

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПЛАТИНЮК ОКСАНА БОГДАНІВНА

УДК: 616.891-07-08-084-057.36(477)

**ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ
ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ**

222 – медицина
22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

О.Б. Платинюк

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник Коростій Володимир Іванович, доктор медичних наук,
професор

Харків – 2021

АНОТАЦІЯ

Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2022.

Захист відбудеться у Харківському національному медичному університеті МОЗ України, Харків, 2022.

Мета роботи: вивчити особливості формування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення та розробити модель їх комплексної терапії та реабілітації хворих.

У ході роботи проведено комплексне обстеження проведено комплексне обстеження 145 комбатантів, чоловічої статі у середньому віці $32,5 \pm 11,4$ років, які отримали поранення поза мозковою локалізацією з непсихотичними психічними розладами та знаходяться на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону МО України.

Залежно від локалізації та важкості поранення обстежені були розділені на підгрупи:

I – з непроникаючими вогнепальними пораненнями – $32,2 \pm 1,3\%$

II – з проникаючими вогнепальними пораненнями – $34,6 \pm 1,3\%$

III – з ампутацією кінцівок – $33,2 \pm 1,3\%$

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у терапевтичній програмі, яка розроблена за результатами власних досліджень) склали 103 чоловіків, контрольну групу – 42 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію в шпиталі.

Встановлено, що у обстежених комбатантів відзначалися наступні неспихотичні розлади: гостра реакція на стрес (F43.0) діагностовано у 25,4±1,2% обстежених I групи, 30,2±1,3% II групи та 19,8±1,1% обстежених III групи; ПТСР (F43.1) у 26,2±1,2% I групи, 32,1±1,3% II групи та 30,1±1,3% III групи; пролонгована депресивна реакція (F43.21) у 22,3±1,2%, 15,5±1,1% та 11,8±1,1% відповідно; змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22) у 26,1±1,2% обстежених I групи, 13,5±1,1% II групи та 9,2±0,9% III групи; депресивний епізод (F32.1, F32.2) у 8,7±0,8% обстежених з II та у 29,1±1,2% III групи.

Як показали результати дослідження клінічна структура неспихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів, які отримали поранення була представлена депресивним (19,2±1,1% обстежених I групи, 29,8±1,2% II групи, 34,2±1,3% III групи), тривожним (31,8±1,3% обстежених I, 33,1±1,3% II та 28,5±1,2% III групи), дисфоричним (9,5±1,5%, 15,2±1,1% та 22,1±1,2% відповідно), астеничним (17,4±1,1% обстежених I групи, 11,0±1,1% II групи та 7,6±1,1% обстежених III групи) та психосоматичним (22,1±1,2% обстежених I, 10,9±1,1% II та 7,6±1,1% III груп) варіантами психопатологічної симптоматики.

Проаналізовано рівні інтенсивності бойового досвіду як провідного чинника ризику розвитку неспихотичних психічних розладів комбатантів.

Розроблено модель формування неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення, яка лягла в основу створення комплексної персоніфікованої системи терапії неспихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Розроблено персоніфіковану систему реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають неспихотичні психічні розлади.

Доведено ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії неспихотичних психічних розладів та системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу вивчено особливості клініко-психопатологічної симптоматики неспсихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів в залежності від важкості отриманого поранення.

Виділено депресивний, тривожний, дисфорічний, астеничний та психосоматичний варіанти психопатологічної симптоматики в клінічній картині неспсихотичних психічних розладів.

Проаналізовано чинники ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, рівень тяжкості бойового досвіду, складові бойового стресу та рівень соціально-психологічної адаптації комбатантів, які отримали поранення

Розроблено модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення. Тригерами розвитку неспсихотичних психічних розладів є факт поранення, тривалий вплив бойового стресу при недостатньому рівні спеціальної військової підготовки. Прогностично значущими у формуванні неспсихотичних психічних розладів є високий рівень впливу травматичної події; високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості, obsesivності-компульсивності за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона; клінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою. Базисом для формування неспсихотичних психічних розладів є стан клінічно виражених проявів ПТСР (за CAPS) та середньо-високий рівень вираженості тяжкості бойового досвіду.

Розроблено комплексну персоніфіковану систему терапії неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Встановлено висока результативність розробленої комплексної персоніфікованої системи терапії неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення в порівнянні з традиційним

комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження інтенсивності клінічних проявів ПТСР відновлення соціальної активності та підвищення якості життя комбатантів за даними дворічного катамнестичного дослідження.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги учасникам бойових дій, які отримали поранення.

Розроблена та апробована персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають несприятливі психічні розлади, яка включає у себе: моніторинг психічного стану ветеранів; створення реадaptaційної атмосфери, посилену психологічну увагу, формування позитивної установки на майбутнє, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.

Впровадження розроблених програм персоніфікованої терапії несприятливих розладів та реабілітації її учасників бойових дій, які отримали поранення сприяє зниженню рівня негативних психо-соціальних наслідків бойових дій на сході України, досягненню швидкої редукції несприятливих психічних розладів, підвищенню стресостійкості та соціально-психологічної адаптації, покращенню якості життя та відновлення соціального функціонування військовослужбовців ЗСУ, які брали безпосередню участь у бойових діях в зоні АТО/ООС.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі військових медиків, психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги комбатантам, які отримали поранення, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи: Військово-медичного клінічного центру північного регіону МО України; Комунального

підприємства «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради; КНП ТОР «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня»; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»; Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»; Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня».

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, поранення, бойовий стрес, фармакотерапія, психотерапія, реабілітація.

ABSTRACT

Platyniuk O.B. Diagnosis, correction and prevention of non-psychotic mental disorders in injured combatants. – Qualifying scientific work as a manuscript.

Thesis for competition of a scientific degree of the Doctor of Philosophy on a specialty 222 – Medicine – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2022.

Thesis defense will take place at Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2022.

Aim of this research: to study the features of the formation of non-psychotic mental disorders in combatants who were injured and also to develop a model of comprehensive therapy and rehabilitation for this patients.

In the course of the research conducted a comprehensive examination of 145 combatants, males with an average age of 32.5 ± 11.4 years, who received extracerebral injuries, non-psychotic mental disorders. They are being treated at the Military Medical Clinical Center of the Northern Region of the Ministry of Defense of Ukraine.

Depending on the location and severity of the injury, patients were divided into subgroups:

I – with non-penetrating gunshot wounds – $32.2 \pm 1.3\%$

II – with penetrating gunshot wounds – $34.6 \pm 1.3\%$

III – with amputation of limbs – $33.2 \pm 1.3\%$

All patients received regulated psychopharmacotherapy according to the standards of the Ministry of Health of Ukraine within the provision of the medical institution. The main group (which patients participated in the therapeutic program developed based on our original research) consisted of 103 men, the control group – 42 people who received standard regulated therapy in the hospital.

It was found that the following non-psychotic disorders were observed in the examined combatants: acute stress reaction (F43.0) was diagnosed in $25.4 \pm 1.2\%$ of surveyed from group I, $30.2 \pm 1.3\%$ of patients from group II and $19.8 \pm 1.1\%$ of

surveyed from group III; PTSD (F43.1) in $26.2 \pm 1.2\%$ of group I, $32.1 \pm 1.3\%$ of group II and $30.1 \pm 1.3\%$ of group III; prolonged depressive reaction (F43.21) in $22.3 \pm 1.2\%$, $15.5 \pm 1.1\%$ and $11.8 \pm 1.1\%$, respectively; mixed anxiety-depressive reaction (F43.22) in $26.1 \pm 1.2\%$ of subjects of group I, $13.5 \pm 1.1\%$ of group II and $9.2 \pm 0.9\%$ of group III; depressive episode (F32.1, F32.2) in $8.7 \pm 0.8\%$ of subjects II and $29.1 \pm 1.2\%$ of group III.

According to the results of the study, the clinical structure of non-psychotic mental disorders in the examined combatants who were injured was represented by depressive ($19.2 \pm 1.1\%$ of the examined from group I, $29.8 \pm 1.2\%$ of group II, $34.2 \pm 1.3\%$ of group III), anxious ($31.8 \pm 1.3\%$ of patients from group I, $33.1 \pm 1.3\%$ from group II and $28.5 \pm 1.2\%$ from group III), dysphoric ($9.5 \pm 1.5\%$, $15.2 \pm 1.1\%$ and $22.1 \pm 1.2\%$, respectively), asthenic ($17.4 \pm 1.1\%$ of subjects of group I, $11.0 \pm 1.1\%$ of group II and $7.6 \pm 1.1\%$ of group III subjects) and psychosomatic ($22.1 \pm 1.2\%$ of examined from group I, $10.9 \pm 1.1\%$ of examined from group II and $7.6 \pm 1.1\%$ of group III) variants of psychopathological symptoms.

The levels of intensity of combat experience as a leading risk factor for the development of non-psychotic mental disorders of combatants are analyzed.

A model of formation of non-psychotic mental disorders in combatants who received injuries was developed, which formed the basis for creating a comprehensive personalized system of treatment with differentiated use of psychopharmacotherapy and psychotherapy for non-psychotic mental disorders among injured combatants.

A personalized system for the rehabilitation of combatants who have been injured and have non-psychotic mental disorders has been developed.

The effectiveness of the developed personalized system of treatment of non-psychotic mental disorders and the system of rehabilitation of injured combatants has been proved.

Scientific novelty of the obtained results. For the first time on the basis of a systematic approach, peculiarities of clinical and psychopathological symptoms of

non-psychotic mental disorders were studied in the examined combatants depending on the severity of the injury.

Depressive, anxious, dysphoric, asthenic and psychosomatic variants of psychopathological symptoms in the clinical picture of non-psychotic mental disorders.

Risk factors for the development of non-psychotic mental disorders in combatants, level of severity of combat experience, components of combat stress and level of socio-psychological adaptation of wounded combatants are analyzed.

A model of formation of non-psychotic mental disorders in wounded combatants has been developed. Triggers of the development of non-psychotic mental disorders are the fact of injury, prolonged exposure to combat stress with an insufficient level of special military training. Prognostically significant in the formation of non-psychotic mental disorders is the high level of impact of the traumatic event; high levels of somatization, depression, anxiety, hostility, obsession-compulsion on the SCL-90-R scale; severe depressive and anxiety episodes by clinical scales of the Hamilton Anxiety and Depression Rating Scales; clinical manifestations of anxiety and depression on the Hospital Anxiety and Depression Scale. The basis for the formation of non-psychotic mental disorders is the state of clinically severe manifestations of PTSD (according to CAPS) and the medium-high level of severity of combat experience.

A comprehensive personalized system of treatment with differentiated use of psychopharmacotherapy and psychotherapy of non-psychotic mental disorders among combatants who have been injured has been developed.

The high efficiency of the developed complex personalized system of therapy of non-psychotic mental disorders among combatants who were injured in comparison with traditional comprehensive treatment to reduce psychopathological symptoms, reduce anxiety and depression on appropriate scales, reduce the intensity of clinical manifestations of PTSD, restore social activity and improve life quality of combatants according to a two-year follow-up study.

The practical significance of the obtained results. The practical significance of the dissertation research results is to improve the quality of medical care for injured combatants.

Developed and tested personalized system for rehabilitation of injured combatants with non-psychotic mental disorders, which includes: monitoring the mental state of veterans; creation of a readaptation atmosphere, enhanced psychological attention, formation of a positive attitude to the future, creation of a new cognitive life model.

Implementation of the developed programs of personalized therapy of non-psychotic disorders and rehabilitation of injured combatants helps to reduce negative psycho-social consequences of hostilities in eastern Ukraine, achieve rapid reduction of non-psychotic mental disorders, increasing stress resistance and socio-psychological adaptation, improve life quality and restore social functioning of servicemen of the Armed Forces of Ukraine, who took a direct part in hostilities in the ATO/JFO zone.

The obtained results of the dissertation research are intended for use in the work of military physicians, psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists and other specialists whose activities are related to the provision of medical and rehabilitation assistance to injured combatants, as well as in the training qualified personnel at the stage of undergraduate and postgraduate education.

The results of the study are implemented in the practice of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine, of Municipal Enterprise "Poltava Regional Clinical Psychiatric Hospital named after O.F. Maltsev" of the Poltava Regional Council, of Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil Regional Clinical Psychoneurological Hospital" of Ternopil Regional Council, of Center of Psychological Counseling of Ternopil National Medical University named after I.Ya. Gorbachevsky, Municipal Non-Profit Enterprise of Sumy Regional Council "Regional Clinical Medical Center of Socially Dangerous Diseases", of National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine, of Educational and scientific

medical complex “University Clinic”, of Municipal Non-profit Enterprise of Kharkiv Regional Council “Regional Clinical Hospital”.

The obtained scientific data are used in the educational process of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine.

Keywords: non-psychotic mental disorders, injuries, combat stress, pharmacotherapy, psychotherapy, rehabilitation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Терьошина І.Ф., *Платинюк О.Б.* Вираженість імунокомплексних реакцій при непсихотичних психічних розладах у учасників бойових дій. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 2 (87). С. 47-52. (авторкою самостійно особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)
2. *Платинюк О.Б.*, Коцій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94. (авторкою самостійно запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку)
3. *Платинюк О.Б.* Соколова І.М. Модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72. (авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)
4. *Платинюк О.Б.* Феноменологія непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 4 (89). С. 74-78.
5. *Platyniuk O.B.* Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. // Journal of Education, Health and Sport. 2020. Vol. 10 № 12. P. 359-364.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., *Платинюк О.Б.* Коморбідність психічних розладів, що виникають внаслідок бойової травми комбатантів. // Збірник тез доповідей науково практичної конференції за

участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», м. Харків, 7-9 жовтня 2015 р.: тези доповідей. – м. Харків.2015. С. 59-60. (авторкою особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження)

7. *Platyniuk O.* Clinical features of formation of PTSD in the combatants who were injured. // Abstract book 8th International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv. 14-15 May 2015: abstract book. – KhNMU. 2015. P. 201.

8. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., *Платинюк О.Б.* Диференціальна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів. // Український вісник психоневрології, 2015. Т. 23, № 3 (84). С. 132-133. (авторкою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)

9. Коростій В.І., *Платинюк О.Б.* Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорій населення, постраждалих внаслідок АТО. // Український вісник психоневрології, 2017. Т. 25, №1 (90). С. 127-128. (авторкою особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	7
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	12
ЗМІСТ	14
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	16
ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. Психолого-психіатричні та медико-соціальні наслідки перебування військовослужбовців в умовах бойових дій в реаліях українського сьогодення (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	25
1.1. Бойовий стрес та бойова психічна травма – актуальна проблема сьогодення	25
1.2. Непсихотичні психічні розлади в умовах війни	31
1.3. Сучасні аспекти терапії стрес асоційованих розладів та психосоціальної реабілітації комбатантів	35
Висновки до розділу 1	46
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	49
2.2. Дизайн дослідження	51
2.3. Методи дослідження	52
Висновки до розділу 2	59
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ	61
Висновки до розділу 3	73
РОЗДІЛ 4. МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ	75

ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ	
Висновки до розділу 4	83
РОЗДІЛ 5. МЕТОДОЛОГІЯ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ З КОМП'ЮТЕРНОЮ АДИКЦІЄЮ	86
Висновки до розділу 5	94
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСКОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ ТА МАЮТЬ НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	97
Висновки до розділу 6	103
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	105
ВИСНОВКИ	112
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	116
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	117
ДОДАТОК А	140
ДОДАТОК Б	143

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

БС	Бойовий стрес
БПТ	Бойова психічна травма
ГП	Група порівняння
ЗСУ	Збройні Сили України
КГ	Контрольна група
КС	Копінг стратегії
ОГ	Основна група
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
НППС	Непсихотичні психічні розлади
НПН	Нервово-психічна напруга
ПО	Психоосвіта
ПСР	Психосоціальна реабілітація
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СФ	Соціальне функціонування
ТР	Терапевтична група
ЯК	Якість життя
CAPS	Clinical administered PTSD
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження Бойовий стрес здійснює потужний психотравмуючий вплив на особистість військовослужбовців. Бойова психічна травма у більшості випадків призводить до формування непсихотичних психічних розладів серед яких домінують розлади адаптації та посттравматичний стресовий розладі. Особливістю бойового стресу є наявність загрози для життя комбатантів, що закономірно призводить до зриву адаптаційних можливостей, розвитку психогенних розладів, зніженню боєздатності [4, 14, 159].

За даними різних авторів, стресасоційованими розладами страждають від 12,5% до 44% комбатантів, які у віддаленому періоді бойової психічної травми призводять до посттравматичного розвитку особистості. Бойовий дистрес призводить до непсихотичних психічних розладів, які порушують нормативне виконання військових обов'язків, сприяють виникненню неспецифічних доклінічних психологічних проявів та психічних змін та розладів [93, 158].

Психічні травми, зумовлені сильним переживанням воїном стрес-факторів бойової обстановки, сприяють виникненню непсихотичних психічних розладів, які призводять до втрати боєздатності. Під час військової операції неможливо повністю уникнути бойових психічних травм, однак за допомогою психопрофілактичних заходів та завдяки виявленню маркерів клініко-психопатологічних характеристик військовослужбовців, при систематичному та своєчасному наданні їм психологічної допомоги можна зменшити психологічні втрати серед особистого складу ЗСУ [12, 228].

Отримання поранення поряд є фізичною травмою є і психічною травмою, яка призводить до психічних розладів. Поранення, отримані під час участі в бойових діях призводить до поєднання різних стресогенних чинників, що негативно впливають на психічне здоров'я комбатанта, який має поранення та викликає розвиток непсихотичних психічних розладів [10, 115, 160].

Аналіз сучасної наукової літератури, присвяченої дослідженню впливу екстремальних подій на особистість свідчить про наявність чинників надвисокого ризику розвитку стресосоційованих розладів. Систематизація цих факторів у комбатантів, які отримали поранення, будуть сприяти забезпеченню необхідного лікування та розробки патогенетично обґрунтованих психопрофілактичних заходів. [86, 225].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги» (№ держреєстрації 0118U000948), «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій» (№ державної реєстрації 0119U002902)

Об'єкт дослідження – непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення, критерії діагностики та принципи терапії

Мета – вивчити особливості формування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення та розробити модель їх комплексної терапії та реабілітації хворих.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити клінічну структуру непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення

2. Вивчити психологічні та клініко-психопатологічні особливості формування непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення як основу їх реабілітації.

3. Розробити персоніфіковану систему терапії непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення.

4. Розробити персоніфіковану систему реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади.

5. Вивчити особливості динаміки клінічної картини непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення під впливом розробленої системи терапії

6. Визначити динаміку наслідків бойового стресу та рівня соціальної адаптації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади під впливом комплексної системи реабілітації.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу вивчено особливості клініко-психопатологічної симптоматики непсихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів в залежності від важкості отриманого поранення.

Виділено депресивний, тривожний, дисфоричний, астеничний та психосоматичний варіанти психопатологічної симптоматики в клінічній картині непсихотичних психічних розладів.

Проаналізовано чинники ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, рівень тяжкості бойового досвіду, складові бойового стресу та рівень соціально-психологічної адаптації комбатантів, які отримали поранення

Розроблено модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення. Тригерами розвитку непсихотичних психічних розладів є факт поранення, тривалий вплив бойового стресу при недостатньому рівні спеціальної військової підготовки.

Прогностично значущими у формуванні непсихотичних психічних розладів є високий рівень впливу травматичної події; високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона; клінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою. Базисом для формування непсихотичних психічних розладів є стан клінічно виражених проявів ПТСР (за шкалою CAPS) та середньо-високий рівень вираженості тяжкості бойового досвіду.

Розроблено комплексну персоніфіковану систему терапії непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Встановлена висока результативність розробленої комплексної персоніфікованої системи терапії непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження інтенсивності клінічних проявів ПТСР відновлення соціальної активності та підвищення якості життя комбатантів за даними дворічного катамнестичного дослідження.

Практична значимість одержаних результатів Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги учасникам бойових дій, які отримали поранення.

Розроблена та апробована персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади, яка включає у себе: моніторинг психічного стану ветеранів; створення реадaptaційної атмосфери, посилену психологічну увагу, формування позитивної установки на майбутнє, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.

Впровадження розроблених програм персоніфікованої терапії неспсихотичних розладів та реабілітації її учасників бойових дій, які отримали поранення сприяє зниженню рівня негативних психо-соціальних наслідків бойових дій на сході України, досягненню швидкої редукції неспсихотичних психічних розладів, підвищенню стресостійкості та соціально-психологічної адаптації, покращенню якості життя та відновлення соціального функціонування військовослужбовців ЗСУ, які брали безпосередню участь у бойових діях в зоні АТО/ООС.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі військових медиків, психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги комбатантам, які отримали поранення, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи: Військово-медичного клінічного центру північного регіону МО України; Комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради; КНП ТОР «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня»; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»; Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка»; Комунальному некомерційному підприємстві Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня».

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною

науковою працею. Автором одноосібно обґрунтовано, розроблено та практично реалізовано план наукового дослідження, результати якого представлені у рукописі. В процесі інформаційно-патентного пошуку здобувачем самостійно проведено ґрунтовний аналіз сучасних джерел наукової інформації з обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження. Дисертанткою розроблено дизайн дослідження, підбрано психодіагностичний інструментарій, що відповідав критеріям надійності та валідності щодо обраних методик. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, створена комп'ютерна база одержаних даних, здійснені статистична обробка, системний аналіз і наукова інтерпретація результатів дисертаційного дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Авторкою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено персоніфіковану терапевтичну програму в комплексному лікуванні та реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади.

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за № 1 авторкою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал; у статті за № 2 авторкою запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у статті за № 3 авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних; у роботі за № 6 авторкою особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження; у роботі за № 8 авторкою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 9 авторкою особисто визначено завдання

дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); міжнародна науково-практична конференція «Війна в Україні: патоморфоз психічних та поведінкових розладів» (XXI Платоновські читання) (Дніпро, 5-6.04.2018); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання неврології, психіатрії, наркології та медичної психології» (Тернопіль, 19-20.10.2018); конгрес «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 1-2.11.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (Харків, 15-16.05.2019); II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика (нові погляди на ефективну медичну допомогу)» (Харків, 1.11.2019); I всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Вибрані питання медицини сектору державної безпеки та оборони» (в on-line режимі) (Київ, Харків, 19-20.11.2020); науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ, Харків, Дніпро, Полтава, Львів, Вінниця, Брандербург, Мюнхен, Дюссельдорф, Вашингтон, Лондон, 22-23.04.2021); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (в on-line режимі, 20-21.05.2021).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 9 наукових праць, у тому числі 5 статей, з них 4 – у фахових наукових виданнях України, що

індексуються у наукометричних базах даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar; 1 стаття у фаховому віданні країни Євросоюзу; 4 тези доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів.

Обсяг та структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 158 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 17 таблицями й 18 малюнками. Бібліографічний список містить 230 джерел, з них 30% – закордонних.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Бойова психічна травма – актуальна проблема сучасності

Найпотужнішим психосоціальним стресором є війна. Вона впливає на сучасне українське суспільство. Такий стресор істотно впливає на стан психічного і фізичного здоров'я всіх громадян нашої країни: бійців Національної гвардії та полонених, військово-службовців Збройних сил України, їх родичів, вимушених переселенців, які лишили місця свого постійного мешкання [2, 16, 30, 220].

Військові дії чинять значний вплив на особистість та призводять до виникнення посттравматичного стресового розладу, тривожно-депресивних та дезадаптивних станів виникаючих внаслідок бойової психічної травми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 16 % населення світу страждають від наслідків військових конфліктів та війни та близько 12 % мають травмованих війною членів родини. Бойова психічна травма стає безпосередньою причиною посттравматичних розладів у 80 % осіб, які пережили бойові дії, а у більш віддаленому проміжку часу часто спостерігаються: саморуйнівна поведінка, депресія, залежність від алкоголю, тривожні розлади та інші негативні наслідки [9, 22, 79, 113, 217].

Найпотужнішим наслідком бойових бій є бойова психічна травма, що має психотравмуючий вплив на комбатантів та є основною причиною виникнення стресасоційованих розладів. [120, 223].

За даними різних авторів, психічні травми, зумовлені сильним переживанням учасників бойових дій стрес-факторів бойової обстановки, призводять до формування стресасоційованих розладів та станів дезадаптації. Повністю уникнути бойових психічних травм під час військової операції неможливо, однак за допомогою психопрофілактичних заходів та завдяки

виявленню маркерів клініко-психопатологічних характеристик учасників бойових дій, при систематичному та своєчасному наданні їм психологічної допомоги можна зменшити психологічні втрати серед особистого складу ЗСУ [17, 53, 224].

Бойові дії, що продовжуються на сході України, стають причиною знаходження комбатантів у багатофакторному стресорному стані, який може стати причиною формування психічних змін та розладів. При цьому чим більше військовослужбовців відчувають інтенсивний вплив бойового стресу, тим значніші психологічні втрати виникають у підрозділах ЗСУ [49, 58, 210].

Бойовий стрес дуже часто призводить до розвитку розладів адаптації, які проявляються у значидля яких притоманні надмірні емоційні реакції, порушення когнітивної сфери, негативні особистості комбатантів, порушення їх соціальних зав'язків. Бойовий стрес призводить до розладів у афективній, когнітивній, особистістній та поведінковій сфері комбатантів, зніженню боєздатності та психосоціальної адаптації [23, 122].

Постстресові психічні розлади, що викликані військовим збройним конфліктом, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів, виникаючих на шляху ефективного виконання професійних обов'язків нашими комбатантами, а у майбутньому ці фактори впливають на адаптацію в умовах мирного життя, внаслідок нашарування на нього нових стресових чинників, які пов'язані з соціальною дезадаптацією військових [1, 26, 188].

Протягом останніх століть медична наука класифікувала наслідки психотравмуючого впливу бойових дій як «розлад зони бойових дій», «воєнний невроз», «бойова психічна травма», «бойовий шок», приділяючи особливу увагу то одним, то іншим, важливим, на думку тогочасної науки, етіологічним факторам [28, 54, 197].

Бойова психічна травма – це короткотривале патологічне порушення психічного стану особи, який зазвичай розвивається без наявності іншого психічного розладу, внаслідок дії психотравмуючої ситуації та частіше зникає протягом короткого проміжку часу (години або дні) [50, 55, 180].

Бойовий стрес – багатофакторний процес адаптації організму особи в обставинах екстремальної бойової ситуації, який проявляється перенапруженням механізмів реактивної ауторегуляції та появою специфічних пристосувальних психофізіологічних процесів. Бойовий стрес являє собою передпатологічний стан, який значно знижує функціональні можливості організму, значно підвищує ризик дезінтеграції психічної діяльності та необоротних соматовегетативних порушень [121, 192].

Під значенням «бойовий стрес» зазвичай розуміють специфічний варіант стресу, який відповідає всім закономірностям адаптаційного синдрому Г. Сельє і можна його назвати як стан психічного перенапруження комбатантів в процесі їх адаптації до умов професійної діяльності з опрацюванням ресурсного потенціалу. У середовищі військових бойовий стрес називається у переважній більшості ситуацій як дистрес [184, 227].

Бойовий стрес сприяє активації психологічних та тілесних ресурсів для забезпечення гарної роботи психіки в трьох середовищах: внутрішньому індивідуально-особистісному, соціальному зовнішньо-груповому та бойовому (діяльнісному) зовнішньому. Цей процес відбувається в ситуації тривалої, інтенсивної та потужної дії стресових факторів [187, 193].

Вплив на комбатантів інформаційного та емоційного компонентів психологічного впливу викликає адаптацію до нового (бойового) середовища (виснаження і резистентності). Встановлені високий, середній та низький рівні стресу, які відповідають травматичному, негативному та конструктивному впливу бойового стресу на комбатантів [24, 168].

У зв'язку з відсутністю наявності психодіагностичного інструментарію бойового стресу, зниженню можливостей його вивчення у військовослужбовців безпосередньо під час бойових дій, стан його вивчення вважаємо недостатнім до вимог сучасних можливостей і тому його необхідно цілеспрямованого змістовного досліджувати [23, 169].

Якщо казати про різні данні дослідниками щодо феномену бойового стресу, дуже важливим є той факт, що поза увагою лишається ресурсна база

особистості комбатантів, яка за відповідних ситуацій спроможна впливати на психологічний потенціал військових і здійснювати регуляторні функції. Ми вважаємо, що поняття «бойовий стрес» має інтегративну природу та є однією з його складових, також повинна бути ресурсний компонент [69, 75].

Результатом впливу бойового стресу є ураження психіки бійців, яка має форму бойової психічної травми. Вона є віртуально-операційною діагностичною категорією, що характеризує нову форму адаптованості бійця до вимог небезпечного середовища та пояснює причини розладів адаптації військовослужбовців. У загальному розумінні це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища [43, 56].

Ця травма займає значне місце у структурі бойового ураження психіки військовослужбовців: збільшує в 3-4 рази психічну захворюваність в армії та на 10-50% послаблює боєздатність військ, симптоматику бойових психічних травм різної складності виявляють приблизно у 40% поранених [45, 219].

Бойові психічні травми комбатантів можуть тривалий час їх переслідувати та є найважливішою перешкодою на шляху адаптації до військової служби у місцях постійної дислокації, а також мирного життя після звільнення з лав збройних сил. Ознаки бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових розладів можуть зберігатися упродовж тривалого часу [44, 191].

Під час проведення АТО на сході України чимала кількість військовослужбовців отримали бойові фізичні і психічні травми, перебуваючи на полі бою. У весь час перебування на території бойових дій психіка військових знаходиться на межі допустимих навантажень, її виснаження призводить до зниження ефективності діяльності в екстремальних умовах збройного протистояння, а обсяги наявності психічних розладів набувають гігантських масштабів [33, 70].

Прояви у службовців Збройних сил України негативних психічних станів, хронічних психопатологічних змін особистості, ПТСР, соціальної дезадаптації, розладів фізичного та психічного здоров'я, асоціальної поведінки в силу їх соціально-економічних наслідків для країни вимагають невідкладного введення і

активного застосування ефективних реабілітаційних, профілактичних та прогностичних заходів [100, 111].

Відомо, що у військовослужбовців та ветеранів бойових дій ПТСР може розвиватися як наслідок індивідуального травматичного досвіду або участь в таких травматичних подіях, як бій, артилерійський обстріл, авіаудар, стихійне лихо чи не пов'язаний з бойовими операціями напад особисто на них самих, при чому ПТСР найбільш часто вивчається у зв'язку з безпосередньо бойовою травмою [116, 136].

Одними з етіологічних чинників розвитку ПТСР у військовослужбовців є фактори бойового стресу (фактори бойової обстановки): малопрогнозована, безпосередня загроза життю й благополуччю; психічні та фізичні навантаження, що значно перевершують рівень повсякденних; сомато- і психогенні впливи поранень і травм; виражені емоційні переживання загибелі людей [128, 156].

У військовослужбовців, які пережили найбільш інтенсивний бойовий стрес, відзначалися більш виражені клінічні прояви ПТСР і виражене зниження рівня соціально-психологічної адаптації, як в професійному, так і в міжособистісному плані. У цього контингенту хворих тривалий час зберігалися субклінічні прояви хронічного ПТСР, які позначилися на зниженні їх соціально-професійного статусу через роки після пережитого «бойового» стресу [149, 175].

Серед факторів, які впливають на ризик виникнення постстресових розладів у військовослужбовців в науковій літературі в першу чергу розглядаються інтенсивність та тривалість бойового зіткнення [131]. Фактори ризику також включають в себе окремі особистісні особливості, попередній бойовий досвід та широкий спектр соціокультурних, ситуаційних і гендерних факторів. Також увага приділяється вивченню расової, соціальної належності військовослужбовців, попереднім відхиленням в поведінковій сфері, розладам особистості та іншим коморбідним розладам, нещасним випадкам у дитинстві, обтяженості психіатричного сімейного анамнезу, рівню психологічного і фізичного здоров'я перед участю у бойових діях [133, 142].

Специфічною особливістю воєних і збройних конфліктів нашого часу є наявність прояв у більшості учасників, які опинилися в зоні бойових дій, проявів специфічних симптомів, які пов'язані з комплексним впливом на них фізичних, психологічних, інформаційних та інших факторів збройних конфліктів та супутніми ними когнітивними діями. За даними ВООЗ, 12,5 % та 16,2 % (з 10% громадян 21 країни світу) мають травмованих близьких або прояви впливу війни відповідно [150, 157].

Бойова психічна травма у комбатантів зумовлює стани психічної дезадаптації – у 80 % випадків, а серед осіб з пораненнями психічні розлади становлять приблизно 50 % [155].

Специфічні умови військової служби, яка проходить під впливом стресу, постійно супроводжується реальною загрозою для життя та здоров'я й високим рівнем психічного напруження, приводять до виснаження адаптаційних процесів, стають однією із причин розвитку психічної патології у військовослужбовців – від невротичних проявів до розладів психотичного регістру [151, 154].

Бойові дії, що тривають на сході нашої країни, є причиною перебування комбатантів у багатофакторному стресорному середовищі, який викликає розвиток непсихотичних психічних розладів. Існує прямий зв'язок із кількістю бійців, які відчувають інтенсивні форми бойового стресу та кількістю психологічних втрат у військових підрозділах. Очевидно, якщо військовослужбовець пережив більш інтенсивний бойовий стрес, у нього вищою є ймовірність виникнення негативних психологічних наслідків. Серед різних проявів таких наслідків, що значно ускладнюють післявоєнну адаптацію комбатантів, найнебезпечнішим є травмуючий вплив на психіку бойового стресу великої інтенсивності [164, 177, 221].

1.2. Непсихотичні психічні розлади в умовах війни

За даними різних авторів, психічні травми, зумовлені сильним переживанням учасників бойових дій стрес-факторів бойової обстановки, призводять до формування стресасоційованих розладів та станів дезадаптації. Повністю уникнути бойових психічних травм під час військової операції неможливо, однак за допомогою психопрфілактичних заходів та завдяки виявленню маркерів клініко-психопатологічних характеристик учасників бойових дій, при систематичному та своєчасному наданні їм психологічної допомоги можна зменшити психологічні втрати серед особистого складу ЗСУ [3, 27, 144].

Тривалі бойові дії, що продовжуються на сході України, є причиною знаходження комбатантів у багатофакторному стресорному стані, крайніми проявами якого є психічні порушення та розлади. Важливо зауважити, що чим сильніше комбатанти відчують інтенсивні варіанти бойового стресу, тим значніші психологічні втрати виникають у підрозділах ЗСУ [6, 31, 94].

Постстресові психічні розлади, що викликані військовим збройним конфліктом, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів виникаючих на шляху ефективного виконання професійних обов'язків нашими комбатантами, а у майбутньому ці фактори впливають на адаптацію в умовах мирного життя, внаслідок нашарування на нього нових стресових чинників, які пов'язані з соціальною дезадаптацією військових [145, 199, 222].

За даними різних авторів, психічні травми, зумовлені сильним переживанням учасників бойових дій стрес-факторів бойової обстановки, призводять до формування стресасоційованих розладів та станів дезадаптації [209, 212]. Повністю уникнути бойових психічних травм під час військової операції неможливо, однак за допомогою психопрфілактичних заходів та завдяки виявленню маркерів клініко-психопатологічних характеристик учасників бойових дій, при систематичному та своєчасному наданні їм

психологічної допомоги можна зменшити психологічні втрати серед особистого складу ЗСУ [7, 11].

Великий пласт інформації складають результати досліджень північноамериканських авторів, які останнім часом активно вивчають психотравмуючі наслідки участі військовослужбовців армії США в Іраку та Афганістані, в яких зокрема розглядаються питання коморбідної патології, такої як органічне ураження головного мозку вибуховою хвилею і самогубства серед комбатантів, тим більше, що саме поєднання легкої черепно-мозкової травми з ПТСР виступає в якості фактору ризику суїцидальної поведінки [218, 229, 230].

В роботах, присвячених ПТСР, також велика увага приділяється і таким коморбідним розладам, як депресивні і тривожні розлади, розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин, які у 20 % – 39 % супроводжують ПТСР [201, 202, 215].

Посттравматичний стресовий розлад – це специфічний психічний розлад, який виникає після непрямого або прямого впливу надсильної травматичної (стресової) події або декількох таких ситуацій [20].

Симптоми ПТСР включають в себе: негативні зміни у відчуттях та настрої нав'язливі спогади, що завжди пов'язані з травматичним досвідом, також виникають страждання у відповідь на пов'язані з травмою прояви та уникнення цих проявів (думок, відчуттів і т.п.). Можуть бути згруповані у чотири кластери симптомів: вторгнення, уникнення, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні та реактивності [21, 32].

Відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, діагноз ПТСР встановлюється при: наявності впливу катастрофічної ситуації, здатної викликати дистрес у будь-якої людини; переживанні хворим стресової ситуації в «ремінісценціях», яскравих спогадах, що повторюються у сновидіннях або при відчутті ним дистресу в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння; уникненні постраждалим обставин, що нагадують про пережиту надзвичайну ситуацію; нездатності хворого згадати деякі важливі моменти пережитого надзвичайної події і (або) присутності у нього двох наступних симптомів:

труднощі з засинанням або підтриманням сну; дратівливість або вибухи гніву; утруднена концентрація уваги; підвищення рівня неспання; патологічно посилена реакція переляку; виникненні проявів розладу не пізніше ніж через 6 міс. після стресової події [36, 52, 141].

Разом з тим, окрім специфічних класифікаційних кластерів постстресової психічної патології, як гостра реакція на стрес та ПТСР, які включені і в МКХ-10, і в DSM-5, в науковій літературі, яка присвячена вивченню наслідків дії бойової травми на психічний стан особистості, часто використовуються такі поняття, як «частковий ПТСР» («partial PTSD»), а також «складний ПТСР» або «комплексний ПТСР» («complex PTSD») [35, 38, 178].

Термін «частковий ПТСР» (іноді: пресиндромальний ПТСР – «subsyndromal PTSD», підпороговий ПТСР – «subthreshold PTSD» або субклінічний ПТСР – «subclinical PTSD») використовується клініцистами для класифікації стану пацієнтів, у яких мають місце клінічно значущі прояви посттравматичної стресової реакції на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони в повній мірі не відповідають діагностичним критеріям ПТСР [39, 171].

Крім ПТСР існує ще одна нозологічна одиниця, яка пов'язана суто з екстремальними психотравмуючими факторами – це гостра реакція на стрес. Американська військова психіатрія з 1999 року для комбатантів використовує діагноз «Бойова та оперативна стресова реакція» («Combat and operational stress reaction» – COSR), яка в реальності є військовим аналогом гострої реакції на стрес та показує нормальну перехідну гостру реакцію на бойовий вплив в умовах військового конфлікту [183, 196].

Сучасні епідеміологічні дослідження показали, що у військовослужбовців, які беруть участь у військовому конфлікті в східному регіоні України, відзначаються різні особистісні особливості, а у 30-40 % військовослужбовців патопсихологічні розлади трансформуються в психічну патологію, переважно стресогенного генезу [60, 90, 108].

Найбільш часто діагностують гострі реакції на стрес астено-депресивного, астено-іпохондричного і астено-невротичного кола (36,6-59,2 %), ПТСР (13,3-

30,6 %), розлади адаптації (25,0-29,7 %), органічні афективні і тривожні розлади (1,6 %), психотичні (1,4 %) і соматоформні (2,5 %) розлади. [37, 64, 66].

Ймовірність виникнення непсихотичних психічних розладів корелює із специфікою поранення, ступенем його важкості, рівнем ефективності терапевтичних заходів, а також залежить від таких особливостей як вік, спадковість, конституція, преморбідний склад особистості, іноді від статі, реактивності організму, наявності попередніх соматичних та неврологічних захворювань [71, 82, 92].

Розлади адаптації та ПТСР проявляються переважно емоційними проявами, які розпочинаються внаслідок різних психотравмуючого впливів та являються варіантом пристосувальних та захисних особистісних реакцій в ситуації стресу [76, 84].

Розлади адаптації – емоційні порушення, які, асто знижують продуктивності та погіршують соціальне функціонування. Зазвичай виникають в період адаптації до координальних зміни в житті особистості або значній стресовій ситуації [68, 143].

Розлади адаптації – стани суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, які зазвичай впливають на соціальне функціонування та продуктивність. Такі розлади проявляються в період адаптації до критичних зміни в житті або стресової життєвої події (до них також відносять можливість або наявність серйозної соматичної патології). Стресорний фактор може впливати на інтегральність соціального ареалу пацієнта (переживання розлуки, втрата близьких), більш широку систему соціальних цінностей або соціальної підтримки (стан біженця, міграція). Стресовий фактор може зачіпати індивідуума або також його мікросоціальне оточення. Починається зазвичай на протязі місяця після змін у житті або стресової події, а триває симптоматика зазвичай не більше аніж пів року [101, 174].

Клінічно посттравматичні стресові розлади характеризуються: нав'язливими спогадами, повторними кошмарними сновидіннями про пережиті

екстремальні ситуації у поєднанні з бажанням уникати всього, що пов'язано з травматичною подією (речі, люди, розмови і т.п.) [176, 200].

Деякі особи розповідають про нездатність пригадати взагалі події за своїм бажанням (незважаючи на наявність яскравих нав'язливих спогадів у інший час), про відчуття відчуженості, нечутливості, а також про значне зниження інтересу до звичайної повсякденної діяльності. З цими симптомами та проявами нерідко зустрічаються суїцидальні думки, сексуальні розлади, можуть виникати та розвиватися адактивні розлади (хімічні та нехімічні) [83, 89, 98, 134].

Разом із клінічними проявами існують «теми» розмов, що повторюються у більшості пацієнтів з ПТСР: сором за свою мниму безпорадність; постійні переживання та страх, що травмуюча подія може повторитися у сновидіннях та в дійсності; ідентифікація себе з потерпілими або взагалі з загиблими. До розповсюджених симптомів ПТСР відносяться також кошмарні сновидіння, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію, порушення сну у вигляді поверхневого нічного сну [194, 205, 211].

1.3 Сучасні аспекти терапії стрес асоційованих розладів та психосоціальної реабілітації комбатантів

Відповідно до Постанови Кабінету міністрів України № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони» головною метою психологічної реабілітації ветеранів є: збереження та відновлення психічного та фізичного здоров'я комбатантів, зниження наслідків перенесених бойових психічних травм, досягнення соціально-психологічного благополуччя, запобігання інвалідності, а також профілактика саморуйнівної та агресивної поведінки [18, 117, 124].

На сьогодні вітчизняну нормативну базу щодо медико-психологічної реабілітації становлять такі документи: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо

медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» [80, 123, 203].

Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1057 «Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції», наказ Міністерства соціальної політики України від 01.06.2018 № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» [118, 126].

Щодо військовослужбовців ЗСУ, то питання медико-психологічної реабілітації в нормовані такими документами, як наказ Міністерства оборони (МО) України від 09.12.2015. № 702 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)», наказ МО України від 04.14.2016 № 591 «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у ЗСУ» [125, 127].

Детально протоколи та клінічні маршрути медико-психологічної реабілітації у закладах МО України прописано у Клінічних рекомендаціях щодо застосування медико-психологічної реабілітації та методів психодіагностики у шпиталях та санаторно-курортних закладах МО України (наказ директора Військово-медичного департаменту МО України від 05.06.2017 № 10) та Вказівках щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ в період відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) та в зоні застосування військ (сил), які введені у дію розпорядженням начальника Генерального штабу – Головнокомандувача ЗСУ від 02.04.2018 № 959/НВГШ з доведенням до командирів підпорядкованих військових частин Головного військово-медичного управління (ГВМУ) для практичного використання у повсякденній діяльності (розпорядження ГВМУ від 12.04.2018 № 510/2/2376) [109, 119].

До особливостей надання медичної допомоги особам, які постраждали внаслідок бойових дій, слід віднести: особливий ментальний статус комбатантів та ВПО, що вимагає особливого відношення; наявність сполученої патології різних систем організму, це вимагає мультідисциплінарного підходу до надання медичної допомоги [5, 29, 161].

Ефективна допомога постраждалим зі стресасоційованими розладами вимагає координованих дій лікарів загальної практики, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів, клінічних психологів, які представляють Міністерство охорони здоров'я, з відповідними фахівцями Міністерства соціальної політики, Міністерства оборони, Міністерства надзвичайних ситуацій та волонтерських організацій [25, 105, 106, 110].

Прояви бойової психічної травми або негативних психічних станів, у формі ГРС, ПТСР, асоціальної поведінки, в силу їх соціально-економічних наслідків для країни, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, розладів фізичного і психічного здоров'я, вимагають активного використання та невідкладного запровадження дієвих реабілітаційних, профілактичних та прогностичних заходів [13, 15, 162].

Сьогодні основна увага приділяється психологічній підтримці особам постраждалим внаслідок бойових дій у межах екстреної психологічної допомоги (кризового втручання), психодіагностики, психологічного консультування, проведення «психологічного дебрифінгу» [8, 19]. Нажаль, подібних заходів явно недостатньо, для того, щоб подолати складну проблему стресасоційованих розладів, оскільки в патогенезі психогенних травм значною є проблема перенавантаження та перебудови нейрогуморальних механізмів забезпечення адаптації із змінами біохімічного складу речовин головного мозку. В першу чергу змінюються нейропептиди та релізінг-фактори, а також відбувається формування стійких патологічних змін у структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму [42, 61, 81].

В наш час існує гостра необхідність впроваджувати та активно використовувати ефективні профілактичні та реабілітаційні заходи, з метою

попередження змін у психічному здоров'ї осіб постраждалих внаслідок бойових дій та відновлення їх соціально-професійного статусу [67, 78, 112].

Зважаючи на те, що нормальне психічне функціонування, а також особистісні особливості реагування на стресові події забезпечується цілим комплексом індивідуально-психологічних показників, слід враховувати індивідуальну психологічну, біологічну та особистісну уразливість комбатанта до різних патологічних реакцій на вплив стресових факторів бойової діяльності ще на етапі проведення заходів професійного-військового психологічного/психічно відбору [40, 59, 114, 163].

Виділяють сім основних моделей психосоціальної реабілітації, які зазвичай розглядаються при плануванні лікування людей з серйозними психічними розладами, включаючи і ПТСР: здоров'я пацієнта і психологічне просвітництво; розвиток навичок самостійного життя та незалежності; забезпечення сприятливих житлових умов; розвиток навичок сімейних взаємин; розвиток соціальних навичок; професійна реабілітація; створення індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально-психологічної та психіатричної допомоги [34, 41, 57].

Значна кількість науковців та лікарів погоджуються з тим, що процес успішного подолання нав'язливих переживань травми, проходить ряд послідовних стадій, таких, як:

1. Стабілізація, яка складається з двох аспектів: інформування та ідентифікації пережитих почуттів через вербалізацію соматичних стану.
2. Розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травмуючими спогадами та виникаючими реакціями.
3. Переоцінка травматичного досвіду – виробка конструктивних форм реагування.
4. Відновлення існуючих надійних соціальних зв'язків та поліпшення навичок міжособистісного спілкування та взаємодії.
5. Накопичення емоційних переживань, що дозволяють отримати відновлювальний ефект.

Ці стадії не є взаємовиключними, і поліпшення стану пацієнта не обов'язково залежить від того, на якій з них він знаходиться [47, 63, 107].

Аналіз показує, що застосування методів психосоціальної реабілітації найбільш доцільно на завершальних фазах лікування, коли клієнт зацікавлений у відновленні ефективних соціальних взаємин і розвитку позитивних емоційних переживань, що компенсують травму і її наслідки. Однак в недавніх дослідженнях було показано, що пацієнтам не обов'язково проходити будь-яку або всі стадії реабілітації, а особливо стадію «розриву умовно-рефлекторних зв'язків між травмуючими спогадами і реакціями» [46, 103].

Одним з найважливіших превентивних заходів медико-психологічної реабілітації є проведення психофізіологічної та психологічної діагностики військовослужбовців [48, 62]. Діагностика дозволяє оцінити мотивацію до діяльності у складі бойових контингентів, рівень розвитку професійно важливих якостей, а також оцінити індивідуальні резерви адаптації. Все це дає змогу визначити придатність до виконання завдань за призначенням або необхідності у реабілітації, лікуванні та психопрофілактики на всіх етапах служби комбатантів [74, 152, 198].

Така діагностика дозволяє виявити на ранніх етапах військовослужбовців зі зниженим адаптаційним потенціалом і значною вірогідністю ранніх та важких симптомів бойової психічної травми та її наслідків в майбутньому, а також дозволяє створювати індивідуальну тактику та способи профілактики і відновлення кожного обстеженого комбатанта, оскільки відомо, що важкість проявів бойової психічної травми обумовлена психофізіологічними особливостями особистості [73, 195].

Техніки психосоціальної реабілітації можуть використовуватися як доповнення до інших форм лікування або незалежно від них. У міру того як пацієнт зі стресасоційованим розладом переходить з однієї стадії відновлення на іншу, застосовуються різні техніки в залежності від його «внутрішньої готовності» і рівня інтенсивності використовуваних методів психосоціальної

реабілітації. Вибір даних технік традиційно безпосередньо пов'язують з тим, на якій стадії відновлення знаходиться пацієнт [87, 185, 226].

До головних напрямів психофізіологічного та психологічного супроводу військово-професійної діяльності належать: оцінка поточного функціонального стану та психофізіологічний контроль військовослужбовця; функціональна реабілітація, психопрофілактичні та психокорекційні заходи; тренування і вдосконалення важливих якостей кожної особистості для професії [85, 99, 153].

Існує чотири види напрямків і методів, які ефективно використовувалися і використовуються для корекції стресасоційованих розладів у осіб постраждалих внаслідок бойових дій:

1. Освітній напрям. Цей напрямок включає в себе інформування осіб постраждалих внаслідок бойових дій, обговорення статей та книг, знайомство з основними постулатами психології та фізіології. Прикладом можна навести: просте знайомство з діагностичною симптоматикою ПТСР, яка допомагає хворим усвідомити те, що їх труднощі та переживання не єдині. Вони притаманні та «нормальні» всім в даній ситуації. Все це дає їм змогу здійснювати контроль за своїм психологічним, психічним та фізичним станом, можливість обирати методи та засоби, завдяки яким можна прийти до одужання [95, 104].

2. Холістичний напрям. Він відноситься до методів, що розташовуються в області цілісного ставлення до здоров'я особистості. Доведено, що правильне харчування, фізична активність, розвинене почуття гумору та духовність роблять значний внесок в прискорення одужання людини. Фахівець, який звертає увагу своїх хворих на ці сторони існування особи, часто виявляє та спонукає до активації здатності до відновлення людини, котрі до лікування були приховані навіть від самого пацієнта. Взагалі, здоровий спосіб життя з правильним харчуванням, достатньою фізичною активністю, униканням вживання збуджуючих поживних речовин (наприклад, кофеїну), відмовою від наркотиків, відсутністю зловживання алкоголем та позитивний настрій формує

основу для можливостей до відновлення після пережитих важких травматичних подій, а також сприяє довгому, активному і щасливому життю [65, 189].

3. Соціальний напрям. Група методів, які направлені на збільшення та формування соціальної інтеграції, а також соціальної підтримки. Сюди також можна включають розвиток самопомоги, а також відкриття громадських організацій, які надають підтримку особам постраждалим внаслідок бойових дій. Для цього напрямку також значною є точна оцінка соціальних навичок, зменшення ірраціональних страхів, тренування соціальних навичок, допомога в навичках стресостійкості та комунікації. До цієї категорії можна відносити форми організації соціальної роботи, які спрямовані на допомогу процесу одужання [98, 172].

4. Терапевтичний напрямок (фармакотерапія, психотерапія). Цей напрямок включає: психотерапію, яка спрямована на роботу з горем, опрацювання травматичного досвіду. Окремо треба виділити розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів, які неможна подолати психотерапією [102, 214].

Всі профілактичні заходи можна розділити на три типи: первинна, вторинна і третинна профілактика.

Первинна (соціальна) профілактика направлена на розвиток та збереження умов, які сприяють здоров'ю, зберігають життя, та попереджують несприятливий вплив на особу факторів природного та соціального середовища. Первинна профілактика за своєю суттю є масовою та спирається на комплексний системний вивченні вплив факторів та умов мікросоціуму. До заходів первинної профілактики належать також засоби захисту, які можуть вплинути або стоять на шляху несприятливого впливу факторів зовнішнього середовища, або ці фактори впливають на підвищення стійкості людини до несприятливих зовнішніх чинників [97, 213].

Вторинна профілактика спрямована на ранню діагностику негативних змін в поведінці людини, що дає можливість також попередити її подальший розвиток. Вторинна (рання) профілактика, основана на результатах масової

діагностики різних показників життєдіяльності осіб постраждалих внаслідок бойового стресу. Та вона є індивідуальною в питанні корекції систем життєзабезпечення організму та життєдіяльності особи [129, 147].

Третинна (цілеспрямована) профілактика включає цілу сукупність заходів, які спрямовані на попередження переходу змін у поведінці в більш важку стадію. Третинна профілактика містить заходи з виявлення і усунення конкретних недоліків, є індивідуальною [146].

На сьогоднішній день не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики наслідків бойового стресу. Всі профілактичні програми мають проводитися з урахуванням основних умов та факторів формування стресасоційованих розладів: особливостей самої травматичної події, анамнестичних даних, соціально-економічних і соціально-демографічних характеристик, наявності негативних професійних впливів, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних особливостей осіб [130].

Ідентифікація стресових факторів вважають актуальною при вирішенні питань організації психосоціальної, медичної та інших видів допомоги особам, що постраждали внаслідок бойових дій. Виділення «пускових» – найбільш патогенних чинників, які з великою ймовірністю здатні викликати психічні розлади, в тому числі – ПТСР, визначає групу цих стрес-факторів, які необхідно зменшити або подолати в першу чергу [132, 181].

Реабілітація осіб постраждалих внаслідок бойових дій, повинна носити комплексний характер, базуватися на комплексному підході і включати в себе соціальні, психологічні та медичні заходи [137].

Ключовими питаннями терапії непсихотичних психічних розладів внаслідок бойового стресу є поєднання психотерапевтичних, психоосвітніх та фармакотерапевтичних методів. Аналіз сучасної наукової літератури демонструє, що, першочергово, переваги надаються психотерапевтичним інтервенціям [135, 170].

Фармакологічна терапія застосовується при наявності тяжкого перебігу психічного розлади, стійкої коморбідної патології або рекомендована лише у

випадках недостатньої ефективності психотерапевтичних методів. На сьогоднішній день, з позицій доказової медицини в фармакотерапії постстресових розладів одногласно клініцисти надають перевагу антидепресантам групи: селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та серотоніну і норадреналіну [204, 216].

В сучасній психіатрії є великий арсенал препаратів, але все триває пошук нових та нових засобів фармакологічної групи антидепресантів, яку використовують для лікування стресасоційованих розладів. Така необхідність пов'язана з надіями на велику оптимізацію психофармакотерапії: поліпшення його переносимості, підвищення ефективності лікування, розширення можливості більш диференційованого призначення препаратів цієї групи [140, 208].

До основних етапів психофармакотерапії слід віднести:

1. Визначення алгоритму лікування: підбір антидепресанту з урахуванням основних симптомів для кожного пацієнта, визначення адекватної дози препарату та індивідуальної схеми прийому препарату.

2. Проведення основного курсу терапії, який направлений на зменшення симптомів до їх зникнення, відновлення минулого, властивого саме цьому пацієнтові рівня психічної та фізичної активності.

3. Виконання підтримуючого курсу фармакотерапії на протязі 4-6 та більше місяців після загальної нормалізації стану. Цей етап спрямований за-для профілактики загострення розладу [54, 55].

Психотерапію не можна вважати альтернативою. Це дуже важливе доповнення до фармакологічного лікування групи непсихотичних психічних розладів. На відміну від фармакотерапії психотерапія відіграє більш активну роль пацієнтові в процесі комплексного лікування. Психотерапію можна назвати рятувним компонентом для пацієнта, вона надає можливість розвивати навички емоційної саморегуляції, та в майбутньому більш ефективно справлятися з кризовими станами, не повертаючись до депресії [166, 182].

Психотерапевтичні методи лікування потребують від клініцистів досить великого професіоналізму, досвіду та відповідної спеціалізації. Науково доведеним та обґрунтованими методом психотерапевтичного лікування наслідків бойового стресу є травмофокусована, когнітивно-біхевіоральна терапія та десенсибілізація і перероблення травми рухами очей [165].

Травмофокусована когнітивна поведінкова терапія включає в себе: психоосвіту з питань реагування на травматичні події, стратегії управління поведінкою; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; роботу над емоціями, роботу з травматичними спогадами, які пов'язані з бойовим дистресом; зміну поведінки уникнення на адаптивний копінг; формування умов для відновлення адаптації. Десенсибілізація і корекція переробки інформації за допомогою руху очей спрямована на виявлення і терапію важких спогадів за допомогою візуальних зображень; формування позитивного мислення [179].

Когнітивна психотерапія дозволяє поєднати роботу з актуальними життєвими труднощами та поведінковими патернами постстресових розладів та роботу з їх внутрішніми психологічними джерелами (глибинними переконаннями та уявленнями). В якості основного психологічного механізму непсихотичних психічних розладів в когнітивній психотерапії розглядається так зване негативне мислення, яке виражається в схильності хворих визначати все, що відбувається з ними в поганому ключі. Робота над таким способом мислення вимагає значної індивідуальної роботи, вона спрямована на розвиток більш оптимістичного та реалістичного погляду на себе, на соціум та на майбутнє [167].

Одним з основних методів роботи, який представляє собою реабілітацію осіб постраждалих внаслідок бойового стресу є психологічний дебрифінг. Дебрифінг проводиться індивідуально або з групами людей, які зазнали стресової або трагічної події. Бажано, при цьому, щоб люди, які беруть участь в даному процесі (дебрифінгу), пережили одну і ту ж ситуацію. Метою дебрифінгу є мінімізація небажаних психологічних наслідків, а також попередження розвитку ПТСР [173].

Проводиться дебрифінг, як правило, «по гарячих слідах» конкретної події, тобто відразу після закінчення впливу стресора, в формі групової дискусії під керівництвом підготовленого професіонала. Поставлена мета досягається шляхом: опрацювання вражень і емоцій всіх учасників; зменшення тривоги і напруженості кожного, за рахунок промовляння власних почуттів; формування згуртованості групи, виробка навичок конструктивного самосприйняття і використання різних стратегій психологічної допомоги [138].

Відносно новий підхід для реабілітації після ТБІ, що ґрунтується на сімейних та інституційних взаємодіях, пов'язаних із неврологічними проявами. Метою цієї терапії є сприяння спільному відновленню за участю терапевта, пацієнта, сім'ї та команди з догляду. У цій галузі є 17 статей, але доказового рівня досягають тільки дві з них (2 і 10 балів) [186].

Мета аналіз ефективності окремих інтервенцій вказує на найбільшу кількість доказових публікацій щодо КПТ програм, є помірні або слабкі докази ефективності психоосвіти як окремої інтервенції [206].

Подібними є результати і інших метааналізів. Дослідження високої якості показали, що індивідуальні та/або спеціально створені програми КПТ були особливо ефективні для зменшення тривоги у пацієнтів. В інших високоякісних дослідженнях поведінкові методи управління були успішними у зменшенні агресії чи збудження після ТБІ. Сеанси менеджменту гніву були ефективними для зменшення агресивності. Ефективно спрацьовували консультування, психоедукація, поведінкова активація [190, 207].

Окреме питання стоїть щодо ефективності групових втручань. Більшість із них спрямовані на специфічні порушення або функції (наприклад, тренування пам'яті) групи, навички подолання труднощів, рідше емоційні проблеми. Основна частина досліджень у цій сфері орієнтована на реабілітаційних амбулаторних пацієнтів, проте групові втручання традиційно також використовуються в умовах стаціонарної реабілітації. Немає переконливих доказів позитивного впливу групового процесу на ефективність реабілітації. А

аналіз сприйняття груп вказує на певні складнощі в реалізації цього формату [77, 139].

Як видно із результатів огляду найбільш поширеним і найбільш дослідженим психологічним напрямом реабілітації є когнітивно-поведінкова терапія чи її елементи [51].

Додатковими формами психотерапії постресових розладів є сімейна психотерапія, психоосвіта та групова терапія. Залучення цих видів допомоги може надати значний вплив для реабілітації та лікування [91, 148].

Медико-психологічна реабілітація спрямована на функціональне відновлення індивіда в цілому, саме тому терапія неспсихотичних психічних розладів внаслідок бойових дій не обмежується вищезазначеними методиками, використовується методики, що доводять свою ефективність та доцільність. Використовується арт-терапія, гіпносугнестивні методики, психодинамічна терапія [88, 103].

Висновки до розділу 1

Постстресові психічні розлади, що викликані військовими діями на сході України, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів у час адаптації до умов мирного життя через те, що у пацієнтів наявна соціальна дезадаптація до неї додається субстрат нових стресів у мирному житті. Тому питання виявлення, а також аналіз психометричних показників стрессоасоційованих розладів у осіб які пережили бойові дії і розроблення ефективних стратегій їх ранньої діагностики та профілактики є актуальними питаннями сьогодення

Світовий сучасний досвід збройної боротьби, а також вибір європейського вектору розвитку вказують на існування та зростання цінності життя людей, їхнього здоров'я та вимагає від посадових осіб всіх рівнів (як військового, так і цивільного фаху) відповідальних управлінських рішень, людяності та максимально можливого збереження життя та здоров'я воїнів. Відповідно цього вектору значно підвищується роль проведення психопрофілактичної

роботи зі всіма категоріями військовослужбовців щодо навчання управління бойовим стресом, здійснення психодіагностики, надання воїнам з бойовими психічними травмами своєчасної психологічної допомоги, проведення заходів психологічної реабілітації, роботи з посттравматичними стресовими розладами, особистісного зростання та ін. Особлива увага повинна приділятися пораненим військовослужбовцям.

Психічні травми, зумовлені сильним переживанням воїном стрес-факторів бойової обстановки, які призводять до формування непсихотичних психічних розладів внаслідок яких виникає втрата боєздатності. Повністю уникнути бойових психічних травм під час військової операції неможливо, однак за допомогою психопрофілактичних заходів та завдяки виявленню маркерів клініко-психопатологічних характеристик військовослужбовців, при систематичному та своєчасному наданні їм психологічної допомоги можна зменшити психологічні втрати серед особистого складу ЗСУ

Психічні розлади пов'язані зі стресом, що виникають на тлі військових конфліктів, є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху ефективного виконання професійних обов'язків та боєздатності комбатантів, а у майбутньому – до адаптації в умовах мирного життя через нашарування на ці симптоми нових стресів, що пов'язаних з новою роллю та соціальною дезадаптацією до мирного життя. Тому питання виявлення та аналіз психометричних маркерів посттравматичного стресового розладу у комбатантів і розроблення ефективних стратегій їх ранньої діагностики та профілактики є актуальними питаннями сьогодення.

Аналіз сучасної наукової літератури, яка присвячена дослідженню впливу надпорогових психотравмуючих факторів на психічний стан особи виявляє наступне: далеко не у всіх, хто зазнав травматичного досвіду, розвиваються досліджувані нами постстресові психічні розлади. Це говорить нам про те, що є специфічні позастресові фактори, що визначають підвищений ризик розвитку непсихотичних психічних розладів. Якщо розуміти та знижувати такі фактори ризику, зокрема у учасників бойових дій які отримали поранення, то можна

розробити специфічні психопрофілактичні заходи та забезпечити необхідне лікування, а це в свою чергу повинно допомогти клініцистам ефективно працювати з цим контингентом.

Наявність поранення поряд з фізичною вадю є дистресом та психотравматичною подією, яка в свою чергу може вплинути на розвиток розладів психіки та поведінки. Поранення під час участі у бойових діях може викликати до поєднання важких стресогенних чинників, що негативно впливаючих на психічне здоров'я пораненого комбатанта та викликає розвиток непсихотичних психічних розладів.

Непсихотичні психічні розлади як наслідки бойового стресу поширені серед багатьох військовослужбовців та значно погіршує боєздатність комбатантів та вимагає застосування комплексу медико-психологічних, психіатричних та психотерапевтичних заходів.

Сучасні уявлення щодо усунення наслідків бойового стресу передбачають застосування комплексного підходу спрямованого на відновлення психосоціального благополуччя осіб, які постраждали від бойових дій. При цьому лише застосування системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку непсихотичних психічних розладів, відповідає вимогам сучасних реабілітаційних заходів.

Проведений аналіз літературних даних свідчить про актуальність, соціальної і звичайно, медичної значущості проведення досліджень спрямованих на вирішення поставленої мети дисертаційного дослідження вивчити особливості формування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення та розробити модель їх комплексної терапії та реабілітації хворих.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено комплексне обстеження 145 комбатантів, чоловічої статі у середньому віці $32,5 \pm 11,4$ років, які отримали поранення поза мозкової локалізації, непсихотичні психічні розлади та знаходяться на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону МО України.

Залежно від локалізації та важкості поранення обстежені були розділені на підгрупи:

I – з непроникаючими вогнепальними пораненнями – $32,2 \pm 1,3\%$

II - з проникаючими вогнепальними пораненнями – $34,6 \pm 1,3\%$

III – з ампутацією кінцівок – $33,2 \pm 1,3\%$

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно кліничних протоколів. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 103 чоловіків, контрольну групу – 42 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію в шпиталі. (рис.2.1.)

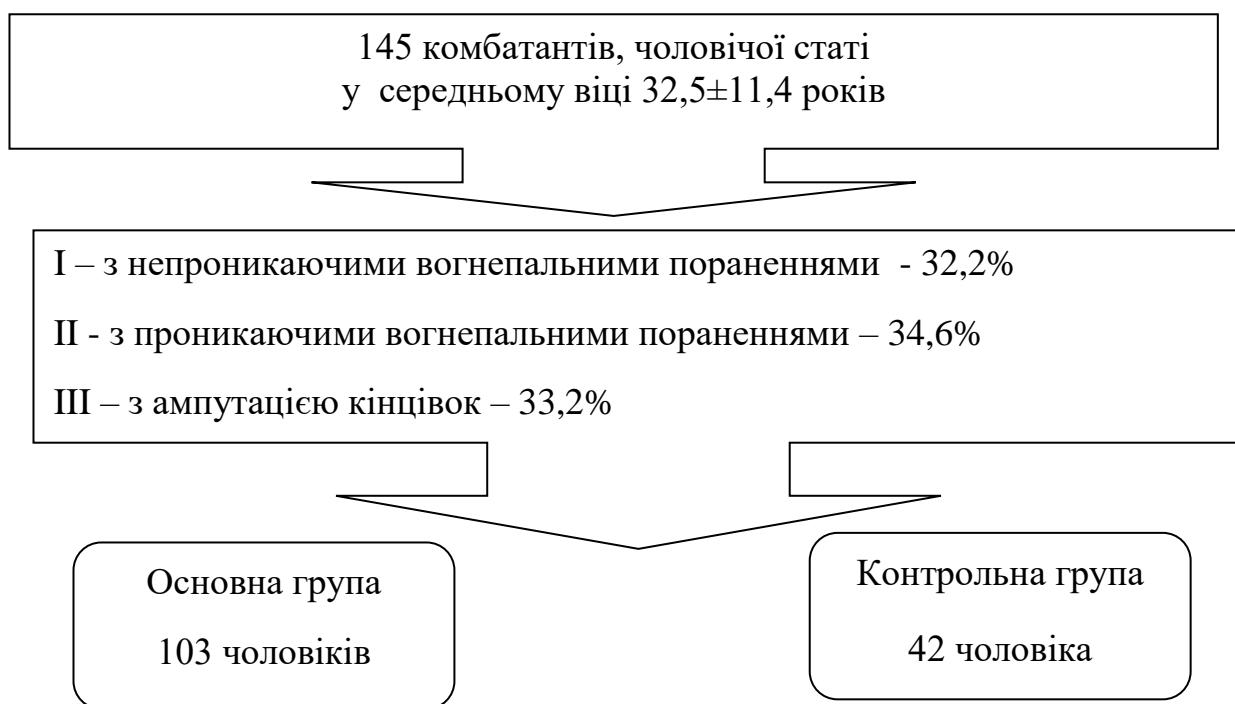


Рисунок 2.1. Групи обстежених

Дослідження сімейного статусу обстежених комбатантів показало, що у шлюбі перебували $35,9 \pm 1,3$ % обстежених I групи, $36,8 \pm 1,3$ % II групи, $35,8 \pm 1,3$ % III групи; були розлучені $26,8 \pm 1,2$ %, $28,9 \pm 1,3$ % та $31,1 \pm 1,3$ % обстежених відповідно; ніколи не перебували у шлюбі $37,8 \pm 1,3$ % обстежених I групи, $39,2 \pm 1,3$ % II групи, $35,9 \pm 1,3$ % III групи. Дітей мали $23,8 \pm 1,2$ %, $22,9 \pm 1,2$ % та $25,1 \pm 1,2$ % військових відповідно (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Розподіл обстежених хворих за сімейним статусом (%)

Умови проживання	I група	II група	III група
У шлюбі	$35,9 \pm 1,3$	$36,8 \pm 1,3$	$35,8 \pm 1,3$
Розлучені	$26,8 \pm 1,2$	$28,9 \pm 1,2$	$31,1 \pm 1,3$
Самотні	$37,3 \pm 1,3$	$39,2 \pm 1,3$	$35,9 \pm 1,3$
Мають дітей	$23,8 \pm 1,2$	$22,9 \pm 1,2$	$25,1 \pm 1,2$

За рівнем освіти обстежені буди розподілені наступним чином мали вищу освіту $61,2 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $60,1 \pm 1,6$ % II групи, $61,9 \pm 1,6$ % III групи; мали середню спеціальну освіту $36,2 \pm 1,3$ %, $37,1 \pm 1,3$ %, $35,8 \pm 1,3$ % обстежених відповідно та $2,6 \pm 0,5$ % обстежених I групи, $2,8 \pm 0,5$ % II групи та $2,3 \pm 0,5$ % III групи мали загальну середню (табл. 2.2.)

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених за рівнем отриманої освіти (%)

Рівень отриманої освіти	I група	II група	III група
Вища	$61,2 \pm 1,6$	$60,1 \pm 1,6$ %	$61,9 \pm 1,6$ %
Середня спеціальна	$36,2 \pm 1,1$	$37,1 \pm 1,3$ %	$35,8 \pm 1,3$ %
Загальна середня	$2,6 \pm 0,5$	$2,8 \pm 0,5$ %	$2,3 \pm 0,5$ %

2.2. Дизайн дослідження

Дослідження було проведено у чотири етапи (рис.2.2).

Перший етап (комплексної діагностики) включав комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 145 комбатантів, чоловічої статі у середньому віці $32,5 \pm 11,4$ років, які отримали поранення поза мозкової локалізації, неспсихотичні психічні розлади та знаходяться на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону МО України.

На I етапі проводилися аналіз та узагальнення даних обстеження, відбір ключових мішеней психоосвіти для наступного етапу. Другий етап включав розробку персоніфікованої системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають неспсихотичні психічні розлади. Третій етап оцінка її ефективності та IV етап впровадження в заклади охорони здоров'я України та медичні заклади Міністерства оборони України.

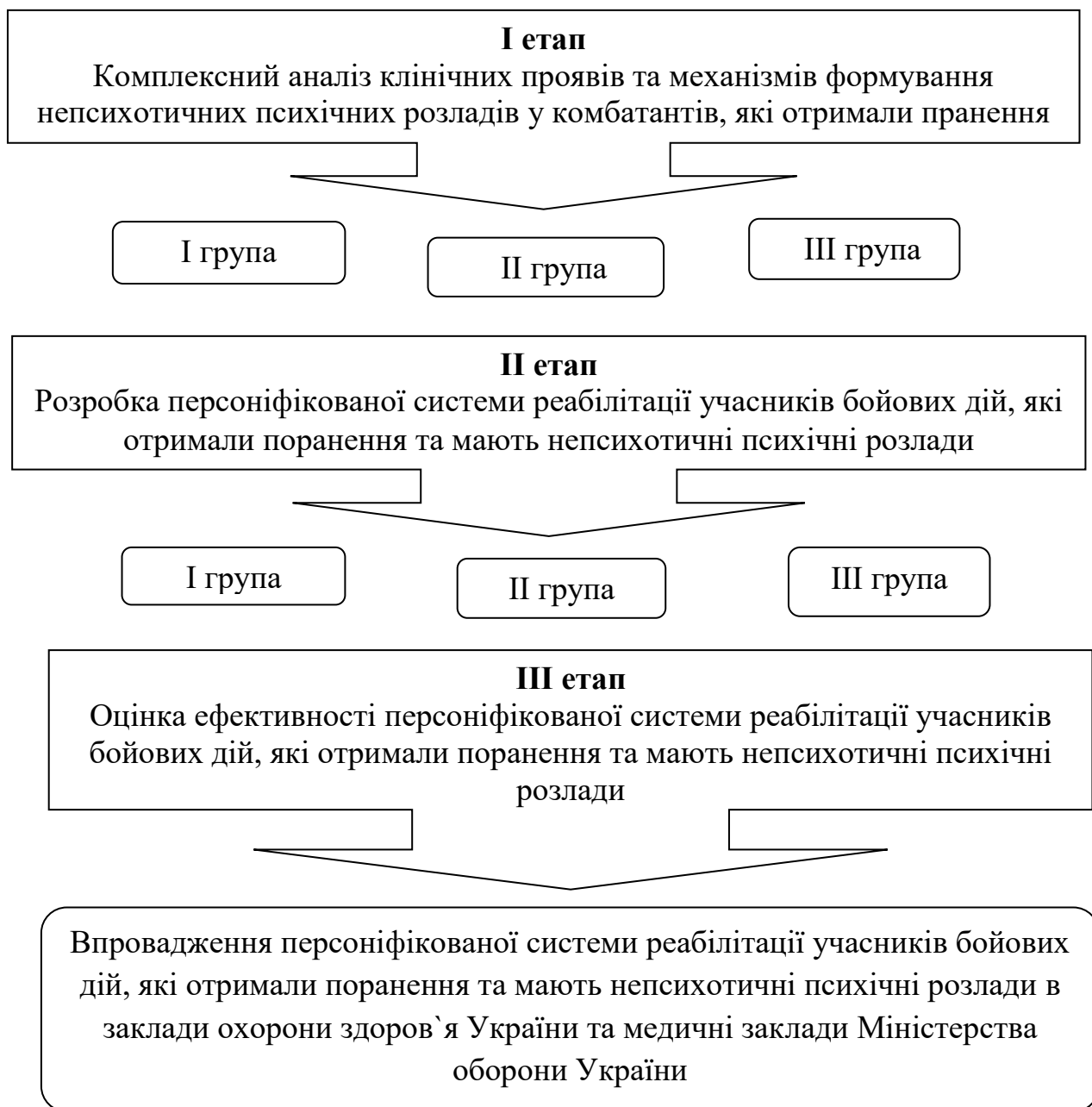


Рис. 2.2. Етапи дослідження

2.3. Методи дослідження

Нами у роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до наркологічного та психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та

спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю спрямоване на вивчення впливу біологічних та соціально-психологічних факторів на формування.

Психодіагностичний метод з використанням:

«Шкала клінічної діагностики ПТСР» (Clinical administered PTSD Scale-CAPS) (Тарабрина Н.В., 2001) Шкала клінічної діагностики CAPS була розроблена для діагностики тяжкості поточного ПТСР як протягом минулого місяця, так і в посттравматичному періоді у цілому.

Шкала CAPS застосовується, як правило, додатково до структурованого клінічного інтерв'ю (Structured Clinical Interview for DSM III-R) для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти прояву симптомів. Її використовують, якщо в ході інтерв'ю діагностується наявність будь-яких симптомів ПТСР або всього розлади в цілому.

CAPS дозволяє оцінити інтенсивність прояву та частоту виявлення індивідуальних симптомів ПТСР, а також ступінь впливу цих симптомів на виробничу діяльність та соціальну активність обстеженого. Також ця шкала дозволяє визначити ступінь покращення стану при повторному використанні в порівнянні з попереднім дослідженням, валідність отриманих результатів і загальну інтенсивність симптоматики. Необхідно не забувати, що час спостереження проявів кожного симптому – 1 місяць. За допомогою питань шкали визначається частота появи симптому за яким спостерігаємо протягом минулого місяця, а потім оцінюємо інтенсивність прояву досліджуваного симптому. Важливо зауважити, що критерії С і D вимагають, щоб не було проявів симптому до травми. Дослідник повинен з'ясувати напевно, що у пацієнта перші прояви симптомів С і D почалися саме після травми. Якщо в минулому місяці стан пацієнта відповідав діагностичним критеріям ПТСР, то воно автоматично визначається як таке, що задовольняє критеріям діагнозу ПТСР, який розвинувся в період після травматичної події.

«Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Спіріна І.Д. і спіавт., 2015) Перший варіант «Шкали оцінки впливу травматичної події» був опублікований в 1979 р. М. Горовіцем зі співавторами (М. Horowitz, N. Wilner et. Al, 1979). В 1995 р. Д. Вейс з колегами (D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler) прийшли до висновку, що «Шкала оцінки впливу травматичної події» може бути більш доречною, якщо вона буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми ПТСР, як уникнення та вторгнення, а й симптоми «збудження», які входять в діагностичний критерієв DSM-IV і являються складовою частиною психологічної реакції на будь-які травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута» (IES-R) складається з 22 пунктів. Метою додавання нових 6 пунктів (Субшкала «збудження») є опис таких ознак як: гіпертрофована реакція переляку; дратівливість та злість; психофізіологічне збудження, що обумовлене спогадами; труднощі з концентрацією уваги; безсоння. Кожен новий пункт вторгнення виявляє стани, що переживаються заново і схожі з дисоціативними. Отже, Шкала оцінки впливу травматичної події складається з таких субшкал: «вторгнення», «уникнення», «збудливість».

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., 1973). Опитувальник ступеня виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R), розроблений L.R. Derogatis і спіавт. у 1973 р. і адаптований V. Starcevic і спіавт. у 2000 р. [218, 219, 324]. Опитувальник призначений для оцінки патернів психопатологічних проявів як у здорових осіб, так і у психічно хворих. До опитувальника входить 90 питань. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 відповідає значенню «дуже сильно». Відповіді рахують та інтерпретують за 9 головними шкалам симптоматичних розладів та 3 узагальненим шкалами другого порядку, а саме: PSDI (індекс особистого симптоматичного дистресу),

GSI (загальний індекс тяжкості симптомів), PST (загальне число позитивних відповідей).

Визначення шкал SCL-90-R:

1. Соматизація (Somatization [SOM]) – порушення, що виникають при дистресі у вигляді відчуттів соматичних (тілесних) дисфункцій. При інтерпретації слід знати та виключити наявність соматичних патологій.

2. Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive [O-C]) – розлади, що говорять про симптоми тотожні звичайному визначенню обсесивно-компульсивного синдромукомплексу.

3. Міжособистісна сенситивність (Interpersonal Sensitivity [INT]) – почуття особистісної неповноцінності та неадекватності, особливо, при спробах порівнянні себе з іншими (наприклад почуття неспокою, самозвинувачення, загострене почуття усвідомлення власного «Я», помітний дискомфорт, негативні очікування в процесі та при міжособистісному спілкуванні).

4. Депресія (Depression [DEP]) – широке коло проявів клінічної депресії у вигляді симптомів афекту та дисфорії (втрати життєвої енергії, ознаки відсутності інтересу до життя, почуття безнадії, нестачі мотивації, соматичні та/або когнітивні кореляти депресії та думки про суїцид).

5. Тривожність (Anxiety [ANX]) – симптоми і ознаки, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності (напруга, нервозність, напади паніки, відчуття насильництва, тремор, а також когнітивні компоненти у вигляді почуття побоювання, небезпеки та страху, деякі соматичні прояви тривожності).

6. Ворожість (Hostility [HOS]) – феномен, що включає почуття, думки або дії, які є проявами негативного афективного стану злості (усі ознаки дратівливості, обурення, агресії, гніву).

7. Фобічна тривожність (Phobic Anxiety [PHOB]) – ірраціональна, стійка, неадекватна по відношенню до стимулу реакція страху по відношенню до певних людей, об'єктів, ситуації або місць, що супроводжується унікаючою поведінкою. Шкала визначає найбільш руйнівні та патогномоничні прояви

поведінки, обумовленої фобічними переживаннями. Її визначення є близьким до дефініції агорафобії, клінічним синонімом якої є і синдром фобічної тривожної деперсоналізації, але може бути використано і для ідентифікації синдрому «уникнення» при ПТСР.

8. Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation [PAR]) – паранойяльна поведінка як вид порушень мислення у вигляді кардинальних проявів проєктивних думок, страху втрати незалежності, підозрливості, ворожості, пихатості, ілюзій.

9. Психотизм (Psychoticism [PSY]) – ізольований, запобігаючий, шизоїдний стиль життя, та симптоми шизофренії (маячення або галюцинації) у вигляді градуйованого континууму від м'якої міжособистісної ізоляції до явних доказів психотизму.

10. Додаткові питання. Сім питань, які входять в опитувальник, не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці симптоми дійсно вказують на наявність деяких розладів, але не належать до жодного з них та не об'єднані у окремий розлад, хоча є клінічно важливими. Їх враховують при загальній обробці опитувальника і використовують «конфігурально». Так, наприклад, високі значення DEP в поєднанні з «раннім ранковим пробудженням» і «поганим апетитом» означають стан, відмінний від DEP без цих симптомів або з «почуттям провини».

Шкала Гамільтона, для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton, 1967) є однією з найбільш поширених уніфікованих шкал, які застосовують для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів. Дана шкала складається з 21 питання, що дозволяють оцінити такі фактори: почуття провини, наявність депресивного настрою, ступінь безсоння, суїцидальних намірів, рівень активності та працездатності, наявність ажитації, загальмованості, соматичної тривоги, психічної тривоги, загальносоматичних, шлунково-кишкових та генітальних симптомів, проявів дереалізації та деперсоналізації, іпохондрії, параноїдальних симптомів, компульсивних та obsесивних розладів.

Шкала тривоги Гамільтона складається з 14 питань, спрямованих на виявлення напруги, тривожного та/або депресивного настрою, інсомнії, страхів, інтелектуальних порушень, наявності соматичних серцево-судинних, сенсорних, м'язових, гастроентерологічних, респіраторних, вегетативних та сечостатевого проявів, а також оцінити поведінку хворого під час огляду.

Ступінь глибини вираженості тривоги та депресії за шкалою Гамільтона виражається в балах та стосовно МКБ-10 (Пантелєєва Г.В., 1998) відповідає наступним ступеням: 14 - 17 балів – легкий, 18 - 25 балів – помірний, 25 і більше балів – важкий ступінь вираженості.

Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983).

Шкала складається з двох субшкал: субшкали D («depression», парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14), призначеної для оцінки ступеня вираженості депресивних розладів та субшкали A («anxiety» непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), по якій оцінюється вираженість тривожної симптоматики. Госпітальна шкала має 14 питань, наступного змісту: я все ще отримую задоволення від звичних для мене речей і способу дій, я відчуваю себе скутим або напруженим, я можу посміятися і бачу забавну сторону речей, я відчуваю страшне відчуття, що ось-ось станеться щось жахливе, я відчуваю себе бадьорим і веселим, неспокійні думки не виходять з голови, я відчуваю себе наче замороженим, я можу сидіти невимушено і відчувати себе розслабленим, я втратив інтерес до своєї зовнішності, у мене виникає таке неприємне відчуття ніби я «жабу проковтнув», я дивлюся вперед на розвиток подій з оптимізмом, я відчуваю занепокоєння і вимушено рухатися, я відчуваю задоволення від гарної книги, цікавої програми по радіо або ТБ, у мене виникають раптові напади страху. Кожне питання передбачає 4 варіанти відповіді, які дають можливість оцінити ступінь вираженості депресії та тривоги. Результати дослідження проявів тривоги і депресії по Госпітальною шкалою тривоги і депресії оцінюються в

балах: 0 - 7 балів – відсутність, 8 - 10 балів – субклінічні прояви, 11 і більше балів – клінічні прояви.

Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L., 1988). Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеане зі співавт., для діагностики ПТСР складається з трьох основних шкал, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР. Методика містить 30 тверджень, з них 11 тверджень (перша шкала) описують симптоми групи «вторгнення», ще 11 (друга шкала) – групи «уникнення», 8 (третья шкала) – «збудливості», інші 5 – симптоми, пов'язані з почуттям провини та схильності до суїцидальної поведінки.

Обстеження та підрахунок результатів проводили згідно до рекомендацій авторів. Усі пункти шкали рівномірно зважені від 1 до 5 балів та ранжовані відповідно до відповідей респондента («абсолютно невірно» – 1 бал, «іноді невірно» – 2 бали, «у деякій мірі вірно» – 3 бали, «вірно» – 4 бали, «абсолютно вірно» – 5 балів). Загальний бал – це сума двох сум ($\Sigma 1 + \Sigma 2$): сума балів за твердженнями, що рахуються у прямому значенні ($\Sigma 1$) від 1 до 5 балів (№№ тверджень 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35) та суми балів за твердженнями, що рахуються у зворотному (перекодованому) значенні ($\Sigma 2$) від 5 до 1 балів, напр., відповіді респондента 1 («абсолютно невірно») відповідає 5 балів, 2 «іноді невірно» – 4 бали і т.д. (№№ тверджень 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34). Інтерпретація результатів: середні значення загального балу 76 ± 18 мають добре адаптовані особи, 86 ± 26 – хворі з психічними розладами, 130 ± 18 – з ПТСР.

Методи математичної статистики. Обробка даних під час статистичного аналізу проводилася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 6.0

(StatSoft Inc., США). Результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Висновки до розділу 2

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено комплексне обстеження 145 комбатантів, чоловічої статі у середньому віці $32,5 \pm 11,4$ років, які отримали поранення поза мозкової локалізації, непсихотичні психічні розлади та знаходяться на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону МО України.

Залежно від локалізації та важкості поранення обстежені були розділені на підгрупи: I – з непроникаючими вогнепальними пораненнями, II - з проникаючими вогнепальними пораненнями, III – з ампутацією кінцівок

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 103 чоловіків, контрольну групу – 42 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію в шпиталі.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного та наркологічного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю спрямоване на вивчення впливу біологічних та соціально-психологічних факторів на формування.

Психодіагностичний метод включав використання «Шкали клінічної діагностики ПТСР» (Clinical administered PTSD Scale-CAPS) (Тарабрина Н.В., 2001); «Шкали оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Спіріна І.Д. і спіавт., 2015); «Шкали оцінки тяжкості бойового

досвіду» Т. Кіна (2005); опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатіса (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) (за Н. В. Тарабриною, 2001); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988) (HDRS); госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983); Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) (Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L., 1988); Методики діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса, Р. Даймонда, 1954)

Методи математичної статистики – результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Таким чином, обраний діагностичний інструментарій та контингент дослідження дозволили нами вирішити основні завдання дослідження: вивчити клінічну структуру неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення; вивчити психологічні та клініко-психопатологічні особливості формування неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення як основу їх реабілітації; розробити персоніфіковану систему терапії неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення; розробити персоніфіковану систему реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають неспсихотичні психічні розлади; вивчити особливості динаміки клінічної картини неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення під впливом розробленої системи терапії; визначити динаміку наслідків бойового стресу та рівня соціальної адаптації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають неспсихотичні психічні розлади під впливом комплексної системи реабілітації.

РОЗДІЛ 3

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧАСНИКІВ
БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ**

Як свідчать отримані у ході роботи данні у обстежених комбатантів відзначалися наступні неpsychотичні розлади: гостра реакція на стрес (F43.0) діагностовано у 25,4±1,2% обстежених I групи, 30,2±1,3% II групи та 19,8±1,1% обстежених III групи; ПТСР (F43.1) у 26,2±1,2% I групи, 32,1±1,3% II групи та 30,1±1,3% III групи; пролонгована депресивна реакція (F43.21) у 22,3±1,2%, 15,5±1,1% та 11,8±1,1% відповідно; змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22) у 26,1±1,2% обстежених I групи, 13,5±1,1% II групи та 9,2±1,1% III групи; депресивний епізод (F32.1, F32.2) у 8,7±1,1% обстежених II та 29,1±1,2% III групи. (рис 3.1.)

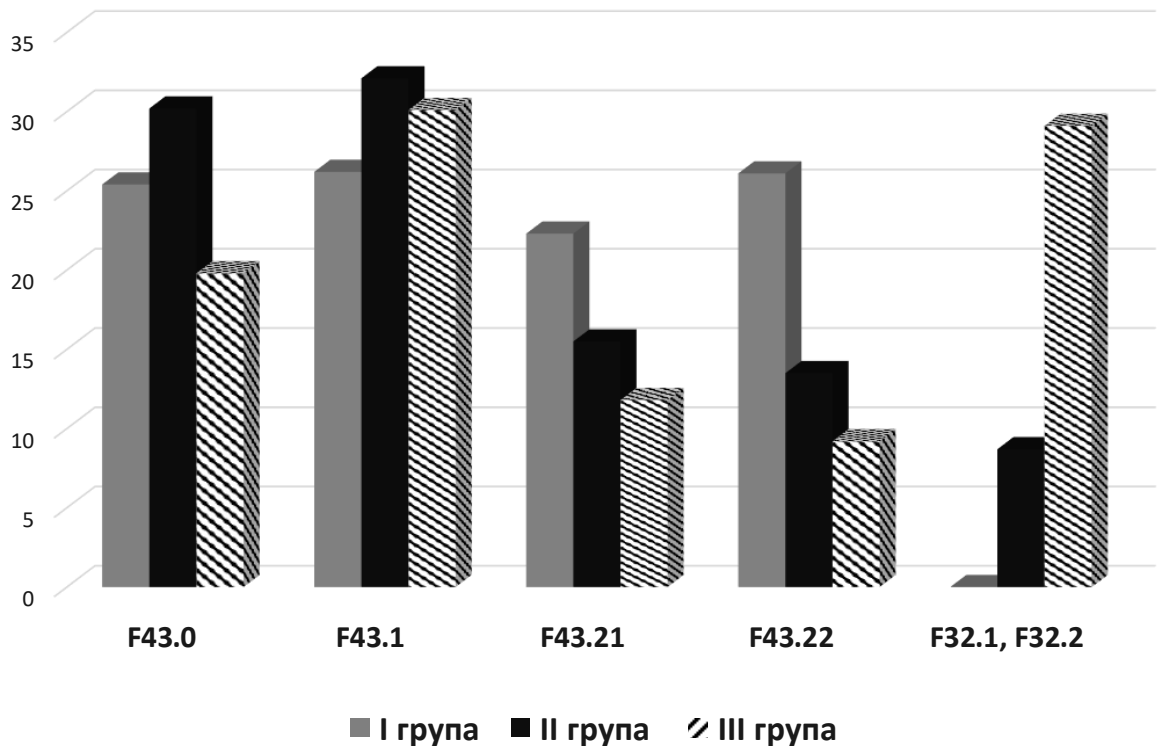


Рисунок 3.1. Клінічна структура неpsychотичних психічних розладів у обстежених поранених (%)

Як свідчать отримані у ході роботи данні найбільш часто обстежені хворі пред'являють скарги на наступне: пригніченість настрою (52,3±1,5 % обстежених I, 49,2±1,4 % – II та 79,5±1,7 % III групи), афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум) (49,3±1,4 % обстежених I, 52,5±1,5 % – II та 71,3±1,7 % III групи), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу (66,1±1,6%, 79,2±1,7 % та 88,2±1,8 % обстежених відповідно), внутрішню напругу із неможливістю розслабитися (63,2±1,6 %, 69,9±1,6 % та 71,2±1,7 %), почуття небезпеки (35,6±1,3 % обстежених I, 52,1±1,5 % та 72,0±1,7 % III груп), втрати контролю над ситуацією (32,2±1,3 % хворих – I, 54,3±1,5 % - II та 72,2±1,7 % III груп) безнадію (28,2±1,2 %, 40,2±1,4 % та 78,5±1,7 % обстежених відповідно), апатію (34,2±1,3 %, 36,9±1,3 % та 45,2±1,4 %), розлади сну (39,8±1,3 % обстежених I, 40,2±1,4 % – II та 43,2±1,4 % III груп), роздратованість (56,9±1, 5% обстежених I, 61,3±1,6 % II груп та 71,2±1,7 % III групи), гіперестезії (46,2±1,4 %, 50,2±1,5 %, 52,2±1, 5% відповідно), нав'язливі спогади бойової стресової ситуації (65,8±1,6 % обстежених I групи, 71,1±1,7 % II групи та 81,4±1,8 % III групи). (табл. 3.1.)

Таблиця 3.1.

Найчастіші скарги у обстежених комбатантів (%)

	I група	II група	III група
Пригніченість настрою	52,3±1,5	49,2±1,4	79,5±1,7
Туга	49,3±1,4	52,5±1,5	71,3±1,7
Невмотивоване занепокоєння, тривога	66,1±1,6	79,2±1,7	88,2±1,8
Внутрішня напруга	63,2±1,6	69,9±1,6	71,2±1,7
Почуття небезпеки	35,6±1,3	52,1±1,5	72,0±1,7
Почуття втрати контролю над ситуацією	32,2±1,3	54,3±1,5	72,2±1,7
Безнадія	28,2±1,2	40,2±1,4	78,5±1,7
Апатія	34,2±1,3	36,9±1,3	45,2±1,4
Розлади сну	39,8±1,3	40,2±1,4	43,2±1,4
Роздратованість	56,9±1, 5	61,3±1,6	71,2±1,7

Гіперестезії	46,2±1,4	50,2±1,5	52,2±1,5
Нав'язливі спогади	65,8±1,6	71,1±1,7	81,4±1,8

У клінічній картині гострої реакції на стрес спостерігалися зніжений фон настрою (78,9±1,7 % хворих I, групи, 77,9±1,7 % II групи та 89,2±1,8 % III групи), тривога (85,8±1,8 %, 87,1±1,8 % та 95,2±1,9 % відповідно), внутрішнє напруження (73,2±1,7 %, 79,1±1,7 % та 82,6±1,8 %), відчай, (27,8±1,2 % хворих I, 53,9±1,5 %, хворих II та 83,2±1,8 % III груп), гнів (32,2±1,3 %, 41,1±1,4 %, 52,2±1,5 % відповідно), гіперактивність (32,9±1,3 % хворих I, 33,2±1,3 %, хворих II та 35,2±1,3 % III груп), відгородженість (36,6±1,3 %, 39,9±1,3 %, хворих II та 72,2±1,7 % III груп), труднощі концентрації уваги (45,8±1,4 % хворих I, 53,9±1,5 %, хворих II та 62,2±1,6 % III груп), втрата енергії і зниження активності (51,8±1,5 %, 56,9±1,5 %, та 62,2±1,6 % відповідно). (табл.3.2.)

Таблиця 3.2.

Клінічні прояви гострої реакції на стрес у обстежених комбатантів (%)

	I група	II група	III група
Зніжений фон настрою	78,9±1,7	77,9±1,7	89,2±1,8
Тривога	85,8±1,8	87,1±1,8	95,2±1,9
Внутрішнє напруження	73,2±1,7	79,1±1,7	82,6±1,8
Відчай	27,8±1,2	53,9±1,5	83,2±1,8
Гнів	32,2±1,3	41,1±1,4	52,2±1,5
Гіперактивність	32,9±1,3	33,2±1,3	35,2±1,3
Відгородженість	36,6±1,3	39,9±1,3	72,2±1,7
Труднощі концентрації уваги	45,8±1,4	53,9±1,5	62,2±1,6
Астенія	51,8±1,5	56,9±1,5	62,2±1,6

Як показали результати дослідження клінічна структура гострої реакції на стрес у обстежених комбатантів, які отримали поранення була представлена депресивним (39,2±1,3% обстежених I групи, 32,8±1,3% II групи, 54,2±1,5% III

групи), тривожним ($31,8 \pm 1,3\%$ обстежених I, $33,1 \pm 1,3\%$ II та $38,5 \pm 1,3\%$ III групи), дисфорічним ($9,5 \pm 0,5\%$, $15,2 \pm 1,1\%$ та $22,1 \pm 1,2\%$ відповідно), астеничним ($17,4 \pm 1,1\%$ обстежених I групи, $11,0 \pm 1,1\%$ II групи та $7,6 \pm 0,5\%$ обстежених III групи) та психосоматичним ($22,1 \pm 1,2\%$ обстежених I, $10,9 \pm 1,1\%$ II та $7,6 \pm 0,5\%$ III груп) варіантами психопатологічної симптоматики. (рис. 3.2.)

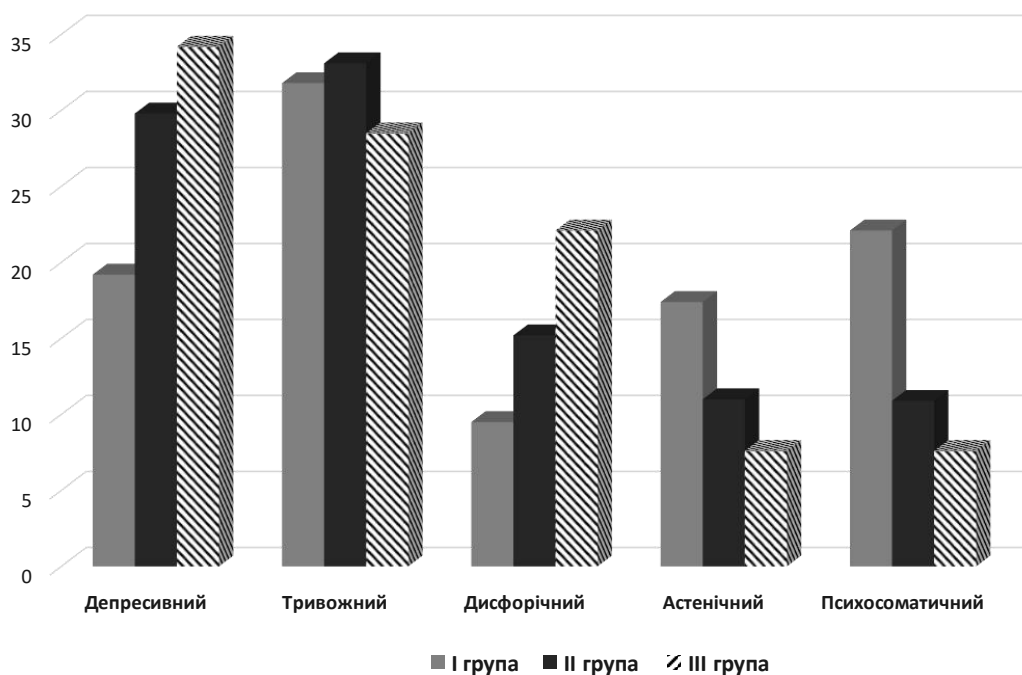


Рисунок 3.2. Синдромологічна структура гострої реакції на стрес у обстежених комбатантів (%)

Депресивний симптомокомплекс був здебільше представлений зниженим настроєм, тугою, смутком, зниженням працездатності і активності, пригніченістю, почуття власної провини перед загиблими, безпорадність щонебудь змінити, психомоторною загальмованістю, андедонією та іпохондричними проявами.

Тривожний симптомокомплекс – відчуттям тривоги, внутрішнім дискомфортом, підвищеним рівнем пильнування, нападами паніки, почуттям небезпеки, невмотивованими побоюваннями і страхами.

Для дисфоричного симптомокомплексу були притаманні нестриманість афекту, гнівливність, схильність до частих суперечок, перебільшене реагування на звичайні стимули, невербальна агресивна поведінка.

Астенічний синдромокомплекс проявлявся підвищеною фізичною та психічною втомою, пасивністю, роздратованістю, гіперстезіями найчастіше у процесі засинання.

Психосоматичний синдромокомплекс – емоційною лабільністю, соматичні м'язовими симптомами, концентрацією уваги на стані соматичного неблагополуччя.

Облатаними для усіх обстежених комбатантів були розлади циклу сон-неспанья, вегетативні пароквегетативна нестабільність, нав'язливий спогади бойових подій, зниження апетиту, надмірне вживання психостимулюючих (кава, міцний чай, енергетичні напої) і алкогольних напоїв, уникнення перегляду новин із зони бойових дій.

При посттравматичному стресовому розладі домінували нав'язливі спогади військових дій, що викликали депресивні переживання (66,8±1,6 % обстежених I групи, 65,2±1,6 % II групи та 67,5±1,6 % III групи), розлади сну у вигляді кошмарних сновидінь, пов'язаних з бойовим стресом (49,5±1,4 %, 58,9±1,5 % та 62,3±1,6 % відповідно), флешбек-ефекти (62,2±1,6 % обстежених I групи, 67,9±1,6 % II групи та 69,1±1,6 % III групи), зусилля по уникненню спогадів та розмов пов'язаних з бойовою психічною травмою (40,1±1,4 % обстежених I групи, 39,8±1,3 % II та 57,8±1,5 % III групи), психогенна амнезія (12,1±1,1 %, 14,3±1,1 % та 14,1±1,1 % відповідно), дисфорії (36,6±1,3 % обстежені I групи, 61,2±1,6 % II групи та 72,2±1,7 % III груп), апатія (48,5±1,4 %, 41,4±1,4 % та 45,2±1,4 % відповідно), відчуття відчуження і віддалення від інших людей (52,1±1,5 % обстежених I групи, 53,8±1,5 % II групи та 69,6±1,6 % III групи), тривожний (47,2±1,4 %, 46,9±1,4 % та 62,2±1,6 % відповідно) та депресивний (46,1±1,4 % обстежених I групи, 50,9±1,5 % II групи та 66,8±1,6 % III групи) симптомокомплекси. (табл. 3.3.)

Клінічні прояви розладів ПТСР у обстежених комбатантів (%)

	I група	II група	III група
Нав'язливі спогади військових дій	66,8±1,6	65,2±1,6	67,5±1,6
Розлади сну	49,5±1,4	58,9±1,5	62,3±1,6
Флешбек-ефекти	62,2±1,6	67,9±1,6	69,1±1,6
Зусилля по уникненню спогадів пов'язаних з психічною травмою	40,1±1,4	39,8±1,3	57,8±1,5
Психогенна амнезія	12,1±1,1	14,3±1,1	14,1±1,1
Дисфорії	36,6±1,3	61,2±1,6	72,2±1,7
Апатія	48,5±1,4	41,4±1,4	45,2±1,4
Відчуття відчуження	52,1±1,5	53,8±1,5	69,6±1,6
Тривога	47,2±1,4	46,9±1,4	62,2±1,6
Депресія	46,1±1,4	50,9±1,5	66,8±1,6

Клінічна структура ПТСР була представлена тривожним (35,2±1,3 % обстежених I групи, 37,4±1,3 % II групи та 42,9±1,4 % III групи), дисфоричним (39,8±1,3 %, 33,4±1,3 % та 21,4±1,2 % відповідно), астеничним (22,4±1,2 % обстежених I групи, 24,5±1,2 % II групи, 31,4±1,3 % III групи) та соматоформним (2,9±0,5 %, 4,7±0,5 % та 4,3±0,5 % відповідно) синдромокомплексами (рисунок 3.3).

Тривожний синдромокомплекс характеризувався надмірним рівнем немотивованої тривоги у поєднанні зі зниженим настроєм та нав'язливими і спогадами пережитої психотравмуючої ситуації, відчуттям внутрішнього дискомфорту.

Дисфоричний синдромокомплекс включав відчуття внутрішньої невдоволеності, дратівливість, у свідомості хворих домінували психотравмуючі спогади, уявлення агресивного змісту, суперечок із застосуванням фізичної сили, хворі не могли стримувати афект люті, про що дуже шкодували.

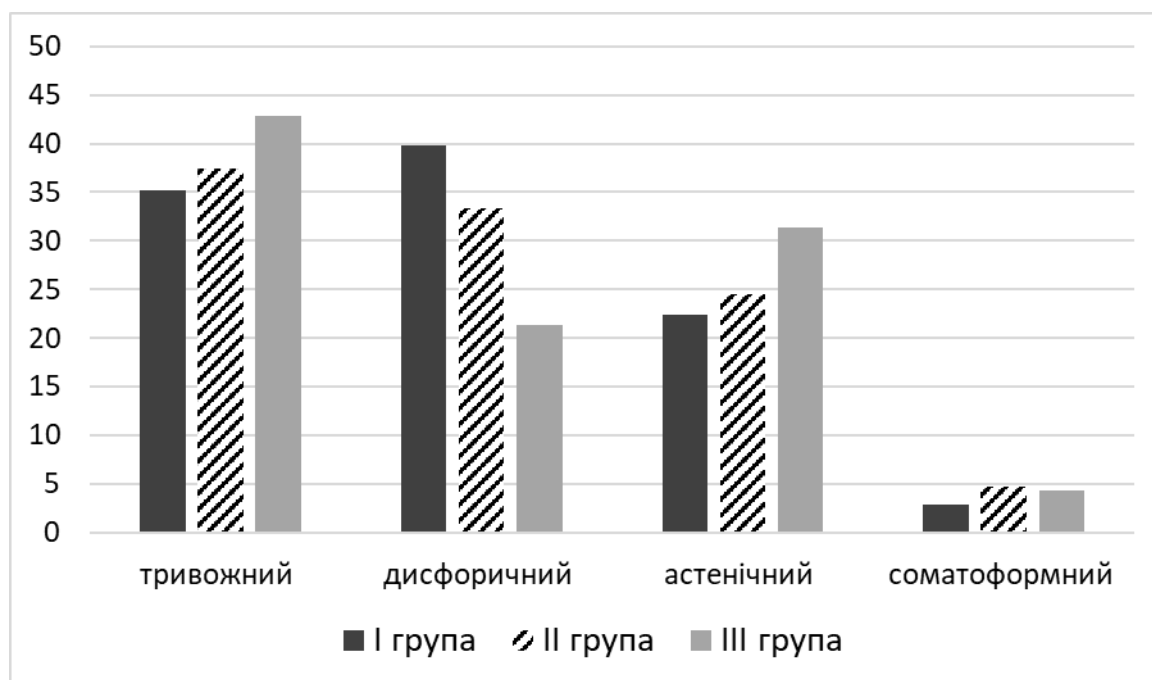


Рисунок 3.3 Клінічні варіанти ПТСР у обстежених пацієнтів (%).

Астенічний синдромокомплекс характеризувався домінуванням почуття слабкості та млявості, ангедонії, зниженого фону настрою, апатії та байдужості, зниження інтересу до життя.

Соматоформний синдромокомплекс проявлявся заміщенням психотравмуючих переживань скаргами соматичного характеру, симптомами емоційної неврівноваженості, уникаючою поведінкою.

Для пролонгованої депресивної реакції притаманні відмічалися знижене тло настрою ($76,9 \pm 1,7$ % хворих I, групи, $77,9 \pm 1,7$ % II групи та $85,2 \pm 1,8$ % III групи), почуття тривоги ($83,8 \pm 1,8$ %, $87,1 \pm 1,8$ % та $93,2 \pm 1,9$ % відповідно), внутрішнє напруження, немотивоване занепокоєння ($63,2 \pm 1,6$ %, $69,1 \pm 1,6$ % та $82,6 \pm 1,8$ %), негативне емоційне забарвлення переживань ($49,8 \pm 1,4$ % хворих I, $53,9 \pm 1,5$ %, хворих II та $62,2 \pm 1,6$ % III груп), нав'язливі страхи та побоювання ($52,3 \pm 1,5$ %, $57,8 \pm 1,5$ % та $64,0 \pm 1,6$ % відповідно), сумніви у правильності прийнятих рішень і дій ($32,2 \pm 1,3$ %, $28,6 \pm 1,2$ % та $36,1 \pm 1,3$ %), астенічна симптоматика ($59,8 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $60,2 \pm 1,6$ % II групи та

66,3±1,7 %), підвищена вразливість (35,8±1,3 %, 36,9±1,3 % та 40,1±1,4 % відповідно). (табл. 3.4.)

У клінічній картині тривожно-депресивної реакції у обстежених хворих найбільш часто спостережилася тривога (76,2±1,7 % обстежених I групи, 71,5±1,7 % II групи та 82,8±1,8% III групи), постійна напруженість (80,1±1,8 %, 85,1±1,8 % та 88,9±1,8 % відповідно), знижений фон настрою (66,8±1,6 %, 42,1±1,4 % та 69,1±1,6 %), полохливість, постійне занепокоєння (52,5±1,5 % обстежених I групи, 59,2±1,5 % II групи та 65,5±1,6 % III групи), сенсibilізація до зовнішніх чинників, найчастіше ввечері та під час засинання (39,8±1,3 %, 41,2±1,4 % та 43,1±1,4 %).

Таблиця 3.4.

Клінічні прояви розладів адаптації у обстежених комбатантів (%)

	I група	II група	III група
Пролонгована депресивна реакція			
Знижене тло настрою	76,9±1,7	77,9±1,7	85,2±1,8
Почуття тривоги	83,8±1,8	87,1±1,8	93,2±1,9
Внутрішнє напруження	63,2±1,6	69,1±1,6	82,6±1,8
Негативне емоційне забарвлення переживань	49,8±1,4	53,9±1,5	62,2±1,6
Нав'язливі страхи та побоювання	52,3±1,5	57,8±1,5	64,0±1,6
Сумніви у правильності прийнятих рішень	32,2±1,3	28,6±1,2	36,1±1,3
Астенічна симптоматика	59,8±1,6	60,2±1,6	66,3±1,7
Підвищена вразливість	35,8±1,3	36,9±1,3	40,1±1,4
Тривожно-депресивна реакція			
Тривога	76,2±1,7	71,5±1,7	82,8±1,8%
Постійна напруженість	80,1±1,8	85,1±1,8	88,9±1,8
Знижений фон настрою	66,8±1,6	42,1±1,4	69,1±1,6
Полохливість, постійне занепокоєння	52,5±1,5	59,2±1,5	65,5±1,6
Сенсibilізація до зовнішніх чинників	39,8±1,3	41,2±1,4	43,1±1,4

Для депресивного епізоду притаманні зніжений фон настрою $97,7 \pm 1,9$ % хворих I групи, $99,1 \pm 1,0$ % II групи та $98,2 \pm 1,0$ % III групи), афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум) ($61,1 \pm 1,6$ %, $69,5 \pm 1,6$ % та $73,2 \pm 1,6$ % відповідно), відчуття безнадії ($57,1 \pm 1,5$ %, $69,5 \pm 1,6$ % та $78,6 \pm 1,7$ %), ангедонія ($86,2 \pm 1,8$ % хворих I групи, $78,9 \pm 1,7$ % II групи та $87,4 \pm 1,8$ % III групи), внутрішня напруженість ($61,2 \pm 1,6$ %, $65,6 \pm 1,6$ % та $76,2 \pm 1,6$ % відповідно), схильність до бурхливих афективних реакцій ($32,5 \pm 1,3$ %, $33,3 \pm 1,3$ % та $38,9 \pm 1,3$ %), відчуття провини того хто вижив ($58,2 \pm 1,5$ % хворих I групи, $62,9 \pm 1,6$ % II групи та $67,3 \pm 1,6$ % III групи), суїцидальні думки ($21,1 \pm 1,2$ %, $41,6 \pm 1,4$ % та $63,8 \pm 1,6$ %), нав'язливі спогади стресової ситуації ($62,5 \pm 1,6$ % хворих I групи, $59,8 \pm 1,5$ % II групи та $62,9 \pm 1,6$ % III групи), ідеї самозвинувачення і самознищення ($59,5 \pm 1,5$ %, $63,1 \pm 1,6$ % та $69,8 \pm 1,6$ % відповідно). У ряді випадків відзначалася повна дисоціативна амнезія психотравмуючої ситуації, зрушення у сімейному функціонуванні, пов'язані з хворобою, загострення вже існуючих сімейних, міжособистісних та внутрішньо особистісних конфліктів, розлади сну. (табл. 3.5.)

Таблиця 3.5.

Клінічні прояви депресивного епізоду у обстежених комбатантів (%)

	I група	II група	III група
Зніжений фон настрою	$97,7 \pm 1,9$	$99,1 \pm 1,0$	$98,2 \pm 1,0$
Афект туги	$61,1 \pm 1,6$	$69,5 \pm 1,6$	$73,2 \pm 1,6$
Відчуття безнадії	$57,1 \pm 1,5$	$69,5 \pm 1,6$	$78,6 \pm 1,7$
Ангедонія	$86,2 \pm 1,8$	$78,9 \pm 1,7$	$87,4 \pm 1,8$
Внутрішня напруженість	$61,2 \pm 1,6$	$65,6 \pm 1,6$	$76,2 \pm 1,6$
Схильність до бурхливих афективних реакцій	$32,5 \pm 1,3$	$33,3 \pm 1,3$	$38,9 \pm 1,3$
Відчуття провини того хто вижив	$58,2 \pm 1,5$	$62,9 \pm 1,6$	$67,3 \pm 1,6$
Суїцидальні думки	$21,1 \pm 1,2$	$41,6 \pm 1,4$	$63,8 \pm 1,6$
Нав'язливі спогади стресової ситуації	$62,5 \pm 1,6$	$59,8 \pm 1,5$	$62,9 \pm 1,6$
Ідеї самозвинувачення і самознищення	$59,5 \pm 1,5$	$63,1 \pm 1,6$	$69,8 \pm 1,6$

Як показали результати дослідження в клінічна картина депресивного епізоду у обстежених хворих була представлена тривожним ($36,3 \pm 1,3$ % хворих I групи, $31,2 \pm 1,3$ % II групи та $33,5 \pm 1,3$ % III групи), емоційно-лабільним ($42,5 \pm 1,4$ %, $49,8 \pm 1,4$ % та $45,2 \pm 1,4$ % відповідно), астеничним ($9,6 \pm 0,5$ %, $12,1 \pm 1,1$ % та $15,5 \pm 1,1$ % відповідно) і апатичним ($11,6 \pm 1,1$ % хворих I групи, $26,9 \pm 1,2$ % II групи та $25,8 \pm 1,2$ % III групи) варіантами психопатологічної симптоматики. (рисунок 3.4)

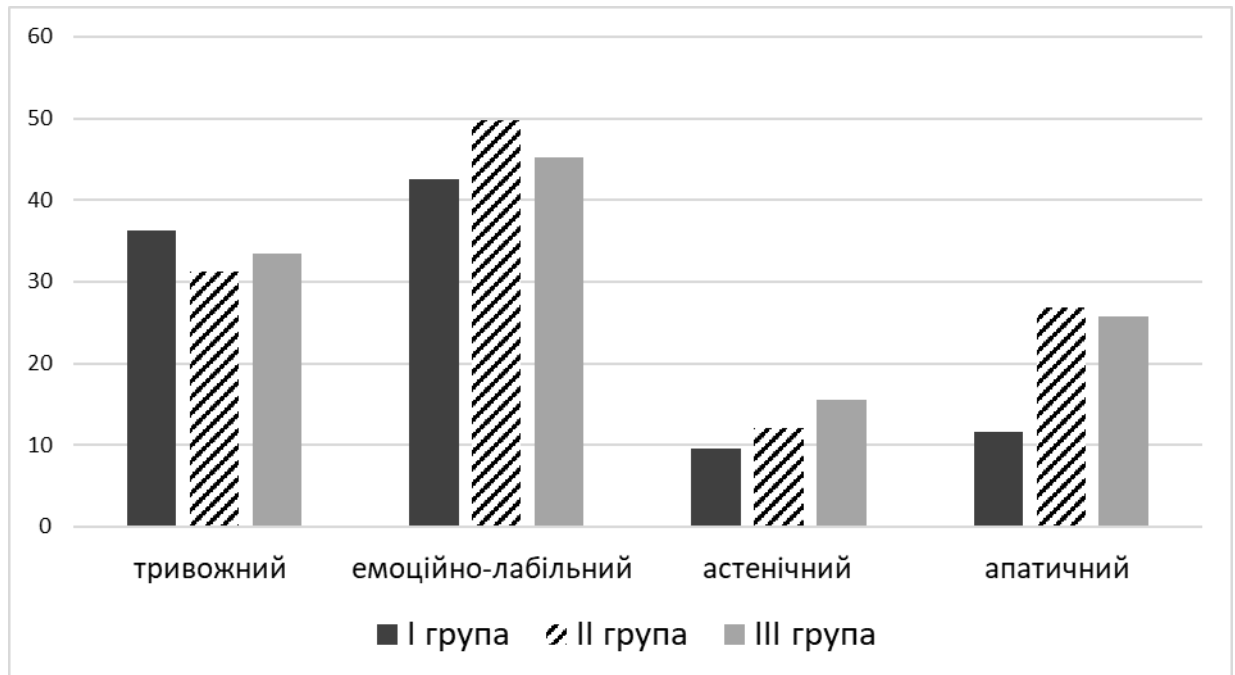


Рисунок 3.4 Клінічні варіанти картина депресивного епізоду у обстежених хворих (%).

Тривожний варіант проявлявся зниженим фоном настрою, афектом туги і тривоги, почуттям внутрішньої напруги, занепокоєнням з неможливістю розслабитися, моторним занепокоєнням, високим рівнем суїцидального ризику.

Емоційно-лабільний варіант поєднував у собі тривожно-депресивну симптоматику, десенсибілізацію до раніше нейтральних подразників, нестриманість афекту, дратівливість, нетерплячість, схильність до пароксизмальних афективних реакцій, які посилювалися при втомі та нервово-психічній напрузі та супроводжувався високим рівнем суїцидального ризику.

Астеничний варіант проявлявся зниженим фоном настрою, афектом туги, яскраво вираженим астеничним симптомокомплексом.

Апатичний – характеризувався поєднанням астеничної симптоматики, відчуттям повного виснаження із загальною загальмованістю, апатією, бездіяльністю та байдужістю.

Відповідно за даними результатів Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у $69,8 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $71,1 \pm 1,7$ % II групи та $75,2 \pm 1,7$ % обстежених III групи. (рис.3.5)

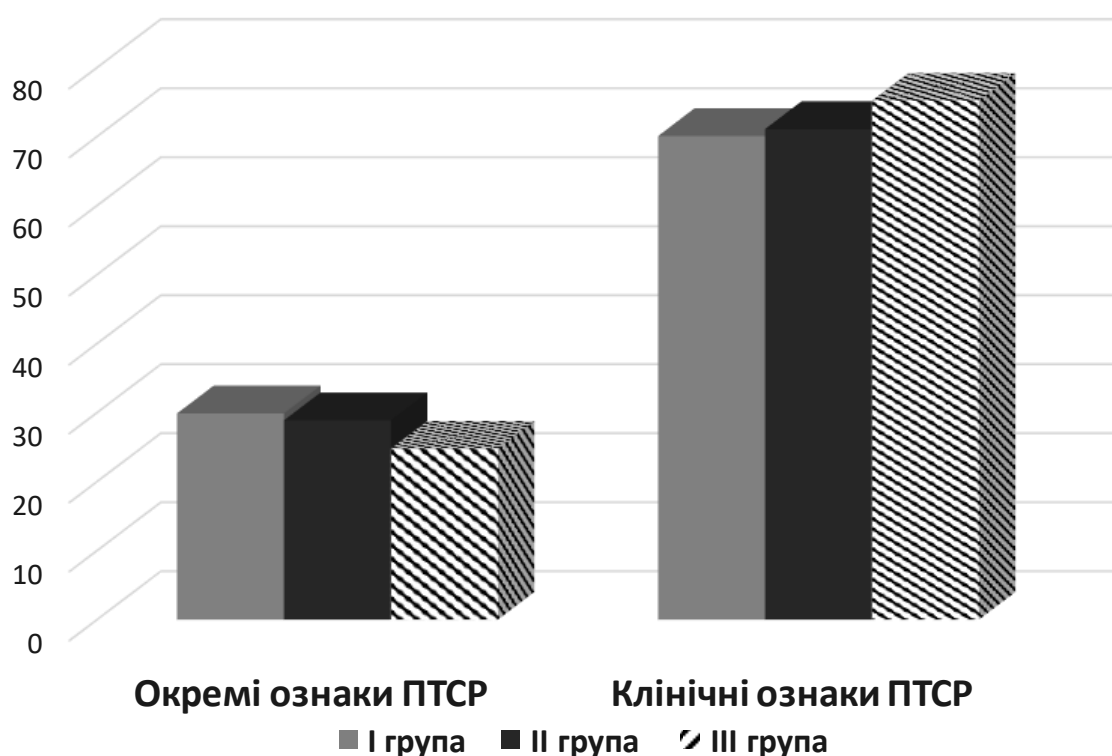


Рисунок 3.5. Прояви ПТСР за Міссісіпською шкалою (%)

Як показали результати вивчення інтенсивності клінічних проявів ПТСР за шкалою клінічної діагностики ПТСР (CAPS), у обстежених хворих частота симптомів ПТСР склала $34,0 \pm 3,6$ бали у обстежених I групи, $33,2 \pm 3,5$ бали у обстежених II групи та $30,1 \pm 2,4$ бали у обстежених III групи; інтенсивність симптомів - $32,1 \pm 5,3$ балів, $32,9 \pm 4,8$ балів та $33,2 \pm 3,6$ балів відповідно; загальна важкість симптомів – $66,1 \pm 6,9$ бали у I групі, $64,2 \pm 5,9$ II групи та $64,0 \pm 6,2$ балів III групи, що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР. (таблиця 3.6)

Таблиця 3.6.

Інтенсивність клінічних проявів ПТСР за даними шкали CAPS (бали)

Ознака	I група	II група	III група
Симптоми, пов'язані з повторними переживаннями травматичної події			
Повторні нав'язливі спогади про подію	0,4±0,2	0,3±0,6	0,3±0,1
Важкі переживання за обставин, які нагадують різні аспекти травматичної події	0,2±0,1	0,2±0,9	0,2±0,3
Відчуття, ніби травматична подія відбувалася знову	0,2±0,2	0,2±0,1	0,3±0,2
Повторні сни про травматичну подію	0,3±0,1	0,2±0,9	0,3±0,4
Симптоми, пов'язані зі стійким уникненням подразника, що асоціюються з травмою			
Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок, що асоціюються з травмою	0,3±0,2	0,4±0,1	0,3±0,6
Зусилля, спрямовані на те, щоб уникати ситуацій, які викликають спогади про травму	0,1±0,2	0,1±0,6	0,2±0,1
Нездатність згадати важливі аспекти травми	0,2±0,1	0,3±0,1	0,2±0,9
Втрата інтересу до улюблених занять	0,2±0,6	0,3±0,1	0,3±0,2
Відчуття відстороненості від оточуючих	0,1±0,2	0,1±0,6	0,2±0,2
Знижений рівень афекту	0,1±0,1	0,1±0,6	0,1±0,2
Відчуття відсутності перспектив на майбутнє	0,2±0,1	0,1±0,1	0,1±0,5
Симптоми, пов'язані зі стійкою підвищеною збудливістю			
Порушення сну	0,2±0,1	0,2±0,9	0,3±0,1
Дратівливість або напади гніву	0,1±0,1	0,1±0,2	0,1±0,6
Труднощі з концентрацією уваги	0,2±0,1	0,1±0,6	0,2±0,2
Підвищена настороженість	0,2±0,2	0,1±0,9	0,2±0,2
Перебільшена реакція переляку	0,2±0,2	0,3±0,1	0,3±0,2
Фізіологічна реактивність	0,1±0,6	0,1±0,1	0,2±0,1

Висновки до розділу 3

Структура непсихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів представлена: гострою реакцією на стрес: у $25,4 \pm 1,2\%$ обстежених I групи, $30,2 \pm 1,3\%$ II групи та $19,8 \pm 1,1\%$ обстежених III групи; ПТСР: у $26,2 \pm 1,2\%$ I групи, $32,1 \pm 1,3\%$ II групи та $30,1 \pm 1,3\%$ III групи; пролонгованою депресивною реакцією: у $22,3 \pm 1,2\%$, $15,5 \pm 1,1\%$ та $11,8 \pm 1,1\%$ відповідно; змішаною тривожно-депресивною реакцією: у $26,1 \pm 1,2\%$ обстежених I групи, $13,5 \pm 1,1\%$ II групи та $9,2 \pm 1,1\%$ III групи; депресивним епізодом: у $8,7 \pm 1,1\%$ обстежених II та $29,1 \pm 1,2\%$ III групи.

Клінічна структура гострої реакції на стрес у обстежених комбатантів, які отримали поранення була представлена депресивним ($39,2 \pm 1,3\%$ обстежених I групи, $32,8 \pm 1,3\%$ II групи, $54,2 \pm 1,5\%$ III групи), тривожним ($31,8 \pm 1,3\%$ обстежених I, $33,1 \pm 1,3\%$ II та $38,5 \pm 1,3\%$ III групи), дисфоричним ($9,5 \pm 0,5\%$, $15,2 \pm 1,1\%$ та $22,1 \pm 1,2\%$ відповідно), астеничним ($17,4 \pm 1,1\%$ обстежених I групи, $11,0 \pm 1,1\%$ II групи та $7,6 \pm 0,5\%$ обстежених III групи) та психосоматичним ($22,1 \pm 1,2\%$ обстежених I, $10,9 \pm 1,1\%$ II та $7,6 \pm 0,5\%$ III груп) варіантами психопатологічної симптоматики.

Клінічна структура ПТСР була представлена тривожним ($35,2 \pm 1,3\%$ обстежених I групи, $37,4 \pm 1,3\%$ II групи та $42,9 \pm 1,4\%$ III групи), дисфоричним ($39,8 \pm 1,3\%$, $33,4 \pm 1,3\%$ та $21,4 \pm 1,2\%$ відповідно), астеничним ($22,4 \pm 1,2\%$ обстежених I групи, $24,5 \pm 1,2\%$ II групи, $31,4 \pm 1,3\%$ III групи) та соматоформним ($2,9 \pm 0,5\%$, $4,7 \pm 0,5\%$ та $4,3 \pm 0,5\%$ відповідно) синдромокомплексами

Клінічна картина депресивного епізоду у обстежених хворих була представлена тривожним ($36,3 \pm 1,3\%$ хворих I групи, $31,2 \pm 1,3\%$ II групи та $33,5 \pm 1,3\%$ III групи), емоційно-лабільним ($42,5 \pm 1,4\%$, $49,8 \pm 1,4\%$ та $45,2 \pm 1,4\%$ відповідно), астеничним ($9,6 \pm 0,5\%$, $12,1 \pm 1,1\%$ та $15,5 \pm 1,1\%$

відповідно) і апатичним (11,6±1,1 % хворих I групи, 26,9±1,2 % II групи та 25,8±1,2 % III групи) варіантами психопатологічної симптоматики

За шкалою клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу (Clinical administered PTSD Scale-CAPS) у обстежених комбатантів частота симптомів ПТСР склала 33,9±3,6 балів, їх інтенсивність – 32,2±5,5 балів, загальна важкість симптомів – 67,1±6,9 балів, що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР. Відповідно за даними результатів Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у 70,1±1,7% обстежених I групи, 71,1±1,7% II групи та 75,2±1,7% обстежених III групи.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Терьошина І.Ф., Платинюк О.Б. Вираженість імунотоксичних реакцій при несприятливих психічних розладах у учасників бойових дій. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 2 (87). С. 47-52

Платинюк О.Б. Феноменологія несприятливих психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 4 (89). С. 74-78

Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., Платинюк О.Б. Коморбідність психічних розладів, що виникають внаслідок бойової травми комбатантів. // Збірник тез доповідей науково практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», м. Харків, 7-9 жовтня 2015 р.: тези доповідей. – м. Харків.2015. С. 59-60.

РОЗДІЛ 4

**МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ
ПОРАНЕННЯ**

Як свідчать результати дослідження чинниками ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у обстежених хворих були сам факт поранення ($66,5 \pm 1,6\%$), невизначеність прогнозу лікування ($69,2 \pm 1,6\%$), тривале перебування бойовій обстановці ($33,1 \pm 1,3\%$ обстежених), недостатній рівень спеціальної підготовки перед бойовими діями ($33,1 \pm 1,3\%$), страх бути взятим в полон ($32,5 \pm 1,3\%$), загибель і важки поранення побратимів на власних очах ($61,6 \pm 1,6\%$); необхідність участі в евакуації тіл загиблих ($70,1 \pm 1,7\%$), загроза загибелі під «залповим вогнем» або пострілу снайпера ($42,2 \pm 1,4\%$), тривале перебування у польових умовах (бліндажі, намети) ($39,1 \pm 1,3\%$). (табл 4.1)

Таблиця 4.1.

Чинники ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у комбатантів (%)

Поранення	
Невизначеність прогнозу лікування	$69,2 \pm 1,6$
Перебування бойовій обстановці	$33,1 \pm 1,3$
Недостатній рівень спеціальної підготовки	$33,1 \pm 1,3$
Страх бути взятим в полон	$32,5 \pm 1,3$
Загибель і важки поранення побратимів на власних очах	$61,6 \pm 1,6$
Необхідність участі в евакуації тіл загиблих	$70,1 \pm 1,7$
Загроза загибелі	$42,2 \pm 1,4$
Тривале перебування у польових умовах	$39,1 \pm 1,3$

За даними психодіагностичного дослідження показники шкали оцінки тяжкості бойового досвіду (Т. Кіна) у $72,3 \pm 1,7\%$ обстежених I групи, $85,2 \pm 1,8\%$ II групи та $86,9 \pm 1,8\%$ обстежених III групи знаходилися у діапазоні високого рівня вираженості, що свідчить про наявність неодноразових тривалих ситуацій безпосередньої загрози для життя, спостереження загибелі і поранень товаришів в ході бойових дій (рис. 4.1.)

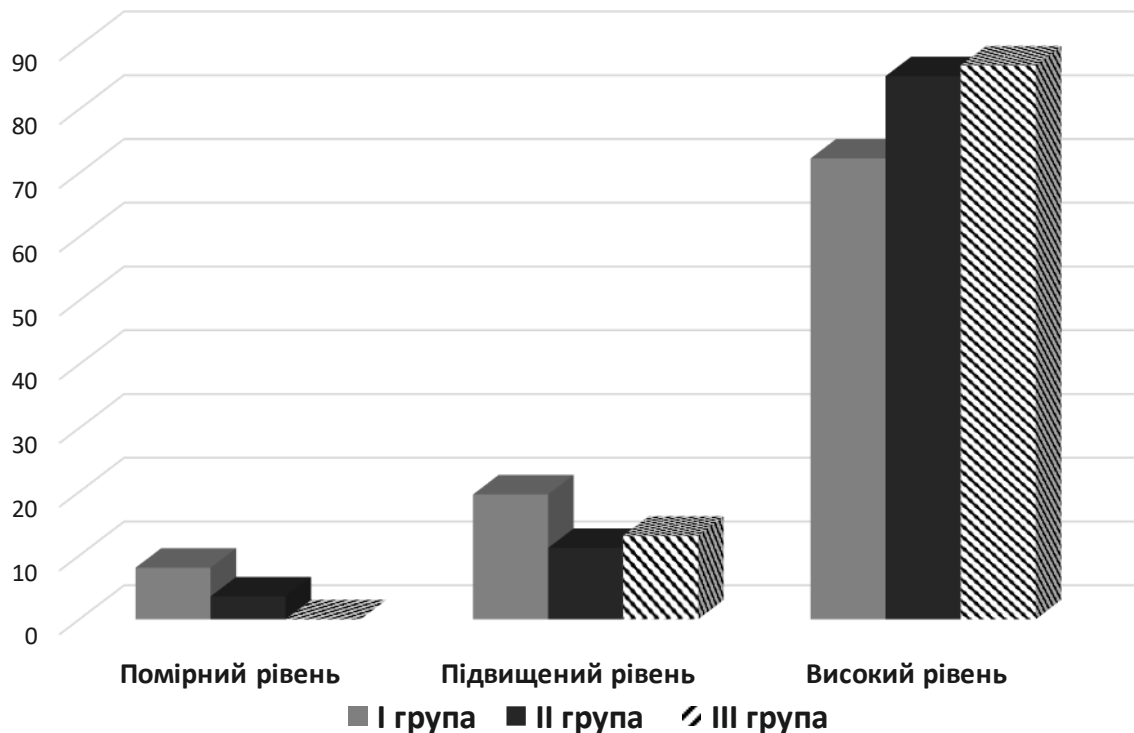


Рисунок 4.1. Показники шкали оцінки тяжкості бойового досвіду (Т. Кіна) (%)

Як свідчать отримані данні у структурі інтенсивності бойового досвіду в обстежених військових домінуючими були наступні чинники (оцінка більше 2,5 балів): багаторазова участь у військових операціях підвищеної небезпеки; велика кількість убитих, поранених, зниклих безвісті побратимів; тривале перебування в зоні обстрілу з боку противника; спостереження великої кількості вбивств і поранень в ході бойових дій (табл 4.2)

Тяжкість окремих факторів бойового досвіду у обстежених військових
(бали)

	I група	II група	III група
Бойовий дозор, участь в десантних і інших операціях підвищеної небезпеки	2,3	3,0	3,3
Довготривалість знаходження в зоні обстрілу з боку противника	2,7	3,0	3,2
Частота потрапляння в оточення ворога	0,3	0,4	0,4
Кількість убитих, поранених, зниклих безвісті людей в підрозділі під час військових дій	2,1	2,5	2,5
Участь в обстрілі противника	2,5	2,7	2,8
Кількість спостережень, як хтось був убитий або поранений в ході бойових дій	3,3	3,7	3,7
Частота пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим	2,4	3,2	3,5

Отримані данні свідчать про надвисоку силу бойового стресу (загроза власному життю), як чинника ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів комбатантів.

Найбільш важкими складовими бойового стресу є: необхідність бачити тіла загиблих та торкатися до них; бути свідком загибелі друзів, побратимів; загроза власної загибелі; отримання серйозного поранення; вбивство супротивника або віра в це; спілкування з пораненими. (рис. 4.2.)

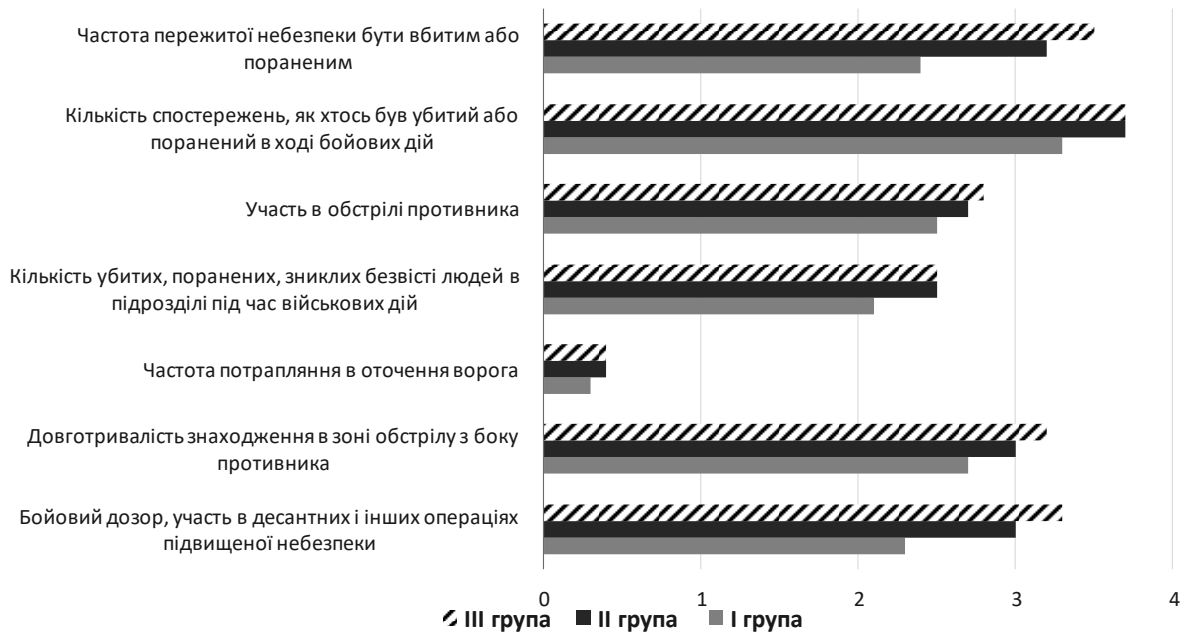


Рисунок 4.2. Тяжкість окремих факторів бойового досвіду у обстежених військових (бали)

Виразність показників шкали оцінки впливу травматичної події у обстежених комбатантів, які отримали поранення склала $61,4 \pm 5,2$ бали у обстежених I групи, $63,5 \pm 4,8$ бали – II групи та $64,6 \pm 5,0$ балів – III групи обстежених, що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР.

При цьому високий рівень впливу травматичної події відзначався шкалами вторгнення ($77,8 \pm 1,7\%$ обстежених I групи, $79,1 \pm 1,7\%$ II групи та $80,2 \pm 1,8\%$ III групи), уникнення ($62,9 \pm 1,6\%$, $65,5 \pm 1,6\%$ та $68,2 \pm 1,6\%$ відповідно) та фізіологічної збудливості ($72,2 \pm 1,7\%$ обстежених I групи, $75,4 \pm 1,7\%$ II групи та $77,1 \pm 1,7\%$ III групи). (рис.4.3.)

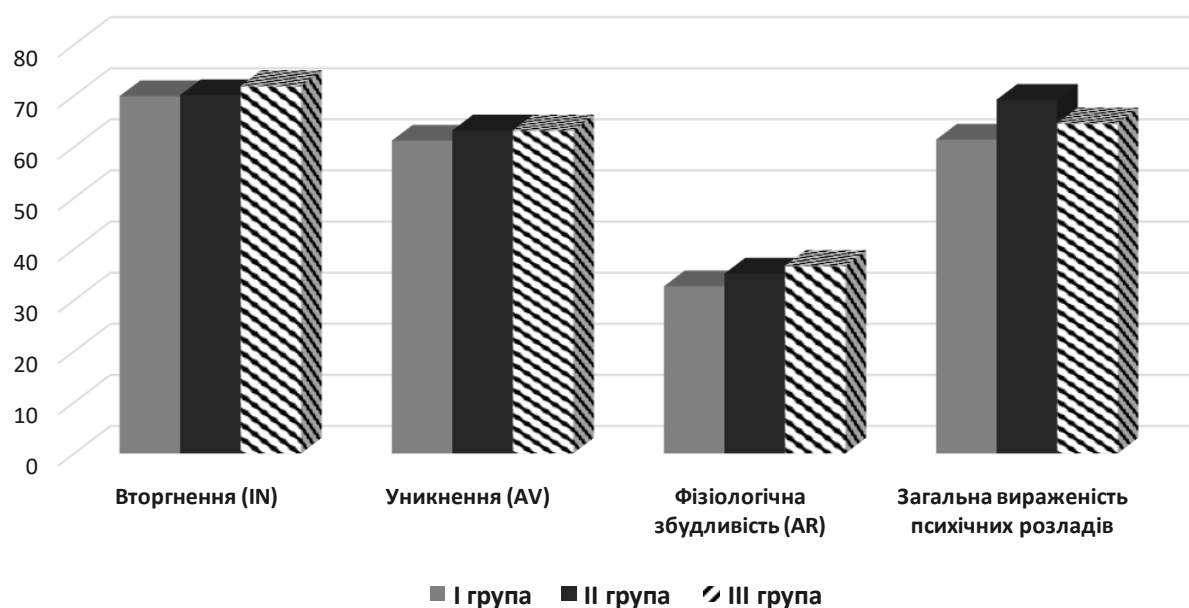


Рисунок 4.3. Прояви ПТСР за шкалою оцінки впливу травматичної події (бали)

Таблиця 4.3.

Вираженість психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (%)

	I група	II група	III група
Паранойяльні тенденції (PAR)	15,5±1,1	16,2±1,1	15,9±1,1
Тривожність (ANX)	82,1±1,8	88,2±1,8	91,1±1,9
Ворожість (HOS)	49,2±1,4	50,1±1,5	50,9±1,5
Соматизація (SOM)	46,5±1,4	48,2±1,4	51,1±1,5
Обсесивність-компульсивність (O-C)	69,8±1,6	70,1±1,7	70,3±1,7
Міжособистісна сензитивність (INT)	22,1±1,2	20,9±1,2	21,6±1,2
Депресія (DEP)	59,1±1,5	68,1±1,6	75,1±1,7
Фобічна тривога (PHOB)	33,1±1,3	32,9±1,3	33,3±1,3
Психотизм (psy)	25,6±1,2	26,1±1,2	26,2±1,2

Для обстежених хворих притаманні важкий депресивний (55,6±1,5% обстежених I групи, 57,2±1,5% II групи, 60,1±1,6% III групи) та тривожний (71,2±1,7%, 72,2±1,7% та 74,3±1,7% обстежених відповідно) епізоди за клінічними шкалами тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона; клінічні

прояви тривоги ($68,2 \pm 1,6\%$ обстежених I групи, $69,2 \pm 1,6\%$ II групи та $72,6 \pm 1,7\%$ III групи) та депресії ($72,5 \pm 1,7\%$, $73,3 \pm 1,7\%$ та $79,2 \pm 1,7\%$ обстежених відповідно) за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). (табл 4.4)

Таблиця 4.4.

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група	II група	III група
Шкала тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона				
Відсутність	тривоги	0	0	0
	депресії	0	0	0
Легкий епізод	тривоги	$12,1 \pm 1,1$	$11,5 \pm 1,1$	$11,0 \pm 1,1$
	депресії	$17,3 \pm 1,1$	$18,0 \pm 1,1$	$18,2 \pm 1,1$
Помірний епізод	тривоги	$16,7 \pm 1,1$	$16,3 \pm 1,1$	$14,7 \pm 1,1$
	депресії	$27,1 \pm 1,2$	$24,8 \pm 1,2$	$21,7 \pm 1,2$
Важкий епізод	тривоги	$71,2 \pm 1,7$	$72,2 \pm 1,7$	$74,3 \pm 1,7$
	депресії	$55,6 \pm 1,5$	$57,2 \pm 1,5$	$60,1 \pm 1,67$
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)				
Відсутність	тривоги	0	0	0
	депресії	0	0	0
Субклінічні прояви	тривоги	$31,8 \pm 1,3$	$30,8 \pm 1,3$	$27,4 \pm 1,2$
	депресії	$27,5 \pm 1,2$	$26,7 \pm 1,2$	$20,8 \pm 1,2$
Клінічні прояви	тривоги	$68,2 \pm 1,6$	$69,2 \pm 1,6$	$72,6 \pm 1,7$
	депресії	$72,5 \pm 1,7$	$73,3 \pm 1,7$	$79,2 \pm 1,7$

Як свідчать отримані у ході роботи данні для усіх обстежених комбатантів були притаманні низькі показники за усім шкалами оцінки соціально-психологічної адаптації, що свідчить про низький рівень адаптації. (табл 4.5)

Показники шкали оцінки соціально-психологічної адаптації (бали)

	I група	II група	III група
Адаптація	30,1	28,2	33,3
Сприйняття інших	30,3	33,0	28,1
Інтернальність	29,9	33,0	34,3
Самосприйняття	29,7	30,0	30,1
Емоційний комфорт	22,5	31,0	32,3
Прагнення до домінування	29,7	30,0	28,1

Як свідчать результати психодіагностичного обстеження у $67,2 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $68,2 \pm 1,6$ % II групи та $72,2 \pm 1,7$ % обстежених III групи відмічена наявність надвисокого рівня та у $21,1 \pm 1,2$ %, $22,2 \pm 1,2$ % та $24,3 \pm 1,2$ % обстежених відповідно підвищеного рівня соціальної фрустрованості, яка обумовлена факторами бойового стресу: загибелі друзів на власних очах, необхідність торкатися загиблих, наявність реальної загрози життю, вимушена зміна життєвого стереотипу (рисунок 4.4)

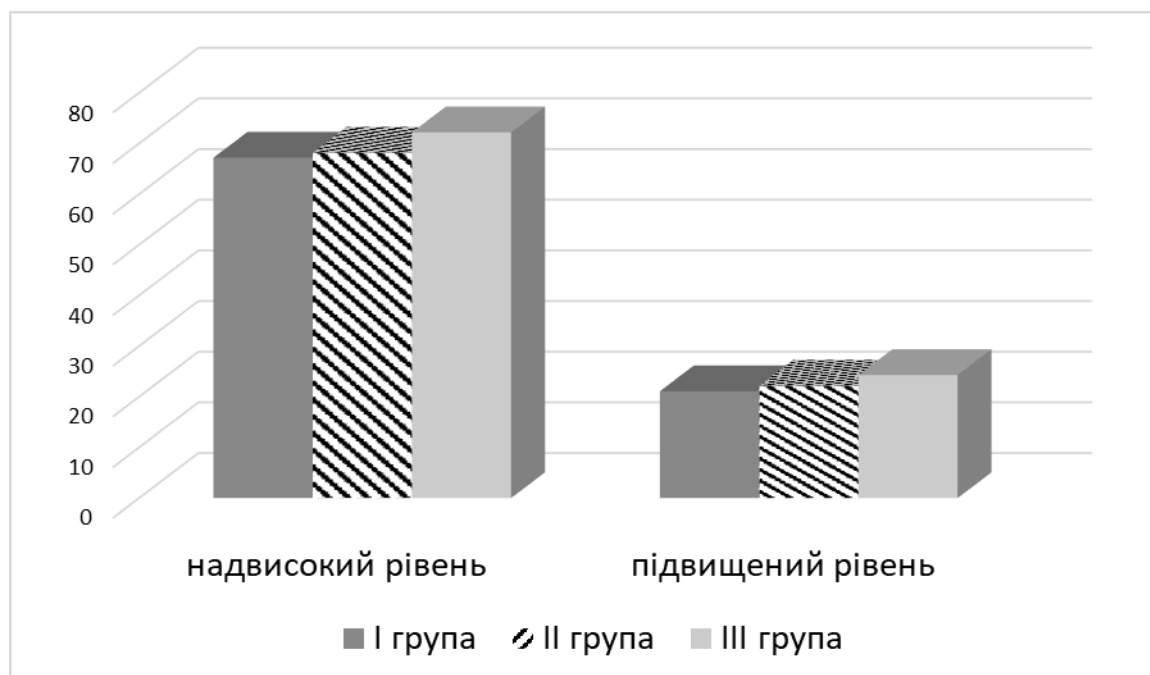


Рисунок 4.4. Рівень соціальної фрустрованості у обстежених хворих (%).

Базуючись на отриманих у ході роботи даних нами розроблена багатофакторна модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення. (рис 4.5.)



Рисунок 4.5. Багатофакторна модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення

Каталізатором виникнення непсихотичних психічних розладів є сам факт поранення, невизначеність прогнозу лікування, тривале перебування бойовій обстановці, недостатній рівень спеціальної підготовки перед бойовими діями, страх бути взятим в полон, загибель і важкі поранення побратимів на власних очах, необхідність участі в евакуації тіл загиблих, загроза загибелі під «залповим вогнем» або пострілу снайпера, тривале перебування у польових умовах (бліндажі, намети).

Прогностично значущими у формуванні непсихотичних психічних розладів є високий рівень травматичної події; надмірні ознаки симптомів

вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості; високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності за шкалою SCL-90-R; важкі клінічні прояви тривоги та депресії за клінічними Шкалою Гамільтона та Госпітаньєою шкалою тривоги та депресії.

Фундаментом для формування неспсихотичних психічних розладів є стан клінічно виражених проявів постравматичного стресового розладу та середньо-високий рівень вираженості тяжкості бойового досвіду.

Висновки до розділу 4

Чинниками ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів у обстежених хворих були сам факт поранення ($66,5 \pm 1,6\%$), невизначеність прогнозу лікування ($69,2 \pm 1,6\%$), тривале перебування у бойовій обстановці ($33,1 \pm 1,3\%$ обстежених), недостатній рівень спеціальної підготовки перед бойовими діями ($33,1 \pm 1,3\%$), страх бути взятим в полон ($32,5 \pm 1,3\%$), загибель і важкі поранення побратимів на власних очах ($61,6 \pm 1,6\%$); необхідність участі в евакуації тіл загиблих ($70,1 \pm 1,7\%$), загроза загибелі під час бою ($42,2 \pm 1,4\%$), тривале перебування у польових умовах (бліндажі, намети) ($39,1 \pm 1,3\%$). За даними психодіагностичного дослідження показники шкали оцінки тяжкості бойового досвіду у $72,3\%$ обстежених I групи, $85,2\%$ II групи та $86,9\%$ обстежених III групи знаходилися у діапазоні високого рівня вираженості, що свідчить про наявність неодноразових тривалих ситуацій безпосередньої загрози для життя, спостереження загибелі і поранень товаришів в ході бойових дій. Отримані данні свідчать про надвисоку силу бойового стресу (загроза власному життю), як чинника ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів комбатантів.

у $72,3 \pm 1,7\%$ обстежених I групи, $85,2 \pm 1,8\%$ II групи та $86,9 \pm 1,8\%$ обстежених III групи показники шкали оцінки тяжкості бойового досвіду знаходилися у діапазоні високого рівня вираженості, що свідчить про наявність неодноразових тривалих ситуацій безпосередньої загрози для життя,

спостереження загибелі і поранень товаришів в ході бойових дій. У обстежених військових домінуючими були наступні чинники інтенсивності бойового досвіду: багаторазова участь у військових операціях підвищеної небезпеки; велика кількість убитих, поранених, зниклих безвісті побратимів; тривале перебування в зоні обстрілу з боку противника; спостереження великої кількості вбивств і поранень в ході бойових дій

Аналіз показників шкали оцінки впливу травматичної події у обстежених комбатантів, які отримали поранення вираженість психічних розладів в середньому склала 61,4 бали у обстежених I групи, 63,5 бали – II групи та 64,6 балів – III групи обстежених, що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР. При цьому високий рівень впливу травматичної події відзначався шкалами вторгнення, уникнення та фізіологічної збудливості.

Аналіз даних отриманих за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R показує що комбатантам які отримали поранення притаманні високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості та обсессивності-компульсивності

Для обстежених хворих притаманні важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона; клінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою тривоги і депресії.

Як свідчать отримані у ході роботи данні для усіх обстежених комбатантів були притаманні низькі показники за усім шкалами оцінки соціально-психологічної адаптації, що свідчить про низький рівень адаптації.

Каталізатором виникнення неспсихотичних психічних розладів є сам факт поранення, невизначеність прогнозу лікування, тривале перебування бойовій обстановці, недостатній рівень спеціальної підготовки перед бойовими діями, страх бути взятим в полон, загибель і важки поранення побратимів на власних очах, необхідність участі в евакуації тіл загиблих, загроза загибелі під «залповим вогнем» або пострілу снайпера, тривале перебування у польових умовами (бліндажі, намети).

Прогностично значущими у формуванні непсихотичних психічних розладів є високий рівень травматичної події; надмірні ознаки симптомів вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості; високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності за шкалою SCL-90-R; важкі клінічні прояви тривоги та депресії за клінічними Шкалою Гамільтона та Госпітаньєою шкалою тривоги та депресії.

Фундаментом для формування непсихотичних психічних розладів є стан клінічно виражених проявів посттравматичного стресового розладу та середньо-високий рівень вираженості тяжкості бойового досвіду.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора

Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72

Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., Платинюк О.Б. Диференціальна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів. // Український вісник психоневрології, 2015. Т. 23, № 3 (84). С. 132-133.

РОЗДІЛ 5**ПЕРСОНІФІКОВАНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ**

Базуючись на отриманих в ході роботи даних про кліко-психопатологічні особливості неспсихотичних психічних розладів нами була розроблена і апробована комплексна персоніфікована система терапії неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Фармакотерапевтична складова розробленої програми базувалась на Клінічних рекомендаціях: Американською психіатричною асоціацією (APA), Всесвітньої Федерації Співтовариств Біологічної психіатрії (WFSBP), Національним інститутом здоров'я і клінічної якості Сполученого Королівства (NICE), Міжнародного суспільства досліджень травматичного стресу (ISTSS) та включала диференційоване, таргетне використання антидепресантів селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, селективних інгібіторів зворотного захвату зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну, транквілізаторів, анксиолітиків та адаптогенів

Психофармакотерапія включала диференційоване застосування антидепресантів – селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну, серотоніну та норадреналіну, мелатоніну та анксиолітиків. (рис 5.1.)

	I група	II група	III група
Гостра реакція на стрес (F43.0)	Гідазепам, мебікар, Екстракт <i>passiflora incarnata</i>	Гідазепам, мебікар, Екстракт <i>passiflora incarnata</i>	Гідазепам, мебікар, Екстракт <i>passiflora incarnata</i>
ПТСР (F43.1)	Пароксетин Сертралін	Венлафаксин Дулоксетин	Дулоксетин Есциталопрам
Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	Гідазепам, мебікар	Гідазепам, мебікар	Гідазепам, мебікар
Змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)	Гидрохсизин Гідазепам,	Прегабалін гідазепам	Прегабалін гідазепам
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	Сертралін Агомелатин	Дулоксетин Агомелатин	Дулоксетин Міртазапін

Рисунок 5.1. Персоніфікована система фармакотерапії

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано патогенетично обґрунтовану персоніфіковану програму психотерапевтичної корекції неспсихотичних психічних розладів у обстежених хворих (рис 5.2.)

	I група	II група	III група
F43.0	Раціональна психотерапія (5 - 6 сеансів) Травмофокусована КПТ (6 - 8 сеансів)		
	Арт-терапія «Малюнок себе» (10 сеансів)	Біосугестивна терапія (8 сеансів)	Проблемно долаюча терапія (10 сеансів) Психотонічний варіант АТ (10 сеансів)
F43.1	Травмофокусована КПТ (15 сеансів) EMDR (15 сеансів)		
	Арт-терапія «Малюнок хвороби» (10 сеансів)	КПТ «Оцінка емоцій» (10 сеансів)	КПТ усвідомленості (7 сеансів)
F43.21	Особистісно-орієнтована психотерапія (8 – 10 сеансів) Психотонічний варіант АТ (10 сеансів)		
	Тілесно-орієнтована психотерапія (8 сеансів) Тренінг інтерперсональної взаємодії (6 – 8 сеансів)	Біосугестивна терапія (8 сеансів) Арт-терапія «Панорама відносин» (8 сеансів)	Кризова психотерапія КПТ «Раціональні переконання»
F43.22	Індивідуально-орієнтована короткотермінова психодинамічна психотерапія (8 сеансів)		
	Арт-терапія «Зірка почуттів (8 сеансів)	Біосугестивна терапія	Тренінг подолання тривоги (10 – 12 сеансів).
F32.1, F32.2	Особистісно-орієнтована психотерапія (10 сеансів) Тренінг соціальних навичок та формування прихильності до терапії (8 - 10 сеансів)		
	Арт-терапія «Малюнок хвороби» (12 сеансів)	Екзенстенціальна терапія Роджерса (10 сеансів)	КПТ «Поведінкова активація» АТ спрямована на самоконтроль емоцій

Рисунок 5.2. Система психотерапевтичної корекції

Психотерапевтична програма базувалася на багатовимірній моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності «BASIC Ph» (Belief, Affect and emotions, Social, Imagination, Cognition, Physiological activity) (Мулі Лахад, 1999) та була спрямована на роботу з травматичними спогадами; емоційну переоцінку травматичного досвіду; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; вироблення навичок оволодіння синдромами гіперактивації, уникнення, надпильності; створення нової когнітивної моделі життєдіяльності; відновлення почуття цінності власної особистості; виробку емоційної стійкості до соціально-психологічної фрустрації; стабілізацію вегетативного статусу; трансформацію неконструктивної моделі реагування в конструктивну, адаптивну, спрямовану на зниження рівня тривоги превенцію розвитку вторинної тривожно-фобічної симптоматики; формування комунікативних і соціальних навичок.

Психотерапевтичний комплекс для хворих з гострою реакцією на стрес включав використання у всіх групах хворих раціональної психотерапії (5 – 6 сеансів), травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (6 – 8 сеансів); окрім цього у хворих I групи – арт-терапії «Малюнок себе» (10 сеансів); II групи – біосугестивної терапії (8 сеансів); III групи – проблемно долаючої терапії (10 сеансів), психотонічного варіанту аутогенного тренування (10 сеансів).

Психотерапевтична програма була спрямована на виробку стресостійкості у ситуації соціально-психологічної фрустрації; формування адаптивних комунікативних і соціальних навичок; емоційну та когнітивну переоцінку травматичного досвіду; відновлення відчуття цінності власної особистості; корекцію помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з бойовою психічною травмою.

Психотерапевтична підтримка хворих з ПТСР включала для усіх хворих травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (15 сеансів), EMDR (терапію методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима) (15 сеансів); з додатковим використанням для хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби» (10 сеансів); для хворих II групи когнітивно-

поведінкову терапію «Оцінка емоцій» (10 сеансів); для хворих III групи когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості (7 сеансів).

Психотерапевтична програма передбачала трансформацію неконструктивних поведінкових патернів, пов'язаних з бойовою психічною травмою; підвищення відчуття незалежності та самодостатності; вироблення навичок оволодіння синдромами гіперактивації, уникнення, надпильності.

При пролонгованій депресивній реакції використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію (8 – 10 сеансів), психотонічний варіант аутогенного тренування (10 сеансів); з додатковим використанням для хворих I групи тілесно-орієнтованої психотерапії (8 сеансів), тренінгу інтерперсональної взаємодії (6 – 8 сеансів); II групи - біосугестивної терапії (8 сеансів), арт-терапії «Панорама відносин» (8 сеансів); III групи – кризову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію «Раціональні переконання»

Психотерапевтичне втручання було спрямоване на переоцінку травматичного бойового досвіду, виробку адаптивних форм реагування на проблемні соціально-психологічні ситуації; виробку навичок управління своїм психофізіологічним та афективним станом.

Психотерапевтичний комплекс при змішаній тривожно-депресивній реакції включав для усіх хворих індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію (8 сеансів); з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Зірка почуттів (8 сеансів); II групи біосугестивної терапії та II групи – тренінгу подолання тривоги і формування впевненості в собі (10 – 12 сеансів).

Психотерапевтична програма була спрямована на переробку негативних нав'язливих спогадів бойового стресу; конструктивну переоцінку травматичного досвіду; зніження рівня тривоги

У хворих з депресивним епізодом використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію (10 сеансів), тренінг соціальних навичок та формування прихильності до терапії (8 – 10 сеансів); з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби» (12 сеансів); II

групи – екзенстенціальної терапії Роджерса (10 сеансів); III групи – когнітивно-поведінкову терапію «Поведінкова активація», аутогенного тренування з формулами самонавіювання, спрямованими на самоконтроль емоцій (10 сеансів).

Психотерапевтична програма передбачала зніження рівнів депресії, загальної та соматизованої тривоги, відновлення стресостійкості; виробку конструктивних форм реагування на подразники асоційовані з психотравмою; афективну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості.

У ході роботи розроблена персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади, яка включає у себе: моніторинг психічного стану ветеранів; створення реадaptaційної атмосфери та Програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового Pucelik Consulting Group. (рис. 5.3.)

Реабілітаційні заходи для хворих I групи включають афективну переоцінку травматичного досвіду та формування позитивної установки на майбутнє

Для хворих II групи корекцію переживань пов'язаних з зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією) та формування позитивної установки на майбутнє.

При реабілітації хворих III групи необхідною є використання посиленої психологічної уваги, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності та адаптацію до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки.

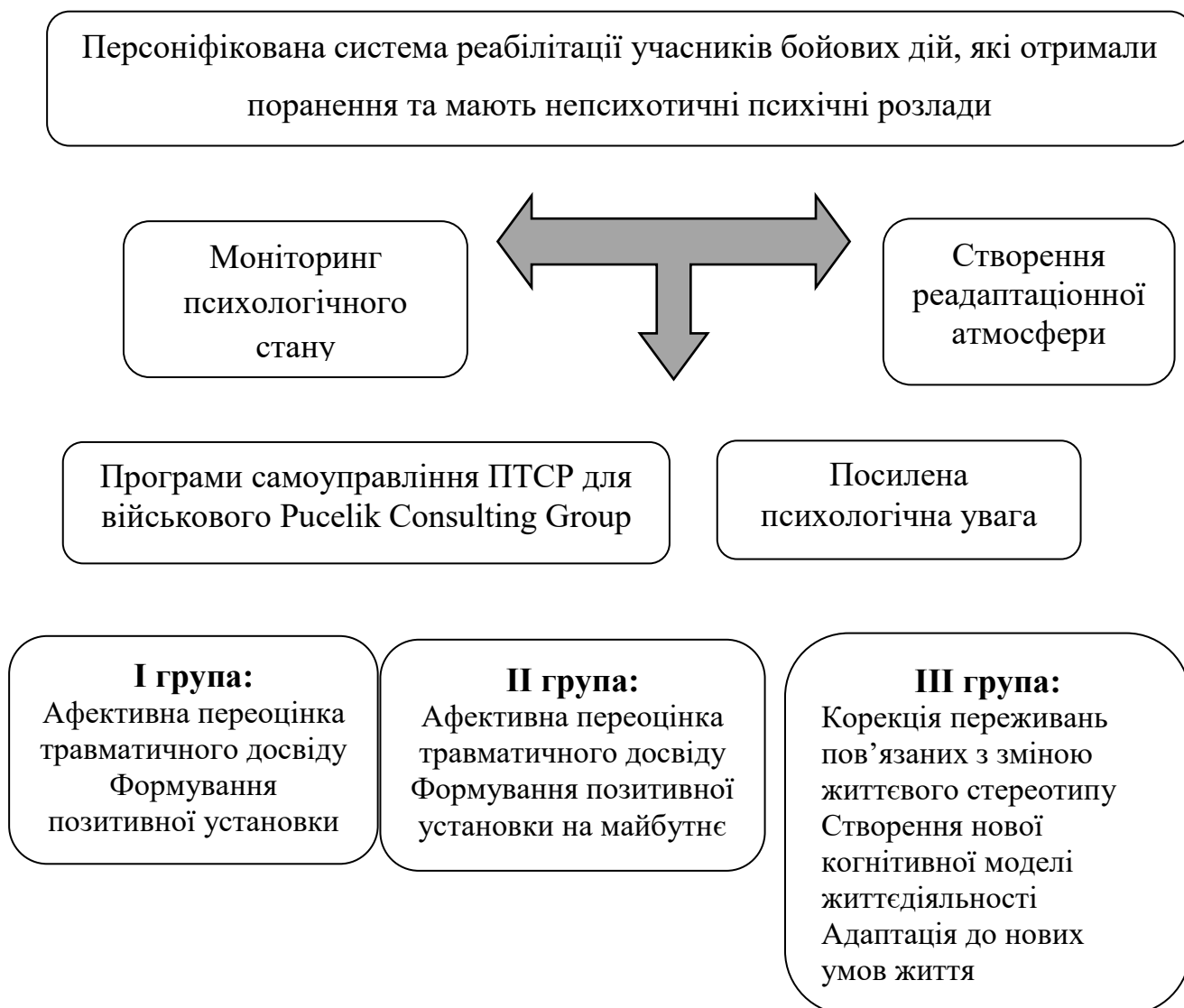


Рисунок 5.3. Персоніфікована система реабілітації осіб які постраждали внаслідок бойового стресу та мають непсихотичні психічні розлади

Моніторинг психологічного та психічного стану був спрямований на динамічне спостереження за комбатантами після випіски з госпиталю, контроль їх емоційних реакцій, специфіку адаптаційних реакцій

Посилена психологічна увага була спрямована на своєчасну профілактику та попередження неконструктивного емоційного реагування вимушених переселенців у стресових ситуаціях, підвищення рівня їх адаптаційних можливостей до ситуації міграції, забезпечення психологічного благополуччя.

Створення реадaptaційної атмосфери спрямоване на публічне визнання соціального значення участі в бойових діях та визнання високого соціального

статусу ветеранів та волонтерів; розуміння особливостей психічних реакцій і поведінки комбатантів, створення умов для сприятливої психологічної обстановки в соціумі.

Важливою складовою програми реабілітації є психоосвіта спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу і особливості адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; навчання навичкам оволодіння наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм станом

Психоосвітні заняття проводилися в сформованих в залежності від важкості поранення, закритих, з кількістю учасників 8 – 10 осіб, тривалістю 1,5 години 2 рази на тиждень. Тривалість програми складала 12 – 15 тижнів.

Психоосвітня програма включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу, тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення», «Рух вперед» та тренінгів асертивності та самоконтролю власного емоційного стану.

Кожне заняття будувалося за певною схемою: вступна частина, робочий час, обговорення. Вступна частина починалася з привітання учасників групи, обговорювалися організаційні моменти, мета і завдання. Далі обговорювалися загальні правила робочої групи, які фіксувалися на аркушах паперу.

Кожне наступне заняття починалося, з обговорення і повторення матеріалу попереднього заняття. Крім того, заохочується співвіднесення отриманої інформації з особистим досвідом хворих і їх переживаннями, акцентується увага пацієнтів на необхідності корекції спотворень неправильно зрозумілої інформації, дезадаптивних установок і поведінки.

З метою превенції розвитку та декомпенсації неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення базуючись на отриманих в ході роботи даних нами була розроблена комплексна система психопрофілактики.

Програма психопрофілактики для комбатантів, які отримали поранення включала у себе нормалізацію психоемоційного стану, зменшення тривоги, внутрішнього напруження, адаптацію до нових умов життя, навчання та праці, когнітивну переоцінку травматичного досвіду формування адаптивної моделі поведінки, підвищення спроможності адекватно реагувати на проблемні ситуації і приймати конструктивні рішення; трансформацію психічної напруги в соціально прийнятні форми поведінки; адаптацію до нового життєвого статусу; підвищення життєстійкості, сімейну психотерапію, подружню психокорекцію, медико-психологічна допомогу у разі виникнення неспсихотичних психічних розладів

Висновки до розділу 5

Базуючись на отриманих нами даних ми розробили модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення, яка склала основу створення комплексної персоніфікованої системи терапії неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з можливістю диференційованого використання методів психотерапії та психофармакотерапії.

Психофармакотерапія використовувала диференційоване застосування антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, серотоніну та норадреналіну, мелатоніну та анксиолітиків

Психотерапевтичний комплекс для хворих з гострою реакцією на стрес включав використання у всіх групах хворих раціональної психотерапії, травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії; окрім цього у хворих I групи – арт-терапії «Малюнок себе»; II групи – біосугестивної терапії; III групи – проблемно долаючої терапії, психотонічного варіанту аутогенного тренування.

Психотерапевтична підтримка хворих з ПТСР включала для усіх хворих травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію, терапію методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима; з додатковим використанням для хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби»; для хворих II групи когнітивно-поведінкову терапію «Оцінка емоцій»; для хворих III групи когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості

При пролонгованій депресивній реакції використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію, психотонічний варіант аутогенного тренування; з додатковим використанням для хворих I групи тілесно-орієнтованої психотерапії, тренінгу інтерперсональної взаємодії; II групи - біосугестивної терапії, арт-терапії «Панорама відносин»; III групи – кризову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію «Раціональні переконання»

Психотерапевтичний комплекс при змішаній тривожно-депресивній реакції включав для усіх хворих індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію; з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Зірка почуттів; II групи біосугестивної терапії та II групи – тренінгу подолання тривоги і формування впевненості в собі.

У хворих з депресивним епізодом використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію, тренінг соціальних навичок та формування прихильності до терапії; з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби»; II групи – екзенстенціальної терапії Роджерса; III групи – когнітивно-поведінкову терапію «Поведінкова активація», аутогенного тренування з формулами самонавіювання, спрямованими на самоконтроль емоцій

У ході роботи розроблена персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади, яка включає: створення реадaptaційної атмосфери та моніторинг психічного стану ветеранів, програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового Pucelik Consulting Group.

Реабілітаційні заходи для хворих І групи включають афективну переоцінку травматичного досвіду та формування позитивної установки на майбутнє

Для хворих ІІ групи корекцію переживань пов'язаних з зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією) та формування позитивної установки на майбутнє

При реабілітації хворих ІІІ групи необхідною є використання посиленої психологічної уваги, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності та адаптацію до нових умов життя, зустрічі з волонтерами.

Важливою складовою програми реабілітації є психоосвіта спрямована на формування зрозумілої та правильної системи уявлень про наслідки бойового стресу и особливості адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; навчання базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, методами оволодіння наслідками бойової психічної травми, тривожних станів (пароксизмів), навичкам самоуправління та саморегуляції свого стану; розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Платинюк О.Б., Кощій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які отримали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.

Коростій В.І., Платинюк О.Б. Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорій населення, постраждалих внаслідок АТО. // Український вісник психоневрології, 2017. Т. 25, №1 (90). С. 127-128.

РОЗДІЛ 6**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСКОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОРАНЕННЯ ТА МАЮТЬ НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ.**

На тлі використання розробленої програми відмічене позитивну динаміку психічного стану, швидку редукцію афективної симптоматики у хворих основної групи ($86,9 \pm 1,8\%$ обстежених I групи, $87,0 \pm 1,8\%$ II групи та $85,6 \pm 1,8\%$ обстежених III групи), у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю ($37,8 \pm 1,3\%$, $33,1 \pm 1,3\%$, $29,2 \pm 1,2\%$ обстежених відповідно) (табл. 6.1.)

Відмічене достовірне зниження показників тривоги та депресії за Шкала тривоги (HAM-A) ($85,6 \pm 1,8\%$ хворих основної та $32,1 \pm 1,3\%$ контрольної групи) і депресії (HAM-D) Гамільтона ($74,2 \pm 1,7\%$ та $22,9 \pm 1,2\%$ хворих відповідно) та показників тривоги ($81,2 \pm 1,8\%$ хворих основної та $33,6 \pm 1,3\%$ контрольної груп) та депресії ($72,3 \pm 1,7\%$ та $28,9 \pm 1,2\%$ хворих відповідно) за госпітальною шкалою HADS. (табл 6.2.)

Таблиця 6.1.

Динамика психопатологічної симптоматики на тлі комплексної терапії у обстежених хворих (%)

	ОГ	КГ
Знижений фон настрою та афект туги	22,1±1,2	45,6±1,4
Смуток, пригніченість	22,5±1,2	47,5±1,4
Зниження працездатності і активності	31,1±1,3	48,2±1,4
Відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися	33,5±1,3	44,1±1,4
Безпідставне занепокоєння, тривога	20,1±1,2	39,8±1,3
Почуття власної провини перед загиблими	15,2±1,1	49,8±1,4
Безпорадність що-небудь змінити	16,9±1,1	51,1±1,5
Психомоторна загальмованість	15,7±1,1	39,6±1,3
Звуження кола інтересів	16,3±1,1	44,6±1,4
Ангедонія	22,1±1,2	38,6±1,3
Нав'язливий спогади бойових подій	19,6±1,1	41,2±1,4
Іпохондричні прояви	20,1±1,2	36,6±1,3
Порушення циклу сон-неспанья	19,6±1,1	42,2±1,4
Підвищений рівень пильнування	22,1±1,2	39,8±1,3
Напади паніки	19,4±1,1	35,6±1,3
Почуття небезпеки	16,2±1,1	29,8±1,2
Нестриманість афекту	20,1±1,2	46,5±1,4
Роздратованість	25,4±1,2	44,8±1,4
Гіперестезії	29,5±1,2	39,9±1,3
Концентрація уваги на стані соматичного неблагополуччя	36,2±1,3	45,2±1,4

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих після проведення психотерапевтичної програми (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група		II група		III група	
		ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Шкала тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-D) Гамільтона							
Відсутність	тривоги	29,4±1,2	4,1±1,1	31,1±1,3	6,2±1,1	22,5±1,2	4,5±1,1
	депресії	22,1±1,2	3,6±1,1	22,3±1,2	5,7±1,1	31,1±1,3	8,5±1,1
Легкий епізод	тривоги	33,9±1,3	13,5±1,1	32,9±1,3	16,9±1,1	33,1±1,3	15,1±1,1
	депресії	32,8±1,3	12,9±1,1	33,6±1,3	15,2±1,1	29,8±1,2	13,8±1,1
Помірний епізод	тривоги	14,4±1,1	16,5±1,1	20,8±1,2	17,1±1,1	28,6±1,2	15,2±1,1
	депресії	19,3±1,1	17,4±1,1	17,7±1,1	18,2±1,1	12,1±1,1	13,9±1,1
Важкий епізод	тривоги	14,4±1,1	65,9±1,6	15,2±1,1	59,8±1,5	15,8±1,1	65,2±1,6
	депресії	25,8±1,2	66,1±1,6	26,4±1,2	60,9±1,6	27,0±1,2	63,8±1,6
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)							
Відсутність	тривоги	22,2±1,2	6,3±1,1	25,2±1,2	5,6±1,1	21,1±1,2	3,9±1,1
	депресії	20,1±1,2	5,1±1,1	20,6±1,2	5,9±1,1	20,2±1,2	4,1±1,1
Субклінічні прояви	тривоги	59,0±1,5	29,3±1,2	54,7±1,5	28,2±1,2	56,7±1,5	29,2±1,2
	депресії	53,1±1,5	23,8±1,2	53,5±1,5	21,8±1,2	53,1±1,5	24,6±1,2
Клінічні прояви	тривоги	18,8±1,1	64,4±1,6	20,1±1,2	66,2±1,6	22,2±1,2	66,9±1,6
	депресії	26,8±1,2	71,1±1,7	25,9±1,2	72,3±1,7	26,7±1,2	71,3±1,7

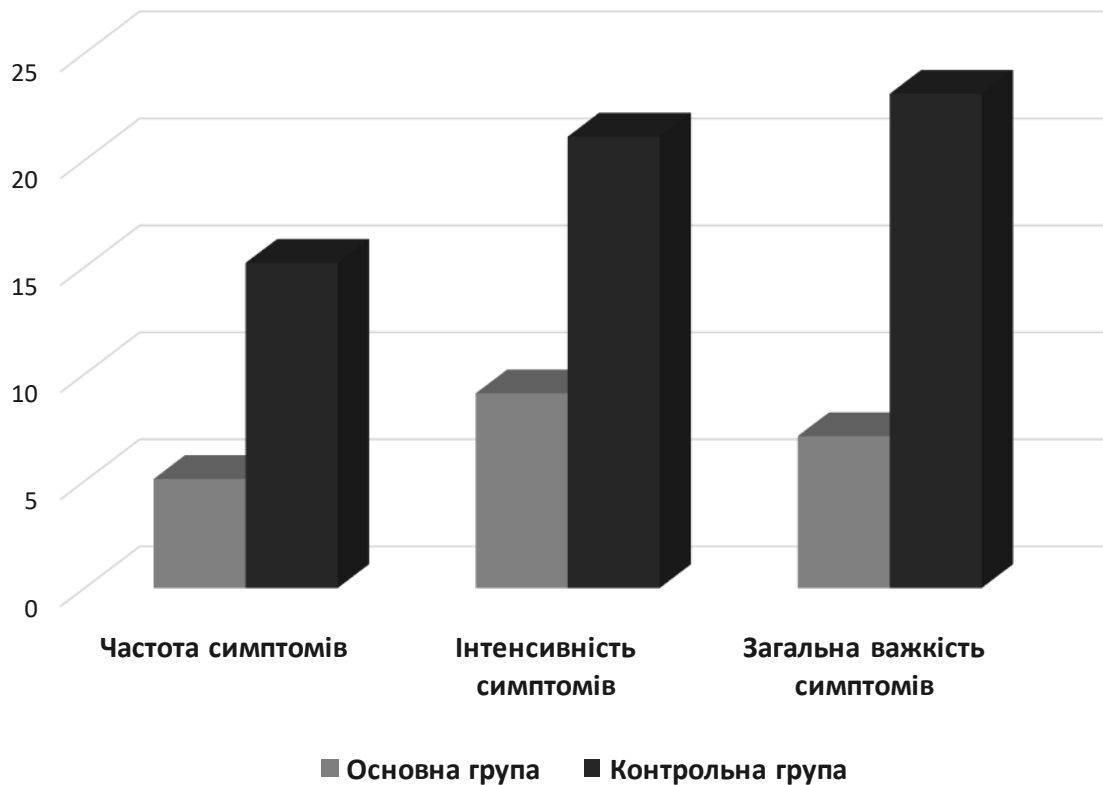


Рисунок 6.1. Динаміка проявів ПТСР за шкалою клінічної діагностики ПТСР (бали)

Як показали результати вивчення динаміки інтенсивності клінічних проявів ПТСР за шкалою клінічної діагностики ПТСР (CAPS), у $69,8 \pm 1,6$ % обстежених основної та $42,3 \pm 1,4$ % контрольної груп частота симптомів ПТСР склала у комбатантів $5,1 \pm 2,6$ інтенсивність симптомів $9,1 \pm 1,3$ бали, загальна важкість симптомів – $17,1 \pm 1,3$ бали, що не виходило за ланки психічної норми. (таблиця 6.3)

За Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу відмічена наступна динаміка - клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у $22,1 \pm 1,2$ % обстежених основної та $58,2 \pm 1,5$ % контрольної груп. (рис 6.2.)

Динаміка інтенсивності клінічних проявів ПТСР за даними шкали CAPS (бали)

	ОГ	КГ
Симптоми, пов'язані з повторними переживаннями травматичної події		
Повторні нав'язливі спогади	0,4±0,2	0,6±0,3
Важкі переживання за обставин, які нагадують різні аспекти травматичної події	0,2±0,1	0,5±0,1
Відчуття, ніби травматична подія відбувалася знову	0,2±0,2	0,4±0,1
Повторні сни про подію	0,3±0,1	0,6±0,3
Симптоми, пов'язані зі стійким уникненням подразника, що асоціюються з травмою		
Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок, що асоціюються з травмою	0,3±0,2	0,6±0,2
Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути спогадів про травму	0,1±0,2	0,3±0,1
Нездатність згадати важливі аспекти травми	0,2±0,1	0,4±0,3
Помітна втрата інтересу до улюблених занять	0,2±0,6	0,5±0,3
Відчуття відстороненості від оточуючих	0,1±0,2	0,3±0,2
Знижений рівень афекту	0,1±0,1	0,3±0,2
Відчуття відсутності перспектив на майбутнє	0,2±0,1	0,4±0,1
Симптоми, пов'язані зі стійкою підвищеною збудливістю		
Порушення сну	0,2±0,1	0,4±0,2
Дратівливість або напади гніву	0,1±0,1	0,3±0,3
Труднощі з концентрацією уваги	0,2±0,1	0,4±0,1
Підвищена настороженість	0,2±0,2	0,5±0,3
Перебільшена реакція переляку	0,2±0,2	0,6±0,2
Фізіологічна реактивність	0,1±0,6	0,3±0,1

За шкалою оцінки впливу травматичної події відмічена наступна динаміка у 45,2±1,4% комбатантів основної та у 23,5±1,2% контрольної груп

реєструвалася відсутність клінічних проявів ПТСР. В основній групі обстежених відзначено достовірне зниження кількості пацієнтів з симптомами «вторгнення» ($15,2 \pm 1,1\%$) та «уникнення» ($13,2 \pm 1,1\%$), в контрольній групі, після проведення традиційного лікування, симптоми «вторгнення» зберігалися у $36,2 \pm 1,3\%$ обстежених, а симптоми «уникнення» у $38,1 \pm 1,3\%$. (табл 6.4)

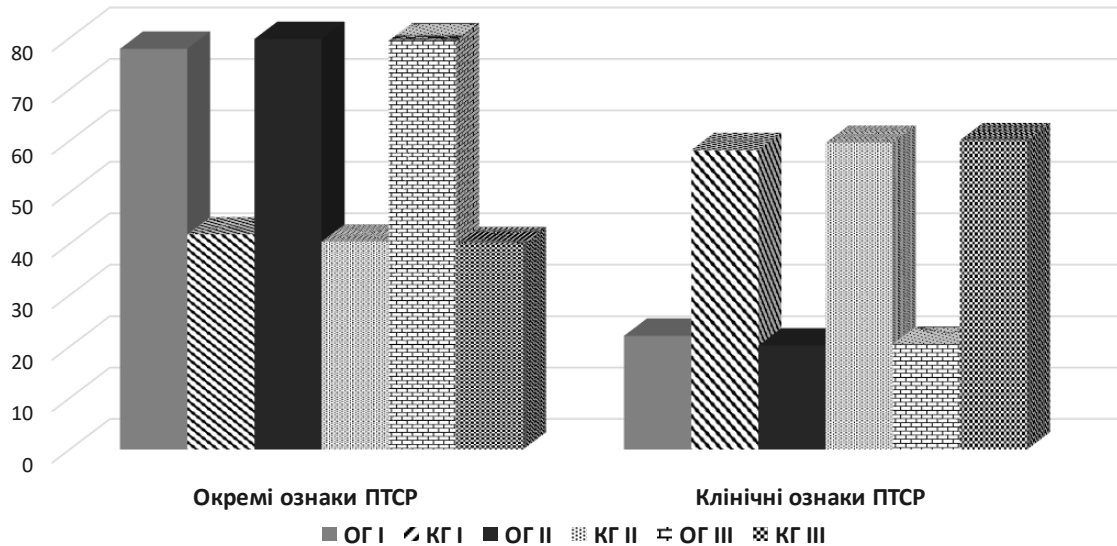


Рис.6.2. Динаміка проявів ПТСР Місісіпською шкалою (%)

Таблиця 6.4

Динаміка проявів ПТСР за шкалою оцінки впливу травматичної події (бали)

	I група	II група	III група
Вторгнення (IN)	69,9±5,7	70,1±4,5	71,9±5,7
Уникнення (AV)	61,2±5,6	63,2±5,6	63,2±5,6
Фізіологічна збудливість (AR)	32,7±3,2	35,2±3,8	36,7±3,2
Загальна вираженість психічних розладів	61,4±5,2	69,2±4,8	64,6±5,0

Оцінка динаміки стану соціально-психологічної дезадаптації та її основних факторів за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда показала зниження рівня дезадаптації у $82,3 \pm 1,8\%$ комбатантів основної та $46,2 \pm 1,4\%$ контрольної

груп, відчуття неприйняття себе у $79,8 \pm 1,7\%$ та $19,5 \pm 1,1\%$ обстежених відповідно, неприйняття інших у $68,9 \pm 1,6\%$ обстежених основної і $31,3 \pm 1,3\%$ контрольної груп та емоційного дискомфорту у $68,9 \pm 1,6\%$ та $33,2 \pm 1,3\%$ відповідно.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії неспсихотичних психічних розладів та системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення. У $68,2 \pm 1,6\%$ обстежених основної та $29,9 \pm 1,2\%$ контрольної груп встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану, стабілізація фону настрою та підвищення ефективності соціальної адаптації.

Висновки до розділу 6

На тлі використання розробленої програми відмічено позитивну динаміку психічного стану, нормалізацію емоціонального стану, швидку редукцію депресивної та тривожної симптоматики у хворих основної групи, у порівнянні із незначними однак позитивними змінами психічного стану пацієнтів групи контролю.

У хворих основної групи на відміну від контрольної групи ми бачимо достовірне зниження показників депресії та тривоги за шкалою депресії та тривоги Гамільтона та показників тривоги і депресії за госпітальною шкалою

Як показали результати вивчення динаміки інтенсивності клінічних проявів ПТСР у $63,8\%$ обстежених основної та $22,3\%$ контрольної груп частота симптомів ПТСР склала $5,1 \pm 2,6$ бали, інтенсивність симптомів - $9,1 \pm 1,3$ бали, загальна важкість симптомів - $7,1 \pm 1,3$ бали, що не виходило за ланки психічної норми.

За Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу відмічена наступна динаміка - клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у $22,1\%$ обстежених основної та $58,2\%$ контрольної груп.

За шкалою оцінки впливу травматичної події відмічена наступна динаміка у $45,2\%$ комбатантів основної та у $23,5\%$ контрольної груп реєструвалася

відсутність клінічних проявів ПТСР. В основній групі обстежених відзначено достовірне зниження кількості пацієнтів з симптомами «вторгнення» та «уникнення».

Оцінка динаміки проявів соціально-психологічної дезадаптації та її основних складових показала зниження рівня дезадаптації у 82,3% комбатантів основної та 46,2% контрольної груп.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії непсихотичних психічних розладів та системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження дало можливість підтвердити ефективність розробленої нами персоніфікованої системи терапії непсихотичних психічних розладів та системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення. У $68,2 \pm 1,6\%$ обстежених основної та $29,9 \pm 1,2\%$ контрольної груп встановлено стійку позитивну динаміку психічного стану, стабілізацію фону настрою та підвищення ефективності соціальної адаптації.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора

Platyniuk O.B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. // Journal of Education, Health and Sport. 2020. Vol. 10 № 12. P. 359-364.

Platyniuk O. Clinical features of formation of PTSD in the combatants who were injured. // Abstract book 8th International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv. 14-15 May 2015: abstract book. – KhNMU. 2015. P. 201.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено комплексне обстеження 145 комбатантів, чоловічої статі у середньому віці $32,5 \pm 11,4$ років, які отримали поранення поза мозкової локалізації, мали неспсихотичні психічні розлади та знаходилися на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону МО України.

Залежно від локалізації та важкості поранення обстежені були розділені на підгрупи:

I – з непроникаючими вогнепальними пораненнями – 32,2% обстежених

II - з проникаючими вогнепальними пораненнями – 34,6%

III – з ампутацією кінцівок – 33,2%

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 103 чоловіків, контрольну групу – 42 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію в госпиталі.

У роботі були використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи дослідження.

Як свідчать отримані у ході роботи данні у обстежених комбатантів відзначалися наступні неспсихотичні розлади: гостра реакція на стрес, постратравматичний стресовий розлад, пролонгована депресивна реакція, змішана тривожно-депресивна реакція та депресивний епізод.

Клінічна структура неспсихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів, які отримали поранення була представлена депресивним, тривожним, дисфорічним, астеничним та психосоматичним варіантами психопатологічної симптоматики.

Депресивний симптомокомплекс був здебільше представлений зниженим настроєм, тугою, смутком, зниженням працездатності і активності, пригніченістю, почуття власної провини перед загиблими, безпорадність щонебудь змінити, психомоторною загальмованістю, андедонією та іпохондричними проявами.

Тривожний симптомокомплекс – відчуттям тривоги, внутрішнім дискомфортом, підвищеним рівнем пильнування, нападами паніки, почуттям небезпеки, невмотивованими побоюваннями і страхами.

Для дисфоричного симптомокомплексу були притаманні нестриманість афекту, гнівливість, схильність до частих суперечок, перебільшене реагування на звичайні стимули, невербальна агресивна поведінка.

Астенічний синдромокомплекс проявлявся підвищеною фізичною та психічною втомою, пасивністю, роздратованістю, гіперстезіями найчастіше у процесі засинання.

Психосоматичний синдромокомплекс - емоційною лабільністю, соматичні м'язовими симптомами, концентрацією уваги на стані соматичного неблагополуччя.

Чинниками ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у обстежених хворих були сам факт поранення, невизначеність прогнозу лікування, тривале перебування бойовій обстановці, недостатній рівень спеціальної підготовки перед бойовими діями, страх бути взятим в полон, загибель і важки поранення побратимів на власних очах, необхідність участі в евакуації тіл загиблих, загроза загибелі під час бойових дій, тривале перебування у польових умовами.

За даними психодіагностичного дослідження показники шкали оцінки тяжкості бойового досвіду у 72,3% обстежених I групи, 85,2% II групи та 86,9% обстежених III групи знаходилися у діапазоні високого рівня вираженості, що свідчить про наявність неодноразових тривалих ситуацій безпосередньої загрози для життя, спостереження загибелі і поранень товаришів в ході бойових дій

У обстежених військових домінуючими були наступні чинники інтенсивності бойового досвіду (оцінка більше 2,5 балів): багаторазова участь у військових операціях підвищеної небезпеки; велика кількість убитих, поранених, зниклих безвісті побратимів; тривале перебування в зоні обстрілу з боку противника; спостереження великої кількості вбивств і поранень в ході бойових дій.

Отримані данні свідчать про надвисоку силу бойового стресу (загроза власному життю), як чинника ризику розвитку несприятливих психічних розладів комбатантів.

За шкалою клінічної діагностики ПТСР у обстежених комбатантів частота симптомів ПТСР склала 33,9 балів, їх інтенсивність – 32,2 балів, загальна важкість симптомів – 67,1 балів, що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

Аналіз показників шкали оцінки впливу травматичної події у обстежених комбатантів, які отримали поранення вираженість психічних розладів в середньому склала 61,4 бали у обстежених I групи, 63,5 бали – II групи та 64,6 балів – III групи обстежених, що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР. При цьому високий рівень впливу травматичної події відзначався шкалами вторгнення, уникнення та фізіологічної збудливості.

Відповідно за даними результатів Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у 70,1% обстежених I групи, 71,1% II групи та 75,2% обстежених III групи.

Аналіз даних які ми отримали за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R показує що комбатантам які отримали поранення притаманні високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості та obsесивності-компульсивності

Для обстежених хворих притаманні важкий тривожний та депресивний епізоди за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона; клінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою тривоги і депресії.

Як свідчить отримані у ході роботи данні для усіх обстежених комбатантів були притаманні низькі показники за усім шкалами оцінки соціально-психологічної адаптації, що свідчить про низький рівень адаптації.

Базуючись на отриманих даних нами розроблена модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які отримали поранення, яка склала основу створеної комплексної персоніфікованої системи лікування неспсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з можливістю диференційованого використання методів психотерапії та психофармакотерапії.

Психофармакотерапія використовувала диференційоване застосування антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, серотоніну та норадреналіну, мелатоніну та анксиолітиків.

Психотерапевтичний комплекс для хворих з гострою реакцією на стрес включав використання у всіх групах хворих раціональної психотерапії, травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії; окрім цього у хворих I групи – арт-терапії «Малюнок себе»; II групи – біосугестивної терапії; III групи – проблемно долаючої терапії, психотонічного варіанту аутогенного тренування.

Психотерапевтична підтримка хворих з ПТСР включала для усіх хворих травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію, терапію методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима; з додатковим використанням для хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби»; для хворих II групи когнітивно-поведінкову терапію «Оцінка емоцій»; для хворих III групи когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості

При пролонгованій депресивній реакції використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію, психотонічний варіант аутогенного тренування; з додатковим використанням для хворих I групи тілесно-орієнтованої психотерапії, тренінгу інтерперсональної взаємодії; II групи - біосугестивної терапії, арт-терапії «Панорама відносин»; III групи – кризову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію «Раціональні переконання»

Психотерапевтичний комплекс при змішаній тривожно-депресивній реакції включав для усіх хворих індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію; з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Зірка почуттів»; II групи біосугестивної терапії та II групи - тренінгу подолання тривоги і формування впевненості в собі.

У хворих з депресивним епізодом використовували для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію, тренінг соціальних навичок та формування прихильності до терапії; з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби»; II групи – екзенстенціальної терапії Роджерса; III групи – когнітивно-поведінкову терапію «Поведінкова активація», аутогенного тренування з формулами самонавіювання, спрямованими на самоконтроль емоцій

У ході роботи розроблена персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади, яка включає: створення реадaptaційної атмосфери, моніторинг психічного стану ветеранів та Програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового Pucelik Consulting Group.

Реабілітаційні заходи для хворих I групи включають афективну переоцінку травматичного досвіду та формування позитивної установки на майбутнє

Для хворих II групи корекцію переживань пов'язаних з зміною життєвого стилю (труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією; відчуття безпорадності) та формування позитивної установки на майбутнє.

При реабілітації хворих III групи необхідною є використання посиленої психологічної уваги, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності та адаптацію до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, зустрічі з волонтерами.

Важливою складовою програми реабілітації є психоосвіта яка спрямована на формування зрозумілої системи уявлень про наслідки бойового стресу и особливості адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; навчання методам оволодіння наслідками бойової психічної травми, тривожних

пароксизмів, базовим технікам самодопомоги під час інтрузивних спогадів, навичкам самоуправління та саморегуляції свого стану; розумінню основних психопатологічних реакцій та наслідків, що викликані психічною травмою.

Критеріями ефективності використання розробленої програми психотерапевтичної підтримки визначено: динаміку особистісних якостей, психічного стану, якості життя та соціально-психологічної адаптації обстежених комбатантів.

На тлі використання розробленої програми відмічено швидку редукцію депресивної та тривожної симптоматики, позитивну динаміку психічного стану, нормалізацію емоціонального стану у пацієнтів основної групи, у порівнянні із незначними однак позитивними змінами психічного стану пацієнтів контрольної групи.

У пацієнтів основної групи на відміну від контрольної групи відмічено достовірне зниження показників депресії та тривоги за шкалою тривоги та депресії Гамільтона та показників тривоги і депресії за госпітальною шкалою

Як показали результати вивчення динаміки інтенсивності клінічних проявів ПТСР у 63,8% обстежених основної та 22,3% контрольної груп частота симптомів ПТСР склала $5,1 \pm 2,6$ бали, інтенсивність симптомів - $9,1 \pm 1,3$ бали, загальна важкість симптомів - $7,1 \pm 1,3$ бали, що не виходило за ланки психічної норми.

За Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу відмічена наступна динаміка - клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у 22,1% обстежених основної та 58,2% контрольної груп.

За шкалою оцінки впливу травматичної події відмічена наступна динаміка у 45,2 % комбатантів основної та у 23,5 % контрольної груп реєструвалася відсутність клінічних проявів ПТСР. В основній групі обстежених відзначено достовірне зниження кількості пацієнтів з симптомами «вторгнення» та «уникнення».

Оцінка динаміки стану соціально-психологічної дезадаптації та її основних факторів показала зниження рівня дезадаптації у 82,3% комбатантів основної та 46,2% контрольної груп.

Проведене дворічне катamnестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії непсихотичних психічних розладів та системи реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі вивчити особливості формування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення та розробити модель їх комплексної терапії та реабілітації хворих.

2. Клінічна структура непсихотичних психічних розладів у обстежених комбатантів, які отримали поранення представлена депресивним ($19,2 \pm 1,1\%$ обстежених I групи, $29,8 \pm 1,2\%$ II групи, $34,2 \pm 1,3\%$ III групи), тривожним ($31,8 \pm 1,3\%$ обстежених I, $33,1 \pm 1,3\%$ II та $28,5 \pm 1,2\%$ III групи), дисфорічним ($9,5 \pm 1,1\%$, $15,2 \pm 1,1\%$ та $22,1 \pm 1,2\%$ відповідно), астенічним ($17,4 \pm 1,1\%$ обстежених I групи, $11,0 \pm 1,1\%$ II групи та $7,6 \pm 1,1\%$ обстежених III групи) та психосоматичним ($22,1 \pm 1,2\%$ обстежених I, $10,9 \pm 1,1\%$ II та $7,6 \pm 1,1\%$ III груп) варіантами психопатологічної симптоматики.

3. Прогностично значущими у формуванні непсихотичних психічних розладів є високий рівень впливу травматичної події; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона; надмірні ознаки симптомів вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості; високі рівні соматизації, депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою. Базисом для формування непсихотичних психічних розладів є стан клінічно виражених проявів ПТСР (за шкалою CAPS) та середньо-високий рівень вираженості важкості бойового досвіду.

4. Розроблена і апробована комплексна персоніфікована система терапії непсихотичних психічних розладів серед учасників бойових дій, які отримали поранення з диференційованим використанням методів психотерапії та психофармакотерапії.

Психофармакотерапія включає диференційоване застосування антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, серотоніну та норадреналіну, мелатоніну та анксиолітиків.

Психотерапевтичний комплекс для хворих з гострою реакцією на стрес включе використання у всіх групах хворих травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (6 – 8 сеансів), раціональної психотерапії (5 – 6 сеансів); окрім цього у хворих I групи – арт-терапії «Малюнок себе» (10 сеансів); II групи – біосугестивної терапії (8 сеансів); III групи - проблемно долаючої терапії (10 сеансів), психотонічного варіанту аутогенного тренування (10 сеансів).

Психотерапевтична підтримка хворих з ПТСР включає для усіх хворих травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (15 сеансів), EMDR (терапію методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима) (15 сеансів); з додатковим використанням для хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби» (10 сеансів); для хворих II групи когнітивно-поведінкову терапію «Оцінка емоцій» (10 сеансів); для хворих III групи когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості (7 сеансів).

При пролонгованій депресивній реакції використання для усіх хворих особистісно-орієнтовану психотерапію (8 – 10 сеансів), психотонічний варіант аутогенного тренування (10 сеансів); з додатковим використанням для хворих I групи тілесно-орієнтованої психотерапії (8 сеансів), тренінгу інтерперсональної взаємодії (6 – 8 сеансів); II групи – біосугестивної терапії (8 сеансів), арт-терапії «Панорама відносин» (8 сеансів); III групи – кризову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію «Раціональні переконання».

Психотерапевтичний комплекс при змішаній тривожно-депресивній реакції включе для усіх хворих індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію (8 сеансів); з додатковим використанням у хворих I групи арт-терапії «Зірка почуттів» (8 сеансів); II групи біосугестивної терапії та II групи – тренінгу подолання тривоги і формування впевненості в собі (10 – 12 сеансів).

У хворих з депресивним епізодом використовується для усіх хворих тренінг соціальних навичок та формування прихильності до терапії (8 – 10 сеансів), особистісно-орієнтовану психотерапію (10 сеансів); з додатковим

використанням у хворих I групи арт-терапії «Малюнок хвороби» (12 сеансів); II групи – екзенстенціальної терапії Роджерса (10 сеансів); III групи – в когнітивно-поведінкову терапію «Поведінкова активація», аутогенного тренування з формулами самонавіювання, спрямованими на самоконтроль емоцій (10 сеансів).

5. Розроблена персоніфікована система реабілітації учасників бойових дій, які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади, яка включає: створення реадaptaційної атмосфери, моніторинг психічного стану ветеранів та Програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового Pucelik Consulting Group.

Реабілітаційні заходи для хворих I групи включають афективну переоцінку травматичного досвіду та формування позитивної установки на майбутнє. Для хворих II групи корекцію переживань пов'язаних з зміною життєвого стилю (труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією, відчуття безпорадності) та формування позитивної установки на майбутнє. При реабілітації хворих III групи необхідно є використання посиленої психологічної уваги, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності та адаптацію до нових умов життя, зустрічі з волонтерами.

6. На тлі використання розробленої програми відмічене позитивну динаміку психічного стану у хворих основної групи ($86,9 \pm 1,8\%$ обстежених I групи, $87,0 \pm 1,8\%$ II групи та $85,6 \pm 1,8\%$ обстежених III групи), у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю ($37,8 \pm 1,3\%$, $33,1 \pm 1,3\%$, $29,2 \pm 1,2\%$ обстежених відповідно). Достовірне зниження показників тривоги та депресії за HAM-A ($85,6 \pm 1,8\%$ хворих основної та $32,1 \pm 1,3\%$ контрольної групи) і HAM-D та показників тривоги ($81,2 \pm 1,8\%$ хворих основної та $33,6 \pm 1,3\%$ контрольної груп) та депресії ($72,3 \pm 1,7\%$ та $28,9 \pm 1,2\%$ хворих відповідно) за HADS

7. Відмічена позитивна динаміка зниження інтенсивності клінічних проявів ПТСР за CAPS у $63,8 \pm 1,6\%$ обстежених основної та $22,3 \pm 1,2\%$

контрольної груп. За шкалою оцінки впливу травматичної в основній групі обстежених відзначено достовірне зниження кількості пацієнтів з симптомами «вторгнення» ($15,2 \pm 1,1\%$) та «уникнення» ($13,2 \pm 1,1\%$), в контрольній групі, після проведення лікування за протоколами, симптоми «уникнення» у $38,1 \pm 1,3\%$, а симптоми «вторгнення» зберігалися у $36,2 \pm 1,3\%$ обстежених. На тлі терапії спостерігалися зниження рівня соціально-психологічної дезадаптації та її основних факторів у $82,3 \pm 1,8\%$ комбатантів основної та $46,2 \pm 1,4\%$ контрольної груп.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Важливою складовою програми реабілітації комбатантів які отримали поранення та мають непсихотичні психічні розлади повинна бути психоосвіта спрямована на формування правильної та логічної системи уявлень про наслідки бойового стресу та досвіду и особливості адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; розумінню основних психопатологічних реакцій та наслідків, які викликані психічною травмою; навчанню методам оволодіння симптомів які виникають внаслідок бойової психічної травми, базовим технікам самопомоги під час тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навичкам самоуправління та саморегуляції своїм станом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдрыхімов Р.А. Соціальна фрустрованість та особливості невротичного реагування у учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 10-13.
2. Абдрыхімов Р.А., Абдрыхімова Ц.Б. Феноменологічні прояви психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, № 1 (98). С. 65-68.
3. Абдрыхімова Ц.Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів непсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки. // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, № 1 (74). С. 34-39.
4. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
5. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації). // Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ: НДЦ ГП ЗС України. 2016. 147 с.
6. Аймедов К.В., Асєєва Ю.О., Толмачов О.А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 128-129.
7. Бабов К.Д. Посттравматичний стресовий розлад у постраждалих від надзвичайних станів як актуальна проблема медико-психологічної реабілітації // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2015. № 3/4. С. 38-41.
8. Безшейко В.Г. Ефективність короткострокової травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії у осіб з посттравматичним стресовим розладом, які побували в зоні бойових дій // Ліки України Плюс. 2015. № 4. С. 111-115.

9. Беляєв Н.М., Яворовенко О.Б., Куриленко І.В. та ін. Причини та важкість інвалідності в учасників Антитерористичної операції. // *Biomedical and biosocial anthropology*. 2016. № 27. С. 187-191.
10. Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., Куриленко І.В. та ін. Інвалідність, зумовлена наслідками бойових травм в учасників Антитерористичної операції в регіонах України. // *Зб. наук. прац. співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика*. 2017. № 27. С. 186-201.
11. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.
12. Блінов О.А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. // *Вісник Національного університету оборони України : зб. наук. пр.* 2014. № 4 (41). С. 168-173.
13. Блінов О.А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : навч.-метод. посіб. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.
14. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
15. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В., Хаустова О.О. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації. Київ. 2014. 53 с.
16. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Ладик-Бризгалова А.К. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 11-15.
17. Бучок Ю.С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. // *Український вісник психоневрології*. 2014. № 3 (80). С. 42-47.
18. Верба А.В., Барбазюк О.А., Мех П.І. та ін. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України. К., 2017. 268 с.

19. Верба А.В., Барбазюк О.А., Швець А.В. та ін. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). // під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О.В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В.С. Гічуна. Київ. 2017. 102 с.
20. Вербицкий Е.Ю. Гендерные особенности распространенности и клинико-психопатологические проявления нозологических форм непсихотических психических, связанных со стрессом расстройств у вынужденных переселенцев из зоны антитеррористической операции в Луганской области. // Психиатрия, Психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7, № 3. С. 323–328.
21. Вербицкий Є.Ю., Євтушенко Ю.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16-19.
22. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб. Питер. 2009. 225 с.
23. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків, 2014. 67 с.
24. Волошин П.В. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації. // Харків. 2009. С. 45-47.
25. Волошин П.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2. С. 105.
26. Волошин П.В., Марута Н.О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 10-18.
27. Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія. Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

28. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України сучасні можливості та перешкоди. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 1 (82). С. 5-11.
29. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, № 2 (83). С. 105.
30. Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. // Патологія. 2018. Т. 15, № 1 (42). С. 73-76.
31. Гальченко А.В. Сучасні відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології. // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2019 Т. 19, № 1 (64). С. 7-11.
32. Глаголич С.Ю. Клініко-соціальні особливості дезадаптивних станів у волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні АТО. // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 69-76.
33. Глаголич С.Ю., Маркова М.В. Стан психоемоційної сфери волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні бойових дій. // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. № 1 (9). С. 93-100.
34. Гриневич Є.Г., Маркова М.В., Кожина Г.М., Перший В.С. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. // Медична психологія. 2013. № 1 (29). С. 76-82.
35. Даник Ю.Г., Друзь О.В., Черненко І.О. Система класифікації стресасоційованих та посттравматичних стресових розладів та її обґрунтування. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 7 (6). С. 65-79.
36. Даник Ю.Г., Друзь О.В., Черненко І.О. Формування синдромів війн та їх особливості. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (11). С. 77-89.
37. Данілевська Н.В. Етіопатогенетичні та нозоструктуральні складові порушення сну у військовослужбовців – учасників АТО. // Медична психологія. 2017. Т. 12, № 4. С. 38-40.

38. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 2. С. 40-44.
39. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С. 50-55.
40. Донцов Д.А., Донцова М.В. Психосоциальный подход к ПТСР и к психологической помощи при ПТСР. // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Казань: Изд-во Отечество. 2011. С. 143-147.
41. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Інтегративний підхід до психодіагностики посттравматичного стресового розладу у учасників антитерористичної операції. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (11). С. 75-94.
42. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. // European multi science journal. 2018. № 22. С. 5-11.
43. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Полуструктуроване інтерв'ю для комплексної діагностики постстресових психічних розладів та принципи клініко-діагностичної процедури. // Вісник морської медицини. 2017. № 1. С. 114-122.
44. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С. 37-43.
45. Друзь О.В., Дзеружинська Н.О., Сироп'ятов О.Г., Гриневич Є.Г., Яновський Т.С., Черненко І.О. Судово-психіатричний аспект суїцидів у комбатантів. // Психічне здоров'я. 2017. № 1-2 (50-51). С.122-126
46. Друзь О.В., Сироп'ятов О.Г., Бадюк М.І. Методичні рекомендації з удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки, із посттравматичним стресовим розладом: метод. рекомен. К.: МП Леся. 2014. 54 с.

47. Друзь О.В., Черненко І.О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. Випуск 1 (90). С. 45-48.
48. Жупан Б.Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору. // Екстрена медицина. 2017. № 3 (24). URL: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>
49. Заворотний В.І. Посттравматичні стресові розлади у учасників антитерористичної операції (бойові психогенії, клініко- психопатологічна характеристика). // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. № 1 (90). С. 48-50.
50. Заворотный В.И. Диагностические предикторы и критерии различных вариантов посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, участвовавших в боевых действиях на Востоке Украины. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 43-47.
51. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Біосугестивна терапія в системі лікування стресасоційованих розладів у вимушено переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 4 (89). С. 66-73.
52. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів у осіб, які пережили бойові дії. // Медицина сьогодні та завтра. 2020. № 3 (88). С. 83-88.
53. Казмірчук А.П., Лашин О.І., Науменко В.О., Дорохова О.Е., Черненко І.О. Етапи формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах. // «Research-science». 2019. № 9. С. 3-7.
54. Казмірчук А.П., Лашин О.І., Науменко В.О., Дорохова О.Е., Черненко І.О. Особливості формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах (конфліктах). // «International science project». 2019. № 23. С. 21-23.
55. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Калоев А.Д. Отдаленные последствия минно-взрывного ранения, как фактор психоневрологических нарушений. // Вестник новых медицинских технологий. 2014. Т. 21, № 3. С. 100-103.

56. Когут Л. Не називайте їх АТО-шниками: психологія учасників бойових дій. // Офіційний сайт Міністерства оборони України. <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykhologiiia-uchasnykiv-boiovykh-dii>
57. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Психоосвітні заходи в умовах гібридної війни // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1 (90). С. 124.
58. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1 (86). С. 51-56.
59. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.О., Казмірчук А.П. Пат. 1609 Україна, МКП А61К 31/00. Спосіб медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій. Харківський національний медичний університет. – u201810409; заяв.22.10.2018. опуб. 21.01.2019, Бюл. № 8–2 с.
60. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Маркова М.В., ТОВАЖНЯНЬСЬКА О.Л., КАУК О.І. Особливості первинного гіпотиреозу у вимушено переміщених осіб як базис формування когнітивних та тривожно-депресивних розладів. // Проблеми ендокринної патології. 2020. №3 (73). С. 25-32.
61. Кожина Г.М., Стеблюк В.В., Зеленська К.О., Проноза-Стеблюк К.В. Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС. // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, №1 (106). С. 29-31.
62. Кожина Г.М., Стеблюк В.В., Зеленська К.О., Проноза-Стеблюк К.В. Сучасна методологія корекції та превенції стрес-асоційованих розладів у жінок ветеранів. // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. № 1 (90). С. 52-56.
63. Кожина Г.М., Стрельнікова І.М., Зеленська К.О. та ін. Метод психосоціальної реабілітації стану військовослужбовців – учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, що ускладнилися розладами адаптації. // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №178-2019. Київ. 2019, 4 с.

64. Козира П.В. Механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 3. № 2 (6). С. 85-89.
65. Козира П.В. Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Психологічний часопис. 2016. № 4. № 2. С. 211-221.
66. Козира П.В. Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників в АТО. // American Scientific Journal. 2016. № 8 (8). Р. 40-46.
67. Колмогоров И.А. Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. // Барнаул. 2014. 359 с.
68. Колов С.А. «Психическое здоровье – фактор соціальної стабільності і гармонічного розвитку общества». // Сборник тезисов пятого Национального конгресса по социальной и клинической психиатрии. Москва 2013. 101 с.
69. Колов С.А. К вопросу о системной (биопсихосоциальной) модели психопатологических нарушений у ветеранов боевых действий. // Фундаментальные науки и практика. 2016. Том 1. № 1. 138 с.
70. Корнієвський О.А., Горєлов Д.М. Український волонтерський рух у контексті світового досвіду. // Стратегічні пріоритети. 2015. № 1. С. 95-100.
71. Костюченко С.И. Новое в психиатрии. // Нейро NEWS. 2015. № 5. С. 8-9.
72. Кривцова С.В., Баранников А.С., Барышникова Е.Г. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии. // Сб. статей. Генезис, Москва. 2009. 279 с.
73. Кутько И.И. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // Новости медицины и фармации. 2014. № 16. С. 7.
74. Кутько И.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. // Український медичний часопис. 2016. № 1. С. 24-27.
75. Лазос Г.П. Особливості емоційних станів волонтерів – психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими. // Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт у сучасному соціокультурному середовищі : монографія. К.: Видавничий Дім «Слово». 2017. С. 154-176.

76. Линский И.В., Кузьминов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневиц Е.Г. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения. // Украинский вестник психоневрологии. 2014. Т. 22, № 3. С. 5-12
77. Линский И.В., Минко А.И., Бараненко А.В. и др. Взаимосвязь между употреблением алкоголя и психическими расстройствами у участников антитеррористической операции. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т.10, № 1. С. 78-86.
78. Литвинова А.А., Абакарова Т.В. Комплексная программа нейропсихологического и патопсихологического обследования и коррекции посттравматического стрессового расстройства в условиях стационара. // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник научных статей научно-практической конференции. Барнаул. 2014. С. 11-12.
79. Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., Первомайський Е.Б., Дьяченко Л.І., Петриченко О.О., Мінко О.О. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Щорічний аналітичний огляд. // Харків. 2007. Випуск 4. 52 с.
80. Логановський К. М., Напрєєнко О. К., Зданевич Н. А., Логановська Т. К., Напрєєнко Н. Ю., Гресько М. В. Психоневрологічна допомога постраждалим внаслідок військових дій на сході України. // Психічне здоров'я. 2017. № 1-2 (50-51). С. 28-35.
81. Марков А.Р. Індивідуально-психологічні особливості й поведінкові патерни як мішені психологічної корекції дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах концентальної війни. // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Т. 2, № 6. С. 182-193.
82. Марков А.Р. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. № 2 (6). С. 98-105.
83. Маркова М.В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 1. С. 78-82.
84. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8-13.

85. Маркова М.В., Піонтковська О.В., Соловйова А.Г. Медико-психологічна допомога дітям – вимушеним переселенцям: концептуальні засади психологічної підтримки, реадaptaції та соціалізації. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С.62-67.
86. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО. // Архів психіатрії. 2019. № 1 (94). С. 80-85.
87. Марута Н.А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Украинский вестник психоневрологии. 2013. Т. 21, № 1 (74). С. 75-82.
88. Марута Н.А., Заворотный В.И. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 33-38.
89. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Федченко В.Ю. та ін. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. // Львівський клінічний вісник. 2020. № 1 (29). С. 21-28. <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>
90. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Явдак І.О., Малюта Л.В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С. 68-71.
91. Марута Н.О., Маркова М.В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 3 (84). С. 21-28.
92. Марута Н.О., Панько Т.В., Каленська Г.Ю. Особливості порушень психічного здоров'я та механізми їх формування у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології 2019. Т. 27, № 4 (101). С. 45-51.
93. Матяш М.М. Особливості посттравматичного стрессового розладу в учасників антитерористичної операції – український синдром // Лікарська справа. 2014. № 12. С. 105-112.
94. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стрессового розладу в учасників антитерористичної операції // Украинский медицинский журнал. 2014. № 6 (104). С. 124-127.

95. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. // Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 6. С. 58-64.
96. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому. // Український медичний часопис. 2016. № 3 (113). С. 118-121.
97. Мельник А.П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. Т. 2. № 29. С. 100-105.
98. Михайлов Б.В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі: клінічна настанова. // Київ-Харків. 2015. 72 с.
99. Михайлов Б.В. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки. // Міжнародний медичний журнал. 2016. № 1. С. 73-80.
100. Михайлов Б.В. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.
101. Михайлов Б.В. Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження. // Психічне здоров'я. 2015. № 2. С. 9-18.
102. Михайлов Б.В. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. // Медична психологія. 2011. № 3. С. 44-47.
103. Михайлов Б.В., Гічун В.С., Михайлік О.П. та ін. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова). 3-тє вид., переробл. і доп. К.: МВС України, МОЗ України, 2018. 55 с.
104. Михайлов Б.В., Зінченко О.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. Харків, 2014. 23 с.
105. Михайлов Б.В., Лупей-Ткач С.І., Зінченко О.М. та ін. Психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації). Х., 2018. 32 с.

106. Михайлов Б.В., Семікопна Т.В., Лупей-Ткач С.І. та ін. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортних умовах (клінічна настанова). Харків; К.: ВАФК. 2018. 127 с.
107. Михайлов Б.В., Сердюк О.І., Семікопна Т.В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі. Клінічна настанова. Харків: Планета-принт, 2017. 56 с.
108. Мінко О.І. Лінський І.В., Бараненко О.В. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від «гібридної війни». // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 190.
109. Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.06.2018 р. № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0723-18>
110. Напрєєнко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: метод. рекомендації. К.: Націон. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. 2014. 26 с.
111. Омелянович В.Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol 4. №2. P.34-39.
112. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників Антитерористичної операції: метод. рек.— Вінниця, 2016. 46 с.
113. Остапенко А.В. Клинико-психологические и биологические аспекты патологической сексуальности у комбатантов. // Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива: тезисы докладов. Санкт-Петербург, 2013. С. 23-25.
114. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. // У двох томах. Переклад з англійської. «Наш формат». К., 2017, Т-1. 579 с.
115. Ощепкова В.С. Особенности социально-психологической адаптации вынужденных мигрантов из Украины. // Гуманитарные научные исследования. 2017. № 12. С. 23-33.
116. Пінчук І.Я. Поширеність психічних розладів в Україні // Профілактична медицина. 2010. № 1. С. 168-176.

117. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посібник // Пінчук, К.: КАЛИТА, 2014. 92 с.
118. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В. Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клініко-соціальна характеристика та практика психофармакотерапії. // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (1). С. 69-73.
119. Повідомлення Міністерства соціальної політики України, 12 серпня 2019 року. <https://www.msp.gov.ua/news/17459.html>
120. Погодін І.А. Нарушения адаптации в генезе психологической травмы. // Психология и соционика межличностных отношений. 2013. №. 11. С. 5-9.
121. Поліщук В.Т., Заворотний В.І., Соколова І.М., Кожина Г.М. Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. Випуск 3 (84). 2015. С.159-160.
122. Пономарьов В.І., Северин Ю.В. Наслідки психотравмуючих впливів на здоров'я людини. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 2, № 2 (4). С. 23-30.
123. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057 «Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/1057-2017-%D0%BF>
124. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. https://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/moz2526.html
125. Проноза-Стеблюк К.В. Особливості медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з постконтузійним синдромом. // Медична психологія. 2019. №2. С.32-34.
126. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>
127. Скрипніков А.М., Гринь К.В., Мартиненко Я.П. Терапевтичні аспекти лікування післятравматичних стресових розладів та розладів адаптації. // Психіатрія XXI століття:

проблеми та інноваційні рішення : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Київ, 27-29 квітня 2017 року. 2017. Т. 23, № 1 (88). С. 79.

128. Солдаткин В.А., Сукиасян С.Г., Галкин К.Ю. Посттравматическое стрессовое расстройство: кто в прицеле? // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2014. Т. 20. С. 11-15.

129. Стеблюк В. В., Гончаренко І. Ф., Швець А. В. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України: методичні рекомендації. К.: РРВ УВМА, 2017. 54 с.

130. Стеблюк В.В., Швець А.В., Проноза-Стеблюк К.В. Організація медико-психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. // Медична психологія. 2019. Том 14, №3. С.79-84.

131. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Об этиопатогенетических соотношениях при боевом ПТСР: состояние проблемы // Психология и психотехника. 2010. № 7. С. 86-95.

132. Сыропятов О.Г., Рапча О.М. Боевая психическая травма: диагностика, лечение, реабилитация. Одесса.: УВМА, 2016. 176 с.

133. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Серия «Практикум по психологии». СПб. : Питер., 2001. 272 с.

134. Тищенко Н.І., Піроцький Б. Ю. Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення. // Молодий вчений. 2014. № 10 (13). С. 124–125.

135. Хвисюк О.М., Марченко В.Г., Михайлов Б.В. Медична допомога учасникам бойових дій: навч. посіб. Харків: ХМАПО, 2016. 220 с.

136. Чабан О., Пинчук І., Бєро М., Москаленко-Моспаненко Е., Олейник А., Франкова І. Пережить потрясение: помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах. Х., Изд-во: "С.А.М.". 2015. 238 с.

137. Чабан О.С., Франкова І.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. // Психоневрологія нейропсихіатрія. 2015. № 2 (66). С. 8-18.

138. Черненко І.О. Психофармакотерапія в структурі диференційованих індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. // Архів психіатрії. 2018. № 95. С. 182-186.

139. Черненко І.О. Сучасні підходи до комплексного лікування ПТСР у учасників локальних бойових дій. // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2018. № 4. С. 101-108.
140. Черненко І.О. Напрямки лікування посттравматичних психічних розладів у учасників локальних бойових дій. // Матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції «Майбутні питання освіти та науки – 2018» 15-22 грудня 2018 року Софія. Болгарія. 2018. Т. 11. С. 40-44.
141. Черненко І.О. Частота та чинники ризику – антиризиків алкоголізації військовослужбовців Збройних Сил України учасників локальних бойових дій. // Вісник морської медицини. 2018. № 3. С. 29-38.
142. Шестопалова Л.Ф. Дослідження трансформації індивідуально-психологічних особливостей комбатантів, які перебували у зоні АТО // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 162.
143. Шпильовий Я.В. Клінічний зміст і вираженість депресивних і тривожних феноменів в структурі невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу у жінок (вимушених переселенців та дружин військовослужбовців – учасників АТО). // Український вісник психоневрології. 2017. № 25 (91). С. 88–91.
144. Юр'єва Л.М., Марута Н.О., Вишніченко С.І., Денисенко М.М. Діагностика психічної дезадаптації серед співробітників органів внутрішніх справ (методичні рекомендації) // Харків-Дніпропетровськ. 2015. 55 с.
145. Юр'єва Л.М., Шустерман Т.Й., Ліхолетов Є.О. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112–120.
146. Юр'єва Л.М.. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. К.: Вид-во «Галерея Принт». 2017. 174 с.
147. Юрьева Л.Н. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов: учебное пособие. Днепр : Новая идеология, 2017. 204 с.
148. Юрьева Л.Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача // Семейная медицина. 2015. № 5. С. 69-72.

149. Admchand R. Dispute prevalence estimates of PTSD among service members who served in Afghanistan: Possible explanations. // *Journal of Traumatic Stress*. 2010. P. 59-68.
150. Admon R., Milad M.R., Hendler T. A causal model of stress disorder: Disentangling predisposed from acquired neural abnormalities // *Trends in Cognitive Sciences*. 2015. № 17 (7). P. 37-47.
151. Agaibi C.E., Wilson J.P. PTSD, and resilience: A review of the literature // *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015. № 6 (3). P. 195-216.
152. Aghaei S. Treatment-resistant depression: the therapy trends, challenges, and future directions // *Patient Prefer Adherence*. 2016. № 6. P. 69-88.
153. August K.J., Rook K.S., Stephens M.A.P. Are spouses of chronically ill partners burdened by exerting health-related social control? // *Journal of Health Psychology*. 2011. № 16(7). P. 1109-1119.
154. Back S.E. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence // *J Nerv Ment Dis*. 2015. P. 90-96.
155. Badiuk M.I., Shevchuk O.S. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences. // *Clinical and Experimental Pathology*. 2016. No. 4. P. 10-14. <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/14216>.
156. Barton S., Boals A. Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. // *Journal of Traumatic Stress*. 2015. № 26 (6). P. 718-726.
157. Beckham J.C., Lytle B.L., Feldman M.E. Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. № 64(5). P. 1068-1072.
158. Bergman H.E., Kline A.C., Feeny N.C., Zoellner L.A. Examining PTSD Treatment Choice Among Individuals with Subthreshold PTSD. // *Behaviour Research and Therapy*. 2015. Vol. 73. P. 33-41.
159. Betts K.S. The role of sleep disturbance in the relationship between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. // *J Anxiety Disord*. 2013. № 27 (7). P. 35-41.

160. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. № (12). P. 88-92.
161. Bloor L.E., Uchino B.N., Hicks A. Social relationships and physiological function: The effects of recalling social relationships on cardiovascular reactivity. // *Annals of Behavioral Medicine.* 2004. № 28(1). P. 29-38.
162. Bollinger A.R. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. // *J Trauma Stress.* 2016. P. 55-70.
163. Bont P.A., Jongh A. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. // *Behav Ther.* 2016. № 44 (4). P. 17-30.
164. Briere J., Hodges M., Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. // *J. Traum. Stress.* 2016. Vol. 23. P. 767-774.
165. Cahill S.P. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother.* 2015. № 17 (2). P. 13-31.
166. Chemtob C.M., Hamada R.S., Roitblat H.L., Muraoka M.Y. Anger, impulsivity, and anger control in combat-related stress disorder. // *Journal of consulting and clinical psychology.* 2015. P. 27-32.
167. Clarke S.B., Rizvi S.L., Resick P.A. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. // *Behav Ther.* 2009. № 39 (1). P. 72-78.
168. Copuroglu C., Ozcan M., Yilmaz B, Gorgulu Y., Abay E., Yalniz E. Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. // *Acta Orthop Belg.* 2010. № 76(1). P 90-3.
169. Cukor J., Wyka K., Jayasinghe N., Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. // *Journal of Anxiety Disorders.* 2010. P. 18-23.
170. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. // *Clin. Psychol. Rev.* 2016. № 43. P. 128-141.

171. Dalenberg C., Carlson E.B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2016. P. 51-67.
172. De Jong K., Kleber R.J. Emergency conflict-related psychosocial interventions in Sierra Leone and Uganda: Lessons from Medecins Sans Frontiers. // *Journal of Health Psychology*. 2007. № 12. P. 485-497.
173. Dekel R. Couple forgiveness, self-differentiation and secondary traumatization among wives of former POWs. // *Journal of Social and Personal Relationships*. 2010. № 27(7). P. 924-937.
174. Dekel R. Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: The contribution of husbands' posttraumatic stress disorder and wives' own attachment. // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007. № 77(3). P. 419-426.
175. Dekel R., Levinstein Y., Siegel A. et al. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity. // *J Fam Psychol*. 2016. № 30(1). P. 63-71.
176. Dekel R., Monson C.M. Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. // *Aggression and Violent Behavior*. 2010. № 15(4). P. 303-309.
177. Dekel S., Ein-Dor T., Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012. № 4(1). P. 94-101.
178. Esposito K., Mellman T.A. Stress disorder after traumatic injury. // *Am J Psychiatry*. 2005. № 162(3). P. 629-30.
179. Forbes D., Creamer M., Phelps A. et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 41, issue 8, P. 637-648. <https://doi.org/10.1080/00048670701449161>
180. Francisković T., Stevanović A., Jelusić I. et al. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. // *Croat Med J*. 2007 Apr; 48 (2). P. 177-184.
181. Harned M.S., Korslund K.E., Linehan M.M. A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure

- protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. // Behav Res Ther. 2015. P. 7-17.
182. Hembree E.A., Foa E.B. Cognitive behavioral treatments for PTSD. // Clinician's guide to posttraumatic stress disorder. 2010. P. 177-203.
183. Hoge C.W. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Afghanistan. // JAMA. 2016. P. 53-58.
184. Hoge C.W., Riviere L.A., Wilk J.E., Herrell R.K. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in U.S. combat soldiers: A head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-4-TR symptom criteria with the PTSD Checklist. // Lancet Psychiatry. 2016. №. 1(4). P. 69-77.
185. Horwitz A.V., Wakefield J.C. The expansion of post-traumatic stress disorder: some issues regarding diagnosis and treatment. // MD Advis. 2011 № 4(1). P. 6-10.
186. Hoskins M., Pearce J., Bethell A. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. // J. Psychiatry. 2015. P. 93-100.
187. Janis I.L. Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients // Academic Press. 2016. P. 454.
188. Jordan B.K., Marmar C.R., Fairbank J.A. et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. // J Consult Clin Psychol. 1992 Dec. Vol. 60(6). P. 916-26.
189. Kapfhammer H.P. Therapeutic possibilities after traumatic experiences. // // Psychiatr Danub. 2008. № 20(4). P. 532-45.
190. Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder. // A review. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2011. P. 67-81.
191. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. // J. of Consulting and Clinical Psychology. 1988. № 56(1). P. 85-90.
192. Kearney D.J., Malte C.A., Mc Manus C., Martinez M.E. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. // Journal of Traumatic Stress. 2017. №. 26 (4). P. 26-34.

193. Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Milanak M.E., Miller M.W. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-4 and DSM-5 criteria. // *Journal of Traumatic Stress*. 2017. P. 37-47.
194. Klarić M., Frančišković T., Obrdalj E. C. et al. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. // *Psychiatr Danub*. 2012 Sep; 24(3). P. 280-286.
195. Klaric M., Franciskovic T., Stevanovic A. Marital quality and relationship satisfaction in war veterans and their wives in Bosnia and Herzegovina. // *European Journal of Psychotraumatology*. 2011. № 2. P. 8077.
196. Klaric M., Kvesic A., Mandic V. et al.] Secondary traumatisation and systemic traumatic stress. // *Psychiatr Danub*. 2013. Suppl 1 № 25. P. 29-36.
197. Klarić M., Francisković T., Pernar M. et al. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. // *Coll Antropol*. 2010 Mar; 34 Suppl 1. P. 15-21.
198. Kleim B., Ehlers A. Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors // *Journal of tADumatic stress*. 2009. Vol. 22. №. 1. P. 45-52.
199. Kozhyna H.M., Khaustov M.M., Zelenska K.O., Viun V.V., Asieieva Y.O. Clinical specifics of stress-related disorders in volunteers whose activities are related to Joint Forces Operation. // *Amazonia Investiga*. 2021. Vol. 10, № 45. P. 141-147.
200. Lanius R.A. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. // *Depression Anxiety*. 2015. P. 701-708.
201. Lazarus R.S. Theory-based stress measurement. // *Psychological Inquiry*. 2016. № 1. P. 3-13.
202. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. // New York. Springer. 2016. P. 456.
203. Lazarus R.S., Folkman S., Appley M.H., Trumbull R. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. // *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives*. 2016. P. 63-80.

204. Lee D.J., Schnitzlein C.W., Wolf J.P., Vythilingam M., Rasmusson A.M., Hoge C.W. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments // *Depress Anxiety*. 2016. P. 792-806.
205. Lennard J. Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>
206. Lenz S., Bruijn B., Serman N.S. Effectiveness of cognitive processing therapy for treating posttraumatic stress disorder. // *Journal of Mental Health Counseling*. 2016. №. 36 (4). P. 60-76.
207. Liu Y., Luo E.P., Lu H. Cortical thinning in patients with recent onset post-traumatic stress disorder after a single prolonged trauma exposure. // 2012. P. 25-39.
208. Ludascher P., Schmahl C., Feldmann R.E., Kleindienst N., Schneider M., Bohus M. No evidence for differential dose effects of hydrocortisone on intrusive memories in female patients with complex post-traumatic stress disorder – a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study. // *J Psychopharmacol*. 2015. P. 77-84.
209. Luxton D.D., Skopp N.A., Maguen S. Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. // *Depression and anxiety*. 2010. P. 27-33.
210. Maercker A., Zoellner T. Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. // *Clinical psychology review*. 2015. P. 26-53.
211. Marcia J.E. Life transitions and stress in the context of psychosocial development. // *Handbook of stressful transitions across the lifespan*. Springer New York, 2016. P. 19-34.
212. Markowitz J.C., Petkova E., Biyanova T., Ding K., Suh E.J., Neria Y. Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. // *Depress Anxiety*. 2015. Vol. 32. P. 19-26.

213. Markowitz J.C., Petkova E., Neria Y. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. // *Am J Psychiatry*. 2015. P. 430-440.
214. Nacasch N. Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: a randomized control comparison with treatment as usual. // *J Clin Psychiatr*. 2015. P. 74-80.
215. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. // *Psychol Bull*. 2010. P. 128.
216. Nickerson A., Bryant R.A., Silove D., Steel Z. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. // *Clinical psychology review*. 2016. Vol. 31. №. 3. P. 399-417.
217. Panagioti M. Pathways to suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. // *J Trauma Stress*. 2017. 137-145.
218. Peraica T., Vidović A., Kovačić-Petrović Z., Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. // *Health Qual Life Outcomes*. 2014. Vol. 12. P. 136. 10.1186/s12955-014-0136-x.
219. Pitman R.K., Rasmusson A.M., Koenen K.C. Biological studies of posttraumatic stress disorder. // *Nature Reviews Neuroscience*. 2012. Vol. 13. P. 69-87.
220. Polusny M.A., Kehle S.M., Nelson N.W., Erbes C.R., Arbisi P.A., Thuras P. Longitudinal effects of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder comorbidity on postdeployment outcomes in National Guard soldiers deployed to Iraq. // *Arch Gen Psychiatry*. 2011. Vol. 68. P. 79-89.
221. Ramchand R., Schell T.L., Karney B.R., Osilla K.C., Burns R.M., Caldarone L.B. Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: possible explanations. // *J Trauma Stress*. 2010. P. 59-68.
222. Renshaw K.D., Rodebaugh T.L., Rodrigues C.S. Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions. // *Journal of Anxiety Disorders*. 2010. № 24. P. 743-750.
223. Renshaw K.D., Rodrigues C.S., Jones D.H. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: Relationships

- with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. // *Journal of Family Psychology*. 2008. № 22. P. 586-594.
224. Secretary-General U. N. Peace and Security // *Bulletin of United Nations*. New York: UN, 2020. 36 p. <https://www.un.org/ru/sections/un-charter/preamble/index.html>.
225. Solomon Z., Horesh D., Ein-Dor T. Predictors of PTSD trajectories following captivity: A 35-year longitudinal study. // *Psychiatry research*. 2012. № 199(3). P. 188-194.
226. Stebliuk V., Gan R., Pronoza K. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims. // *Journal of Education, Health and Sport*. 2016. № 6(4). P. 458-465
227. Stebliuk V., Pronoza-Stebluk K. Post-concussion Syndrome in Ukrainian Veterans: Physical and Mental Manifestations. // *Journal of Education, Health and Sport*. 2018. № 8(2). P. 349-354.
228. Ursano R.J., Bell C.C., Eth S. et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder : Literature Review. // *Am J Psychiatry*. 2004 Nov; 161 (11 Suppl): 3-31.
229. Yager T. J., Gerszberg N., Dohrenwend B. P. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families. // *J Trauma Stress*. 2016. № 29 (4). P. 349-55.
230. Zerach G., Greene T., Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment. // *Journal of Health Psychology*. 2013. Vol. 20(2). <https://doi.org/10.1177/1359105313502563>.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Терьошина І.Ф., *Платинюк О.Б.* Вираженість імунотоксичних реакцій при непсихотичних психічних розладах у учасників бойових дій. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 2 (87). С. 47-52. (авторкою самостійно особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)
2. *Платинюк О.Б.*, Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94. (авторкою самостійно запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку)
3. *Платинюк О.Б.* Соколова І.М. Модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72. (авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)
4. *Платинюк О.Б.* Феноменологія непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 4 (89). С. 74-78.
5. *Platyniuk O.B.* Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. // Journal of Education, Health and Sport. 2020. Vol. 10 № 12. P. 359-364.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., *Платинюк О.Б.* Коморбідність психічних розладів, що виникають внаслідок бойової травми комбатантів. // Збірник тез доповідей науково практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», м. Харків, 7-9 жовтня 2015 р.: тези доповідей. – м. Харків.2015. С. 59-60. (авторкою особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження)

7. *Platyniuk O.* Clinical features of formation of PTSD in the combatants who were injured. // Abstract book 8th International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv. 14-15 May 2015: abstract book. – KhNMU. 2015. P. 201.

8. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., *Платинюк О.Б.* Диференціальна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів. // Український вісник психоневрології, 2015. Т. 23, № 3 (84). С. 132-133. (авторкою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)

9. Коростій В.І., *Платинюк О.Б.* Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорій населення, постраждалих внаслідок АТО. // Український вісник психоневрології, 2017. Т. 25, №1 (90). С. 127-128. (авторкою особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); міжнародна науково-практична конференція «Війна в Україні: патоморфоз психічних та поведінкових розладів» (XXI Платоновські читання) (Дніпро, 5-6.04.2018); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання неврології, психіатрії, наркології та медичної психології» (Тернопіль, 19-20.10.2018); конгрес «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 1-2.11.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (Харків, 15-16.05.2019); II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика (нові погляди на ефективну медичну допомогу)» (Харків, 1.11.2019); I всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Вибрані питання медицини сектору державної безпеки та оборони» (в on-line режимі) (Київ, Харків, 19-20.11.2020); науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ, Харків, Дніпро, Полтава, Львів, Вінниця, Брандербург, Мюнхен, Дюссельдорф, Вашингтон, Лондон, 22-23.04.2021); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (в on-line режимі, 20-21.05.2021).

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»

Мальцев А. В.

«07» 04 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

07.04.2021р.
(дата)

Мальцев А. В.
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»
Мальцев А. В.

«24» _____ 2021 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

24.03.2021 р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного
військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»
генерал-майор медичної служби
Казмірчук А. П.



«30» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

д. мед. н.

Габовська Ірина Сергіївна МОУ
Олег Друць

30.03.2021р.
(дата)

[Підпис]
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного
військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»
генерал-майор медичної служби
Казмірчук А. П.
03 20 21 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження ордишатор медички
психіатриї НВМКЦ, ГВКГ № 1 к. мед. н. Тина Черненко

11.03.2021 р.
(дата)

[Підпис]
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Харківської обласної ради
 «Обласна клінічна лікарня»

Ярош В. А.
 «26» 20 21 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня».**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

26.03.2021 р.
 (дата)

зам. мер. директора Ярош В.А.
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Комунального некомерційного підприємства
Харківської обласної ради
«Обласна клінічна лікарня»

Ярош В.А.
«10» березня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли введено: **Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня».**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

10.03.2021 р.
(дата)

Директор
Ярош В.А.
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
 КНП СОР «Обласний клінічний
 медичний центр соціально
 небезпечних захворювань»
 Злиденни Т. В.
 «15» 03 2021 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань».**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Лікар - психіатр
Амбулаторно-поліклінічного відділення

15.03.2021р.
 (дата)

Мурренко Т.В.

[Signature]
 (підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор
 КНП СОР «Обласний клінічний
 медичний центр соціально
 небезпечних захворювань»
 Злиденний Т. В.
 «26» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань».**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Александр - психіатр
Муррешко

26.03.2021р.

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 Комунального підприємства «Полтавська
 обласна клінічна психіатрична лікарня
 ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради
 Ногорілко О.В.

«23» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кощій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради.**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 р.**
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *Заступник головного лікаря з медичної частини Гавриш А.З.*

23.03.2021р.

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 Комунального підприємства «Полтавська
 обласна клінічна психіатрична лікарня
 ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради
 Погорілко О.В.
 « 18 » 02 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева» Полтавської обласної ради**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *Заступник Головного лікаря з дослідної частини Погорілко О.В.*

18.02.2021р.

 (дата)

Погорілко О.В.

 (підпис)



ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 «Тернопільська обласна комунальна
 клінічна психоневрологічна лікарня»
 Тернопільської обласної ради
 Шкробот В.В.
 «10» 02 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кошій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження завідуюча 4 відділенням
Старуцька О.В.

10.02.2021р.
 (дата)

AR
 (підпис)



ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 «Тернопільська обласна комунальна
 клінічна психоневрологічна лікарня»
 Тернопільської обласної ради
 Шкробот В.В.
 «22» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики неспихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження завідуюча 7 відділенням
Старушак О.В.

22 03 2021 р.
 (дата)

AS
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор закладу вищої освіти
 з науково-педагогічної та лікувальної роботи
 Тернопільського національного медичного
 університету імені І.Я. Горбачевського
 проф. Запорожан С.Й.
 «25» березня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2020 рр.**
Покращення діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Гусєва Тетяна Тавлівна

25 березня 2021р.
(дата)

Гусєв
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
проф. Запорожан С.Й.

«01» березня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Коцій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Гусєва Тетяна Гаврівна

1 березня 2021 р.
(дата)

Гусєв
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Військово-медичний клінічний
центр Північного регіону МО України
(назва закладу охорони здоров'я)
ТВО Заступника командира з медичної
частини – начальника частини
полковник медичної служби Ю. Лазаренко


(посада, підпис, П.І.Б. М.П.)

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б., Кощій В.О. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89-94.**
4. Де і коли впроваджено: **Військово-медичний клінічний центр північного регіону Міністерства оборони України.**
5. Результати застосування методу за період 2020 – 2021 рр.
Покращення лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження назва методу лікування
психологія та психічне здоров'я
полковник Ю. Лазаренко
23.03.2021р.
(дата) Ю. Лазаренко
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Військово-медичний клінічний
центр Північного регіону МО України
(назва закладу охорони здоров'я)
ТВО Заступника командира з медичної
частини – начальника частини
полковник медичної служби Ю. Лазаренко

(посада, підпис, П.І.Б. М.П.)

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Платинюк О.Б. Соколова І.М. Модель формування неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. // Експериментальна та клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 67-72.**
4. Де і коли введено: **Військово-медичний клінічний центр північного регіону Міністерства оборони України.**
5. Результати застосування методу за період **2020 – 2021 рр.**
Покращення діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики неспсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*неформальне керівництво
непсихотичних психічних розладів
полковник Юрій Лазаренко*

03.03.2021р.

(дата)

Юрій О. Лазаренко

(підпис)