

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. А. Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности и препятствия // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
 2. Гуревич Г. Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. Москва : «Медпрактика-М», 2007. 120 с.
 3. Денисенко М. М. Адикції хворих на невротичні розлади // *Журнал вісник проблем біології і медицини* — 2016. Вип. 3, т. 1 (131). С. 91—96.
 4. Зальмунин К. Ю., Менделевич В. Д. Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвып.* 2014. № 114 (5). С. 3—8.
 5. Зільберблат Г. М. Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 74—78.
 6. Марута, Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // *Здоров'я України*. 2013. 30.12.2013. С. 38—39.

7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445с.
 8. Статистичний довідник / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2015 р.
 9. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Новости украинской психиатрии*. Киев ; Харьков, 2009. Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

Надійшла до редакції 27.12.2016 р.

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net
DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net

УДК 616.89-008

О. В. Друзь, І. О. Черненко
НАПРЯМКИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТСТРЕСОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

О. В. Друзь, И. А. Черненко
Направления медико-психологической профилактики постстрессовых психических расстройств у участников локальных боевых действий

O. V. Druz, I. A. Chernenko
Directions medical and psychological prevention post-traumatic mental stress disorders in local participants fighting

В результаті проведення комплексного дослідження учасників локальних бойових дій (антитерористичної операції) в Україні встановлені патопластичні чинники (професійної військової діяльності, соціально-демографічні, особистісні) постстресових психічних розладів і асоційованих з ними психічних порушень та на цій основі обґрунтовано напрямки медико-психологічної профілактики цього контингенту.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, локальні війни, психічна дезадаптація, військовослужбовці, психопрофілактика, корекція, психосоціальна реабілітація

В результате проведения комплексного исследования участников локальных боевых действий (антитерористической операции) в Украине установлены патопластические факторы (профессиональной военной деятельности, социально-демографические, личностные) постстрессовых психических расстройств и ассоциированных с ними психических нарушений и на этой основе обоснованы направления медико-психологической профилактики данного контингента.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, локальные войны, психическая дезадаптация, военнослужащие, психопрофилактика, коррекция, психосоциальная реабилитация

As a result of a comprehensive study of members of local fighting (anti-terrorist operation) in Ukraine set pathoplastic factors (professional military activities, socio-demographic, personality) post-traumatic stress disorders and also associated mental disorders, and on this basis to substantiated areas of medical-psychological prevention (MPR) of the contingent.

Key words: mental and behavioral disorders, local war, psychic disadaptation, military personnel, psychoprophylaxis, correction, psychosocial rehabilitation

Найпотужнішим психосоціальним стресором, що впливає на усі верстви сьогоденного українського суспільства, і особливо на учасників локальних бойових дій (УЛБД), є виклик війни з боку зовнішнього агресора. Участь у локальних бойових діях призводить до серйозних негативних наслідків для психічного здоров'я комбатантів [1, 2, 4—18] через травматичну кризу, яка виникає на тлі руйнування базисного почуття безпеки, реальної загрози життю і здоров'ю, втрат — тобто екзистенціальної психічної травми, — та є підґрунтям для формування постстресових психічних розладів (ППР) [6, 7]. Феноменологію таких ППР складають різноманітні психічні порушення з широким спектром коливань — від станів дезадаптації (бойова втома) [10] до клінічно окреслених форм (бойова психічна травма). Стани психічної дезадаптації

внаслідок бойового, кумулятивного стресу, активізації попереднього травматичного досвіду формуються у 80 % військовослужбовців-комбатантів, а психічні розлади зареєстровані майже у 50 % поранених [17, 18].

В структурі бойової психічної травми традиційно виокремлюють гостру реакцію на стрес, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також коморбідні стани у вигляді тривожно-фобічних розладів, розладів особистості, загострення соматичної патології, психосоматичні розлади тощо [1—15]. Серйозними наслідками бойової психічної травми, які виникають вже через місяць після участі у бойових діях, стають саморуйнівна поведінка (25,6%), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (33,3%), а також делінквентна поведінка, зокрема зумовлена бажанням повторення травмуючої ситуації з метою відреагувати на неї, інші негативні наслідки [18].

© Друзь О. В., Черненко І. О., 2017

Враховуючи вищезазначене та зважаючи на те, що антитерористична операція (АТО) на сході нашої країни є, по суті, першим досвідом проведення локальних бойових дій на її теренах з широким залученням військово-службовців Збройних Сил України (далі — ЗСУ), вкрай важливим та актуальним постає завдання оптимізації та вдосконалення медико-психологічної профілактики ППР у УЛБД. Це зумовило мету дослідження.

Мета дослідження: встановити професійні, соціально-демографічні та особистісні патопластичні чинники ППР та на цьому ґрунті розробити напрямки їх медико-психологічної профілактики.

Проведено комплексне обстеження 75 військово-службовців Сухопутних військ ЗСУ, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» м. Києва.

Критерії включення: діагноз ПТСР, безпосередня участь в АТО в Донецькій та Луганській областях протягом 2015—2016 років.

Критерії виключення: коморбідне з бойовою психічною травмою травматичне ураження головного мозку (контузія, травма тощо), поранення, соматична патологія.

Вибірку формували методом простого вірогідного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел). Необхідного для достовірності та узагальненості результатів обсягу вибірки досягали методом поточної оцінки достовірності відмінностей за Рафалес-Ламарком, при цьому за пороговий рівень достовірності було прийнято $p < 0,05$.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та методи математичної статистики.

Усі обстежені були чоловіками, переважно сержантського та рядового складу, які служили за контрактом (84 % — солдати, 8 % — молодші сержанти, 8 % — прапорщики). Середній вік склав $32,18 \pm 0,05$ роки.

Більшість військовослужбовців перебували під впливом довготривалої та інтенсивної стресової дії бойових обставин. Тривалість загальної участі у бойових діях склала у середньому $322,32 \pm 19,56$ днів, з них середній строк перебування у наступі дорівнював $28,27 \pm 3,53$ днів, обороні — $62,54 \pm 7,04$ дні, відступі — $10,17 \pm 2,39$ днів, забезпеченні бойових дій — $62,00 \pm 10,65$ днів.

Розподіл УЛБД за середньою тривалістю участі в окремих видах бою був таким (у порядку зменшення часу): окопний бій — $70,18 \pm 8,64$ днів, зустрічний бій — $20,94 \pm 3,52$ днів, осада — $20,62 \pm 3,76$ днів, військова блокада — $14,00 \pm 4,14$ днів, вуличний бій — $8,81 \pm 1,36$ днів, тактичне перегрупування — $2,00 \pm 0,30$ дні.

За глибиною взаємних бойових дій учасниками близького бою були 44,00 % осіб, дальнього — 58,67 % військових. В стимулюючих бойових діях (відповідно до класифікації бойових дій за ступенем напруженості) брали участь 37 осіб (49,33 %), таких, що сковують противника — 27 осіб (36,00 %), турбуючих — 12 осіб (16,00 %), вирішальних — 11 осіб (14,67 %) та демонстративних — 5 осіб (6,67 %).

Жоден з обстежених не був у полоні, усі вони заперечували наявність різноманітних дезадаптивних реакцій, як-от плач, тремтіння, блювота, відсторонення від товаришів тощо впродовж бою.

Ніхто з УЛБД не оцінив психотравмуючі бойові стресові чинники, що призвели до теперішнього психічного розладу, як малозначущі.

В результаті проведеного кореляційного аналізу (з визначенням r — коефіцієнту кореляції) оцінено силу

взаємозв'язків та взаємозумовленість ознак клініко-психопатологічного дослідження («золотий стандарт» діагностики психічних розладів) та показників за іншими методами (психодіагностичний, соціально-демографічний, клінічний, клініко-анамнестичний) на контингенті учасників локальних бойових дій, внаслідок чого встановлено патопластичні чинники ПТСР в учасників АТО та виокремлено мішені медико-психологічної профілактики УЛБД.

Аналіз кореляційних зв'язків професійної військової діяльності УЛБД дозволив встановити такі її закономірності.

а) строк служби:

— відповідав тривалості участі у бойових діях ($r = 0,84$);

— мав зворотний зв'язок з такими видами бойових дій як тактичне перегрупування ($r = -1,00$), зустрічний бій ($r = -0,92$), осада ($r = -0,71$), військова блокада ($r = -0,67$). Тобто чим тривалішою була участь у таких видах бою, тим меншим був строк служби, і навпаки;

б) прямі сильні кореляції були встановлені між тривалістю участі у бойових діях і військовою блокадою ($r = 0,72$), а зворотні — з зустрічним ($r = -0,77$) та вуличним ($r = -0,50$) боями, і вказували на види бою, у яких УЛБД переважно брали участь. При цьому тривалість участі у обороні була міцно пов'язана з зустрічним ($r = 0,91$) і окопним ($r = 0,99$) (який супроводжувався військовою блокадою, $r = 0,86$) боями, а тривалість участі у наступі — з вуличним ($r = 1,00$), що опосередковано характеризує ці види бойових дій.

У зв'язку з тим, що тривалість строку служби була пов'язана прямими кореляційними зв'язками з афективними ($r = 0,44$), дисоціативними ($r = 0,39$), астеничними ($r = 0,33$) проявами ПТСР, а участь у бойових діях (у днях) — з нав'язливими ($r = 0,48$), афективними ($r = 0,43$), дисоціативними ($r = 0,40$), вегетативними і психосоматичними ($r = 0,38$) та астеничними ($r = 0,37$) проявами, можна припустити, що саме виникнення ППР було підставою для скорочення перебування УЛБД в АТО.

Це вказує на те, що своєчасна ротація військових, моніторинг їхнього психічного, психологічного стану, втілення заходів психогієни, психопрофілактики, психологічної та психотерапевтичної корекції одразу після бойових дій, а якщо можливо, і в їх умовах — є потужними заходами медико-психологічної профілактики щодо мінімізації ризику ПТСР.

Треба зазначити, що до програм такої психологічної корекції варто включати заходи, спрямовані на поліпшення міжособистісних взаємодій, запобігання конфліктів, профілактику агресивної поведінки. Це зумовлено наявністю суттєвих сильних прямих кореляцій між виникненням серйозних конфліктів з іншими людьми та строком служби ($r = 0,99$), тривалістю участі у бойових діях ($r = 0,99$), зокрема у наступі ($r = 1,00$) та вуличному бою ($r = 1,00$). В свою чергу, тривалість участі у зустрічному бою ($r = -1,00$), обороні ($r = -0,59$), окопному бою ($r = -0,34$) зменшувала вірогідність виникнення подібних ексцесів.

Серед соціально-демографічних показників, які треба враховувати при втіленні профілактичних заходів внаслідок їх прямого зв'язку з ознаками психічного статусу УЛБД і розвитком ПТСР, доцільно звернути увагу на вік (чим молодше УЛБД, тим менша вірогідність виникнення у нього ПТСР), кількість утриманців (у бік збільшення) та проблеми з соматичним здоров'ям. В свою чергу, задовільні умови проживання та незначна кількість близьких друзів сприяли зменшенню ймовірності виникнення ППР.

Мішенями медико-психологічної профілактики ПТСР у УЛБД за методиками психодіагностичного дослідження стали такі ознаки:

а) які доцільно потенціювати через їхні зворотні зв'язки з клінічними проявами ПТСР:

— серед індивідуально-типологічних властивостей — конформність, компромісність, лабільність, залежність;

— за мнестико-інтелектуальними функціями — пам'ять, конструктивні здібності, здібності до систематизації та актуалізації минулих знань («бази даних»), абстрактно-логічне мислення;

— достатня тривалість сну.

б) які доцільно нівелювати:

— серед індивідуально-типологічних властивостей — ригідність, тривожність, лідерство, індивідуалізм; — ворожість; нетерпимість до оточуючих; надмірний рівень емпатії;

— алекситимія;

— харасмент;

— суїцидальна поведінка.

Отже, патопластичними чинниками ПТСР та асоційованих з ним психічних порушень в учасників АТО — мішенями медико-психологічної профілактики — є такі. Професійні чинники: строк служби, тривалість участі у напружених видах бою, зокрема у військовій блокаді, осаді, зустрічному бою, що пов'язана з ризикованим вживанням алкоголю в учасників АТО; соціально-демографічні — серйозні конфлікти з іншими людьми; вік; кількість утриманців (у бік збільшення); проблеми з соматичним здоров'ям; особистісні — ригідність, тривожність, лідерство, індивідуалізм; ворожість; нетерпимість до оточуючих; алекситимія; харасмент; суїцидальна поведінка.

Вище викладене зумовлює такі напрямки та заходи медико-психологічної профілактики ПТСР у УЛБД, які доцільно розподіляти на два рівні: рівень професійного відбору та рівень АТО.

На рівні професійного відбору, а також під час прийняття рішення щодо продовження строку служби в умовах бойових дій, профілактика ППР полягає у наданні переваги більш молодим військовослужбовцям, які мають більш ніж одного утриманця, соматично здорові.

В умовах проведення АТО:

а) приділення прискіпливої уваги режиму відпочинку УЛБД та тривалості сну;

б) втілення заходів щодо тренування пам'яті, конструктивних здібностей, здібностей до систематизації та актуалізації минулих знань («бази даних»), абстрактно-логічного мислення;

в) моніторинг соматичного стану УЛБД за допомогою періодичних медичних оглядів;

г) моніторинг психічного, психологічного стану комбатантів з періодичністю у 20 днів, а також на потязі 3 днів після участі у напружених бойових діях;

д) своєчасна ротація військових;

е) втілення заходів психогігієни, психопрофілактики, психологічної та психотерапевтичної корекції одразу після бойових дій та в їх умовах, які спрямовані на:

— поліпшення міжособистісних взаємодій, запобігання конфліктів, профілактику агресивної поведінки, особливо за умов тривалої (більш ніж 20 днів) участі у бойових діях, зокрема у наступі ($r = 1,00$), вуличному бою ($r = 1,00$);

— зменшення кількості вживаного алкоголю до рівня безпечного вживання;

— потенціювання таких особистісних рис як конформність, компромісність, лабільність, залежність;

— корекція/нівелювання/усунення таких особистісних рис як ригідність, тривожність, лідерство, індивідуалізм; ворожість; нетерпимість до оточуючих більш ніж 40 балів; надмірний рівень емпатії більш ніж 36—39 балів; алекситимія; харасмент; суїцидальна поведінка.

Організація психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів потребує зміни в наявній на теперішній час штатно-організаційній структурі психіатричної допомоги учасникам локальних бойових дій (підготовка медичних психологів і психотерапевтів, створення в умовах проведення бойових дій спеціальних місць, наметів для проведення психопрофілактики та психокорекції, в передовому районі — пунктів психічної підтримки і широкої мережі реабілітаційних центрів).

Список літератури

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (Методичні рекомендації) / [Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін.] ; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Харків, 2014. 67 с.

2. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Международный медицинский журнал. 2000. № 3. С. 31—34.

3. Волошин В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. Т. 104, № 1. С. 17—23.

4. Посттравматические стрессовые расстройства в Украине: состояние проблемы / В. С. Б. Михайлов, В. Г. Черкасов, М. В. Маркова та ін.] // Пробл. мед. науки та освіти. 2000. № 4. С. 68—71.

5. Румянцева Г. М., Степанов А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство при разных типах стрессового воздействия (особенности клиники и лечения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. Т. 106, № 12. С. 4—10.

6. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : Эксмо, 2005. 960 с.

7. Пуховский Н. Н.. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. Москва : Академический Проект, 2000. 286 с.

8. Розлади адаптації серед цивільного населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення / [І. В. Лінський, В. Н. Кузьмінов, Н. В. Позняковата ін.] // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 3(80). С. 5—12.

9. Абрамов О. В. Системно-структурний аналіз психічних розладів і особливості військово-медичної експертизи у співробітників правоохоронних органів : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 — Психіатрія : захист 26.01.2006 / О. В. Абрамов ; Укр. НДІ соц. і судової психіатрії та наркології. Київ, 2005. С. 28—31.

10. Гриневич Є. Г. Деадаптивні психічні порушення у учасників локальних бойових дій // Таврический журнал психиатрии. 2014. Т. 18, № 3(68). С. 5—9.

11. Гриневич Є. Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих з психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 — Психіатрія / Є. Г. Гриневич ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. Київ, 2008. 44 с.

12. Полшкова С. Г. Психічні та психосоматичні розлади в осіб небезпечних видів професій (аутоагресивні механізми формування, діагностика, клініка, лікування) : дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 — Психіатрія / Полшкова Світлана Геннадіївна ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. Київ, 2013. 260 с.

13. Садковой В. П. Сравнительная характеристика симптоматики стрессовых расстройств у представителей пожарных и других профессий // Право і безпека. 2004. № 3. С. 212—215.

14. Іванцова Г. В. Пов'язані зі стресом невротичні розлади у військовослужбовців, які отримали механічну травму (клініка, принципи профілактики) : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.16 — Психіатрія / Іванцова Галина Василівна ; НДІ проблем військової медицини Збройних Сил України. Київ, 2008. 154 арк.

15. Мазаева Н. А., Сириченко Т. М., Суєтина О. А. Возрастные особенности непсихотических форм психогений, вызванных

повседневними стрессами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. Т. 104, № 6. С. 14—20.

16. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях : учебное пособие / под. ред. А. М. Чакиева. Бишкек, 2013. 366 с.

17. Організація психіатричної допомоги на особливий період : метод. реком. / Г. В. Мясніков, О. В. Друзь, О. Г. Сироп'ятов, А. Р. Чайковський / за ред. В. Б. Андронатія ; Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ». Київ, 2014. 38 с.

18. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. Чернівці, 2007. 424 с.

19. Чабан О. С., Франкова И. А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // NeuroNews. 2015. № 2(66). С. 8—18.

Надійшла до редакції 22.12.2016 р.

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, Головний психіатр Міністерства оборони України, полковник медичної служби, начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») МО України, м. Київ, Україна; e-mail: docod@bigmir.net

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» МО України, капітан медичної служби, м. Київ, Україна; e-mail: Super-passa@ukr.net

DRUZ Oleg, Doctor of Medical Sciences, Head psychiatrist of Ministry of Defense of Ukraine, Colonel of medical service, Head of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of National Military Medical Clinical Centre "Main Military Clinical Hospital" (NMMCC "MMCH") of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: docod@bigmir.net

CHERNENKO Inna, Military doctor of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of NMMCC "MMCH" of the Ministry of Defense of Ukraine, Captain of medical service, Kyiv, Ukraine; e-mail: Super-passa@ukr.net

УДК 616.45-001.1/3-008.447 «364»

В. И. Заворотный
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ
АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
(боевые психогении, клиничко-психопатологическая характеристика)

В. І. Заворотний
Посттравматичні стресові розлади у учасників антитерористичної операції
(бойові психогенії, клінічно-психопатологічна характеристика)

V. I. Zavorotnyi
Post-traumatic stress disorders in participants of the anti-terrorist operation
(combat psychogenias, clinical-psychopathological characteristics)

Проведенные исследования показали, что в генезе посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у участников АТО значительное место принадлежит боевым психогениям в виде витальной угрозы, психологического стресса первого боя и стрессовых факторов средового характера. В структуре клинических проявлений выделены основные симптомы (травматическое событие, вторжение, избегание, гиперактивация и социальная дезадаптация) и дополнительные в виде андегрунд-синдрома, комбатантной никтофобии, никтосенсибилизации и аутодепривации сна. Вышеизложенные признаки необходимо учитывать в диагностике ПТСР у военнослужащих.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые расстройства, боевые психогении, участники АТО

Проведені дослідження показали, що в генезі посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у учасників АТО значне місце належить бойовим психогеніям у вигляді вітальної загрози, психологічного стресу першого бою і стресових чинників середовищного характеру. У структурі клінічних проявів виокремлені основні симптоми (травматична подія, вторгнення, уникнення, гіперактивізація і соціальна дезадаптація) і додаткові у вигляді андегрунд-синдрому, комбатантної ніктофобії, ніктосенсибілізації і аутодепривації сну. Вищевикладені ознаки треба враховувати в діагностиці ПТСР у військовослужбовців.

Ключові слова: посттравматичні стресові розлади, бойові психогенії, учасники АТО

The investigation carried out by us demonstrated that in genesis of post-traumatic stress disorders (PTSD) in the ATO participants a significant place belonged to combat psychogenias in the forms of a vital threat, a psychological stress of the first battle, and stress environmental factors. In the structure of clinical manifestations the main symptoms (traumatic event, intrusion, avoidance, hyperactivation, and social disadaptation) and additional ones (underground-syndrome, combatant nyctophobia, nyctosensibilization, and sleep self-deprivation) were defined. It is necessary to take into account the abovementioned features in diagnosis of PTSD in military men.

Key words: post-traumatic stress disorders, combat psychogenias, participants of the ATO

События последних трех лет в Украине заставляют специалистов в сфере психического здоровья все чаще обращаться к изучению психологических и психопатологических последствий социальных стрессов [1, 3, 5].

Среди этих последствий особое место занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), специфика которого определяется не только высокоспецифическими клиническими проявлениями, но и тяжелыми медико-социальными последствиями, к которым относятся коморбидность, включая алкогольную и химические аддикции; формирование расстройств личности, суицидального поведения, нарушения социального функционирования, межличностного взаимодействия и качества жизни [2, 4, 7—9].

© Заворотний В. І., 2017

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на анализ факторов развития ПТСР, его клинических характеристик, проблема современных, действующих в условиях антитеррористической операции (АТО) особенностей боевых психогений и их патогенного влияния, остается далекой от завершения [2, 6].

Цель нашего исследования: клиничко-психопатологическая характеристика факторов психической травмы, обуславливающих развитие ПТСР, у участников боевых действий в зоне АТО.

На основе клиничко-психопатологического метода были изучены факторы психической травмы у 112 военнослужащих ВСУ, которые принимали непосредственное участие в АТО в 2014—2015 годы. В группу обследованных вошли мужчины в возрасте от 21 до 50 лет, среди которых призванных по мобилизации — 98 че-