність ліжок	Фахівці-психіатри		
		Військовослужбовці	Працівники ЗСУ	Всього
Київ	90	6	4	10
Одеса	50	3	2	5
Харків	45	3	2	5
Староконстянтинів	150	6	1	6
Дніпропетровськ	30	2	1	3
Львів	50	3	2	5
ВСЬОГО	415	23	12	34

1.1.4. Структура психічних розладів у військовослужбовців-учасників АТО

За даними головного психіатра МО України, чисельність та структура госпіталізованої захворюваності військовослужбовців за мобілізацією та військовослужбовців-учасників АТО, що перебували на лікуванні з приводу розладів психіки і поведінки (V клас хвороб) у закладах МОЗ та МО з квітня 2014 р. по квітень 2015 р., виглядає наступним чином (табл. 22).

Згідно з даними таблиці 4.20, за вказаний період більше ніж у половини військовослужбовців (59,2%) психічні розлади представлені у вигляді гострої реакції на стрес, ще у п'ятої частини мали місце адаптаційні розлади, на долю ПТСР припадає 13,3%. При цьому первинно в 2014 році було госпіталізовано 3579 осіб, повторно – 1534 осіб.

За перший квартал 2015 року госпіталізовано 25 осіб. Контингент хворих на 94,5% представлений за рахунок військовослужбовців за контрактом (5142 осіб), частка офіцерів – 1,8% (100 осіб), решта (3,7% / 199 осіб) – військовослужбовці інших силових відомств.

Чисельність та структура госпіталізованої захворюваності військовослужбовців за мобілізацією та військовослужбовців-учасників АТО, що перебували на лікуванні з приводу психічних розладів у закладах МОЗ та МО з квітня 2014 р. по квітень 2015 р.

Нозологічні форми	Абс. к-ть	%
Психотичні розлади	224	4,1
Гостра реакція на стрес	3224	59,2
Посттравматичний стресовий розлад	724	13,3
Адаптаційні розлади	1032	19,0
Органічні психічні розлади	237	4,4
Всього	5441	100

Основну частину пролікованих склали військовослужбовці, які надійшли на лікування після повернення із зони АТО з липня 2014 р. по грудень 2014 р. (табл. 23).

За вказаний період (активних бойових дій) психічні розлади військовослужбовців-учасників АТО визначала передусім гостра реакція на стрес.

Важливо усвідомити, що гостра реакція на стрес як прояв бойової психічної травми, по-перше, зустрічається у значної кількості учасників бойових дій та суттєво знижує боєдатність військових підрозділів, по-друге, має для постраждалих патологічні наслідки і, по-третє, вимагає застосування профілактичних, лікувальних і реабілітаційних медико-психологічних заходів.

Повністю уникнути бойових психічних травм в бойовій обстановці неможливо, однак за допомогою психопрофілактичних заходів, через своєчасне надання психологічної допомоги можна знизити відсоток психологічних втрат серед військовослужбовців.

Таким чином, відповідно до МКХ-10, психічні розлади у військовослужбовців-учасників АТО на 92% представлені за рахунок реакцій на

важкий стрес та розлади адаптації (F43.0-F43.9): гостра реакція на стрес (F43.0), ПТСР (F43.1), розлади адаптації (F43.2).

Таблиця 23

Розподіл контингенту військовослужбовців, які надійшли на лікування після повернення із зони АТО, за основними нозологічними формами по V класу хвороб (Розлади психіки і поведінки) з липня 2014р. по грудень 2014 р.

Нозологічні форми	Абс. к-ть	%
Психотичні розлади	188	3,9
Гостра реакція на стрес	2695	56,4
Посттравматичний стресовий розлад	686	14,4
Адаптаційні розлади	1007	21,1
Органічні психічні розлади	205	4,3
Всього	4781	100

Ця категорія психічних розладів відрізняється від інших тим, що включає розлади, які ідентифікуються не тільки на основі симптоматики і перебігу, але і в зв'язку з наявністю того чи іншого з двох чинників:

1. виключно інтенсивної дії психотравмуючої життєвої події, яка викликає гостру стресову реакцію;
2. суттєвих змін у житті, які викликають тривалі неприємні наслідки.

Саме внаслідок одного із цих чинників у людини виникає розлад адаптації. Стресова подія або тривалі неприємні обставини є первинним і основним чинником, і розлад не виник би без їхнього впливу. Кожний з окремих симптомів, з яких складаються прояви гострої реакції на стрес і розладу адаптації, може зустрічатися і при інших психічних розладах. Третій стан у цьому підрозділі – посттравматичний стресовий розлад – має відносно специфічні і характерні клінічні ознаки.

Результати військово-лікарської експертизи військовослужбовців-учасників АТО, що перебували на лікуванні з розладами психіки у лікувальних закладах МО України (квітень 2014 р. – квітень 2015 р.)

Контингент АТО	Абс. к-ть	
Придатні до військової служби		
Звільнені у відпустку		
Непридатні до військової служби з виключенням із військового обліку		
Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час		
Обмежено придатні до військової служби		
Всього		

Результати військово-лікарських експертиз (табл. 24) свідчать, що серед військовослужбовців-учасників АТО, які перебували на лікуванні в медичних закладах МО України з приводу розладів психіки і поведінки, частка непридатних до військової служби склала 36% (1707 чол.), в тому числі 679 чоловік – з виключенням із військового обліку. Частка обмежено придатних до військової служби за результатами військово-лікарських експертиз склала 11,6% (556 чол.). Лише кожен п'ятий військовослужбовець (984 чол./20,6%) був виписаний з лікувального закладу з одужанням. За словами експерта, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат становить 10-25%, то в даний час серед українських військових вони досягають практично 80% і приблизно в 30-40% випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять в психіатричні.

Враховуючи швидке зростання кількості військовослужбовців з психічною патологією виникла гостра потреба в розміщенні даного контингенту. Тому на

допомогу прийшли лікарі цивільних психіатричних закладів МОЗ. Так, у Західному регіоні у 2014-2015 рр. хворих військовослужбовців лікувалось: у Львівській обласній клінічній психіатричній лікарні 297 чоловік, Волинській обласній психіатричній лікарні – 366, Закарпатській обласній психіатричній лікарні – 196 чоловік. У Південному регіоні (Кривий Ріг, Запоріжжя, Ромни) – 251 хворих (табл. 25).

Таблиця 25

Кількість військовослужбовців-учасників АТО, що перебували на лікуванні з психічними розладами у закладах МОЗ та МО

№	Регіон	Лікувальний заклад	Кількість хворих
	ГВМКЦ	ГВМКЦ «ГВКГ»	
	Західний регіон	ВМКЦ ЗР	
		КЗ Львівська ОКПЛ	
		КЗ Чернівецька ОПЛ	
		Закарпатська ОПЛ (м. Берегово)	
		Волинська ОПБ №1	
	Південний регіон	ВМКЦ ПдР	
		КЗ ОПЛ м. Запоріжжя	
		КЗ ПНД м. Кривий Ріг	
	Північний регіон	ВМКЦ ПнР	
		КЗ ОСЛ №1 (м. Ромни)	
	Центральний регіон	ВМКЦ ЦР	
		409 ВГ (м. Житомир)	
		10 ВГ (м. Хмельницький)	
	Всього		

1.1.5. Надання психіатричної та медико-психологічної допомоги на етапах медичної евакуації

При організації психіатричної допомоги необхідно враховувати, що серед постраждалих можуть бути особи з хронічними психічними та неврологічними (судомними, паркінсонічними та ін.) розладами, які потребують систематичного лікування. В ОП лікування таких хворих переривається, що загрожує загостреннями хворобливих станів, розвитком сесій судомних випадків або кататонічних розладів, які не мають реактивної природи. Такого роду розлади можуть суттєво ускладнювати ситуацію, у тому числі провокувати у решти постраждалих наслідувальні або панічні реакції. У тривалій ОП частими є інтоксикаційні деліріозні стани, і перш за все «алкогольної» природи, що також потребує невідкладного надання психіатричної допомоги.

Стратегію психолого-психіатричної допомоги визначає динаміка проявів, станів і реакцій, які виникають під час ОП, їх особливостей з урахуванням того, що кожний з факторів, який впливає, може набувати на певному етапі провідного значення, що потребує комплексних заходів щодо їх профілактики та лікування.

На етапі надання першої медичної, першої лікарської і кваліфікованої психіатричної допомоги основними методами лікування є психофармакотерапія, яка проводиться за принципом клінічного обґрунтування застосування психотропних засобів і спрямована на усунення психопатологічних проявів. Проте для корекції і лікування непсихотичних форм вона повинна бути доповнена методами психотерапії, а при наявності необхідних сил і засобів – різними немедикаментозними методами.

Особливістю таких методів профілактики, корекції та лікування є те, що вони спрямовані на покращення захисно-приспосувальних і резервних можливостей організму. У свою чергу методи соціально-психологічної підтримки та соціально-трудова реабілітації постраждалих відіграють важливу роль у попередженні віддалених психічних і психосоматичних наслідків ОП. Використання вищезазначених методів та засобів дозволяє впливати на різні ланки

патогенезу психічних розладів, що виникають в ОП, включаючи його біологічні, психологічні та соціальні механізми (рис. 9).

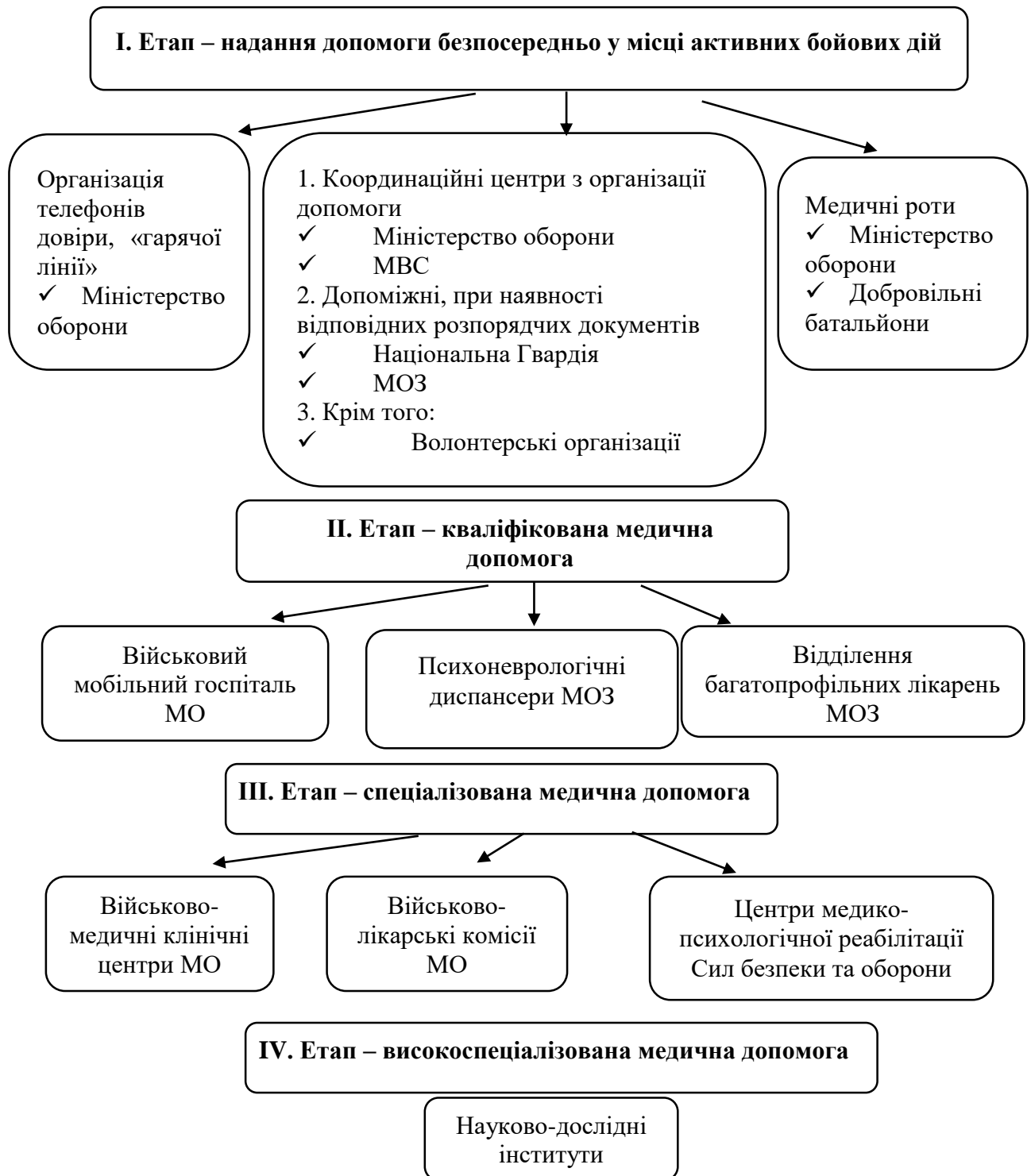


Рисунок 9. Модель оптимізації системи надання психіатричної допомоги учасникам бойових дій на етапах медичної евакуації

1.1.6. Розробка методів виявлення, діагностики, лікування, реабілітації та профілактики посттравматичних стресових розладів в умовах гібридної війни.

Організація психолого-психіатричної допомоги постраждалому військовослужбовцю в особливий період (далі - ОП) відноситься до числа ключових проблем психіатрії катастроф. Рішення цієї проблеми перш за все пов'язане з розробкою оптимальних форм організації даного виду спеціалізованої допомоги у зоні враження, на етапі медичної евакуації, у ближні та віддалені періоди після ОП з розрахунком сил і засобів на всіх рівнях медичного забезпечення.

Успіх організаційних і лікувально-профілактичних заходів, по-перше, залежить від розуміння психолого-біологічної сутності психічних розладів, що виникають під час ОП, і врахування складності патогенетичних механізмів, включаючи їх біологічні, психологічні та соціальні ланки, по-друге, як і у клінічній психіатрії, - від чіткості оцінки станів, правильності поставленого діагнозу, адекватного застосування різних методів і засобів, обґрунтованості вибору, мети та «мішеней» при їх використанні, прогнозування психологічних і психіатричних наслідків ОП, спадкоємності всього лікувального процесу, і головним чином, від невідкладності та адекватності наданої допомоги.

Основною реакцією військовослужбовця на бойові події є бойовий стрес - багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, супроводжуваний напруженою механізмів саморегуляції і формуванням пристосувальної поведінки.

Тривалий та інтенсивний вплив негативних бойових факторів, висока їх значущість для військовослужбовця, здатні породжувати непродуктивні стресові стани (дистрес). Дистрес виникає при таких варіантах стресу, при яких мають місце безпорадність, безсилля, безнадійність, пригніченість. Значне місце серед негативних переживань військовослужбовця в бою в стані стресу займає страх. Встановлено, що приблизно 30% військовослужбовців відчувають найбільший страх перед боєм, 35% - в бою і 16% - після бою.

Основними симптомами бойового стресу є:

На поведінковому рівні: метання в пошуках укриття, буйство, істеричний сміх або плач, крики, дратівливість і злість, стан ступору, апатія, загальмованість рухів, запаморочення, незв'язне бурмотіння, виражене тремтіння.

На психологічному рівні: нездатність концентрувати увагу, часткова або повна втрата пам'яті, підвищена чутливість до шуму, світла і запаху, порушення логіки та швидкості мислення, галюцинації.

На фізичному рівні: ослаблення зору і слуху, часте сечовипускання, розлад шлунку, прискорене, переривчасте дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступнів ніг і кистей рук, сильна напруга м'язів, прискорене серцебиття, тиснучий біль в ділянці серця і в грудній клітці, біль старих ран, неконтрольоване слиновиділення.

Обсяг першої психологічної допомоги на полі бою в залежності від вираженої психічної реакції:

1. Тип психічної реакції - «Нормальна». Симптоми: мимовільні м'язові скорочення, м'язова напруга, пітливість, нудота, часте сечовипускання, прискорене дихання і серцебиття, тривожність, занепокоєння. Рекомендовані заходи допомоги: індивідуальна психофізична підтримка, чітке керівництво з підкресленням позитивних ситуативних мотивів, спілкування з товаришами. Не рекомендується: фіксувати зайву увагу на цьому стані, підкреслювати серйозність становища, висміювати або залишатися байдужим.

2. Тип психічної реакції - «Знижена активність, депресія». Симптоми: люди знаходяться в положенні стоячи або сидячи без руху і розмов, з байдужими обличчями. Іноді спостерігаються одноманітні рухи або монотонні удари частин тіла об який-небудь предмет. Рекомендовані заходи допомоги: м'яко встановити з ними контакт, добитися того, щоб вони повідомили про те, що трапилося. Проявити участь і висловити солідарність. Запропонувати просту рутинну роботу, забезпечити теплою їжею і сигаретами. Не рекомендується: виявляти зайву жалість, застосовувати дисциплінарні заходи (за винятком крайніх випадків), проявляти зайву солідарність.

3. Тип психічної реакції - «Індивідуальна паніка». Симптоми: безрозсудні спроби до втечі, неконтрольований плач, біг колами. Рекомендовані заходи допомоги: проявити доброзичливу твердість, дати з'їсти або випити що-небудь тепле. Запропонувати закурити. Ізолювати, якщо є в цьому необхідність. Не рекомендується: застосовувати грубі заходи при ізоляції, обливати водою, призначати дисциплінарні заходи (за винятком крайніх випадків).

4. Тип психічної реакції - «Гіперактивність». Симптоми: схильність до суперечок, швидка мова, виконання непотрібної роботи, перескакування з однієї роботи на іншу, Висловлення нескінченних порад оточуючим. Рекомендовані заходи допомоги: дати виговоритися, змусити виконувати фізичну роботу, запропонувати з'їсти чи випити що-небудь тепле, закурити. Здійснювати контроль. Не проявляти інших почуттів. Не рекомендується: акцентувати увагу на стані військовослужбовця, вступати з ним у суперечку, призначати дисциплінарні заходи.

5. Тип психічної реакції - «Реакція з переважанням фізичних компонентів». Симптоми: нудота, блювання, функціональні паралічі. Рекомендовані заходи допомоги: показати свою зацікавленість, запропонувати просту, або неважку роботу, створити необхідні умови при евакуації до медичного пункту (роти). Не рекомендується: говорити постраждалим, що з ними нічого серйозного не трапилося, лаяти і висміювати, акцентувати увагу на їх стані.

Командири підрозділів повинні вміти своєчасно виявляти осіб з ознаками розвитку бойового стресу, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою. Критеріями для евакуації, зокрема, є неможливість виконання функціональних обов'язків, необ'єктивна оцінка загрозливої небезпеки, деморалізуючий вплив осіб з психічними травмами на особовий склад підрозділу, загроза з їхнього боку безпеки інших людей.

Основними принципами організації ефективності психолого-психіатричної допомоги в ОП є:

- наближеність сил і засобів до передових етапів надання допомоги;

- оперативність (використання на передових етапах методів експрес-діагностики та лікування);
- простота (застосування на передових етапах максимально простих, уніфікованих методів діагностики та лікування);
- специфічність (врахування специфіки збройного конфлікту, переважаючої патології, клімато-географічних особливостей регіону і т. д.);
- етапність (поєднання процесу лікування постраждалих з їх евакуацією за призначенням);
- прогностична спрямованість (здійснення прогностичного сортування на всіх етапах медичної евакуації, з орієнтацією військовослужбовців (з легкою бойовою психічною патологією) на неминуче повернення в стрій);
- наступність і послідовність у наданні психоневрологічної допомоги;
- комплексність (поєднання різних методів діагностики, лікування і реабілітації).

Дотримання зазначених принципів дозволить не тільки організувати та надати постраждалому ефективну допомогу, але й відновити стан їх психічного здоров'я та працездатність.

При організації психолого-психіатричної допомоги вирішуються завдання чотирьох рівнів – надання першої медичної допомоги, першої лікарської допомоги, кваліфікованої допомоги елементами спеціалізованої та вичерпна спеціалізованої допомоги.

Перша медична допомога включає в себе виявлення постраждалих, які мають гострий психічний стан, стан вираженого психомоторного збудження, і евакуацію з вогнища враження.

Необхідною частиною першої медичної допомоги є попередження патологічних психічних реакцій і агресивних форм поведінки. Це передбачає перш за все інформаційне забезпечення всіх рятувальних заходів, надійність отримання, психологічну виваженість і структурованість такої інформації, що розповсюджується серед військовослужбовців, і чітке формулювання рекомендацій. Таке інформаційне забезпечення, вирішує, перш за все,

психологічні, ніж психіатричні завдання, спрямоване на попередження масових панічних і руйнівних форм поведінки.

Перша лікарська допомога включає усунення гострої психіатричної симптоматики, проведення медичного сортування і підготовку постраждалих з вираженими психопатологічними розладами до евакуації за призначенням.

Особливістю цього варіанту психіатричної допомоги є те, що вона надається не психіатром, а лікарем медичної роти в складних умовах і в обмежений термін. Тому, сортування постраждалих здійснюється на основі наявності або відсутності у них психотичних форм психічних розладів.

Разом з тим, психіатрична допомога цього рівня є вирішальною з точки зору збереження життя та здоров'я постраждалих військовослужбовців, а також для профілактики можливих психіатричних наслідків. Тому, особливо актуальним є навчання лікарів, що виконують професійні обов'язки в особливий період, практичним питанням психіатрії надзвичайних ситуацій, стандартів психіатричної допомоги, спеціальних наборів засобів, інструкцій і критеріїв (найбільш значимих) для оцінки станів.

Кваліфікована допомога з елементами спеціалізованої в зоні враження або біля її при масовому надходженні постраждалих включає встановлення точного діагнозу, об'єктивну оцінку виникаючих реакцій і станів, прогнозування можливих психіатричних розладів, проведення кваліфікованого сортування всіх постраждалих з розподіленням їх на групи та надання їм адекватної допомоги.

Встановлення точного діагнозу і кваліфіковане сортування постраждалих є важливим елементом даного виду допомоги, так як при цьому закладається основа для ефективного лікування, успішної реабілітації та попередження ближніх і віддалених психічних наслідків особливого періоду. Окрім того, точна діагностика та об'єктивна оцінка станів відіграють важливу роль є визначаючими для черговості надання психіатричної допомоги.

У першу чергу допомога надається військовослужбовцям, що представляють небезпеку для себе та оточуючих. До цієї групи входять вражені з розладами свідомості, грубою дезорганізацією мислення, що не дозволяє

встановити з ними вербальний контакт, з вираженим психомоторним збудженням або ступором, тобто усі ті, що знаходяться в гострому психотичному стані.

У другу чергу надається тим, кому вона може бути надана пізніше і хто за своїм психічним станом доступний для подальшої евакуації. В останню чергу психіатрична допомога надається тим, хто потребує психолого-психіатричної підтримки, тобто особам з психологічно зрозумілими реакціями і з легкими формами психічних розладів.

Вичерпна спеціалізована допомога передбачає лікування та реабілітацію постраждалих у медичних закладах системи психіатричної допомоги населення та військово-клінічних медичних центрах МО України.

При організації психіатричної допомоги в особливий період особливе значення має боротьба з панікою та застосування заходів щодо «управління хаосом». З цією метою лікарі організують максимально швидке виведення постраждалих і вражених з зони, що є небезпечною для їх життя для уникнення паніки при масовому надходженні постраждалих необхідно розосередження людей.

В таких умовах першорядне значення набуває рання діагностика гострих психозів, що тільки починаються, в окремих осіб і термінова їх ізоляція. У випадку виникнення паніки завданням медичних працівників є проведення заходів щодо заспокоєння особового складу з використанням радіо та інших засобів масового впливу, а також ізоляція постраждалих з ознаками психозу.

При організації психіатричної допомоги необхідно враховувати, що серед постраждалих можуть бути особи з хронічними психічними та неврологічними (судомними, паркінсонічними та ін..) розладами, які потребують систематичного лікування.

В ОП лікування таких хворих переривається, що чревате загостреннями хворобливих станів, розвитком сесій судомних випадків або кататонічних розладів, що не мають властиво реактивної природи. Такого роду розлади можуть суттєво ускладнювати ситуацію, у тому числі провокувати у решти постраждалих наслідувальні або панічні реакції. У тривалій ОП частими є інтоксикаційні

деліріозні стани, і перш за все «алкогольної» природи, що також потребує невідкладного надання психіатричної допомоги.

Стратегію психолого-психіатричної допомоги визначає динаміка проявів виникаючих під час ОП станів і реакцій, їх особливостей з урахуванням того, що кожний з факторів, що впливає, може набувати на певному етапі провідного значення, що потребує комплексних заходів щодо їх профілактики та лікування.

На етапі надання першої медичної, першої лікарської і кваліфікованої психіатричної допомоги основними методами лікування є психофармакотерапія, яка проводиться за принципом клінічного обґрунтування застосування психотропних засобів і спрямована на усунення психопатологічних проявів. Проте, для корекції і лікування непсихотичних форм вона повинна бути доповнена методами психотерапії, а при наявності необхідних сил і засобів – різними немедикаментозними методами.

Особливістю таких методів профілактики, корекції та лікування є те, що вони спрямовані на покращення захисно-приспосувальних і резервних можливостей організму. В свою чергу, методи соціально-психологічної підтримки та соціально-трудової реабілітації постраждалих відіграють важливу роль в попередженні віддалених психічних і психосоматичних наслідків ОП. Використання вище зазначених методів та засобів дозволяє впливати на різні ланки патогенезу психічних розладів, що виникають в ОП, включаючи його біологічні, психологічні та соціальні механізми.

Методи психопрофілактики складаються з умовно виділених трьох етапів.

Перший етап - «діагностичний». На цьому етапі основне завдання полягає в діагностиці психічного стану, структурно-особистісних особливостей військовослужбовців. Крім діагностики потрібно проводити профілактичні заходи, мета яких – допомогти учасникам бойових дій усвідомити власну структуру особистості, її негативні сторони, необхідність і можливість корекції цих особливостей. Основний метод на цьому етапі – індивідуальна психокорекція (роз'яснювальна, раціональна, побічна психотерапія, психорегулююча

саморегуляція, гіпноз-відпочинок і ін.). Даний етап здійснюється в медико-психологічній службі або кімнатах (кабінах) психоемоційного розвантаження.

Нами з урахуванням аналізу вищенаведених сучасних наукових даних сформульовано уявлення про комплексний підхід до діагностики постстресових розладів як систему цілісної оцінки стану особи, яка опинилася в екстремальних соціально-стресових умовах, що описується у рамках триєдиного підходу (клініко-біологічного, психологічного і соціального). Кожен з них формулюється у властивих йому діагностичних категоріях, характер яких визначається адаптаційно-компенсаторними особливостями пацієнта.

При цьому кожен з трьох блоків набув досить компактного вигляду за рахунок виділення тих характеристик, які потрібні і достатні для цілей діагностики.

Такий підхід, на наш погляд, дозволяє провести всебічну оцінку стану осіб з психолого-психіатричними наслідками соціального стресу з урахуванням низки складових, які відіграють суттєву роль у розробці індивідуальних диференційованих лікувальних та профілактичних програм. Основні принципи клініко-діагностичної процедури постстресових психічних розладів. Психолого-психіатрична допомога особам з наслідками соціального стресу повинна надаватися на рівні амбулаторної та напівстаціонарної допомоги. Виняток складають хворі:

- які внаслідок психічної патології являють явну небезпеку для себе або їх оточення;
- рівень самообслуговування яких не забезпечує підтримки життєдіяльності на рівні достатньому для задоволення життєво необхідних потреб;
- з коморбідною патологією;
- не мають належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма для осіб, що постраждали внаслідок соціально небезпечних подій, включає в себе наступні методи:

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний
2. Психодіагностичний (в тому числі скринінгові інструменти, психометричні шкали, експериментально-психологічне дослідження.
3. Методи інструментального обстеження (флюорографія (1 раз на 2 роки), електроенцефалографія, електрокардіографія, ультразвукове дослідження судин головного мозку, рентгенологічне обстеження, магнітно-резонансна томографія та ін. за необхідністю)
4. Лабораторні методи (клінічні аналізи крові та сечі: біохімічні дослідження крові, дослідження крові на сифіліс та вірус імунодефіциту людини; бактеріологічні імунологічні за необхідністю).
5. Консультації інших спеціалістів для виключення соматичних чинників розладу.

Особливості процедури діагностики постстресових психічних розладів. Інформація для кваліфікації постстресових психічних розладів може бути отримана з наступних джерел:

- а) інформація від родичів, друзів, співробітників, а також дані медичної та іншої документації для оцінки достовірності відомостей, що надані постраждалим;
- б) полуструктуроване інтерв'ю, яке складається з тематичних блоків та містить перелік необхідних аспектів, сформульованих для послідовного, ретельного, глибокого збору інформації, а саме:
 - об'єктивні дослідницькі інструменти (зокрема клініко-психопатологічне дослідження, психометричні шкали);
 - психодіагностичні методики для суб'єктивної оцінки психологічного стану піддослідного.

Напівструктуроване психіатричне інтерв'ю було розроблено у відповідності до загальноприйнятих принципів і являє собою приклад клінічного інтерв'ю, що дозволяє виявити медико-соціальні наслідки соціально небезпечних подій серед населення (біженці, переселенці, волонтери, учасники локальних

бойових дій (УЛБД), людей, які опинилися у зоні військового конфлікту, пов'язаних з ними осіб) як у вигляді клінічно окреслених форм, так і станів дезадаптації.

Використання інтерв'ю передбачає як безпосереднє спілкування з постраждалими, так заповнення відповідних протоколів, що включають скринінгове та психодіагностичне дослідження. Найкращим способом його проведення є заповнення інтерв'ю впродовж цільового спілкування з піддослідним.

Інтерв'ю проводить лікар-психіатр (психотерапевт), медичний психолог з використанням анкетного варіанту інтерв'ю.

Етапи проведення інтерв'ю:

I. Встановлення психологічного контакту з обстеженим. Піддослідному ставляться запитання, що стосуються загальних соціально-демографічних даних (паспортні дані, місце роботи, мешкання, служба у ЗСУ, участь у бойових діях, ліквідації Чорнобильської катастрофи, національність, віросповідання, хобі тощо).

II. Ввідна частина. Проводиться бесіда з метою визначення цілей інтерв'ю. Акцент у бесіді робиться на вільне волевиявлення при відповідях на питання інтерв'ю, конфіденційність отриманих лікарем відомостей.

Здійснюється збір інформації про професійну військову діяльність, психотравмуючі чинники, соціально-демографічний статус (освіта, робота, кошти для існування), рівень підтримки у родині, мікро- та макросоціальних відносин, конфліктна поведінка.

III. Опитування. Проводиться в дві стадії:

- оцінка клінічного (з метою виключення соматичної патології, психосоматичних захворювань), клініко-психопатологічного статусу (шляхом використання формалізованого опитувальника психічних симптомів, що ранжовані за частотою та ступенем виразності) та контекстуальних чинників;

- експериментально-психологічне, психодіагностичне дослідження та психометричні шкали. Для верифікації, прогнозу постстресових розладів і коморбідних станів та вибору адекватної диференційованої профілактичної та терапевтичної тактики, доцільно використовувати методики, які дозволяють

надати квантифіковану оцінку наступних аспектів, що притаманні або присутні у постраждалого

- наявність синдрому м'якого когнітивного зниження внаслідок дії чинників екстремальної ситуації за допомогою експериментально-психологічного дослідження мнестико-інтелектуальних функцій;

- особистісні особливості (типологічні якості особистості, наявність акцентуацій характеру, орієнтованість особистості [на себе, на спілкування, на роботу], рівень стресостійкості та соціальної адаптації, копінг стратегії);

- наявність комунікативного дефіциту (рівні алекситимії, емпатії, комунікативна толерантність);

- особливості емоційного реагування (наявність імпульсивності, агресивності);

- важкість психопатологічної симптоматики (рівні невротизації та психопатизації; виразність психопатологічних симптомів; наявність симптомів бойового ПТСР; оцінка виразності порушень сну; загальне клінічне враження; оцінка тяжкості захворювання);

- суб'єктивна оцінка якості життя, самопочуття, активності, настрою;

- коморбідна психічна патологія (наявність тривоги, депресії, суїцидальної поведінки, вживання алкоголю зі шкідливими наслідками).

Слід додати, що використання таких психометричних інструментів як шкала Монтгомери - Асберга для оцінки депресії (MADRS), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга, Колумбійська шкала серйозності суїцидальних намірів (англ. Columbia Suicide Severity Rating Scale, скор. C-SSRS), шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression), шкала загального клінічного поліпшення (Clinical Global Improvement) може проводитись лише за умов сертифікації лікаря-психіатра (психотерапевта), медичного психолога для роботи з даними методиками.

Результати обстеження кожного пацієнта вносяться в спеціально розроблений протокол, яка містить усі характеристики діагнозу і спосіб їх кодування.

В процесі проведення загальної процедури інтерв'ю обстеженому надаються конкретні роз'яснення по пунктам та можливість правильної відповіді на те запитання, що викликали сумнів.

IV. Завершення. Обговорюються строки, вказується дата та умови надання результатів інтерв'ю. Обов'язковими є висловлення подяки постраждалому за участь у тестуванні, а також зняття негативних емоцій, викликаних зверненням до особистісно значущих переживань, відчуттів, почуттів, корекція тривожних, депресивних проявів, дезадаптивної поведінки тощо. Бесіда повинна бути індивідуалізованою та проводитись у довільній формі.

Загальна оцінка результатів

Кінцевий результат застосування інтерв'ю дозволяє кількісно і якісно:

- оцінити та диференціювати медико-соціальні наслідки соціально небезпечних подій серед населення (біженці, переселенці, волонтери, учасники локальних бойових дій (УЛБД), людей, які опинилися у зоні військового конфлікту, пов'язаних з ними осіб) як у вигляді клінічно окреслених форм, так і станів дезадаптації з урахуванням коморбідної патології;

- визначити патогенні фактори, які впливають на формування психічних розладів та їх структуру у осіб, які опинились в умовах СНП, дослідити механізми формування та перебігу психічних розладів внаслідок соціального стресу;

- встановити феноменологічні прояви психічних розладів, що виникають унаслідок хронічного соціального стресу, у різних груп населення (учасники АТО, населення, що опинилося в умовах соціально-небезпечних подій)

Другий етап виділяється нами як етап «власне диференційованої психопрофілактики». Основні завдання, які виконуються на цьому етапі, залежать від якісних і кількісних характеристик структури особистості.

У осіб з індивідуально-типологічними особливостями, що сприяють виникненню ППР, стабілізують психічний стан, покращують комунікативні

можливості, виробляють поведінкові й емоціональні реакції, які дозволяють особистості раціонально реагувати і вирішувати ситуації, які діють на «слабкі» місця її психіки, без завдання шкоди професійній діяльності при допомозі індивідуальної і групової психотерапії, психоаналітичної психіатрії, екзистенціальної гіпнотерапії, ЕВТ тощо. Другий етап психопрофілактики проводиться в умовах санаторно-курортного підприємства і спеціальних реабілітаційних центрах, між якими повинна існувати повна прийнятність.

На третьому етапі вирішуються такі завдання як закріплення результатів психокорекції, проведеної на перших двох етапах, а також подальше засвоєння вищих ступенів психічної саморегуляції, спостереження і надання допомоги у розв'язанні психологічних проблем. Місце проведення третього етапу - «кутки» психоемоційного розвантаження.

Потрібно відзначити, що перший і другий етапи психопрофілактики проводяться після участі у напружених та інтенсивних бойових дій, а третій етап - протягом року. Для військовослужбовців з негативними результатами реабілітації та несприятливим прогнозом необхідно вирішувати питання про їх дискваліфікацію.

1.2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА БАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ ТА СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІДІСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Друзь О.В., В.В. Стеблюк, А.В. Швець, К.В. Проноза-Стеблюк

При організації психіатричної допомоги необхідно враховувати, що серед постраждалих можуть бути особи з хронічними психічними та неврологічними (судомними, паркінсонічними та ін.) розладами, які потребують систематичного лікування. В ОП лікування таких хворих переривається, що загрожує загостреннями хворобливих станів, розвитком сесій судомних випадків або кататонічних розладів, які не мають реактивної природи. Такого роду розлади можуть суттєво ускладнювати ситуацію, у тому числі провокувати у решти постраждалих наслідувальні або панічні реакції. У тривалій ОП частими є інтоксикаційні деліріозні стани, і перш за все «алкогольної» природи, що також потребує невідкладного надання психіатричної допомоги.

Стратегію психолого-психіатричної допомоги визначає динаміка проявів, станів і реакцій, які виникають під час ОП, їх особливостей з урахуванням того, що кожний з факторів, який впливає, може набувати на певному етапі провідного значення, що потребує комплексних заходів щодо їх профілактики та лікування.

На етапі надання першої медичної, першої лікарської і кваліфікованої психіатричної допомоги основними методами лікування є психофармакотерапія, яка проводиться за принципом клінічного обґрунтування застосування психотропних засобів і спрямована на усунення психопатологічних проявів. Проте для корекції і лікування непсихотичних форм вона повинна бути доповнена методами психотерапії, а при наявності необхідних сил і засобів – різними немедикаментозними методами.

Особливістю таких методів профілактики, корекції та лікування є те, що вони спрямовані на покращення захисно-приспосувальних і резервних можливостей організму. У свою чергу методи соціально-психологічної підтримки та соціально-трудова реабілітації постраждалих відіграють важливу роль у

попередженні віддалених психічних і психосоматичних наслідків ОП. Використання вищезазначених методів та засобів дозволяє впливати на різні ланки патогенезу психічних розладів, що виникають в ОП, включаючи його біологічні, психологічні та соціальні механізми.

Первинними матеріалами для розбудови системи медико-психологічної допомоги в ЗСУ є нормативні документи Державного, галузевого та відомчого походження та матеріали з відповідного напрямку, прийняті в Південно-Атлантичному Альянсі (НАТО).

Зокрема, відповідно до завдань Стратегічного оборонного бюлетеня, затвердженого Указом Президента України №240/2016 від 6 червня 2016 року “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року "Про Стратегічний оборонний бюлетень України", в галузі військової медицини передбачено до 2020 року розробити та затвердити стандарти надання допомоги, що відповідають аналогічним за напрямком стандартам НАТО [1]. В галузі ментального здоров'я такими стандартизуючими документами є:

- “Керівництво з первинної інтегративної та сумісної охорони психічного здоров'я під час проведення усіх видів операцій” (Primary Care-Mental Health Integration Co-Located, Collaborative Care: An Operations Manual);
- Стандартизована угода НАТО Охорона психічного здоров'я при застосуванні Сил оборони (STANAG 2564, AmedP 8.6 Forward mental health care) з урахуванням вимог стандартизованої угоди НАТО щодо превенції психосоматичних захворювань під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) (STANAG 2548, AmedP-63 Management of post deployment somatoform complaints);
- Керівництво США FM 4-02-51 “Контроль стресу у військовослужбовців під час їх застосування в операціях” та розділу 8 керівництва США FM 4-25.11 [2].

Вітчизняна нормативна база щодо медико-психологічної реабілітації на сьогодні представлена наступними документами:

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції»[3],

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057 “Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції” [4], Наказ Міністерства Соціальної Політики України №810 від 01.06.2018 "Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності" [5].

Щодо військовослужбовців Збройних Сил України то питання медико-психологічної реабілітації в нормовані такими документами як Наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015р. № 702 “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗС України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)”, Наказ Міністерства оборони України від 04.14.2016р. № 591 “Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України”.

Детально проволоки та клінічні маршрути медико-психологічної реабілітації в закладах Міністерства оборони України прописані в “Клінічних рекомендаціях щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України”. (Наказ директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 05 червня 2017 року № 10) [6], та “Вказівках щодо збереження психічного здоров’я військовослужбовців Збройних Сил України в зоні застосування військ (сил) та в період відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)” які введені в дію розпорядженням начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України за № 959/НВГШ від 02.04.2018 року з доведенням до командирів підпорядкованих військових частин Головного військово-медичного управління для практичного використання в повсякденній діяльності (розпорядження ГВМУ №510/2/2376 від 12.04.2018 року) [7].

В широкому розумінні система медико-психологічної реабілітації це сукупність організаційно-управлінських, психологічних, психофізіологічних,

соціальних заходів, направлених на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних (психофізіологічних) функцій (mental functions), станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, що здійснюються підрозділами, закладами охорони здоров'я ЗС України разом з усіма зацікавленими службами і структурними підрозділами сил оборони та цивільної системи охорони здоров'я.

Організаційна структура системи медико-психологічної реабілітації представлена на всіх рівнях надання медичної допомоги (рис. 10) – первинної (амбулаторно-поліклінічної), вторинної (спеціалізованої госпітальної), третинної (високоспеціалізованої в центрах реабілітації, спеціалізованих клинках ВМКЦ), а також реабілітації в гострому періоді на рівні військової частини та в умовах стаціонару:

- етап реабілітації в гострому періоді – підтримання або відновлення працездатності військовослужбовців для найшвидшого їх повернення до виконання завдань за призначенням;
- стаціонарний (госпітальний) етап – медико-психологічна реабілітація в госпіталі або ВМКЦ;
- санаторний етап – реабілітація у відповідних санаторно-курортних закладах з продовженням необхідних заходів, початих на стаціонарному етапі реабілітації;
- амбулаторно-поліклінічний етап – продовження і (або) завершення всього комплексу реабілітаційних заходів в поліклініці за місцем проживання (проходження служби) та у військовій частині в рамках диспансерного нагляду.

Проведення комплексу реабілітаційних заходів можливо лише при послідовному розв'язанні організаційних, технічних, а потім медичних завдань. При відсутності відповідних умов, приміщень, оснащених необхідними технічними засобами та медичною апаратурою, не може відділення або заклад називатись реабілітаційним.

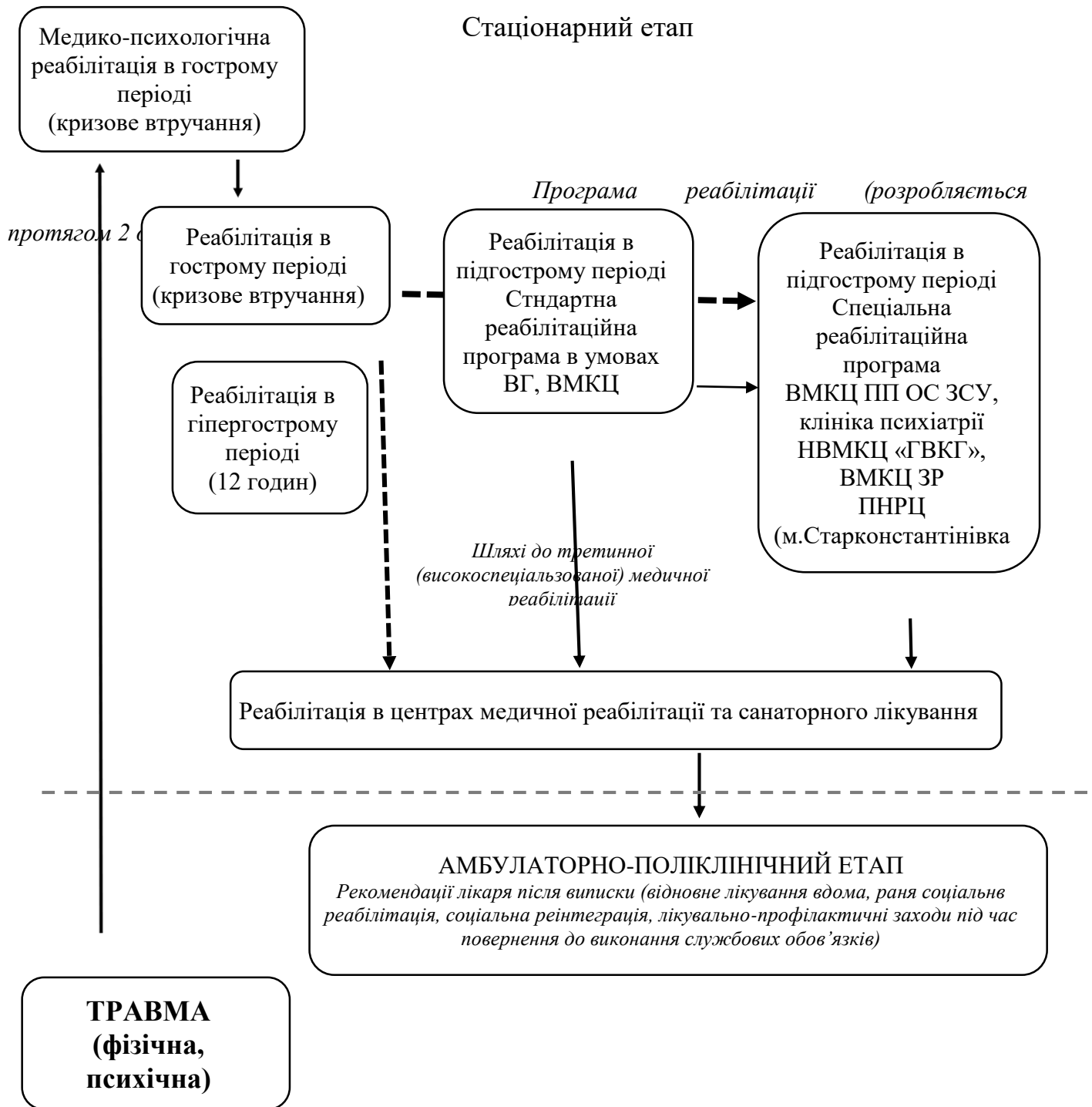


Рисунок 10. Організаційно-функціональна схема медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій в Збройних Силах України.

Завдання медико-психологічної реабілітації визначаються її етапом. Екстрена реабілітація – це передова позиція медичної та психологічної реабілітації, відповідно і завдання її – найактуальніші і значущі: прогнозування і аналіз можливих патологічних станів у відповідних ситуаціях; розробка комплексу заходів, засобів і методів своєчасного попередження таких станів; створення засобів і методів швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій; розробка методик диференційованого застосування засобів, що дозволяють попередити виникнення патології і швидко ліквідувати виникаючі порушення.

Реабілітація в гіпергострому періоді (перша доба після травми, оперативного втручання) є самою ранньою стадією процесу відновлення пацієнтів, які все ще мають нестійкі медичні потреби. Їм, можливо, більше не потрібно бути під прямим наглядом лікарів спеціалістів, але вони все ще потребують консультативної допомоги з їхнього боку для профілактики ускладнень. Психологічна допомога полягає у психокорекції больового синдрому, страхів (перед та після операційних), відновлення та набуття сенсу життя тощо.

На стаціонарному (госпітальному) етапі – це вироблення найбільш раціональної програми реабілітаційних заходів (протягом перших двох діб) із забезпеченням її наступності на наступних етапах; визначення адекватного лікувально-рухового режиму; розробка рекомендацій з дієтичного харчування; вивчення психологічного стану пацієнта і його ставлення до свого захворювання або травми; формування у пацієнта і його родичів адекватного уявлення про хворобу або травму; роз'яснення пацієнтові необхідності дотримання режиму рухової активності протягом стаціонарного періоду реабілітації (одна з найважливіших умов профілактики ускладнень); подолання негативних психічних реакцій, що виникають у пацієнта в зв'язку з захворюванням або травмою; попередження, раннє виявлення та усунення можливих ускладнень захворювання або травми; лікування супутніх захворювань, які можуть вплинути на ефективність реабілітації. Важливим є психодіагностичний скринінг військовослужбовців, які потребують медикаментозного лікування перед призначенням диференційованої психотерапевтичної допомоги.

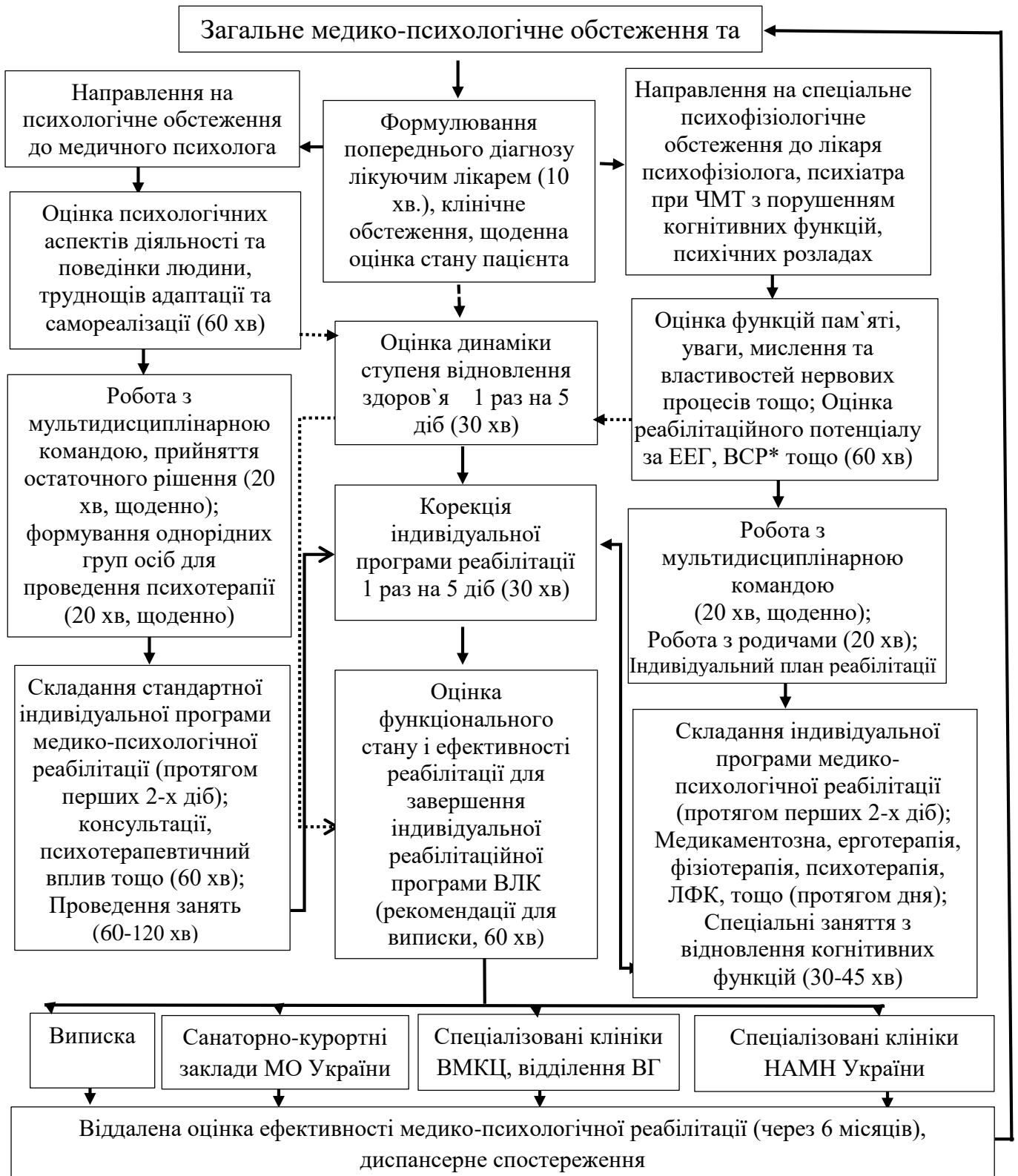
Основними завданнями санаторного етапу реабілітації є: подальше підвищення працездатності реабілітантів шляхом здійснення програми фізичної реабілітації з використанням природних і переформованих фізичних факторів; проведення з метою психічної реадaptaції заходів, спрямованих на усунення або зменшення психопатологічних синдромів; підготовка пацієнтів до професійної діяльності; попередження прогресування захворювання, його загострень і ускладнень шляхом проведення на фоні санаторно-курортного лікування медикаментозної терапії та здійснення вторинної профілактики.

До основних завдань амбулаторно-поліклінічної етапу реабілітації відносяться: диспансерне динамічне спостереження; проведення вторинної профілактики; пропозиції щодо раціонального вибору проходження подальшої служби і підтримки або поліпшення їх працездатності.

Медико-психологічна реабілітація безпосередньо здійснюється лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями-терапевтами, лікарями-психіатрами, лікарями-психотерапевтами, лікарями-психологами та практичними (клінічними) психологами, іншими спеціалістами відомчих служб медичного та психологічного забезпечення з використанням необхідного обладнання та можливостей.

Маршрутна карта медико-психологічного обстеження та реабілітації військовослужбовців на вторинному рівні надання медичної допомоги представлена на рис. 11.

В основі медико-психологічного обстеження пацієнта в ЗОЗ лежить формування попереднього діагнозу лікуючим лікарем, призначення необхідних клінічних методів діагностики та направлення на психологічне та спеціальне психофізіологічне обстеження для пацієнтів, які потребують розширеної комплексної реабілітації (спеціальної програми медико-психологічної реабілітації).



Примітки: * ВСР – варіабельність серцевого ритму, EEG – електроенцефалографія, ВЛК – військово-лікарська комісія, ЛФК – лікувальна фізкультура; ---- – допоміжні логічні процеси.

Рисунок 11. Маршрутна карта медико-психологічного обстеження та реабілітації військовослужбовців на вторинному рівні надання медико-психологічної допомоги (госпітальний рівень).

На сьогодні система медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України динамічно розвивається. Створено відділення медико-психологічної реабілітації у військово-медичних клінічних центрах - Національному ВМКЦ (Головний військовий клінічний госпіталь), ВМКЦ професійної патології особового складу ЗСУ (м. Ірпінь), регіональних центрах. Групи медико-психологічної допомоги працюють в центрах медичної реабілітації та санаторного лікування “Пуща-Водиця”, “Затока”, військовому санаторії “Одеський”, санаторії “Трускавецький”, Центральному військовому санаторії “Хмільник”, реабілітаційному центрі “Приморський”, у військових госпіталях.

Фахівців з медико-психологічної реабілітації (практичних психологів, лікарів-психоневрологів, психіатрів) навчають на курсах тематичного вдосконалення в Українській військово-медичній академії, які проводяться у відповідності до Меморандуму про співпрацю спільно з фахівцями ГО “Інститут медико-соціальних проблем здоров’я вразливих категорій населення”.

Втім невирішених проблем ще досить багато. Це і проблема кадрового забезпечення (за відсутності у штатно-посадовому розкладі категорії “медичний психолог”, низька заробітна плата практичних психологів - працівників ЗСУ, невенормовані порядок атестації та оплати кваліфікаційних категорій психологів. І, безумовно, проблема уніфікованих протоколів медико-психологічної допомоги (у стадії затвердження), відсутність належної матеріально-технічної бази.

Висновки:

Система медко-психологічної реабілітації у Збройних Силах України перебуває у стані динамічного розвитку відповідно до вимог часу.

Заходи з раннього (своєчасного) виявлення розладів медико-психологічна реабілітація дозволяють суттєво підвищити ефективність та зменшити витрати на медичну допомогу, сприяють відновленню боєздатності військових.

Для забезпечення послідовності надання медико-психологічної допомоги мають бути розроблені та впроваджені клінічні маршрути пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

Література

1. Указ Президента України №240/2016 від 6.06.2016 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року "Про Стратегічний оборонний бюлетень України". Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>
2. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. // У двох томах. Переклад з англійської. “Наш формат”. – К., 2017, Т-1. - 579 с.
 1. 3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057 «Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/1057-2017-%D0%BF>
4. Наказ Міністерства Соціальної Політики України №810 від 01.06.2018 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0723-18>
5. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, П.І. Мех та ін. / під заг. ред. професора, доктора медичних наук В.В. Стеблюка та доктора медичних наук А.М. Галушки. – К., 2017. – 268 с.
6. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, А.В. Швець та ін. / під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О.В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В.С. Гічуна. – К., 2017. – 102 с.

1.3. ВОЛОНЕРСЬКІ ІНІЦІАТИВИ В СФЕРІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Проноза-Стеблюк К.В.

Важливими структурно-функціональними компонентами системи забезпечення медико-психологічної допомоги при потенційно травмуючих ситуаціях є заходи первинної профілактики бойового стресу та освітні заходи. Метою даного виду підготовки є підвищення стресостійкості та гнучкості військовослужбовця чи підрозділу в цілому для пом'якшення наслідків впливу стресогенних чинників.

Офіцери по роботі з особовим складом та психологи мають проводити заняття за тематикою, які включають в себе: ідентифікацію проявів стресу та прийоми першої допомоги; вплив потенційно травмуючих подій на себе та інших; підвищення обізнаності щодо запобігання суїцидам, зловживання психоактивними речовинами. Такі заняття повинні бути постійними під час повсякденної діяльності і включені у плани навчально-бойової підготовки.

Безпосередньо на території проведення АТО систематично з 2014 року працювали мобільні групи психологів по запити командирів або керівного складу штабу Анти-терористичної операції. Робота проводилась як в базових таборах, так і на блокпостах та опорних пунктах. В першу чергу робота проводилася зі свідками загибелі товаришів по службі, значних поранень, призначених на пошук та вантаження загиблих, тих хто переніс контузію та осіб, що перебувають в зоні бойових дій більше 45 діб безперервно.

Зміст роботи у: 1) виявленні осіб з бойовою психічною травмою, ознак бойового виснаження, бойової втоми та роботи з ними у руслі кризового втручання; 2) навчанні командирського складу всіх рівнів прийомам та засобам психологічного розвантаження та мобілізації особового складу, безконфліктному спілкуванню, прийомам подолання агресії та девіантної поведінки; 3) проведенні групових занять та бесід, спрямованих на емоційне відреагування, стабілізацію стану, відновлення мотиваційного ресурсу та інш.

Довготривале знаходження в умовах екстремальної дії бойового стресу призводить до психофізичного виснаження, психотравматизації, особистісних змін, часто ускладнюється проблемами залежності від алкоголю, депресивними розладами. Саме тому зміст роботи мобільних груп психологів був спрямований на: кризове консультування; проведення групових бесід; спрямованих на відреагування, опрацювання психотравмуючого досвіду бойових дій; психоосвіта - роз'яснення щодо можливих проявів стресу, виснаження та психотравматизації, навчання методам першої психологічної допомоги, самовідновлення та саморегуляції; підвищення психологічної обізнаності командного складу, організація культурних заходів. За запитом - психодіагностика, виявлення комбатантів з ознаками психічних розладів (ПТСР, клінічна депресія, ін.). Складання висновків та рекомендацій до подальших реабілітаційних заходів.

Окремим напрямком роботи мобільних груп психологів була навчально-методична діяльність, спрямована на імплементацію досвіду та підготовку кадрів, що у подальшому використовували знання на практиці з особливостей психології військових, поняття бойового стресу, бойової травми, тренінг навичок роботи в військових частинах, тощо. З метою підтримки психологів в "професійній формі" передбачалась низка інтерв'язійних, емоційно-розвантажувальних груп, заходів тимблдинга. З плином часу почали змінюватись потреби щодо супроводу. Психологічно суспільство встигло адаптуватись до умов невизначеності, а отже, настав період переходу від кризового супроводу до розвитку в умовах кризи та становлення в умовах гібридної війни.

Першопочаткові запити на психологічну допомогу були зорієнтовані на стабілізацію стану «тут і тепер» та на навчання та опанування навичками самостійної регуляції власного стану. Після налагодження сталої системи надання допомоги, що трималась на волонтерстві, коли попит іноді перевищував кваліфіковані пропозиції, настала нагальна потреба переходу від розрізнених форм до систематизації набутого досвіду.

З початку 2016 року, коли почали створюватись перші реабілітаційні відділення, набули чинності критерії фахівців що мали надавати допомогу, які

окрім фахового стажу вимагали наявність попереднього досвіду роботи з кризовими категоріями. Перевага надавалась фахівцям з громадських організацій з рекомендаціями координаторів напрямків та проходження відповідного підвищення кваліфікації за напрямками кризових інтервенцій та травмаспецифічних методів надання допомоги.

Відбулись зміни також і у запитах постраждалих, що значно відобразилось на запитах постраждалих, а саме: від кризових втручань, що потребували стабілізації стану до імплементації психотравмуючого досвіду, реадптації та прийняття. Рівень довіри та задоволеності отримувачами спеціалізованих послуг поступово почав заміщуватись державними структурами, які також дуже часто навчали громадські ініціативи та волонтерські спільноти. Відтак, виникла потреба у систематизації і випрацюванні загальної адаптованої моделі надання допомоги, що повинна бути відповідати принципам черговості, етапності, доступності.

Особливості надання допомоги відповідають Керівним принципам МПК з охорони психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях містять методи, використовувані багатьма організаціями і практикуючими фахівцями по всьому світу, вдало інтегрувались у загальну модель надання допомоги. Почала набирати обертів розробка методології збереження ментального здоров'я, що включає в себе Міжнародну класифікацію функціональних обмежень життєдіяльності та здоров'я, Реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, соціальну модель реабілітації, біопсихосоціальний підхід, Професійний етичний кодекс психологів.

За цілями, визначеними потребами особи та впорядкованими за кількістю потенційних отримувачів, медико-психологічна допомога розмістилась на верхівці піраміди інтервенцій, якій передують психосоціальний супровід та неспеціалізовані види підтримки. У відповідності до Законопроекту “Порядок організації психологічної реабілітації, психологічної підтримки та психологічного супроводу осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, та деяких інших категорій населення” місце медико-психологічної допомоги у рівнях

співвідношення заходів допомоги у збереженні ментального здоров'я також відведене найвище.

У відповідності до міжнародних стандартів почали відкриватись перші центри безоплатного надання допомоги постраждалим, що зазвичай було організовано на міжнародні кошти грантодавців (центри психосоціальної адаптації, травматерапії, тощо). Ініціаторами та координаторами часто виступали саме представники волонтерських об'єднань. За основи надання допомоги також були взяті новостворені законодавчі акти (зокрема, Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121).

Імплементация сучасних технологій відновного лікування постраждалих в умовах особливого періоду також зазвичай включала в себе закордонний досвід та методичну підтримку щодо застосовуваних методик професійними міжнародними спільнотами. Більшість таких центрів, зазвичай, надавали перевагу певному методу, що ініціювало дотримання надання допомоги у певній парадигмі, але більшість центрів мали здатність забезпечити лише психосоціальний та психологічний компонент реалізації допомоги, так як медичний вимагає певних державних впорядкувань (зокрема, наявності медичної ліцензії), отже ланка лікарів-психіатрів повинна була реалізовуватись через ЗОЗ.

«Війна» методів закладалась у збільшенні кількості доказових баз та позитивних кейсів супроводу, але стратегія їхнього запровадження залишалась незмінною - у дотриманні «ступінчастості», а саме:

- Інформування
- Перша психологічна допомога (PFA)
- Психологічні техніки відновлення (SPR)
- Травмофокусовані методи лікування психічного здоров'я.

Таким чином, найбільша проблема, яку не змогли вирішити з 2014 року – це відсутність системності взаємодії між державними структурами та тими, що

надають допомогу на державних засадах. Хоча, були певні позитивні витoki у вигляді наявних угод/меморандумів про співпрацю, що засвідчує визнання методів та фахівців, в цілому, система переспрямування та обміну інформацією залишається недосконалою, що ставить під загрозу подальше повноцінне існування волонтерського сектору; попри стрімкий розвиток його підпорядкованості локальним державним структурам, рівень відповідальності залишається відкритим на розсуд громадськості та програмних донорів-підтримувачів їхньої діяльності за наявності таких.

Невелика кількість реабілітаційних закладів та застаріле майно, нестача фахівців, стигматизація щодо культури звернення, потенційно низький кваліфікаційний рівень штатних фахівців з-за фінансової неможливості навчання їх сучасним методам із подальшою сертифікацією дають поживне підґрунтя до подальшого використання волонтерської праці навіть у сучасних умовах.

Зсув головної мети супроводу з потреб військових до інтересів професійної спільноти може надавати негативно відобразитись на результатах здійснених заходів, виходити з теоретичних уявлень та не базуватись на оцінці потреб та зворотному зв'язку від отримувачів послуг. Не враховуючи зміни у поточній ситуації з початку війни спостерігається «застряганням» в 2014 році, що веде до неможливості відслідковування та дотримання нових сучасних норм надання допомоги, або навпаки, намаганням випробування новітніх методів, що не завжди може бути корисним бенефіціарам.

Під час Революції Гідності (листопад 2013) виникли самоорганізовані спільноти, які почали надавати волонтерську консультативну, психологічну та психіатричну допомогу учасникам протестних акцій в Києві. Дані спільноти отримали не аби-яке розростання та розгалуження під час активізації протистоянь (9-13 грудня, 19-22 січня, 18-20 лютого), що пропорційно кількості звернень та інтенсивності проблематики запитів. Одразу після перших найбільших втрат (лютий 2014 р.) були сформовані групи психологічного супроводу родин загиблих героїв Небесної Сотні, які згодом довели власну доцільність у супроводі родин загиблих інших категорій постраждалих від військових дій на Сході та набули

характер систематичності за тематикою проведенень групових зустрічей та орієнтовані на супровід горювання втрати. Саме в цей час психологічний волонтерський досвід, набуваючи власного розквіту та популяризації став цікавий для закордонних колег-фахівців, що виявляли бажання допомоги у навчанні та методичному супроводі на волонтерських засадах українських колег, що в свою на громадських засадах здійснювали власну професійну діяльність, серед яких були також інституційні установи, які стали у подальшому потужним плацдармом для формування новітнього досвіду збереження ментального здоров'я в умовах гібридної війни.

Згодом, за програмами обміну досвідом у країнах-партнерах (Грузія, Чехія, Литва, Америка, Угорщина, Польща, тощо) пройшли навчання більше ніж 500 вітчизняних фахівців, задіяних у наданні допомоги постраждалим верствам населення. Так, тільки за період березень-червень 2014 р. десятки закордонних ініціатив на волонтерських засадах та за підтримкою міжнародних фондів допомогли здійснити фахове фокусне навчання більше 1000 фахівців з різних областей нашої Країни.

З початком анексії Криму (березень 2014 р.) до Києва та інших областей нашої Країни почали прибувати перші внутрішньоопереміщені (ВПО) особи з Кримського півострову, чим виявили власну патріотичну приналежність до України. Одразу були сформовані волонтерські групи з психологічного супроводу з виїздом на місцями компактного розселення ВПО (Жовтневий Палац, санаторій Пуца Водиця, тощо). Згодом, цей принцип набуде розповсюдження по всій Країні з першими переселенцями зі Сходу після перших масштабних військових атак, що наклали свій відбиток на місцевому цивільному населенні.

В цей час почали своє формування перші добровольчі батальйони, що найчастіше складались з сотників сотен Майдану. Почались перші хвилі мобілізації та перші відрядження діючих військових до зони АТО.

Саме в цей час були сформовані групи психологів з супроводу родин діючих військових та добровольців, що зазвичай надавали допомогу на власних робочих

місцях, спрямовану на прийняття нового досвіду, зменшення напруги, формування очікування на повернення, тощо.

З початком військових дій (травень-червень 2014 р.) були сформовані перші мобільні бригади екстреного реагування (виїзні групи психологів), що за місцем несення служби військових у зоні АТО надавали психологічну допомогу та транслювали власний отриманий досвід, в т.ч. імплементований від іноземних колег та адаптований під умови гібридної війни, що базувався на екстрених видах надання психологічної допомоги та навчанні методам стабілізації, підготовці до військових дій, тощо. Також, з травня 2014 р. військові шпиталі почали приймати перших поранених. На цей виклик одразу були сформовані групи з психологічного супроводу поранених у шпиталях, робота яких була сформована за принципом палатного супроводу. В той час була налагоджена система комунікації з лікарями, що поклало початок подальшої співпраці та їхнього супроводу, спрямованого на попередження і зменшення симптомів вигорання та тематичного навчання оптимізації комунікації з пораненими.

В той самий час групами з Донецької на Луганської області почали прибувати вимушені переселенці. З перших днів були сформовані групи зустрічаючих психологів, що за місцем прибуття надавали екстрену психологічну допомогу за потребою та на місцях подальшого розселення. Згодом, на кошти міжнародних фондів та з грантових надходжень були зорганізовані перші центри психосоціальної адаптації, що є втіленням закордонного досвіду країн, що перебували/ють у статусі надавачів тимчасового притулку.

В цей самий час психологічний компонент волонтерства набув свого визнання, що засвідчують чисельні підписані угоди з державними установами, де саме волонтерський психологічний супровід якісно інтегрувався до державного сектору, де не тільки доповнював державних фахівців, а й дозволяв використовувати власний іноземний їхній досвід.

Особливістю національної ситуації на перших етапах була неготовність державних структур та суспільства до наслідків тривалого і потужного військового конфлікту. На початок війни на Донбасі у Збройних силах

України нараховувалося 80 психологів, з них 40 посад було укомплектовано військовослужбовцями. Коли проводилася мобілізація, практично не було військових комісаріатів (їх було відновлено у 2015 році - понад 440), саме тому волонтери-психологи через органи місцевої влади були актуальні на той момент.

На момент надходження до шпиталів перших поранених, штатні психологи не задовольняли потреб постраждалих ані за кількісними, ані за кваліфікаційними характеристиками, адже основна задача фахівців ЗОЗ МО була у проведенні діагностичних заходів із подальшою реорієнтацією до відновного лікування або ж до комісування у випадку непридатності.

Тільки згодом було створено 9 відділень медико-психологічної реабілітації на фондах Військово-медичних клінічних центрів (6) та Центрів медичної реабілітації та санаторного лікування (3), для забезпечення роботи яких введено 35 посад психологів (директива НГШ ЗСУ Д-322/1/32дск від 23.12.2015). Переважна кількість займаних посад була укомплектована з активної психологічної волонтерської спільноти.

На момент прибуття перших ВПО, жодна державна установа не мала уявлення щодо їхнього супроводу, тому дана функція була покладена виключно на недержавні ініціативи, що були навчені закордонними фахівцями та мали можливість методичного та супервізійного супроводу з їхнього боку. Згодом, державні соціальні служби отримали фінансування за програмами, що дали їм можливість навчати своїх фахівців силами залучених надавачів послуг, що вже мали такий досвід, зазвичай представників недержавних професійних спільнот та державних установ, зокрема представників кафедр психології інститутів, що емпірично довели власну здатність до професійного супроводу. З часом, попри сподівання, інтенсивність військового конфлікту не згасала, а отже, постала необхідність реформінгу на законодавчому рівні всіх існуючих ланок, яких торкнулась війна. Саме тому до законотворчого процесу все частіше стали залучати волонтерські спільноти.

Об'єднання зусиль професійних та волонтерських організацій громадського сектору з державними структурами та активна допомога міжнародних організацій

сприяли стабілізації кризової ситуації та поступовому налагодженню контролю, реформуванню та розвитку системи підтримки соціально-психологічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів, особливо у закладах ЗОЗ, де дана допомога сприяла відновленню боєздатності діючих та прийняття з подальшою ресоціалізацією до мирного середовища комісованих військовослужбовців. В державі у стислі строки була розгорнута діяльність по створенню та налагодженню системи медико-психологічної допомоги у ЗОЗ ЗСУ, до якої залучені державні, громадські, міжнародні організації.

Завданнями було створення моделі короткострокової психологічної реабілітації військовослужбовців - учасників АТО в період лікування, що досягалось шляхом наступних інтервенцій:

- профілактика хронічних посттравматичних розладів у вигляді стабілізації стану, психосвітніх заходів, кризових методів втручання, короткострокової психотерапії, відновлення психомотиваційного ресурсу;
- спеціальна підготовка фахівців-психологів в напрямку реабілітації військовослужбовців, травмафокусованої психотерапії та кризового втручання;
- розбудова мережі підготовлених фахівців в ключових містах України;
- налагодження координації з службами силових відомств;
- налагодження взаємодії з партнерськими державними та громадськими установами в рамках подальшої розбудови комплексної психосоціальної реабілітації та реадптації;
- підвищення обізнаності в суспільстві щодо впливу екстремального стресу та методів опрацювання травматичного досвіду, необхідності підтримуючого ставлення до учасників бойових дій, що створює реадптаційне середовище.

Психологічний супровід в період лікування в шпиталях військовослужбовців, які зазнали поранень та психотравматизації проводилась безпосередньо з постраждалими та полягала в психокорекційній, консультативній, психопросвітницькій, травмафокусованій індивідуальній та груповій діяльності, організації культурно-інформаційних заходів, що також сприяли відновленню психологічного стану. Психологи формулювали висновки та рекомендації на

основі спостереження та обстеження за запитом для планування подальших реабілітаційних заходів. До даної роботи були залучені фахівці-психологи на державних засадах.

Забезпечення стало функціонуючої системи надання спеціалізованої допомоги військовослужбовцям, що перебувають на лікуванні/відновленні у ЗОЗ стало важливим компонентом розгортання першої ланки програми довгострокової реабілітації, що окрім запобігання наслідків ураження чинниками стресу екстремального рівня у постраждалих в ході бойових дій включало психологічну підтримку членів родин постраждалих, психологічне забезпечення медичного персоналу, волонтерів, задіяних в роботі з постраждалими, що сприяло підвищенню компетенції всіх задіяних сторін щодо стресових розладів.

Психологічний супровід як правило включав в себе знайомство, оцінку стану, скринінг, визначення подальшої моделі надання допомоги, надання допомоги (в залежності від етапу): 1 стабілізація, 2 опрацювання травматичного досвіду, 3 інтеграція травматичного досвіду, оцінку на кожному з етапів, оцінку по завершенню роботи, визначення подальшої взаємодії. Як правило, на госпітальному етапі можливо було використання першого та частково другого етапу надання допомоги (із-за обмеженого часу перебування пораненого у шпиталю, тому наступні пункти повинні бути реалізовані у спеціалізованих реабілітаційних центрах, до розробки моделі яких також залучались учасники волонтерських груп з психологічного супроводу поранених).

У кожному з лікувальних закладів був свій волонтерський відповідний принцип психологічного супроводу постраждалих в залежності від особливості його функціонування (приклад: у ЦКВГ з самого початку існував принцип закріплення за кожним бійцем окремого супроводжуючого спеціаліста).

Основні етапи психологічної реабілітації, яких дотримувались спеціалісти в роботі з пораненими:

1. Встановлення відносин.
2. Робота з болем.
3. Робота зі страхами:

а) з притаманними всім страхом:

- За своє життя перед операціями;
- За своє життя в майбутньому;
- Страхом майбутньої нової болю при перев'язках і операціях;
- Страх ампутації і неможливості подальшого повноцінного існування, майбутньої, інвалідності.

б) з індивідуальними страхом:

- Страх бути вбитим під час сну;
- Страх заснути через повторюваних кошмарних снів.
- Страх переслідування.

4. Відновлення сенсу життя.

5. Набуття нового сенсу життя. Прийняття пораненими сенсу їх бойової діяльності і загибелі їхніх друзів.

Основні напрямки психологічної роботи з пораненими спеціалістів-волонтерів та шляхи їх реалізації включали знаходження і показ сенсу бойової діяльності військовослужбовців та загибелі їхніх товаришів; усвідомлення справжнього, адаптація до нових умов життя у лікарняній палаті (замкнене коло спілкування, безпорадність і обмеження рухів, відірваність від дому, рідних і близьких друзів); подолання духовної кризи, втрати сенсу життя, фрустрації; набуття нового сенсу життя з обмеженими фізичними можливостями; купіювання болю, нормалізація сну, підготовка до операцій; робота з асиміляції психотравмуючого досвіду з різними страхом (за своє життя, нового болю при перев'язках і операціях, ампутації та інвалідизації, страх за майбутнє), кошмарним снами, почуттям провини; навчання поранених самостійно справлятися зі своїми проблемами. (рис. 12)

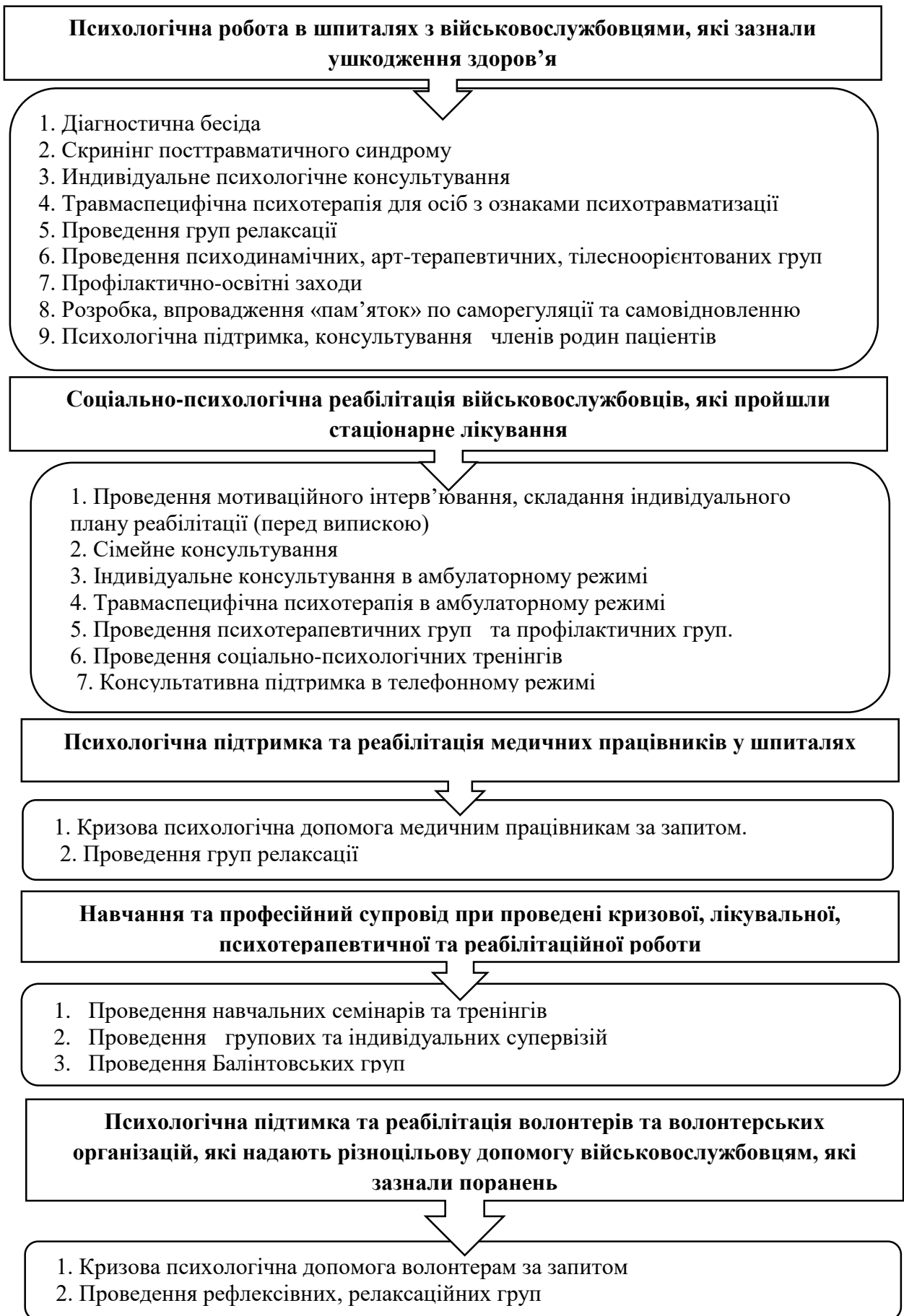


Рисунок 12. Зміст та структура волонтерської допомоги в лікувальних закладах Міністерства оборони

1.4. УЧАСТЬ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ В НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ А МЕДКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ.

Лінський І.В., Возніцина К.Б., Кальниш В.В., Литвиненко Л.І

З перших днів військових дій на сході України Інститути системи Національної академії медичних наук активно долучилися до надання допомоги постраждалим, особливо в складних випадках хірургічного, нейрохірургічного, травматологічного, загально-соматичного профілів. Водночас виявилася надзвичайно гостра необхідність надання психоневрологічної та медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій. Існуюча система охорони здоров'я виявилася непристосованою до надання такої допомоги багатотисячним контингентам учасників бойових дій за умов масової бойової психотравми, яка виникає в стислі терміни часу.

1.4.1. Діяльність ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» по створенню системи медико-психологічної реабілітації ветеранів війни.

Створювати та розвивати цей напрямок прийшлося з вихідних позицій, що й було зроблено на базі клініки професійних захворювань ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

У вересні 2014 року академік Ю. І. Кундієв, який очолював ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» (з 2018 року Інститут носить ім'я великого вченого) виступив з ініціативою до співробітників інституту активно включитися до роботи з надання допомоги учасникам бойових дій. Першою професійною відповіддю колективу лікарів Клініки професійних захворювань на чолі із головним лікарем Харченко Т. Д. на запит сучасності було створення у жовтні 2014 року Центру медико-психологічної реабілітації на базі клініки. Це стало можливим ще і за умов об'єднання зусиль з фахівцями Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. З перших днів подій на майдані в інституті психології вже було відкрито Кризовий центр медико-психологічної допомоги.

29 жовтня 2014 року було укладено Договір про співпрацю між ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» та Інститутом психології імені Г. С. Костюка, згідно якої до реабілітаційного процесу долучились 20 висококваліфікованих сертифікованих спеціалістів психологів на волонтерських засадах, які мають наукові ступені та досвід роботи з військовою психотравмою із застосуванням сучасних психотерапевтичних методів.

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» виявився спроможним і пристосованим до надання спеціалізованої допомоги такого профілю внаслідок того, що був надбаний багаторічний досвід роботи з контингентами, працюючими в екстремальних умовах. Такі контингенти перебувають під дією емоційно-стресових чинників, що потребує надання психо-корекційної, психотерапевтичної та психофізіологічної допомоги. Це слугувало підґрунтям для швидкого формування алгоритму роботи з учасниками бойових дій зі створенням і відпрацюванням ступеневої системи медико-психологічного супроводу, починаючи з гострого періоду і до формування проміжних і віддалених наслідків бойової травми.

Клініка професійних захворювань Державної установи «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України» функціонує з 1978 р., в своїй структурі має консультативно-поліклінічне відділення з потужністю 75 відвідувань за зміну та стаціонар на 80 ліжок (40 ліжок терапевтичного та 40 ліжок неврологічного профілю).

Перші пацієнти почали поступати в клініку в жовтні 2014 року. З часом, на підставі Постанови Президії Національної академії медичних наук України № 4/13 від 5 квітня 2015 року згідно угоди між Міністерством оборони України, управлінням прикордонної служби та Установи системи Національної академії медичних наук України було створено Центр медико-психологічної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок антитерористичної операції, задля чого виділено 40 ліжок, були внесені зміни в штатний розклад клініки. Введено 2 посади психотерапевта та один медичний психолог. У 2014 та 2015 році окрім штатних фахівців в клініці надавали психологічну допомогу біля 20 фахівців Кризового

центру Інституту психології ім.Г.С.Костюка НАПН України у якості волонтерів, враховуючи інтенсивність та складність роботи в перші роки військових дій в Україні.

Проблема психологічної реабілітації учасників АТО має не лише медичне, але й соціальне значення, що знайшло своє відображення в Указі Президента України від 18.03.2015 р. № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», Розпорядженні Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції», Наказі МОЗ України від 19.06.2015 р. № 351 «Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» та інших нормативних документах.

З 01 жовтня 2017 року внесені зміни до штатного розкладу та структури Клініки професійних захворювань. Відділення відновлювального лікування було перепрофільовано у відділення реабілітації на 20 місць та додатково введено дві ставки практичного психолога (на сьогодні 3 психологи, 2 психотерапевта). Також було розроблено та затверджено «Положення про порядок госпіталізації та надання високоспеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги та медико-психологічної реабілітації постраждалим в зоні антитерористичної операції» та «Положення про відділення реабілітації».

У відділенні реабілітації Клініки надається високоспеціалізована медична допомога фахівцями клініки професійних захворювань вищої та першої категорії, докторами та кандидатами медичних наук за спеціальностями: неврологія, терапія, психотерапія, медична психологія, дерматологія, офтальмологія, отоларингологія, кардіологія, профпатологія, фізіотерапія.

Патологія, з якою пацієнти спрямовуються до відділення реабілітації: стани після гострої реакції на стрес з різноманітними синдромами: інсомнічним, астено-депресивним, тривожно-депресивним тощо; посттравматичний стресовий розлад, або його проявами у вигляді соціальної дезадаптації, нестійкості психіки, втоми,

апатії, порушення сну; стани після мінно-вибухової травми у вигляді перенесених закритих черепно-мозкових травм: струс головного мозку в поєднанні з акубаротравмою, які трансформувались у постконтузійний синдром, органічні ураження головного мозку.

Відповідно до перебігу військових дій спостерігалася певна динаміка нозо-синдромальної структури станів психологічної дезадаптації, які перебували в клініці. На першому етапі протягом 2014 переважали гострі реакції на стрес, в подальшому формувалися у складні інтерференційні клінічні картини, які включали ознаки ПТСР, тривожно-депресивних розладів, розладів адаптації, особистісних реакцій та афективних розладів. Це спостерігалось на фоні ознак органічного ураження центральної нервової системи і коморбідних соматичних станів, які мали ознаки психоматичної приналежності. В гострому періоді у більшості комбатантів психогенні розлади маскували наявність наслідків закритої черепно-мозкової травми у вигляді струсу головного мозку, забоїв головного мозку легкого ступеню і акубаротравми (застаріле діагностичне визначення – «контузія»). В подальшому, в періоді віддалених наслідків ознаки органічного ураження ЦНС травматичного походження становилися провідними в клінічних проявах. Наявність органічного радикалу ускладнювало перебіг психоемоційних порушень, обумовлюючи синдром взаємного підсилення психічних розладів невротичного і органічного регістрів, що стало предметом особливої зацікавленості фахівців клініки. В результаті був розроблений комплекс додаткових діагностичних та лікувальних заходів з включенням профільних спеціалістів і методів інструментального дослідження, що стало можливим за рахунок щільної співпраці між Інститутами НАМН та організації консультативної допомоги пацієнтам, які перебували на лікуванні в клініці профзахворювань ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

Окрім психоневрологічної симптоматики, яка превалює серед пацієнтів відділення реабілітації, під час лікування активно виявляється різнопланова соматична патологія, а саме: захворювання шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, дихальної системи, патологія органів зору, урологічна патологія та

багато інших. Для надання якісної високоспеціалізованої допомоги в даних випадках спеціалістами клініки також широко використовується консультативна допомога профільних Інститутів системи Академії медичних наук, а саме: інститутів кардіології, хірургії, ортопедії та травматології, урології, серцево-судинної хірургії, ендокринології та інших.

У 2014 році та на початку 2015 року пацієнти поступали до клініки за направленням психіатричного відділення Національного військово-медичного клінічного Центру «Головний військовий клінічний госпіталь» після проведеного відповідного лікування з рекомендаціями продовжити заходи з психологічної реабілітації. В подальшому пацієнтами клініки стали демобілізовані особи, які госпіталізувались згідно направлень лікарів за місцем проживання (центральні районні лікарні, центри первинної медико-санітарної допомоги), соціальних служб з усіх куточків України, враховуючи той факт, що ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», як і решта Інститутів системи НАМН обслуговують пацієнтів зі всієї країни.

Медико-психологічна реабілітація пацієнтів в клініці професійних захворювань здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікарів клініки професійних захворювань (лікаря-терапевта, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога, дерматолога), лікаря-психотерапевта, практичного психолога та при необхідності інших спеціалістів. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації після проведення реабілітаційного обстеження особи усіма членами команди та обговорення наявних функціональних проблем на загальних зборах команди із залученням пацієнта. Координує роботу мультидисциплінарної команди завідувач відділення реабілітації.

Основна мета діяльності відділення медико-психологічної реабілітації - виокремити важливі концептуальні підходи щодо розуміння психотравмівної симптоматики та феномену ПТСР, знайти і підібрати ефективні діагностичні та корекційні методики, що дали б змогу ветеранам успішно проходити етапи реабілітації, а в подальшому етапи соціалізації та адаптації до мирного життя, які б

стали запорукою подальшої гармонізації особистісної взаємодії та міжособистісних стосунків.

На базі клініки використовується багаторівневий комплекс лікувальних заходів із застосуванням сучасних медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних методів, включаючи різноплановий фізіотерапевтичний комплекс (електросон, іонофорез, рефлексотерапія, кисневий коктейль, УВЧ, Д'арсонваль, магнітолазер, ампліпульс, ІКВ тощо), бальнеотерапія (підводний душ-масаж, хвойно-сольові ванни), пневмопресінг, ударно-хвильова терапія. Фармакотерапія складається з лікування психоневрологічних порушень (седативні, антидепресанти, снодійні, вегетотропні, нейропротекторні, ГАМК-ергічні тощо) та лікування супутньої соматичної патології (судинні, вітамінні, гастроентерологічні, протизапальні тощо).

Фармакотерапія та надання медичної допомоги хворим на посттравматичні стресові розлади має тривалий характер: активна терапія – шість місяців, стабілізуюча до одного року, профілактична до трьох років.

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та ветеранів – система медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму.

Військовослужбовці та ветерани, які пережили досвід воєнних подій, потребують особливої уваги щодо питань подолання проявів посттравматичного стресового розладу; процедура надання психотерапевтичної допомоги із врахуванням специфіки і особливостей стресових чинників має бути логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій; робота з травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з близьким оточенням, яке допомагає відновити природню систему самоцілення та відновлення відчуття власної цінності.

На основі досвіду роботи, який ми напрацювали з 2014 року впроваджуючи авторську програму медико-психологічної реабілітації «Дорога зцілення», було створено технологію психотерапевтичної допомоги постраждалим з проявами ПТСР для покращення стану військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі.

Технологія психотерапевтичної допомоги у подоланні стресасоційованих розладів у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації після дії травматичних подій реалізується в рамках інтегративного підходу і являє собою поєднання різних методів психотерапії, об'єднаних системоутворюючим елементом – методологічної платформою і відповідними узагальненими принципами і методами основних напрямків зарубіжної і вітчизняної психотерапії.

В центрі технології знаходиться особистісно-зорієнтований підхід, який базується на взаємодії когнітивно-поведінкового, психодраматичного, наративного, кризового консультування, травмо-сфокусованого та інших напрямків психотерапії. Різноманітність існуючих напрямків психотерапії суттєво збільшує коло мішеней психотерапевтичного впливу. Методи, що застосовуються в інтегративній моделі в роботі з проявами стресасоційованих розладів, спрямовані на:

- встановлення стосунку в діаді "психотерапевт-клієнт";
- зміну схем мислення і установок, які стосуються травматичних подій і їх наслідків;
- послаблення симптомів повторного переживання;
- зміна дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій;
- розкриття почуттів (активізації переживання і вираження емоцій);
- відновлення психологічних і тілесних меж;
- зняття напруги і поліпшення сприйняття клієнтом свого тіла;
- зміну поведінки;
- підтримку клієнта і його адаптації до змін.

В межах інтегративної моделі нами побудована модель фаз проходження терапії та окреслено основні положення, які є ключовими в психотерапевтичній

роботі зі стресасоційованими розладами: допомогу військовослужбовцям та ветеранам слід вибудовувати з розроблення комплексу прийомів і технік та загальної схеми їх застосування, для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Основними принципами технології психотерапевтичної допомоги у подоланні наслідків травматичних подій у військовослужбовців та ветеранів виступили:

- принцип максимального синергічного співробітництва: лікар-пацієнт-психотерапевт (а при необхідності і члени сім'ї);
- послідовність і етапність проведення заходів;
- принцип нормалізації;
- принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і не медикаментозних заходів;
- принцип інтеграції групових та індивідуальних форм психотерапії;
- принцип співвіднесеності діагностичних проявів ПТСР і психотерапевтичних мішеней;
- принцип відповідності психотерапевтичних мішеней і методів, методик і процедур психотерапевтичного впливу;
- принцип індивідуального підходу;
- особистість військовослужбовця та ветерана розглядається як партнер в ході лікувального процесу.

Медико-психологічна реабілітація має такі основні етапи:

Початковий етап (2-3 доби) – адаптаційний етап (орієнтація, адаптація до місця перебування, оточення, налагодження контакту). Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування.

Лікарі проводять структуроване діагностичне інтерв'ю (збирають анамнез і особливу увагу звертають на соматичні скарги). За кожним пацієнтом

закріплюється психолог, який проводить інтерв'ю (особлива увага приділяється дослідженню суїцидальних думок, суїцидальних ризиків, вживання хімічних речовин, психосоматичним скаргам, симптомам дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності та міжособистісним проблемам), тестування (використовуються об'єктивні психометричні інструменти, спрямовані на оцінку травматичних симптомів і вивчення травматичного досвіду пацієнтів).

Психологічний етап, основний (20-22 доби) – цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, що розроблені для роботи з травмою. На основному етапі проводиться психоосвіта, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів травматичних розладів (нормальна реакція на ненормальну подію). Велике значення надається формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню пацієнтів базовим технікам самодопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції.

На цьому етапі може відбуватися конфронтація з травмивним матеріалом (якщо пацієнт готовий і просить працювати з симптоматикою, яка його переслідує) з використанням відповідних технік кожного з підходів, які рекомендовані в роботі з травмою.

Заключний етап (2-3 доби) – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія на якій відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі позитивні зміни, іде закріплення напрацьованих технік по відновленню, проговорюється подальша стратегія, як ветерани та військовослужбовці зможуть практикувати нові способи сприймання і поведінки, а також завершуються всі інші лікувальні заходи.

До найвідоміших підходів в роботі з проявами та посттравматичними стресовими розладами, ефективність яких продовжує вивчатися, є низка методів, які дають змогу долати ці розлади й поступово повертатися до ефективного

життя: когнітивно-поведінкова психотерапія, гіпнотерапія, біосугестія, психодрама, гештальт-терапія, недирективна роджеріанська психотерапія, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, арт-терапія, символдрама, тілесно-орієнтована психотерапія, остеопатія та ін. За рекомендацією провідних організацій психічного здоров'я найефективнішими в цій царині методів в роботі з ПТСР є когнітивно-поведінкова психотерапія, травмофокусована терапія чи EMDR (терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима).

У відділенні реабілітації клініки інституту основна діяльність команди психологів за цей період полягала у проведенні профілактичної, консультативно-психологічної та медико-психологічної, реабілітаційної роботи з військовослужбовцями, ветеранами та членами їх сімей, волонтерами через консультування та психотерапію, сімейне консультування.

Психологічна допомога здійснюється в індивідуальній (8 - 10 сесій) та груповій (6 - 8 зустрічей) формах за період лікування.

Групові форми роботи показали свою ефективність, оскільки ветерани могли звертатися за допомогою і підтримкою, ділитися травмуючим матеріалом в безпечному середовищі; у них була можливість розповісти свою історію, свідками якої є люди з подібним досвідом; члени групи досягали більшого розуміння про свою травму, вони часто відчували себе більш впевнено і здатними довіряти собі та іншим. Коли в групі обговорювали і розрізняли сором, провину, страх, гнів, сумніви, пов'язані з психотравмою, ветерани вчилися концентруватися на теперішньому, а не на минулому. Це дозволяло багатьом ветеранам долати симптоми ПТСР, вчитися конструктивно сприймати травматичними спогадами, а не уникати їх.

Одним із методів групової форми роботи у відділенні реабілітації є біосугестія. Метод біосугестивної терапії є ефективним психотерапевтичним інструментом, що об'єднує прийоми вербального і невербального впливу в стані гіпнозу / трансу. Застосовується не тільки сугестія, а й специфічний мануальний

(контактний) вплив. Переважна сфера застосування методу – психосоматичні розлади, невротичні розлади, реакції на стрес (включаючи ПТСР).

До найвиразніших проявів порушення внутрішньої рівноваги у військовослужбовців та ветеранів, які перебували у відділенні реабілітації, відносяться: до 98 % соматоформні розлади: болі в різних ділянках спини, головні болі, болі в області серця, «руки, ноги викручує»; проблеми зі сном (поганий сон – важко заснути, тривожний сон з частими прокиданнями, відсутність відчуття відпочинку після сну, кошмарні сні (70 %); дратівливість, напади агресії (до 56 %), хронічна тривога (біля 50 %), загострене почуття справедливості (образ на державу); проблеми в комунікації з родинними системами, з колишнім мирним населенням; депресивні стани, пригнічений настрій; відсутність бажань, проблеми з алкоголем, «неможливість рухатись далі»; переоцінка особистісних цінностей та пошук нових сенсів, тощо. Переважна більшість ветеранів мали наслідки перенесеного легкого травматичного ушкодження головного мозку (черепно-мозкової травми (ЧМТ) легкого і середнього ступеню тяжкості в поєднанні з акубаротравмою).

Особливої уваги заслуговують досвід та принципи ведення комбатантів в ДУ «Інститут медицини праці ім.Ю.І.Кундієва НАМН України» з наслідками травматичного ушкодження головного мозку, які в подальшому зформувались у постконтузійний синдром. Починаючи з кінця 2015 року увагу лікарів клініки почав звертати на себе симптомокомплекс у вигляді лікворно-гіпертензивних, вегетативних, вестибуло-атактичних і отовестибулярних проявів у комбатантів молодого віку, які носили поліморфний та інтенсивний характер та характеризувались трьома основними групами симптомів. Найчастіше у них проявляється високий ступінь соматичних симптомів (тілесні прояви) – скарги на головний біль (майже 100 %), головокружіння, посилене серцебиття, періодичні судомні напади, зниження слуху, зору, постійний шум, дзвін у вухах, запаморочення; тремтіння, поколювання в пальцях; відчуття напруги м'язів; відчуття слабкості, неспроможність розслабитися, метеозалежність тощо. В емоційних проявах - нестійкі емоційні реакції, напади необґрунтованого безпідставного гніву або напади розпачу.

В когнітивних проявах – це погіршення пам'яті, а також зниження концентрації та уваги. При вивченні анамнезу таких пацієнтів обов'язковим був факт отримання так званої «контузії», коли, зі слів пацієнтів, після дії мінно-вибухової хвилі наступали стани, які супроводжувались короткочасною втратою свідомості, тошнотою, іноді блювотою, тимчасовою втратою слуху, головним болем, шумом, дзвоном у вухах, іноді кровотечею з вух, що не завжди фіксувалось лікарями та відповідно не надавалась адекватна допомога, часто факт отримання «контузії» мав повторні епізоди. Для таких пацієнтів в клініці застосовувався визначений діагностично-лікувальний алгоритм, який включав отологічне, ото-неврологічне, нейрофізіологічне, за потребою нейровізуалізаційне (комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія) обстеження з подальшим відповідним лікуванням. Так, лабораторією професійних порушень голосу і слуху і лабораторією клінічної аудіології та вестибулології ДУ «Інститут отолярингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України» проводилась аудіометрія, вестибулометрія, дослідження слухових викликаних потенціалів (СВП), електроенцефалографія (ЕЕГ), реоенцефалографія (РЕГ). Проводилось консультування в ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» з проведенням нейровізуалізаційних досліджень. Так, ознаками акубаротравматичного ураження слухового аналізатора в бойових умовах є низхідний, часто обривчастий тип тональної порогової аудіометричної кривої з характерним «акутравматичним зубцем», порушення у рецепторному відділі слухового аналізатору, зниження диференціальних порогів за методом Люшера, особливо в області 4 кГц, швидке залучення у процес центральних відділів слухового аналізатора або первинне ураження саме центральних структур слухової системи, часто при незначних порушеннях слухової функції за даними суб'єктивної аудіометрії. Переважна кількість випадків має асиметричний характер порушень у слуховій системі. Вестибулометрія практично у всіх обстежуваних фіксувала порушення функції вестибулярної системи. Переважно це вестибулярна дисфункція у вигляді центрального вестибулярного синдрому, який часто супроводжувався порушенням стато-кінетичної рівноваги, дизрітмічним ністагмом

за даними ЕНГ, у багатьох обстежених були виявлені «німі» поля. За даними ЄЄГ виявлялися значні порушення іритативного характеру, гіперсинхронні сплески, нерідко- епілептиформні посттравматичні зміни. У багатьох має місце десинхронізація та дезогранізація основних ритмів, згладженість зональних розбіжностей, підвищення вмісту повільно хвильової активності, ознаки залучення діенцефально-стовбурових та медіа-базальних структур головного мозку. Дослідження СВП об'єктивно підтверджувало наявність порушень у центральних відділах слухового аналізатора – спостерігались розлади функціонування у коркових, підкоркових та стовбуромозкових структурах слухового аналізатора, в тому числі і глибоких структур головного мозку. Звертає на себе увагу зміни при дослідженні СВП, що свідчать про порушення у лімбічних структурах мозку та ретикулярній формації, які «відповідають за внутрішньомозкові комунікації, забезпечують скоординовану роботу різних ділянок головного мозку, сприйняття інформації від сенсорних систем та порушення механізмів реалізації складних функцій, у тому числі стресорних реакцій. Виражені порушення функціонального стану мозкового кровообігу за даними РЄГ: нестійкий та знижений тонус мозкових судин, наявність атонічної кривої, практично у всіх – утруднення венозного відтоку та зниження пульсового кровонаповнення як в каротидній так і у вертебрально-базиллярній системи кровонаповнення. При проведенні КТ або МРТ в більшості випадків патологічні зміни не спостерігались, однак в окремих випадках визначались ознаки енцефалопатії, а частіше арахноїдиту різної локалізації та виразності.

При дослідженні неврологічного статусу спостерігались наявність ністагму, зниження слуху, ознаки пірамідної недостатності, лікворно-гіпертензивного синдрому, вестибулярні порушення, вегетативна дисфункція від легких до виражених проявів, яка супроводжувала клінічну картину практично у всіх пацієнтів. Відповідно до проведених досліджень та фізикального обстеження проводилась терапія.

Слід зазначити, що при створенні комплексної системи медико-психологічного супроводу та реабілітації в клініці ми намагались застосувати

окрім традиційних методів психотерапевтичної інтервенції та медикаментозного лікування допоміжні інноваційні методики, які дозволяли розширити коло багатовекторного таргетного психокорекційного впливу. Ефективність такої моделі обумовлена багаторівневим впливом на різні патогенетичні ланки психічної дезадаптації у комбатантів. Нами були впроваджені допоміжні методи, які показали свою високу ефективність і являються певною мірою новітніми за різними європейськими і світовими моделями психокорекційних і психореабілітаційних заходів.

Так, з липня 2015 року в клініці інституту, завдяки спонсорській допомозі, впроваджено обладнання – метод ТОМАТІS (Франція), дія якого спрямована на підвищення пластичності головного мозку, стимуляції окремих його зон, що ефективно регулює механізми емоційних розладів, викликаних депресією, тривожністю, впливає на механізми стресу, вестибулярні та вегетативні порушення, покращує процеси уваги, пам'яті, мислення, мовлення, тобто синдромів, які супроводжують постконтузійні стани та післятравматичні стресові розлади.

Сфери застосування методу:

- порушення мовлення;
- проблеми концентрації уваги;
- афективні та емоційні розлади;
- комунікативні розлади;
- проблеми психомоторного розвитку;
- збільшується обсяг уваги і зосередженість;
- розвивається соціальна взаємодія;
- поліпшується мовний та руховий контроль, слухове розрізнення і чутливість, музична виразність, самооцінка, настрій, мотивація, розвивається білатеральна координація, поліпшується фізична рівновага і постава;
- при комплексному лікуванні депресивних розладів і панічних атак, страхів, емоційних розладів (виражена симптоматика у бійців).

Цикл Томатіс-терапії складається із 13 сеансів по 2 години. До складу групи входить 5 осіб. За період з липня 2015 по грудень 2019 року Томатіс-терапію пройшло 270 ветеранів, 32 волонтери, та 14 членів їх родин (дружини, мама).

З 2016 року до роботи в клініці приєдналась команда Канадсько-український проекту «Друг героя», яка керує програмою з каністерапії. Протестовані та сертифіковані собаки-терапевти щотижнево відвідують відділення, під час занять з якими знімається напруга, тривога, надається емоційна підтримка, проводяться дихальні вправи за участю собаки, що в свою чергу сприяє до подальшої конструктивної психотерапевтичної роботи. Спеціалісти відділення відмічають позитивний вплив на учасників каністерапії, враховуючи 21-денний термін перебування в клініці, пацієнти мають змогу зустрітися з собаками декілька разів, навіть обирають собі улюбленців і чекають на них. Наші психологи зазначають, що у пацієнтів клініки, що відвідують візити собак, спрацьовує ситуація довіри, що стимулює віддачу емоцій та розкриття в роботі з травмою.

Великою складовою в комплексній моделі стала арт-реабілітаційна робота, яка реалізується за допомогою благодійної організації ArtReHub. В роботі з ветеранами використовується авторська методика «Техніка червоної нитки», яка базується на декоративно-прикладних техніках традиційних мистецтв України, що є додатковим позитивним фактором долучення до такого роду реабілітації пацієнтів. Творчий потенціал, який розкривається в процесі заняття виступає в якості допоміжної сили, важливого ресурсу для відновлення психологічного стану та його гармонізації.

Набутий досвід медико-психологічної реабілітації, комплексний підхід та база ДУ Інституту медицини праці забезпечує позитивні результати лікування та відновлення стану психічного здоров'я ветеранів та військовослужбовців. Ми бачимо ефективність програми реабілітації «Дорога зцілення» стосовно наступних показників:

- відмічається редукція стресасоційованих розладів і супутньої симптоматики;

- зниження інтенсивності основної психотравмивної симптоматики: зменшення тривожності, депресивних настроїв, соціальних дисфункцій, гніву;
- найяскравішими змінами психоемоційної сфери є: зменшення роздратування, агресії; покращення уваги, зменшення флеш-беків, покращення настрою; зниження внутрішнього напруження, стабілізації емоційного стану; відновлюється відчуття власної цінності;
- ветерани, які пройшли курс медико-психологічної реабілітації по декілька разів (з інтервалом у часі півроку, рік) відмічають, що через деякий час після виписки зі стаціонару значно поліпшилась міжособистісна взаємодія з членами сім'ї та з найближчим оточенням; підвищилася впевненість у собі і своїх можливостях;
- включення в програму реабілітації методу Томатіс – терапії (нейросенсорна стимуляція) також показує свою ефективність в роботі з ПТСР та постконтузійним синдромом (зниження активності; депресивний фон настрою; вестибулярні дисфункції, порушення слуху; порушення мовлення).

Колективом відділення реабілітації здійснювалася також науково-методична робота, а саме: участь у конференціях та науково-практичних семінарах у якості організаторів, ведучих, доповідачів. В комплексному лікуванні даної категорії хворих за участю волонтерів проводяться педагогічні та соціально-психологічні заходи: майстер-класи, залучення школярів та діячів культури для проведення концертів, що є варіантом арт-реабілітації для пацієнтів Центру. До надання допомоги залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Медико-психологічну реабілітацію в клініці інституту з листопада 2014 р. по теперішній час отримали більше 1287 осіб (30 осіб в 2014 році, 308 осіб в 2015 році, 292 осіб в 2016; 190 осіб в 2017 році; 236 осіб в 2018 р.; 231 осіб в 2019 р.).

Наші спостереження, досвід за роки надання допомоги на базі відділення реабілітації Клініки профзахворювань свідчать про те, що більшість комбатантів мають сполучення психотравматичного та органічного компонентів, які формують розлади ментального здоров'я. Тому на реабілітаційних етапах абсолютно недостатньо застосування тільки психокорекційних методів, а й обов'язкове

включення заходів з фізичної реабілітації, природних факторів, переформованих факторів реабілітації, медикаментозного втручання в поєднанні з психотерапевтичним впливом. Таким чином буде охоплено основні компоненти: психогенний, психосоматичний та органічний.

Психотерапевтична, психологічна робота з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації в умовах стаціонару повинна проводитися не одним, а групою психологів, які доповнюють один одного; склад групи психологів повинен бути гетерогенним, що сприяє створенню можливостей для кращого їх розкриття, що й було застосовано у відділенні реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

Необхідно зазначити, що проведення реабілітації в структурованих умовах стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення пацієнта, яке ми називаємо інтегративним підходом до медико-психологічної реабілітації. Задля реалізації такої багатокомпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю. Тому у реабілітаційних центрах повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, психіатри, соціальний працівник, медичні сестри та ін.

Важливим фактом є той факт, що для стабілізації тривожної симптоматики і формування сталих адаптаційних механізмів, для закріплення позитивного досвіду в лікуванні стресасоційованих розладів та супутньої симптоматики в умовах стаціонару, для ветеранів необхідні подальші реабілітаційні заходи в умовах амбулаторного лікування, вони повинні продовжувати отримувати допомогу за місцем проживання, повинні бути включеними в співтовариства, спрямовані на їх реінтеграцію в структуру суспільних зв'язків.

Розробка програм медико-психологічної реабілітації має перетворитися на першочергове завдання державної політики у галузі медицини і психології, а установи, які мають попередній досвід такої роботи мають консолідувати зусилля з метою створення таких програм на основі проведення багатоаспектних досліджень.

По результатах перших кроків надання медичної допомоги та реабілітації учасникам АТО\ООС у 2014-2015 рр. вочевидь вималювалося слабе місце – переважну більшість уваги було сконцентровано на фізичній реабілітації, проте ментальне здоров'я залишилось осторонь, що чого стала зростаюча хвиля - та пост-контузійних розладів – залежності від психоактивних речовин, соціальний та професійний регрес, криза особистої ідентифікації у суспільстві після демобілізації, антисоціальна поведінка, самогубства. Попре зростаючу кількість державних та громадських програм підготовки фахівців для роботи з наслідками психотравмуючих подій, не існує єдиного методологічного центру координації, супервізії, уніфікації та стандартизації підходів до відновлення психічного здоров'я ветеранів; лікування у психіатричних лікарнях для переважної більшості учасників бойових дій не є ефективним, оскільки не здатне забезпечити соціальну інтеграцію та соціальну адаптацію; поточна допомога в існуючій мережі охорони здоров'я, в тому числі в системі госпіталів ветеранів не має системи відновлення психічного здоров'я; часто психотерапевтична, психологічна допомога надається бездоказовими методами. Зазначені аспекти, усвідомлення значущості та масштабності цієї проблеми, а також набутий досвід багатовекторного надання медико-психологічної допомоги на базі відділення реабілітації ДУ «Інститут медицини праці ім.Ю.І.Кундієва НАМН України» стали фундаментом створення першого в Україні Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів на базі ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України» (Mental Health Hub). Спеціалізація закладу заснована на лікуванні розладів, пов'язаних з бойовим стресом та наслідками черепно-мозкових травм, в тому числі станів залежності від психоактивних речовин в поєднанні з кращими світовими практиками фізичної реабілітації. Окрім лікувально-реабілітаційної функції, задачами Центру є акумуляція досвіду зі всієї країни, забезпечення мережі деталізованими інструментами та методиками, в тому числі на підставі адаптації «готових рішень» в світі, створення системи обміну досвідом, навчання, підвищення кваліфікації фахівців, супервізії, запровадження інструментів збору та моніторингу даних, що реалізовується через функціонування тренінгового центру на базі закладу.

За перший рік роботи Центру, фактично, напрацьовану модель було повністю відтворено. За перші 5 місяців реабілітаційну програму пройшли близько 300 осіб. Наступне завдання – облаштування Центру відповідно до міжнародних стандартів реабілітації та розбудова системи психологічної реабілітації в Україні через розбудову мережі, яка гнучко взаємодіє «сама в собі», одночасно підпорядковуюсь однаковим системним паттернам допомоги. Вже сьогодні Центр розпочав науково-навчальну та супервізійну роботи з лікарями, психологами, соціальними працівниками України, впроваджуючи особисті напрацювання щільно взаємодіючи та активно залучаючи міжнародних фахівців з питань реабілітації комбатантів. Сьогодні Центру доручено, бодай, саме важливе завдання – реабілітація більшості з групи осіб, звільнених з полону, що є професійним викликом, але й шансом отримати унікальний досвід, який ще більше зміцнить та розширить сферу професійної компетенції Центру.

Набутий досвід і впровадження інноваційних реабілітаційних програм, дасть змогу суттєво відновити стан соціального функціонування та підвищити якість життя чисельного контингенту учасників бойових дій України, об'єднати фахову спільноту і стати єдиним Національним центром психічного здоров'я учасників бойових дій.

1.4.2. Практична участь співробітників ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" в наданні допомоги учасникам АТО/ООС

Співробітники ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" беруть активну участь в наданні допомоги учасникам АТО/ООС. Ця робота проводилася та проводиться за наступними напрямками:

- за період з 2014 по 20019 рік фахівцями інституту надано амбулаторну допомогу – 449 учасниками АТО, стаціонарну (неврологічну, нейрохірургічну, психіатричну) – 203 учасниками АТО;
- за період з 2014 по 20019 рік надано амбулаторну допомогу 3 424 внутрішньо переміщеним особам (ВПО), стаціонарну – 5 287 ВПО;

- в межах договорів по співпрацю з Харківським військовим клінічним центром Північного регіону та шпиталем МВС в м. Харків за період з 2014 по 2019 рік проконсультовано 2 357 пацієнтів;
- на базі Харківського військового клінічного центру Північного регіону проведені тренінги-семінари для лікарів мобільних госпіталів:
 - ✓ семінар-тренінг для лікарів мобільних госпіталів зони АТО «Діагностика і терапія ПТСР у військовослужбовців ЗСУ» (9 червня 2017, м. Харків);
 - ✓ семінар-тренінг для лікарів мобільних госпіталів зони АТО «Діагностика та менеджмент алкогольної та наркотичної інтоксикації в умовах АТО» (12 грудня 2017, м. Харків);
 - ✓ семінар-тренінг для лікарів мобільних госпіталів зони АТО «Діагностика і профілактика суїцидальної поведінки у військовослужбовців ЗСУ» (20 квітня 2018, м. Харків);
- обстеження та надання психологічної допомоги 242 мешканців м. Миколаївка Слов'янського району Донецької області, які протягом трьох місяців (з 12 квітня 2014 року до 5 червня 2014 року) знаходилися в зоні бойових дій. Обстеження і допомога цим особами надавалася у серпні 2014 року бригадою фахівців ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" під керівництвом проф. Лінського І.В.
- розроблені та опрацьовані пропозиції щодо Державної цільової програми, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО (12.05.2015);
- співробітниками ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" проведений семінар в Першому шпиталі Національної Градації (14 березня 2015 року, м. Артёмовск)
- проведені науково-практичні конференції
 - ✓ XVIII Українська науково-практична конференція "Довженківські читання: вживання психоактивних речовин в умовах «гібридної» війни", присвяченої 25-річчю Національної академії медичних наук України та 100-річчю з дня народження Заслуженого лікаря України О.Р. Довженка (10-11 квітня 2018, м. Харків);

- ✓ Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, терапії та реабілітації посттравматичних стресових розладів» (28-29 травня 2015, м. Харків);
- ✓ науковий симпозіум з міжнародною участю «Мозок та стрес» (1-2 жовтня 2015, м. Дніпропетровськ).
- виконані та продовжують виконуватися НДР, присвячені проблемам надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги учасникам АТО:
- ✓ НАМН.АТ.4П.15 Визначити характер перебігу закритих черепно-мозкових травм у постраждалих під час бойових дій у зоні АТО. Діагностика і розробка методів профілактики розвитку травматичної хвороби мозку (№ д.р. 0115U001042 (2015-2017)) – д.м.н., проф. В.І. Сухоруков; відділ нейропсихокібернетики.
- ✓ НАМН.ПР.12Ф.16 Вивчити механізми формування постстресових розладів у комбатантів та цивільних осіб, що пережили бойові дії, і розробити оптимальні моделі медико-психологічної реабілітації (№ д.р. 0116U000011 (2016-2018) – д.психол.н., проф. Шестопалова Л.Ф., д.м.н., проф. Лінський І. В.; відділ медичної психології; відділ невідкладної психіатрії та наркології.
- ✓ НАМН.ГВ.3П.16 Дослідити адаптогенні та патогенні ефекти алкоголю в умовах «гібридної війни» і розробити заходи мінімізації шкідливих наслідків його вживання (№ д.р. 0116U000015 (2016-2018)) – д.м.н., проф. Лінський І.В., д.м.н., проф. Мінко О.І.; відділ невідкладної психіатрії та наркології, відділ клінічної та соціальної наркології.
- ✓ НАМН.ПЗ.6П.18 Дослідити стан психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб (спектр психічних розладів, чинники формування, діагностика, реабілітація) (№ д.р. 0118U003040 (2018-2020)) – д.м.н., проф. Марута Н.О.; відділ пограничної психіатрії.
- ✓ НАМН.ТХ.4П.18 Розробити критерії діагностики та прогнозу травматичної хвороби головного мозку, а також заходи нейрореабілітації у віддаленому періоді вибухової закритої черепно-мозкової травми (№ д.р. 0118U003044) (2018-2020) - д.м.н., с.н.с. Коршняк В.О.; відділ медицини сну.

РОЗДІЛ 2.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СФЕРИ МЕТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.

2.1. БОЙОВИЙ СТРЕС ЯК ПРЕДИКОР БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ БОЙОВОГО СЕРЕДОВИЩА НА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Швець А.В., Кальниш В.В.

Оцінка впливу екстремальних чинників зовнішнього середовища на організм людини є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення [1]. За даними літератури в період перебування в “гарячих” точках бойового середовища 23,9% військовослужбовців відчували страх бути взятим в полон, що проявлялось в вигляді постійного напруження (21,9%), дратівливості (11,9%), поганого настрою (8,6%), безсоння (5,1%) та ін. [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Разом з цим 76,6% військовослужбовців пережили смерть своїх товаришів, що в 22,3% випадків викликало потрясіння, в 21,9% - відчуття помсти, в 11,5% - депресію, в 9,1% - депресію та відчуття помсти, в 8,0% - потрясіння та відчуття помсти. Таким чином, бойові дії викликають у військовослужбовців, які приймають в них участь, цілу гаму негативних відчуттів. Під бойовим середовищем в країнах НАТО розуміють комплекс умов, обставин та різних чинників, які діють на працездатність військовослужбовців збройних сил і впливають на прийняття відповідних рішень командирів частин чи підрозділів.

Важливість вирішення проблеми оцінки впливу екстремальних умов діяльності обумовлена тим, що на сході нашої країни вже майже три роки постійно відбуваються бойові зіткнення, вплив яких на організм військовослужбовців проявляється як в фізіологічному аспекті, так і психологічному. Якщо безпосереднє дослідження фізіологічних трансформацій організму в умовах бойових дій ускладнене [3], то психологічні ефекти дії чинників бойового середовища можливе і, мабуть, дасть цінну інформацію, яку можна буде використовувати для розробки

практичних рекомендацій, спрямованих на полегшення дії на людину цих чинників. Звісно, на стресостійкість людини впливають певні структурні компоненти особистості, яка піддається дії шкідливих факторів середовища [4, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 6]. Проте, не менш важливим є з'ясування питань впливу зовнішніх чинників на психічний стан людини.

У рамках наукового напрямку “психологія середовища” [7] актуальним є дослідження впливу певних умов перебування і професійної діяльності військовослужбовця на відчуттях людини, на яку діє комплекс чинників бойового середовища. У цьому сенсі слід зазначити, що така дія починає “працювати” вже на етапі очікування впливу екстремальної ситуації, коли організм людини інтенсивно готується до майбутніх випробувань. Потім ця дія значно посилюється в процесі перебування військовослужбовця в умовах бойового середовища. Після виходу із зони бойових дій, залежно від індивідуальної стресостійкості і можливої наявності ушкоджень і травм, відбувається трансформація психологічного стану військовослужбовця у бік його нормалізації або погіршення. У цьому випадку важливо отримати інформацію про виразність впливу певних чинників бойового середовища на здорових військовослужбовців, які можуть і повинні продовжувати свою професійну діяльність в різних умовах середовища.

Метою цього етапу дослідження є оцінка рівня дії різних чинників бойового середовища на організм здорових військовослужбовців, які продовжують свою професійну кар'єру після перебування в зоні АТО. Для впорядкування опису отриманих результатів, досліджені чинники умовно були розподілені на декілька груп, що відображають ті або інші сторони бойового середовища (рис. 13). Нами було виділено наступні групи чинників: “фізичні”, “інформаційні”, “антиципації” (передбачення) і “організаційні”. Необхідно відмітити, що респонденти оцінювали не самі чинники (їх фізичний вплив на організм людини), а психологічний ефект їх наявності, оскільки наслідком їх дії може бути травма або навіть загибель військовослужбовця. Природно, здорові військовослужбовці, спираючись на свій досвід, оцінювали потенційно можливий психологічний ефект дії кожного з чинників, який, звичайно, відрізняється від ефекту безпосереднього ушкодження

ВІД ЦЬОГО ЧИННИКА.

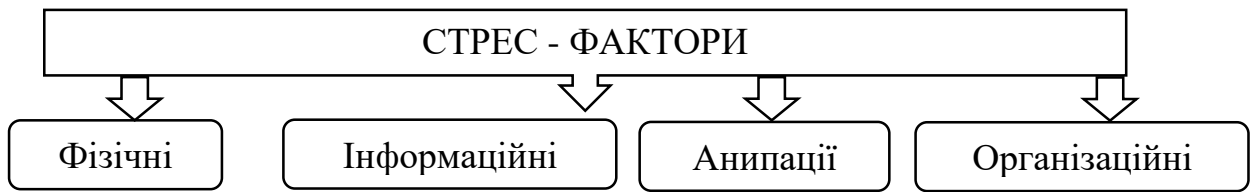


Рисунок 13. Структура стрес-чинників бойового середовища, що впливають на учасників антитерористичної операції на сході України.

Але інформація про враження від дії кожного з досліджених чинників у здорових людей є також цінною і може служити підґрунтям для розробки відповідних рекомендацій з профілактики розвитку несприятливих функціональних станів.

Поділ чинників на окремі групи був достатньо умовним. Для передбачення можливих наслідків впливу будь-яких подій в організмі людини є функція антиципації, яка дозволяє оцінити ймовірність появи цих ситуацій та спрогнозувати наслідки їх дії. До групи чинників “антиципації” можна віднести, зокрема, смерть бойового товариша, страх стати інвалідом після поранення тощо. Остання група “організаційних” чинників включає в свій склад чинники, які більшою мірою пов’язані з управлінськими рішеннями командира та наслідками власної некомпетентності. Всі перелічені чинники в основному охоплюють аспекти бойової діяльності військовослужбовців. (рис. 14).

Для полегшення сприйняття отриманої інформації одержані дані були впорядковані щодо зменшення психологічного ефекту від дії кожного з перерахованих чинників. Як видно з рисунку найбільш шкідливим вважається чинник “обстріл реактивною системою залпового вогню”, а найменш значущим - чинник “обстріл снайпера”. Мабуть, такі враження формуються за рахунок оцінки загальної площі ураження, оскільки реактивна система може одночасно завдати шкоди багатьом військовослужбовцям, а діяльність снайпера спрямована на індивідуальний ефект. Сприйняття дії групи “інформаційних” стрес-чинників оцінюється респондентами таким чином. По-перше, рівень впливу групи цих

чинників набагато нижчий, ніж такий для групи “фізичних” чинників ($p < 0,05$). По-друге, враження, що викликається постійним очікуванням можливого безпосереднього контакту з супротивником при виконанні завдань, є досить сильним і супроводжується негативним відчуттям тривоги (38%) без урахування обставин наступу або оборони. Дещо інше відчуття викликає факт безпосереднього зіткнення з піхотою супротивника при наступі – відчуття страху. Виразність цієї емоції при наступі досягає 37%, а в умовах оборони – близько 33%, що свідчить про наявність дещо більшого емоційного навантаження у військовослужбовців при наступі. Ця різниця є не такою значущою, можливо за рахунок того, що зараз відбувається фаза позиційних бойових дій, де імовірність наступу є не досить великою.

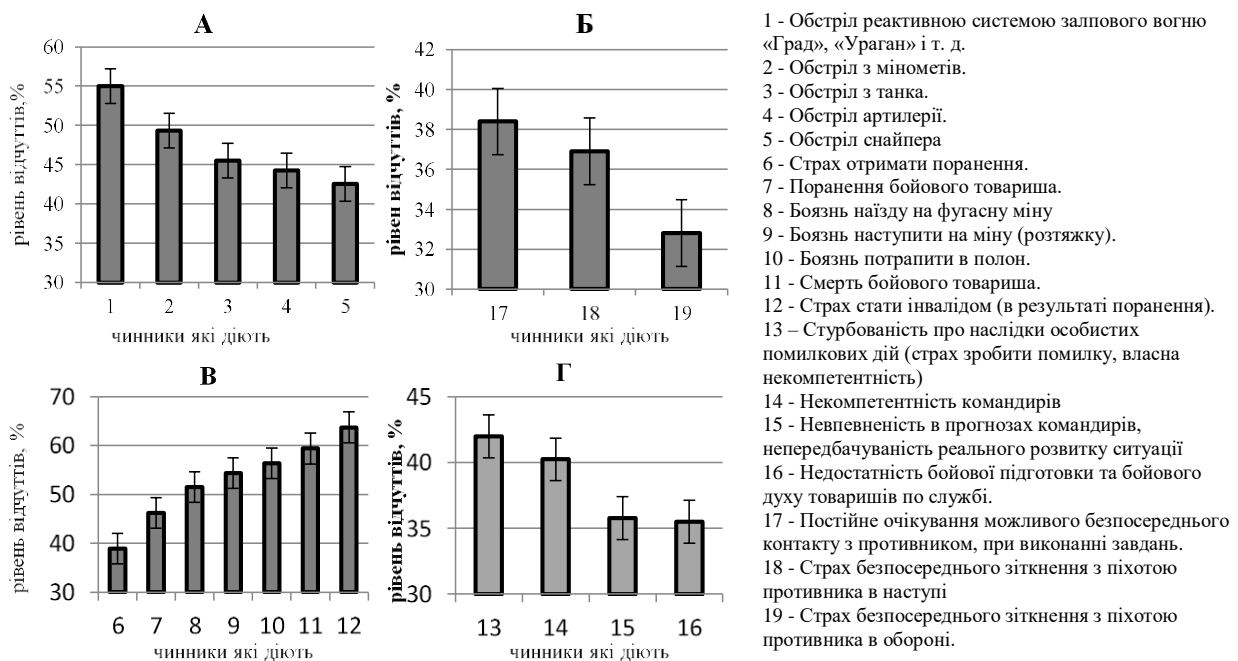


Рисунок 14. Вплив стрес-чинників бойового середовища на

військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій. А – “фізичні”; Б – “інформаційні”; В – “антиципації”; Г – “організаційні”.

Хоча вплив на психологічний стан дії групи “інформаційних” чинників і чинників передбачення досить близькі, кожна з перелічених груп має свою специфіку. Специфічними особливостями чинників “антиципації” є прогнозування

негативних наслідків їх дії в умовах бойового середовища. Ранжирувані за збільшенням відчутності їх впливу на організм військовослужбовця чинники “антиципації” представлені на рис. 3.8. В. Оскільки передбачувані наслідки можуть бути дуже відчутними для людини, рівень відчуття впливу більшості з досліджених чинників цієї групи перевищує такий для групи “фізичних” чинників. Ймовірно, вказаний результат проявляється за рахунок конкретизації виду наслідків від дії різноманітних чинників бойового середовища. Тому деякі з чинників “антиципації” мають більш потужний ефект, ніж найбільш виражений з групи “фізичних” чинників - чинник обстрілу системи реактивного залпового вогню “Град”. Це свідчить про те, що небезпека потрапити в полон, смерть бойового товариша і, особливо, страх стати інвалідом, викликаний передбаченням наслідків подібних подій, є найбільш суттєвими в житті військовослужбовців. Цікавим є факт перевищення страху за можливе поранення бойового товариша над страхом власного поранення.

Були отримані оцінки впливу різних організаційних чинників на розвиток стресу у військовослужбовців, учасників АТО. Тут необхідно підкреслити, що не всі організаційні чинники діють на розвиток стресу однаково. Частина з них має досить виражений стресогенний ефект. До них відносяться: стурбованість про наслідки особистих помилкових дій (страх зробити помилку, власна некомпетентність) і некомпетентність (на думку військовослужбовців) дій командирів.

Все ж вказані чинники за своєю дією на ФС військовослужбовців не можуть порівнятися з більшістю складових групи “антиципації” або “фізичних” чинників. В той же час, досить великі значення мають “організаційні” чинники, близькі за своїм змістом з попередніми обговореними чинниками групи “антиципації”. Так, “невпевненість в прогнозах командирів, непередбачуваність реального розвитку ситуації”, досить близькі за своїм змістом до чинника “некомпетентність командирів”, все ж уточнює позицію некомпетентності командирів з точки зору якості прогнозу майбутніх подій в умовах невизначеності. У меншій мірі військовослужбовців турбує недостатність бойової підготовки і бойового духу

товаришів по службі. Іншою стороною перебування в зоні АТО є умови організації забезпечення життєдіяльності військовослужбовців. Вони не є другорядними, так як забезпечують фізичний та психологічний комфорт людей, які опинилися в незвичних швидко мінливих обставинах (рис. 15).

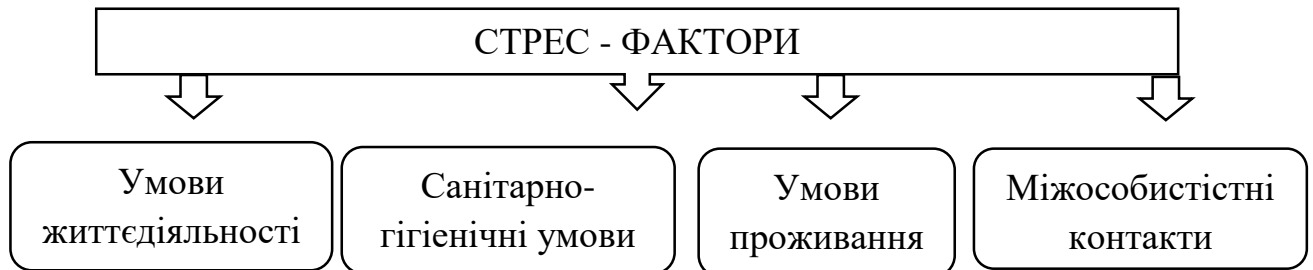


Рисунок 15. Групи чинників організації забезпечення життєдіяльності військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції.

Ці умови можна поділити на декілька груп: “умови проживання”, “умови життєдіяльності”, “санітарно-гігієнічні умови”, “комфортність міжособистісних контактів”. Звичайно, ці групи чинників виділені досить нечітко. Це пов’язано з їх взаємозалежністю та поєднаним впливом на функціональний стан людини.

Безперечним є той факт, що найрізноманітніші чинники організації забезпечення життєдіяльності істотно впливають на боєздатність і якість життя військовослужбовців - учасників бойових дій. Одночасна оцінка впливу на психоемоційний стан військовослужбовців цих груп чинників дасть змогу отримати більш повну картину умов їх перебування в зоні бойових дій.

Передусім, доцільно розглянути групу чинників “умов життєдіяльності” військовослужбовців (рис. 16).

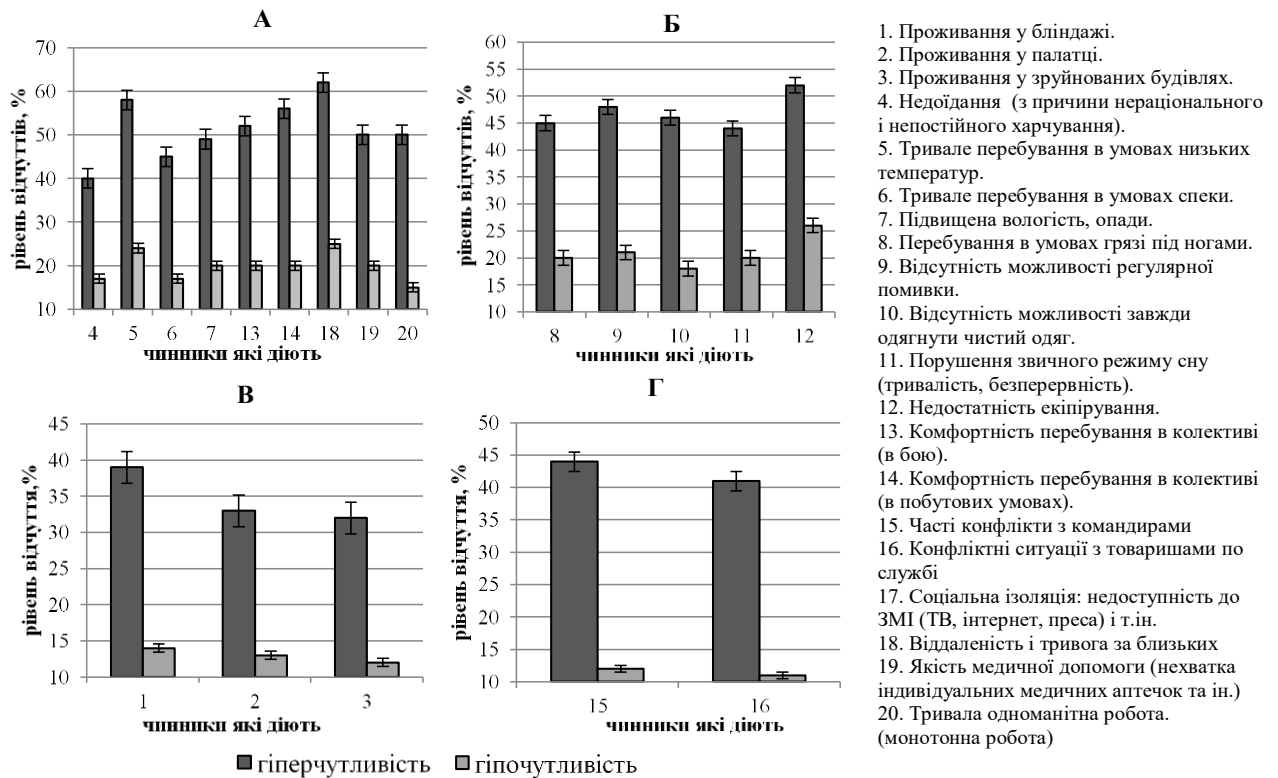


Рисунок 16. Структура стрес-факторів організації забезпечення життєдіяльності, що впливає на учасників антитерористичної операції на сході України. А – умови життєдіяльності; Б – санітарно-гігієнічні умови; В – умови проживання; Г – міжособистісні контакти.

Тут доречно підкреслити, що відповіді респондентів на поставлені питання про умови життєдіяльності виявилися істотно неоднорідними. Цей факт, мабуть, пов'язаний з декількома причинами. По-перше, особистісні якості військовослужбовців не можуть бути однорідними, тому, що існує різна чутливість людей до дії "звичних" чинників оточуючого середовища. Тобто, що одній людині здається прийнятним, для іншої виявляється зовсім нестерпним.

Треба відмітити принципово більшу однорідність вражень військовослужбовців до дії нових і незвичних чинників бойового середовища та неоднорідність вражень цих людей до чинників організації забезпечення життєдіяльності. По-друге, життєвий досвід і досвід подолання труднощів у різних військовослужбовців істотно відрізняється - вони по-різному можуть переносити

важкі умови бойових дій і тому мають різну чутливість до дії обговорюваних тут чинників.

Для виявлення закономірностей впливу на військовослужбовцях чинників організації забезпечення життєдіяльності і виділення однорідних груп військовослужбовців, на яких ці чинники діють приблизно однаково за допомогою кластерного аналізу були виділені дві групи осіб (група “В” - “гіперчутливі” особи до дії чинників зовнішнього середовища та група “Н” - “гіпочутливі” до них).

Оскільки рівні показників обох груп змінювалися не скоординовано, тут, як в попередньому випадку, не можна було здійснити ранжирування показників за зростанням або убуттям рівня відчуття дії окремих чинників.

Аналіз отриманих результатів показав, що найбільш суттєвий вплив на військовослужбовців групи чинив “умови життєдіяльності” має чинник “віддаленість і тривога за близьких. Такий інтенсивний вплив цього чинника на осіб з групи “В”, мабуть, пов’язаний з тим, що ці військовослужбовці уперше опинилися в умовах, коли безпосередній щоденний контакт з близькими неможливий або дуже ускладнений. Тому вказаний психологічний чинник виявився домінуючим. З іншої сторони представники групи “Н” мають достовірно нижчий вплив обговорюваного чинника. На нашу думку, такий ефект пов’язаний з більшим досвідом досліджуваних перебування в таких складних умовах та їх меншою чутливістю до дії цього чинника.

Інше пояснення існування виявленого феномену може бути наступне. Оскільки в популяції людей існують особи з різним ступенем навіювання [8], можна припустити, що “гіпер-” чи “гіпочутливість” військовослужбовців до впливу чинників “організації забезпечення життєдіяльності” пов’язана з цією характеристикою особистості.

Другим за значимістю впливу на військовослужбовців виявився чинник “тривалість перебування в умовах низьких температур”. Цей чинник має високі значення як в групі “В”, так і в групі “Н”, хоча на групу “В” він чинить набагато більший вплив. Причиною значної дії цього чинника є не лише польові умови життя, але і забезпечення військовослужбовців відповідним одягом, взуттям,

умовами обігріву та ін.

Ще два чинники, рівень яких перевищує 50%, пов'язані з комфортністю побутових і бойових умов життєдіяльності. Їх виразність пов'язана з рівнем комфортності перебування в них. Тут доречно підкреслити, що під час перебування в умовах бойових дій в колективі формується "бойове братерство", що є сприятливим середовищем для розвитку міжособистісних стосунків. Поранення бойового товариша сприймається його товаришами по службі набагато сильніше, ніж вірогідне власне поранення. Проте, все ж, відсутність навичок жити і взаємодіяти в колективі за наявності різноманітних випробувань викликає у людей істотну напругу і дискомфорт, який навіть дещо вищий у чутливих людей в умовах бою, чим в звичайних умовах служби.

Наступним за рівнем дії на військовослужбовців являється чинник "якість медичної допомоги". Для умов військових дій цей чинник має вирішальне значення у разі поранення або хвороби військовослужбовця або його товариша, які можуть статися у будь-який час. Звичайно, він більше значущий для "гіперчутливих" військовослужбовців, але і для осіб "гіпочутливих" він має важливе значення.

Таким же значущим є чинник "монотонності діяльності". Цей чинник відіграє велику роль під час бойового чергування, яке пов'язане з наявністю однорідних дій із спостереження за супротивником. Виявляється, навіть в умовах бойових дій чинник монотонії продовжує діяти. Це, мабуть, пов'язано з наявністю досить великих проміжків часу, коли бійці здійснюють спостереження за супротивником або ж просто очікують вказівок командирів, без проведення яких-небудь активних дій. У таких ситуаціях у багатьох людей швидко розвивається стан монотонії, що схожий за своїми симптомами із стомленням і, характеризується зниженням рівня пильнування, зменшенням готовності до екстрених дій, сонливістю, апатією та ін. Розвиток таких симптомів може свідчити про значне зниження боєздатності військовослужбовця. Цікавим є факт наявності великої групи людей (група "Н"), на яких монотонія не чинить такого істотного впливу. У цієї групи дія однорідних умов діяльності викликає приблизно в 10 разів меншу реакцію незадоволення ситуацією, що створилася. Звичайно, у частини

представників цієї групи стан монотонії не розвивається унаслідок відсутності однорідної роботи. Але інша частина просто стійка до розвитку стану монотонії. Тому вирішальним заходом за наявності таких однорідних навантажень при виконанні службових обов'язків є професійний відбір – виділення осіб схильних і стійких до розвитку монотонії. Використання осіб, стійких до розвитку монотонії для виконання однорідних робіт є адекватним, а доручення таких робіт людям, схильним до розвитку монотонії, відгукнеться підвищенням вірогідності появи непередбачених ситуацій.

На організм людини, яка знаходиться в умовах АТО, значно впливає чинник “підвищеної вологості і наявності атмосферних опадів”. Наявність такого чинника обумовлена польовими умовами перебування в зоні АТО (бліндажі, намети). Звичайно, в цьому випадку інтенсивність дії цього чинника посилюється, особливо, на “гіперчутливих” людей (група “В”), викликаючи у них не лише неприємні відчуття, але і простудні захворювання, загострення хронічних хвороб. Представники групи “Н”, при цьому відмічають невисоку виразність дії обговорюваного чинника. Таке відношення до його дії, імовірно, викликане більш комфортними умовами перебування в АТО.

Найменшу значущість має чинник “недоїдання”. Тут необхідно підкреслити, що у міру впорядкування діяльності служби забезпечення збройних сил і активної участі волонтерів у вирішенні цієї проблеми, недоїдання поступово перестає бути значущим чинником в життєдіяльності військовослужбовців. Проте, навіть в цьому випадку виразність дії цього чинника на представників групи “В” досягає 40%. З іншого боку, існує група осіб, дія чинника “недоїдання” на яких мінімальна. Ми далекі від думки, що є група осіб, для яких режим харчування і кількість їжі є несуттєвими. Мабуть, в групу “Н” потрапили люди для яких проблема недоїдання, як правило, не існує.

Інша група чинників, пов'язана з медико-санітарним благополуччям військовослужбовців, які перебувають в зоні АТО. Дія різних проаналізованих чинників “санітарно-гігієнічних умов перебування в АТО” знаходиться на приблизно одному і тому ж рівні. Причому для представників групи “В” відчуття

шкідливого впливу чинників коливається в інтервалі 43-52%, а для представників групи “Н” - 20-26%. Таким чином, спостерігається істотна відмінність відчуття дії санітарно-гігієнічних характеристик середовища ($p < 0,05$). Такий стан справ можна пояснити не лише відсутністю санітарно-гігієнічних проблем у частини військовослужбовців, які перебувають в зоні АТО. Оскільки класифікація цих груп здійснювалася за усіма дослідженими показниками, можна зробити висновок, що об’єктивно існує така група військовослужбовців, для яких мотивація до захисту вітчизни настільки велика, що усі інші чинники для них є менш значущими. Тому вони почувають себе комфортніше не лише за наявності несприятливих санітарно-гігієнічних умов мешкання, але і при несприятливій дії, наприклад, чинників “умови життєдіяльності”.

Ще одна група чинників об’єднана під назвою “умови побуту”. Тут оцінюються умови проживання військовослужбовців в зоні АТО: у бліндажах, наметах або зруйнованих будинках. При обговоренні дії цієї групи чинників можна констатувати, що діапазон їх впливу різний для різних груп військовослужбовців: 30-40% для представників групи “В” і 12-15% для представників групи “Н”. Аналіз представлених даних показав, що як для однієї, так і для іншої групи існує певна тотожна закономірність виразності дії на організм людини умов проживання. Найменш сприятливими вважаються умови проживання у бліндажі, а сприятливішими - проживання в зруйнованих будівлях. Проміжне положення займають умови проживання в наметах. Проте, за наявності виділеної тенденції внутрішньогрупова достовірна відмінність вражень від умов проживання у вказаних місцях не спостерігається як у представників групи “В”, так і у представників групи “Н”. В той же час міжгрупова відмінність, як і в попередніх описаних випадках, є істотною ($p < 0,05$), що додатково свідчить про наявність сильнішої мотивації військовослужбовців групи “Н”, що маскує дію інших чинників.

Досить низький пріоритет у ряді діючих чинників має група чинників, що характеризують вплив міжособистісних стосунків. Різниця у відчуттях дії вказаних чинників в обох групах є незначною. Для групи “В” діапазон вражень коливається

від 40 до 43%, а для групи “Н” від 11 до 12%. Міжгрупова відмінність даних показників тут, природно, існує, як і в попередніх розглянутих випадках.

Узагальнюючи отримані дані можна відмітити, що спостерігається суттєво різна виразність відчуттів щодо впливу на військовослужбовців різноманітних чинників їх професійної діяльності. Проте, якщо відчуття від дії групи чинників бойового середовища є порівняно однорідними у осіб досліджуваної групи, то відчуття групи чинників організації забезпечення життєдіяльності є суттєво неоднаковими: виділені групи з гіперактивними та гіпоактивними реакціями на дію цих чинників. Причиною виникнення такої ситуації ймовірно є те, що група чинників бойового середовища є незвичною для всіх військовослужбовців, а на відчуття до дії групи факторів організації забезпечення життєдіяльності суттєвий вплив має досвід військовослужбовця перебувати в різних умовах, його індивідуальна чутливість до дії цих чинників тощо.

Серед чинників групи бойового середовища найбільший вплив на формування негативних відчуттів має група чинників “антиципації” та не набагато менш виражений вплив – група “фізичних” чинників. Аналіз такого ефекту нашою думкою, що опосередкований вплив на психіку військовослужбовців, викликаний передбаченням результатів ймовірних подій, діє не менш, а в деяких випадках, і більш інтенсивно ніж безпосередня дія “фізичних” чинників. Це свідчить про те, що психічна складова дії на організм чинників середовища, особливо, пов’язана з передбаченням ймовірних наслідків, викликає більше психоемоційне напруження, ніж “організаційні” та “інформаційні” чинники, які віддзеркалюють оцінку певних аспектів бойового середовища, у осіб які приймали участь в антитерористичних операціях.

Група чинників “організації забезпечення життєдіяльності” є дуже неоднорідною за результатом дії окремих груп чинників. Ця неоднорідність посилюється ще й тим, що кожна з підгруп цієї групи характеризується наявністю двох категорій осіб, які “гіперчутливі” чи “гіпочутливі” до впливу організації умов життєдіяльності. Відчуття відмічених категорій осіб не корелюють між собою, що може говорити про різні механізми формування вражень у цих

військовослужбовців. Причини таких відмінностей ще не зовсім з'ясовані і потребують подальшого аналізу отриманих даних. Але деякі практичні висновки можна зробити вже зараз.

Тут особливо виділяється підгрупа, що віддзеркалює “умови життєдіяльності”. По-перше, надвисокий вплив на емоційний статус військовослужбовців має чинник “віддаленість і тривога за близьких”, що проявляється як в підгрупі “гіперчутливих”, так і, хоча на зовсім іншому рівні, в підгрупі “гіпочутливих”. Для запобігання підвищення впливу цього чинника потрібно провести ряд заходів, серед яких найважливішими є: попередня (перед відправкою в зону АТО) психологічна підготовка військовослужбовців до майбутньої ймовірної дії цього чинника, проведення роботи соціально-психологічною службою ЗС України з близькими родичами військовослужбовців, чітке забезпечення соціальної та фінансової підтримки сім'ї військовослужбовця, надання короткочасних відпусток та можливостей для мобільного спілкування з родичами для зниження психоемоційного напруження військовослужбовців тощо. По-друге, великий вплив “тривалого перебування в умовах низьких температур” занепокоює тим, що тут значиму роль може відігравати неадекватний до цих умов одяг військовослужбовця. Оскільки оцінка “тривалого перебування в умовах спеки” набагато нижча та наближається до 45%, в першу чергу потрібно звернути увагу на якість і відповідність форми одягу та умови перебування військовослужбовців в зоні АТО.

Великих значень набувають негативні відчуття, які оцінюються показником “комфортність перебування в колективі (в побутових умовах)”. Ці оцінки навіть дещо вищі, ніж оцінки “комфортність перебування в колективі (в бою)”. Такий стан справ, мабуть, викликаний незадовільними побутовими умовами та відсутністю виховних заходів щодо зміцнення колективу з боку командного складу частини. З іншої сторони, незлагодженість колективу в бою, викликана недостатністю відповідних тренувань, теж значно впливає на психоемоційний стан військовослужбовців. Цей висновок, в основному, стосується “гіперчутливих” військовослужбовців.

Досить суттєві негативні відчуття (біля 50%) викликали “тривала одноманітна робота” та “якість медичної допомоги (недостача індивідуальних медичних аптечок)”. Що стосується другого пункту, то тут важливим є не доопрацювання з боку служби медичного постачання.

На групу чинників “соціально-гігієнічні умови” теж можливо впливати відповідними заходами. І це, в основному, організаційні заходи та контроль за їх виконанням. Звісно ці функції належать до функцій організації медичного забезпечення та командира частини. А щодо питань міжособистісних стосунків, то першочергову роль тут повинен відігравати командир, капелан, психолог, лікар. Для надання адекватної психологічної допомоги в цих випадках слід проводити відповідні тренінги з зацікавленими посадовими особами, а також задіяти соціально-психологічну службу для проведення відповідної роботи з родичами військовослужбовця.

Аналізуючи отримані дані, слід констатувати, що постійна робота з виявлення та усунення проблем військовослужбовців, пов'язаних з їх перебуванням в зоні бойових дій, потребують перманентного детального дослідження та негайного застосування організаційних, медичних та інших заходів, що дозволять значно підвищити індивідуальну боєздатність військовослужбовців та Збройних Сил України.

Література

1. Дорошевич В. И. Эколого-гигиенические особенности пребывания военнослужащих в объектах вооружения и военной техники / В.И. Дорошевич, Д.И. Ширко, К.В. Мощик // Экология и защита окружающей среды : сб. тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., 19-20 марта 2014 г. – Минск, 2014. – С. 225 – 229.
2. Валинкурова И.Р. Медико-психологическая характеристика участников локальных войн / И.Р. Валинкурова // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85, № 4. – С. 304.

3. Psychological and Physiological Selection of Military Special Operations Forces Personnel AC/323(HFM-171)TP/463 NATO technical report. –STO/NATO, 2012. –66 p.
4. Церковский А.Л. Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости / А.Л. Церковский // Вестник ВГМУ. – 2011. – Т. 10, № 1. – С. 6-19.
5. Field Manual No. 6-22.5. Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers. – Washington DC: Department of the Army Headquarters, 2009. – 100 p.
6. Solomon Z. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study / Z. Solomon, R. Shklar, M. Mikulincer // The American Journal of Psychiatry. 2005. – Vol.162, No12. – P. 2309–2314.
7. Электрофизиологические проблемы оценки роли эмоционального стресса в адаптации в зависимости от внушаемости / В.И. Николаев, Е.Ю. Горнушкина, Е.Л. Прогер [и др.] // Индивидуальные особенности развития эмоционального стресса. – 2012. – Т. 42, № 1. – С. 140-143

2.2. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНИХ ВАРІАНТІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В БОЙОВИХ ДІЯХ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Марута Н.О., Кожина Г.М., Заворотний В.І.

Дослідження посттравматичних стресових розладів (ПТСР) в даний час не втрачає своєї актуальності, це пов'язано з тим, що кількість воїн, катастроф, різного роду стихійних лих, що відбуваються в світі не зменшується, а наслідки впливу травматичного стресу на психіку людини залишаються до сих пір не до кінця вивченими [2, 6, 9, 16, 21, 23, 24].

Незважаючи на значну кількість досліджень, які присвячені психологічним та психіатричним наслідкам військового конфлікту на Сході України, проблеми розвитку ПТСР у військовослужбовців з урахуванням специфіки «бойового стресу» та інших чинників, які діють в військових умовах, не зазнали комплексного, системного вивчення [3, 7, 10, 11, 18].

Відсутність систематизованих досліджень в цій області ставить багато клінічних питань, невивченість яких значно ускладнює вирішення діагностичних і терапевтичних проблем при даній патології хворих і створює передумови для численних діагностичних помилок і невідповідностей, які перешкоджають проведенню адекватної, своєчасно розпочатої, диференційованої терапії та реабілітації [4, 8, 12, 17, 27].

Вищевикладене і визначило мету даного дослідження – визначення клініко-психопатологічних характеристик основних варіантів ПТСР з урахуванням специфіки «бойового досвіду» військовослужбовців з цією психічною патологією.

Для вирішення поставлених завдань в роботі був використаний комплекс клініко-психопатологічних, психометричних, психодіагностичних і математико-статистичних методів дослідження.

1. Клініко-психопатологічний метод [14, 19, 26].
2. Психометричний метод.

- 2.1 Шкала клінічної діагностики ПТСР (Clinical administered PTSD Scale-CAPS) [25].
- 2.2 Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) [28].
- 2.3 Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [5].
- 2.4 Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) [5].
- 2.5 Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) [25].
- 2.6 Шкала оцінки тяжкості бойового досвіду (Т. Кіна) [15].
- 2.7 Опитувальник травматичного стресу (ОТС) (І.О. Котенєв) [13].
3. Психодіагностичний метод.
 - 3.1 Характерологічний опитувальник К. Леонгарда-Шмішека [20].
 - 3.2 Шкала оцінки інтегрованого показника якості життя (Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon) [28].
 - 3.3 Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Вассермана (у модифікації В.В. Бойко) [15].
 - 3.4 Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса, Р. Даймонда) [22].
 - 3.5 Методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (адаптований варіант методики Н.С. Ендлера, Д.А. Паркера «Coping Inventory for Stressful Situations») [5].
4. Методи статистичної оцінки отриманих даних [1].

Статистична обробка результатів дослідження проводилася на персональному комп'ютері Pentium PC з використанням програм «Statistica for Windows». З метою статистичної обробки та аналізу результатів клініко-психопатологічних, психометричних, психодіагностичних досліджень в роботі обчислювалися: середня величина (M), похибка середньої величини (m), середнє квадратичне відхилення (σ); показник відмінності (p). Оцінка відмінності відносних величин (t) проводилася з використанням таблиці Стьюдента-Фішера.

У процесі виконання дослідження були обстежені 157 військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в бойових діях на сході України, з різними варіантами ПТСР (51 військовослужбовець з дисфоричним варіантом, 41 військовослужбовець з тривожним варіантом, 37 з астеничним варіантом і 28 з іпохондричним варіантом ПТСР), які склали основну групу обстежених.

В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 117 психічно здорових на момент проведення дослідження військовослужбовців ЗСУ, які також брали участь в бойових діях на Сході України.

З метою розробки системи діагностичних критеріїв ПТСР у військовослужбовців, які зазнали впливу бойових стресорів, в нашій роботі детально вивчені клініко-психопатологічні особливості різних варіантів ПТСР і їх перебігу.

У процесі вивчення клінічних варіантів ПТСР, були обстежені 157 військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в бойових діях (основна група обстежених). В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 117 психічно здорових військовослужбовців ЗСУ, також брали участь в бойових діях на Сході України.

В основу діагностики ПТСР і виділення клінічних варіантів у військовослужбовців були покладені клінічні діагностичні критерії ПТСР (згідно МКБ-10). Вивчення основних психопатологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців основної групи дозволило виділити наступні основні клінічні варіанти ПТСР у цього контингенту хворих:

- дисфоричний варіант ПТСР (ДВ) у 51 (32,5 %) військовослужбовця;
- тривожний варіант ПТСР (ТВ) у 41 (26,1 %) військовослужбовця;
- астеничний варіант ПТСР (АВ) у 37 (23,6 %) військовослужбовців;
- іпохондричний варіант ПТСР (ІВ) у 28 (17,8 %) військовослужбовців (рис. 17).

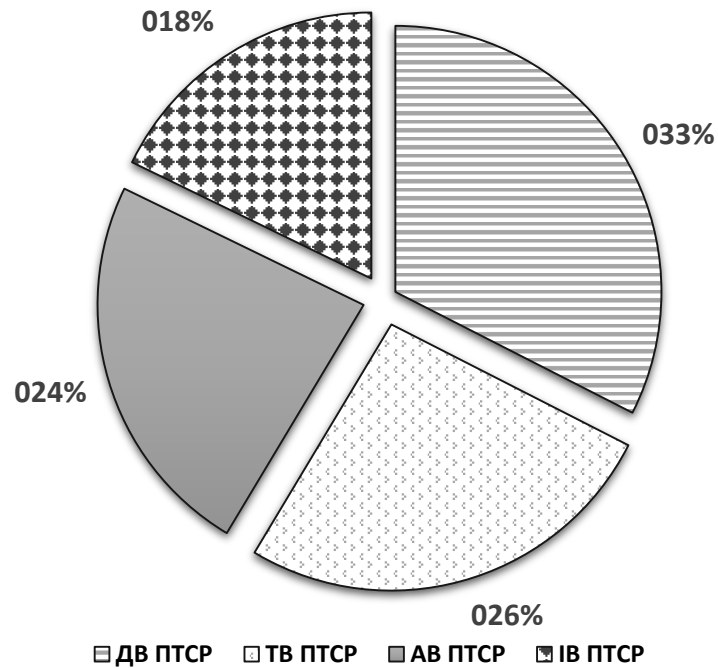


Рисунок 17. Співвідношення різних клінічних варіантів ПТСР у основній групі

Згідно з результатами дослідження психопатологічних особливостей бойових ПТСР, представленими на рис. 1, в клінічній картині ПТСР пацієнтів основної групи домінує ДВ ПТСР (в 32,5 % випадків).

Хворі з цим варіантом ПТСР були постійно незадоволені, похмурі, ворожі по відношенню до оточуючих. Вони легко проявляли експлозивно-агресивні спалахи з незначного приводу, вимагали до себе особливої уваги. Нічний сон в них був короткочасним (до 4-х годин), але глибоким. Ці пацієнти скаржилися на нічні кошмари, зміст яких розкривали рідко, повідомляючи лише про те, що снилася війна і смерть. Під час бесід з лікарем відзначалися опозиційна налаштованість, відсутність дистанції і такту, ігнорування субординації. До пацієнтів, які не воювали ці пацієнти ставилися зверхньо і зневажливо, часто звинувачували офіцерів частин в бойових невдачах. Мислення характеризувалося емоційною (часто афективною) забарвленістю. Судження були категоричними і безапеляційними. Темний час доби, у цього контингенту хворих, викликав почуття настороженості і надплинності, загострювалися слухові і зорові сприйняття, що було причиною підвищеної дратівливості. «Флешбек» - ефекти у них відзначалися

3-4 рази на добу, після чого вони ставали замкнутими, дратівливими і конфліктними.

Умови мирного життя, які різко відрізнялися від умов служби, викликали виражений емоційний дискомфорт у вигляді озлобленості, зниженої реадaptивності до умов мирного життя, бажання повернутися в свої військові частини. У той же час, пацієнти з цим варіантом ПТСР визнавали, що і там вже не зможуть перебувати, оскільки «все дратує» і викликає «обурення».

На другому місці по частоті у обстежених, реєструвався ТВ ПТСР (в 26,1 % випадків). Фабула хворобливих переживань пацієнтів з цим варіантом ПТСР відображала травматичні події бойових дій (загибель або тяжкі поранення товаришів по службі і друзів, вибухи поряд падаючих мін і снарядів і т.д.), що відбуваються під час раптових нічних артилерійських і мінометних обстрілів, дозорів, спецоперацій і нападу розвідувально-диверсійних груп противника. Найбільш вираженими симптомами цього варіанту ПТСР були постійне невмотивоване тривожне очікування небезпеки, внутрішній дискомфорт, безсоння через страх бути вбитим або взятим у полон, кошмарні сновидіння під час короткочасного досвітнього сну, труднощі з концентрацією уваги і підвищений старт-рефлекс.

Протягом світлового дня пацієнти з ТВ ПТСР виглядали метушливими, багатомовними, намагалися жартувати, розповідати анекдоти або смішні випадки з бойового життя. При зверненнях відгукувалися здриганням, навіть якщо звернення було адресоване не до них. З настанням темного часу доби вони ставали тривожно-напруженими, денна багатомовність змінювалася мовчазністю з рідкісними короткими відповідями на питання. Посилювався старт-рефлекс на незначні акустичні подразники.

Порушення сну в цій групі характеризувалися труднощами засинання і вираженою агрипнічною поведінкою - пацієнти часто палили цигарки, блукали по коридору, пропозиції лягти спати викликали реакцію дратівливої слабкості, трансформувалися в опозиційний настрій до чергового медичного персоналу. Після короткочасного сну хворі часто скаржилися на нічні кошмари, сюжет яких

парціально амнезувався. Відтворювалися тільки окремі картини мертвих тіл товаришів по службі, або вибухів мін і снарядів поруч з хворим, або картини свого руху по стежці з розтяжками. Після пробудження такі пацієнти протягом 1-2 годин виглядали розгубленими і навіть байдужими, не вставали з ліжка, зволікали з ранковими гігієнічними заходами, спізнювалися на прийом сніданку і ранкові процедури. «Флешбек» - ефекти (деякі хворі називали їх «блискавками») відзначалися 1-2 рази на добу, раптово, частіше без зовнішньої провокації, рідше провокуючими моментами були розповіді про кошмарні сновидіння, тих, хто недавно потрапив до шпиталю, виття сирен автомобілів швидкої допомоги і т.д.

У цієї групи пацієнтів відзначалися прискорене сечовипускання, знижений або підвищений апетит, прагнення до вживання психостимулюючих (кава, міцний чай, енергетичні напої) і алкогольних напоїв, уникнення перегляду телепрограм з новинами.

Третім за частотою, в основній групі пацієнтів, реєструвався АВ ПТСР (в 23,6 % випадків). Пацієнти з даними клінічним варіантом виглядали млявими, пасивними, повільними і роздратованими. Відзначалася виражена психофізична виснаженість і емоційна лабільність. Вони часто скаржилися на загальну слабкість, головний біль. Про пережиті травматичні події розповідали без бажання, з паузами. Розповіді страшні за змістом, не мали адекватного-емоційного забарвлення. Симптоми вторгнення були інертними, з тривалим літичним фіналом кожного епізоду «флешбеків». Уникнення носило «млявий» характер і супроводжувалося реакцією дратівливої слабкості. Вечірньої пори до астенії приєднувалися тривога і страхи, які не мають чіткого взаємозв'язку з первинною психотравмою. Протягом ночі хворі спали, проте вранці пред'являли скарги на тотальне безсоння і посилення загальної слабкості. Психогенна амнезія травмуючої події у хворих цієї групи була менш виражена, ніж при інших клінічних варіантах ПТСР. У мирних умовах хворі не відчували почуття безпеки, при цьому формально розуміли, що загрози життю і здоров'ю немає.

Частина військовослужбовців з ІВ ПТСР становила 17,8 % від числа пацієнтів основної групи. Основні хворобливі переживання у них проектувалися на

діяльність серцево-судинної, сечостатевої та шлунково-кишкової систем організму. У клінічній картині цього варіанту ПТСР відзначалися численні скарги на соматичне нездужання і неблагополуччя. Погіршення стану свого здоров'я пацієнти з цієї групи пов'язували зі службою в ЗСУ. Феномен «флешбеку» зустрічався вкрай рідко, а поведінка уникнення зазначалася досить часто. В емоційній сфері переважала гіпотимія. В ідеаторній сфері відзначалася виражена іпохондрична фіксація на соматичних відчуттях, що поєднувалась з пароксизмальними вегетативними розладами і тривогою. Симптоми гіперзбудження були менш характерними для цього варіанту ПТСР.

З метою поглибленого вивчення всього спектру психопатологічної симптоматики різних варіантів ПТСР серед пацієнтів основної групи, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, використовувався опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R. (табл. 26)

Отримані результати, свідчать про те, що при ДВ клінічні прояви ПТСР характеризуються наявністю ворожості, паранояльних симптомів, депресії, тривожності та інших. При порівнянні з іншими варіантами у цих пацієнтів достовірно переважали:

- ворожість (у 88,2 % випадків, при $p < 0,01$), що виявляється в поведінці і емоційних реакціях пацієнтів вираженою злістю, агресивністю, дратівливістю, напруженістю, гнівом, обуренням і т.ін.;

- паранояльні симптоми (у 23,5 % випадків, при $p < 0,05$), що відображають психопатологічні ознаки параноїдної поведінки (ворожість, підозрілість, страх втрати незалежності, надцінні ілюзорні ідеї «зради», «продажності» і т.ін.).

У пацієнтів цієї групи виявлено середньо-високий рівень психічного дистресу GSI ($2,8 \pm 0,6$ бала, при $p < 0,01$).

Вираженість психопатологічної симптоматики при різних варіантах ПТСР (за даними шкали SCL-90-R)

Психопатологічні розлади	Частота (%±m)				
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	Контрольна група
Соматизація (SOM)	11,8±1,3	29,3±2,8	21,6±2,5	64,3±7,2**	6,8±1,2
Обсесивно-компульсивні розлади (О-С)	9,8±1,2	12,2±1,4	8,1±1,4	10,7±2,0	1,7±0,3
Міжособистісна сензитивність (INT)	7,8±1,1	31,7±3,2	24,3±2,6	53,6±5,3*	8,5±1,5
Депресія (DEP)	19,6±1,8	26,8±2,5	56,7±5,8*	32,1±3,3	4,3±0,8
Тривожність (ANX)	13,7±1,4	75,6±7,7**	27,0±2,8	21,4±2,7	7,7±1,4
Ворожість (HOS)	88,2±9,7**	9,8±1,3	18,9±2,3	10,7±2,0	10,3±1,8
Фобічна тривожність (PHOB)	5,9±1,0	21,9±2,1**	5,4±1,2	7,1±1,9	2,6±0,5
Паранойяльні симптоми (PAR)	23,5±2,2*	4,9±1,0	10,8±1,7	3,6±1,4	-
Психотизм (PSY).	-	-	2,7±0,8	-	-
Індекс GSI (високий)	2,8±0,6	2,4±0,7	1,7±0,4	2,5±0,4	0,6±0,3**

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

При ТВ у клінічних проявах ПТСР переважаючими були тривожність, міжособистісна сензитивність, соматизація та депресія. Достовірно частіше, ніж при інших варіантах реєструвалися:

- тривожність (у 75,6 % випадків, при $p < 0,01$), що виявляється в поведінці, емоційних реакціях вираженою невмотивованою тривогою, нервозністю, відчуттям внутрішньої напруги, нападами паніки, почуттям небезпеки, невмотивованими побоюваннями і страхами, сомато-вегетативними корелятами тривожності і т.ін.;

- фобічна тривожність (у 21,9 % випадків, при $p < 0,01$), у вигляді невиражених психопатологічних ознак фобічного розладу (іраціональний і неадекватний страх певних людей, місць, об'єктів або ситуацій, пов'язаних з травматичними подіями бойових умов служби, поведінка уникнення і т.ін.).

У пацієнтів з ТВ ПТСР рівень психічного дистресу GSI також був середньо-високим ($2,4 \pm 0,7$ бали, при $p < 0,01$).

При АВ в клінічних проявах ПТСР домінували депресивні розлади, тривожність, міжособистісна сензитивність і соматизація.

При цьому, достовірно частіше при АВ ПТСР зустрічалися депресивні розлади (в 56,7 % випадків, при $p < 0,05$), які проявляються в поведінці, емоційних і когнітивних реакціях ознаками зниженого настрою, відсутністю інтересу до життя, низькою мотивацією, втратою життєвої енергії, почуттям безнадії і соматичних корелятивів депресії і т.ін.

У пацієнтів цієї групи виявлено середній рівень психічного дистресу GSI ($1,7 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,01$).

При ІВ в клінічних проявах ПТСР переважали соматизація, міжособистісна сензитивність, депресивні розлади і тривожність.

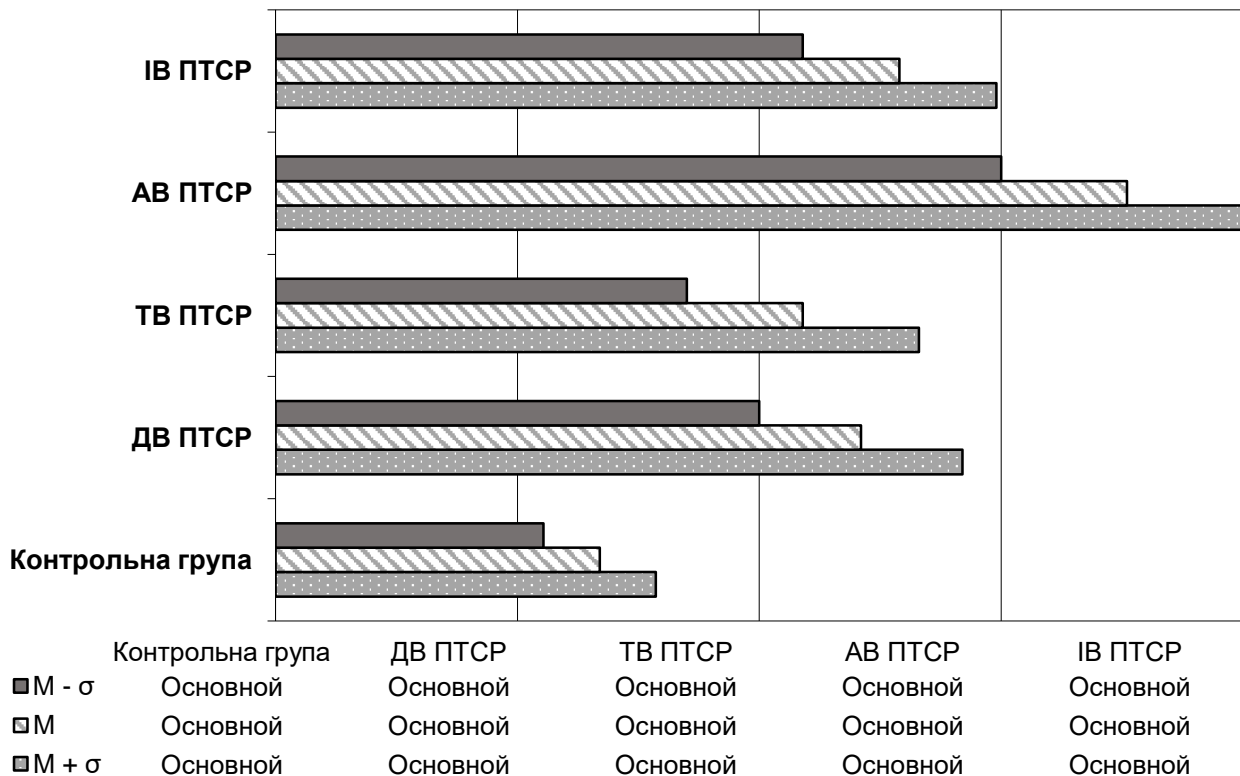
Достовірно частіше при ІВ ПТСР зустрічалися:

- соматизація (у 64,3 % випадків, при $p < 0,01$), що виявляється психопатологічними порушеннями, які характеризують дистрес, що виник з відчуття тілесної дисфункції (скарги, фіксовані на кардіо-васкулярній, гастро-інтестинальній і інших системах організму; соматичні еквіваленти тривоги);

- міжособистісна сензитивність (у 53,6 % випадків, при $p < 0,05$), що виявляється в поведінці і емоційних реакціях пацієнтів з ознаками особистісної неадекватності, неповноцінності і занепокоєння, дискомфорту в процесі міжособистісної взаємодії, загостреного почуття усвідомлення власного «Я» і негативних очікувань від міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

У пацієнтів з ІВ ПТСР виявлено середньо-високий рівень психічного дистресу GSI ($2,5 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,01$).

Оцінка тяжкості депресії у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР та контрольної групи була проведена за допомогою шкали HDRS (рис. 18).



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рисунок 18. Вираженість депресії у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР

Згідно з результатами, представленими на рис. 17, в контрольній групі вираженість депресивних розладів при ПТСР склала - $6,7 \pm 1,16$ бали (при $p < 0,01$),

у порівнянні з основною групою, де значення цього показника становило $13,37 \pm 2,4$ бали.

У групі з ДВ ПТСР вираженість депресивних розладів дорівнювала $12,1 \pm 2,1$ бали (при $p < 0,01$, у порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону легкого депресивного розладу

У групі з ТВ ПТСР вираженість депресивних розладів дорівнювала $10,9 \pm 2,4$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що також відповідає діапазону легкого депресивного розладу. У групі з АВ ПТСР вираженість депресивних розладів склала $17,6 \pm 2,6$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з пацієнтами з ДВ ПТСР, ТВ ПТСР і ІВ ПТСР), що відповідає діапазону депресивного розладу середньої вираженості. У групі з ІВ ПТСР вираженість депресивних розладів склала $12,9 \pm 2,0$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону легкої вираженості депресивного розладу.

Отже, найбільша інтенсивність (середньої вираженості) депресивних проявів виявлена при АВ ПТСР; при ДВ, ТВ і ІВ реєструвалися легкі депресивні розлади. Оцінка вираженості окремих компонентів депресивної симптоматики у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР була також проведена за допомогою шкали HDRS. (табл. 27)

Згідно з результатами, представленими в таблиці 27, у пацієнтів з ДВ ПТСР основної депресивної симптоматики (оцінка симптому відмінна від «1») є депресивний настрій, почуття провини, прояви деперсоналізації і дереалізації, раннє безсоння (труднощі з засинанням).

У порівнянні з пацієнтами з іншими клінічними варіантами ПТСР, статистично достовірних відмінностей за вираженістю депресивних симптомів виявлено не було (при $p > 0,5$).

При з ТВ ПТСР основу депресивної симптоматики складають прояви психічної тривоги. У порівнянні з пацієнтами з іншими клінічними варіантами ПТСР, статистично достовірних відмінностей за вираженістю окремих депресивних симптомів виявлено не було (при $P > 0,5$).

Вираженість окремих компонентів депресивної симптоматики при різних
варіантах ПТСП (за даними шкали HDRS)

Депресивна симптоматика	Вираженість депресивної симптоматики ($M \pm \sigma$ балів)				
	ДВ ПТСП	ТВ ПТСП	АВ ПТСП	ІВ ПТСП	Контро- льна група
Депресивний настрій	1,3±0,5	0,7±0,3	2,1±0,5*	0,6±0,3	0,4±0,2
Почуття провини	1,3±0,4	0,6±0,2	1,4±0,6	0,6±0,4	0,3±0,2
Суїцидальні наміри	0,3±0,1	0,2±0,1	0,5±0,3	0,3±0,1	0,2±0,1
Раннє безсоння	1,0±0,3	0,6±0,2	1,8±0,4*	0,6±0,3	0,5±0,2
Середнє безсоння	0,4±0,1	0,5±0,3	0,7±0,2	0,4±0,2	0,3±0,1
Пізнє безсоння	0,5±0,2	0,4±0,1	0,5±0,3	0,4±0,3	0,3±0,1
Працездатність і активність	0,4±0,2	0,9±0,4	1,1±0,5	0,4±0,1	0,2±0,1
Загальмованість	0,4±0,3	0,3±0,2	0,6±0,3	0,5±0,2	0,3±0,2
Ажитація	0,4±0,2	0,5±0,2	0,7±0,4	0,3±0,1	0,4±0,2
Психічна тривога	0,5±0,2	1,0±0,4	1,2±0,3	0,6±0,2	0,3±0,1
Соматична тривога	0,5±0,2	0,6±0,3	0,7±0,2	2,0±0,5**	0,3±0,2
Шлунково-кишкові соматичні симптоми	0,4±0,1	0,5±0,2	0,6±0,1	0,7±0,3	0,4±0,1
Генітальні симптоми	0,4±0,2	0,4±0,2	0,6±0,2	0,7±0,3	0,4±0,1
Загальні соматичні симптоми	0,4±0,1	0,5±0,2	0,6±0,4	0,8±0,3	0,5±0,3
Іпохондричні еквіваленти депресії	0,6±0,2	0,4±0,1	0,5±0,1	1,6±0,5**	0,3±0,1
Втрата маси тіла	0,3±0,2	0,3±0,2	0,5±0,2	0,4±0,2	0,3±0,2
Критичність до хвороби	0,5±0,2	0,6±0,3	0,5±0,4	0,6±0,2	0,4±0,2
Добові коливання настрою	0,8±0,3	0,4±0,1	0,6±0,3	0,4±0,3	0,3±0,1
Деперсоналізація і дереалізація	1,2±0,4	0,6±0,3	2,1±0,5*	0,5±0,2	0,2±0,1
Параноїдні симптоми (конгруентні депресії)	0,4±0,2	0,2±0,1	0,2±0,1	0,2±0,1	0,3±0,2
Обсесивно-компульсивні симптомами	0,3±0,2	0,6±0,2	0,3±0,2	0,5±0,2	0,3±0,1

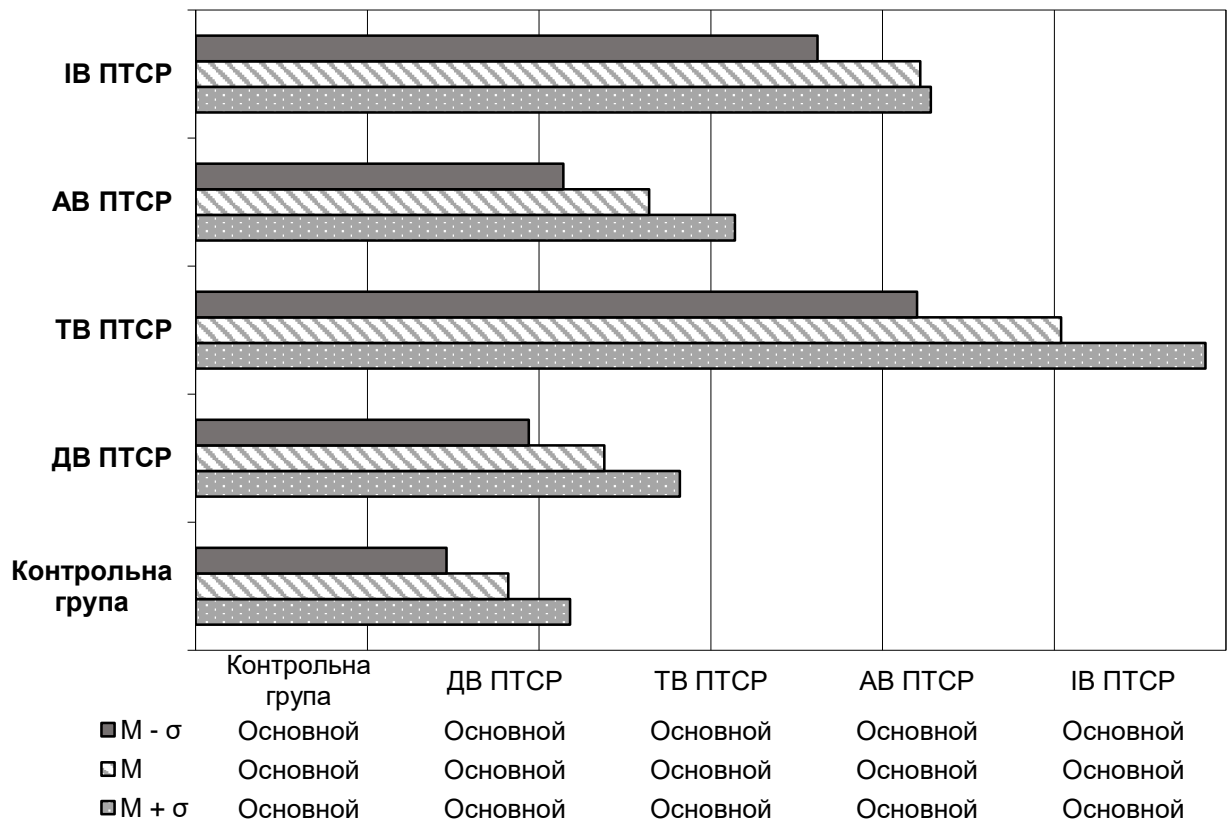
Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

У пацієнтів з АВ ПТСР найбільш вираженими компонентами депресії є депресивний настрій, прояви деперсоналізації і дереалізації, раннє безсоння (труднощі з засинанням), почуття провини і психічна тривога, зниження працездатності і активності.

У порівнянні з іншими клінічними варіантами ПТСР, статистично достовірні відмінності виділені за показниками: депресивний настрій середнього ступеня вираженості ($2,1 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$), прояви деперсоналізації і дереалізації середнього ступеня вираженості ($2,1 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$) і раннє безсоння (труднощі з засинанням) середнього ступеня вираженості ($1,8 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$).

При ІВ ПТСР основними складовими депресивної симптоматики є соматична тривога середнього ступеня вираженості ($2,0 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,01$) і іпохондричні еквіваленти депресії середньо-легкого ступеня вираженості ($1,6 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,01$), які достовірно перевищують показники при інших варіантах ПТСР.

Таким чином, у всіх обстежених з різними клінічними варіантами ПТСР діагностуються депресивні розлади. При цьому, у пацієнтів з ДВ, ТВ і ІВ ПТСР реєструються депресивні розлади легкого ступеня вираженості, а у пацієнтів з АВ ПТСР - депресивні розлади середнього ступеня вираженості. Із загальних клінічних ознак депресивних розладів, в клінічній картині ПТСР у обстежених переважали пригніченість, почуття власної провини перед загиблими і їх родичами, безпорадність що-небудь змінити, «тиха» мовчазна плаксивість, безсоння, відмова від прийому їжі і ліків. Оцінка вираженості тривожної симптоматики у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР, в порівнянні з контрольною групою, була проведена за допомогою шкали HARS, що представлено на рисунку 19 і таблиці 28.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рисунок. 19. Вираженість тривожних розладів у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР (за даними шкали HARS)

Згідно з результатами, представленими на рис. 18, в контрольній групі вираженість тривожних розладів склала $9,1 \pm 1,8$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з основною групою, де значення цього показника становило $17,85 \pm 3,1$ бали).

У групі з ДВ ПТСР вираженість тривожних розладів склала $11,9 \pm 2,2$ бали (при $p > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою), що свідчить про відсутність тривожних розладів в цій групі.

При ТВ ПТСР вираженість тривожних розладів дорівнювала - $25,2 \pm 4,2$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою і при $p < 0,05$ в порівнянні з ДВ і АВ ПТСР), що відповідає діапазону середньо-важкого тривожного розладу.

У групі з АВ ПТСР вираженість тривожних розладів була $13,2 \pm 2,5$ бали (при $p > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою), що відображає відсутність тривожних розладів в даній групі обстежених

При ІВ ПТСР вираженість тривожних розладів склала $21,1 \pm 3,0$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою і при $p < 0,05$ в порівнянні з ДВ і АВ ПТСР), що відповідає діапазону середньої тяжкості тривожних розладів.

У таблиці 28 представлені результати вивчення вираженості окремих симптомів тривожного спектру у пацієнтів з різними варіантами ПТСР, в порівнянні з контрольною групою.

Згідно з результатами, представленими в цій таблиці, у пацієнтів з ДВ ПТСР клінічні симптоми тривоги не досягали рівня 1,5 балів, статистично значущих відмінностей з симптомами тривоги при інших варіантах ПТСР виявлено не було (при $p > 0,5$).

У пацієнтів з ТВ ПТСР основними проявами тривожної симптоматики (середня оцінка симптому понад 1,5 бали) були: вегетативні розлади, тривожний настрій, тривожне напруження, тривожна поведінка під час бесіди, депресивний настрій, порушення сну (проблеми з засинанням) і соматичні м'язові симптоми.

У порівнянні з іншими клінічними варіантами ПТСР, статистично достовірні відмінності при цьому варіанті ПТСР зареєстровано за показниками: «вегетативні симптоми» (змішані симпатико-адреналові і ваго-інсулярні кризи, гіпергідроз, тремор губ і пальців рук) помірно-важкого ступеня вираженості ($2,8 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$), «тривожний настрій» (очікування, передчуття найгіршого, тривожні побоювання в сьогоденні і майбутньому, тривожні очікування бути незрозумілим і соціально незахищеним, тривожне почуття невизначеності власного майбутнього і т.ін.) помірно-важкого ступеня вираженості ($2,7 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,01$) і «тривожне напруження» (відчуття «внутрішньої» напруги, здригання, плаксивість, тремтіння, неспокій, нездатність розслабитися і т.д.) помірно-важкого ступеня вираженості ($2,4 \pm 0,7$ бали, при $p < 0,01$).

Вираженість компонентів тривожної симптоматики при різних варіантах ПТСР
(за даними шкали HARS)

Тривожна симптоматика	Вираженість тривожної симптоматики ($M \pm \sigma$ балів)				
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	Контрольна група
Тривожний настрій	0,9±0,3	2,7±0,5**	1,0±0,4	1,2±0,4	0,7±0,2
Напруга (тривожного генезу)	0,8±0,2	2,4±0,7**	0,9±0,4	1,0±0,3	0,6±0,2
Страхи	0,7±0,3	1,4±0,3	0,8±0,3	1,0±0,3	0,5±0,1
Інсомнія (тривожного генезу)	1,0±0,3	1,7±0,5	0,9±0,3	1,4±0,4	0,8±0,3
Когнітивні порушення	0,8±0,1	1,3±0,2	1,0±0,3	1,1±0,4	0,6±0,2
Депресивний настрій	1,4±0,4	1,9±0,3	2,1±0,5	1,5±0,2	0,6±0,2
Соматичні м'язові симптоми	0,8±0,2	1,7±0,5	0,9±0,2	1,5±0,5	0,6±0,1
Соматичні сенсорні симптоми	0,5±0,1	1,5±0,3	0,6±0,2	2,6±0,5*	0,5±0,1
Серцево-судинні симптоми	0,9±0,2	1,3±0,3	0,8±0,4	2,3±0,4*	0,7±0,3
Респіраторні симптоми	0,8±0,2	1,3±0,3	0,9±0,2	1,3±0,4	0,6±0,1
Гастро-інтестинальні симптоми	0,9±0,2	1,4±0,5	1,0±0,3	1,5±0,3	0,8±0,3
Сечо-статеві симптоми	0,8±0,3	1,5±0,4	1,1±0,3	1,5±0,4	0,5±0,2
Вегетативні симптоми	0,9±0,3	2,8±0,5*	0,9±0,5	1,5±0,3	0,8±0,2
Поведінка під час бесіди	0,6±0,2	2,1±0,5	0,4±0,2	1,8±0,4	0,6±0,2

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

При АВ ПТСР вираженим виявився показник депресивного настрою ($2,1 \pm 0,5$ бали), достовірних відмінностей з іншими варіантами ПТСР зафіксовано не було. У пацієнтів з ІВ ПТСР основними проявами тривожної симптоматики (середня оцінка симптому понад 1,5 бали) були соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми і тривожна поведінка під час бесіди.

У порівнянні з іншими клінічними варіантами ПТСР, статистично достовірні відмінності з цим варіантом ПТСР виявлені щодо: соматичних сенсорних симптомів (гіпестезія, гіперестезія, скотоми, звуження полів зору, астенопія, підвищена чутливість і (або) непереносимість звуків, коливання ґрунту під ногами, коливання предметів, відчуття слабкості) помірно-важкого ступеня вираженості ($2,6 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$) і серцево-судинних симптомів (тахікардія, порушення ритму, біль у грудях, пульсація в судинах, лабільність артеріального тиску і т.д.) помірного ступеня вираженості ($2,3 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$).

Проведені дослідження показали, що найбільша вираженість тривожних розладів характерна для ТВ ПТСР, при інших варіантах і в контролі цей показник був менш вираженим.

З метою детального вивчення частоти клінічних проявів ПТСР при різних варіантах цієї патології, в роботі був використаний опитувальник травматичного стресу (ОТС). (табл. 29)

Згідно з результатами, представленими в таблиці 29, у пацієнтів з ДВ ПТСР основними проявами дисфоричної симптоматики (частота народження симптому понад 30 %) є агресивність (88,2 %), нав'язливі спогади (84,3 %), надпильність (60,8 %), проблеми зі сном (52,9 %) і перебільшене реагування на звичайні стимули (35,3 %). При цьому, достовірно частіше при ДВ ПТСР зустрічалися: агресивність (в 88,2 % випадків, при $p < 0,01$), надпильність (в 60,8 % випадків, при $p < 0,05$) і напади люті (в 23, 5 % випадків, при $p < 0,01$).

У пацієнтів з ТВ ПТСР в структурі клінічної симптоматики переважали: нав'язливі спогади (87,8 %), тривожність (75,6 %), проблеми зі сном (56,1 %), «провина, що вижив» (39,0 %), надпильність (36,6 %) і перебільшене реагування на звичайні стимули (34,1 %). Статистично достовірно при ТВ ПТСР переважали

тривожність (у 75,6 % випадків, при $p < 0,01$) і «провина, що вижив» (в 39,0 % випадків, при $p < 0,05$).

Таблиця 29

Частота симптомів ПТСР у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР
(за даними тесту ОТС)

Симптоми ПТСР	Частота симптомів ПТСР (% \pm m)				Контрольна група (% \pm m)
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	
Надпильність	60,8 \pm 6,2*	36,6 \pm 3,7	32,4 \pm 3,2	35,7 \pm 3,5	33,3 \pm 5,4
Перебільшене реагування	35,3 \pm 3,6	34,1 \pm 3,4	18,9 \pm 2,3	64,3 \pm 7,2*	13,7 \pm 2,3
Притупленість емоцій	19,6 \pm 1,8	17,1 \pm 1,6	37,8 \pm 3,7*	17,9 \pm 2,5	9,4 \pm 1,7
Агресивність	88,2 \pm 9,7**	19,5 \pm 1,9	18,9 \pm 2,3	21,4 \pm 2,7	10,3 \pm 1,8
Порушення пам'яті та концентрації уваги	27,5 \pm 2,6	29,3 \pm 2,8	48,6 \pm 4,7*	28,6 \pm 3,0	8,5 \pm 1,5
Депресія	19,6 \pm 1,8	26,8 \pm 2,5	56,7 \pm 5,8*	32,1 \pm 3,3	4,3 \pm 0,8
Тривожність	13,7 \pm 1,4	75,6 \pm 7,7**	27,0 \pm 2,8	21,4 \pm 2,7	7,7 \pm 1,4
Напади люті	23,5 \pm 2,2**	9,8 \pm 1,3	8,1 \pm 1,4	10,7 \pm 2,0	2,5 \pm 0,5
Зловживання наркотичними і лікарськими засобами	5,9 \pm 1,0	7,3 \pm 1,2	5,4 \pm 1,2	3,6 \pm 1,4	-
Нав'язливі спогади і галюцинаторні переживання	84,3 \pm 9,1	87,8 \pm 9,4	81,1 \pm 8,4	85,7 \pm 10,5	4,3 \pm 0,8
Проблеми зі сном	52,9 \pm 5,5	56,1 \pm 5,7	54,0 \pm 5,4	46,4 \pm 4,2	12,8 \pm 2,2
«Провина того, що вижив»	9,8 \pm 1,2	39,0 \pm 3,9*	10,8 \pm 1,7	21,4 \pm 2,7*	1,7 \pm 0,3
Оптимізм	19,6 \pm 1,8	17,1 \pm 1,6	21,6 \pm 2,5	17,9 \pm 2,5	81,2 \pm 11,5**

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

При АВ ПТСР основними проявами захворювання є нав'язливі спогади (81,1 %), депресія (56,7 %), проблеми зі сном (54,0 %), порушення пам'яті і концентрації уваги (48,6 %), притуплення емоцій (37,8 %) і надпильність (32,4 %). Достовірно частіше, ніж при інших варіантах ПТСР реєструвалися депресія (у 56,7 % випадків, при $p < 0,05$), порушення пам'яті і концентрації уваги (у 48,6 % випадків, при $p < 0,05$) і притупленість емоцій (у 37,8 % випадків, при $p < 0,05$).

У пацієнтів з ІВ ПТСР найбільш часто серед проявів ПТСР спостерігалися: нав'язливі спогади (85,7 %), перебільшене реагування на звичайні подразники (64,3 %), проблеми зі сном (46,4 %) і надпильність (35,7 %). Достовірно частіше при ІВ ПТСР виявлялися перебільшене реагування на звичайні подразники (у 64,3 % випадків, при $p < 0,05$) і «провина, що вижив» (у 21,4 % випадків, при $p < 0,05$).

Вивчення закономірностей клінічної динаміки ПТСР у пацієнтів основної групи дозволило виділити основні типи перебігу цих розладів, представлені в таблиці 30.

Таблиця 30

Типи перебігу ПТСР при різних варіантах патології

Клінічні варіанти ПТСР	Типи перебігу ПТСР					
	Прогредієнтний		Стабільний		Регредієнтний	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Дисфоричний	24	47,1±4,7*	14	27,5±2,6	13	25,5±2,4
Тривожний	7	17,1±1,6	21	51,2±5,0*	13	31,7±3,2
Астенічний	9	24,3±2,6	10	27,0±2,8	18	48,6±4,7*
Іпохондричний	9	32,1±3,3	9	32,1±3,3	10	35,7±3,5
Всього	49	31,2±6,7	54	34,4±7,3	54	34,4±7,3

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Аналіз типів перебігу ПТСР при різних варіантах даної патології показав, що прогредієнтний тип перебігу виявлено у 31,2 % пацієнтів, стабільний – у 34,4 %, регредієнтний – у 34,4 %.

Серед обстежених з ДВ ПТСР переважає прогредієнтний тип перебігу ПТСР (у 47,1 % випадків, при $p < 0,05$), при ТВ ПТСР – стабільний тип перебігу ПТСР (у 51,2 % випадків, при $p < 0,05$), при АВ ПТСР - регредієнтний тип перебігу ПТСР (у 48,6 % випадків, при $p < 0,05$).

Серед пацієнтів з ІВ ПТСР статистично значущого переважання певного типу перебігу ПТСР виявлено не було (при $p > 0,5$).

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР у обстежених характеризується обтяженістю і ускладненням клінічної симптоматики ПТСР з подальшою її трансформацією в інші нозологічні форми психічних розладів (депресивні, тривожні, тривожно-депресивні і особистісні розлади). Симптоми "вторгнення", "уникнення" і "гіперактивації" протягом перебігу хвороби посилюються, набувають нав'язливого характеру. З плином часу в клінічній картині ПТСР починають переважати афективні складові з дисфоричним забарвленням, приєднується адиктивна патологія, яка ускладнює перебіг основного захворювання, посилюється соціально-психологічна і професійна дезадаптація. Прогноз даного перебігу ПТСР - несприятливий. Серед хворих основної групи всі пацієнти з прогредієнтним типом перебігу ПТСР були визнані непридатними до військової служби в мирний час і обмежено придатними у воєнний час.

Стабільний тип перебігу ПТСР характеризується стабільністю клінічної симптоматики. Імовірність подальшої трансформації ПТСР в інші форми психічних розладів - вкрай низька. Симптоми "вторгнення", "уникнення" і "гіперактивації" протягом перебігу хвороби істотно не змінюються за силою прояву і частотою. Серед клінічних проявів ПТСР виявляються нав'язливі думки і сновидіння, що відображають зміст бойових дій і супроводжуються вегетативними розладами. У клініці ПТСР «флешбеки» проявляються рідше, ніж симптоми "вторгнення". Соціально-психологічна і професійна дезадаптації пацієнтів зі стабільним перебігом ПТСР - помірно виражені. Прогноз при цьому типі перебігу ПТСР - умовно сприятливий. Експертна оцінка військовослужбовців зі стабільним типом перебігу ПТСР була наступною: 31,5 % пацієнтів - непридатні до військової

служби, 16,7 % хворих - обмежено придатні до військової служби, 51,8 % хворих - придатні до військової служби.

Регредієнтний тип перебігу ПТСР характеризується вираженою регресією основної клінічної симптоматики в процесі терапії. При цьому типі перебігу спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти клінічних проявів ПТСР, в першу чергу, флешбеків, афективних порушень (депресивних розладів), супутніх вегетативних проявів. Істотно знижується почуття смутку, пригніченості, підвищується емоційна витривалість і впевненість в собі, відновлюється мотивація до трудової діяльності. Спостерігається регрес тривожності, невмотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, поліпшується якість міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання хворого і його повернення до попереднього соціального статусу.

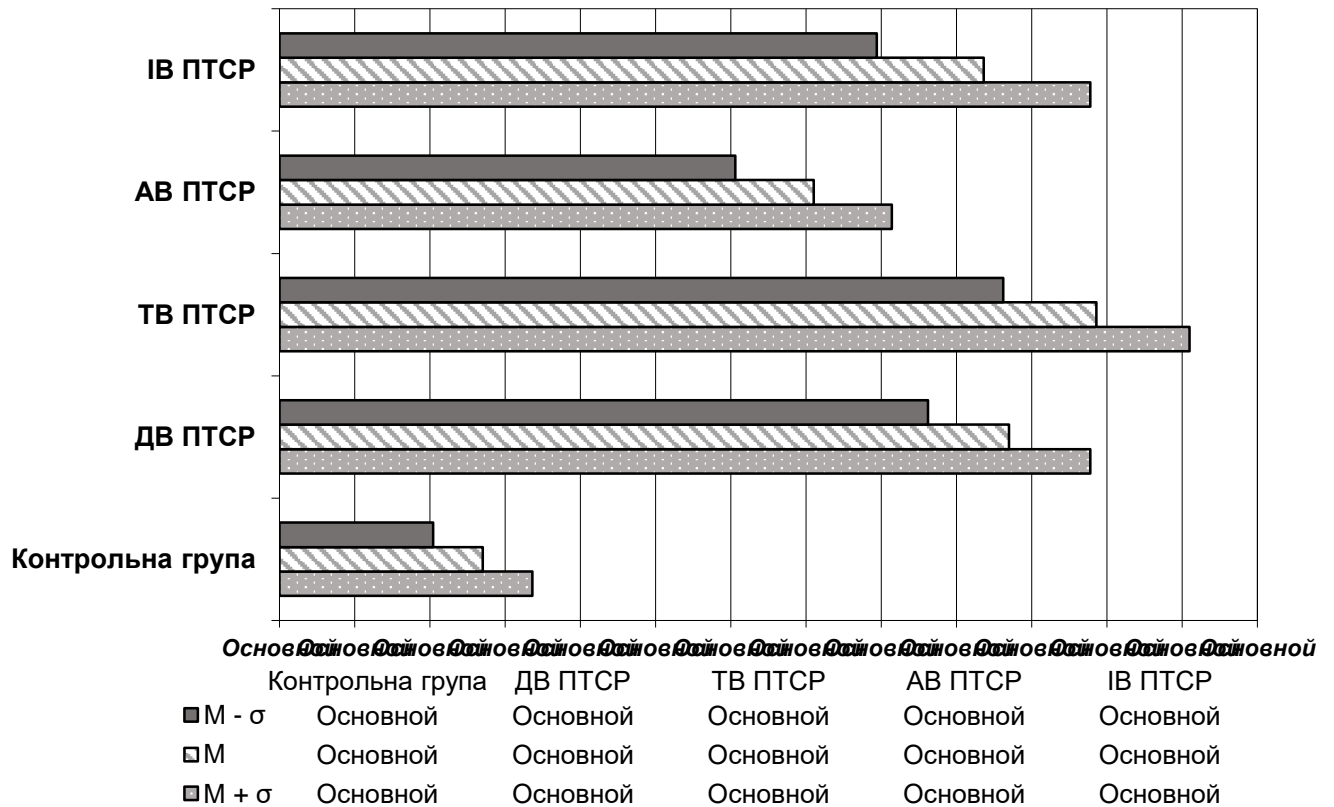
Прогноз у пацієнтів з цим типом перебігу ПТСР - сприятливий. Всі хворі з регредієнтним типом перебігу ПТСР були виписані до військових частин без зміни категорії придатності до військової служби.

При вивченні клінічних особливостей ПТСР (загальна вираженість психічного стану і вираженість групи симптомів ПТСР) у пацієнтів основної групи, у порівнянні з контролем, використовувалась шкала оцінки впливу травматичної події (IOES-R).

Результати цього дослідження представлені на рисунку 20 і таблиці 31.

Згідно з результатами, представленими на рис. 20, в контрольній групі вираженість проявів ПТСР склала $13,5 \pm 3,3$ бали (при $p < 0,01$), в порівнянні з основною групою, де ця величина становила $46,27 \pm 3,8$ бали.

У групі пацієнтів з ДВ ПТСР цей показник дорівнював $48,5 \pm 5,4$ бали [43,1-53,9 бали] (при $p < 0,01$, у порівнянні з контрольною групою), що також відповідає діапазону важких клінічних проявів ПТСР.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рисунок 20. Вираженість психічного стану при різних варіантах ПТСР (за даними тесту IOES-R)

У групі пацієнтів з ТВ ПТСР вираженість психічних розладів була $54,3 \pm 6,2$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону важких клінічних проявів ПТСР.

У обстежених з АВ ПТСР вираженість психічних розладів склала $35,5 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з іншими клінічними варіантами), що відповідає діапазону невиражених клінічних проявів ПТСР.

При з ІВ ПТСР значення показника складало $46,8 \pm 7,1$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону важких клінічних проявів ПТСР.

Результати дослідження частоти симптомів ПТСР у пацієнтів основної і контрольної групи, представлені в таблиці 31.

Таблиця 31

Частота симптомів ПТСР при різних варіантах ПТСР (за даними тесту IOES-R)

Групи симптомів ПТСР	Варіанти ПТСР (%±m)				Контрольна група (%±m)
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	
Вторгнення (IN)	62,7±6,4	82,9±8,8*	59,4±6,2	60,7±6,3	17,9±3,1
Уникнення (AV)	39,2±4,0	65,9±6,7	62,2±6,6	85,7±10,5*	15,4±2,6
Фізіологічна збудливість (AR)	88,2±9,7**	31,7±3,2	37,8±3,7	28,6±3,0	19,7±3,3

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 31, у пацієнтів з ДВ ПТСР в клінічних проявах найбільш часто виявляються симптоми фізіологічної збудливості (88,2 %) і вторгнення (62,7 %), при порівнянні з іншими варіантами ПТСР, показник фізіологічної збудливості переважає достовірно.

У обстежених з ТВ ПТСР в клінічних проявах переважають симптоми вторгнення (82,9 %) і уникнення (65,9 %). При цьому, статистично достовірним, в порівнянні з іншими варіантами ПТСР, є переважання проявів вторгнення ($p < 0,05$).

При ІВ ПТСР в клінічних проявах найбільш частими є симптоми вторгнення (60,7 %) і уникнення (85,7 %). У порівнянні з іншими варіантами ПТСР, виявлено достовірне переважання проявів уникнення ($p < 0,05$).

У пацієнтів з АВ ПТСР в клінічних проявах частіше реєструються симптоми вторгнення (59,4 %) і уникнення (62,2 %). В порівнянні з іншими варіантами ПТСР, статистично значущого переважання певної групи симптомів при АВ ПТСР виявлено не було (при $p > 0,5$).

Як видно з таблиці 31, високий рівень впливу травматичної події відзначався за всіма трьома субшкалами, що відображає діагностичні критерії ПТСР («вторгнення», «уникнення» і «фізіологічна збудливість»). Дані результати

відображають силу бойового стресу, який спричинив порушення психічного стану військовослужбовців як в момент впливу, так і в подальшому.

У обстежених контрольної групи симптоми вторгнення спостерігалися в 17,9 % випадків, а симптоми уникнення – в 15,4 % випадків (при $p < 0,01$). При цьому, симптоми вторгнення не повторювалися багаторазово, а феномен «флешбек» - ефектів і зовсім був відсутній. Серед симптомів уникнення відзначалися зусилля з уникнення думок, пов'язаних з місцями і людьми, які могли б спровокувати спогади про події і переживання, пов'язані з труднощами військовослужбовців. В той же час нами не зафіксовано жодного випадку психогенної амнезії, зниження або втрати вищих емоцій і зниження інтересу до раніше значимих видів діяльності. Ні у кого з пацієнтів контрольної групи не було повного поєднання трьох обов'язкових діагностичних критеріїв ПТСР.

Вивчення частоти та інтенсивності клінічних проявів ПТСР було проведено з використанням шкали клінічної діагностики ПТСР (CAPS).

В процесі цього вивчення результати за шкалою CAPS порівнювалися у пацієнтів основної групи з різними варіантами ПТСР і контрольної групи (табл. 32).

Згідно з результатами, представленими в таблиці 7, в контрольній групі вираженість частоти симптомів, що характеризують ПТСР, склала $7,45 \pm 2,2$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з різними варіантами ПТСР основної групи), а вираженість інтенсивності цих симптомів - $5,85 \pm 2,4$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з основною групою), загальна важкість психічного стану цієї групи - $13,15 \pm 3,46$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з основною групою). За частотою, інтенсивністю і загальною важкістю психічного стану, ці показники у військовослужбовці контрольної групи не виходили за межі психічної норми.

У групі у пацієнтів з ДВ ПТСР частота симптомів ПТСР склала $33,4 \pm 3,45$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), а їх інтенсивність - $34,6 \pm 6,6$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), загальна важкість ПТСР в цій групі дорівнювала $69,2 \pm 7,1$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

Таблиця 32

Частота, інтенсивність і тяжкість ПТСР у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР
(за даними шкали CAPS)

№	Симптом ПТСР	Частота (F) та інтенсивність (I) симптомів ПТСР								Контр. група	
		ДВ ПТСР		ТВ ПТСР		АВ ПТСР		ІВ ПТСР			
		M±σ		M±σ		M±σ		M±σ		M±σ	
1	2	3		4		5		6		7	
В	СИМПТОМИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПОВТОРНИМИ ПЕРЕЖИВАННЯМИ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ										
1	Повторні нав'язливі спогади про подію, що викликають дистрес	F	1,7±0,8	F	2,8±1,0*	F	1,6±0,5	F	1,6±0,7	F	0,4±0,1
		I	1,6±0,5	I	2,5±0,8*	I	1,4±0,6	I	1,5±0,5	I	0,3±0,2
2	Інтенсивні, важкі переживання за обставин, які символізують або нагадують різні аспекти травматичної події	F	1,8±0,7	F	3,0±0,7*	F	1,5±0,5	F	1,8±0,7	F	0,2±0,1
		I	1,6±1,0	I	2,9±0,7*	I	1,3±0,4	I	1,6±0,8	I	0,3±0,2
3	Відчуття, ніби травматична подія відбувалася знову, або відповідні раптові дії, включаючи відчуття переживань, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди (флешбек-ефекти), що ожили, навіть ті, які з'являються в просоночному стані	F	1,8±0,9	F	2,6±0,6*	F	1,6±0,6	F	1,7±0,7	F	0,4±0,1
		I	1,7±0,8	I	2,7±0,5*	I	1,4±0,5	I	1,6±0,5	I	0,4±0,2
4	Повторні сни про подію, що викликають важкі переживання (дистрес)	F	1,3±0,6	F	3,1±0,6**	F	1,1±0,3	F	1,5±0,7	F	0,3±0,2
		I	1,6±0,5	I	2,8±1,0*	I	1,3±0,3	I	1,5±0,4	I	0,2±0,1

Продовження таблиці 32

1	2	3	4	5	6	7					
C	СИМПТОМИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТІЙКИМ УНИКНЕННЯМ ПОДРАЗНИКА, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ТРАВМОЮ, АБО «БЛОКАДА» ЗАГАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДО РЕАГУВАННЯ										
5	Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок або почуттів, що асоціюються з травмою	F	1,1±0,5	F	2,2±0,6	F	1,2±0,4	F	2,4±0,9	F	0,5±0,2
		I	1,3±1,1	I	1,8±0,5	I	1,3±0,6	I	2,0±0,6	I	0,3±0,2
6	Зусилля, спрямовані на те, щоб уникати дій або ситуацій, які викликають спогади про травму	F	1,5±0,7	F	1,7±0,8	F	1,3±0,4	F	2,8±0,8*	F	0,2±0,1
		I	1,7±0,8	I	1,7±0,5	I	1,4±0,3	I	3,0±0,8*	I	0,4±0,2
7	Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія)	F	1,5±0,5	F	2,4±0,3	F	1,1±0,5	F	2,2±0,6	F	0,4±0,2
		I	1,6±0,6	I	1,7±0,4	I	1,2±0,3	I	1,9±0,5	I	0,5±0,1
8	Помітна втрата інтересу до улюблених занять	F	1,4±0,7	F	2,3±0,6	F	1,4±0,4	F	2,4±0,6	F	0,2±0,1
		I	1,5±0,7	I	2,0±0,7	I	1,3±0,5	I	2,2±0,7	I	0,3±0,2
9	Відчуття відстороненості або відчуженості від оточуючих	F	1,5±0,4	F	2,2±0,6	F	1,4±0,3	F	2,1±0,8	F	0,5±0,3
		I	1,6±0,5	I	1,9±0,5	I	1,4±0,5	I	2,0±0,6	I	0,6±0,2
10	Знижений рівень афекту (наприклад, нездатність відчувати почуття любові)	F	1,4±0,4	F	2,1±0,8	F	1,5±0,4	F	2,3±0,7	F	0,4±0,2
		I	1,5±0,5	I	2,6±0,5	I	1,4±0,6	I	2,3±0,5	I	0,3±0,1
11	Відчуття відсутності перспектив на майбутнє (наприклад, не очікує просування по службі, одруження, народження дітей, довгого життя)	F	1,4±0,4	F	2,3±0,7	F	1,4±0,6	F	2,0±0,7	F	0,6±0,2
		I	1,6±0,3	I	2,5±0,6	I	1,5±0,5	I	2,3±0,9	I	0,5±0,2

Продовження таблиці 32

1	2	3		4		5		6		7	
D	СИМПТОМИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТІЙКО ПІДВИЩЕНОЮ ЗБУДЛИВІСТЮ										
12	Труднощі із засинанням або зі збереженням нормального сну (труднощі з засинанням, пробудження серед сну, дуже ранні пробудження)	F	2,6±1,0	F	2,4±0,4	F	1,7±0,5	F	1,7±0,6	F	0,3±0,1
		I	2,7±0,9	I	2,5±0,9	I	1,5±0,5	I	1,6±0,6	I	0,4±0,1
13	Дратівливість або напади гніву	F	3,0±0,6**	F	1,1±0,4	F	1,0±0,3	F	1,3±0,5	F	0,4±0,1
		I	2,7±0,8**	I	0,9±0,4	I	1,1±0,4	I	1,3±0,7	I	0,3±0,2
14	Труднощі з концентрацією уваги	F	3,0±0,6*	F	1,5±0,5	F	1,4±0,2	F	1,6±0,5	F	0,5±0,2
		I	2,6±0,7*	I	1,1±0,3	I	1,3±0,4	I	1,4±0,6	I	0,3±0,1
15	Підвищена настороженість (пильність)	F	2,4±0,4*	F	1,4±0,4	F	1,2±0,6	F	1,3±0,5	F	0,3±0,2
		I	2,5±0,5*	I	1,2±0,4	I	1,3±0,7	I	1,4±0,4	I	0,4±0,2
15	Перебільшена реакція переляку («стартова» реакція на раптовий стимул)	F	3,0±0,6	F	1,2±0,4	F	1,2±0,3	F	2,8±0,7	F	0,5±0,2
		I	2,6±1,0	I	1,3±0,5	I	1,0±0,3	I	2,4±0,8	I	0,3±0,1
17	Фізіологічна реактивність при впливі обставин, що нагадують чи символізують різні аспекти травматичної події	F	2,9±0,6*	F	1,4±0,6	F	1,2±0,6	F	1,5±0,7	F	0,4±0,2
		I	2,8±0,6*	I	1,5±0,5	I	1,1±0,4	I	1,4±0,5	I	0,5±0,2
Частота та інтенсивність симптомів ПТСР		ΣF	33,4±3,45	ΣF	35,5±3,1	ΣF	21,6±4,1*	ΣF	33,0±3,5	ΣF	7,45±2,2**
		ΣI	34,6±6,6	ΣI	33,4±5,5	ΣI	22,4±3,9*	ΣI	31,9±5,2	ΣI	5,85±2,4**
Тяжкість ПТСР (Т)		69,2±7,1		70,3±6,5		43,5±8,0*		67,1±6,8		13,15±3,46**	

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

У групі з ТВ ПТСР частота симптомів ПТСР дорівнювала $35,5 \pm 3,1$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), а їх інтенсивність - $33,4 \pm 5,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), загальна важкість ПТСР в цій групі дорівнювала $70,3 \pm 6,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР. При АВ ПТСР частота симптомів ПТСР була $21,6 \pm 4,1$ бали (при $p < 0,05$), а їх інтенсивність - $22,4 \pm 3,9$ бали (при $p < 0,05$), загальна важкість ПТСР в цій групі була найнижчою і становила $43,5 \pm 8,0$ бали (при $p < 0,05$), що відповідає клінічному стану ПТСР середньої вираженості.

У пацієнтів з ІВ ПТСР частота симптомів ПТСР склала $33,0 \pm 3,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), а їх інтенсивність - $31,9 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), загальна важкість ПТСР в цій групі дорівнювала $67,1 \pm 6,8$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

Таким чином, дані шкали CAPS свідчать про те, що ДВ, ТВ і ІВ ПТСР характеризуються високою частотою, вираженістю і загальною тяжкістю клінічних проявів ПТСР. Частота, вираженість симптомів та загальна тяжкість ПТСР при АВ ПТСР виявилися достовірно нижчими (при $p < 0,05$).

Аналіз психотравм, пов'язаних зі службою в армії в період бойових дій у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР, проводився в порівнянні з психотравмами військовослужбовців контрольної групи.

Результати проведеного аналізу показали, що у всіх обстежених основної та контрольної групи травматичні події носили характер потужного бойового стресу з безпосередньою загрозою для їхнього життя. Більшість військовослужбовців, що брали участь в бойових діях, були свідками загибелі або важких поранень своїх бойових товаришів, або самі змушені були вбивати бойовиків і безпосередньо бачили своїх жертв (табл. 33).

При цьому, в групі пацієнтів з ДВ ПТСР, статистичною достовірністю при порівнянні з контролем, характеризувалися:

- з групи бойових психотравм - загибель товаришів по службі і друзів (в 56,9 % випадків, при $p < 0,01$);

- з групи побутових психотравм воєнного часу - недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок) на передових позиціях (в 82,4 % випадків, при $p < 0,01$);
- з групи професійних та інформаційних психотравм воєнного часу - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (у 88,2 % випадків, при $p < 0,05$).

У групі з АВ ПТСР достовірно частіше, ніж у контрольній групі, реєструвалися такі психогенії:

- з групи бойових психотравм - загроза власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні та ін.) (в 86,5 % випадків, при $p < 0,05$) і загибель товаришів по службі і друзів (в 48,6 % випадків, при $p < 0,01$);
- з групи побутових психотравм воєнного часу - недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок) на передових позиціях (в 89,2 % випадків, при $p < 0,01$);
- з групи професійних та інформаційних психотравм воєнного часу - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (у 72,9 % випадків, при $p < 0,05$).

У групі обстежених з ІВ ПТСР достовірно переважали (при порівнянні з контролем) наступні психогенії:

- з групи бойових психотравм - загроза власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні та ін.) (у 85,7 % випадків, при $p < 0,05$ в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи);
- з групи побутових психотравм воєнного часу - недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок) на передових позиціях (у 82,1 % випадків, при $p < 0,01$), погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги (в 78,6 % випадків, при $p < 0,01$);
- з групи професійних та інформаційних психотравм воєнного часу - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (у 85,7 % випадків, при $p < 0,05$) і фактори «гібридної війни» (78,6 %, при $p < 0,01$).

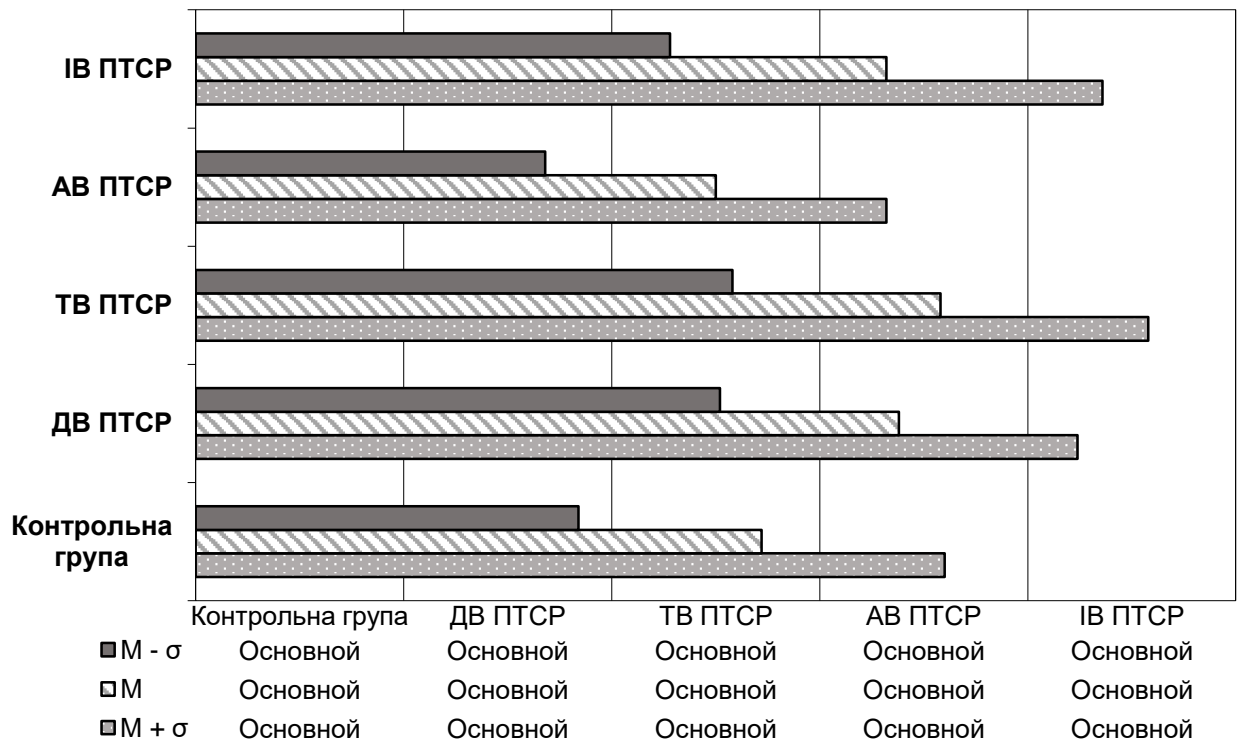
Результати аналізу інтенсивності бойового досвіду у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР, проведений в порівнянні з вираженістю бойового досвіду військовослужбовців контрольної групи, представлений на рисунку 21.

Таблиця 33

Особливості психотравм, пов'язаних з військовою службою, у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР

Психотравми	Клінічні варіанти ПТСР				Контрольна група
	<i>ДВ ПТСР</i>	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	
	(%±m)	(%±m)	(%±m)	(%±m)	(%±m)
I. Бойові психотравми					
Загроза власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні)	68,6±7,0	90,2±9,8*	86,5±8,8*	85,7±10,5*	60,7±8,9
Загибель товаришів по службі, друзів	56,9±5,9**	26,8±2,5	48,6±4,7**	25,0±2,8	22,2±3,8
II. Побутові психотравми воєнного часу					
Недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок) на передових позиціях	82,4±8,6**	39,0±3,9	89,2±8,9**	82,1±9,8**	35,0±5,6
Погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги	25,5±2,4	58,5±5,9**	27,0±2,8	78,6±9,5**	23,1±3,9
III. Професійні та інформаційні психотравми воєнного часу					
Недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час	88,2±9,7*	90,2±9,8*	72,9±7,8*	85,7±10,5*	47,9±7,3
Інформаційний вплив «гібридної війни»	31,4±3,1	87,8±9,4**	35,1±3,5	78,6±9,5**	28,3±4,6

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рисунок 21. Інтенсивність бойового досвіду у пацієнтів з різними клінічними варіантами ПТСР

Згідно з результатами, представленими на рис. 21, в контрольній групі військовослужбовців рівень інтенсивності бойового досвіду склав $13,6 \pm 4,4$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з ДВ, ТВ і ІВ ПТСР), що відповідає діапазону середнього рівня інтенсивності бойового досвіду.

У групі пацієнтів з ДВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду дорівнював $16,9 \pm 4,3$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середньо-високого рівня інтенсивності бойового досвіду.

У групі військовослужбовців з ТВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду був $17,9 \pm 5,0$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середньо-високого рівня інтенсивності бойового досвіду.

У групі пацієнтів з ІВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду склав $16,6 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою військовослужбовців), що відповідає діапазону середньо-високого рівня вираженості бойового досвіду.

Середньо-високий рівень інтенсивності бойового досвіду характеризувався неодноразовими випадками бойових дій зі смертельною небезпекою: багаторазовими (більше 50-ти разів) багатогодинними обстрілами з важкої артилерійської, реактивної і мінометного зброї; участю в розвідувально-диверсійних виходах в тил противника; загибеллю і важкими пораненнями товаришів по службі на замінованих ділянках; участю в збиранні, навантаженні і евакуації тіл і фрагментів тіл загиблих.

Сумарний термін перебування в зоні активних бойових дій у військовослужбовців з середньо-високою інтенсивністю бойового досвіду склав шість і більше місяців. У групі з АВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду склав $12,5 \pm 4,1$ бали (при $P > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середнього рівня інтенсивності бойового досвіду у військовослужбовців цієї групи.

Результати дослідження інтенсивності окремих факторів бойового досвіду у пацієнтів з різними варіантами ПТСР, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, представлені в таблиці 34.

Згідно з результатами аналізу основних факторів бойового досвіду (табл. 34), у пацієнтів з ДВ ПТСР виявлені наступні провідні чинники інтенсивності бойового досвіду (оцінка більше 2,5 балів): участь (понад 30-50 разів) у бойових дозорах, десантних і інших операціях підвищеної небезпеки; кількість (понад 50 % особового складу) убитих, поранених, зниклих безвісті людей в підрозділі; тривале (понад 4-6 місяців) перебування в зоні обстрілу з боку противника; спостереження (понад 30-50 разів) вбивств і поранень в ході бойових дій.

В групі з ДВ ПТСР, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, статистично достовірно переважали наступні чинники інтенсивності бойового досвіду:

- кількість (понад 50 % особового складу) убитих, поранених, зниклих без- вісті людей в підрозділі ($2,4 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$);
- спостереження (понад 30-50 разів) вбивств і поранень в ході бойових дій ($3,4 \pm 0,3$ бали, при $p < 0,05$).

Тяжкість окремих факторів бойового досвіду при різних варіантах ПТСР

Окремі фактори бойового досвіду	Варіанти ПТСР				Контрольна група
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	
	М±σ	М±σ	М±σ	М±σ	
Бойовий дозор, участь в десантних і інших операціях підвищеної небезпеки	3,1±0,5	3,0±0,3	2,6±0,4	2,8±0,6	2,8±0,5
Тривалість (в місяцях) знаходження в зоні обстрілу з боку противника	2,6±0,6	3,3±0,4*	2,2±0,5	3,2±0,5*	2,4±0,4
Частота потрапляння в оточення ворога (разів)	0,2±0,1	0,3±0,1	-	0,2±0,1	-
Кількість убитих, поранених, зниклих безвісті людей в підрозділі під час військових дій	2,4±0,4*	1,7±0,4	1,2±0,3	1,7±0,5	1,4±0,3
Участь в обстрілі противника (кількість разів)	2,5±0,4	3,5±0,4*	2,4±0,7	2,6±0,4	2,5±0,7
Кількість спостережень, як хтось був убитий або поранений в ході бойових дій (кількість разів)	3,4±0,3*	2,5±0,6	2,1±0,4	2,4±0,4	2,3±0,5
Частота пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим (кількість разів)	2,5±0,5	3,4±0,4*	2,3±0,6	3,4±0,5*	2,4±0,6

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

У пацієнтів з ТВ ПТСР виявлені наступні провідні чинники інтенсивності бойового досвіду: участь (понад 30-50 разів) у бойових дозорах, десантних і інших

операціях підвищеної небезпеки; тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника; участь (понад 30-50 разів) в обстрілі противника; частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації.

У групі обстежених з ТВ ПТСР, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, достовірно більш вираженими факторами інтенсивності бойового досвіду були:

- тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника ($3,3 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$);
- участь (понад 30-50 разів) в обстрілі противника ($3,5 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$);
- частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації ($3,4 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$).

При АВ ПТСР провідним фактором інтенсивності бойового досвіду була участь (до 20-30 разів) у бойових дозорах, десантних і інших операціях підвищеної небезпеки. В цій групі військовослужбовців не виявлено факторів інтенсивності бойового досвіду, які достовірно відрізнялися від показників контрольної групи (при $P > 0,5$).

У пацієнтів з ІВ ПТСР зареєстровані наступні провідні чинники інтенсивності бойового досвіду: участь (понад 30-50 разів) у бойових дозорах, десантних і інших операціях підвищеної небезпеки; тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника; участь (понад 30-40 разів) в обстрілі противника; частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації.

У цій групі пацієнтів, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, статистично значимо переважали інтенсивність наступних факторів бойового досвіду:

- тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника ($3,2 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$);

- частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації ($3,4 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$).

Аналіз розподілу типів перебігу ПТСР у пацієнтів основної групи з різною інтенсивністю бойового досвіду показав результати, представлені в таблиці 35.

Таблиця 35

Розподіл типів перебігу ПТСР у пацієнтів основної групи з різною інтенсивністю бойового досвіду

Інтенсивність бойового досвіду	Типи перебігу ПТСР		
	Прогредієнтний	Стабільний	Регредієнтний
	% \pm m	% \pm m	% \pm m
Низький рівень	20,4 \pm 2,8	31,5 \pm 3,2*	57,4 \pm 6,2**
Середній рівень	30,6 \pm 4,1	33,3 \pm 3,5	29,6 \pm 3,3***
Високий рівень	49,0 \pm 5,4**	35,2 \pm 4,0*	13,0 \pm 2,1

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$; *** - при $P > 0,5$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 10, у обстежених з низькою інтенсивністю бойового досвіду переважають стабільний (у 31,5 % випадках, при $p < 0,05$) і регредієнтний (у 57,4 % випадків, при $p < 0,01$) типи перебігу ПТСР.

У пацієнтів із середньою інтенсивністю бойового досвіду статистично значущих відмінностей за типом перебігу ПТСР виявлено не було (при $P > 0,5$).

У пацієнтів з високим рівнем інтенсивності бойового досвіду переважають прогредієнтний (у 49,0 % випадках, при $p < 0,01$) і стабільний (у 35,2 % випадків, при $p < 0,05$) типи перебігу ПТСР.

Узагальнюючи отримані дані слід зазначити, що проведене дослідження дозволило отримати повні клінічні характеристики пацієнтів з різними варіантами ПТСР: ДВ, ТВ, АВ та ІВ.

До цих характеристик належать: характер психогеній, клініко-психопатологічних особливостей типів перебігу, а також їх взаємозв'язок з інтенсивністю бойового досвіду у пацієнтів з різними варіантами ПТСР.

У групі пацієнтів з ДВ ПТСР виявлені наступні особливості.

Переважаючими в цій групі такі бойові психотравми, як загибель товаришів по службі і друзів (56,9 %, $p < 0,01$); побутові психотравми - недостатня тривалість сну (82,4 %, $p < 0,01$); професійні психогенії - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (88,2 %, $p < 0,05$).

За даними шкали CAPS в групі у обстежених з ДВ ПТСР частота симптомів ПТСР склала - $33,4 \pm 3,45$ бали (при $p < 0,05$ у порівнянні з АВ ПТСР), а їх інтенсивність - $34,6 \pm 6,6$ бали (при $p < 0,05$ у порівнянні з АВ ПТСР), загальна тяжкість ПТСР в цій групі склала $69,2 \pm 7,1$ бали (при $p < 0,05$ у порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

За даними ОТС найбільш характерними для ДВ ПТСР були агресивність (у 88,2 % випадків, при $p < 0,01$), надпильність (у 60,8 % випадків, при $p < 0,05$) і напади люті (у 23, 5 % випадків, при $p < 0,01$).

Аналіз результатів шкали IOES-R свідчив про те, що в групі пацієнтів з ДВ ПТСР вираженість психічних розладів склала $48,5 \pm 5,4$ бали [43,1-53,9 бали] (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР.

В клінічних проявах при ДВ ПТСР найбільш часто виявляються симптоми фізіологічної збудливості (88,2 %) і вторгнення (62,7 %), при порівнянні з іншими варіантами ПТСР, показник фізіологічної збудливості переважає достовірно.

Вивчення всього спектра клінічних проявів за шкалою SCL-90-R показало, що при ДВ клінічні прояви ПТСР характеризуються наявністю ворожості, паранояльних симптомів, депресії та тривожності.

Згідно з результатами, отриманими за допомогою шкали HDRS, в групі з ДВ ПТСР вираженість депресивних розладів склала $12,1 \pm 2,1$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону легкого депресивного розладу.

Показники шкали HARS свідчили про те, що в групі пацієнтів з ДВ ПТСР вираженість тривожних розладів склала $11,9 \pm 2,2$ бали (при $P > 0,5$, у порівнянні з контрольною групою), що свідчить про відсутність тривожних розладів в даній групі.

Вивчення бойового досвіду в групі пацієнтів з ДР ПТСР показало, що рівень інтенсивності бойового досвіду склав $16,9 \pm 4,3$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середньо-високого рівня вираженості бойового досвіду. У цій групі, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, статистично достовірно переважали наступні чинники інтенсивності бойового досвіду: кількість (понад 50 % особового складу) убитих, поранених, зниклих без-вісті людей в підрозділі ($2,4 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$); спостереження (понад 30-50 разів) вбивств і поранень в ході бойових дій ($3,4 \pm 0,3$ бали, при $p < 0,05$).

У військовослужбовців з ТВ ПТСР виявлені інші особливості показників, які вивчалися.

Переважаючими психогеніями в цій групі були – бойові психогенії у вигляді загрози власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні) (у 90,2 % при $p < 0,05$ при порівнянні в ДВ ПТСР та контрольною групою); побутові психогенії воєнного часу – погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги (58,5 % при $p < 0,01$ при порівнянні в ДВ, АВ ПТСР та контрольною групою); професійні та інформаційні психогенії воєнного часу – недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (90,2 % при $p < 0,05$, при порівнянні в ДВ, АВ ПТСР та контрольною групою).

Вивчення клінічних особливостей ТВ ПТСР за допомогою тесту CAPS показало, що в групі у пацієнтів з ТВ ПТСР частота симптомів ПТСР склала $35,5 \pm 3,1$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), інтенсивність - $33,4 \pm 5,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), загальна тяжкість - $70,3 \pm 6,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

За даними ОТС в структурі ТВ ПТСР провідними клінічними проявами були тривожність (у 75,6 % випадків, при $p < 0,01$) і «провина того, хто вижив» (у 39,0 % випадків, при $p < 0,05$).

Аналіз результатів тесту IOES-R показав, що в групі обстежених з ТВ ПТСР вираженість психічних розладів склала - $54,3 \pm 6,2$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону важких клінічних проявів ПТСР.

У пацієнтів з ТВ ПТСР в клінічних проявах переважають симптоми вторгнення (82,9 %) і уникнення (65,9 %). При цьому статистично достовірним, в порівнянні з іншими варіантами ПТСР, було переважання проявів вторгнення ($p < 0,05$).

Вираженість депресивних розладів склала $10,9 \pm 2,4$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону легкого депресивного розладу.

Згідно з даними, отриманими за шкалою HARS, у групі з ТВ ПТСР вираженість тривожних розладів дорівнювала $25,2 \pm 4,2$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою і при $p < 0,05$ в порівнянні з ДВ і АВ ПТСР), що відповідає діапазону середньо-важкого тривожного розладу.

Основними проявами тривожної симптоматики (середня оцінка симптому понад 1,5 бали) в цій групі були: вегетативні розлади, тривожний настрій, тривожне напруження, тривожна поведінка під час бесіди, депресивний настрій, порушення сну (проблеми з засинанням) і соматичні м'язові симптоми.

У групі пацієнтів з ТВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду склав $17,9 \pm 5,0$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середньо-високого рівня вираженості бойового досвіду.

В порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, достовірно більш вираженими факторами інтенсивності бойового досвіду були: тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника ($3,3 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$); участь (понад 30-50 разів) в обстрілі противника ($3,5 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$); частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації ($3,4 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$).

Вивчення АВ ПТСР дозволило виявити наступні клініко-психопатологічні характеристики даного варіанту

У групі пацієнтів з АВ ПТСР достовірно частіше, ніж у контрольній групі реєструвалися такі психогенії: з групи бойових психотравм - загроза власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні і ін.) (у 86,5 % випадків, при $p < 0,05$) і загибель товаришів по службі і друзів (у 48,6 % випадків, при $p < 0,01$); з групи побутових психотравм воєнного часу - недостатня тривалість сну

(неповноцінний відпочинок) на передових позиціях (у 89,2 % випадків, при $p < 0,01$); з групи професійних та інформаційних психотравм воєнного часу - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (у 72,9 % випадків, при $p < 0,05$).

Аналіз клінічних проявів даного варіанту за допомогою шкали CAPS в групі у пацієнтів з АВ ПТСР показав, що частота симптомів ПТСР склала $21,6 \pm 4,1$ бали (при $p < 0,05$), а їх інтенсивність - $22,4 \pm 3,9$ бали (при $p < 0,05$), загальна тяжкість ПТСР в цій групі була найнижчою і становила $43,5 \pm 8,0$ бали (при $p < 0,05$), що відповідає клінічному стану ПТСР середньої інтенсивності.

В порівнянні з іншими варіантами захворювання, статистично достовірних відмінностей за частотою та інтенсивністю основних клінічних проявів ПТСР виявлено не було.

У структурі АВ ПТСР, за даними опитувальника ОТС, достовірно переважаючими були депресія (в 56,7 % випадків, при $p < 0,05$), порушення пам'яті і концентрації уваги (в 48,6 % випадків, при $p < 0,05$) і притупленість емоцій (в 37,8 % випадків, при $p < 0,05$).

Оцінка клінічних проявів АВ ПТСР за допомогою опитувальника IOES-R свідчила про те, що у обстежених з АВ ПТСР вираженість психічних розладів склала $35,5 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з іншими клінічними варіантами), що відповідає діапазону невиражених клінічних проявів ПТСР.

При АВ ПТСР в клінічних проявах частіше реєструються симптоми вторгнення (59,4 %) і уникнення (62,2 %). При цьому, в порівнянні з іншими варіантами ПТСР, статистично значущого переважання певної групи симптомів при АВ ПТСР виявлено не було (при $p > 0,5$).

У групі пацієнтів з АВ ПТСР вираженість депресивних розладів дорівнювала $17,6 \pm 2,6$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з ДВ ПТСР, ТВ ПТСР і ІВ ПТСР), що відповідає діапазону депресивного розладу середньої вираженості.

В цій групі військовослужбовців з АВ ПТСР вираженість тривожних розладів склала $13,2 \pm 2,5$ бали (при $P > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою), що відображає відсутність тривожних розладів.

У групі обстежених з АВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду склав $12,5 \pm 4,1$ бала (при $P > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону середнього рівня вираженості бойового досвіду.

Провідними факторами інтенсивності бойового досвіду в цій групі була участь (до 20-30 разів) у військових дозорах, десантних і інших операціях підвищеної небезпеки. При цьому, в обстежених не виявлено факторів інтенсивності бойового досвіду, які достовірно відрізнялися від показників контрольної групи (при $P > 0,5$).

У пацієнтів з ІВ ПТСР виділені наступні клініко-психопатологічні закономірності.

При вивченні особливостей актуальних психогеній встановлено, що в групі пацієнтів з ІВ ПТСР, достовірно переважали (при порівнянні з контролем) наступні психогенії: з групи бойових психотравм - загроза власному життю через обстріли (артилерійські, мінометні, реактивні і ін.) (у 85,7 % випадків, при $p < 0,05$ в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи); з групи побутових психотравм воєнного часу - недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок) на передових позиціях (у 82,1 % випадків, при $p < 0,01$), погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги (у 78,6 % випадків, при $p < 0,01$); з групи професійних та інформаційних психотравм воєнного часу - недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (у 85,7 % випадків, при $p < 0,05$) і фактори «гібридної війни» (78,6 %, при $p < 0,01$).

Аналіз клініко-психопатологічних характеристик ІВ ПТСР за допомогою шкали CAPS свідчив про те, що при ІВ ПТСР частота симптомів ПТСР склала $33,0 \pm 3,5$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), а їх інтенсивність $31,9 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), загальна тяжкість ПТСР дорівнювала $67,1 \pm 6,8$ балів (при $p < 0,05$ в порівнянні з АВ ПТСР), що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

У порівнянні з іншими варіантами ПТСР, у пацієнтів з ІВ ПТСР статистично достовірно переважали симптоми, пов'язані зі стійким униканням подразників, що асоціюються з травмою або «блокадою» загальної здібності до реагування: зусилля, спрямовані на те, щоб уникати дій або ситуацій, які викликають спогади про травму

(F - $2,8 \pm 0,8$; I - $3,0 \pm 0,8$, при $p < 0,05$). При ІВ ПТСР, за даними опитувальника ОТС, достовірно частіше реєструвалися перебільшене реагування на звичайні подразники (у 64,3 % випадків, при $p < 0,05$) і «провина того, що вижив» (у 21,4 % випадків, при $p < 0,05$).

Результати оцінки тесту IOES-R показали, що в групі пацієнтів з ІВ ПТСР вираженість психічних розладів ПТСР склала $46,8 \pm 7,1$ бали (при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою військовослужбовців), що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР. При ІВ ПТСР в клінічних проявах найбільш частими були симптоми вторгнення (60,7 %) і уникнення (85,7 %). У порівнянні з іншими варіантами ПТСР, виявлено достовірне переважання проявів уникнення ($p < 0,05$).

Аналіз результатів за шкалою SCL-90-R дозволив виявити широкий спектр психопатологічних феноменів, що характеризують цей варіант ПТСР. При ІВ в клінічних проявах ПТСР, переважають соматизація, міжособистісна сензитивність, депресивні розлади і тривожність.

Згідно з даними шкали HDRS в групі обстежених з ІВ ПТСР вираженість депресивних розладів склала $12,9 \pm 2,0$ бали (при $p < 0,01$, у порівнянні з контрольною групою), що відповідає діапазону легкої вираженості депресивного розладу. Аналіз результатів HARS свідчив про те, що у пацієнтів з ІВ ПТСР вираженість тривожних розладів дорівнювала $21,1 \pm 3,0$ бали (при $p < 0,01$, у порівнянні з контрольною групою і при $p < 0,05$ в порівнянні з ДВ і АВ ПТСР), що відповідає діапазону середньої тяжкості тривожних розладів. При ІВ ПТСР рівень інтенсивності бойового досвіду склав $16,6 \pm 5,2$ бали (при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою військовослужбовців), що відповідає діапазону середньо-високого рівня вираженості бойового досвіду.

У цій групі, в порівнянні з військовослужбовцями контрольної групи, статистично значимо переважали інтенсивність наступних факторів бойового досвіду: тривалість (понад 4-6 міс.) знаходження в зоні обстрілу з боку противника ($3,2 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$); частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і в інші дуже небезпечні ситуації ($3,4 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,05$).

Аналіз типів перебігу ПТСР при різних варіантах даної патології показав, що прогредієнтний тип перебігу виявлено у 31,2 % пацієнтів, стабільний – у 34,4 %, регредієнтний – у 34,4 %. ДВ ПТСР характеризувався достовірним переважанням прогредієнтного типу перебігу (47,1 %, $p < 0,05$), стабільний і регредієнтний типи перебігу у пацієнтів з цим варіантом ПТСР зустрічалися рідше (27,5 %, $p < 0,05$). При ТВ ПТСР достовірно частіше зустрічався стабільний тип перебігу (51,2 %, $p < 0,05$), прогресивний тип виявлено у 17,1 % випадків, регредієнтний – у 31,7 %. У пацієнтів з АВ ПТСР домінуючим був регредієнтний тип перебігу (48,6 %, $p < 0,05$), прогредієнтний і стабільний типи перебігу в цій групі зустрічалися достовірно рідше (24,3 % і 27,0 %). При ІВ ПТСР всі типи перебігу зустрічалися практично з однаковою частотою: прогредієнтний у 32,1 % пацієнтів, стабільний - у 32,1 % пацієнтів, регредієнтний - у 35,7 % пацієнтів.

Визначені особливості різних варіантів та типів перебігу бойових ПТСР необхідно враховувати в діагностиці та лікуванні цих пацієнтів.

Усі перелічені характеристики необхідно враховувати в процесі діагностики різних варіантів ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Література:

1. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных [Текст] / М.Ю. Антомонов. – К., 2006. – 556 с.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах [Текст] / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф.Шестопалова та ін.: Методичні рекомендації. – Харків, 2014. – 79 с.
3. Заворотный В.И. Диагностические предикторы и критерии различных вариантов посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, участвовавших в боевых действиях на Востоке Украины [Текст] / В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26. – Вип. 2 (95). – С. 43-47.
4. Заворотный В.И. Клинические варианты посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях на Востоке

Украины [Текст] / В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26. – Вип. 1 (94). – С. 73-77.

5. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України [Текст] / П.І. Мех, А.П. Казмірчук, А.В. Швець та ін. / під заг. ред. професора, д.м.н. В.В. Стеблюка та д.м.н. А.М. Галушки. – К., 2017. – 252 с.

6. Кожина Г.М. Психосвітні заходи в умовах гібридної війни [Текст] / Г.М. Кожина, Л.М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25, вип. 1 (90). – С. 123-124.

7. Кожина Г.М. Спосіб терапії психопатологічних наслідків бойового стресу в учасників антитерористичної операції [Текст] / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, О.В. Друзь, В.Д. Наумов // Патент України на корисну модель №133760, 25.04.2019. – 2019. – 6 с.

8. Кожина Г.М. Спосіб медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій [Текст] / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, О.В. Друзь, І.О.Черненко, А.П. Казмірчук // Патент України на корисну модель №132848, 11.03.2019. – 2019. – 4 с.

9. Кожина Г.М. Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності [Текст] / Г.М. Кожина, В.І. Коростій, К.О. Зеленська // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25, вип. 1 (90). – С.124-125.

10. Опитувальник для визначення рівня психоемоційних розладів у військовослужбовців-офіцерів [Текст] / Г.М. Кожина, В.І. Коростій, К.О.Зеленська, О.Б. Платинюк // Авторське свідоцтво №74612 від 13.11.2017. – 2017. – 3 с.

11. Kozhyna H.M. Clinical features and adjustment disorders in refugees from the zone АТО [Текст] / H.M. Kozhyna, V.I. Korostii, V.B Mykhailov // European psychiatry. The journal of the European psychiatric association, April, 2017, Vol. 41, 3.725-726.

12. "Метод психосоціальної реабілітації стану військовослужбовців – учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, що ускладнилися розладами адаптації" [Текст] / Г.М. Кожина, І.М. Стрельнікова, К.О.

Зеленська, В.О.Кощій, М.В. Маркова // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №178-2019., Київ, 2019, 4 с.

13. Котенёв И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях [Текст] / И.О. Котенёв. – М., 1996. – 96 с.

14. Кутько И.И. Клинический метод диагностики на современном этапе развитии психиатрии [Текст] / И.И. Кутько, О.А. Панченко, А.Н. Линева, Г.С. Рачкаускас // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 10 (461). – С. 16-20.

15. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

16. Марута Н.А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Н.А. Марута, В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26. – Вип. 3 (96). – С.33-38.

17. Марута Н.А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Н.А. Марута, В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 3 (96). – С. 33-39.

18. Марута Н.О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання [Текст] / Н.О. Марута, М.В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 21-28.

19. Марута Н.О. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб [Текст] / Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. // Український вісник психоневрології. – 2019. – Т. 27, вип. 2 (99). - С. 63-67.

20. Овчинников Б.В. Психическая предпатология превентивная диагностика и коррекция [Текст] / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 368 с.

21. Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптація в постраждалих унаслідок військового конфлікту. Розділ 3.2 у навчально-методичному посібнику «Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту» [Текст] / Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф.,

Кукуруза Г.В., Проскуріна Т.Ю.- К.: Агентство «України». – 2015. – 176 с. (С.58-62).

22. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие [Текст] / ред.-сост. Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ». – 2002. – 672 с.

23. Психологічні наслідки екстремальних подій у запитаннях та відповідях [Текст] / Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., Коростій В.І.: Методичні рекомендація (Серія літератури з психоосвіти). – Харків, 2015. – 21 с.

24. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) [Текст]: колективна монографія за редакцією професора П. В. Волошина, професора Н. О. Марути. – Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. - 335 с.

25. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

26. Чуркин А.А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии [Текст] / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. – М.: МегаПро, 2010. – 132 с.

27. Maruta N.O., Zavorotnyy V.I. Clinical-psychopathological characteristics of clinical variants and types of the course of PTSD in servicemen of the armed forces, participants in military operations in Eastern Ukraine [Текст] / European Psychiatry, March 2018. – Vol. 48 / Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. – 2018. – S657. – EV0636.

28. Mezzich J. Validization an efficient quality of life index [Текст] / J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez [et al.]: Hamburg: 11th World Congress of Psychiatry: Psychiatry on new Thresholds. – 1999. – P.427-428.

2.3. ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В БОЙОВИХ ДІЯХ

Марута Н.О., Кожина Г.М., Заворотний В.І., Зеленська К.О.

У сучасному світі, в період соціально-економічних потрясінь і нестабільності, численних локальних військових конфліктів, значною розповсюдженістю характеризуються психологічні та психопатологічні порушення, в генезі яких значна роль належить стресовим факторам [1, 2, 3, 17, 23, 24, 25].

В Україні так само відзначається зростання психічної патології зумовленої впливом соціально-стресових факторів. Зростання цих психічних розладів пов'язане з напруженою і нестабільною соціально-політичною, економічною та психологічною ситуацією, яка сприяє формуванню психоемоційного перенапруження і розвитку різних порушень, основу яких складають розлади адаптації [11, 13, 14, 15, 18, 20].

Контингент осіб, який має подібні психічні розлади, в значній мірі поповнюється за рахунок жителів країни, які постраждали в результаті військових дій на сході України та військовослужбовців ЗСУ, які безпосередньо брали участь у збройному конфлікті. [18, 20, 21, 22, 23].

У багатьох з них після перенесеного стресу, спостерігаються різні варіанти дезадаптації від умовно патологічних реакцій до виражених психопатологічних проявів, серед яких важливе місце займає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР є станом, який характеризується патологічною відповіддю психіки людини на важкі травматичні події, небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя [4, 8, 9, 19, 26]. Лікування і реабілітація військовослужбовців має важливе значення для відновлення їх соціального функціонування [5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 17].

З урахуванням отриманих в комплексному дослідженні даних про ризик-фактори і психопатологічні особливості різних варіантів ПТСР, патопсихологічних і соціально-психологічних особливостей різних варіантів бойових ПТСР, нами була розроблена і апробована програма комплексної диференційованої терапії цієї патології.

В основу цієї програми лягли наступні принципи: своєчасність, комплексність, диференційованість, етапність, наступність.

Перший принцип - принцип своєчасності терапевтичних заходів полягає в ранній діагностиці ПТСР і ранньому наданні їм комплексної медичної та психологічної допомоги. З метою реалізації цього принципу, долікарська і перша медико-психологічна допомога військовослужбовцям з бойовими ПТСР повинна починатися на полі бою та у військовій частині (самопоміага, взаємодопоміага, допоміага в медичних пунктах військових частин та в мобільних військових шпиталях) на етапі гострої реакції на стрес і етапі формування посттравматичного стресового розладу.

Використання цього принципу в терапевтичній програмі військовослужбовців з ПТСР дозволяє:

- попередити трансформацію гострих реакцій на стрес у ПТСР, трансформацію ПТСР в інші, більш важкі психічні розлади, хронізацію ПТСР, розвиток коморбідної психічної патології;
- відновити працездатність і боєздатність військовослужбовців в більш короткі терміни.

Другий принцип - принцип комплексного впливу на біологічні, психологічні (професійні та соціальні) етіопатогенетичні механізми розвитку ПТСР у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях за рахунок:

- оптимального поєднання фармакологічних, психотерапевтичних, соціально-психологічних методів терапії, що впливають як на чинники формування ПТСР, так і на фактори, що протидіють розвитку цієї психічної патології;
- участі в лікувальному процесі лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, медичних психологів, лікарів загальної практики, соціальних працівників, працівників служб зайнятості, юристів;
- проведення терапевтичних заходів:

1) у військових і цивільних медичних установах (медичні пункти військових частин, військові мобільні шпиталі, шпиталі, цивільні спеціалізовані клініки, стаціонари, диспансери та амбулаторії, військові і цивільні центри реабілітації, санаторно-курортні установи);

2) в медико-соціальних установах (соціально-психологічні реабілітаційні центри, служби зайнятості).

Третій принцип - принцип диференційованого впливу, що дозволяє при розробці програми терапії військовослужбовців з ПТСР враховувати:

- особливості формування, перебігу та клініки різних варіантів ПТСР;
- індивідуальні саногенні біологічні та соціально-психологічні чинники, що протидіють розвитку ПТСР;
- індивідуальні особливості особистості (характер, поведінкова спрямованість, мотиви, настанови, потенціал особистості і т.д.);
- особливості сомато-неврологічного статусу пацієнтів з ПТСР;
- індивідуальний професійний і соціальний статус військовослужбовців, що визначає характер соціальної адаптації та можливості соціально-психологічної реадaptaції.

Четвертий принцип - принцип поетапного впливу терапевтичних заходів у програмі. Відповідно до цього принципу, розроблена програма складається з декількох етапів.

1. Етап долікарської допомоги (самодопомога, взаємодопомога, надання екстреної медико-психологічної допомоги санітарними інструкторами в період гострої реакції на стрес), від якої залежать особливості формування клініки ПТСР і їх подальша динаміка;

2. Етап невідкладної та спеціалізованої медико-психологічної допомоги (медичні пункти військових частин, військові мобільні шпиталі, клінічні шпиталі, цивільні спеціалізовані лікарні, стаціонари, диспансери, військові і цивільні спеціалізовані кризові центри);

2.1 етап невідкладної медико-психологічної допомоги (медичні пункти військових частин, військові мобільні шпиталі);

2.2 етап спеціалізованої медичної та соціально-психологічної допомоги (військово-медичні клінічні центри МО України, цивільні спеціалізовані психіатричні лікарні, військові і цивільні спеціалізовані кризові центри);

3. Етап профілактичних медичних і соціально-психологічних заходів (військові і цивільні центри, відділення реабілітації, цивільні спеціалізовані психо-

неврологічні амбулаторії, санаторно-курортні установи, служби зайнятості, центри професійної реабілітації).

П'ятий принцип - принцип спадкоємності терапевтичних заходів. Цей принцип в розробленій програмі терапії військовослужбовців з ПТСР відображає координовану взаємодію всіх установ і фахівців в процесі реалізації допомоги. Принцип спадкоємності здійснюється завдяки координуючим діям лікаря-психіатра і наявності індивідуальної програми терапії та реабілітації військовослужбовця, в якій відображена послідовність заходів і місця їх проведення.

З урахуванням викладених принципів, виділених психопатологічних особливостей різних варіантів ПТСР, патопсихологічних і соціально-психологічних особливостей військовослужбовців з цими варіантами ПТСР, в програмі комплексної диференційованої терапії використовується поєднання фармакологічних, психотерапевтичних, соціально-психологічних методів.

Розроблені лікувально-реабілітаційні модулі для пацієнтів з ТВ, АВ і ІВ ПТСР включають (фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту і соціально-психологічний супровід).

Лікувально-реабілітаційний модуль для пацієнтів з дисфоричним варіантом (ДВ) ПТСР представлений в таблиці 36.

Програма терапії пацієнтів з дисфоричним варіантом ПТСР

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p><u>Клінічні ознаки</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Прогредієнтний тип перебігу ПТСР з середньо-високим рівнем дистресу; ✓ Депресивний епізод легкого ступеня; ✓ Виражена фізіологічна збудливість з ворожістю, роздратуванням, гнівом, настороженістю, надпильністю; ✓ Порушення концентрації уваги. <p><u>Акцентуації характеру:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Афективно-ригідна; ✓ Збудлива. <p><u>Фактори соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Відсутність сімейних стосунків; ✓ Незадоволеність: - соціальним статусом, матеріальним станом, побутовими умовами; 	<p><u>Фармакотерапія</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Комплексне застосування антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних, снодійних засобів, β-блокаторів та антипсихотичних препаратів; ✓ Антидепресанти: сертралін (до 100 мг/добу), або флувоксамін (до 100 мг/добу), або агомелатін (до 50 мг / сут (препарат другого вибору, 4-6 місяців). ✓ «Малі» нейрорептици - хлорпротиксен (25-50 мг/добу) - додаткова терапія (до 2-х місяців). ✓ Нормотиміки (карбамазепін 200-400 мг/добу) (до 2-х місяців). 	<p><u>Клінічні</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Купірування вираженою збудливістю, реактивності, дратівливості і агресивності, проявів депресивного розладу. ✓ Корекція помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з травматичною подією. ✓ Відновлення відчуття цінності власної особистості. ✓ Вироблення навичок: самоконтролю, оволодіння з травмою, ворожістю, настороженістю, надпильністю. ✓ Відновлення функцій концентрації уваги. <p><u>Індивідуально-психологічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Усвідомлення і корекція: <ul style="list-style-type: none"> - основних причин і механізмів формування збудливого типу емоційного реагування; - помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з особливостями збудливої і афективно-ригідної акцентуації особистості. ✓ Вироблення і закріплення: <ul style="list-style-type: none"> - емоційної стійкості до фрустрації життєво-важливих потреб; - емоційної і поведінкової стійкості до формування ідей і відносин, які важко корегуються; - ефективних комунікативних і соціальних навичок в поведінці. ✓ Формування емоційного стану з відчуттям оптимізму, врівноваженості, довіри і безпеки.

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p>- роботою до служби в ЗСУ; - соціо-емоційною підтримкою; - громадською та службовою підтримкою.</p> <p><u>Механізми соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ «Домінування»; ✓ «неприйняття інших». ✓ Поведінка в кризових ситуаціях: ✓ Емоційна-орієнтована. <p><u>Актуальні психогенії:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Загибель, поранення товаришів по службі і друзів, які зникли безвісті військовослужбовці; ✓ Спостереження вбивств і поранень в ході бойових дій; ✓ Недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок 	<p><u>Психотерапія та психоосвіта:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Психоосвіта (індивідуальна та групова, тривалістю 2-3 місяці). ✓ Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (10-12 сеансів). ✓ Проблемно долаюча терапія (10 сеансів); ✓ Сімейна психотерапія (1-3 місяці); ✓ Соціально-психологічні методи: ✓ Соціально-педагогічні та соціально-середовищні методи роботи (корекція взаємин у службовому колективі військовослужбовця). 	<p><u>Соціально-психологічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Формування гармонійних сімейних відносин на основі взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки (для військовослужбовців, які перебувають у шлюбі). ✓ Корекція негативного ставлення військовослужбовця до свого матеріального і соціального становища, економічних і соціально-побутових умов життя, взаємин з товаришами по службі, до ситуації, що склалася в суспільстві і державі. ✓ Відтворення втрачених і порушених громадських зв'язків і відносин військовослужбовця або формування нових зв'язків, усунення різних соціально-психологічних обмежень. ✓ Зниження почуття ізоляції і формування почуття приналежності, доречності, спільності цілей, комфорту і підтримки. ✓ Забезпечення соціальної підтримки. <p><u>Соціальне функціонування:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Навчання методам опанування наслідків бойових психотравм. ✓ Реорієнтація ставлення військовослужбовця до психотравм бойових умов служби. ✓ Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті психологічні травми бойових умов служби і мирного часу.

Як свідчать дані таблиці фармакотерапія для цих пацієнтів проводилася з використанням антидепресантів, тимостабілізаторів і «малих» нейролептиків.

Антидепресантам належить провідна роль в фармакотерапії ПТСР. Препаратами першої лінії для пацієнтів з дисфоричним варіантом є серталін або флувоксамін, другого вибору - агомелатин. В якості додаткової терапії при необхідності застосовувалися «малі» нейролептики і тимостабілізатори. При необхідності застосовувалися транквілізатори і снодійні засоби. Термін застосування транквілізаторів і снодійних не перевищував 10-14 днів.

Психоосвіта в цій групі пацієнтів проводилася в індивідуальному і груповому варіанті. Методи психотерапії реалізувалися із застосуванням травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, яка виконувала патогенетичну роль, а також з використанням проблемно-долаючих технік і сімейної психотерапії. Соціально-психологічна підтримка була спрямована на корекцію взаємин у службовому колективі військовослужбовця.

Терапевтичний модуль для військовослужбовців з тривожним варіантом ПТСР представлений в таблиці 37. Відмінними рисами цього модуля є застосування в якості антидепресантів першого вибору пароксетину або есциталопраму, другого - тразодону. Додаткова терапія включала застосування хлорпротиксена або сульпіриду, а також прегабаліну. У цій групі пацієнтів використовувалися β -блокатори. Психотерапія у реалізувалася за допомогою ТФ КПТ (базовий метод), а також додаткових - групової КПТ, тренінгів подолання тривоги і формування впевненості в собі.

У пацієнтів з астеничним варіантом ПТСР комплекс терапевтичних заходів мав свої особливості (табл. 38). Фармакотерапія проводилася із застосуванням антидепресантів (сертралін або пароксетин), нормотиміків, снодійних та засобів, що поліпшують метаболічні процеси головного мозку (екстракт листя гінго двулопатового). Психотерапія включала використання ТФ КПТ в якості базового методу, раціональної індивідуальної психотерапії, арт-терапії та аутогенного тренування.

У пацієнтів з іпохондричним варіантом (ІВ) ПТСР терапевтичний модуль мав свої особливості (табл. 39).

Програма терапії пацієнтів з тривожним варіантом ПТСР

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p><u>Клінічні ознаки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ стабільний тип перебігу ПТСР з середньо-високим рівнем психічного дистресу; ✓ тривожні розлади середньо-важкого ступеня з фобічною тривожністю, вегетативними розладами, тривожним настроєм і напругою; ✓ депресивні розлади легкого ступеня; ✓ виражені симптоми вторгнення з нав'язливими спогадами про подію, що викликає дистрес, з переживаннями обставин, травматичного події, з вираженими флешбек- ефектами і снами про травматичному подію. <p>Акцентуації характеру:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Тривожна ✓ Емотивна <p>Фактори соціально-психологічної дезадаптації:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Відсутність сімейних стосунків; ✓ Незадоволеність: ✓ Відносинами з дружиною, дітьми, батьками, друзями і знайомими; 	<p><u>Фармакотерапія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Антидепресанти: пароксетин (до 40 мг/добу) або есциталопрам (до 20 мг / добу), або тразодон (75-150 мг/сут, друга лінія), 4-6 міс. ✓ Нейролептики: хлорпротиксен (до 75-100 мг / добу) або сульпірид (до 200 мг / добу), 1-2 міс. (додаткова терапія). ✓ β-блокатори - пропранолол (до 120 мг / добу), 20 днів. ✓ Анксиолітики: прегабалін 150-300 мг / сут - 1 міс. (додаткова терапія) <p><u>Психотерапія та психоосвіта:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Психоосвіта (індивідуальна, 2 місяці); 	<p><u>Клінічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Купірування тривожних розладів і їх еквівалентів, нав'язливих страхів, спогадів і переживань, пов'язаних з травматичною подією. ✓ Нормалізація сомато-вегетативних проявів. ✓ Корекція помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з травматичною подією. ✓ Афективна переоцінка травматичного досвіду, зменшення почуття провини, відновлення відчуття цінності власної особистості. ✓ Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень тривоги і уникати розвитку вторинних страхів. <p><u>Індивідуально-психологічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ідентифікація когнітивних елементів і фізичних симптомів тривожного стану. ✓ Вироблення навичок опанування тривожністю і ефективного управління психофізіологічним станом і емоційними реакціями. ✓ Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень тривоги і уникати розвитку вторинних страхів.

<p>✓ Станом психологічного благополуччя;</p> <p>✓ Міжособистісною взаємодією.</p> <p><u>Механізми соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <p>✓ «Неприйняття себе»</p> <p>✓ -виражена «відомість»</p> <p><u>Поведінка в кризових ситуаціях:</u></p> <p>✓ уникнення;</p> <p>✓ «відволікання».</p> <p><u>Актуальні психогенії:</u></p> <p>✓ Загроза власному життю через обстріли;</p> <p>✓ Погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги;</p> <p>✓ Тривалість (понад 4-6 міс.) Знаходження в зоні обстрілу з боку супротивника;</p> <p>✓ Часта участь (понад 30-50 разів) в обстрілах супротивника;</p> <p>✓ Висока частота (більш 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і т.ін.</p>	<p>✓ Тф-КПТ (10-12 сеансів);</p> <p>✓ Групові КПТ (методи повені, експозиції, техніки десенсибілізації, розкриваючих інтервенцій і контролю наслідків), 4-6 міс .;</p> <p>✓ Тренінг подолання тривоги і формування впевненості в собі (тренування припинення і стримання тривожних думок, впізнання ірраціональних думок, вироблення адекватної моделі поведінки, спрямованої на подолання тривоги), 3-4 міс.</p> <p><u>Соціально-психологічні методи:</u></p> <p>✓ Соціально-педагогічні та соціально-середовищні методи роботи (корекція взаємин у службовому колективі військовослужбовця).</p>	<p><u>Соціально-психологічні:</u></p> <p>✓ Вироблення навичок сімейних відносин, пов'язаних з взаємопідтримкою, взаємодопомогою і емпатією. Формування «гнучкої» поведінки при вирішенні сімейних конфліктів, розвиток умінь раціонального оцінювання вчинків членів сім'ї.</p> <p>✓ Підвищення задоволеності військовослужбовця власним статусом в значущих мікрогрупах.</p> <p>✓ Зниження почуття ізоляції і формування почуття групової приналежності, спільності цілей і психологічного комфорту при спілкуванні.</p> <p>✓ Забезпечення соціальної підтримки військовослужбовця, створення підтримуючої атмосфери прийняття себе та інших.</p> <p>✓ Вироблення самостійності і ефективних шляхів вирішення проблем повсякденного і екзистенціального рівнів.</p> <p>✓ Відтворення втрачених і порушених громадських зв'язків і відносин військовослужбовця або формування нових зв'язків.</p> <p><u>Соціально-функціонування:</u></p> <p>✓ Навчання методам опанування наслідками бойових психотравм.</p> <p>✓ Реорієнтація відносини військовослужбовця до психотравм бойових умов служби.</p> <p>✓ Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на психологічні травми бойових умов служби і мирного часу.</p>
---	--	--

Програма терапії пацієнтів з астенічним варіантом ПТСР

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p><u>Клінічні ознаки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Регредієнтний тип перебігу ПТСР із середнім рівнем дистресу; ✓ Депресивні розлади середнього ступеня з депресивним настроєм, явищами деперсоналізації і дереалізації, порушеннями сну (труднощі з засинанням), пам'яті і концентрації уваги, уплощенням емоційних реакцій. <p><u>Акцентуації характеру:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Дистимічна; ✓ Педантична. <p><u>Фактори соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Низька працездатність; ✓ Безробіття (страх втратити роботу); ✓ Незадоволеність: способом життя; особистісною реалізацією. <p><u>Механізми соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ «Емоційний дискомфорт»; 	<p><u>Фармакотерапія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Антидепресанти: сертралін (до 100 мг / добу) або паркосетин (до 40 мг / добу), 3-4 міс. ✓ Нормотиміки карбамазепін (200-400 мг / добу) або вальпроат натрію (300-600 мг / добу), 2-3 міс. (додаткова терапія) ✓ Снодійні: зопіклон (7,5 мг) 10 днів. ✓ Засоби, що стимулюють метаболічні процеси головного мозку: екстракт листя гінкго дволопатового, 20-30 днів. <p><u>Психотерапія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ТФ-КПТ - 10 сеансів ✓ Метод десенсибілізації і переробки рухом очей (ДПДГ) ✓ Раціональна індивідуальна психотерапія (1 міс.) ✓ Групова арт-терапія (4 міс.) ✓ Аутогенне тренування з формулами самонавіювання, 	<p><u>Клінічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Емоційної і поведінкової стійкості до формування реакцій депресивного спектру; ✓ Соціальних навичок, пов'язаних з взаємопідтримкою, взаємодопомогою, взаєморозумінням, самоповагою. <p><u>Соціально-психологічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Корекція негативного ставлення військовослужбовця до сформованого образу власного життя і характеру особистісної реалізації. ✓ Реорієнтація відносини військовослужбовця до сформованого образу свого життя і характеру особистісної реалізації (в разі неможливості їх зміни) за рахунок формування альтернативних настанов, інтересів, цінностей і життєвих цілей. ✓ Формування у військовослужбовця почуття спільності цілей і підтримки з боку соціального оточення. ✓ Вироблення навичок ефективного вирішення соціально-психологічних проблем повсякденного і екзистенціального рівнів. ✓ Формування професійної адаптації, реадаптації або реорієнтації військовослужбовця з

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<ul style="list-style-type: none"> ✓ «Ескапізм». <u>Поведінка в кризових ситуаціях:</u> ✓ Емоційно-орієнтована. Актуальні психогенії: ✓ Загроза власному життю через обстріли; ✓ Загибель товаришів по службі і друзів; ✓ Недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок). 	<p>спрямованими на самоконтроль емоцій (2-3 міс.).</p> <p><u>Соціально-психологічні методи:</u></p> <p>Соціально-педагогічні та соціально-середовищні методи роботи, професійне навчання (перенавчання), раціональне працевлаштування (для військовослужбовців, які втратили роботу).</p>	<p>метою збільшення рівня його задоволеності своєю професією і службою.</p> <p><u>Соціальне функціонування:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Навчання методам опанування наслідків бойових психотравм. ✓ Реорієнтація відносини військовослужбовця до психотравм бойових умов служби. ✓ Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті психологічні травми бойових умов служби.

Таблиця 39

Програма терапії пацієнтів з іпохондричним варіантом ПТСР

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p><u>Клінічні ознаки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Середньо-високий рівень дистресу; ✓ Соматизація психічних розладів; ✓ Міжособистісна чутливість; ✓ Тривожні розлади середнього ступеня з соматичними сенсорними і серцево-судинними симптомами; 	<p><u>Фармакотерапія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Антидепресанти: пароксетин (до 40 мг/добу), або венлафаксин (до 225 мг/добу) 3-4 місяці. ✓ Нейролептики: сульпірид 2,0 в / м щодня, протягом 10 днів з подальшим переходом на пігулку форму (до 400 мг / добу) (додаткова терапія). ✓ β-блокатори - пропранолол (до 120 мг / добу), 20 днів. 	<p><u>Клінічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Купірування проявів загальної та соматизованої тривоги, іпохондричних страхів, міжособистісної чутливості, перебільшеного реагування на звичайні подразники і подразники, що асоціюються з психотравмою. ✓ Корекція помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з травматичною подією. ✓ Афективна переоцінка травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості. ✓ Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють

Терапевтична «мішень»	Засоби терапії	Очікувані результати
<p>✓ Депресивні розлади легкого ступеня з соматичною тривогою, іпохондричними розладами і «провиною того, хто вижив»;</p> <p>✓ Виражені прояви перебільшеного реагування на звичайні подразники з симптомами уникнення подразників, що асоціюються з травмою, «блокада» загальної здібності до реагування.</p> <p><u>Акцентуації характеру:</u></p> <p>✓ Педантична;</p> <p>✓ Тривожна.</p> <p><u>Фактори соціально-психологічної дезадаптації:</u></p> <p>✓ Відсутність шлюбних (сімейних) стосунків;</p> <p>✓ Незадоволеність:</p> <ul style="list-style-type: none"> - змістом служби в бойових умовах, умовами професійної діяльності; - фізичним станом. 	<p>✓ Анксиолітики: афобазол (10-30 мг / добу), або етифоксину гідрохлорид (до 150 мг / добу), 10-14 днів.</p> <p><u>Психотерапія:</u></p> <p>✓ ТФ-КПТ (12 сеансів).</p> <p>✓ Метод десенсибілізації і переробки рухом очей (ДПДГ).</p> <p>✓ Сімейна психотерапія (10 сеансів).</p> <p>✓ Групова КПТ (техніки повені, десенсибілізації, зміни думок і переконань, розкриваючих інтервенцій, контролю наслідків), 2-4 міс.</p> <p><u>Соціально-психологічні методи:</u></p> <p>✓ Соціально-педагогічні та соціально-середовищні методи роботи (корекція взаємин військовослужбовців в службовому колективі), професійне навчання (перенавчання), раціональне працевлаштування (для військовослужбовців, які втратили роботу)</p>	<p>пацієнтові знижувати рівень загальної та соматичної тривоги і уникати розвитку вторинних іпохондричних страхів.</p> <p><u>Індивідуально-психологічні:</u></p> <p>✓ Усвідомлення і корекція:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основних причин і механізмів формування іпохондричного типу реагування; - помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з особливостями тривожної і педантичної акцентуації особистості. <p>✓ Ідентифікація когнітивних елементів і фізичних симптомів формуючих тривожний стан.</p> <p>✓ Вироблення і закріплення:</p> <ul style="list-style-type: none"> - емоційної і поведінкової - стійкості до формування реакцій тривожного і педантичного спектра. <p>✓ Формування нових форм когнітивного реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень іпохондризації.</p> <p><u>Соціально-психологічні:</u></p> <p>✓ Вироблення вмінь формування гармонійних сімейних відносин (для військовослужбовців з наявністю сімейних проблем).</p> <p>✓ Формування професійної адаптації, реадптації або реорієнтації військовослужбовця з метою</p>

Дані таблиці свідчать про те, що фармакотерапія в цій групі військовослужбовців базувалася на застосуванні антидепресантів (пароксетин або венлафаксин), анксиолітиків (афобазол або етифоксину гідрохлорид), β -блокаторів (пропранолол); в якості додаткової терапії застосовувалися нейролептики (сульпірид).

Психотерапія в даному модулі проводилася за допомогою ТФ-ВПТ, методу ДПДГ, групової КПТ і сімейної психотерапії.

Оцінка ефективності розробленої комплексної диференційованої програми терапії військовослужбовців з ПТСР проводилася в порівнянні з традиційними методами лікування.

Критеріями ефективності використання розробленої програми терапії були:

- динаміка психічного стану пацієнтів з бойовими ПТСР;
- динаміка особистісних якостей і соціально-психологічної адаптації;
- динаміка соціального і професійного статусу, якості життя пацієнтів з цієї психічною патологією.

Для оцінки ефективності розробленої терапевтичної програми використовувалися клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний методи, а також статистичні методи обробки отриманих даних.

В апробації розробленої програми терапії брало участь 72 пацієнтів з різними варіантами ПТСР (основна група). Контрольна група складалася з 65 пацієнтів з ПТСР. Всі обстежені основної та контрольної групи були відібрані з основної групи, що брали участь в першій частині дослідження.

Основна група пройшла курс терапевтичних заходів за розробленою програмою комплексної диференційованої терапії, контрольна група – пройшла курс традиційної терапії пацієнтів з ПТСР.

У вивченні клінічної ефективності розробленої програми терапії пацієнтів з ПТСР основної та контрольної групи були використані клініко-психопатологічний метод, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і для оцінки тривоги (HARS), шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП).

Загальна оцінка клінічної ефективності терапевтичних заходів у пацієнтів основної та контрольної групи представлена в таблиці 40.

Таблиця 40

Оцінка клінічної ефективності терапевтичних заходів у пацієнтів основної та контрольної групи

Критерії оцінки клінічної ефективності	Основна група		Контрольна група	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Психічне здоров'я	51	70,8±8,3*	31	47,7±4,9
Поліпшення психічного стану	7	9,7±1,2	7	10,8±1,2
Відсутність позитивної динаміки психічного стану	6	8,3±1,0	11	16,9±1,9*
Погіршення психічного стану	8	11,1±1,4	16	24,6±2,6**

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 40, в основній групі пацієнтів з бойовими ПТСР, які пройшли курс лікування за розробленою в дисертації програмою, в 70,8% випадків (при $p < 0,05$) діагностовано психічне здоров'я, тоді як після використання традиційних заходів, в контрольній групі психічне здоров'я діагностовано тільки у 47,7% військовослужбовців (при $p < 0,05$).

У той же час в контрольній групі військовослужбовців, які пройшли заходи за традиційною схемою реабілітації, відзначено більшу кількість пацієнтів з відсутністю позитивної динаміки психічного стану (в 16,9% випадків, при $p < 0,05$) і погіршенням психічного стану (в 24,6 % випадків, при $p < 0,01$).

В основній групі військовослужбовців відсутність позитивної динаміки психічного стану відзначено тільки в 8,3% випадків (при $p < 0,05$), а погіршення психічного стану - тільки в 11,1% випадків (при $p < 0,01$).

З метою поглибленого вивчення динаміки психопатологічної симптоматики у пацієнтів основної групи і контрольної групи, використовувався опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Результати цього дослідження наведені в таблиці 41.

Психопатологічна симптоматика у пацієнтів основної та контрольної групи, після лікування

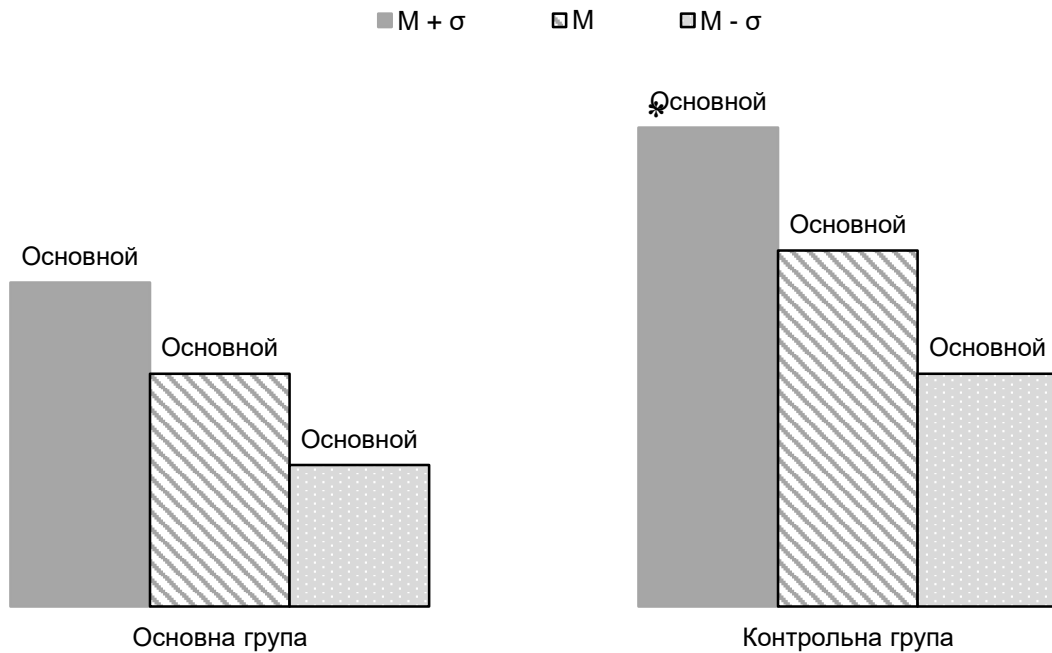
Психопатологічні розлади	Пацієнти (%±m)	
	Основна група	Контрольна група
Соматизація (SOM)	9,7±1,2	18,5±2,0*
Обсесивно-компульсивні розлади(О-С)	5,6±0,8	7,7±0,9
Міжособистісна сензитивність (INT)	4,2±0,6	6,2±0,8
Депресія (DEP)	8,3±1,0	10,8±1,2
Тривожність (ANX)	9,7±1,2	21,5±2,3**
Ворожість (HOS)	11,1±1,4	23,1±2,4**
Фобічна тривожність (PHOB).	4,2±0,6	7,7±0,9
Паранойяльні симптоми (PAR)	-	1,5±0,4
Психотизм (PSY).	-	-

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Результати, представлені в таблиці 41, свідчать про те, що в контрольній групі обстежених, які пройшли лікування за традиційною схемою, відзначено більшу кількість пацієнтів з соматизацією (у 18,5% випадків, при $p < 0,05$) психічної діяльності, тривожними розладами (у 21,5% випадків, при $p < 0,01$) і ворожістю (у 23,1% випадків, при $p < 0,01$).

В основній групі соматизація психічної діяльності відзначена лише в 9,7% випадків (при $p < 0,05$), тривожні розлади - так само в 9,7% випадків (при $p < 0,01$), ворожість - в 11,1 % випадків (при $p < 0,01$).

Результати аналізу середнього по групі рівня депресії і тривоги у пацієнтів з ПТСР основної та контрольної групи представлені на рис. 22 - 23.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$;

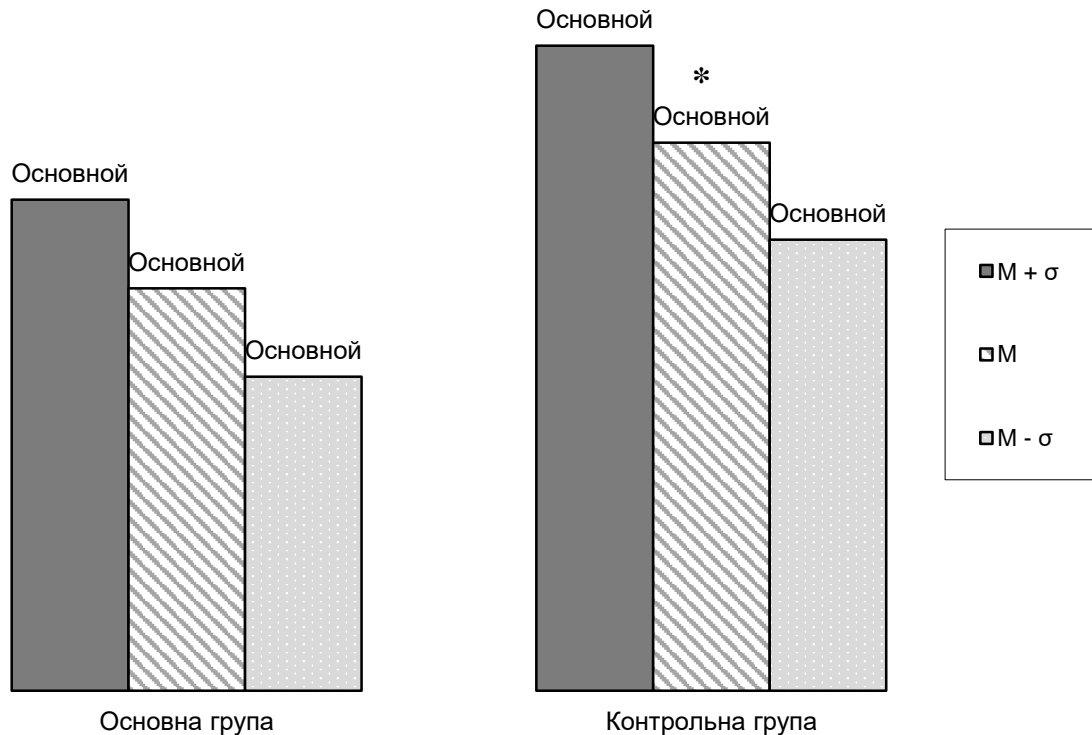
Рисунок 22. Вираженість депресії у пацієнтів основної та контрольної групи після лікування

Згідно з результатами, в основній групі військовослужбовців вираженість депресивних розладів склала - $5,1 \pm 2,0$ бали [3,1-7,1 бали] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону нормального афективного реагування (стану).

У контрольній групі вираженість депресивних розладів склала $7,8 \pm 2,7$ бали [5,1-10,5 бали] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону від нормального афективного реагування (стану) до легкого депресивного розладу у військовослужбовців цієї групи.

Згідно з результатами, представленими на рисунку 2, в основній групі в вираженість тривоги склала $14,1 \pm 3,1$ бали [11,0-17,2 бали] (при $p < 0,05$), що свідчить про відсутність тривожних розладів у цій групі.

У контрольній групі вираженість тривоги склала $19,2 \pm 3,4$ бали [15,8-22,6 бали] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону середньо-легкого тривожного розладу у цій групі обстежених.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$;

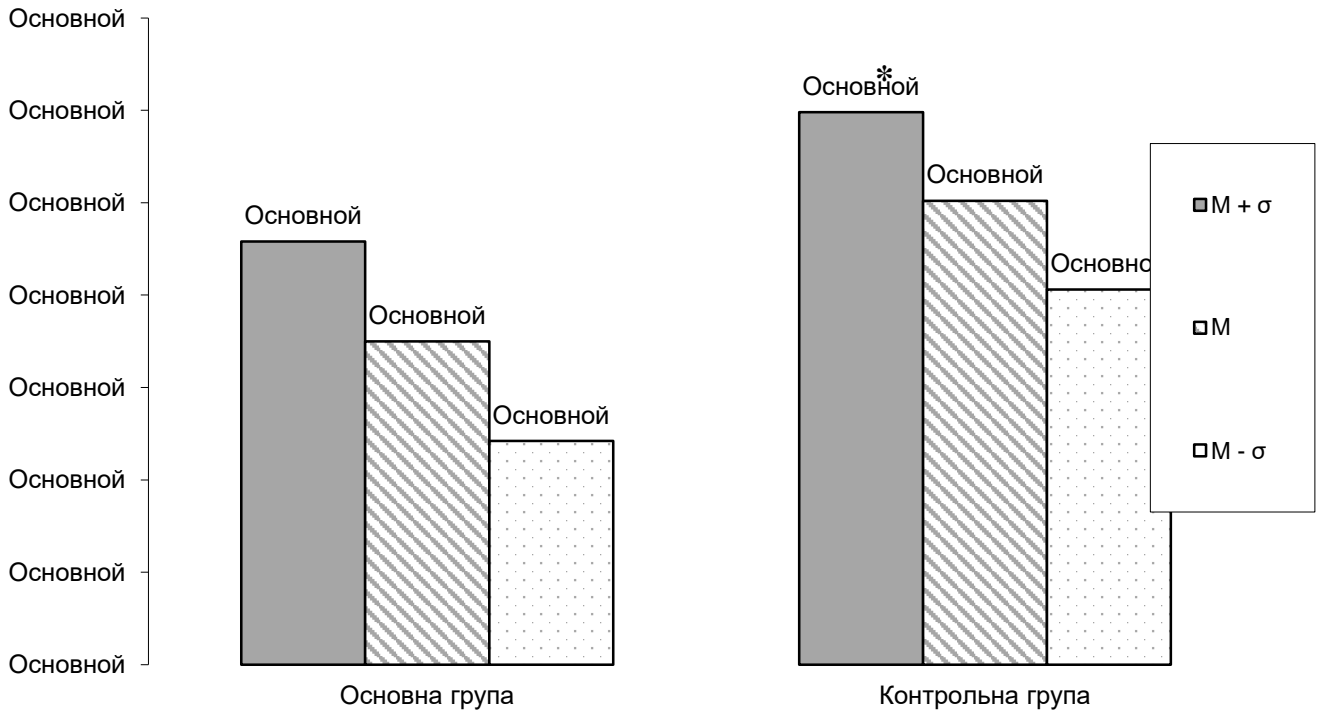
Рисунок 23. Вираженість тривоги у пацієнтів основної та контрольної групи після лікування

Вивчення загальної вираженості психічного стану і частоти виникнення груп симптомів ПТСР у пацієнтів основної групи і контрольної групи, було проведено з використанням шкали оцінки впливу травматичної події (IOES-R). (рис. 24)

Згідно з результатами, представленими на рис. 3, в основній групі обстежених вираженість проявів психічних розладів склала $17,5 \pm 5,4$ бали [12,1-22,9 бали] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону нормального психічного стану.

У контрольній групі обстежених вираженість проявів психічних розладів склала $25,1 \pm 4,8$ бали [20,3-29,9 бали] (при $p < 0,05$), що відповідає психічному стану з поодинокими симптомами ПТСР.

Результати вивчення груп симптомів ПТСР у військовослужбовців основної та контрольної групи представлені в таблиці 42.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рисунок 24. Вираженість психічних розладів (IOES-R) у пацієнтів основної та контрольної групи після лікування

Таблиця 42

Групи симптомів ПТСР у пацієнтів основної та контрольної групи після лікування

Групи симптомів ПТСР	Пацієнти (% \pm m)	
	Основна група	Контрольна група
Вторгнення (IN)	11,1 \pm 1,4	26,2 \pm 2,7**
Уникнення (AV)	9,7 \pm 1,2	18,5 \pm 2,0*
Фізіологічне збудження (AR)	16,7 \pm 2,0	18,5 \pm 2,0

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

3

гідно з результатами, представленими в таблиці 7, в основній групі військовослужбовців, які пройшли лікування за розробленою в дисертації програмі відзначено меншу кількість пацієнтів з симптомами «вторгнення» (в 11,1% випадків, при $p < 0,01$) і «уникнення» (в 9,7% випадків, при $p < 0,05$).

В контрольній групі, після проведення традиційного лікування, симптоми «вторгнення» зустрічалися в 26,2% випадків (при $p < 0,01$), а симптоми «уникнення» - в 18,5% випадків (при $p < 0,05$).

Результати вивчення групової вираженості різних форм акцентуації характеру у хворих основної та контрольної групи, представлені в таблиці 43.

Таблиця 43

Групова вираженість різних форм акцентуації характеру у пацієнтів основної та контрольної групи

Акцентуації характеру	Вираженість акцентуації характеру ($M \pm \sigma$ балів)	
	Основної групи	Контрольної групи
Гіпертимна	11,3 \pm 5,1	12,0 \pm 4,4
Емотивна	15,1 \pm 3,9	14,7 \pm 4,2
Тривожна	10,9 \pm 3,5	17,7 \pm 4,5*
Демонстративна	10,1 \pm 4,3	9,6 \pm 3,4
Дистимічна	12,6 \pm 4,0	13,5 \pm 3,7
Афективно-ригідна	11,4 \pm 4,2	17,9 \pm 3,8*
Педантична	16,7 \pm 4,9	17,4 \pm 4,1
Циклотимна	9,6 \pm 3,1	10,3 \pm 3,9
Збуджена	10,8 \pm 5,5	17,0 \pm 4,2*
Афективно-екзальтована	8,9 \pm 3,1	10,0 \pm 3,3

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Згідно з результатами вивчення групової вираженості акцентуації характеру у хворих основної та контрольної групи, у пацієнтів основної групи, після проходження курсу терапії за розробленою в дисертації програмою, зазначається менша групова вираженість тривожних (10,9 \pm 3,5 бали, при $p < 0,05$), афективно-ригідних (11,4 \pm 4,2 бали, при $p < 0,05$) і збудливих (10,8 \pm 5,5 бали, при $p < 0,05$) акцентуєваних особистісних особливостей.

Тоді як в контрольній групі, групова вираженість тривожної акцентуації склала - 17,7 \pm 4,5 бали (при $p < 0,05$), афективно-ригідної - 17,9 \pm 3,8 бали (при $p < 0,05$) і збудливої акцентуації - 17,0 \pm 4,2 бали (при $p < 0,05$).

У вивченні ефективності розробленої терапевтичної програми у відновленні соціально-психологічної адаптації пацієнтів основної та контрольної груп були

використані: - методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса, Р. Даймонда) [22]; методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (адаптований варіант методики Н.С. Ендлера, Д.А. Паркера «Coping Inventory for Stressful Situations») [5]; шкала оцінки інтегрованого показника якості життя (Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon) [27].

Аналіз стану соціально-психологічної адаптації (дезадаптації) і її основних факторів у пацієнтів основної та контрольної груп, проведений за допомогою методики К. Роджерса і Р. Даймонда, представлений в таблиці 44.

Таблиця 44

Фактори соціально-психологічної адаптації пацієнтів основної та контрольної групи після лікування

Фактори соціально-психологічної адаптації		Основна група (%±m)	Контрольна група (%±m)
1	Адаптивність	77,8±9,5*	49,2±5,1
	Деадаптивність	18,0±2,1	44,6±4,5**
2	Брехливість	4,2±0,6	6,2±0,8
3	Прийняття себе	80,6±10,0*	55,3±5,7
	Неприйняття себе	15,2±1,8	38,5±3,8**
4	Ухвалення інших	66,7±7,7*	36,9±3,7
	Неприйняття інших	29,1±3,3	56,9±5,9*
5	Емоційний комфорт	75,0±9,1*	52,3±5,5
	Емоційний дискомфорт	20,8±2,4	41,5±4,2**
6	Внутрішній контроль	50,0±5,5	47,7±4,9
	Зовнішній контроль	45,8±5,1	46,1±4,7
7	Домінування	58,3±6,7	53,8±5,6
	Відомість	37,5±4,3	40,0±4,0
8	Ескапізм (відхід від проблем)	27,8±3,1	29,2±3,0

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

В основній групі, після використання розробленої програми терапії пацієнтів з ПТСР, виявлено меншу кількість осіб, які перебувають у стані соціально-психологічної дезадаптації (у 18,0% випадків, при $p < 0,01$) з неприйняттям себе (у 15,2% випадків, при $p < 0,01$), неприйняттям інших (у 29,1% випадків, при $p < 0,05$) і емоційним дискомфортом (в 20,8% випадків, при $p < 0,01$).

У контрольній групі 44,6% (при $p < 0,01$) обстежених перебували в стані соціально-психологічної дезадаптації, у 38,5% (при $p < 0,01$) спостерігалось неприйняття себе, у 56,9% (при $p < 0,05$) - неприйняття інших і у 41,5% (при $p < 0,01$) - емоційний дискомфорт.

З метою дослідження стилів поведінки в стресовій ситуації (копінг) пацієнтів основної та контрольної групи була використана методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (адаптований варіант методики Н.С.Ендлера, Д.А. Паркера). (табл. 45)

Таблиця 45

Особливості копінг-поведінки пацієнтів основної та контрольної групи

№	Копінг-поведінка	Пацієнти (%±m)	
		Основна група	Контрольна група
1	Проблемно-орієнтований (ПОК)	73,6±8,8*	50,8±5,3
2	Емоціонально-орієнтований (ЕОК)	15,3±1,8	35,4±3,5**
3	Орієнтований на уникнення (КОУ)	11,1±1,4	13,8±1,6
3.1	Субшкала КОУ «Відволікання»	2,8±0,5	3,1±0,6
3.2	Субшкала КОУ «Соціальне відволікання»	8,3±1,0	10,8±1,2

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

При порівнянні стилів кризової поведінки в основній та контрольній групах враховувався лише домінуючий стиль, за яким сума балів була більшою щодо інших стилів, як мінімум на 3 бали.

Згідно з результатами дослідження, у обстежених основної групи проблемно-орієнтований копінг (ПОК) був провідним (у 73,6% випадків, при

$p < 0,05$) стилем поведінки в стресових ситуаціях, а емоційно-орієнтований копінг (ЕОК) використовується тільки в 15, 3% випадків (при $p < 0,01$).

У контрольній групі ПОК реагування в стресових ситуаціях використовується в 50,8% випадків (при $p < 0,05$), а ЕОК - в 35,4% випадків (при $p < 0,01$).

Аналіз соціально-психологічного та професійного статусу військовослужбовців основної та контрольної груп представлений в таблиці 46.

Таблиця 46

Соціально-психологічний і професійний статус обстежених основної та контрольної групи після лікування

Статус		Пацієнти			
		Основна група		Контрольна група	
		Абс	%±m	Абс	%±m
Соціально-психологічний	Покращення	52	72,2±8,5*	29	44,6±4,5
	Без змін	15	20,8±2,4	25	38,5±3,8*
	Погіршення	5	6,9±0,9	11	16,9±1,9**
Професійний	Покращення	51	70,8±8,3*	28	43,1±4,4
	Без змін	10	13,9±1,7	18	27,7±2,8*
	Погіршення	11	15,3±1,8	19	29,2±3,0**

Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

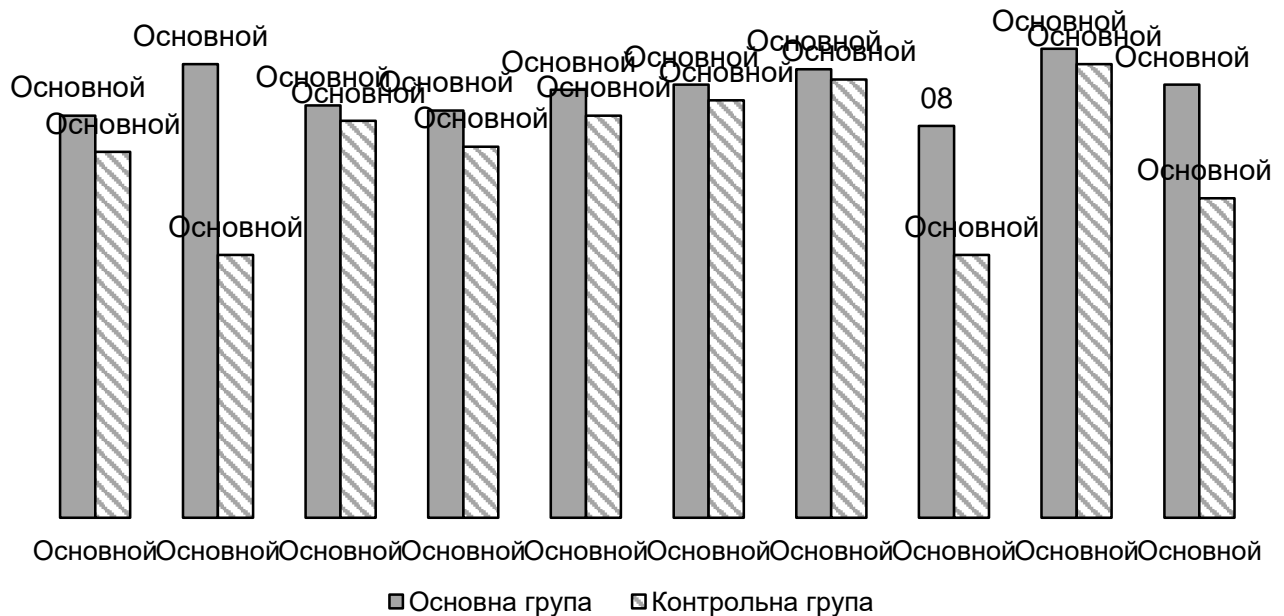
Отримані дані свідчать про більш високий соціально-психологічний і професійний статус пацієнтів, які пройшли терапевтичні заходи за розробленою в дисертації програмою, ніж в контрольній групі.

Так у 72,2% (при $p < 0,05$) обстежених основної групи, покращився соціально-психологічний статус, а у 70,8% (при $p < 0,05$) - професійний. Тоді як в контрольній групі тільки у 44,6% (при $p < 0,05$) пацієнтів покращився соціально-психологічний статус і у 43,1% (при $p < 0,05$) військовослужбовців - професійний статус (при $p < 0,05$).

При цьому, у 38,5% (при $p < 0,05$) обстежених контрольної групи соціально-психологічний статус залишився без змін, а у 16,9% (при $p < 0,01$) – погіршився.

Професійний статус у 27,7% (при $p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи залишився без змін, а у 29,2% (при $p < 0,01$) – він погіршився.

На рис. 25 показаний середньо-груповий інтегративний показник якості життя обстежених основної та контрольної груп.



Умовні позначення: відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$;
** - при $p < 0,01$;

- 1 - фізичне благополуччя;
- 2 - психологічне благополуччя;
- 3 - самообслуговування і незалежність дій;
- 4 - працездатність;
- 5 - міжособистісна взаємодія;
- 6 - соціо-емоційна підтримка;
- 7 - громадська та службова підтримка;
- 8 - особистісна реалізація;
- 9 - духовна реалізація;
- 10 - загальне сприйняття якості життя

Рисунок 25. Середньо-груповий інтегративний показник якості життя пацієнтів основної та контрольної групи

Згідно з результатами, представленими на рис. 5.9, у пацієнтів основної групи показники якості життя перевищували аналогічні в контролі за шкалами:

- 1) психологічного (емоційного) благополуччя ($8,8 \pm 1,0$ бали, при $p < 0,05$);
- 2) особистісної реалізації ($7,6 \pm 2,0$ бали, при $p < 0,05$);
- 3) загального сприйняття якості життя ($8,4 \pm 1,3$ бали, при $p < 0,05$).

У хворих контрольної групи виявлено більш низькі показники якості життя за шкалами психологічного (емоційного) благополуччя ($5,1 \pm 2,2$ бали, при $p < 0,05$), особистісної реалізації ($5,1 \pm 2,0$ бали, при $p < 0,05$) і загального сприйняття якості життя ($6,2 \pm 2,4$ бали, при $p < 0,05$).

Таким чином, з урахуванням раніше отриманих даних про ризик-фактори і психопатологічні особливості різних варіантів ПТСР, патопсихологічні і соціально-психологічні особливості пацієнтів з цими варіантами ПТСР, була розроблена і апробована програма комплексної диференційованої терапії військовослужбовців з бойовими ПТСР, що базується на принципах своєчасності, комплексності, диференційованості, етапності та наступності терапевтичних заходів.

Розроблена програма терапії дозволяє надавати їм ефективну медичну і соціально-психологічну допомогу за рахунок:

1) оптимального поєднання:

- фармакологічних засобів (антидепресанти, нейролептики, транквілізатори, ноотропи, нормотиміки, анксиолітики, β -блокатори);

- психотерапевтичних методів (індивідуальна і групова КПТ, ТФ-КПТ, ДПРО, раціональна і групова психотерапія, арт-терапія, сімейна психотерапія, аутогенне тренування, тренінги подолання тривоги, впевненої поведінки, інокуляції стресу і т.ін.);

- соціально-психологічних (соціально-педагогічні, соціально-середовищні і т.ін.) і професійних (професійне навчання (перенавчання), раціональних працевлаштування) методів реабілітації, що впливають як на чинники формування ПТСР, так і на фактори, що протистоять розвитку цієї психічної патології ;

2) участі в лікувальному процесі лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-реабітологів, медичних психологів, лікарів загальної практики, соціальних працівників, працівників служб зайнятості, юристів;

3) проведення реабілітаційних заходів: а) у військових і цивільних медичних установах (медичні пункти військових частин, військові мобільні шпиталі, шпиталі, цивільні спеціалізовані клініки, військові і цивільні центри реабілітації,

санаторно-курортні установи); б) в медико-соціальної установах (соціально-психологічні реабілітаційні центри, служби зайнятості);

4) диференційованого підходу при розробці програми терапії, що враховує: особливості формування, перебігу та клініки різних варіантів ПТСР; індивідуальні саногенні біологічні та соціально-психологічні чинники, що протистоять розвитку ПТСР; індивідуальні особливості особистості (характер, темперамент, поведінкова спрямованість, мотиви, настанови, потенціал особистості та ін.); особливості сомато-неврологічного статусу; індивідуальний професійний і соціальний статус, що визначає характер соціальної адаптації та можливості соціально-психологічної реадaptaції;

5) спадкоємності і етапності заходів: а) етап долікарської допомоги (самодопомога, взаємодопомога, надання екстреної медико-психологічної допомоги); б) етап невідкладної та спеціалізованої медико-психологічної допомоги, з заходами невідкладної медико-психологічної допомоги (медичні пункти військових частин, військові мобільні госпіталі) і спеціалізованої медичної та соціально-психологічної допомоги (військово-медичні клінічні центри МО України, цивільні спеціалізовані психіатричні лікарні, стаціонари, диспансери, військові і цивільні спеціалізовані кризові центри); в) етап профілактичних медичних і соціально-психологічних заходів (військові і цивільні центри і відділення реабілітації, цивільні спеціалізовані психоневрологічні амбулаторії, санаторно-курортні установи, служби зайнятості, центри професійної реабілітації, консультативні кабінети).

За результатами проведеної в дисертації апробації комплексної диференційованої програми терапії пацієнтів з ПТСР, в основній групі, які пройшли курс лікування за розробленою в дисертації програмою, у 70,8% випадків (при $p < 0,05$) діагностовано психічне здоров'я, тоді як в контрольній групі, після використання традиційних терапевтичних заходів, психічне здоров'я діагностовано тільки у 47,7% обстежених (при $p < 0,05$). У той же час, в контрольній групі військовослужбовців відзначено більшу кількість пацієнтів з відсутністю позитивної динаміки психічного стану (у 16,9% випадків, при $p < 0,05$) і погіршенням психічного стану (у 24,6% випадків, при $p < 0,01$).

В основній групі військовослужбовців відсутність позитивної динаміки психічного стану відзначено тільки в 8,3% випадків (при $p < 0,05$), а погіршення психічного стану - тільки в 11,1% випадків (при $p < 0,01$).

У контрольній групі так само відзначено більшу кількість пацієнтів з соматизацією (у 18,5% випадків, при $p < 0,05$), тривожними розладами (в 21,5% випадків, при $p < 0,01$) і ворожістю (в 23,1% випадків, при $p < 0,01$). Вираженість депресивних розладів у пацієнтів контрольної групи була вищою, ніж у обстежених основної групи, і становила $7,8 \pm 2,7$ бали (при $p < 0,05$), а вираженість тривожних розладів сягала середнього рівня ($19,2 \pm 3,4$ бали, при $p < 0,05$).

В основній групі загальна вираженість проявів психічних розладів була нижчою, ніж за контрольну, і становила $17,5 \pm 5,4$ бали (при $p < 0,05$). У цій групі військовослужбовців, на відміну від військовослужбовців контрольної групи, відзначено меншу кількість пацієнтів з симптомами «вторгнення» (в 11,1% випадків, при $p < 0,01$) і «уникнення» (в 9,7% випадків, при $p < 0,05$).

У обстежених основної групи відзначалася менша групова вираженість тривожних ($10,9 \pm 3,5$ бали, при $p < 0,05$), афективно-ригідних ($11,4 \pm 4,2$ бали, при $p < 0,05$) і збудливих ($10,8 \pm 5,5$ бали, при $p < 0,05$) акцентуйованих особистісних особливостей.

У групі пацієнтів з ПТСР, які пройшли реабілітаційні заходи за розробленою програмою виявлена менша, ніж у контрольній групі, кількість обстежених, які перебувають у стані соціально-психологічної дезадаптації (в 18,0% випадків, при $p < 0,01$) з неприйняттям себе (у 15,2% випадків, при $p < 0,01$), неприйняттям інших (у 29,1% випадків, при $p < 0,05$) і емоційним дискомфортом (у 20,8% випадків, при $p < 0,01$). У пацієнтів цієї групи проблемно-орієнтований копінг є провідним (у 73,6% випадків, при $p < 0,05$) стилем поведінки в стресових ситуаціях, а емоційно-орієнтований копінг використовується лише в 15,3% випадків (при $p < 0,01$), тоді як в контрольній групі проблемно-орієнтований стиль реагування в стресових ситуаціях використовується тільки в 50,8% випадків (при $p < 0,05$), а емоційно-орієнтований копінг – в 35,4% випадків (при $p < 0,01$).

Результати проведеної апробації свідчать про більш високий соціально-психологічний і професійний статус осіб, які пройшли лікування за розробленою

в дисертації програмі. Так, у 72,2% (при $p < 0,05$) пацієнтів основної групи покращився соціально-психологічний статус, а у 70,8% (при $p < 0,05$) військовослужбовців – професійний, тоді як в контрольній групі лише у 44,6% (при $p < 0,05$) обстежених зареєстровано покращення соціально-психологічного статусу і тільки у 43,1% (при $p < 0,05$) - професійного статусу (при $p < 0,05$). При цьому у 38,5% (при $p < 0,05$) обстежених контрольної групи соціально-психологічний статус залишився без змін, а у 16,9% (при $p < 0,01$) – погіршився. Професійний статус у 27,7% (при $p < 0,05$) обстежених контрольної групи також залишився без змін, а у 29,2% (при $p < 0,01$) – погіршився.

Після проведених терапевтичних заходів, у пацієнтів основної групи відзначаються більш високі, ніж у контрольній групі, показники якості життя за шкалами психологічного (емоційного) благополуччя ($8,8 \pm 1,0$ бали, при $p < 0,05$), особистісної реалізації ($7,6 \pm 2,0$ бали, при $p < 0,05$) і загального сприйняття якості життя ($8,4 \pm 1,3$ бали, при $p < 0,05$).

Таким чином, розроблена на основі комплексного дослідження ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, система терапії даної патології довела свою ефективність при порівнянні з заходами, які традиційно використовуються для лікування даної категорії пацієнтів.

Література:

1. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К., 2006. – 556 с.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін.: Методичні рекомендації. – Харків, 2014. – 79 с.
3. Заворотный В.И. Диагностические предикторы и критерии различных вариантов посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, участвовавших в боевых действиях на Востоке Украины [Текст] / В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 2 (95). – С. 43-47.

4. Заворотный В.И. Клинические варианты посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях на Востоке Украины [Текст] / В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 73-77.
5. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / П.І. Мех, А.П. Казмірчук, А.В. Швець та ін. / під заг. ред. проф., д.м.н. В.В. Стеблюка та д.м.н. А.М. Галушки. – К., 2017. – 252 с.
6. Кожина Г.М. Психосвітні заходи в умовах гібридної війни [Текст] / Г.М.Кожина, Л.М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 123-124.
7. Кожина Г.М. Спосіб терапії психопатологічних наслідків бойового стресу в учасників антитерористичної операції [Текст] / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, О.В. Друзь, В.Д. Наумов // Патент України на корисну модель №133760, 25.04.2019. – 2019. – 6 с.
8. Кожина Г.М. Спосіб медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій [Текст] / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, О.В. Друзь, І.О.Черненко, А.П. Казмірчук // Патент України на корисну модель №132848, 11.03.2019. – 2019. – 4 с.
9. Кожина Г.М. Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності [Текст] / Г.М. Кожина, В.І. Коростій, К.О. Зеленська // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С.124-125.
10. Опитувальник для визначення рівня психоемоційних розладів у військовослужбовців-офіцерів [Текст] / Г.М. Кожина, В.І. Коростій, К.О.Зеленська, О.Б. Платинюк // Авторське свідоцтво №74612 від 13.11.2017. – 2017. – 3 с.
11. Kozhyna H.M. Clinical features and adjustment disorders in refugees from the zone АТО [Text] / H.M. Kozhyna, V.I. Korostii, V.B Mykhailov // European psychiatry. The journal of the European psychiatric association, April, 2017, Vol. 41, 3.725-726.
12. Метод психосоціальної реабілітації стану військовослужбовців – учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, що

ускладнилися розладами адаптації / Г.М. Кожина, І.М. Стрельнікова, К.О. Зеленська та ін. // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №178-2019., Київ, 2019, 4 с.

13. Котенёв И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях [Текст] / И.О. Котенёв. – М., 1996. – 96 с.

14. Кутько И.И. Клинический метод диагностики на современном этапе развитии психиатрии [Текст] / И.И. Кутько, О.А. Панченко, А.Н. Линева та ін. // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 10 (461). – С. 16-20.

15. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

16. Марута Н.А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Н.А. Марута, В.И. Заворотный // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 3 (96). – С.33-38.

17. Марута Н.О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання [Текст] / Н.О. Марута, М.В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 21-28.

18. Марута Н.О. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб [Текст] / Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. // Український вісник психоневрології. – 2019. – Т. 27, вип. 2 (99). - С. 63-67.

19. Овчинников Б.В. Психическая предпатология превентивная диагностика и коррекция [Текст] / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 368 с.

20. Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптація в постраждалих унаслідок військового конфлікту. Розділ 3.2 у навчально-методичному посібнику «Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту» [Текст] / Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. - К.: Агентство «України». – 2015. – 176 с. (С.58-62).

21. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие [Текст] / ред.-сост. Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ». – 2002. – 672 с.
22. Психологічні наслідки екстремальних подій у запитаннях та відповідях [Текст] / Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., Коростій В.І.: Методичні рекомендація (Серія літератури з психоосвіти). – Харків, 2015. – 21 с.
23. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) [Текст]: колективна монографія за редакцією професора П. В. Волошина, професора Н. О. Марути. – Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. - 335 с.
24. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
25. Maruta N.O. Clinical-psychopathological characteristics of clinical variants and types of the course of PTSD in servicemen of the armed forces, participants in military operations in Eastern Ukraine [Text] / N.O. Maruta, V.I. Zavorotnyy // European Psychiatry, March 2018. – Vol. 48 / Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. – 2018. – S657. – EV0636.
26. Mezzich J. Validization an efficient quality of life index [Text] / J. Mezzich, N.Cohen, M. Ruiperez [et al.]: Hamburg: 11th World Congress of Psychiatry: Psychiatry on new Thresholds. – 1999. – P.427-428.

2.3. АДИКТИВНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В РАЙОНАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО/ООС

Лінський І.В., Мінко О.І., Овчаренко М.О.

Одним із найбільш актуальних завдань сучасної української медицини є комплексне вирішення проблеми медичної, реабілітаційної та соціальної допомоги учасникам антитерористичної операції (2014-2018 рр)/операції об'єднаних сил з 2018 року (далі – АТО/ООС), зокрема демобілізованих військовослужбовців, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, членів їх сімей та сімей загиблих учасників АТО/ООС.

16 лютого 2019 року Президент Порошенко, виступаючи в рамках сесії на тему «Безпека в Східній Європі» під час Мюнхенської конференції з безпеки, повідомив, що за час агресії РФ загинули 2945 українських військових". 25 лютого 2019 року ООН оцінила кількість жертв війни на сході України до 13 тисяч. В тому числі, за оцінками Управління Верховного комісара ООН з прав людини, «кількість загиблих включає 4000 військових. У інтерв'ю від 27 жовтня 2018 року Головний військовий прокурор України Анатолій Матіос повідомив, що за чотири роки безповоротні небойові і санітарні втрати склали 2700 чоловік. З них 891 випадок — хвороби, 318 — ДТП, 177 — нещасні випадки, 175 — отруєння (алкоголь, наркотики), 172 — необережне поводження зі зброєю, 101 випадок — порушення заходів безпеки, 228 — вбивства, 615 — самогубства (у тому числі в зоні бойових дій на Донбасі — 282).

Внаслідок військової агресії РФ на сході України багато тисяч військовослужбовців після демобілізації повертаються в громадянське суспільство із численними особливостями вже мілітаризованої свідомості - це невпинно та істотно впливатиме на подальший розвиток соціуму та країни в цілому. Психогенні розлади при військових діях, соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних

заходів. Численні зарубіжні дослідження доводять, що значна кількість комбатів, які не поранені і не хворі потребуватимуть реабілітації щодо профілактики наслідків, пов'язаних із отриманою травмою — перебуванням у бойових умовах. А маніфестація психічної патології часто відчуватиметься через місяці або навіть роки по поверненню ветеранів до мирного життя.

Подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить не тільки від успішності переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох чинників: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни. У нинішніх і майбутніх військових операціях відповідальність за відновлення психіки солдатів та їхню реінтеграцію порівну лягає на саму армію, родину військовослужбовців і суспільство, які мають об'єднатися для підтримки військових. До таких заходів належать численні методики та програми, пов'язані з охороною психічного здоров'я. Важливе значення мають раннє залучення родин і громади до повернення військовослужбовців на службу і їхнього звичайного життя, нормалізація психічного здоров'я, уникнення таврування поведінки військовослужбовців і допомога з корекцією поведінки, тобто забезпечення консультацій фахівців і навчання військовослужбовців, а також їхніх близьких.

Учасників АТО, а також тих з цивільного населення, які пережили страхіття війни, часто мучать безсоння, відсутність емоцій, дратівливість, що дуже часто призводить до вживання та зловживання алкоголем. Взагалі, високий рівень коморбідності між наслідками психічної травми та розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, насамперед алкоголю, визнається аксіомою у сучасній психіатрії та наркології. У колишніх комбатантів розлади внаслідок вживання алкоголю відрізняються високим темпом прогресивності сп'яніння з експлозивністю і брутальністю, частими алкогольними амнезіями, більш вираженими соціальними та соматичними наслідками хвороби.

З метою встановлення взаємозв'язків між вживанням алкоголю та розладами адаптації у комбатантів (як в умовах діючої армії, так і після демобілізації) в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» разом з Луганським медичним університетом (м. Рубіжне) проведено дослідження

110 учасників АТО, з яких 56 приймали участь в бойових діях, та 54 – демобілізованих (середній термін після демобілізації - $4 \pm 0,24$ міс).

Методи дослідження: тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989), опитувальник виразності психопатологічної симптоматики L.R. Derogatis et al. (Symptom Check List – 90 Revised (SCL-90 R)), шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R, IES-R) шкала оцінки якості життя за методикою J.E. Mezzich et al., методи математичної статистики.

Усіх респондентів було обстежено за допомогою тесту AUDIT (рис.26.)

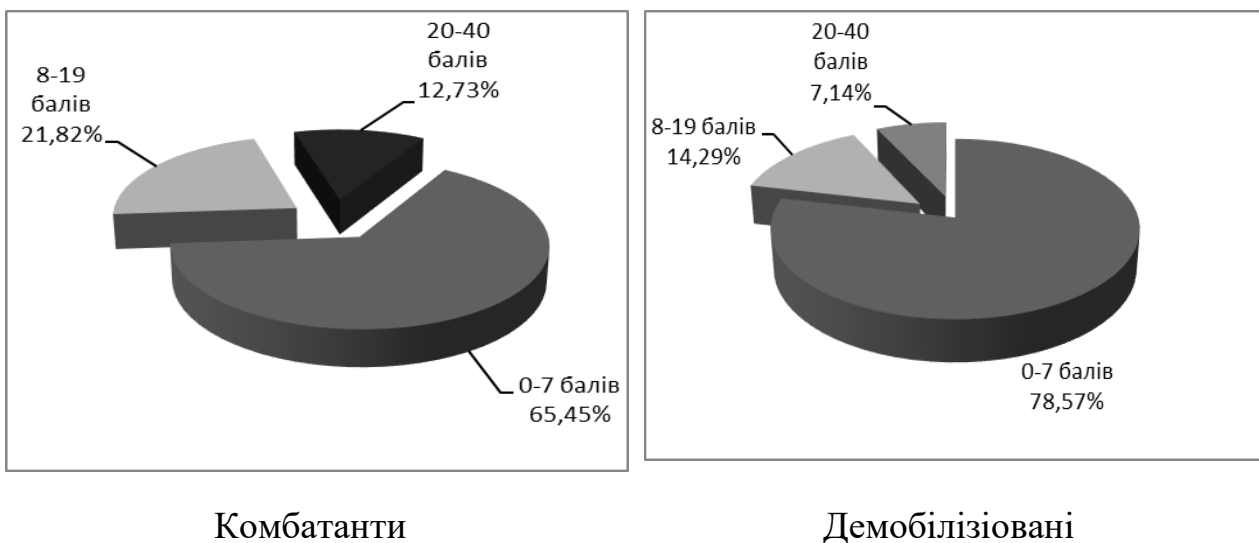


Рисунок 26 Розподіл обстежених комбатантів АТО, що продовжують службу і у демобілізованих військових за рівнем виразності розладів внаслідок вживання алкоголю, оцінених за допомогою тесту AUDIT

Аналіз результатів було проведено згідно зон рівню ризику, що детермінують, в свою чергу, необхідне втручання (табл. 47).

Як показано, після певний час після демобілізації, відбувається загальне зменшення рівню розладів внаслідок споживання алкоголю, що відображується у зміні розподілу обстежених за загальною кількістю балів за методикою AUDIT. Відсоток осіб, для яких було характерно відносно безпечне вживання алкоголю, серед демобілізованих військових виявився вище, ніж серед тих, хто подовжував участь у бойових діях (78,57% у порівнянні із 65, 45%). Відповідно, доля осіб із

залежністю від алкоголю серед демобілізованих виявилася значно меншою (7,14% та 12,73% відповідно).

Таблиця 47

Інтерпретація результатів застосування тесту AUDIT й інтенсивність
необхідного втручання

Сума балів*	Рівень ризику	Кваліфікація стану (необхідне втручання)
0-7	Зона I	Відносно безпечне вживання. (Освіта відносно алкоголю й наслідків його вживання).
8-15	Зона II	Небезпечне вживання. Стиль уживання алкоголю, що збільшує ризик пагубних наслідків для самого споживача або для навколишніх його людей, при цьому самі розлади в цей час відсутні. (Прості ради).
16-19	Зона III	Вживання зі шкідливими наслідками. Стиль уживання алкоголю, що приводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, а також до розладів соціального функціонування споживача. (Прості поради плюс консультації й триваюче спостереження).
20-40	Зона IV	Алкогольна залежність відповідно до критеріїв МКХ-10. (Направлення до фахівця для діагностики й лікування).
Примітка. Втручання найвищого рівня є необхідним у пацієнтів, що набрали 2 або більше балів у відповідях на питання 4, 5 й 6, або 4 бали у відповідях на питаннях 9 або 10.		

Оскільки побудова тесту AUDIT дозволяє проаналізувати етапи та складові залежності, що формується, від донозологічних до клінічно виражених її проявів, за рахунок того, що його питання зведені в три концептуальних розділи (домени), з метою встановлення структурних відмінностей розладів внаслідок вживання алкоголю було проведено порівняння результатів обстеження за окремими питаннями методики AUDIT. Концептуальні розділи методики наведено у таблиці 48.

Концептуальні розділи методики AUDIT

Концептуальний розділ (домен)	№ запитання	Ознаки розладів внаслідок вживання алкоголю
Стиль уживання алкоголю (можливо - небезпечний)	1	Частота вживання алкоголю
	2	Типові кількості вживаного алкоголю
	3	Частоти надмірного вживання алкоголю
Ознаки залежності від алкоголю	4	Зниження контролю над уживанням алкоголю
	5	Зростання пріоритетності вживання алкоголю
	6	Уживання алкоголю по ранках
Шкідливі наслідки вживання алкоголю	7	Почуття провини після вживання алкоголю
	8	Провали в пам'яті внаслідок уживання алкоголю
	9	Травми внаслідок уживання алкоголю
	10	Стурбованість навколишніх відносно уживання алкоголю

Найбільш виражені розбіжності між двома групами обстежених було виявлено при зіставленні середнього балу за питаннями 8 – 10, що відбивають шкідливі наслідки вживання алкоголю, а саме «провали в пам'яті» внаслідок уживання алкоголю (показник серед демобілізованих склав 48,02 % від рівню аналогічного показника серед військових діючої армії), травми внаслідок уживання алкоголю (50,07 %) та стурбованість навколишніх відносно уживання алкоголю (54,30 %). При цьому середнє значення за пунктом 7, що також відноситься до шкідливих наслідків вживання алкоголю (почуття провини) було нижчим лише на 13, 76%. (рис.26)

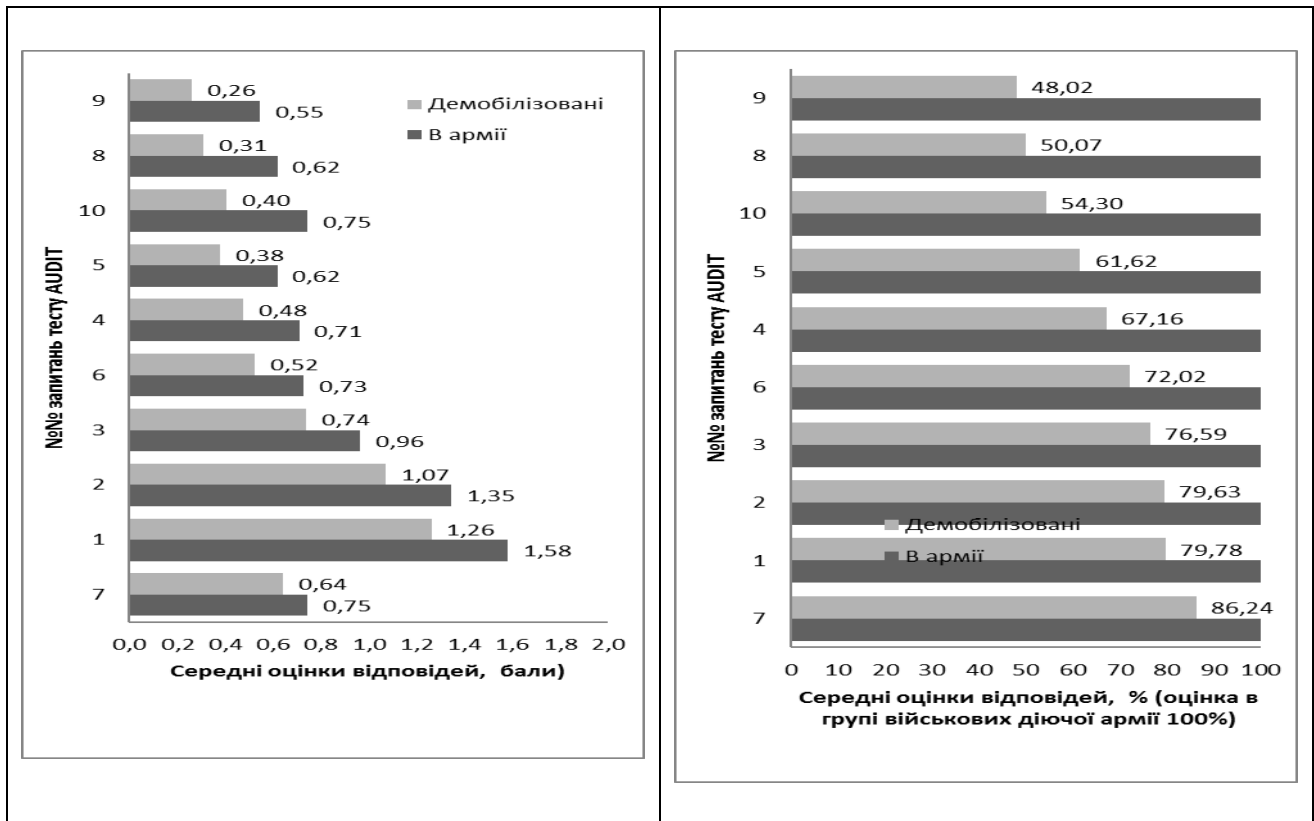


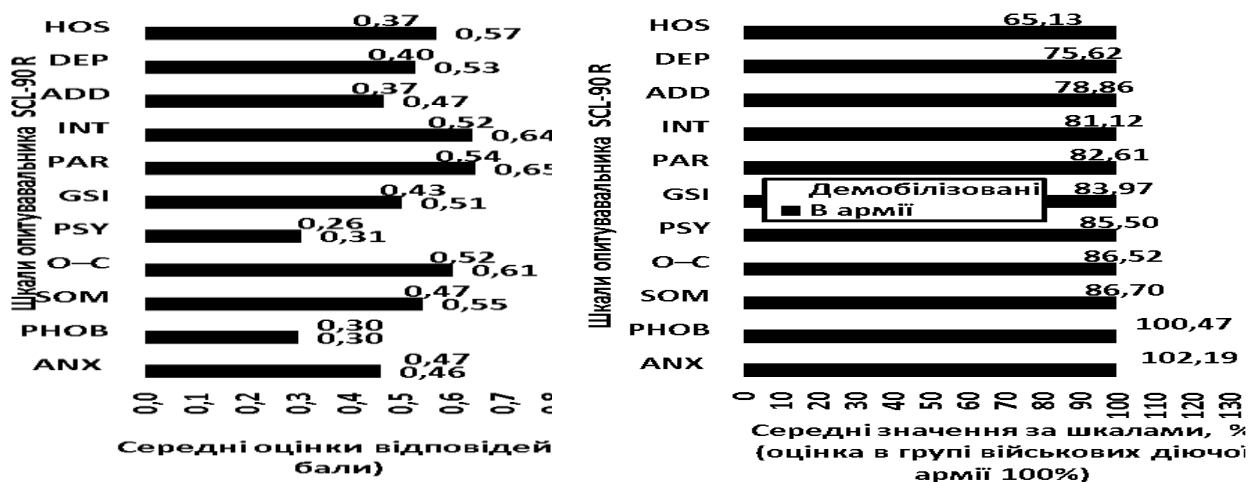
Рисунок 27 Середній ступінь важкості розладів внаслідок вживання алкоголю за тестом AUDIT у комбатантів АТО, що продовжують службу і у демобілізованих військових

Середні значення за пунктами методики, що відображують ознаки залежності від алкоголю, також були значно нижче серед демобілізованих – значення за пунктом 5 (перевага вживанню алкоголю) становило у групі демобілізованих становило 61, 62% від рівню аналогічного показника для військових діючої армії, за пунктом 4 (зниження контролю) -67,16% та за пунктом 6 (уживання алкоголю по ранках) -72, 02 %. Значення за пунктами, що відображують стиль уживання алкоголю, у порівнянні із іншими показниками, були серед демобілізованих незначно меншими - показник за пунктом 3 (частоти надмірного вживання алкоголю) був нижче на 25, 41%, за пунктом 2 (типові кількості вживання алкоголю) – на 20,37%, та за пунктом 1 (частота вживання алкоголю) – на 20, 22%.

Демобілізація (з переходом від умов позиційної війни до умов мирного життя) супроводжується зменшенням вживання алкоголю і зниженням рівня шкідливих наслідків такого вживання. Найбільшої редукції при цьому переході

зазнає частота пов'язаного із вживанням алкоголю травматизму, а також частота епізодів важкого пияцтва з алкогольними палімпсестами (провалами пам'яті). Причому рівень та частота вживання алкоголю зменшується не так значимо у порівнянні із шкідливими наслідками. Також привертає увагу те, що за отриманими даними відбувається редукція за тими показниками, що відображують ознаки залежності від алкоголю - зниження контролю над уживанням алкоголю зростання пріоритетності вживання алкоголю уживання алкоголю по ранках. (наприклад, споживання алкоголю в ранковий час «за компанію»). Звісно, припущення про те, що після демобілізації залежні від алкоголю особи «виліковуються» не має сенсу.

Для оцінки психічного стану обстежених було використано опитувальник SCL-90 R (Derogatis). Дані порівнювального аналізу виразності психопатологічних проявів серед комбатантів та демобілізованих осіб наведено на рис.28.



Примітки: умовні позначення шкал Derogatis: SOM - шкала соматизації; O-C - шкала obsесивності-компульсивності; INT - шкала міжособистісної сенситивності; DEP - шкала депресії; ANX - шкала тривожності; HOS - шкала ворожості, агресивності; PHOB - шкала фобічної тривожності; PAR - шкала паранояльності; PSY - шкала психотизму; ADD - шкала додаткова

Рис.28. Середній ступінь виразності симптомів за шкалами SCL-90 R (Derogatis) у комбатантів АТО, що продовжують службу і у демобілізованих військових

Найбільш істотні розбіжності було виявлено для шкал; НОС - шкала ворожості (для демобілізованих показник склав 65,13% від аналогічного показника для комбатантів) , DEP - шкала депресії (75,63%) та ADD - шкала додаткова (78,86%). За шкалами РНОВ - шкала фобічної тривожності; та ANX - шкала тривожності середні показники не мали відмінностей, або навіть демонстрували тенденцію до зростання (фобічна тривожність у групі демобілізованих склала 100,47% від аналогічного показника для військових діючої армії, тривожність – 102,19%).

Таким чином, перехід від бойового до мирного життя амбівалентно впливає на стан психічного здоров'я, при цьому по першу чергу зменшуються прояви імпульсивності, агресивності і депресивні прояви. З іншого збільшується тривожність, в тому числі стосовно стану свого здоров'я, а рівень фобічних розладів не змінюється.

Дані порівняльного аналізу оцінки впливу травматичної події (за шкалою, IES-R) наведено на рис. 29.

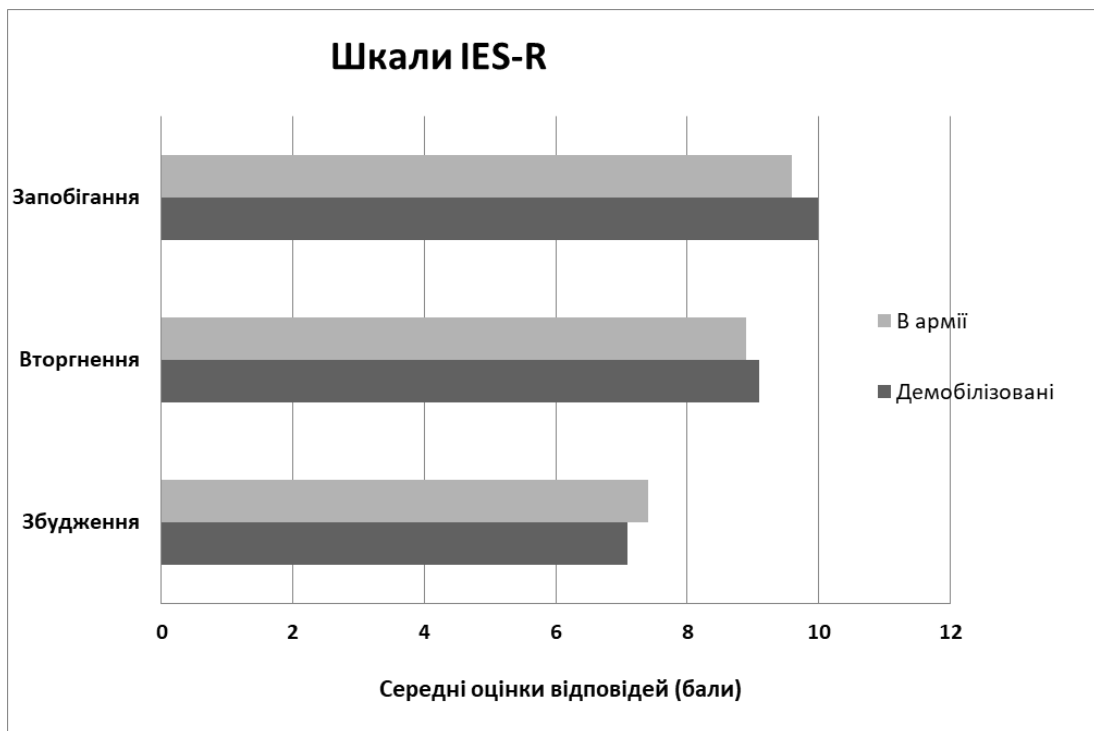


Рисунок 29 Порівняльний аналіз оцінки впливу травматичної події (за шкалою, IES-R)

Виразність стресових розладів, згідно шкали, серед демобілізованих та комбатантів за показниками збудження та вторгнення не мала істотних розбіжностей. Показник запобігання був більш вираженим серед демобілізованих учасників АТО у порівнянні із виразністю даного показника серед комбатантів.

Таким чином, встановлено, що після демобілізації колишні учасники АТО страждають від розладів, пов'язаних із стресом не менш, ніж безпосередньо під час бойових дій.

З метою з'ясування взаємного впливу розладів внаслідок вживання алкоголю та психопатологічної симптоматики серед комбатантів та демобілізованих осіб було проведено кореляційний аналіз між показниками сумарного балу за методикою AUDIT(розлади внаслідок вживання алкоголю)та показниками психодіагностичних методик. (табл. 49)

Таблиця 49

Кореляції між значеннями AUDIT і Шкали опитувальника SCL-90 R (Derogatis).

Шкали опитувальника SCL-90 R (Derogatis).	Коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестомAUDIT	
	А	Б
Обсесивність-компульсивність	0,56	0,61
Загальний індекс важкості психопатології	0,52	0,54
Паранояльність	0,54	0,51
Депресія	0,53	0,48
Тривога	0,51	0,45
Ворожість	0,44	0,46
Соматизація	0,41	0,38
Психотизм	0,43	0,36
Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI)	0,41	0,46
Ворожість	0,66	0,38
Соматизація	0,29	0,63
<i>А – комбатанти, що продовжують службу; Б - демобілізовані</i>		

Встановлено, що для більшості шкал опитувальника SCL-90 R (Derogatis) кореляції із показниками AUDIT не мають суттєвих розбіжностей у двох групах обстежених. Так, для шкали обсесивність-компульсивність коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестом AUDIT склали: $r_{xy}=0,56$ серед комбатантів, що продовжували службу та $r_{xy}=0,61$ серед демобілізованих; загальний індекс важкості психопатології $r_{xy}=0,52$ та $r_{xy}=0,54$ відповідно; паранояльність $r_{xy}=0,54$ та $r_{xy}=0,51$; депресія $r_{xy}=0,53$ та $r_{xy}=0,48$; тривога $r_{xy}=0,51$ та $r_{xy}=0,45$; ворожість $r_{xy}=0,44$ та $r_{xy}=0,46$; соматизація $r_{xy}=0,41$ та $r_{xy}=0,38$; психотизм $r_{xy}=0,43$ та $r_{xy}=0,36$; індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) $r_{xy}=0,41$ та $r_{xy}=0,46$; ворожість $r_{xy}=0,66$ та $r_{xy}=0,38$, й соматизація - $r_{xy}=0,29$ та $r_{xy}=0,63$ відповідно.

Існують як спільні, так і відмінні кореляції між AUDIT та Derogatis у комбатантів, що продовжують службу і у демобілізованих військових. Відмінними в зазначених групах порівняння були кореляційні зв'язки проявів алкоголізації з показниками «ворожості» та «соматизації».

Вживання алкоголю армійцями переважно посилювало прояви «ворожості», а демобілізованими – прояви «соматизації». Зв'язки наслідків алкоголізації з рештою психопатологічних проявів (за Derogatis) були спільними для обох згаданих груп порівняння, при цьому найміцнішими виявились зв'язки алкоголізації з «обсесивно-компульсивними» проявами і проявами «паранояльності». Можна також помітити, що усі кореляційні зв'язки між показниками AUDIT і Шкали опитувальника SCL-90 R (Derogatis), були позитивними, хоча й не досягали рівню сильного зв'язку. Це безумовно свідчить про дезадаптивний ефект зловживання алкоголем щодо психічної сфери. (табл. 50)

Для показника уникнення було встановлено наступні коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестом AUDIT в різних групах - $r_{xy}=0,47$ у групі комбатантів, що продовжували участь у бойових діях та $r_{xy}=0,21$ у групі демобілізованих. Для показника «збудження» було встановлено наступні коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестом AUDIT в різних групах: $r_{xy}=0,63$ у групі комбатантів, що продовжували участь у бойових діях та $r_{xy}=0,52$; у групі демобілізованих для показника вторгнення $r_{xy}=0,46$ та $r_{xy}=0,44$.

Кореляції між значеннями AUDIT і шкали оцінки впливу травматичної події
(Impact of Event Scale-R, IES-R)

Показники шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R, IES-R)	Коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестом AUDIT	
	А	Б
Збудження	0,63	0,52
Вторгнення	0,46	0,44
Уникнення	0,47	0,21
<i>рим. А – комбатанти, що продовжують службу</i>		

Зв'язки наслідків алкоголізації з рештою наслідків травматичних подій були спільними для обох згаданих груп порівняння, при цьому найміцнішими виявились зв'язки алкоголізації з проявами «збудження», що безумовно відповідає як певної присутньої в алкоголю анксиолітичної дії, так і сподівання на те, що вживання алкоголю допоможе «зняти стрес», обґрунтоване на побутових стереотипах. Аналіз взаємодії між показниками якості життя та сумарним балом за шкалою AUDIT являє особливий інтерес, оскільки саме якість життя, окрім безпосередньо фізичного та психічного благополуччя, що залежить в певній мірі від психопатологічних проявів, відображує стан соціальної адаптації на певний момент. (табл. 51)

Насамперед, усі коефіцієнти кореляції між показниками якості життя та пунктами тесту AUDIT були негативними, що ще раз свідчить про відсутність в алкоголю адаптогенної дії як безпосередньо в умовах бойових дій, так і в період адаптації до мирного життя. Існують як спільні, так і відмінні кореляції між AUDIT, та показниками якості життя у комбатантів, що продовжують службу і у демобілізованих військових

Кореляції між значеннями AUDIT і шкали якості життя (J.E. Mezzichetal.)

Шкали якості життя за методикою J.E. Mezzichetal	Коефіцієнти кореляції із середнім балом за тестом AUDIT	
	А	Б
Самореалізація	-0,47	-0,56
Загальне сприйняття якості життя.	-0,52	-0,48
Фізичне благополуччя	-0,45	-0,37
Самообслуговування й незалежність у діях	-0,44	-0,25
Суспільна й службова підтримка	-0,38	-0,24
Працездатність	-0,27	-0,35
Міжособистісна взаємодія	-0,18	-0,27
Психологічне й емоційне благополуччя	-0,54	-0,34
Соціо-емоційна підтримка	-0,57	-0,12
Психологічне й емоційне благополуччя	-0,54	-0,34
<i>Примітка А – комбатанти, що продовжують службу</i>		
<i>Б - демобілізовані</i>		

.Більшість показників якості життя має подібний вплив на розлади внаслідок вживання алкоголю як в умовах бойових дій, так і після демобілізації. Так, коефіцієнти кореляції із загальним балом за методикою А склали для шкали самореалізації $r_{xy} = -0,47$ серед обстежених комбатантів та $r_{xy} = -0,56$ серед демобілізованих; для шкали загального сприйняття якості життя $r_{xy} = -0,52$ та $r_{xy} = -0,48$; фізичного благополуччя - $r_{xy} = -0,45$ та $r_{xy} = -0,37$; самообслуговування й незалежності у дія $r_{xy} = -0,44$ та $r_{xy} = -0,25$; суспільної й службової підтримки $r_{xy} = -0,38$ та $r_{xy} = -0,24$; працездатності- $r_{xy} = -0,27$ та $r_{xy} = -0,35$; та міжособистісної взаємодії- $r_{xy} = -0,18$ та $r_{xy} = -0,27$ відповідно.

Відмінними в зазначених групах порівняння були кореляційні зв'язки наслідків алкоголізації з «психоемоційним благополуччям» та «соціо-емоційною підтримкою». Вживання алкоголю арміями переважно погіршувало першу із

перелічених складових якості життя, а демобілізованими – другу. Зв'язки наслідків алкоголізації з рештою показників якості життя були спільними для обох згаданих груп порівняння, при цьому найміцнішими виявились зв'язки алкоголізації з погіршенням «спроможності до самореалізації» та «фізичного благополуччя».

Загальні висновки

У цілому перехід від умов позиційної війни до умов мирного життя супроводжується зменшенням вживання алкоголю (незалежними від нього особами), зниженням рівня шкідливих наслідків, покращенням психічного статусу і незначним покращенням якості життя, однак із цього правила є виключення, особливо що стосується стресових розладів – рівень впливу стресової події майже не змінюється.

Жодних адаптивних (корисних) середньо- та довгострокових ефектів алкоголю ані у армійців, ані у демобілізованих військових виявити не вдалося (швидкоплинна анксиолітична та снодійно-седативна дія алкоголю не має тривалих позитивних наслідків (на відміну від негативних).

Психопатологічні фактори, що впливають на розлади внаслідок вживання алкоголю, майже не змінюються при переході від бойових умов до мирного життя, змінюються вплив лише окремих складових частин.

Тому заходи, спрямовані на запобігання дезадаптації (тобто формуванню нових та загостренню існуючих психічних та поведінкових розладів, утому числі наркологічного профілю) повинні притримуватися принципу спадкоємності. Бажано, щоб між фахівцями та закладами, що відповідні за психогігієну військових та демобілізованих підтримувався якомога якісний зв'язок щодо методичних спрямовань надання медичної та реабілітаційної допомоги..

Значний рівень споживання ПАР серед комбатантів може свідчити про незадоволений попит на адаптогени (як хімічного, так і нехімічного походження), вживання яких не призводило б до тих негативних наслідків, до яких призводить вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Це виклик для сучасної військової психофармакології, військової психології і військової психофізіології.

Література

1. Взаимосвязь между употреблением алкоголя и психическими расстройствами у участников антитеррористической операции [Текст] / И.В. Линский, А.И. Минко, А.В. Бараненко и др. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т.10, № 1. – С. 78-86.
2. Вживання алкогольних напоїв і розлади адаптації у комбатантів (результати пілотного дослідження) [Текст] / І.В. Лінський, О.І. Мінко, О.В. Бараненко та ін. // Лікарська справа. – 2019. – № 4. – С. 16-21.
3. Гор А. Небоевые потери: почему украинские солдаты погибают, когда пушки молчат [Текст] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://apostrophe.ua/ua/article/society/2017-01-12/pochemu-na-fronte-pogibaet-bolshe-soldat-kogda-pushki-molchat/9444> – Назва з екрану.
4. Небойові втрати на Донбасі: за рік загинули 98 військових ЗСУ [Текст] [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ukrinform.ua/rubricato/2379834-nebojovi-vtrati-na-donbasi-za-rik-zaginuli-98-vijskovih-zsu.html>
5. Sandler J. An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychictrauma [Text] / J. Sandler, A. U. Dreher, S. Drews // International Review of Psycho-Analysis. – 1991. – Vol. 18. – P. 133-141.
6. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care [Text] / C.W. Hoge, C.A. Castro, S.C. Messer et al. // N Engl J Med. –2004. – Vol. 351(10). – P. 13–22.
7. Kirkland F.R. Postcombat reentry [Text] / In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. War Psychiatry. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. Textbooks of Military Medicine. – Washington, DC: Department of the Army, Ofce of The Surgeon General, Borden Institute. – 1995. – P. 291-317.

2.5. СУЇЦИДИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ: АНАЛІЗ ТА НАПРЯМИ ЇХ ЗАПОБІГАННЯ

Друзь О.В., Швець А.В.

Феномен неадекватної поведінки людини в сучасній науці та практиці розглядається як гостра медико-соціальна та соціально-психологічна проблема, що постійно перебуває у полі зору фахівців різних галузей: соціологів, психіатрів, психофізіологів, медичних психологів, юристів та педагогів. Суїцидальна поведінка є актуальною етичною, моральною, соціальною та медичною проблемою [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.]. За даними ВООЗ, в Європі самогубства серед осіб вікової групи від 15 до 35 років займають друге місце серед причин смерті після ДТП; кожні 40 секунд у світі відбувається самогубство [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Згідно досліджень 90 % осіб, які скоїли самогубство, мали розлади психічного здоров'я, які б могли бути діагностовані (проте, більше половини з них не отримали лікування), або вживали психоактивні речовини [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

В США, суїциди серед ветеранів військової служби складають 20-22 % у структурі суїцидів за контингентами по усій країні. За підрахунками, кожний день внаслідок суїциду гине 18-22 ветеранів військової служби. Рівень суїцидів серед ветеранів військової служби, які користувалися послугами по лінії Департаменту у справах ветеранів США, перевищував відповідний показник серед цивільного населення (1600-1900 випадків суїцидів щорічно або 36 на 100 тис. осіб, у т.ч. 38 на 100 тис. чол. та 15 на 100 тис. серед жінок) [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Рівень суїцидів у Збройних Силах США (20,2 на 100 тис. осіб) перевищував скоригований по віку рівень суїцидів серед цивільного населення (19,2 на 100 тис. осіб). Рівень суїцидів серед військовослужбовців у віковій групі до 25 років (23 на 100 тис. осіб) удвічі більший за рівень суїцидів серед аналогічної групи цивільного населення (10 на 100 тис. осіб). Основними способами позбавлення життя в американському суспільстві є: внаслідок застосування вогнепальної зброї загинуло

50 %, – внаслідок повішення – 25 % [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Рівень суїцидів в збройних силах Канади протягом 1995–2008 рр. коливався в межах 15-25 на 100 тис. чол. [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Рівень суїцидів в Україні станом на 2009 р. складав 21,2 на 100 тис. осіб, у 2012 р. – 19,8 на 100 тис. осіб, у т.ч. серед чоловіків – 37,8 на 100 тис. чол., серед жінок – 7,0 на 100 тис. жінок [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Світова статистика свідчить про те, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій.

Психічне здоров'я – це відносно стійкий стан організму і особистості, який дозволяє людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні і психічні можливості, а також оточуючі природні і соціальні умови, здійснювати і забезпечувати свої індивідуальні, громадські, біологічні і соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відношень в організмі.

Психічна норма – це індивідуальна динамічна сукупність психічних (індивідуально- і соціально-психологічних) властивостей конкретної людини, яка дозволяє їй адекватно до свого віку, статі і соціального становища пізнавати оточуючий світ, пристосовуватись до нього і виконувати свої біологічні і соціальні функції відповідно особистих і соціальних потреб, та загальноприйнятої моралі.

Самогубство (суїцид) – усвідомлене самоусунення з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, коли власне життя, як найвища цінність, втрачає для людини сенс. Іншими словами це навмисне, усвідомлене і швидко позбавлення себе життя.

Одним з найважливіших механізмів виникнення хвороби є зрив адаптаційних і компенсаторних механізмів на різних рівнях організації функціональних систем організму за рахунок індивідуально екстремальних чинників зовнішнього середовища.

Межі психічної норми і патології були і залишаються найважливішим питанням, ще не достатньо вирішеним: чи може діагностична система розрізнити норму і патологію?; як встановити межу між аномальним і нормальним

психологічним функціонуванням, якщо таке можливе взагалі? Відсутність в межах існуючих систем правил встановлення нижніх границь для діагностики кожного конкретного психічного розладу є проблемою створення всіх існуючих варіантів класифікацій психічних розладів.

Нормальною в бойовій обстановці вважається поведінка, яка здійснюється в правовому просторі, орієнтована на основні етичні настанови воєнного часу, не вносить дезорганізацію у діяльність колективу і не ставить під загрозу життя і здоров'я самого суб'єкта поведінки і товаришів по службі. Девіантна поведінка багатообразна, багатоаспектна. Залежно від того, які норми порушуються або не виконуються військовослужбовцем у військовий час, його поведінка може кваліфікуватися як:

1) асоціальна поведінка, що пов'язана з невиконанням перш за все правових, моральних, культурних норм, але що не переступає меж закону. Дане визначення дуже тісно пов'язане з поняттям протиправної поведінки;

2) антисоціальна поведінка, що спрямована проти суспільства, його інтересів, грубо порушує його правові і моральні вимоги. Це поняття близько сходиться з поняттям делінквентної поведінки;

3) делінквентна поведінка – кримінальна, злочинна поведінка.

Суїцидальна поведінка – аутоагресивна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення і, принаймні, в мінімальному ступені мотивована явними або прихованими інтенціями до смерті.

Динаміка розвитку суїцидальної поведінки включає в себе такі етапи:

- виникнення конфлікту суб'єктивно великої тривалості та інтенсивності;
- усвідомлення нездоланності перешкоди, протиріччя;
- руйнування системи життєвих перспектив;
- прийняття рішення про суїцидальну дію;
- суїцидальна дія (спроба).

Предикція суїцидальності на ранніх етапах розвитку – дуже складне, але виконуване завдання, хоча і з невеликою прогностичною силою. Вона повинна базуватися на поєднанні біологічних, соціальних і особистісних елементів і бути

непрямою – можна виходити з того, що успадковується (і моделюється впливом середовища) не стільки суїцидальність як така, а цілий набір характеристик, які можуть призводити до суїцидальності.

Проблема суїцидальної поведінки в Збройних Силах тісно пов'язана з військово-професійною адаптацією в ході складної взаємодії військовослужбовців з комплексом факторів професійного, соціального, медичного, клімато-географічного, екологічного, побутового характеру, особливо при реадаптації до умов мирного життя учасників бойових дій, що отримали фізичні каліцтва. Успішність адаптації до нових умов життя і діяльності, тим більше до екстремальних, в значній мірі визначається особистісними особливостями, які є результатом складної взаємодії індивіда із зовнішнім середовищем на попередніх етапах його розвитку. Під впливом генетичних, біологічних, а також соціально-середовищних факторів, психотравмуючих ситуацій, дефектів виховання, обтяженого сімейного анамнезу (суїцидальні спроби і самогубства серед близьких родичів, часті конфліктні ситуації в сім'ї) формується схильність особистості до реакцій суїцидального типу в ситуаціях стресогенного характеру.

Майже завжди неадекватній поведінці передують виникнення дизадаптації.

Однак перехід дизадаптації в суїцидальну поведінку залежить від двох чинників:

- обмеження або зведення до нуля кількості відомих суб'єкту варіантів вирішення конкретного конфлікту;
- суб'єктивна оцінка відомих варіантів рішень як неефективних або неприйнятних.

Зміст кризи, характер пускового конфлікту, а також те, як він сприймається військовослужбовцем, багато в чому визначають мотиви і сенс суїцидальних дій. Незалежно від різноманітності психосоціальних ситуацій, що передують суїцидальним діям, мотиви досить універсальні.

- “Крик про допомогу”. Мотив і сенс суїцидального акту (як правило, це суїцидальна спроба) – отримати допомогу. В уяві страждаючої людини інші способи звернути на себе увагу здаються неможливими. При цьому військовослужбовець дійсно може перебувати в “неуважному”, ігноруючому оточенні або не використовує більш адекватні засоби пред'явлення своїх потреб.

- Самоушкодження як уникнення нестерпної життєвої ситуації. Суїцидальна спроба або суїцидальні погрози можуть стати потужною зброєю, що викликає почуття провини і страх у людей, емоційно значущих для даного військовослужбовця. Приклади можна знайти в різних сферах міжособистісних і соціальних відносин: спроба зберегти партнерські відносини; полегшення умов військової служби після самоушкодження; “щоб відстали кривдники”; інші ситуації. З різним ступенем усвідомленості суїцидальний акт може використовуватися як засіб маніпуляції іншими. Причому ступінь його небезпеки для індивіда може залишатися досить високою.
- Протест, помста, покарання “значущого іншого”. Рушійними емоціями суїцидального акта (як спроби, так і суїциду) в даному випадку є сором, гнів і образа. Суїцидальні дії можуть стати як формою покарання кривдника, який або сильніший, або занадто шанований і любимий постраждалим військовослужбовцем, так і способом примусу його змінити свою поведінку.
- Смерть як уникнення страждання. У суб’єктивному уявленні людини, що страждає душевним болем і / або важкою соматичною недугою, смерть часто представляється як спосіб переривання мук. Наприклад, військовослужбовцю в стані депресії, життя представляється безперспективним, муки – нескінченними, власне “Я” – нікчемним, навколишній світ – злим і караючим.
- Покарання себе. Одна з найважливіших емоцій, що виховуються соціумом з раннього віку – це емоція провини. Функції провини – стримування людської агресії і стимуляція співчуття. Однак дуже часто почуття провини гіпертрофовано і не відповідає реальним вчинкам людини. Почуття провини посилюється у випадку переживання втрати і горя, в стані депресії. Неадаптивний спосіб “полегшення” почуття провини – самопокарання, в т.ч. за допомогою суїцидальних актів.
- Жертвопринесення. Мотив обумовлений несвідомою фантазією знищити наслідки якоїсь дії (реальної або фантазійної), що викликає почуття провини, або альтруїстичним бажанням “врятувати” будь-кого (померлого або страждаючого). У жертвопринесенні працює несвідома, що йде з раннього дитинства, фантазія про власну всемогутність.

- Возз'єднання. Мотив, що виходить із фантазії про возз'єднання з коханою людиною після смерті. Такі уявлення можуть ставати актуальними при переживанні тяжкої втрати.

Як правило, суїцидальний акт формується більш ніж одним мотивом. Наприклад, депресивний військовослужбовець може відчувати як потребу в самопокаранні, так і в демонстрації свого страждання з метою пошуку допомоги. Такі мотиви як “крик про допомогу”, протест, уникнення нестерпної ситуації частіше спостерігаються при аналізі мотивації парасуїциду, а покарання себе, жертвоприношення, уникнення страждання. Разом з тим, завершене самогубство може носити характер протесту і практично завжди справляє надзвичайно сильний вплив на інших людей, а суїцидальна спроба може бути способом самопокарання або спробою “возз'єднання”.

Основні причини суїцидальної поведінки військовос-лужбовців у Збройних Силах України

Причини суїцидальної поведінки можна умовно поділити на три основні групи (зокрема, поєднання їх у кожному конкретному випадку):

- особистісні психологічні особливості військовослужбовця;
- перебування у ситуації конфлікту суїцидогенного характеру;
- схильність до неадекватних ситуаційних реакцій в умовах конфлікту.

Психічні риси особистості військовослужбовця, сприятливі для розвитку схильності до самогубства

Слід наголосити на тому, що самогубство чиниться людьми різноманітних психологічних типів, не існує так званого типу військовослужбовця, “схильного до самогубства”. Усе залежить від сили психотравмуючої ситуації і її особистісної оцінки як нестерпної. Водночас до найпоширеніших психічних особливостей, які призводять до суїцидальності, належать:

- емоційна в'язкість (невротичне зациклювання) – зосередження на певному емоційному стані, панування цього стану (постійне “внутрішнє” повторення переживань, пов'язаних із неприємними подіями);
- дратівливість, вразливість, висока конфліктність, які проявляються у вибухово-агресивних реакціях, звинуваченнях без уваги до позиції інших осіб;

- слабкий особистісний психічний захист, зокрема недостатній опір емоційним навантаженням (вразливість, яка спричиняє психічне виснаження військовослужбовця);
- неадекватна самооцінка – може бути завищеною (схильність звинувачувати інших у власних невдачах) чи заниженою (нерішучість особи щодо реалізації свого потенціалу);
- гіпертрофована потреба самореалізації – прагнення досягти високого соціального статусу шляхом здобуття визнання будь-яким чином;
- невпевненість у собі;
- симбіотичність – потреба в позитивно забарвлених, “теплих” емоційних зв’язках, щирих стосунках, у розумінні і підтримці, розвинута емпатійність (незадоволення такої потреби може зумовити сильну тугу, сум);
- слабкий вольовий контроль – утрудненість вольових зусиль під час прийняття рішень, несамостійність;
- низька активність;
- песимізм – інтегрований прояв депресивних переживань, станів;
- схильність до самозвинувачень – може розвинути до суїцидонебезпечних меж, насамперед, під впливом звинувачень інших;
- високий рівень тривожності – особливо в стресогенних умовах;
- особистісна незрілість, інфантильність – унеможливають самоствердження, самореалізацію; властива інфантильним особам імпульсивність зумовлює високу ймовірність суїцидальних дій.

Конфлікти суїцидогенного характеру можна умовно класифікувати на декілька груп:

1. Конфлікти, зумовлені специфікою військово-службової діяльності та військово-соціальної взаємодії військовослужбовців:

- пов’язані з труднощами військової служби (індивідуальні адаптаційні труднощі, жорстка регламентація життєдіяльності, вимогливість, значні фізичні та психологічні навантаження, відрив від звичних умов життя – основні чинники, що можуть спричинити у певній категорії військовослужбовців суїцидальні настрої);
- конфлікти між начальниками та підлеглими;

- міжособистісні конфлікти між військовослужбовцями, викликані проблемами соціально-психологічного характеру;
- негативні результати виконання конкретного службового завдання.

2. Особистісно-сімейні конфлікти:

- нерозділене кохання, зрада коханої людини;
- розлучення;
- хвороба, смерть близьких;
- статева неспроможність.

3. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїциданта:

- побоювання відповідальності (у тому числі кримінальної);
- побоювання ганьби за негативні вчинки.

4. Стан здоров'я:

- психічні захворювання;
- соматичні (тілесні) захворювання;
- фізичні недоліки (дефекти мовлення, особливості зовнішнього вигляду, що суб'єктивно сприймаються як недоліки).

5. Матеріально-побутові та інші мотиви.

Слід пам'ятати, що конфліктна ситуація набуває характеру суїцидогенної, коли військовослужбовець усвідомить її як високо значущу, гранично складну, а свої можливості щодо її подолання (розв'язання) – як недостатні, переживаючи при цьому почуття безнадійності-безпорадності й обираючи суїцидальні дії як єдино можливий вихід.

Фактори ризику суїциду – це характеристики, які мають тенденцію до регулярного повторного виявлення в дослідженнях на великих вибірках людей, які вчинили суїцид. Групи населення, що розрізняються по ряду статистичних показників (соціально-демографічних, економічних, медичних та ін.), мають різні рівні суїцидів. Таким чином, існує пряма кореляційна залежність між певними статистичними показниками і ризиком суїциду. Фактори ризику є поняттями імовірнісними, і їх прогностична сила носить відносний характер. Значимість впливу цих факторів посилюється при їх інтеграції.

До основних факторів суїцидального ризику прийнято відносити соціально-демографічні, біографічні (анамнестичні), медичні, індивідуально-психологічні та ін.

Соціально-демографічні фактори суїцидального ризику:

Стать. Рівень суїцидів у чоловіків в 3-6 разів вищий, ніж у жінок. Рівень суїцидальних спроб, навпаки, вищий в 1,5 рази серед жінок.

Вік. Рівень суїцидів в популяції збільшується з віком і досягає максимуму після 45-ти років. У загальній популяції максимум суїцидальних спроб припадає на молодий вік – 20-29 років; у військовослужбовців: 40 років і 18-23 роки відповідно.

Сімейний стан. Рівень суїцидів вищий серед осіб неодружених, розлучених, овдовілих, бездітних і проживаючих на самоті.

Професійний статус. Зазвичай факти, що пов'язані з порушенням професійного стереотипу (втрата роботи, призов до армії, вихід на пенсію, статус безробітного), асоціюються зі збільшенням ризику суїциду.

Релігія. В цілому рівні суїцидів вище серед атеїстів в порівнянні з віруючими. Серед основних конфесій, максимальні рівні суїцидів реєструються у буддистів, мінімальні – у мусульман; християни і індуїсти займають проміжне місце.

Медичні фактори суїцидального ризику:

Численні дослідження довели, що психічні розлади є серйозним фактором ризику суїциду. Згідно результатів дослідження ВООЗ (2002 р.), в більшості випадків стан людини на момент суїциду відповідав критеріям діагнозу якогось психічного розладу. Особливістю суїцидальних спроб військовослужбовців є те, що контингент, який вчинив самогубства складають переважно особи, які не мають явних симптомів психічної патології в період до служби в армії і поза моментом суїцидальних дій. Однак, за даними ретроспективних досліджень, на момент самогубства у частини військовослужбовців відзначалися ознаки невротичних розладів (розлади адаптації) або афективних порушень (депресія), або залежності від психоактивних речовин (ПАР), в основному від алкоголю.

Депресія. На думку ряду дослідників, помірний або важкий депресивний епізод передує 45-70 % суїцидів. Ризик суїциду у військовослужбовців, які

страждають депресією, є дуже високим (8-30 %) незалежно від характеру та перебігу розладу. Однак ряд клінічних особливостей депресії може асоціюватися з виключно високим ризиком самогубства: депресивний або змішаний епізод в клініці розладів адаптації, особливо II типу; часті зміни фаз (4 і більше фаз / рік); перехід від манії до депресії; коморбідність депресії з залежністю від ПАР; поєднання депресії з тривогою; відновлення фізичної активності до поліпшення настрою в процесі лікування антидепресантами.

Синдром залежності від алкоголю. За даними досліджень, від 10 до 22 % тих, що наклали на себе руки, страждають алкогольною залежністю. Найчастіше це чоловіки після 40 років з імпульсивною поведінкою і коморбідністю з іншими психічними розладами, особливо з депресією.

Синдром залежності від опіатів. Рівень суїцидів у вибірках героїнових наркоманів коливається в діапазоні 82-350 на 100000 осіб.

Шизофренія. Ризик суїциду в цій групі пацієнтів становить 10-12 %, а рівень суїцидів коливається у популяції від 147 до 752 на 100000 осіб в рік.

Розлади особистості. Максимальний ризик (3-9 %) пов'язаний з емоційно-нестійким розладом особистості, для якого характерна емоційна лабільність, напружені міжособистісні відносини, зміни ідеалізації і знецінювання об'єкта прихильності, імпульсивність, почуття "спустошеності" і "безглуздя" та ін. Емоційно-нестійкий розлад особистості часто поєднується з розладом настрою і залежністю від ПАР. Поєднання цих трьох клінічних станів є важливим прогностичним фактором суїцидальної поведінки. У військовослужбовців строкової служби з розладами особистості при дії психогенних і конституційних чинників розвивається декомпенсація (невротична, афективна), що збільшує суїцидальний ризик.

Інші психічні розлади. Високий суїцидальний ризик може бути асоційований з такими розладами, як нервова анорексія, панічний розлад, розлади, пов'язані зі стресом і ін. Як правило, предиктором суїциду є не діагноз, а клінічний стан військовослужбовця, психопатологічний синдром, що реєструється на даний момент.

Приблизно 70 % людей, що здійснюють самогубство, страждають гострим або хронічним захворюванням на момент смерті. Групу підвищеного суїцидального ризику складають особи, які страждають на тяжкі хронічні захворювання. Соматичні хвороби часто поєднуються з депресією.

Найбільший ризик суїциду пов'язаний з наступними станами: онкологічні та захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ІХС); захворювання органів дихання (астма, туберкульоз); вроджені та набуті каліцтва; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ інфекція; стани після важких операцій.

Постійний прийом певних лікарських препаратів може посилювати стан депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями. До таких препаратів належать: препарати раувольфії та інші гіпотензивні засоби, блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні засоби.

Серед біологічних родичів людей, які вчиняють суїцидальні дії, рівень суїцидів вищий, ніж у загальній популяції. Це пов'язано як із закономірностями успадкування психічних розладів, так і з поведінковими особливостями особистості (імпульсивність).

У деяких випадках велике значення має копіювання поведінки емоційно значущих осіб (рідних, партнерів, релігійних лідерів, кумирів культури та ін.).

Серед інших біографічних факторів ризику часто виділяють наявність психічної патології у близьких родичів, смерть близьких родичів у віці пацієнта до 13 років, систематичне насильство з боку рідних і близьких у віці до 13 років та ін.

Індивідуально-психологічні фактори ризику. Дані фактори відображають не стільки ризик суїцидальної поведінки, скільки імовірність зниженої толерантності особистості до емоційних навантажень і дизадаптації в умовах психологічного дистресу. До таких факторів відносять особистісні особливості: емоційна нестійкість, у тому числі в період вікових криз (пубертатної, інволюційної); імпульсивність; емоційна залежність; неадекватна самооцінка; максималізм і категоричність; сильно виражене бажання досягнення цілей; низька толерантність до стресових факторів; тривожність і гіпертрофоване почуття провини. Особи з вище переліченими особистісними рисами в армійських чітко регламентованих умовах виявляються багато в чому вразливими, особливо при наявності слабкої

фізичної підготовки, нездатності виконувати встановлені нормативи при фізичних навантаженнях, при наявності нестатутних взаємовідносин у армійському середовищі, що підвищує ризик суїцидальної поведінки.

Біографічні фактори суїцидального ризику. Наявність суїцидальної спроби в анамнезі є одним з найбільш значущих чинників ризику суїциду і повторного парасуїциду. Близько 30-40 % осіб, які вчинили парасуїциди, вдаються до повторних суїцидальних дій. Ризик повтору суїцидальної спроби найбільш високий протягом 3 міс. після першої.

Відомо, що рівень суїцидів у Збройних Силах України за період 1998-1999 рр. складав 37,8 на 100 тис. осіб [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. У дослідженнях, що охоплювали період до 2002 р., зазначається, що основними способами спроб скоєння суїциду були: повішення – 60,0 %, нанесення різаних ран – 27,3 %, стрибки з висоти – 9,1 %, передозування барбітуратами та іншими заспокійливими.

Багатофакторний аналіз суїцидальних спроб у військовослужбовців показав, що предикторами скоєння суїцидальної спроби у 49,6 % випадках є обставини пов'язані з виконанням обов'язків військової служби [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Водночас після початку антитерористичної операції на сході України рівень суїцидів зростав: у 2014 р. складав 25,5 на 100 тис. осіб, у 2015 р. – 73,5 на 100 тис. осіб. При цьому змінювалися і способи скоєння суїцидів з превалюванням застосування вогнепальної зброї.

У зв'язку з такою невтішною статистикою, вкрай актуальною проблемою в умовах сьогодення постає оцінка суїцидального ризику і профілактики суїцидальної поведінки у Збройних Силах України.

Актуальність проблем суїцидальної поведінки для Збройних Сил України обумовлена відсутністю тенденції до зниження кількості самогубств серед військовослужбовців. Так, в структурі безповоротних втрат військовослужбовців в зоні АТО та після повернення зі сходу країни самогубства стали займати значиме місце. Всього з початку АТО за період березень 2014 р. – січень 2016 р. в Збройних Силах України у структурі безповоротних втрат 7,2% займає завершене

самогубство. За місцем скоєння суїциду 42,9 % були скоєнні в зоні АТО, 57,1% – скоєнні поза зоною АТО.

В 2015 р. кількість випадків самогубств зросла майже в 3 рази у порівнянні з 2014 роком.

Найбільше самогубств було здійснено особами рядового складу (65 %), втричі рідше від них вчиняли самогубства сержанти та старшини (22 %). На долю офіцерського складу припадає 11 % випадків самогубств, а найменша їх кількість – серед працівників ЗС України (2 %).

Військовослужбовці військової служби за контрактом складають більшу половину суїцидантів (55 %) порівняно з військовослужбовцями військової служби за призовом у зв'язку з мобілізацією (43 %).

Найчастіше самогубці серед військовослужбовців помирали внаслідок застосування стрілецької зброї (48 %) або через повішення (41 %), значно рідше для здійснення використовувалися вибухові засоби (7 %) та інші способи скоєння суїциду.

Річна структура самогубств за 2015 рік характеризується менш різкими коливаннями помісячних показників. Найменше самогубств було вчинено в період з січня по квітень (в межах 4-7 %), наступні три місяці кількість суїцидів трималась на рівні 9-10 %, в серпні ситуація дещо покращилась (6 %), в наступні місяці кількість суїцидів знову зросла з максимальними річними показниками в листопаді і грудні (13 % і 11 % відповідно).

Суттєва різниця місячних показників суїцидів досліджуваних років відмічається в червні і грудні, коли показники 2015 року майже вдвічі перевищують відповідні показники 2014 року. Спільною характеристикою річної структури самогубств 2014-2015 рр. є місяці з найвищими показниками суїцидів: травень, липень, вересень, листопад.

За часом доби скоєння самогубства: 68,4 % випадків самогубств здійснювалися в позаслужбовий час доби. Разом з тим, за даними О.В. Друзя **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**, 47,3% суїцидальних спроб серед військовослужбовців строкової служби припадало на позаслужбовий час доби.

Аналіз західного та вітчизняного досвіду з питань запобігання суїцидам [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.], дозволяє узагальнити наступні доцільні основні заходи та рекомендації щодо запобігання суїцидам в Збройних Силах України.

Заходи із запобігання суїцидам можуть реалізовуватися у формі занять, бесід, демонстраційних матеріалів, під час медичних оглядів, спостережень та мають на меті раннє виявлення осіб з ознаками девіантної поведінки (поведінки з відхиленнями від загальноприйнятих норм, поведінки, що характеризується змінами настрою, нетиповими емоціями, вчинками), надання їм усесторонньої підтримки та допомоги.

Заняття з питань запобігання суїцидам повинні проводитись в умовах повсякденної діяльності військ, а також в:

- підготовчий період застосування військ (період бойового злагодження, період, що передує направленню в район застосування збройних сил);
- районі застосування збройних сил;
- умовах повернення до пункту постійної дислокації.

До занять можуть залучатися попередньо підготовлені з питань запобігання суїцидам військовослужбовці, командири, офіцери-психологи, офіцери по роботі з особовим складом, медичний персонал, психологи, капелани.

Командири підрозділів повинні відслідковувати процес якісної та якомога швидшої адаптації новоприбулих військовослужбовців у військовому колективі та забезпечувати наявність у підпорядкованому підрозділі достатньої кількості підготовлених військовослужбовців (як варіант, з розрахунку один підготовлений військовослужбовець на взвод – досвідчений військовослужбовець, який користується авторитетом у колективі), що володіють навичками спостереження за співслужбовцями, які мають схильність до самогубства (самоушкодження), надання їм допомоги (бесіда, відволікання уваги, супровід до медичного персоналу, психолога, капелана, інформування командира про девіантну поведінку товариша по службі). Основним завданням кожного військовослужбовця є

спостереження за своїм товаришем на предмет наявності девіантної поведінки. У підрозділі вживаються заходи щодо подолання забобонного ставлення до підтримки психічного здоров'я, підкреслюється, що психічне благополуччя разом з фізичним та соціальним є рівнозначними складовими здоров'я людини.

В підготовчому періоді основними напрямками роботи є:

- заняття з запобігання суїцидам та розповсюдження обізнаності з проблемою суїциду, які проводяться офіцерами-психологами, офіцерами по роботі з особовим складом.
- раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки у військовослужбовців.
- оцінка ризику скоєння суїциду перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням (наприклад, за допомогою опитувальника SAD Persons [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]), яка проводиться психологами.

На заняттях із запобігання суїцидам та розповсюдження обізнаності з проблемою суїциду акцентується увага на визначенні факторів ризику, що можуть призводити до суїциду, ранніх ознаках суїцидальної поведінки та заходах щодо реагування на неї, а також вживаються заходи щодо формування психологічної стійкості (з урахуванням можливих зовнішніх факторів ризику дезадаптації в бойових умовах [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]) військовослужбовців в екстремальних умовах. До занять залучаються капелани. Особовий склад медичної служби зважливо реагує на скарги на стан здоров'я (звернення) військовослужбовців щодо порушення сну, появу депресії, уважно проводить медичні огляди військовослужбовців, які мали попередній бойовий досвід (пережили бойову психічну травму, мають симптоми посттравматичних стресових розладів), підвищує свій рівень підготовки з надання медико-психологічної допомоги. Командири сприяють проведенню таких завдань, забезпечують морально-психологічний стан у військовому підрозділі (частини), присікають будь-які випадки нестатутних взаємовідносин, реагують на соціально-побутові проблеми військовослужбовців, через офіцерів по роботі з особовим складом забезпечують розміщення в приміщеннях частини наглядних інформаційних матеріалів з питань запобігання суїцидам (вживання психоактивних речовин).

Раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки серед військовослужбовців передбачає: контроль за станом здоров'я та поведінки осіб, за якими спостерігалися девіантні форми поведінки; осіб, які мають хронічні розлади сну, приймають антипсихотичні засоби, схильні до вживання алкоголю. У разі потреби лікар надає пропозиції командирів військової частини щодо ризику для здоров'я таких військовослужбовців та оточуючого колективу. За даними західних експертів, лише після досягнення стабільності поведінки зазначених осіб на протязі 3-х місяців, ймовірність скоєння суїциду в районі застосування військ значно зменшується.

Оцінка ризику скоєння суїциду перед направленням військовослужбовців для виконання завдань (повинна проводитися також під час поглиблених медичних обстежень та після повернення з району застосування військ) за призначенням здійснюється за допомогою опитувальника SAD Persons, який дозволяє оцінити ризик скоєння суїциду у військовослужбовців. Особи, які за результатом оцінювання віднесені до груп високого ризику скоєння суїциду, направляються на огляд до лікаря військової частини.

В районі застосування збройних сил основними напрямками роботи командирів, психологів, медичного персоналу, капеланів є: проведення заходів (акцентування уваги на проблемі суїцидів, обережного поводження із зброєю та ін.) із запобігання суїцидам щонайменше в перший місяць і на шостий місяць перебування у зоні збройного конфлікту. Попередні дослідження [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] показали, що психофізіологічна дезадаптація у військовослужбовців переважно спостерігається протягом 1-го місяця служби (військовослужбовці з дуже слабкими внутрішніми ресурсами стресостійкості до психотравмуючих факторів), а також в період з 4-го по 6-й місяць служби (військовослужбовці, внутрішнього адаптаційного резерву яких виявляється недостатньо для протидії психотравмуючим факторам). Західні експерти рекомендують також проводити заходи із запобігання суїцидам на 10 місяць перебування у зоні збройного конфлікту. Силами психологів проводиться оцінювання психологічних проблем у військах, за результатами якого звертається увага командирів на актуальних питаннях покращення морально-психологічного

стану у військових колективах.. Командири повинні підтримувати відкритість у спілкуванні, не приховувати від підлеглих ситуацію, підбадьорювати їх власним прикладом. У зв'язку із зростанням частки самогубств внаслідок застосування стрілецької, вибухової зброї, у зоні застосування військ, особам з розладами поведінки доцільно доручати обов'язки, безпосередньо не пов'язані із застосування зброї, але корисні на благо підрозділу. Важливою є робота військових капеланів, які забезпечують задоволення релігійних потреб військовослужбовців, проводять релігійно-освітню роботу, індивідуальну душпастирську опіку особового складу. Медична допомога особам, схильним до суїциду, або які мали спробу скоєння суїциду, надається в загальній системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Для підсилення спроможностей з надання медико-психологічної допомоги у районі застосування військ, за рішенням старшого медичного начальника організовуються мобільні позаштатні групи з підтримки психічного здоров'я, які працюють на базі військових мобільних госпіталів, медичних рот, цивільних лікувальних закладів в операційній зоні, в базових таборах.

В умовах повернення до пункту постійної дислокації із району застосування військ проводяться такі ж самі заходи, які і під час повсякденної діяльності. В цей час на фоні бойової втоми та зниження адаптаційних резервів можливою є поява девіантної поведінки у військовослужбовців. Так, основними проблемами учасників бойових дій є страх, демонстративність поведінки, агресивність, замкнутість, тривожність і підозрілість. Особи з девіантною поведінкою часто мають конфлікти в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживають психоактивними речовинами. Крім того, у них відзначається нестійкість психіки, при якій навіть незначні життєві проблеми чи труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; прояви посттравматичного стресового розладу. Тому, з метою запобігання суїцидам, необхідно здійснювати моніторинг психічного здоров'я та психофізіологічного стану військовослужбовців. В результаті моніторингу, який проводиться медичним персоналом, психологами виявляються особи, які потребують допомоги, та визначається необхідний їй обсяг, звертається увага на осіб, які мали черепно-мозкові травми. Особи з високим ризиком заподіяти шкоду собі або оточуючим

направляються на медичний огляд (стаціонарне лікування) до військового госпіталю. За показаннями та рішенням госпітальної ВЛК, військовослужбовці можуть направлятися на медико-психологічну реабілітацію до центрів медичної реабілітації та санаторного лікування (військових санаторіїв).

У зв'язку з тим, що певна частина суїцидів трапляється в період після служби або під час перебування у відпустці важливим у запобіганні суїцидам є наступне. По-перше, з особами, що направляються у відпустку, проводиться бесіда (психологом) на предмет важливості сімейних цінностей, необхідності підтримки власного здоров'я. По-друге, лікар частини на осіб, які звільняються з військової служби (демобілізуються) та мали поведінкові розлади, розлади психіки, направляє у військовий комісаріат за місцем призову витяг з медичної книжки щодо наявності в анамнезі порушень психічного здоров'я, який потім повинен враховуватися під час медичних оглядів у разі повторного призову на військову службу та передається для врахування у роботі до психоневрологічних диспансерів за місцем прописки військовослужбовця.

Основним напрямком профілактичної роботи є ослаблення та усунення соціальних і соціально-психологічних причин і умов, що сприяють формуванню і прояву суїцидальної поведінки військовослужбовців, зберіганню суїцидогенної обстановки у військовій частині.

Профілактичні заходи будуються на основі обліку групових і індивідуальних чинників ризику. Вона спрямована на своєчасне виявлення військовослужбовців, які знаходяться в суїцидонебезпечному стані, та надання їм психологічної допомоги і підтримки.

Профілактична робота повинна об'єднувати заходи соціального, психологічного, медичного, правового і педагогічного характеру і бути безперервною, послідовною, за участю всіх посадових осіб військової частини.

Необхідно використовувати можливості санінструкторів підрозділів, фельдшерів для виявлення військовослужбовців з ознаками суїцидальної поведінки, оскільки вони найбільш тісним чином пов'язані з особовим складом, як під час бойової підготовки, так і в години, вільні від занять.

Хворобливі реакції усіх типів піддаються терапевтичному впливу в умовах амбулаторного нагляду в частині або спеціалізованому кризовому стаціонарі госпіталю. У офіцерів часто виникає питання, які ж критерії необхідні для відправлення і розміщення військовослужбовців для подальшої профілактики в умовах стаціонарного лікування?

По-перше. Термінового стаціонарного лікування потребують військовослужбовці, які зробили спробу суїциду, які заявляють про свої наміри до суїциду, виявляють високу зацікавленість до самого явища самогубства і способів його скоєння, а також при наявності у військовослужбовця наміру приховати свій стресовий стан.

По-друге. При дезорганізаціях, або постійних службових, сімейних зривах, що в свою чергу наращують загрозу виникнення агресивних дій, які збільшують потенційний суїцидальний ризик.

По-третє. При різких змінах форм поведінки і цілеспрямованості діяльності під впливом непостійного настрою, значних коливаннях і постійних змінах емоційного стану військовослужбовця.

По-четверте. При втраті психологічного захисту в процесі адаптації і різкому зниженню контролю і самоконтролю військовослужбовця над собою.

І, нарешті, при виразному глибокому відчутті безвихіддя, пригнічення, високих ступенях втомленості, які потребують реабілітаційних заходів і перерви у повсякденній діяльності військовослужбовця.

Ці зовнішні ознаки завжди спостерігають, відслідковують ті, хто постійно займається вихованням підлеглих. Потрібно пам'ятати, що для профілактики суїцидальної поведінки дуже важливим є постійне спілкування з воїном у неформальній, дружній обстановці. Доцільно розширювати рамки такого спілкування, відмовлятися в ряді нагод від підкреслено офіційного ділового тону розмови, особливо у бесідах на теми особистого характеру, втілювати в душі військовослужбовців оптимізм і надію. Людині притаманна потреба у співчутті, теплі і розумінні її іншою людиною. Проста, душевна розмова з військовослужбовцем, який знаходиться в кризовому стані, може запобігти

суїцидальній дії, і виграти час, який необхідний для направлення його до спеціаліста-медика.

Для своєчасного надання повноцінної допомоги особам з підозрою на пограничні психічні розлади та передсуїцидальний стан посадовим особам медичної служби необхідно:

- провести медичний огляд осіб з підозрою на психічний розлад та наявність суїцидальних тенденцій і до моменту відправлення до психіатра утримувати їх тільки в медичних пунктах частини під особливим наглядом, організувати усі заходи для якомога швидкої евакуації у медичний заклад із забезпеченням засобів безпеки і нагляду на шляху слідування;
- на огляд до психіатра госпіталю таких осіб представляє лікар частини, а не випадковий медичний працівник, із обов'язковим поданням службової та медичної характеристик з висновками командування про можливість виконання обов'язків військової служби. Додаються довідки про травми, матеріали розслідування суїцидальних спроб, письмові свідчення свідків про випадки відхилень у поведінці, або неадекватні дії;
- вести облік усіх випадків суїцидальних проявів у частині, узагальнювати і доповідати командуванню аналіз з конкретними рекомендаціями

Пам'ятайте! Душевна глухота – причина багатьох самогубств військовослужбовців. Вплив на свідомість підлеглих неможливий без близькості до підлеглих. Досліди і практика роботи свідчать, що 20-25 % військовослужбовців строкової служби залишаються задоволеними спілкуванням із своїми командирами. Як багато з них відмічають, дуже рідко офіцери розмовляють з підлеглими з питань служби та особистого життя. Край негативно впливає на суїцидальну обстановку і те, що є випадки необґрунтованої відмови у наданні відпусток за сімейними обставинами, факти масової заборони звільнень військовослужбовців з частини.

Особливу увагу потрібно звертати на умови, які можуть допомогти реалізувати суїцидальне рішення. Це стан військової дисципліни, організація вартової і внутрішньої служби, контроль за особовим складом, порядок видачі зброї та багато іншого.

У військовому середовищі існує багато подій, які можуть ініціювати суїцидальні роздуми, і навіть спроби суїциду. Це можуть бути тривоги, марші, навчання, виконання стрільб, інші учбово-бойові завдання, які пов'язані з раптовою наднапругою фізичних і духовних сил. Деякі військовослужбовці у таких випадках особливо гостро відчують свою професійну невідповідність, слабкість, безвихідь. Вони ретельно ховають свої почуття від товаришів по службі, соромляться попросити в них підтримки, замикаються в собі, шукають способи відволікатися від своїх думок і переживань. Але стрес не проходить, а навпаки посилюється, службові обов'язки виконуються все гірше та гірше. Раз від разу помилки і прорахунки стають більш серйозними і важкими. Словом, спіраль падіння до суїциду починає розкручуватись виток за витком.

Контроль за статутною організацією життєдіяльності військовослужбовців відіграє особливу роль у профілактиці суїцидальних проявів. Офіцери повинні пам'ятати, ще нерівність у складності і організації військової праці створює нерівні умови для задоволення потреб, для всебічного розвитку особистості воїна.

Пам'ятайте, що коли збільшується кількість спроб до самогубства і самогубств з причин ускладнень військової служби (загалом їх більше 30 %) то необхідно проаналізувати, чи не робляться вони штучно, а не вести розмови про невідповідність матросів і солдат строкової служби до умов військової служби.

Велика увага повинна бути спрямована на організацію вартової служби. До третини самогубств чиняться на варті із застосуванням зброї. Не поодинокі випадки, коли перед самогубством відбувається розправа з тими або тим, хто знущався з самогубця. Підбір людей до несення вартової служби, якісний медичний огляд, індивідуальна робота з кожним військовослужбовцем, чуйне реагування на душевний стан вартових – необхідні кроки.

Кризове втручання – це комплекс організаційних, лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на зниження суїцидального ризику і усунення негативних соматичних і психосоціальних наслідків суїцидального акта. Кризове втручання здійснюється лікарем частини, психологом, лікарем-психіатром, психофізіологом та психотерапевтом лікувального закладу.

Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги:

- Забезпечити негайне спостереження за військовослужбовцем.
- Забезпечити адекватні заходи по оцінці психічного статусу і суїцидального ризику.
- Забезпечити проведення терапевтичних заходів, адекватних характеру і тяжкості психічного розладу.
- Налагодити контакт фахівців, які здійснюють допомогу, з родичами та іншими емоційно значущими особами.
- При необхідності виключити військовослужбовця зі стресової ситуації.

Амбулаторна психіатрична і психотерапевтична служба. Високий суїцидальний ризик особи, яка звернулася на амбулаторний прийом або при відвідуванні вдома, вимагає невідкладної консультації такого військовослужбовця психіатром (психотерапевтом) амбулаторного (стаціонарного) лікувального закладу за місцем дислокації військової частини з метою вирішення питання про госпіталізацію в психіатричний стаціонар з його згоди. Також військовослужбовець може бути госпіталізований без його згоди за направленням командира частини до рішення суду, якщо його обстеження і лікування можливі лише в стаціонарних умовах, а психічний розлад обумовлює його безпосередню небезпеку для себе і (або) оточуючих. Виразність суїцидального ризику, перш за все, оцінюється клінічно по викладеному вище алгоритму. В якості додаткового методу оцінки можуть слугувати шкали суїцидального ризику. При використанні Шкали оцінки ризику суїциду (ШОРС, The Sad Persons Scale, Patterson et al. 1983) відносним показанням для госпіталізації служить суїцидальний ризик у діапазоні 5-6 балів, абсолютним – 7-10 балів (Додаток 3). При оцінці тяжкості вчиненого парасуїциду використовується Шкала суїцидальних інтенцій Пірса (ШСПП, D.W. Pierce, 1977): бали 4-10 (середній рівень суїцидальних інтенцій) – відносне показання для госпіталізації; більше 10 балів (високий рівень суїцидальних інтенцій) – абсолютне показання.

У разі клінічної та додаткової (за допомогою шкал) оцінки суїцидального ризику як низького (0-2 бали за ШОРС або 0-3 балів за ШСПП) або середнього (3-4 бали за ШОРС або 4-10 балів за ШСПП) може бути прийнято рішення про амбулаторне лікування.

У разі неявки до лікаря-психіатра (психотерапевта) для амбулаторного лікування військовослужбовець з суїцидальним ризиком (частіше це військовослужбовці за контрактом) направляється на стаціонарне лікування (ВЛК) в психіатричний стаціонар згідно із законодавством.

Одним із напрямків роботи лікаря (психофізіолога) військової частини є інформування командування, членів сім'ї військовослужбовця в доступній формі і з урахуванням реального ризику про характер психічного розладу, тактику поведінки в екстрених ситуаціях, провісників наступаючої кризи, про заходи щодо її запобігання. Однак перш ніж надавати таку інформацію зазначеним категоріям, необхідно обговорити її в загальних рисах з самим військовослужбовцем. Цілком можливо, що він сам вкаже тих осіб, яким повинна бути адресована інформація, або попросить уникнути обговорення якихось подробиць.

При наявності телефону в кабінеті фахівця (лікаря-психіатра, психотерапевта, психолога) військовослужбовцю необхідно в обов'язковому порядку повідомити цей телефон і проінструктувати, в якій ситуації він може зв'язатися з фахівцем.

У разі виникнення екстреної ситуації, коли військовослужбовець інформує по телефону фахівця про те, що має намір вчинити суїцид, пропонується наступний алгоритм дій:

- по можливості довго продовжувати бесіду з військовослужбовцем;
- одночасно медична сестра по іншому телефону зв'язується з командуванням частини (психолого-психіатричною групою);
- інформуються члени сім'ї, які можуть в даний момент забезпечити доступ в квартиру або своєю появою запобігти спробі суїциду.

Тактика лікаря-психіатра (психотерапевта) при консультуванні пацієнта з високим суїцидальним ризиком в соматичному стаціонарі визначається в значній мірі тяжкістю соматичного стану.

Лікування в соматичному стаціонарі слід продовжувати, якщо тяжкість соматичного стану становить загрозу для життя військовослужбовця. Однак в даному випадку лікування повинно бути продовжено або в умовах реанімаційного відділення, або з організацією індивідуального поста.

При високому суїцидальному ризику пацієнта при відносно компенсованому соматичному стані необхідна невідкладна (в т. ч. при відмові військовослужбовця – примусова) госпіталізація в психіатричний стаціонар.

При надходженні в стаціонар військовослужбовця з високим суїцидальним ризиком (ШОРС – 7-10 балів; ШСП – більше 10 балів) в порядку невідкладної госпіталізації даний військовослужбовець розміщується в наглядовій палаті. При зниженні суїцидального ризику до середнього рівня пацієнт може бути переведений в загальну палату. Незважаючи на це за таким військовослужбовцем зберігається ретельне спостереження, метою якого є обмеження доступу до місць зручних для здійснення суїциду (відкриті вікна, відлюдні місця, сходові отвори висотних будівель, електрообладнання, доступ до лікарських засобів, колючих і ріжучих предметів і т. ін.). Медичному персоналу необхідно бути особливо настороженим в ранні ранкові години (3-6 год.), так як саме в цей час у пацієнта з суїцидальними намірами збільшується ймовірність здійснення свого плану.

Інформація про підготовку виписки таких військовослужбовців, звільнених з ЗС, представляється (надсилається епікриз) в амбулаторну (стаціонарну) психіатричну (психотерапевтичну) службу за місцем проживання, а про військовослужбовців, визнаних придатними до продовження військової служби, повідомляється командування частини (лікар та психолог): про необхідність проведення профілактичної допомоги в посткризовий період з конкретними рекомендаціями.

Кризове втручання здійснюється шляхом проведення бесіди, метою якої є виявлення і редукція суїцидальних тенденцій. Воно є закономірним продовженням діагностичного інтерв'ю і будується на описаних вище принципах і техніках комунікації. Активність фахівця поступово збільшується до останніх етапів бесіди. Кризове втручання включає в себе наступні етапи:

Збір інформації про кризу. На даному етапі встановлюється взаємна довіра. Стиль поведінки фахівця – прийняття будь-яких почуттів і переживань військовослужбовця без оцінки і інтерпретацій. Важливо надавати військовослужбовцю психологічну підтримку, не прискорювати темп інтерв'ю.

Рекомендується не нехтувати тим, що може здатися “несерйозним”, “маніпулятивним”, “спробою привернути увагу”.

Необхідно: неодноразово прояснювати суїцидальні наміри (фантазії, думки, плани); оцінити психічний статус і тяжкість психотравмуючих подій; отримати максимум інформації про ситуацію, що передувала суїцидальному вчинку. У разі небажання військовослужбовця розкривати подробиці суїцидального акту рекомендується зосередити увагу на поточних переживаннях і почуттях.

Визначення мотивів та цілей суїцидальних намірів. Мотиви і цілі суїцидальних актів відрізняються від провокуючих їх приводів. Для їх розуміння важливо вибудувати “пояснювальну” гіпотезу: яка потреба військовослужбовця не задоволена; домінуючі емоції; кому “адресований” суїцидальний акт; очікування від вчинку; пусковий фактор. Два перших етапи дозволяють виробити попередній план терапії і сформулювати перші терапевтичні інтерпретації.

Терапевтичні інтерпретації і втручання. Вводяться в бесіду тоді, коли військовослужбовець відчув, що його ситуація і він сам спокійно і доброзичливо “прийняті” фахівцем. Кризове втручання є лише початком терапії, тому інтерпретацій не повинно бути багато.

Інтерпретації подаються в м'якій манері, як думка фахівця, а не фіксовані догми:

Обговорення мотивів суїцидального акту. Мотиви, пов'язані з “впливом на інших”, не повинні інтерпретуватися в осудній і зверхній манері. Бажання впливу на інших – складова будь-якого суїцидального вчинку і широкого діапазону людських вчинків.

Демонстрація сумніву в тому, що суїцидальний акт реалізує мету. У тих випадках, коли суїцидальний акт розглядається як спроба змінити поведінку значущих інших, можливо обговорення з військовослужбовцем, наскільки реалістичні такі фантазії. Коли суїцидальний вчинок дійсно змушує змінити поведінку кого-небудь (тобто мета “досягається”), можна запропонувати обговорення почуттів, які в цій ситуації відчуває військовослужбовець і, імовірно, “адресат” суїцидального вчинку.

Прояснення основної “дихотомії”. Суїцидальне мислення характеризується дихотомічністю і безальтернативністю. Одне із завдань спільної роботи – побудувати “шкалу” між “все” і “нічого”, допомогти військовослужбовцю знайти альтернативні виходи з кризи. Наприклад, обговорити, як можна справлятися з болем втрати; як висловити свої почуття і потреби іншій людині, не вдаючись до аутоагресії.

Знецінення значущості проблеми. Можна обережно посилити сумніви про значущість втрати або невдачі. Процес зниження інтенсивності переживань з приводу втрати з плином часу – природний адаптаційний процес, якому можна сприяти. Потрібно бути вкрай обережним з почуттями військовослужбовця. По-перше, військовослужбовець може вважати, що фахівець не сприймає його почуття і проблему “всерйоз”. По-друге, несвоєчасне знецінення втрати може стимулювати розвиток негативного ставлення військовослужбовця до фахівця.

Подолання винятковості ситуації. Обговорити спільність ситуації військовослужбовця та інших людей. Спільно підібрати приклади альтернативного вирішення проблеми. Важливо уникнути знецінення кризи конкретного військовослужбовця: незважаючи на спільність, в кожній кризовій ситуації і почуттях людини є унікальність.

Обговорення значення симптомів. Депресивний військовослужбовець сприймає свій стан як особистісний дефект, зміна якого неможлива. Важливо показати, що безнадійність і депресія – це тимчасовий стан, а не особистісна характеристика людини.

Повернення до минулого досвіду успішного вирішення проблем стимулює військовослужбовця застосувати ті адаптивні способи подолання важких емоцій, які були ефективні раніше.

Стимулювання активності. Прості дії можуть бути ефективні для зниження рівня тривоги і депресії.

Спільне формулювання плану терапевтичних заходів. Це сприяє дискваліфікації уявлень військовослужбовця про безнадійність і заново вибудовує сенс існування в його суб’єктивній картині світу.

Зворотній зв'язок і обговорення поведінки військовослужбовця. В кінці бесіди важливо отримати зворотній зв'язок і трактування військовослужбовцем свого поточного стану та планів на найближчий час (години, дні). Занадто оптимістичні запевнення військовослужбовця про швидкі позитивні зміни повинні насторожувати. Суїцидальні думки можуть легко повертатися протягом декількох днів або годин. Найбільш імовірним результатом вдалого втручання буде встановлення довіри між фахівцем і військовослужбовцем.

Антисуїцидальний контракт. Одним з можливих варіантів закінчення кризового втручання може бути спільне складання антисуїцидального контракту. У ньому уточнюється відповідальність “сторін” за терапевтичні заходи. Одним із пунктів відповідальності військовослужбовця може бути відмова від суїцидальних дій на час терапії. Така домовленість є лише першим кроком: контракт можна “продовжувати”, а при завершенні терапії залишити його “відкритим”, тобто надати військовослужбовцю можливість зателефонувати фахівцю (або його колегам) або повернутися в терапію в разі погіршення стану.

Завершуючи першу бесіду, фахівець залишає контракт “відкритим”, чітко пояснюючи військовослужбовцю, що далі піде продовження терапевтичних комунікацій. Кризове втручання, як правило, не обмежується однією зустріччю і являє собою процес, тривалість якого визначається тривалістю періоду високого ризику суїцидальних дій.

Лікарські препарати призначаються за показаннями залежно від психопатологічного синдрому і діагнозу психічного розладу. Симптоматична кризова терапія спрямована на купірування тривоги, страху, ажитації, збудження, порушень сну, марення і галюцинацій і інших психопатологічних симптомів. Принципи призначення медикаментів військовослужбовцям з високим суїцидальним ризиком описані в розділі “Принципи профілактичної медикаментозної терапії”.

Профілактична допомога в посткризовий період. Військовослужбовці з психічними розладами, перебіг яких має стійкі суїцидальні тенденції, підлягають огляду військово-лікарською комісією з визнанням їх непридатними до військової служби відповідно до вимог Наказу Міністра оборони України № 402 від 14.08.2008. У період після подолання важкої емоційної кризи вони потребують продовження лікування і профілактичного спостереження, характер якого залежить від тяжкості синдрому і діагнозу психічного розладу в амбулаторних (стаціонарних) умовах за місцем проживання.

Частина військовослужбовців з психічними розладами, які вчинили суїцидальні спроби або мали суїцидальні тенденції та одужали і були виписані для продовження військової служби, підлягають динамічному спостереженню лікарем (психологом) військової частини за допомогою шкали оцінки тяжкості суїцидальності.

Організаційні заходи. Значна частина повторних суїцидальних спроб відбувається протягом першого тижня після виписки зі стаціонару, де військовослужбовець отримував антикризове лікування. Військовослужбовець повинен бути оглянутий лікарем частини на прийомі в день виписки (в разі неявки військовослужбовець оглядається на дому). Наступна зустріч призначається не пізніше ніж через 5 днів, потім через 14 днів (за умови стабільності стану).

Тривалі терапевтичні відносини будуються на тих же принципах комунікації, які описані в 4-му розділі. У посткризовий період на перший план виходять проблеми, які, можливо, лежать в основі суїцидальної дезадаптації і вимагають комплексного психологічного, медичного та соціального підходу. У цьому посібнику ми можемо обмежитися лише загальними рекомендаціями, що стосуються тривалих терапевтичних відносин лікаря (психолога) і військовослужбовця, який подолав суїцидальну кризу.

Підтримка психологічної безпеки. Цілком очевидно, що підтримка атмосфери прийняття військовослужбовця і його почуттів, взаємної безпеки і конфіденційності є базовою вимогою посткризової терапії. Лікар частини, психолог, психіатр, психотерапевт має право вимагати того ж від товаришів по службі, командування, іншого медичного персоналу.

Визначення реалістичних цілей. З самого початку динамічного лікарського спостереження необхідно спільно з військовослужбовцем, а при необхідності також з його командирами, родичами обговорити цілі спостереження (терапії). Цілі рекомендується формулювати чітко і реалістично.

Підтримка меж. Часто суїцидальні тенденції є проявом особистісних проблем військовослужбовця, пов'язаних з порушенням здатності підтримувати адекватні межі міжособистісних комунікацій. Військовослужбовець може “сплутати” терапевтичні відносини з дружніми або навіть інтимними. Це, наприклад, може виявлятися в “неурочних” телефонних дзвінках, спробах перетворити терапевтичні сесії в “дружні” бесіди або в “зваблюванні” лікаря (психолога). Характерна зміна початкової ідеалізації подальшим знеціненням фахівця і “віддаленням” від нього. Дуже важливо постійно підтримувати межі відносин, керуючись принципом взаємної автономності та обопільної поваги особистісного простору і потреб кожного.

Підкреслення автономності військовослужбовця. Багато суїцидальних військовослужбовців виявляють риси залежної поведінки, в їх життєвих стилях домінує невпевненість у своїй самостійності, а в психодинамічній історії – гіперопікаюча поведінка з боку батьків. У терапії важливо не слідувати цим сценаріями, а шанобливо підкреслювати самостійність військовослужбовця і його здатність до адекватних виборів.

Контейнерування почуттів військовослужбовця. У терапевтичних відносинах обов'язково виявляються ті ж почуття і поведінкові реакції, які притаманні військовослужбовцю в реальній соціальній обстановці. Таким чином, фахівець (лікар, психолог, лікар-психіатр) може приймати на себе роль тієї значимої особи, на яку військовослужбовець направляє свою любов, гнів, страх відторгнення або контролю і т. ін. Важливо усвідомлювати, що більша частина цих емоцій має “переносне значення”, спочатку вони призначаються тим особам, які для військовослужбовця найбільш значущі (батьки, сиблінги та ін.). Більшість з цих реакцій військовослужбовця (за винятком тих, які порушують межі безпеки його і фахівця) можуть бути “прийняті” з подальшим аналізом причин цих проявів і

обопільних емоцій, що виникають в процесі. Важливо утриматися від негайних імпульсивних проявів деструктивних почуттів фахівцем.

Інтерпретація емоційних реакцій в безпечному стані. Особливості афективної, імпульсивної поведінки військовослужбовця обов'язково обговорюються та інтерпретуються, але тільки в безпечному статусі, поза афектом. Тільки в цьому випадку є шанс усвідомлення військовослужбовцем своїх емоційних реакцій і соціальних ситуацій, в яких вони виникають. Терапевтичний кабінет стає як би “полігоном”, в якому під наглядом фахівця проводяться “випробування” на більш безпечному рівні поведінки військовослужбовця і його реакцій, що виникають в комунікації з іншими людьми.

Постійність фахівця. В якомусь сенсі фахівець в терапевтичних відносинах грає роль зразка аутентичної “дорослої” соціальної поведінки. Постійність фахівця в підтримці рамок сетингу (час, частота, тривалість, регулярність, місце проведення зустрічей; готовність до прийняття емоцій і поведінки військовослужбовця; витримування меж спілкування та ін.) відіграє велику роль у підтримці стабільності військовослужбовця. Для людини, що переживає кризу чи депресію, наявність стабільного терапевта знижує ступінь безнадійності.

Доступність фахівця. У терапії військовослужбовця з потенційним ризиком суїцидальної поведінки важлива доступність фахівця, обмежена природними рамками відносин фахівець-військовослужбовець і обговорена заздалегідь. У цих межах обговорюється можливість додаткових зустрічей, телефонних консультацій, можливість звернення до інших фахівців при погіршенні стану.

Постійний поділ відповідальності. Підкреслення відповідальності кожної зі сторін (військовослужбовець, значимі для нього люди, команда фахівців) за успіх терапії сприяє усуненню непотрібних ілюзій і розчарувань, знижує ступінь залежності військовослужбовця від фахівця.

Навчання та інформування. Спеціаліст інформує військовослужбовця, його близьких, командування про симптоми та перебіг психічного розладу, способи лікування, контролю над станом, стратегіях подолання стресових ситуацій і переживання важких негативних почуттів.

Демонстрація недосконалості. Спеціаліст є звичайною людиною, якій властиві такі якості, як сумніви, втома, коливання настрою, робоче напруження та ін. Коли ці нюанси невеликою мірою проявляються в терапевтичних відносинах, це сприяє формуванню у військовослужбовця уявлень про нормальну неоднозначність людських відносин і реалістичну картину світу. Коли зазначені прояви особистісних особливостей спеціаліста або його ситуативних реакцій стають постійними, домінуючими і погано контрольованими, це може порушити терапевтичні відносини і принести шкоду як військовослужбовцю, так і фахівцю.

“Відкритий” контракт. Терапія з потенційно суїцидальним військовослужбовцем закінчується “укладенням” відкритого контракту з наданням можливості військовослужбовцю звернутися за допомогою і консультацією в разі потреби.

Принципи профілактичної медикаментозної терапії. Специфічного “антисуїцидального” медикаментозного лікування не існує. Однак ризик суїцидальної поведінки може бути зменшений при дотриманні ряду принципів терапії військовослужбовців з високим ризиком суїциду.

Раннє виявлення та адекватне лікування психічного розладу. Є одним з провідних принципів вторинної профілактики суїцидальної поведінки. Значну роль в ранньому виявленні психічного розладу можуть зіграти не тільки психіатри, але і лікарі інших спеціальностей, психологи, так як саме до них звертається більшість індивідів з психологічними і психіатричними проблемами задовго до візиту до психіатра або психотерапевта. Рання діагностика пограничного психічного розладу з відповідним початком адекватної терапії зменшує інтенсивність симптоматики і знижує ризик суїцидальної поведінки.

Не уникати діагнозів двох і більше психічних розладів. У багатьох випадках високий суїцидальний ризик асоціюється з коморбідністю розладів (наприклад, депресії і залежності від ПАР). Адекватна діагностика таких станів і фіксація діагнозів в медичній документації сприяє призначенню відповідного лікування і правильній наступності іншими фахівцями.

Препарати виписувати часто і в невеликій кількості. Одним з найбільш частих способів парасуїциду і досить поширеним способом суїциду є отруєння

психотропними препаратами. Одночасна виписка (або видача) препарату в невеликих безпечних дозах знижує ризик фатальних наслідків при навмисному передозуванні.

Контроль за зберіганням і прийомом препаратів. Дана рекомендація, адресована родичам і медичному персоналу, знижує ризик навмисного накопичення і отруєння лікарськими препаратами.

Призначати препарати, що мають найменшу токсичність. З метою зниження ризику фатального результату при навмисному передозуванні депресивним військовослужбовцям з потенційним ризиком суїциду призначаються малотоксичні антидепресанти. Всі представники групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, а також деякі інші антидепресанти (золофт, міансерин) відповідають цій вимозі. Серед антипсихотичних препаратів високопотентні (галоперидол, трифлуоперазин), а також атипові нейролептики (рисперидон, кветіапін) є більш безпечними (з точки зору фатального результату при передозуванні) в порівнянні з низькопотентними (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен).

Баланс ефективності та профілю побічних дій. У деяких випадках побічні ефекти психотропних препаратів можуть значно збільшувати дискомфорт, тяжкі переживання і ризик суїцидальних дій.

Акатизія – моторне занепокоєння, що супроводжується тривогою, дисфорією, імпульсивними діями. Вважається різновидом екстрапірамідних побічних симптомів. Найчастіше асоціюється із застосуванням типових високопотентних нейролептиків, рідше антидепресантів, протиблювотних засобів.

Стан підвищеної тривоги і гіперактивності зазвичай пов'язаний зі стимуляцією серотонінергічної системи. Може проявлятися в перші 7-15 днів прийому антидепресантів (особливо групи СИЗЗС) і антипсихотиків (галоперидолу, рисперидону).

Очевидно, що дана симптоматика лікується трьома способами: відміною препарату; заміною препарату на інший в подальшій терапії; призначенням додаткової купіруючої або коригуючої терапії (наприклад, бензодіазепінів та тригексифенідилу в разі акатизії).

Адекватна тривалість терапії в гострій фазі. Відомо, що короткі часті госпіталізації при загостреннях хронічних психічних розладів збільшують ризик суїциду, ймовірність якого найбільш висока в перші 7-10 днів після виписки. Тривалість госпіталізації повинна відповідати тяжкості стану військовослужбовця і стандартам лікування психічних розладів.

Підтримуюча терапія. Повинна бути адекватною за своєю тривалістю, вибором препаратів і їх дозуванням, домінуючому психопатологічному синдрому і діагнозу психічного розладу. Відповідні рекомендації вказані в протоколах лікування психічних розладів. Незважаючи на те, що не існує універсального "антисуїцидального" засобу, ряд дослідників вказує на деякі особливості вибору препаратів при лікуванні військовослужбовців з високим ризиком суїциду.

Біполярний афективний розлад. Тривале (2 роки і більше) застосування препаратів літію знижує рівень суїцидів до загально-популяційного. Однак, на даний час віддається перевага препаратам вальпроєвої кислоти, у зв'язку з їх більшою безпечністю.

Таким чином, діагностика, оцінка та профілактика суїцидального ризику є базовим професійним навиком не тільки лікарів і психологів військової частини, лікарів-психіатрів, психофізіологів та психотерапевтів лікувальних закладів, але й звичайних військовослужбовців та командирів підрозділів. Потрібно пам'ятати, що суїцид є одним з варіантів складної та важко передбачуваної поведінки військовослужбовця. Це пов'язано з тим, що людина є відкритою дисипативною системою (функціональний стан системи, що виникає в невірноваженому середовищі за умови дисипації (розсіювання) шкідливих факторів зовнішнього середовища), якій притаманна властивість самоорганізації, для пояснення якої потрібні нетрадиційні підходи.

З одного боку, потрібно використовувати міждисциплінарний підхід у підтримці психічного здоров'я. А з іншого – синергетичний підхід, який визначає нелінійну залежність реакцій людини на будь-який зовнішній вплив. Адже усередині системи "особистість" періодично виникають точки біфуркації, в яких необхідний вибір подальшого шляху розвитку. "Стимулювати" виникнення точок біфуркації можуть різні фактори, які призводять до суїцидальної поведінки. У ці

моменти дисипативна система робиться надзвичайно чутливою до слабких впливів (так званий ефект гормезиса – стимуляція будь-якої системи організму зовнішніми впливами, що мають силу, недостатню для прояву шкідливих факторів). У цій точці навіть незначне зовнішній або внутрішній вплив може вивести систему з рівноваги і сприяти вибору суїциду, послужити поштовхом для реалізації суїцидальної задуми. І дуже важливим є своєчасне визначення цієї точки, перш за все, самою людиною. Інакше смерть стане уособленням іншого певного "порядку", як не дивно це звучить, а дисипативна система "людина" буде рухатися до "порядку" найкоротшим та енергетично менш затратним шляхом.

Література

1. Дорогой А.П. Суїцид в Україні: динаміка смертності та превенція [Текст] / А.П. Дорогой // Therapia. Український медичний вісник. – 2016. – Т.108, №4. – С.55-58.
2. Друзь О.В. Клініко-терапевтичні та профілактичні аспекти незавершених суїцидів серед військовослужбовців [Текст]: автореф. дис ... канд. мед. наук: 14.01.16 / Олег Васильович Друзь. – Укр. НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології. – К., 2004. – 20 с.
3. Иванов Д.А. Психопрофилактические мероприятия среди военнослужащих, направляемых в зону боевых действий [Текст] / Д.А. Иванов, О.В. Рычка // Психічне здоров'я. – К., 2015. – Вип. 4 (49). – С. 87-97.
4. Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers: FM 6-22.5. [Text] – Headquarters Department of the Army, Washington, DC, 18 March 2009. – 100 p.
5. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale [Text] / W.M. Patterson, H.H. Dohn, J. Patterson at al. // Psychosomatics. – 1983. – Vol. 24, N 4. - P. 343-345, 348-349.
6. Report of the Canadian Forces Expert Panel on Suicide Prevention [Text]. –February 1. – 2010. – 80 p.
7. Successful Model of Suicide Prevention in the Ukraine Military Environment [Text] / V.A. Rozanov, A.N. Mokhovikov, R. Stiliha // Crisis. – 2002. – Vol. 23, №4. – P. 171-177.
8. Simon R.I. The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management [Text] / Robert I. Simon, Robert E. Hale. – Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2012. – 744 p.
9. Suicide prevention action plan (spap) multi-national corps[Text] – Iraq. – version 3.1. – December 1. – 2008. – 48 p.
10. Suicide Prevention [Text]: AF Reserve Component Manual. – 2014. – 45 p.
11. Surgeon general's Mental Health Strategy Canadian Forces Health Services group [Text]: an evolution of excellence. – 32 p.
12. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide [Text] / Prepared by: The Assessment and Management of Risk for

Suicide Working Group With support from: The Office of Quality Safety and Value, VA, Washington, DC & Quality Management Division, United States Army MEDCOM [Version 1.0]. – 2013. – 190 p.

13. World Health Organization. Global health estimates for deaths by cause, age, and sex for years 2000-2012 [Text]. Geneva: WHO. [Available at electronic resource] : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

14. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative[Text]. – Geneva: WHO., 2014. – 92 p.

2.6. МНЕСТИЧНО-КОГНІТИВНІ ТА СОМАТО-ПСИХІЧНІ НАСЛІДКИ БОЙОВОГО ЛЕГКОГО ТРАВМАТИЧНОГО УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ (КОНТУЗІЇ). ПОСТКОНТУЗІЙНИЙ СИНДРОМ

Стеблюк В.В., Проноза-Стеблюк К.В.

В умовах сучасної гібридної війни ушкодження центральної нервової системи складають більш ніж третину всіх бойових травм, при цьому в останні часи спостерігається тенденція до зростання цієї пропорції за рахунок наслідків мінно-вибухових травм [1].

Травма головного мозку запускає каскад порушень його діяльності, як за рахунок первинного (біомеханічного фактора), так і внаслідок вторинного пошкодження (активація патофізіологічних механізмів). Безумовно, ЗЧМТ є стресом, який вмикає механізми, що призводять до суттєвих змін обміну речовин в органах і тканинах. Вторинне ушкодження охоплює безліч складних біохімічних і клітинних процесів, які збільшують тяжкість первинного ушкодження. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних і неспецифічних структур мозку зберігається на довгі роки та може маніфестувати під впливом різних екзо-та ендогенних факторів [2].

Бойова травма також супроводжується значним емоційним навантаженням, кількість скарг у військовослужбовців мінімальна, а це, у свою чергу, не дозволяє об'єктивно визначити тяжкість їх стану, що впливає на подальший перебіг травми та її наслідки.

На сучасному етапі в структурі ЧМТ переважає легка черепно-мозкова травма (ЛЧМТ), що становить 80% від загальної кількості пошкоджень[3].

Особливою, специфічною формою віддалених ускладнень травматичного ушкодження головного мозку є постконтузійний синдром (ПКС), який проявляється переважно розладами вегетативної нервової системи (ВНС) та порушеннями в психоемоційній сфері. Причому саме порушення ментального здоров'я в переважній більшості визначають провідну клінічну картину та соціальну значущість даної патології[4]

Критерії постконтузійного синдрому за МКХ-10 (F07.2.)

А. Історія травми голови з втратою свідомості, що передує появи симптомів максимум на 4 тижні.

Б. Наявність 3 або більше з таких категорій симптомів:

- головний біль, запаморочення, загальна слабкість, втома, нетерпимість шуму ;
- дратівливість, депресія, тривога, емоційна лабільність;
- суб'єктивне відчуття зниження концентрації, пам'яті, або інтелектуальні труднощі без нейропсихологічних ознак помітного погіршення;
- безсоння;
- знижується толерантність до алкоголю; і

Перераховані симптоми турбують пацієнта, наявний страх пошкодження головного мозку з іпохондричною заклопотаністю і прийняття ролі хворого.

Статистичні дані останніх років вказують на те, що в середньому у двох із трьох пацієнтів (це приблизно 50–80% спостережень), які мали в анамнезі закриту черепно-мозкову травму (ЗЧМТ), через різні проміжки часу мають місце віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, перебіг яких пов'язаний з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, нерідко – з подальшою інвалідизацією. Відсутність своєчасного лікування та реабілітації даної категорії пацієнтів призводить до прогресування мнестично-когнітивної недостатності, фактичного руйнування ядра особистості, психо-соціальної деградації суб'єкта. В поєднанні з швидкою алкоголізацією, афективними розладами з проявами агресії (в тому числі аутоагресії) антисоціальною девіантною поведінкою, розлади ментального здоров'я осіб з постконтузійним синдромом стають реальною загрозою для соціума та суспільства в цілому.

Таким чином, ПКС є не тільки медичною, а й соціальною проблемою, оскільки вимагає значних економічних витрат, як власне на лікування, так і на медико-соціальну реабілітацію.

З огляду на це, в Українській військово-медичній академії в 2016 році були проведені перші дослідження щодо проявів постконтузійного синдрому у ветеранів АТО-військовослужбовців ЗСУ, які показали наявність критеріїв патології у 46,7% всіх, хто вказував на перенесену закриту черепно-мозкову травму. З 2018 року проводиться міжгалузеве дослідження за участю фахівців Української військово-

медичної академії, Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромаданова НАМН України, Інституту отоларингології ім. Коломійченка НАМН України, Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМ України.

Метою дослідження є виявлення закономірностей розвитку патології соматичної та ментальної складових здоров'я у осіб з постконтузійним синдромом, який став наслідком отриманої бойової внутрішньомозкової травми та розробка на основі отриманих даних методик лікування та реабілітації пацієнтів з цим видом патології.

В рамках проведеного дослідження первинний скринінг був проведений з 369 особами, учасниками бойових дій в АТО, що зверталися за медичною та психологічною допомогою.

Після первинного опитування встановлено, що з них 231 отримали (в анамнезі) контузію (легке травматичне ушкодження мозку) в період 2014-2018 рр. Відповідно до дифеніції mTBI вони мали короткочасну втрату свідомості, порушення пам'яті, та в яких негайно після отримання травми, або в найближчий час спостерігались наступні симптоми: порушення орієнтації, головний біль, порушення рівноваги, слъзотеча, порушення зору, нудота, блювання, дратівливість, порушення сну, зниження розумової працездатності та уваги, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю.

Вторинний скринінг був спрямований на виявлення осіб з постконтузійним синдромом. З 231 особи було виявлено 77 осіб, що склали основну групу та відповідають критеріям діагнозу F 07.2 «Постконтузійний синдром» (ПКС-далі) за МКХ-10 та основними скаргами яких були: головний біль (98%), запаморочення (79%), швидку втомлюваність (69%), дратівливість (71%), труднощі в зосередженні і вирішенні розумових завдань (76%), зниження пам'яті (87%), безсоння (80%), знижена стійкість до стресу, емоційного збудження і алкоголю (99%).

Решта 154 пацієнти з первинної вибірки склали групу порівняння (mTBI без ознак ПКС), адже в порівнянні з цими пацієнтами можливо було встановити особливості перебігу постконтузійного синдрому на противагу залишковим явищам чи легким наслідкам перенесеної мозкової травми.

Скринінг проводився за трьохкомпонентним опитувальником, що складається з трьох блоків: одного інформаційно-діагностичного, історії події та опитувальника теперішнього часу (Опитувальник Цицерона,(1995) [5,6]. Дослідження стану вегетативної регуляції проведено шляхом заповнення опитувальника суб'єктивної оцінки дистонії (за опитувальником А.М. Вейна, 1998). Для оцінки ментального здоров'я були визначені Шкала впливу подій (IES-R) та опитувальник PCL-m, також застосовувались Монреальська шкала когнітивної оцінки (МОСА), Шкала депресії Бека, Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADC), Шкала депресії Монтгомері-Адсберга (MADRS), Пітсбургський опитувальник на оцінку індексу якості сну (PSQI).

При дослідженні оцінювався інтегральний показник патології (ІПП) як сума

$$\alpha = \frac{N}{n \cdot K},$$

частот зустрічаємості симптомів (ІПП= $\Sigma\alpha$), де

де N — число спостережень хоча б одного із зазначених симптомів, n — загальна кількість пацієнтів у групі, K — кількість симптомів в шкалі.

На діаграмах в тексті суцільна лінія - пацієнт з постконтузійним синдромом, пунктир - контрольна група (пацієнт з ЛЧМТ (mTBI) без ПКС).

ЧМТ стала наслідком: вибухової травми (розрив міни, снаряду на відстані менше ніж 50 метрів) 171 осіб загальної вибірки (74,03%) та 63 (81,82%) в осіб з постконтузійним синдромом, попадання стороннього предмету (осколку, цегли, каміння, тощо) в голову, що захищена каскою – 11 (4,76%) та 3 (3,90%) відповідно, автотранспортної пригоди - 9(3,90%) та 1 (1,30%) відповідно, падіння з висоти – 13 (5,63%) та 4 (5,19%) відповідно.

За Опитувальником ознак вегетативної дизфункції (Вейн А.М., 1998г.) 204 з 231 загальної вибірки мають показник вище 15, що становить 88,3%, середнє значення 38,31 балів, що свідчить про значно високий показник вегетативних порушень у всіх осіб, що зазнали легкого травматичного ушкодження головного мозку. 74 з 77 осіб вибірки з постконтузійним синдромом мають показник вище

15, а це становить 96,1% вибірки осіб з постконтузійним синдромом (при 32,5% в групі порівняння ($p < 0,01$)).

Головними скаргами соматичного характеру були головний біль (83,3% обстежених основної групи проти 52,3% в контрольній групі), запаморочення (54,3% проти 15,8%), метеозалежність (58,3% проти 20,2%), періодичні відчуття млявості (59,3% проти 20,8%), порушення ритму серця (32,19% проти 12,5%) (рис.30).

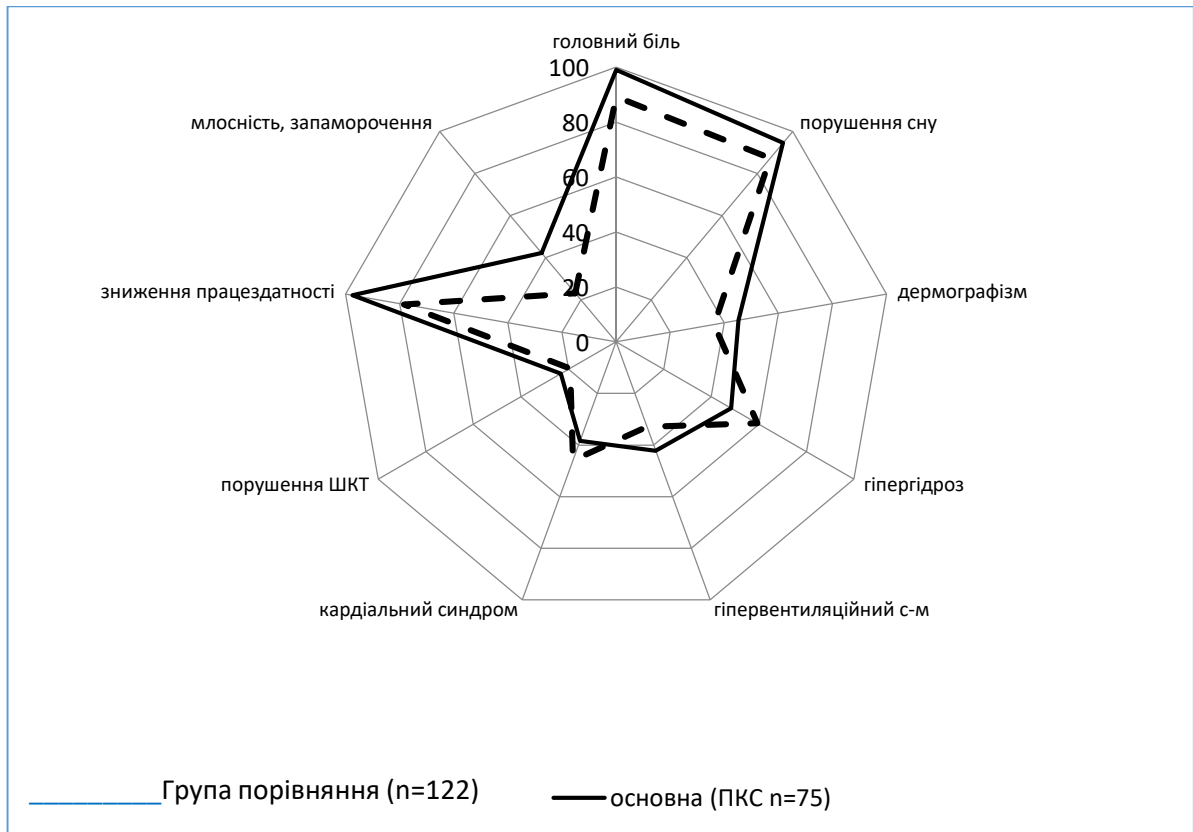


Рисунок 30 Спектр вегетативної симптоматики

Афективні симптоми були переважно тривожно-депресивного спектру, в той же час для всіх учасників АТО характерними є імпульсивність, загострене відчуття справедливості (рис.31).

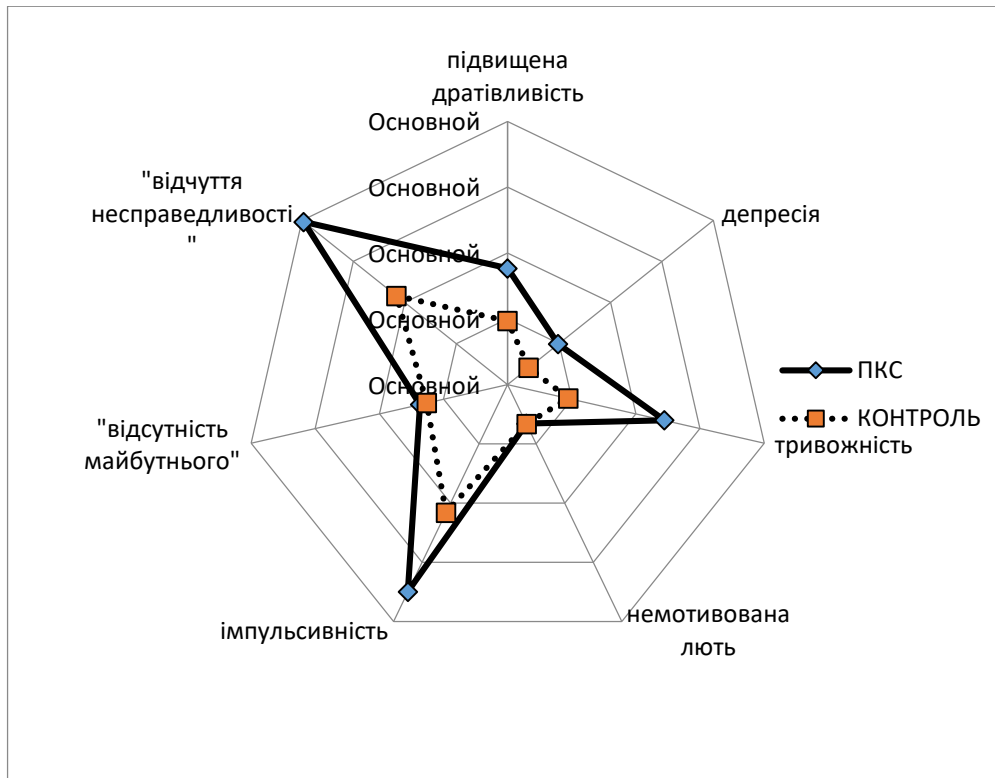


Рисунок 31. Спектр афективної симптоматики у обстежених пацієнтів

Травматична астенія проявляється слабкістю, підвищеною стомлюваністю, зниженням працездатності, що поєднується з дратівливістю, слабодухістю (плач при незначному хвилюванні), емоційною лабільністю, гіперестезії (хвороблива реакція на порівняно несильні подразники – світло, звуки та ін.). Характерні тривалі спалахи роздратування з незначних приводів з подальшими сльозами і каяттям.

Травматична апатія є крайнім ступенем астенії з пасивністю, млявістю, уповільненістю рухів, низькою сприйнятливістю до зовнішніх чинників. Спонування до діяльності різко знижені. Хворі багато лежать. Інтереси обмежені елементарними життєвими потребами.

Психопатоподібні стани (патологічні зміни характеру) виникають поволі, на тлі поступового загасання симптомів гострого і пізнього періодів травми. Часто лише посилюються, які були до травми психопатичні риси характеру. Найбільш типові: експлозивність (вибуховість), схильність до невмотивованих коливань настрою. Експлозивність проявляється нападами роздратування з істеричним забарвленням або зі злобою, агресією і т.п. Все це ускладнюється схильністю до пияцтва та хронічного алкоголізму [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Серед афективних розладів частіше трапляються злобно-дратівливі депресії (дисфорії), що виникають в конфліктній ситуації, при перевтомі, інтеркурентних захворюваннях, а також без видимого приводу. Відзначаються також протилежні стани благодушно-піднесеного настрою (ейфорія) з легковажністю суджень, некритичність, малою продуктивністю, розгальмуванням потягів, пияцтвом. Тривалість стану зміненого настрою від декількох годин до декількох місяців, але, як правило, обчислюється днями [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

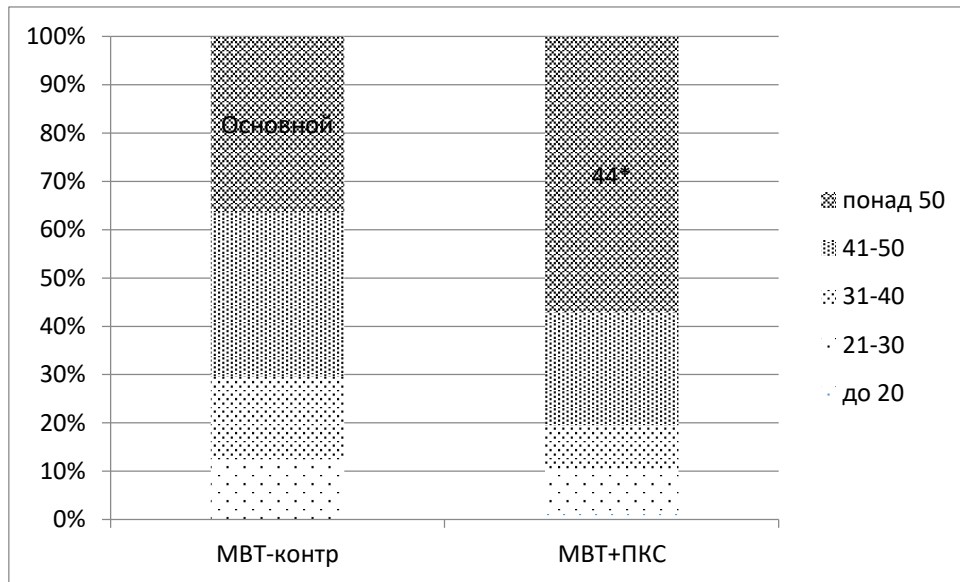
Щодо мнестично-когнітивного дефіциту, як прояву постконтузійного синдрому, то показники короткочасної пам'яті відрізнялись у групах майже в двічі: середній час виконання завдання в основній групі складав $19,3 \pm 2,11$ с проти $8,9 \pm 1,01$ с в контрольній ($p < 0,05$) при точності відтворення $43,21 \pm 7,21\%$ проти $68,31 \pm 3,21\%$ ($p < 0,05$).

Досі дискусійним залишалось питання щодо сполученості чи комбінованості постконтузійного синдрому та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3].

Вираженість симптоматики ПТСР за Шкалою самооцінки ПТСР PCL -M (військова версія) в основній та контрольній групах вказує на те, що мінно-вибухова травма є значущим стрес-фактором, а її наслідки – психотравмуючою подією. Втім у осіб з постконтузійним синдромом вираженість симптоматики має більшу інтенсивність (Табл.3.3.1), а середня сума балів в основній групі склала $52,09 \pm 5,35$ проти $39,38 \pm 2,17$ в групі порівняння ($p < 0,05$).

Підводячи підсумки, можемо говорити про різноманітність ступеню проявів вираженості симптомів за методом самооцінки ПТСР (pcl-m), а саме: у загальній вибірці превалює відповідь «Не було зовсім», що може свідчити про низький ступінь прояву травматизації в сфері ментального здоров'я, як зв'язок між фізичним і ментальним ступінь кореляції знижується, тоді як у вибірці осіб з постконтузійним синдромом превалює відповідь «Часто» при виборі ступеню прояву симптому, що може свідчити про прямий зв'язок фізичної та психічної травматизації та умови отримання такої (наявність подій психотравмуючого характеру).

В групі порівняння лише 48 з 132 осіб мали показник більше 50-ти балів, що становить 39,83%, та свідчить про можливість встановлення діагнозу посттравматичний стресовий розлад, в той час як в групі осіб з ПКС 44 особи з 77 мають показник вище 50, що становить 57,14% вибірки осіб, що мають постконтузійний синдром (рис.32).



**Примітка: різниця між показниками «понад 50 балів» достовірна ($p < 0,05$).*

Рисунок 32. Розподіл в групах за сумою балів PCL-m

За результатами нашого дослідження встановлено, що питома вага осіб що мають показник за тестом PCL-m понад 50 балів в основній групі складало 43,9%, в той час як в контрольній лише 19,3%. Симптоми ПТСР та ПКС частково дублюють одні одних, але ця патологія являється комбінованою.

Коморбідність ПКС до ряду патологічних станів пов'язана безпосередньо з причиною: бойова, найчастіше мінно-вибухова травма та бойовий (або пов'язаний з бойовими діями) стрес (рис.33).

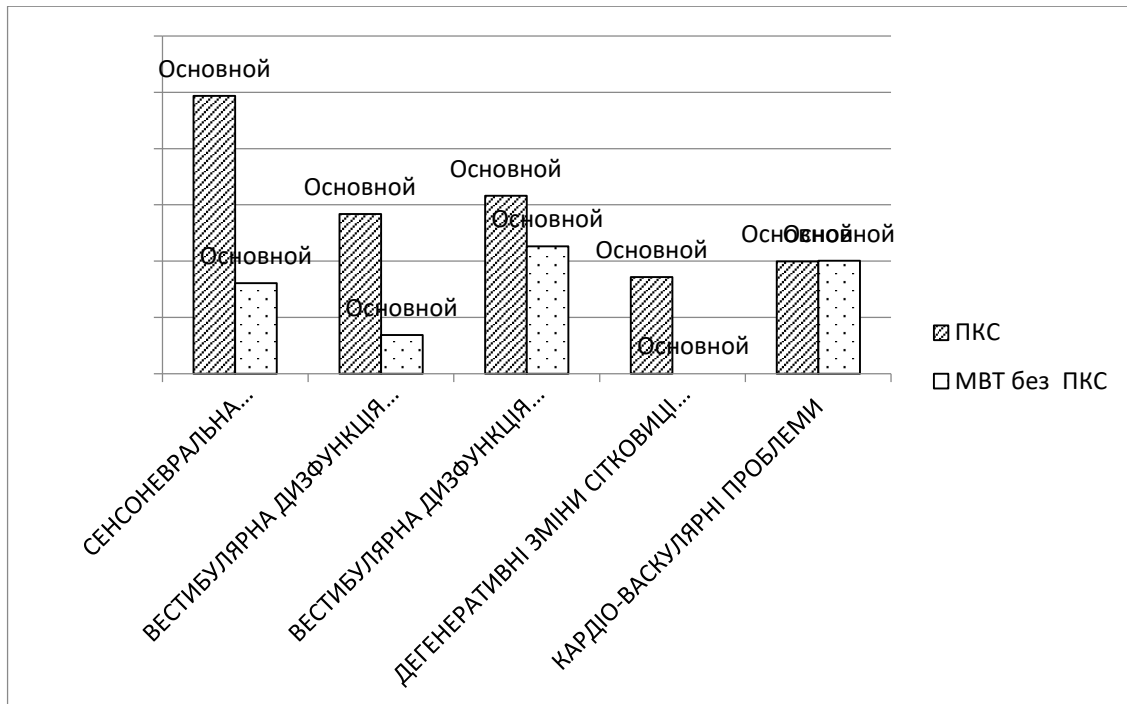


Рисунок 33. Коморбідна патологія при ПКС

Важливо відзначити відношення пацієнтів з ПКС до алкоголю, оскільки однією з ознак синдрому є зниження толерантності до психоактивних речовин. При опитуванні 220 пацієнтів виявлено наступні закономірності:

Зміни сприйняття алкоголю («не так як було до війни», «прийшов-пив, потім допився...»), «не хочеться, бо бачу до чого доводить» - відмічали 100% учасників дослідження. Зниження толерантності до алкоголю в анкеті та співбесіді виявлялось головним чином як «раніше міг пляшку випити, зараз після чарки чманію». Такі симптоми виявились у 76 пацієнтів (29,4%). Надмірне вживання (зловживання) алкоголем з наступними розладами афективної складової (головним чином у вигляді агресії щодо оточуючих) заявили 46 пацієнтів (17,8%). Взагалі відмовились від вживання алкоголю («погана переносимість», «я себе потім не контролюю») 61 пацієнт (23,6%). Поєднують вживання алкоголю з вживанням інших ПАР – медичними 32 пацієнта (12,4%) («так краще заспокоююсь) та немедичними (канабіс – 1 пацієнт, метамфетамін 1 пацієнт). Серед причин алкоголізації осіб з ПКС є поєднання ПКС з бойовою психічною травмою за відсутності належної психологічної реабілітації та супроводу, відсутність поінформованості як у суспільстві так і мікро-соціальному оточенні про «особливості світосприйняття» ветеранів, відсутність адекватної терапії ПКС та

супутніх розладів і безумовно «Алкогольні традиції» та «Героїзація» алкоголю в рекламних сюжетах.

Важливу інформацію отримано при дослідженні електричної активності головного мозку.

Особливостями ЕЕГ у осіб з ПКС є переважання повільних (тета- та дельта-) ритмів в спектрі частот, а також часта (у понад 27% випадків) виявлена клінічно чи прихована епілептиформна активність. Так активність виявлялась при побах з гіпервентиляцією чи фото-фоностимуляцією (рис. 34-37).

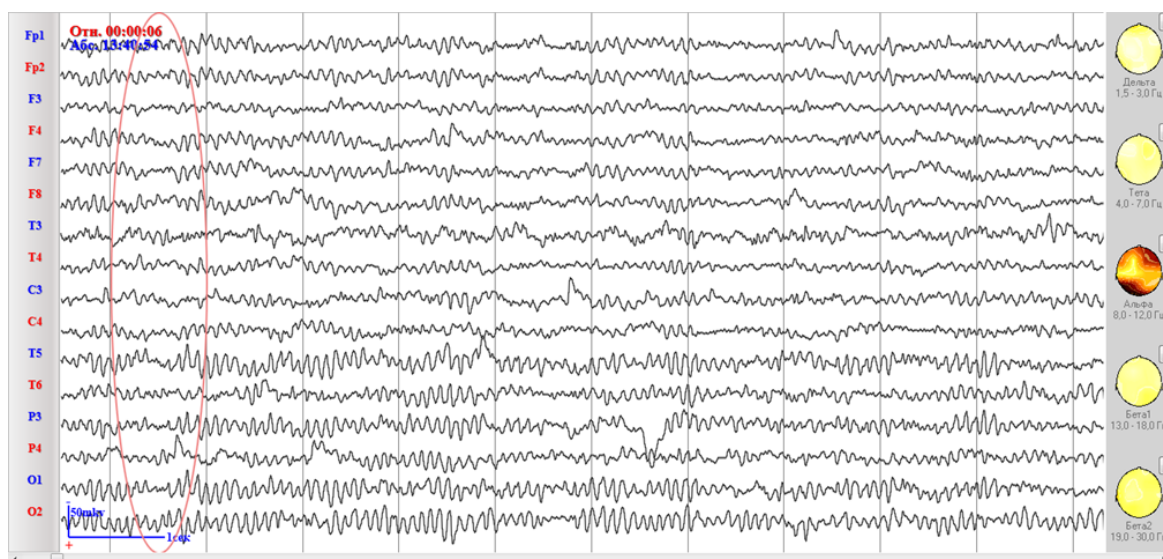


Рисунок 34.Пацієнт Б. Фонова ЕЕГ

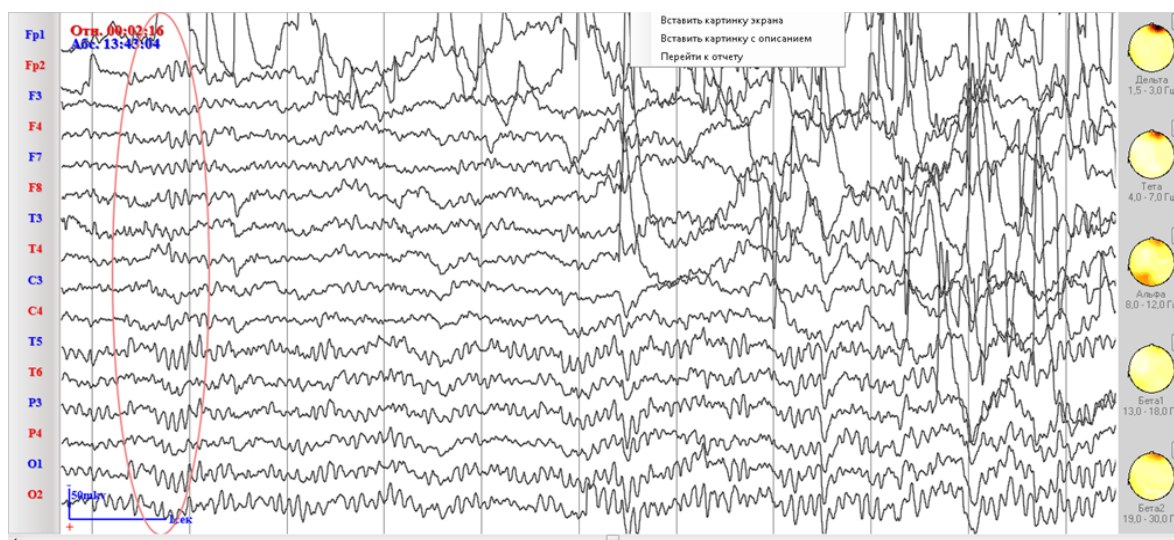


Рисунок 35 . Той самий пацієнт, проба з гіпервентиляцією.

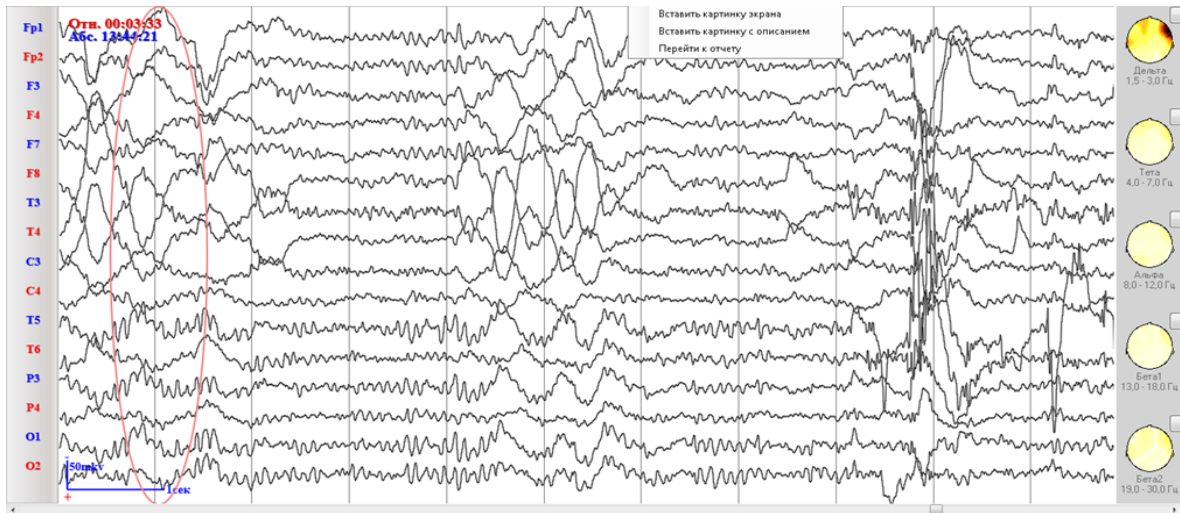


Рисунок 36. Фотостимуляція 2 Гц

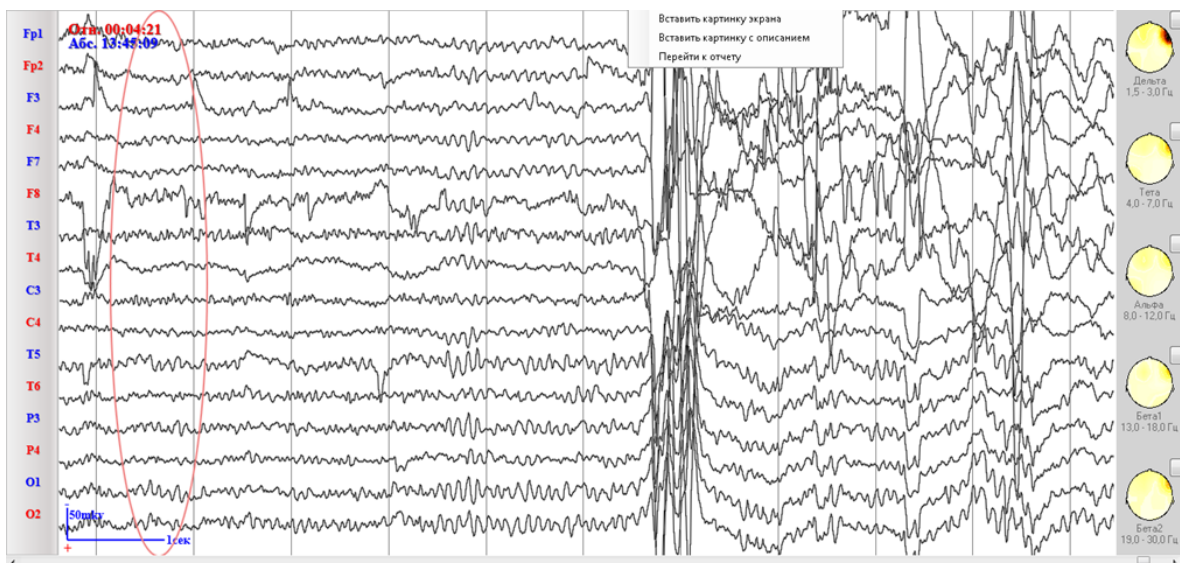


Рисунок 37. Той самий пацієнт, фото-фоностимуляція 10 Гц.

У найбільш тяжких випадках пароксизмальні (епілептиформні) стани (травматична епілепсія) проявляються як незабаром після травми, так і через кілька місяців і навіть років. Поряд з типовими великими, абортивними, джексоновськими судомними нападами трапляються різноманітні безсудомні пароксизми – малі напади. До епілептиформних станів зараховують і стани потьмарення свідомості (сутінкові стани), під час яких хворі можуть здійснювати послідовні, зовні доцільні дії, про які не зберігається спогадів (амбулаторні автоматизми). У структуру сутінкових станів можуть входити марення, галюцинації, страх. Ці переживання визначають поведінку хворих і можуть зумовити небезпечні дії. Можливі істеричні запаморочення у відповідь на конфліктну психотравматичну ситуацію .

Важливу інформацію отримано при радіоізотопному дослідженні головного мозку осіб з ПКС, що були проведені в Інституті нейрохірургії ім. А. Ромаданова НАМН України. Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ або ОЕКТ) - це один з різновидів емісійної томографії; діагностичний метод створення томографічних зображень розподілу радіонуклідів. У ОФЕКТ застосовуються радіофармпрепарати, мічені радіоізотопами, ядра яких при кожному акті радіоактивного розпаду випускають тільки один гамма-квант (фотон) (для порівняння, в ПЕТ використовуються радіоізотопи, що випускають позитрони (анти-електрони), які, в свою чергу, при анігіляції з електроном випускають два гамма кванта (фотона), які розлітаються в різні боки вздовж однієї прямої).

За результатами ОФЕКТ, у всіх пацієнтів з ПКС відмічено зниження перфузії кори головного мозку з переважанням тієї чи іншої ділянки, що відповідало механізму ураження: дифузно при виключно вибуховому механізмі травми, з латералізацією при комбінації вибухової хвилі та ударі головою у перепонку (стіна, броня), падіння з висоти, потраплянні вторинного снаряду у голову.

Інтегральний показник патології по соматичним, афективним та мнестично-когнітивним ознакам було оцінено відповідно до часу, що минув з моменту контузії (місяці) (Рис.38).

З наведеної діаграми видно, що з часом афективні прояви зменшуються, що відповідає прислів'ю «час лікує». В той же час відбувається незначне зростання інтегрального показника патології по фізичних симптомах (з 6,23 до 6,4) і виражена динаміка ІПП по мнестично-когнітивних розладах (з 3,2 до 10,3), що саме по собі є надзвичайно тривожним з точки медико-соціальної позиції.

Отже, Висока алкоголізація контингенту, розвиток хвороби по типу «процесу» з наростанням когнітивного дефіциту, втратою працездатності та соціальної значущості, можливі прояви агресії та антисоціальної поведінки виводять постконтузійний синдром у ветеранів АТО на перші місця по медико-соціальній значущості та вимагає проведення фундаментальних комплексних досліджень, спрямованих на пошук шляхів подолання проблеми.

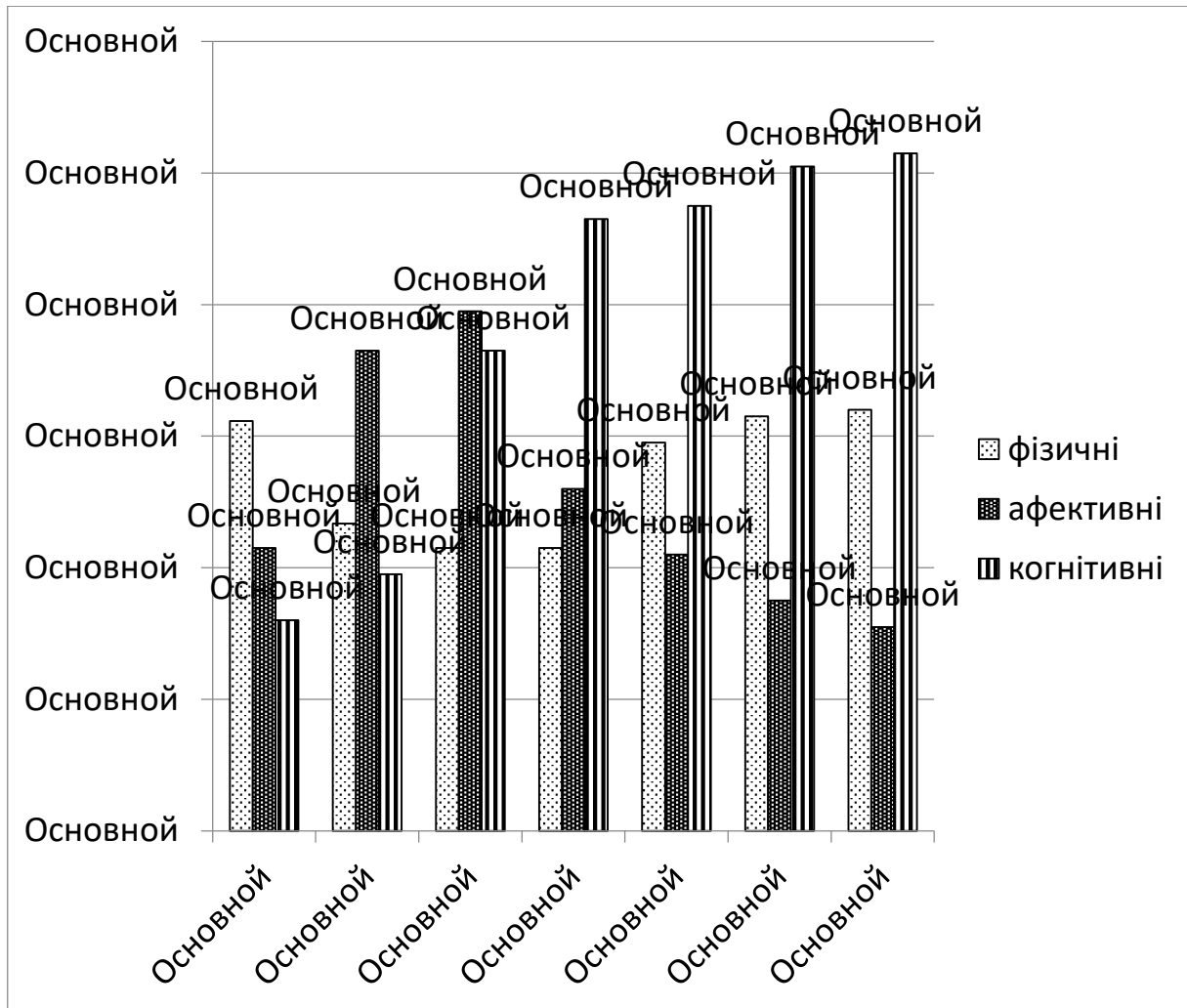


Рисунок 38. Динаміка інтегрального показника патології в часі з моменту контузії

Багатокомпонентність патогенезу ПКС, поєднання фізичних, афективних та когнітивних розладів, вимагають комплексного підходу до лікування та реабілітації цих наслідків бойової травми.

На сьогодні нами запропоновано комплексний підхід до терапії цього ускладнення бойового травматичного ушкодження головного мозку. Вихідним положенням є розуміння постконтузійного синдрому у ветеранів як сполученої енцефалопатії: посттравматичної (первинно) та дисциркуляторної (вторинно), часто поєднаної з токсичною внаслідок вживання алкоголю, а в окремих випадках - на фоні хронічної печінкової недостатності (як наслідку алкогольної хвороби печінки). Враховуючи дані патопсихологічних клінічних та функціональних методів дослідження ми виділили наступні напрямки терапії:

- психофармакотерапія: антиконвульсанти, анксиолітики, антидепресанти;
- відновлення мікроциркуляції та ендотеліальна протекція;

- неропротекторна та нейро-репаративна терапія;
- психотерапія;
- лікування коморбідної патології;
- медико-соціальна реабілітація та реадаптація.

Препаратом першого ряду в терапії ПКС нами визнано прегабалін. Прегабалін - протиепілептичний засіб, похідне гамма-аміномасляної кислоти. Застосовується при нейропатических болях і тривожному розладі . Володіє анксиолітичним (протитревожним) ефектом. Анксиолітичний ефект при його застосуванні розвивається швидко, подібно до ефекту бензодіазепінів, що дає йому перевагу перед іншими подібними препаратами .

Дослідження також показують його ефективність для лікування хронічних болів при таких захворюваннях, як фіброміалгія або травми спинного мозку.

В нашому дослідженні і в рекомендованій практиці використовувався “Прегабалін-Дарниця” 75 та 150 мг.

Результатом застосуванні Прегабаліну була позитивна динаміка не тільки тривожності, а і що важливо - зменшення інтенсивності та частоти цефалгій, які є однією з найбільш актуальних скарг при ПКС. Окрім того покращувався сон, зменшувались прови іпульсивності, напади немотивованої агресії чи плаксивості практично зникали.

Отримано позитивні дані про зниження патологічного потягу до алкоголю на фоні прийому Прегабаліну. Тривалість прийому Прегабаліну - до 3 місяців, з огляду на окремі повідомлення в літературі про можливе формування залежності.

З метою покращення мікроциркуляції та ендотеліальної протекції рекомендовано використання інфузії комбінації пентоксіфіліну в розчині Рінгер-лактату (“Латрен”, “Пентотрен”) та аргініна гідрохлориду (як донатора оксиду азоту (“Тівомакс-Дарниця”, “Тівортин”).

“Пентотрен” розчин для інфузій, в якому збалансований ізоосмолярний розчин електролітів (Рінгер-лактат) потенціює дію пентоксіфіліну. Він ефективний при порушеннях як периферичного, так і мозкового кровотоку. Препарат збільшує еластичність еритроцитів та знижує агрегацію тромбоцитів і

еритроцитів, нормалізує електролітний склад плазми крові, й таким чином покращує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові.

Аргінін - амінокислота, яка відноситься до класу умовно незамінних і є активним і різностороннім клітинним регулятором багаточисельних життєво важливих функцій організму, надає важливі в критичному стані організму протекторні ефекти.

Препарат має антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, захисну, антиоксидантну, антирадикальну, дезінтоксикаційну дію, проявляє себе як активний регулятор проміжного обміну і процесів енергозабезпечення, відіграє певну роль у підтриманні гормонального балансу в організмі. Відомо, що аргінін підвищує вміст в крові інсуліну, глюкагону, соматотропного гормону і пролактину, бере участь в синтезі проліну, поліаміну агматину, включається в процеси фібринолізу, сперматогенезу, чинить мембрано-деполяризуючу дію.

Аргінін є одним з субстратів в циклі синтезу сечовини в печінці. Гіпоамоніємічний ефект препарату реалізується шляхом активації перетворення аміаку в сечовину. Має гепатопротекторну дію завдяки антиоксидантній, антигіпоксической і мембраностабілізуючої активності, позитивно впливає на процеси енергозабезпечення в гепатоцитах.

Препарат є субстратом для NO-синтази - ферменту, який каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату в ендотелії судин, знижує активацію і адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез протеїнів адгезії VCAM-1 і MCP-1, запобігаючи таким чином утворенню і розвитку атеросклеротичних бляшок, пригнічує синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації та міграції гладких міоцитів судинної стінки. Препарат також пригнічує синтез асиметричного діметіларгініна - потужного ендогенного стимулятора оксидативного стресу. Препарат стимулює роботу тимуса, який продукує Т-клітини, регулює вміст глюкози в крові під час фізичного навантаження.

Специфічна терапія, спрямована на відновлення порушених морфо-функціональних співвідношень головного мозку, має за мету стимуляцію процесів

нейропротекції, нейропластичності та нейрорегенерації. Речовинами, що впливають на ці процеси є холіну альфосцерат та цитіколін натрію.

Холіну альфосцерат є засобом, який належить до групи центральних холіноміметиків з переважним впливом на ЦНС. Холіну альфосцерат як носій холіну і попередній агент фосфатидилхоліну потенційно спроможний запобігати і коригувати біохімічні ушкодження, які мають особливе значення серед патогенних факторів психоорганічного інволюційного синдрому, тобто може впливати на знижений холінергічний тонус і змінений фосфоліпідний склад оболонки нервових клітин. До складу препарату входить 40,5 % метаболічно захищеного холіну. Метаболічний захист забезпечує вивільнення холіну в головному мозку. Холіну альфосцерат позитивно впливає на функції пам'яті та пізнавальні здібності, а також на показники емоційного стану і поведінки, погіршення яких було спричинене розвитком інволюційної патології мозку.

Механізм дії ґрунтується на тому, що при потраплянні в організм холіну альфосцерат розщеплюється під дією ферментів на холін і гліцерофосфат: холін бере участь у біосинтезі ацетилхоліну – одного з основних медіаторів нервового збудження; гліцерофосфат є попередником фосфоліпідів (фосфатидилхоліну) нейронної мембрани. Таким чином, холіну альфосцерат покращує передачу нервових імпульсів у холінергічних нейронах; позитивно впливає на пластичність нейрональних мембран і функцію рецепторів. Холіну альфосцерат покращує церебральний кровообіг, посилює метаболічні процеси в головному мозку, активує структури ретикулярної формації головного мозку і відновлює свідомість при травматичному ушкодженні головного мозку.

Цитіколін стимулює біосинтез структурних фосфоліпідів мембран нейронів, що підтверджено даними магнітно-резонансної спектроскопії. Завдяки такому механізму дії цитіколін покращує функціонування таких мембранних механізмів як робота іонообмінних насосів та рецепторів, модуляція яких необхідна для нормального проведення нервових імпульсів.

Завдяки стабілізуючій дії на мембрану нейронів цитіколін виявляє протинабрякові властивості, які сприяють зменшенню набряку мозку.

Експериментальні дослідження показали, що цитиколін інгібує активацію деяких фосфоліпаз (A1, A2, C та D), зменшує утворення вільних радикалів, запобігає руйнуванню мембранних систем і зберігає антиоксидантні захисні системи, такі як глутатіон.

Цитиколін зберігає запас енергії нейронів, інгібує апоптоз та стимулює синтез ацетилхоліну.

Експериментально доведено, що цитиколін також чинить профілактичну нейропротекторну дію при фокальній ішемії головного мозку.

Клінічні дослідження показали, що цитиколін достовірно збільшує функціональне відновлення у пацієнтів із гострим ішемічним порушенням мозкового кровообігу, що співпадає з уповільненням зростання об'єму ішемічного пошкодження головного мозку за даними нейровізуалізації.

У пацієнтів із черепно-мозковою травмою цитиколін прискорює відновлення і зменшує тривалість та інтенсивність посттравматичного синдрому.

Цитиколін поліпшує рівень уваги та свідомості, когнітивні та неврологічні розлади, пов'язані з ішемією головного мозку, сприяє зменшенню проявів амнезії.

Питання медко-психологічної реабілітації, реадаптації та ресоціалізації ветеранів з постконтузійним синдромом буде розглянуто в окремій публікації в цьому розділі монографії.

Література:

1. Stebliuk V. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims [Text] / V. Stebliuk, R. Gan, K. Pronoza // J. of Education, Health and Sport. – 2016. – Vol. 6, № 4. – P. 458–465.
2. Швець А.В. Особливості відновлення постконтузійної симптоматики після черепно-мозкової травми у військовослужбовці [Текст] / А.В. Швець, А.Ю. Кіх, І.А. Лук'янчук. // Запорізький медичний журнал. – 2019. – Т. 21, № 5(116). – С. 618–624.
3. Post-Concussive Syndrome: a Focus on Post-Traumatic Headache and Related Cognitive, Psychiatric, and Sleep Issues [Text] / M. T. Minen et al. Curr Neurol Neurosci Rep. – 2016. – Vol. 16. – Issue 11. – [http:// dx.doi.org/10.1007/ s11910-016-0697-7](http://dx.doi.org/10.1007/s11910-016-0697-7)

4. Предиктори когнітивних порушень у постраждалих з черепно-мозковою травмою легкого ступеня внаслідок мінно-вибухового ураження [Текст] / Л.Л. Чеботарьова, О.С. Солонович, М.В. Каджая та ін. //Ukr Neurosurg J. –2019. –№ 25(4). – С. 16-24.
5. Cicerone K. D. Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury [Text] / K. D. Cicerone, K. Kalmar // Journal of Head Trauma Rehabilitation. – 1995. – Vol. 10. – Issue 3. – P. 1–17.
6. Cicerone, K. D., & Kalmar, K. Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury [Text]/ K. D. Cicerone, K. Kalmar // Journal of Head Trauma Rehabilitation. – 1995. – №10(3). – P. 1–17. – <http://dx.doi.org/10.1097/00001199-199510030-00002>

2.7. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ОБГРУНТУВАННЯ, СТРУКТУРА, РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

Маркова М. В., Росінський Г.С.

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду не тільки у комбатантів, а і у членів їх родин, насамперед, дружин [1 – 3]. З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я зіштовхується відразу після повернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмуючий чинник, який обтяжує і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [4 – 8].

За даними Науково-дослідницького центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, 80% учасників бойових дій є психологічно травмованими на момент демобілізації [9]. Можливо, тому, 80% розлучень, що зафіксовані в Україні протягом 2015 – 2016 рр., відбулися в родинах демобілізованих бійців, причому переважна більшість з них – в перші півроку після повернення з війни [10]. За іншими даними, протягом року після демобілізації, розпадаються або опиняються на межі розлучення від 35 до 60% родин учасників АТО/ООС [11].

Американським дослідженням ще у 1992 році було доведено, що в родинах ветеранів В'єтнамської війни спостерігався підвищений рівень серйозних та дифузних проблем функціонування, зокрема, вдвічі вищий, порівняно зі звичайними сім'ями, індекс подружніх проблем, на 30% збільшений рівень насильства та в шість разів менш виражене відчуття щастя [12]. Зарубіжні публікації останніх років описують феномен вторинної травматизації дружин бійців, що повернулися після участі в бойових діях [13 – 18]. Результати хорватського дослідження констатували наявність у дружин комбатантів з ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вдвічі вищий відсоток депресії і тривоги, порівняно з дружинами ветеранів без ПТСР (77,5% проти 32,5%), на 20% збільшену поширеність соматичних захворювань, а також тиск

відчуття тягаря відповідальності за родину, що відбувалось на тлі проявів емоційного, словесного і фізичного насильства, яке вони зазнавали з боку чоловіків [19]. Ізраїльськими вченими доведено, що дружини бійців з ознаками посттравматичної психологічної дезадаптації гірше, порівняно з жінками зі звичайних родин комбатантів, оцінюють подружню сумісність, а сімейні відносини сприймають як менш згуртовані та позбавлені консенсусів [20].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішенів психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та підтримки, не викликає сумніву.

З огляду на наведене, нами була здійснена робота, метою якої було: на основі вивчення феноменології та механізмів розвитку порушення здоров'я сім'ї демобілізованих учасників бойових дій, розробити програму заходів його психологічної корекції.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КНПХОР «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2018 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їх дружин – всього 200 осіб.

Скринінгова оцінка стану подружніх стосунків, здійснювана з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса, виявила у переважної більшості обстежених подружніх пар (72,0%) наявність подружньої незадоволеності: значної (загальний показник подружньої задоволеності у обох з подружжя менше 80 балів) – 29,0% від загальної вибірки, 40,3% від родин з подружньою незадоволеністю; або часткової (загальний показник менше 80 балів виявлено у одного з подружжя, частіше – у дружини) – 43,0% від загальної вибірки, 59,7% від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками. 28,0% подружжів продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (вище 80 балів) показники подружньої задоволеності. Отже, за критерієм успішності подружніх стосунків, обстежені родини були розділені на дві групи.

Основну групу (ОГ) склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) – 28 успішних сімейних пар. Отже, в дослідженні проводили порівняльний аналіз результатів як загальних груп ОГ і ГП, так і в залежності від їх гендерної приналежності: 72 чоловіків ОГ – ОГ(ч), їх 72 дружин – ОГ(д), 28 чоловіків ГП – ГП(ч), та їх 28 дружин – ГП(д).

В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний і психодіагностичний методи, а також системно-структурний аналіз сексуального здоров'я, розроблений В.В.Кришталем. Психодіагностичний інструментарій дослідження містив: батарею AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського (І.В.Лінський зі співавт., 2009) – для визначення аддиктивного статусу комбатантів; шкали депресії А. Бека BDI та тривоги Шихана SPRAS (за В.С.Підкоритовим, 2003); методику визначення ступеню задоволеності власним функціонуванням в різних сферах І. Karler в адаптації Б.Д.Карвасарського (2004), методику діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд (за Д.І.Райгородським, 2001); методику оцінки якості життя Mezzich в адаптації Н.О.Марути (2004) – для оцінки стану психоемоційної сфери та соціального функціонування; Фрайбурзький особистісний опитувальник (за Д.І.Райгородським, 2001); методики діагностики копінг-поведінки Е. Нейм (за Д.І.Райгородським, 2001) і визначення типу поведінки в конфліктних ситуаціях К. Томаса в адаптації Н. В. Грішиної (за Д.І.Райгородським, 2001) – для діагностики індивідуально-психологічних властивостей і поведінкових патернів; опитувальник подружньої задоволеності А. Лазаруса (за В.А.Доморацьким, 2009); опитувальник «Конструктивно-деструктивна родина» Е. Ейдеміллера, В. Юстіцкіса (2008); методику оцінки виконання функцій родини – опитувальник В.В. Кришталя, І.А.Семенкіної (2000) – для оцінки особливостей сімейної взаємодії. Ефективність розроблених заходів визначали за оцінкою подружньої задоволеності А. Лазаруса та якості життя Mezzich зі співав.

Статистична обробка результатів дослідження включала використання пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel).

Для перевірки статистичних гіпотез застосовано параметричні і непараметричні статистичні методи.

В результаті дослідження встановлено наступне. Враховуючи сучасні уявлення стосовно ролі психотравматичного досвіду у вигляді участі в бойових діях на стан психічного здоров'я і соціального функціонування комбатанта та його близьких [21–24], при аналізі і інтерпретації отриманих результатів, ми виходили з того факту, що поствоєнні патологічні зміни у вигляді постстресової психологічної дезадаптації (ППД), що концептуалізуються в рамках моделі «передхвороби», мають місце у переважній більшості учасників бойових дій (табл. 52).

Таблиця 52

Клініко-психологічний зміст і розповсюдженість проявів складових ППД в родинях демобілізованих військовослужбовців – учасників бойових дій

Кластер МКХ-10	Нозологія	чоловіки		жінки		p
		абс.	%	абс.	%	
Прояви психічної дезадаптації						
F 43	Реакція на тяжкий стрес та адаптаційні розлади					
F 43.1	Посттравматичний стресовий розлад	20	20,0	0	0,0	0,0001
F 43.2	Адаптаційні розлади	31	31,0	17	17,0	0,0001
F 43.22	Адаптаційний розлад, змішана тривожно-депресивна реакція	14	14,0	13	13,0	0,0001
F 43.21	Адаптаційний розлад, пролонгована депресивна реакція	11	11,0	0	0,0	0,0004
F 43.23	Розлад адаптації з переважанням порушення інших емоцій	6	6,0	4	4,0	0,3738
F 45.3	Соматоформна вегетативна дисфункція	9	9,0	7	7,0	0,3976
F 06.6	Органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад	8	8,0	0	0,0	0,0034
F 34.1	Дистимія	5	5,0	0	0,0	0,0297
F 62.0	Стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання	2	2,0	0	0,0	0,2487
F 07.2	Посткомоційний синдром	3	3,0	0	0,0	0,1231
Прояви залежної поведінки						
F 10.2	Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю					

F 10.201	Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія)	8	8,0	0	0,0	0,0034
F 10.25	Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання	5	5,0	0	0,0	0,0297
F 10.26	Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія)	10	10,0	0	0,0	0,0008
F 17.25	Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання)	64	64,0	33	33,0	0,0001
F 15.25	Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн, синдром залежності (постійне вживання)	11	11,0	0	0,0	0,0004
F 12.26	Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання каннабіноїдів, синдром залежності, епізодичне вживання	5	5,0	0	0,0	0,0297
Z 72	Проблеми, пов'язані зі способом життя					
Z 72.0	Вживання тютюну	12	12,0	16	16,0	0,5000
Z 72.1	Вживання алкоголю	39	39,0	28	28,0	0,0669
Z 72.6	Участь у азартних іграх	7	7,0	0	0,0	0,0070
Z 72.8	Інші проблеми, пов'язані зі способом життя (захоплення комп'ютерними іграми, інтернет-серфінг)	10	10,0	1	1,0	0,0048
Прояви особистісної дезадаптації						
Z 73	Проблеми, що мають відношення до утруднень у рішенні повсякденних життєвих питань					
Z 73.1	Акцентуація особистісних рис	89	89,0	73	73,0	0,0032
Z 73.2	Брак розслаблення та відпочинку	100	100,0	100	100,0	1,0000
Z 73.3	Стрес, що не класифікований у інших рубриках	27	27,0	32	32,0	0,2677

Z 73.4	Неадекватні соціальні навички, що не класифікуються в інших рубриках	31	31,0	0	0,0	0,0001
Прояви соціальної дезадаптації						
Z 59	Проблеми, пов'язані з житлом та економічними обставинами	58	58,0	63	63,0	0,2815
Z 56	Проблеми, пов'язані з зайнятістю та безробіттям	64	64,0	72	72,0	0,1443
Z 60	Проблеми, пов'язані з соціальним середовищем					
Z 60.0	Проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до іншого	100	100,0	100	100,0	1,0000
Прояви сексуальної дезадаптації						
F 52	Статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом або хворобою					
F 52.0	Відсутність або втрата статевого потягу	24	24,0	51	51,0	0,0001
F 52.11	Відсутність сексуального задоволення	23	23,0	67	67,0	0,0001
F 52.2	Відсутність генітальної реакції	15	15,0	0	0,0	0,0001
F 52.3	Оргазмічна дисфункція	7	7,0	58	58,0	0,0001
F 52.4	Передчасна еякуляція	6	6,0	0	0,0	-
Прояви сімейної дезадаптації						
Z 63	Проблеми, пов'язані з сімейними обставинами					
Z 63.0	Проблеми у стосунках з дружиною / чоловіком	64	64,0	72	72,0	0,1443
Z 63.1	Проблеми у стосунках з батьками або батьками дружини / чоловіка	25	25,0	36	36,0	0,0621
Z 63.2	Брак сімейної підтримки	72	72,0	72	72,0	1,0000

Отже, прояви ППД у вигляді ознак психічної дезадаптації була притаманна більшості обстежених, причому клінічно виражена психопатологічна симптоматика – 78% чоловіків і 24% жінок: адаптаційні розлади F 43.2, що були діагностовані у 31% комбатантів та 17% їх дружин (з них F 43.22 змішана тривожно-депресивна реакція – у 14% чоловіків й 13% жінок; F 43.21 пролонгована депресивна реакція – у 11% чоловіків; F 43.23 з переважанням порушення інших емоцій – у 6% чоловіків і 4% жінок). ПТСР діагностовано у 20% комбатантів. Серед

інших нозологій зустрічались: F 45.3 соматоформна вегетативна дисфункція – у 9% чоловіків і 7% жінок; F 06.6 органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад – у 8% комбатантів; F 34.1 дистимія зустрічалась у 5% респондентів, F 07.2 посткомоційний синдром – у 3%, а F 62.0 стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання – у 2% комбатантів.

Детальне вивчення психоемоційного статусу обстежених дозволило констатувати, що серед чоловіків стан без ознак депресії (0-9 балів BDI) був притаманний 13,9% ОГ(ч) та 75,0% ГП(ч). Депресивні прояви на рівні легкої депресії (10-15 балів BDI) були виявлені у 75,0% респондентів ОГ(ч) й 25,0% ГП(ч); виражені депресивні симптоми на рівні помірної депресії (16-19 балів) діагностовано у 11,1% осіб ОГ(ч). Субклінічні тривожні прояви (0-30 балів) за шкалою Шихана SPRAS виявились притаманними 41,7% обстежених ОГ(ч) і 85,7% чоловіків ГП. Патологічну, клінічно виражену, тривогу виявлено у 58,3% ОГ(ч) та 14,3% ГП(ч).

Між жінок стан без ознак депресії (0-9 балів BDI) діагностовано у 41,7% осіб ОГ(д) і 92,8% обстежених ГП(д). Прояви депресивного реагування на рівні легкої депресії (10-15 балів BDI) були виявлені у 58,3% респонденток ОГ(д) і 7,2% осіб ГП(д); симптоми помірної виразності у дружин комбатантів не зустрічались. Тривожні прояви субклінічного рівню (0-30 балів) виявлено у всіх жінок ГП та 66,7% ОГ(д). У третини (33,3%) дружин комбатантів з проблемними сімейними стосунками мала місце патологічна тривога клінічної вираженості.

Отримані результати дозволяють вважати доведеним факт погіршення психоемоційного стану у більшості комбатантів та значної кількості їх дружин (на рівні легкої або помірної депресії та субклінічної або клінічно вираженої тривоги). Серед обстежених з неуспішними сімейними стосунками, прояви тривожно-депресивного реагування були більш вираженими, ніж у осіб, задоволених подружнім життям.

Поведінкова дезадаптація як прояв ППД у вигляді аддиктивної реалізації різного ступеню вираженості – від клінічно окреслених розладів до небезпечного або шкідливого вживання почасти деяких аддиктивних об'єктів, на кшталт алкоголю й тютюну, мали місце у 100% чоловіків і 70% жінок. Серед проявів

аддиктивної поведінки клінічно значущого рівню вираженості у обстежених переважали психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання) $F 17.25$ – у 64% чоловіків та 33% жінок ($p \leq 0,0001$). Клінічні проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю, були виявлені у 23% комбатантів: у 10% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія) $F 10.26$ ($p \leq 0,0008$); у 8% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія) $F 10.201$ ($p \leq 0,0034$); у 5% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання $F 10.25$ ($p \leq 0,0297$). Для 11% чоловіків притаманними були проблеми, що виникли внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн $F 15.25$ ($p \leq 0,0004$), для 5% – внаслідок вживання каннабіноїдів $F 12.26$ ($p \leq 0,0297$). Однак, крім клінічно окреслених розладів наркологічного спектру, у переважній кількості обстежених встановлені також інші порушення, які були класифіковані нами за допомогою кодів Z за МКХ-10 (розділ XXI: чинники, що впливають на стан здоров'я і контакти зі службами охорони здоров'я). Так, для 68% комбатантів та 45% жінок виявились притаманними проблеми, пов'язані зі способом життя Z 72: проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю (39% чоловіків та 28% жінок, $p \leq 0,0669$); зі вживанням тютюну (12% чоловіків та 16% жінок, $p \leq 0,5000$); з участю в азартних іграх (7% чоловіків, $p \leq 0,0070$) та захоплення комп'ютерними іграми або інтернетом (10% чоловіків і 1% жінок, $p \leq 0,0048$).

В цілому, серед обстежених переважала схильність до аддикції за об'єктами хімічного походження, а, випадки напруженого аддиктивного статусу стосовно об'єктів нехімічного походження становили 27,7% від загальної кількості, в той же час, напруженість аддиктивного статусу була значно виразніша у респондентів ОГ, ніж у ГП. Серед ОГ(ч) клінічні особливості аддиктивного статусу свідчили про перевагу об'єктів хімічної аддикції, а саме алкоголю та тютюну, за якими у більшості респондентів мав місце предзалежний (37,5% алкоголь та 8,3% тютюн) і залежний (31,9% алкоголь та 68,1% тютюн) ступінь аддиктивної вираженості. Крім того, по 15,3% мали залежність від вживання психостимуляторів або кави/чаю, а 6,9% – від канабіноїдів. Вживання нехімічних аддиктивних об'єктів на рівні шкідливих наслідків реєструвалось за такими об'єктами, як телебачення (11,1%),

азартні (9,7%) та комп'ютерні (8,3%) ігри, інтернет (6,9%) і їжа (5,6%). Слід відмітити сполучений характер виявлених поведінкових та хімічних аддикцій у комбатантів ОГ: схильність до надмірного вживання телебачення, інтернету, комп'ютерних ігор, чаю та кави а також алкоголю, во всіх випадках поєднувалась з тютюновою залежністю. У ОГ(д) аддикція за об'єктами хімічного походження зайняла 72,1% від всіх випадків залежної поведінки, та була представлена тютюновою залежністю (45,8% в групі, 42,3% від усіх аддикцій). Вживання зі шкідливими наслідками мало місце за такими об'єктами, як алкоголь (30,6%), тютюн (15,3%), седативно-снодійні (12,5%), чай/кава (19,4%), телебачення (12,5%) і їжа (8,3%).

Напруженість аддиктивного статусу чоловіків ГП відрізнялась від такої у ОГ(ч) ($p < 0,01$). Серед аддиктивних об'єктів, які викликали стан залежності в цій групі, був тільки тютюн (53,6%). Стан вживання зі шкідливими наслідками було встановлено за такими об'єктами, як їжа, інтернет і комп'ютерні ігри (по 14,3%, відповідно), алкоголь (32,1%) і тютюн (14,3%). Серед їх дружин випадків аддиктивної поведінки на рівні залежності не виявлено. Вживання зі шкідливими наслідками було встановлено за такими об'єктами, як алкоголь (21,4%), тютюн (17,9%), їжа (14,3%) та інтернет / комп'ютерні ігри (по 3,5%, відповідно).

Особистісна дезадаптація у вигляді акцентуації особистісних рис, або браку розслаблення і відпочинку була притаманна 100% подружжів. У респондентів ОГ обох статей, на відміну від обстежених ГП, при аналізі особистісних рис встановлені вищі рівні: невротичності; депресивності; дратівливості; сором'язливості; емоційної лабільності та нижчі – комунікабельності; врівноваженості; реактивної агресивності; екстраверсії – інтроверсії; маскулінності. В структурі особистісних властивостей як серед чоловіків, так і жінок ОГ, порівняно з ГП, була більшою кількістю осіб з високим рівнем: невротичності; емоційної лабільності; сором'язливості; депресивності та дратівливості, та меншою за шкалами: спонтанна агресивність; врівноваженість; реактивна агресивність; відкритість, маскулінність.

Якісний аналіз індивідуально-психологічних властивостей опитуваних виявив наявність певних асоціацій особистісних рис, які формували особистісні

профілі респондентів: депресивно-інтровертивний, невротично-депресивний, афективно-лабільний, інтровертивно-агресивний та афективно-стабільний (табл. 52).

Таблиця 52

Типи особистісних профілів в групах чоловіків та жінок

Типи	Чоловіки		Жінки	
	ОГ(ч), n=72 % до групи	ГП (ч), n=28 % до групи	ОГ(д), n=72 % до групи	ГП (д), n=28 % до групи
Депресивно-інтровертивний	41,7	7,1	34,7	-
Невротично-депресивний	25,0	-	22,2	-
Афективно-лабільний	26,4	32,1	26,4	28,6
Інтровертивно-агресивний	6,9	-	-	-
Афективно-стабільний	-	60,7	16,7	71,4

Депресивно-інтровертивний профіль (41,7% у ОГ(ч), 34,7% у ОГ(д) проти 7,1% у ГП(ч) та відсутності даного контингенту у ГП(д), $p < 0,05$), характеризувався високими рівнями показників за шкалами депресивності, сором'язливості, низькими – екстраверсії, маскулінності, низькими або середніми показниками комунікабельності та відкритості. Для невротично-депресивного профілю (25,0% у ОГ(ч), 22,2% у ОГ(д), $p < 0,05$), проти відсутності даного контингенту у ГП(ч) та ГП(д), провідними були високі показники невротичності, депресивності, дратівливості, емоційної лабільності. Для афективно-лабільного профілю (26,4% у ОГ(ч), 26,4% у ОГ(д) проти 32,1% у ГП(ч) та 28,6% у ГП(д), $p < 0,01$), були притаманними виражені риси емоційної лабільності, невротичності, дратівливості, низький рівень або середній рівень врівноваженості. Інтравертивно-агресивний профіль (лише респонденти ОГ(ч) – 6,9%, $p < 0,01$), мав високі показники реактивної агресивності, інтравертованості, емоційної лабільності, дратівливості, низької комунікабельності та відкритості. Для афективно-стабільного профілю (відсутній у респондентів ОГ(ч), 16,7% у ОГ(д) проти 60,7% у ГП(ч) та 71,4% у ГП(д), $p < 0,05$), були властивими низькі або середні рівні невротичності, депресивності, дратівливості, сором'язливості, емоційної лабільності, спонтанної та реактивної

агресивності, а також високі – екстраверсії, комунікабельності, врівноваженості, відкритості.

Отже, подружжям ОГ виявились характерними патологічні депресивно-інтровертивний, невротично-депресивний й відносно патологічний афективно-лабільний профілі, в той час як серед гармонічних подружжів превалювали збалансований афективно-стабільний або відносно патологічний афективно-лабільний персонологічні профілі. Треба зазначити, що в родинях ОГ, в яких визначено значний рівень незадоволеності подружніми стосунками (40,3% ОГ), для 69,0% чоловіків характерними виявились найбільш патогенні депресивно-інтровертивний та інтровертивно-агресивний особистісні профілі а для 65,5% їх дружин – депресивно-інтровертивний профіль, що, безсумнівно, ставало одним з патогенетичних факторів психогенезу порушення їх сімейного здоров'я. Серед інших подружжів ОГ, які відрізнялись частковим незадоволенням сімейною взаємодією, превалювали відносно патологічні невротично-депресивний, афективно-лабільний, а у 27,9% жінок – збалансований афективно-стабільний персонологічні профілі, що було підґрунтям розвитку у цих подружніх пар менш виражених порушень родинного здоров'я.

При порівнянні способів врегулювання конфліктів, притаманних обстеженим парам, було встановлено, що подружжя ОГ значуще більше використовували неконструктивні підходи щодо виходу з конфлікту за допомогою стилів суперництва або уникнення, а також такі відносно конструктивні стилі, як пристосування та компроміс. На відміну від них, серед гармонійних подружжів як за вираженістю, так і за розповсюдженістю, превалювали стилі співпраці та компромісу.

Аналіз особливостей копінг-поведінки підтвердив превалювання неконструктивних її типів усіх модальностей у чоловіків ОГ, та поєднання неконструктивних і відносно конструктивних її типів у їх дружин, в той час як подружжя порівняльної групи використовували здебільшого адаптивні копінги усіх модальностей.

Факт наявності збалансованого (афективно-стабільного) або відносно патологічного (афективно-лабільного) особистісних профілів, конструктивних

поведінкових стратегій виходу з конфліктних ситуацій та адаптивних копінгів усіх модальностей, притаманних гармонійним подружжям, розглядався нами підтвердження присутності у них внутрішньоособистісних ресурсів щодо збереження здоров'я сім'ї.

Ознаки соціальної дезадаптації як прояву ППД у вигляді як загальної проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до іншого, так і окремих соціально-економічних проблем, були притаманні практично усім обстеженим подружжям.

У більшості комбатантів та питомої ваги їх дружин мали місце труднощі функціонування в різних сферах. Проте, якщо труднощі в професійній та соціальній сферах випробовували більшість чоловіків, то з проблемами подружнього життя та взаємин з родичами стикалися 72% подружжів, в той час як 28% родин оцінювали сферу подружнього життя як успішну і ресурсну.

Серед чоловіків ОГ вираженість труднощів функціонування була надзвичайно високою, і за трьома з чотирьох сфер (подружнє життя, професійна і соціальна сфера) виявлялась на рівні, близькому до 70% від максимальної кількості балів, що в 1,2 рази перевищувало допустимий відносно нормативний показник. Чоловіки ГП відмічали відсутність проблем у сімейних стосунках, однак, вони мали проблеми у професійній і соціальній сферах. Ми можемо зробити припущення, що їх вираженість не ставала загрозою для загальної успішності функціонування, вочевидь, за рахунок амортизаційного ефекту гармонійних подружніх стосунків та відсутності проблем з родичами.

Для чоловіків, незадоволених подружніми стосунками, характерними виявились ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що проявлялися накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими. Їх дружин характеризувала менша вираженість дезадаптивних проявів. Соціально-психологічна адаптація була порушена у сім'ях комбатантів, незадоволених подружніми стосунками, внаслідок зниження позитивних чинників – загальної адаптованості, прийняття себе та інших, психоемоційного комфорту, інтернальності, збалансованого домінування, та зростання негативних –

дезадаптивності, фрагментації та відчуження власного Я, неприйняття іншого, психічного дискомфорту, підлеглості, залежності від ситуації та ставлення оточення, уникнення вирішення проблем.

Якість життя подружжів, незадоволених сімейними стосунками, була істотно нижче, ніж у успішних родин, як за інтегральним показником (5,6 балів у ОГ(ч), 6,6 балів у ОГ(д) проти 8,4 бали у ГП(ч) і 8,5 балів у ГП(д), $p < 0,01$), так і за окремими шкалами, особливо – за психоемоційним благополуччям (4,9 балів у ОГ(ч), 5,7 балів у ОГ(д) проти 8,5 балів у ГП(ч) і 9,0 балів у ГП(д), $p < 0,01$), міжособистісною взаємодією (5,1 балів у ОГ(ч), 5,9 балів у ОГ(д) проти 8,5 балів у ГП(ч) і 9,0 балів у ГП(д), $p < 0,05$) та соціо-емоційною підтримкою (5,6 балів у ОГ(ч), 7,2 балів у ОГ(д) проти 8,1 балів у ГП(ч) і 8,4 балів у ГП(д), $p < 0,01$).

Таким чином, не дивлячись на те, що усі обстежені чоловіки мали попередній психотравматичний досвід, а більшість з них – розлади психічної сфери посттравматичного змісту, обумовлені постстресовим реагуванням, подружжя, задоволені сімейними стосунками, виявили успішність психосоціального функціонування за усіма дослідженими критеріями (труднощі соціального функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя), порівняно з тими сімейними парами, які були незадоволені подружніми взаєминами. На наш погляд, успішність сімейних стосунків та психосоціального функціонування мають взаємопідтримуючий та взаємноіндукуючий вплив: гармонійність сімейного функціонування надає амортизуючий ефект щодо нівеляції проявів постстресової соціальної дезадаптації комбатантів та їх дружин, а успішність, в цілому, їх психосоціального функціонування стає міжособистісним ресурсом щодо збереження здоров'я сім'ї.

Прояви сексуальної дезадаптації були виявлені у більшості подружжів, а сімейної – у всіх пар ОГ. Відсутність або втрата статевого потягу F 52.0 відмічалась у 24,0% чоловіків та 51,0% жінок; відсутність сексуального задоволення (у переважної кількості випадків, відносна) – у 23,0% чоловіків і 67,0% жінок; еректильна дисфункція F 52.2 мала місце у 15,0%, еякуляція praesox F 52.4 – у 6,0% чоловіків; оргазмічна дисфункція F 52.3 – у 58,0% жінок. Міжгруповий аналіз виявив, що зазначені порушення сексуального здоров'я зустрічались виключно у

подружжів ОГ: так, відсутність або втрата статевого потягу F 52.0 відмічалась у 33,3% чоловіків та 70,8% жінок; відсутність сексуального задоволення – у 32,0% і 93,0% жінок; еректильна дисфункція – у 20,8% чоловіків, передчасна еякуляція – у 8,3% чоловіків; оргазмічна дисфункція – у 80,6% жінок даної групи. В результаті системно-структурного аналізу було виявлено, що в родинях ОГ в 100,0% випадків стрижневого ураження дістав соціально-психологічний компонент сексуальної реалізації, що мало безпосередній деструктивний патогенетичний вплив на родинні стосунки. Порушення психологічного компоненту та психічної складової біологічного компоненту серед чоловіків мали як стрижневий (40,3% і 38,9%, відповідно), так і патопластичний характер (59,7% і 61,1%, відповідно); така ж тенденція стосовно психологічного компоненту була характерна для 61,1% і 22,2% жінок, відповідно. Механізм порушення психічної складової біологічного компоненту реалізовувався через виникнення синдрому психоемоційної напруги та негативних психоемоційних реакцій, як відповіді на фрустраційну психотравмуючу ситуацію, котру формувала поступова деструкція сімейних стосунків, та провокувала проблеми в сфері сексуальної взаємодії подружжя. Аналіз за критеріями сексуального здоров'я показав також, що наявні у чоловіків сексуальні порушення спричиняли порушення (відносного характеру) сексуальної функції їхніх дружин, і навпаки, обумовлюючи, таким чином, сексуальну дисгармонію подружньої пари. В цілому, системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дозволив виділити два клінічних варіанта його порушення у обстежених ОГ: виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів було діагностовано у 29 пар, відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компоненту – у 43 подружжів ОГ.

Серед подружжів ГП у переважної більшості сімейних пар не було зниження і невідповідності показників сексуальної функції, а в тих окремих випадках, коли такі порушення мали місце, вони не ставали патогенними, оскільки подружжя компенсували їх правильною сексуальною поведінкою.

Результати визначення типу родини респондентів за методикою Е.Г.Ейдемільера і В.В.Юстицькіса, підтвердили наявний розподіл: 29 сімей (ОГ1)

мали виражений деструктивний тип родини; 43 подружні пари (ОГ2) – відносно деструктивний, а 28 сімей (ГП) – конструктивний типи родини.

Даний розподіл зберігся при вивченні стану виконання функцій сім'ї: конгруентне абсолютне невиконання більшості сімейних функцій було зафіксовано у 29 випадках ОГ; часткове невиконання – у 43 родин ОГ. Подружжя ГП продемонстрували конгруентне виконання більшості родинних функцій.

В родинях комбатантів зі значною подружньою незадоволеністю (29,0%), встановлено виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшості сімейних функцій. Сім'ї комбатантів з відносною подружньою незадоволеністю (43,0%) відрізнялися відносним порушенням сексуального здоров'я, відносно деструктивним типом родини та дисконгруентна оцінка часткового невиконання родинних функцій. Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0%), не були характерними порушення сексуальності, їм виявився притаманним конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшості функцій сім'ї.

Узагальнення отриманих результатів підтвердило сформульовану нами гіпотезу про полімодальність феномену порушення здоров'я родин комбатантів, що має, по меншій мірі, психопатологічний, поведінковий, особистісний, психосоціальний, сексуальний і сімейний виміри проблеми.

Крім того, на основі отриманих даних ми виділили два клініко-психологічних варіанта порушення здоров'я сім'ї (ПЗС) у комбатантів: деструктивно-конгруентний, що був притаманний 40,3% подружжів, і травматично-неузгоджений, що зустрічався у 59,7% родин ОГ. Дані варіанти мали як спільні структурні особливості, так і специфічні змістовні відмінності (табл. 54).

Таблиця 54

Якісна структурно-змістовна характеристика клініко-психологічних варіантів ПЗС у комбатантів

Параметр оцінки	стать	Деструктивно-конгруентний варіант ПЗС, n=29	Травматично-неузгоджений варіант ПЗС, n=43
<i>Психічна дезадаптація</i> (рівень вираженості психопатологічних феноменів)			
Депресивний розлад	ч	помірний + легкий	легкий + відсутній
	ж	легкий	легкий + відсутній
Тривожний розлад	ч	клінічно виражений	клінічно виражений + відсутній
	ж	клінічно виражений + відсутній	відсутній
<i>Поведінкова дезадаптація</i> (рівень вираженості аддиктивних феноменів)			
Об'єкт адикції: алкоголь	ч	залежність + небезпечне вживання	шкідливе + безпечне вживання
	ж	безпечне вживання	безпечне вживання
ТЮТЮН	ч	залежність	залежність + шкідливе + безпечне вживання
	ж	залежність	залежність + шкідливе + безпечне вживання
чай, кава	ч	залежність + небезпечне вживання	безпечне вживання
	ж	безпечне вживання	безпечне вживання
<i>Особистісна дезадаптація</i>			
Інтерперсональні особливості	ч	депресивно-інтровертивний, інтровертивно-агресивний профілі	невротично-депресивний, афективно-лабільний профілі
	ж	депресивно-інтровертивний, афективно-лабільний профілі	афективно-стабільний, невротично-депресивний, афективно-лабільний профілі
Поведінка у конфлікті	ч	суперництво, уникання	співпраця, компроміс, пристосування, уникання
	ж	суперництво, уникання	співпраця, компроміс, пристосування
Копніг-поведінка	ч	неадаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги	неадаптивні + відносно адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги
	ж	відносно адаптивні + адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги	адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги

<i>Психосоціальна дезадаптація</i> (↑ – ступінь вираженості труднощів функціонування)			
Сфери труднощів функціонування	ч	подружнє життя↑↑, професійна сфера↑↑, соціальна сфера↑↑, взаємини з родичами↑	подружнє життя↑, професійна сфера↑, соціальна сфера↑
	ж	подружнє життя↑↑, професійна сфера↑, соціальна сфера↑, взаємини з родичами↑	подружнє життя↑, взаємини з родичами↑
Соціально-психологічна адаптація	ч	зниження загальної адаптованості, прийняття себе та інших, психоемоційного комфорту, інтернальності, збалансованого домінування, та збільшення дезадаптивності, фрагментації та відчуження власного Я, неприйняття інакшого іншого, психічного дискомфорту, підлеглості, залежності від ситуації та ставлення оточення, уникнення вирішення проблем	
	ж	менша вираженість дезадаптивних проявів	
Якість життя	ч	низька	знижена
	ж	нижче середнього рівню	знижена
<i>Сексуальна дезадаптація</i>			
Порушення сексуального здоров'я	ч	втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення, еректильна дисфункція, передчасна еякуляція	
	ж	втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення, оргазмічна дисфункція	часткова втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення
Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я		виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів	відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компоненту
<i>Сімейна дезадаптація</i>			
Подружня задоволеність		значна подружня незадоволеність	часткова подружня незадоволеність
Тип сімейних стосунків		виражений деструктивний тип	відносно деструктивний тип
Виконання функцій сім'ї		повне конгруентне невиконання більшості функцій	часткове дисконгруентне невиконання більшості функцій

На основі узагальнення результатів, нами розроблено програму психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховує як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів, залежно від клініко-психологічного варіанту (табл. 55).

Таблиця 55

Програма заходів психологічної корекції порушення здоров'я сім'ї у комбатантів

Етап	Мета	Мішень	Засіб
Мотиваційний (1 зустріч)	Формування терапевтичного альянсу і мотивації на участь у роботі	Негативні установки щодо співпраці з лікарем-психологом	Елементи мотиваційного інтерв'ю
Діагностичний (2 зустрічі)	Ідентифікація мішеней психокорекції	Психоемоційний і аддиктивний статус, особистісні й поведінкові патерни, особливості психосоціального функціонування, сексуальної реалізації і сімейної взаємодії	Психодіагностика
Інформаційної підтримки (2 зустрічі)	Підвищення інформованості щодо постстресової психологічної дезадаптації та її впливу на функціонування комбатанта та його близьких	Брак інформації стосовно впливу психотравматичного досвіду на стан психічного здоров'я, соціального і сімейного функціонування	Елементи психоосвіти
Активної психокорекції (приблизно півроку) стадія стабілізації	Редукція психопатологічної симптоматики, нівеляція напруженості аддиктивного статусу комбатанта	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	Травмофокусована КПТ, групова ПТ, АТ, стрес-менеджмент, м'язова релаксація

партнерська стадія	Редукція психопатологічної симптоматики, профілактика вторинної травматизації дружини	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	групова ПТ, АТ, стрес-менеджмент, м'язова релаксація
подружня стадія	Гармонізація дезадаптивних особистісних і поведінкових патернів, нівеляція соціально-психологічної дезадаптації подружжів	Особистісна і психосоціальна постстресова дезадаптація	КПТ, когнітивно орієнтована ПТ, реконструктивна й персоналістична ПТ, тренінги ефективної комунікації та подолання конфліктів
сімейна стадія	Нормалізація сімейної взаємодії	Сексуальна і сімейна постстресова дезадаптація	Сімейна, парна ПТ, елементи сексуально-еротичного, рольового психосексуального тренінгів
стадія визначення ефективності	Оцінка успішності психокорекції	Психоемоційний статус, особливості сімейної взаємодії	Психодіагностика
Психологічної підтримки (за запитом)	Підтримка і збереження позитивних змін	Нові навички адекватного сімейного функціонування	Групова ПТ, групи самопомоги

Програма складалася з 5-ти етапів: мотиваційного, діагностичного, інформаційної підготовки, активної психокорекції та психологічної підтримки. Етап активної психокорекції містив 5 стадій: стабілізаційну, партнерську, подружню, сімейну й оцінки ефективності.

Перші три етапи і дві стадії активної психокорекції є неспецифічними для варіанта порушення здоров'я родини, а об'єм і зміст психокорекційних заходів подружньої і сімейної стадій є диференційованими з урахуванням клініко-психологічного варіанта порушення здоров'я родини комбатанта.

Оцінка ефективності, здійснена через порівняльний аналіз показників подружньої задоволеності і якості життя осіб психокорекційних і контрольних груп, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

В результаті роботи на основі ідентифікації феноменології та механізмів розвитку порушення здоров'я сім'ї учасників бойових дій, обґрунтована і розроблена програма його психологічної корекції і підтримки.

Встановлено, що психоемоційний і аддиктивний статус у більшості комбатантів та їх дружин є скомпрометованими.

У 78,0% демобілізованих учасників бойових дій та 24,0% їх дружин спостерігаються психопатологічні клінічно окреслені зміни психоемоційної сфери. В нозологічній структурі у чоловіків превалюють невротичні, пов'язані зі стресом розлади (60,0%), а більше половини випадків (51,0%) складають реакція на тяжкий стрес та адаптаційні розлади; у жінок також переважають адаптаційні розлади (17,0%). Провідними психопатологічними феноменами є тривожно-депресивні – ізольовані або поєднані.

Вираженість та клінічний зміст тривожно-депресивної симптоматики значуще різниться у осіб з різним станом задоволення подружніми стосунками ($p < 0,05$). Серед комбатантів, незадоволених подружнім життям, 75,0% мають місце депресивні прояви на рівні легкої, а у 11,1% – помірної депресії; клінічно значущі тривожні симптоми характерні для 58,3%. Серед учасників бойових дій, що відчувають задоволення подружніми стосунками, у 75,0% ознак депресивного реагування не виявлено, у 25,0% – на рівні легкої депресії. Дружини комбатантів, незадоволені подружнім життям, потерпають від клінічно виражених проявів патологічної тривоги в 33,3% випадків, а від симптомів депресії легкої вираженості – у 58,3% випадків; серед жінок, задоволених подружніми стосунками, прояви депресії легкого рівню мають місце у 7,2%.

Серед обстежених переважає схильність до аддикції за об'єктами хімічного походження (напруженість аддиктивного статусу – від клінічно окреслених розладів до небезпечного або шкідливого вживання – за тютюном

та/або алкоголем спостерігається у всіх комбатантів та 70,0% їх дружин); кількість випадків схильності до вживання об'єктів нехімічного походження становить 27,7% від загальної кількості. За нозологічною структурою клінічно окреслених розладів переважна більшість має залежність від тютюну (64% чоловіків та 33% жінок).

Більша вираженість і варіативність аддиктивної поведінки має місце серед подружжів, незадоволених подружнім життям: серед комбатантів у 68,1% діагностовано тютюнову залежність, 31,9% мають залежність від алкоголю, по 15,3% – від вживання психостимуляторів або кави/чаю, 6,9% – канабіноїдів; 45,8% їх дружин мають залежність від тютюну, у 30,6% встановлене вживання зі шкідливими наслідками алкоголю, у 19,4% – кави/чаю, у 12,5% – телебачення або седативно-снотворних препаратів. У комбатантів, що втішаються подружніми стосунками, аддикція на рівні залежності має місце тільки за тютюном (53,6% випадків), а серед їх дружин аддиктивна поведінка реалізовується на рівні вживання зі шкідливими наслідками (21,4% – за алкоголем, 17,9% – тютюном, 14,3% – їжею).

У учасників бойових дій та їх дружин виявлено п'ять особистісних персоніфікованих профілів. Для подружжів, незадоволених власними стосунками, характерні патологічні депресивно-інтровертивний (41,7% комбатантів, 34,7% дружин), невротично-депресивний (25,0% чоловіків, 22,2% жінок) й відносно патологічний афективно-лабільний (по 26,4%) профілі. Серед пар, задоволених подружніми стосунками, превалюють збалансований афективно-стабільний (60,7% чоловіків, 71,4% жінок) або відносно патологічний афективно-лабільний (32,1% чоловіків, 28,6% жінок) профілі.

Між подружжями, незадоволеними спільним життям, панують неконструктивні (суперництво або уникнення) або відносно конструктивні (пристосування та компроміс) поведінкові патерни виходу з конфліктних ситуацій; це відбувається на тлі використання чоловіками неконструктивних стратегій копінг-поведінки усіх модальностей, а жінками – неконструктивних з

відносно конструктивними. Задоволені подружжя використовують поведінкові стилі співпраці та компромісу, а також здебільшого адаптивні копінги усіх модальностей.

Доведено, що у більшості комбатантів та питомої ваги їх дружин мають місце труднощі психосоціального функціонування в різних сферах. Проте, якщо труднощі в професійній та соціальній сферах випробовують більшість чоловіків, то з проблемами подружнього життя та взаємин з родичами стикаються 72% подружжів, в той час як 28% родин оцінюють сферу подружнього життя як успішну і ресурсну.

Для чоловіків, незадоволених подружніми стосунками, характерні ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що проявляються накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими. Їх дружин характеризує менша вираженість дезадаптивних проявів. Якість життя подружжів, незадоволених сімейними стосунками, істотно нижче, ніж у успішних родин, як за інтегральним показником, так і за окремими шкалами, особливо – за психоемоційним благополуччям, міжособистісною взаємодією та соціо-емоційною підтримкою.

Встановлено, що серед родин комбатантів мають місце три клініко-психологічних варіанти стану здоров'я сім'ї: гармонійно-конструктивна родина (28,0%), травматично-неузгоджений варіант порушення здоров'я сім'ї (43,0%), деструктивно-конгруентний варіант порушення здоров'я сім'ї (29,0%).

Для родин комбатантів з деструктивно-конгруентним варіантом порушення здоров'я сім'ї (29,0%) характерними є значна подружня незадоволеність, виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшості сімейних функцій. Для сімей з травматично-неузгодженим варіантом порушення здоров'я сім'ї (43,0%) притаманні відносні подружня незадоволеність та порушення сексуального здоров'я, а також відносно

деструктивний тип сімейної взаємодії з дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій. Гармонійно-конструктивним родинам властиві задоволення подружніми стосунками, відсутність порушень сексуальності, конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшості функцій сім'ї.

Розроблено програму психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховує як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів, залежно від клініко-психологічного варіанту. Програма складається з 5-ти етапів: мотиваційного, діагностичного, інформаційної підготовки, активної психокорекції (містить 5 стадій: стабілізаційну, партнерську, подружню, сімейну й оцінки ефективності) та психологічної підтримки. Основними засобами медико-психологічного впливу є травмафокусована психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, стрес-менеджмент, групова, сімейна психотерапія, тренінги ефективної комунікації і подолання конфліктів. Оцінка ефективності, здійснена через порівняльний аналіз показників подружньої задоволеності і якості життя осіб психокорекційних і контрольних груп, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

Література.

1. Марута Н.О. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Н.О. Марута, В.І. Заворотний // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 3 (96). – С. 33-38.
2. . Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів [Текст] / М.М. Денисенко, Р.В. Лакінський, Л.Ф. Шестопалова, І.В. Лінський // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 2 (91). – С. 40-44.
3. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов [Текст] / Л.Н. Юрьева, С.Г. Носов, А.И. Мамчур, та ін. – Днепр. – 2017. – 204 с.

4. Омелянович В.Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій [Текст] / В.Ю. Омелянович // Psychosomatics: Science and Practice. – 2019. – Vol 4. №2. – P.34-39.
5. Семенов О. Родина учасника бойових дій як об'єкт педагогічної взаємодії вихователя дошкільного навчального закладу [Текст] / О. Семенов, В. Онищук // Науковий вісник СХУ імені Лесі Українки. Серія: Педагогічні науки. – 2017. – 1(350). – С. 145-151.
6. Markova M. V. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences [Text] / M. V. Markova, K. D. Gaponov // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03 – 01.04.2016. Book of Abstracts. Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics. – 2016. – P. 30-31.
7. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні [Текст] / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т.23, вип. 2 (83). – С. 105.
8. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder [Text] / T. Peraica, A. Vidović, Z. Kovačić Petrović at al. // Health Qual Life Outcomes. – 2014. – Vol. 12. – P. 136.
9. Агаєв Н. Психологічні проблеми військослужбовців [Текст] / Н. Агаєв // Офіційний сайт Міністерства оборони України. URL: <http://www.mil.gov.ua/news/2014/10/23/nachalnik-naukovo-doslidnogo-czentru-gumanitarnih-problem-zbrojnih-sil-ukraini-nazim-agaev-rozpoviv-pro-psihologichni-problemi-vijskovosluzhbovcziv-%E2%80%93-uchasnikiv-ato>
10. Когут Л. Не називайте їх АТО-шниками: психологія учасників бойових дій. [Текст] / Л. Когут // Офіційний сайт Міністерства оборони України. URL: <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykhoholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii>

11. Доманчук С. Групи самопомоги для дружин та матерів учасників АТО (принцип «Рівний - рівному»). Підсумки по роботі проекту «Дружини України»: життя після АТО [Текст] / С. Доманчук // URL: <https://life-after-ato.com.ua/post/467>
12. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder [Text] / B.K. Jordan, C.R. Marmar, J.A. Fairbank at al. // J Consult Clin Psychol. – 1992 – V. 60(6). – P. 916-26.
13. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder [Text] / T. Francisković, A. Stevanović, I. Jelusić at al. // Croat Med J. – 2007. – № 48 (2). – P. 177-184.
14. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder [Text] / M. Klarić, T. Frančišković, E.C. Obrdalj at al. // Psychiatr Danub. – 2012 – № 24 (3). – P. 280-286.
15. Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress [Text] / M. Klaric, A. Kvesic, V. Mandic at al. // Psychiatr Danub. – 2013. – Vol. 25, Suppl. 1. – P. 29-36.
16. Zerach G. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment [Text] / G. Zerach, T. Greene, Z. Solomon // Journal of Health Psychology. – 2013. – Vol. 20 (2). – P. 78-82.
17. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity [Text] / R. Dekel, Y. Levinstein, A. Siegel, S. Fridkin, V. Svetlitzky // J Fam Psychol. – 2016. – Vol. 30(1). – P. 63-71.
18. Рибик Л. А. Вторинний посттравматичний стресовий розлад у дружин учасників бойових дій [Текст] / Л. А. Рибик // Юридична психологія. – 2016. – № 2 (19). – С. 148-158.
19. Chronic Pain and Secondary Traumatization in Wives of Croatian War Veterans Treated for Post Traumatic Stress Disorder [Text] / E. Koić, T. Francišković, L. Mužinić-Masle at al. // Acta clinica Croatica. – 2002. – Vol. 41, No. 4. – P. 295-306.

20. Kimhi S., Doron H. Conscripted without Induction Order: Wives of Former Combat Veterans with PTSD Speak [Text] / S. Kimhi, H. Doron // Psychology. – 2013. – Vol.4, № 3. – P. 189 – 195.
21. Маркова М.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми [Текст] / М.В. Маркова, П.В. Козира // Медична психологія. – 2015. – №1 (37). – С. 8-13.
22. Маркова М. В. Порухення здоров'я родини в учасників бойових дій у світлі концепції постстресової психологічної дезадаптації: клініко-психологічні прояви, механізми формування, засади психокорекції [Текст] / М.В. Маркова, Г.С. Росінський // Проблеми безперервної медичної науки та освіти. – 2019. – № 3 (35). – С. 5-9.
23. Абдрыхімов Р.А. Психокорекція постстресової психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмами органу зору: обґрунтування, зміст, ефективність [Текст] /Р.А. Абдрыхімов // Архів психіатрії. – 2019. – Т. 25, № 2. – С. 73-80.
24. Sex differences in mental health symptoms and substance use and their association with moral injury in veterans [Text] / M.L. Kelley, A.L. Braitman, T.D. White at al. //Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2019. – Vol. 11 (3). – P. 337-344.

2.8. ПРИНЦИПИ РОДИННОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ

Проноза-Стеблюк К.В.

Поєднання органічної патології зі змінами у психоемоційній сфері, обтяження соматичної та нейровегетативної симптоматики наслідками бойової психічної травми, розладами адаптації (у тому числі психосоціальної) та труднощі реінтеграції, ускладнення у формі різного роду адикцій (алкоголь, інші психоактивні речовини, ігроманія) вимагають пошуку та застосування комплексних заходів лікувально-реабілітаційного впливу, серед яких важливе місце займає медико-психологічна реабілітація. Водночас відсутність поінформованості про особливості перебігу захворювання, намагання організувати медико-психологічну реабілітацію ветеранів війни в однорідних закритих групах не дає змогу пацієнтам вирватись із замкненого кола, повністю реадаптуватися до нормального мирного життя, ресоціалізуватися. Щоразу під час такої «реабілітації» відбувається ретравматизація спогадами, відновлення «героїчної» фази, поглиблення інтрузивних спогадів, що добре лягає на «зволожений» алкоголем фон в колі таких самих ветеранів [3].

Метою нашої роботи, що виконувалась в межах міжгалузевого проекту досліджень наслідків конузії, було запропонувати нові методичні підходи до медико-психологічної реабілітації ветеранів з урахуванням мікросоціального, родинного компонента процесів реадаптації.

Під час виконання дослідження з 231 особи, які мали в анамнезі mTBI, було виділено 77 осіб, які за симптомокомплексом відповідають критеріям діагнозу F07.2 за МКХ-10. Основними скаргами у цих пацієнтів були: головний біль (98 %), запаморочення (79 %), швидка втомлюваність (69%), дратівливість (71%), труднощі у зосередженні і вирішенні розумових завдань (76 %), зниження пам'яті (87 %), безсоння (80 %), знижена стійкість до стресу, емоційне збудження і алкоголь (99 %). Симптоматика ПКС оцінювалась за опитувальником Сісероне [4] — оцінка симптоматики теперішнього часу,

дослідження стану вегетативної регуляції проведено шляхом заповнення Опитувальника суб'єктивної оцінки дистонії [5]. Для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було використано Шкалу самооцінки наявності ПТСР PCL-m [6]. Обраною технікою базового обстеження на предмет психотравматизації (психологічний компонент) було визначено Шкалу оцінки впливу травматичної події (IES-R) [7].

При плануванні психотерапевтичної допомоги пацієнтам з наслідками контузії враховувались кращий світовий досвід:

На конференції 2008 р., присвяченій практичним рекомендаціям з лікування ветеранів з контузією, ПТСР та болем, що була організована Департаментом США у справах ветеранів та Національним Центром ПТСР, основним методом роботи з наслідками контузії визнано когнітивно-поведнкову терапію (КПТ).

Також опубліковані дані вказують на те, що ветерани з ПТСР і одночасно mTBI виграють від тривалого лікування або когнітивної обробки як ветерани з тільки ПТСР. Таким чином, було досягнуто згоди про те, що ветерани, які відчувають mTBI і / або біль, поряд з ПТСР, повинні мати можливість отримати два кращих методу, заснованих на доказах, в практичних рекомендаціях VA / DoD для ПТСР, тривалої терапії впливу або когнітивної обробки, в разі управління медикаментами вкрай важливо забезпечити адекватну дозування.

Вибір психотерапевтичної тактики при первинному призначенні відбувається на основі принципу відповідності спектру її впливу до спектру актуальних психопатологічних проявів. Таким чином, системо утворюючим фактором вибору тієї чи іншої психотерапевтичної тактики є клініка. Дані про шляхи, типи, варіанти, стадії та етапи цього процесу, а також "норми реакції" в межах кожного з клінічних випадків створює можливість конкретизації терапевтичних завдань з урахуванням принципу "нашарування" та мінімальнодостатнього психотерапевтичного призначення. Якщо розглядати модель формування ремісії за гармонічним варіантом, то рівень

самосвідомості підвищується у відповідності до його ієрархічної структури – від вичленення тілесного "Я" до відтворення "Я" на рівні взаємопов'язаних актів поведінки, далі до включення в "Я" морально-етичних компонентів і лише після цього усвідомлення себе як особистості в системі суспільних взаємовідносин. Не залежно від того, яка психотерапевтична тактика використовується фахівцем, найбільш адекватним клінічно визначеним орієнтиром під час вибору психотерапевтичної тактики є "зона найближчого розвитку". Вона характеризується готовністю хворого до сприйняття, оцінки, усвідомлення згідно до певного рівня його самосвідомості. Так, на перших етапах відновлюється здатність хворого до сприйняття та оцінки взаємозв'язку актів власної поведінки. Тому в бесідах робити акцент на диференційованих соціальних відносинах є передчасним заходом. В даному випадку слід акцентувати увагу на обговоренні різноманітних поведінкових актів для підготовки хворого до їх моральної оцінки, тобто до наступного етапу реінтеграції самосвідомості. Аналогічним чином слід визначати направленість значимих хвилювань хворого. Типовою є наступна динаміка: від очікування неминучої катастрофи та страху до: - уявлення про зменшення суб'єктивно реальної загрози; - актуалізації протилежного знання і виникнення сумнівів в їх реальності; - пошуку раціональних пояснень старих помилок у прийнятті рішення, оцінки власної відповідальності та ролі у тому, що відбувається, з переживанням почуття провини; - оцінці соціальних наслідків минулого та перспектив майбутнього. На перших етапах відновлення ціннісно-змістовна позиція хворого, яка насичена відповідним патологічним афектом, визначає позицію лікаря та інших фахівців по відношенню до хворого та його переживань. Хворий приймається як особистість без погодження з його хибними переконаннями, але і без активної конфронтації з ним. Далі, коли патологічний афект згасає, значиму роль відіграють індивідуально-особистісні якості фахівців з психічного здоров'я (манери, стиль психотерапевтичної діяльності, концепція, особистість в цілому). Разом з тим, змістовна складова взаємодії лікаря чи психолога з хворим на кожному

етапі реабілітації визначається актуальною ціннісно-змістовною направленістю значимих хвилювань хворого з "зоною її найближчого розвитку". Найбільш складні питання виникають при визначенні тактики щодо відношення до механізмів психологічного захисту. В процесі формування терапевтичної ремісії виявляється загальна тенденція до їх ускладнення і зростання індивідуально особистісної диференційованості: від примітивних, глобальних реакцій, які реалізуються на психофізіологічному рівні (втеча, агресія, загальмованість) до: - формування компромісних суджень між хибними уявленнями, почуттями та сторонами реальності, які адекватно сприймаються; - побудові більш складних компромісів при усвідомленні деякої хибності у своїх судженнях з покладанням відповідальності на зовнішні обставини та соматичний стан (хворів, не спав, втомився тощо); - послідовному формуванню внутрішньої картини, концепції хвороби, які дозволяють глибше оцінити помилковість дій у минулому та наявних суб'єктивних хвилювань; - зміні самооцінки у зв'язку з уявленням про себе як хворого; - відторгнення уявлення про себе як психічно хворого з використанням захисних механізмів більш високого рівня, які притаманні хворому (знецінення, ігнорування, уникнення, витіснення тощо). Втілення такої тенденції в реальності має багато протиріч, які потребують динамічної зміни позиції психолога чи лікаря. З плином часу починає проявлятися негативні сторони позитивної трансформації психологічного захисту. Так, при зменшенні протиріччя між хибними та адекватними сприйняттями реальності може виникати тривога та порушення адекватного оволодіння новими усвідомленнями стратегій психологічного захисту.

Протягом 2017–2019 рр., за сприяння благодійної організації “Unitd Help Ukraine”, США, 48 родин ветеранів було відправлено на реабілітацію. Тижневі курси включали фізичний компонент (пішохідні екскурсії та прогулянки, гірські сходження, заняття на тренажерах, спортивні ігри, відвідування соляної кімнати), психологічний (психотерапевтичний) компонент реабілітації (індивідуальна та групова робота з психологом, арт-

терапія з використанням проєктивних методик, тренінги з психологічного відновлення та набуття навичок стресостійкості [8]) та заходи, що умовно належать до мікросоціальної реадаптації (групові інтелектуальні ігри, кулінарні майстер-класи та сумісне приготування їжі, риболовля, збір грибів та ягід, морські прогулянки на яхті, катання на квадроциклах, кінні прогулянки).

На початку курсу реабілітації особисті психологічні проблеми виявили (за анонімним опитуванням і тестуванням) 42 ветерани і 44 дружини ветеранів. У 39 сім'ях було виявлено проблеми, пов'язані з родиною:

- Страждання індивідуума;
- Сімейні конфлікти;
- Конфлікти с людьми за межами сімейного кола;
- Перепони на шляху індивідуального розвитку;
- Перепони на шляху сімейного розвитку або руху сім'ї

Причинами та наслідками мікросоціальної дезадаптації в родинах визначалися несподіванка події, відсутність поінформованості про особливості фізичного та психічного статусу особи, що зазнала контузії: сім'я, виявляється не готова до змін або до їх швидкості, старі способи вирішення проблем не працюють, сім'я в цейтноті, завмирає, виявляється в розгубленості і в афекті. Як наслідок, втрачається важливий для життя сім'ї ресурс можливо явний, можливо неусвідомлений. Втрата ресурсу несе загрозу для існування сім'ї, сім'я переживає втрату цілісності через свою вразливість, виявляється в страху перед майбутнім. Сім'я втрачає звичний спосіб конструктивних комунікацій перебуваючи в дефіциті і уразливості, або транслює страх, лякають один одного, або намагаються впоратися зі страхом і ізолюються один від одного, що несе переживання ізолюваності, самотності, відчуття того, що немає способу розділити переживання, підтримати один одного, звернутися за допомогою.

В результаті сім'я висуває терапевту наступні запити: на порушену орієнтацію в ситуації і в житті, коли ситуація здається глобальною,

однозначною, погано диференційованою, фрагментованою; на зупинені переживання, які проявляються через біль, афект або інші симптоми; на зіпсовані комунікації один з одним, в сім'ї не дивляться один на одного, не розмовляють про важливе, лякають або ображають один одного, лякаються або ображаються, більше фантазують один про одного.

При плануванні реабілітаційної програми були визначені наступні базові позиції:

- Орієнтація на здоров'я.
- Мета – не стільки усуненні симптомів, скільки повернення здібності контролювати ситуацію.
- Підхід, заснований на фокусі якості життя, а не на патології життя. Концентрація уваги на пошуку рішення, а не на самих проблемах.
- Підкреслюються лікувальні сили сім'ї в подоланні.
- Підкреслюється, що реакція сім'ї і потерпілого активна.
- Ми повинні вивчити не тільки слабкості, але і джерела ресурсів і сили потерпілого і його сім'ї.
- Терапія зорієнтована на теперешнє та майбутнє.

Медико-психологічна допомога під час курсів реабілітації базувалась на наступних принципах:

Мотивування: Людина, яка пройшла одні з найважчих випробувань у своєму житті не завжди у змозі самотійно звернутись до лікаря. Є багато перешкоджаючих факторів, таких як: страх що «я не такий», страх за необхідність тривалого і болісного відновлення, віра в те, що «згодом саме пройде», або ж у те, що це є «звичайним результатом» участі у бойових діях. Заохочення до лікування з роз'ясненням доцільності вчасного звернення до фахівця та звертання уваги на можливі наслідки у разі не звернення та переваги у разі звернення повинні стати істотним важелем з вуст рідної людини.

Застосовані методи психологічної допомоги у поєднанні з фізичними та соціальними складовими програми привели до поліпшення особистого

психоемоційного стану у 96% учасників програми. Поліпшення внутрішньосімейного взаєморозуміння і психологічного мікроклімату відзначено у 100 % сімей. Продовжити роботу з психологом виявили бажання 60 % сімей. Саме навчання родини жити з наслідками минулого, «привнесення миру у війну, а не війни у мир» стало стрижнем програми довготривалого психологічного супроводу та психологічної саморегуляції.

У результаті проведеної роботи було вироблено методичні рекомендації щодо перманентної внутрішньосімейної підтримки ветеранів із ПКС. Базовими складовими цієї підтримки мають стати:

I. Розуміння. Людина, що має ПКС, може страждати на:

— значні погіршення слуху (суб'єктивно, коли людина чує не все, про що говорить оточення, вона відчуває певну відстороненість від інших, відчувається «не такою»), що може спричинити постійні перепитування, прохання говорити голосніше. Вдома людина може вмикати телевізор чи радіо голосніше, ніж зазвичай, може не чути, коли хтось телефонує чи стукає у двері (при цьому відчуття на кшталт «я завдаю всім клопоту», «краще було б без мене», «вони думають, що я це спеціально» або ж «я нічого такого поганого не зробив» спричиняють легкі емоційні сплески аж до тяжких страждань через неприйняття власної хвороби).

Приймаюча на всіх етапах та підтримуюча функція родини допоможе спрямувати власні сили від самообвинувачення до конструктивного вирішення проблеми, лікування та підлаштування з урахуванням побажань усіх членів родини до нових особливостей у випадку незворотних змін (відсутність роздратування та наявність здорової атмосфери у родині — запорука формування нових здорових стосунків після сумісного подолання проблеми);

— погіршення зору (суб'єктивно людина відчуває розмитість, неможливість сфокусувати зір), що може спричинити неуважність, неможливість виконання певних обов'язків, у тому числі побутових (не чисто

вимитий посуд, неможливість самостійно заповнити будь-який документ, прочитати повідомлення тощо).

Важливо з урахуванням таких особливостей наділити людину додатковими повноваженнями, в яких вона буде почуватися більш впевнено. Підтримуйте людину у її невеличких самостійних успіхах (самостійно заправив нитку в голку, знайшов якийсь предмет) — це велика перемога над собою, що надасть сили до подальших досягнень;

— неможливість уживати певні продукти харчування: міцні чай та кава, алкоголь, тютюнопаління (суб'єктивно людина відмовляється від тих маленьких, але суттєвих в її житті задовольень, які підтримували її тривалий період, особливо у зоні бойових дій, що сприймаються нею більше як життєва необхідність). Відсутність можливих приводів для зривів, тобто відсутність запашної кави на ранішньому столі для інших членів родини, відсутність алкоголю «для інших, кому можна» надасть відчуття поєднаності у родинних стосунках;

— неможливість підіймати важкі речі, грати з дітьми в активні ігри, займатися спортом тощо.

Як правило, тим, хто зазнав наслідків контузії, певний час (особливо на початку) не рекомендовані фізичні навантаження (суб'єктивно це може відчуватися як «я їм більше не потрібен», «діти мене більше не будуть любити», «дружина буде шукати сторонньої чоловічої підтримки»). Важливо заохотити дітей до нових сумісних цікавих форм активностей, навчання нових корисних навичок у побуті;

— обмеження у водінні автомобілю. Якщо після отриманої травми в людини відзначається втрата орієнтації у просторі, проблеми із зором, шум у вухах і т. д., то це може вплинути на безпеку власну та оточуючих при водінні автомобілю. Важливо підкреслювати переваги пішохідного способу життя, що базується на підтримці здорового довголіття.

II. Підтримка. Реакція родини повинна бути активною на всіх етапах (повернення, лікування, реабілітація, т. п.), її члени мають вивчити не тільки

слабкості, але і нові джерела ресурсів, сили потерпілого (можливість волонтерити, якщо не служити, підтримка побратимів тощо). Усі родинні процеси зорієнтовані на теперішнє та майбутнє, але потрібно пам'ятати, що є ефективні стратегії виживання, які допомогли родині в минулому та спрямовані на створення й розвиток надії та позитивних очікувань, заохочення та підтримка до нових форм поведінки, спонукання до концентрації уваги та пошуку рішення, а не на самій проблемі. Родина повинна пам'ятати про орієнтацію на здоров'я і те, що зміни відбуваються за рахунок укріплення. Основна спільна мета родини — повернути здатність контролювати ситуацію, фокус на якості життя, а не на патології.

III. Попередження. На жаль, в умовах, коли людина не може більше виконувати ті функції, які виконувала до травми, розвивається відчуття непотрібності, занедбаності, марності власного існування. Дуже важливо розуміти, що постійно пригнічений стан, відчуття «обрізаного» майбутнього, неможливість «знайти себе» є можливою передумовою до зловживання алкоголем та виникнення суїцидальних думок. Особливо на перших етапах адаптації до свого нового стану важливим є спостереження та обмін думками усіх членів родини. Уникнення прямої конфронтації, спільне виявлення потреб, родинний супровід для відновлення здатності приймати рішення (розуміти мету, характер та наслідок дій та керування діями), розвиток партнерських відносин на спільному шляху до одужання, вироблення поведінки зміцнення здоров'я і досягнення функціональної незалежності за допомогою різних поточних заходів, виключення одночасних життєвих факторів стресу.

IV. Зовнішнє залучення. Залучення за згодою у соціальні мережі підтримки — громадські, ветеранські тощо. Абстрагуватись від тяжких та негативних проявів травми — запорука здорового майбутнього ветерана і родини у цілому.

Налагодженню внутрішньосімейного порозуміння та створенню максимально позитивного психоемоційного фону у родині сприятимуть розроблені поради членам родини:

Дитино, пам'ятай! Твій батько любить тебе так само, як і до того, як пішов захищати тебе. Але зараз татко потребує твого розуміння та допомоги. Не вмикай гучно музику, якщо татко про це просить, адже він чує її зараз не так, як ти (після участі у бойових діях він може чути її як шум, дзвін...). Твій татко може тебе постійно про щось перепитувати, адже в нього погіршився слух. Не дратуйся повторювати одне й те саме, адже твій татко дійсно потребує цього. Твоєму татові може бути важко грати з тобою в активні ігри, навіть якщо це було колись просто, саме тому, коли ти його про це просиш, він дуже засмучується. Прояви турботу про нього, адже він пишається собою.

Дружино, пам'ятай! Зміни відбуваються за рахунок укріплення «Я — сили», відновити яку допомагає сімейне коло. Твоє завдання супроводжувати, мотивувати, залучати, заохочувати, підтримувати, вимагати результатів, бути терплячою, якщо вони з'являться не одразу, підтримувати будь-які позитивні зміни та святкувати навіть невеличкі перемоги над собою. Але найважливіше — це спостерігати за станом, динамікою, змінами, настроєм, побажаннями та обов'язково за своїм власним станом. Найважче — ваш спільний період адаптації до нових змін (у стані здоров'я, уподобаннях, змінах настрою тощо), але з плином часу ти дійсно пристосуєшся разом із чоловіком до нових умов життя, в якому з'являться нові досягнення, нові знайомства, але саме цей період сумісного подолання згуртовує та загартовує ваші стосунки на все життя, робить їх справжніми та щирими.

Допомогти в складній ситуації, оптимально розподілити власні сили, попередити вигоряння допоможуть такі прості поради: (таблиця 56)

Що повинна знати дружина ветерана, що зазнав контузії

Треба	Нетреба
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Чергувати роботу та відпочинок; ✓ Мати повноцінний сон та режим сну; ✓ Мати повсякденні активності поза основними зобов'язаннями (усвідомлена прогулянка, один розділ улюбленої книжки, улюблена пісня часом роблять свою справу); ✓ Мати коло друзів, що розуміють проблему та можуть підтримати порадою (скоріш за все, це ті, хто вже стикався з такою проблематикою), або ж побути своєрідним «контейнером», який в змозі прийняти переживання. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Робити стосунки нейтральними (ніби нічого не відбувається, адже тоді чоловік може подумати про байдужість), ✓ Заперечувати реальний стан справ (уникати розмов про хворобу) ✓ Гіперопікати чоловіка (адже тоді в нього не з'явиться бажання щось робити у напрямку видужання) ✓ Не звертати увагу на свої стани виснаження, роздратування, відчаю, болю. адже, синдром психоемоційного вигорання може призвести до повного виснаження, коли важко буде робити навіть такі знайомі і дрібні справи. ✓ Отже, перш за все, власні ресурси, які дадуть змогу твоєму чоловікові одужати скоріше.

Використання зазначених методів, способів внутрішньосімейної психологічної саморегуляції буде сприяти нормалізації відносин, зменшенню клінічних фізичних та ментальних наслідків контузії, поліпшенню процесів ресоціалізації ветеранів.

Список літератури

1. Stebliuk V. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims [Text] / V. Stebliuk, R. Gan, K. Pronoza // J. of Education, Health and Sport.– 2016.– Vol. 6, № 4.– P. 458-465.
2. Hesdorffer D. C. Long-term Psychiatric Outcomes Following Traumatic Brain Injury: A Review of the Literature [Text] / D. C. Hesdorffer, S. L. Rauch, C. A. Tamminga // J. Head Trauma Rehabil. – 2009. – № 24 (6). – P. 452–459.
3. Stebliuk V. Post-concussion Syndrome in Ukrainian Veterans: Physical and Mental Manifestations [Text] / V. Stebliuk, K. Pronoza-Stebliuk // J. of Education, Health and Sport. – 2018. – № 8 (2). – P. 349-354. – URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5285>
4. Cicerone K. D. Base of Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) [Text] / K. D. Cicerone // J. of Head Trauma Rehabilitation. – 1995. – № 10 (3). – P. 1–17.
5. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика [Текст]; под ред. А. М. Вейна.– М.: Медицинское информационное агентство. – 2000. – 752 с.
6. PTSD: National Center for PTSD. [Text]. – URL: [https:// www.ptsd.va.gov](https://www.ptsd.va.gov)
7. Weiss D.S. The Impact of Event Scale [Text] / D.S. Weiss, C.R. Marmar // J. Wilson & T. M. Keane (Eds.) // Assessing psychological trauma and PTSD.– N. Y.: Guilford. – 1996.– P. 399-411.
8. Стеблюк В. Травма та травмотерапія: історія та сьогодні [Текст]/ В. Стеблюк, К. Проноза-Стеблюк // Укр. вісн. психоневрології.– 2018.– Т. 26, вип. 4(97). – С.82-86.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ ТА КОНТАКТИ ДЛЯ ОБМІНУ ІНФОРМАЦІЄЮ

Стеблюк В.В. - д.мед.н., професор, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, полковник медичної служби, Заслужений лікар України, заступник начальника Української військово-медичної академії з клінічної роботи; e-mail: doctorsteb@gmail.com.

Друзь О.В. - д.мед.н., доцент, полковник медичної служби, головний психіатр Міністерства оборони України, начальник клініки психіатрії Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпиталь» МО України; e-mail: docod@bigmir.net

Швець А.В. – д.мед.н., старший науковий співробітник, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, підполковник медичної служби, заступник начальника Української військово-медичної академії з наукової роботи; e-mail: shvetsandro@gmail.com

Лінський І.В. – д.мед.н., професор, директор ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", завідувач відділу невідкладної психіатрії та наркології; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

Марута Н.О. – д.мед.н., професор, академік Національної академії наук вищої освіти України, заступник директора з наукової роботи ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", завідувачка відділу пограничної психіатрії, доктор мед. наук, професор; e-mail: mscience@ukr.net

Мінко О.І. – д.мед.н., професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", професор кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського

національного університету ім. В.Н. Каразіна; e-mail:
minko.alex2015@gmail.com

Кожина Г.М. д.мед.н, професор, академік Національної академії наук вищої освіти України, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Овчаренко М.О. д.мед.н, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та наркології ДУ "Луганський державний медичний університет" (м. Рубіжне), Генеральний директор КНП ЛОР "Центр психічного здоров'я"; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

Кальниш В.В. – д.біол.н., професор завідувач лабораторії психофізіології праці ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України»; e-mail: vkalnysh@ukr.net

Маркова М.В. – д.мед.н., професор, академік Національної академії наук вищої освіти України, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти; e-mail: mariannochka1807@gmail.com

Возніцина К.Б. - головний лікар ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України»; у 2014-2018 рр. завідувач відділення реабілітації ДУ «Інститут медицини праці ім.Ю.І.Кундієва НАМН України», лікар-невролог вищої категорії; e-mail: forestglade.vet@gmail.com

Проноза-Стеблюк К.В. - магістр психології, науковий співробітник ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А. Ромаданова НАМН України"; Голова

ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення” ; e-mail: kpronoza@ukr.net

Зеленська К.О. к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

Заворотний В.І. – к.мед.н., полковник, завідуючий психоневрологічним кабінетом амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України; асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету; e-mail: zavorotnslava@gmail.com

Черненко І.О. – к.мед.н., ординатор клініки психіатрії Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпиталь» МО України; e-mail: super-passa@ukr.net

Литвиненко Л.І. - Керівник Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г.С.Костюка, тренер, психодрама-терапевт, сертифікований Європейським інститутом психодрами (PIFE, Німеччина), супервізор, Засновник Інституту психодрами в Україні e-mail: zudaluli@gmail.com

Росінський Г.С. – к.мед.н., асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти; e-mail: barsedo@ukr.net