3 фактори (табл. 3). Перший фактор — «актуальний психоемоційний стан» або «фактор психоемоційного дистресу» — включав емоційні стани, що відображають наявність психоемоційного дискомфорту («моторошно на душі» — 0,71 та «я хвилююсь та нервую» — 0,71), що виявлялися актуальними в ситуаціях: «на роботі» — 0,82, «сьогодні» — 0,75 та «коли мене критикують» — 0,71. Другий фактор — «фактор адикції», з максимальним факторним навантаженням включав ситуацію вживання («коли я вживаю» — 0,83), яка була зумовленою потребою у спілкуванні: («хочу спілкування» — 0,71 та «потребую розуміння та підтримки» — 0,70) та включав також відчуття «бадьорості» — 0,72. Третій фактор — «фактор втоми або потреби у відпочинку», який з найбільшими факторними навантаженнями становили емоційні стани «бажаю тиші та спокою» — 0,77, «відчуваю втому» — 0,74 та «хочу випити чаю/кави» — 0,72, що пов'язані з ситуаціями «ввечері після роботи» — 0,76 та «коли я хворію» — 0,71.

Таблиця 3. **Факторна структура потребово-емоційної сфери при неврастенії з коморбідними адикціями**

Факторні навантаження (Головні компоненти, Varimax)					
Фактор-1 «Актуальний психоемоційний стан», або «Фактор психоемоційного дистресу»		Фактор-2 «Фактор адикції»		Фактор-3 «Фактор втоми або потреби у відпочинку»	
Моторошно на душі	0,71	Коли я вживаю ...	0,83	Бажаю тиші та спокою	0,77
Я хвилююсь та нервую	0,71	Почуваю себе бадьоро	0,72	Відчуваю втому	0,74
На роботі	0,82	Хочу спілкування	0,71	Хочу випити чаю/кави	0,72
Сьогодні	0,75	Потребую розуміння та підтримки	0,70	Ввечері після роботи	0,76
Коли мене критикують	0,71			Коли я хворію	0,70

Отже, особливості потребово-емоційного простору хворих на неврастенію полягали в наявності стану актуального психоемоційного дистресу в ситуації зовнішньої оцінки: «коли мене критикують» та «на роботі». Внутрішня психоемоційна напруга призводила до виснаження та актуалізації потреби у відпочинку, яка у хворих на неврастенію реалізувалась через невротичну хворобу. Основу ж адиктивної поведінки хворих на неврастенію становила потреба у спілкуванні, передусім її емпатійний складник (потреба в розумінні та підтримці), реалізація якого істотно активізувала хворого, надаючи відчуття бадьорості.

Результати факторизації потребово-емоційного простору хворих на невротичні розлади виявили, що невротична хвороба та адиктивна поведінка в потребовому просторі особистості являють собою структури, що реалізують різні потреби. Потребово-емоційна наповненість стану невротичної хвороби та адиктивної поведінки має певну нозоспецифічність: при тривожно-фобічних розладах основу невротичного стану становить напруженість потреби у безпеці та потреби у відпочинку (через астенізацію внаслідок тривожних переживань), а основу адиктивної поведінки — потреба у спілкуванні та позитивних враженнях; при дисоціативних розладах, навпаки, невротична хвороба актуалізує потреби у спілкуванні та враженнях, що реалізуються у міжособистісній взаємодії, тимчасом як основу адиктивної поведінки становлять потреби у відпочинку та безпеці (як варіант виходу з емоційно насичених взаємин); при неврастенії невротичний стан та адиктивна поведінка являють собою варіанти виходу зі стану психоемоційного дистресу, але через реалізацію різних потреб: невротичний стан — через реалізацію потреби у відпочинку, а адиктивна поведінка — потреби у спілкуванні.

Отримані в роботі дані становлять особливий інтерес для розроблення програм терапії хворих на невротичні розлади з коморбідною адиктивною поведінкою, зокрема в напрямках психотерапевтичної та психопрофілактичної роботи.

Список літератури

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

2. Mental Health Condition of the Population and Tendencies of Development of Mental Health Care in the WPA Zone 10 Countries / Maruta N. A., P. Morozov, N. Neznanov [et al.]: WPA 2015 Bucharest International Congress (Romania, 24—27 June 2015) // Romanian journal of psychiatry. 2015. Vol. XVII, No 2. P. 89.

3. Психические заболевания в мире и Украине // Новости медицины и фармации. 2016. № 4 (567). С. 6—8.

4. Шаталина М. А. Особенности переживания внутриличностного конфликта интернет-аддиктами и лицами, страдающими никотиновой зависимостью / М. А. Шаталина // АНИ: педагогика и психология. 2018. № 2 (23). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-perezhivaniya-vnutrilichnostnogo-konflikta-internet-addiktami-i-litsami-stradayuschimi-nikotinovoy-zavisimostyu.

5. Колядко С. П. Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда / С. П. Колядко, Т. М. Воробьева // Психическое здоровье. 2014. № 1. С. 12—15.

6. Семке, В. Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2. URL: http:// medpsy.ru.

7. Волошин П. В. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18.

8. Денисенко М. М. Адикції хворих на невротичні розлади (структурний аналіз) / М. М. Денисенко // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 3, т. 1 (131). С. 91—96.

9. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2009. № 2 (16). С. 56—70.

10. Капцов А. В. Методика для диагностики актуальных потребностей личности / А. В. Капцов // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». 2008. № 2 (4). С. 59—70.

11. Соломин И. Л. Методика психосемантической экспресс-диагностики мотиваций / И. Л. Соломин // Школьные технологии. 2008. № 1. С. 159—168.

References

1. Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnostyka, profilaktyka) : kolektyvna monohrafiia za redaktsiieiu P. V. Voloshyna, N. O. Maruty. Kharkiv : Vydavets Strokov D. V., 2016. 335 s.

2. Maruta N. A., P. Morozov, N. Neznanov, O. Limankin, P. Voloshyn et al. Mental Health Condition of the Population and Tendencies of Development of Mental Health Care in the WPA Zone 10 Countries : WPA 2015 Bucharest International Congress (Romania, 24—27 June 2015). *Romanian journal of psychiatry*. 2015. Vol. XVII, No 2. P. 89.

3. Psixicheskie zabolevaniya v mire i Ukraine. *Novosti mediciny' i farmacii*. 2016. No. 4 (567). S. 6—8.

4. Shatalina M. A. Osobennosti perezhivaniya vnutrilichnostnogo konflikta internet-addiktami i liczami, stradayushhimi nikotinovoj zavisimost'yu. *ANI: pedagogika i psixologiya*. 2018. No. 2 (23). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-perezhivaniya-vnutrilichnostnogo-konflikta-internet-addiktami-i-litsami-stradayuschimi-nikotinovoy-zavisimostyu.

5. Kolyadko S. P., Vorob'eva T. M. E'mocional'naya abstinenciya kak biopsixologicheskij fenomen v perexodny'x processax pri neravnovesnom gomeostaze e'mocional'nogo fonda. *Psixicheskoe zdorov'e*. 2014. No. 1. S. 12—15.

6. Semke, V. YA. Issledovatel'skie podxody' k klassifikacii pogranichny'x i addiktivny'x rasstrojstv. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: e'lektron. nauch. zhurn*. 2012. No. 2. URL: http:// medpsy.ru.

7. Voloshyn P. V., Maruta N. O. Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrolohii, psykhiatrii ta narkolohii v Ukraini. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2017. T. 25, vyp. 1 (90). S. 10—18.

8. Denysenko M. M. Adyktsii khvorykh na nevrotychni rozlady (strukturnyi analiz). *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2017. Vyp. 3, tom 1 (131). S. 91—96.

9. Linskij I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. i dr. Metod kompleksnoj ocenki addiktivnogo statusa individa i populyacii s pomoshh'yu sistemy' AUDIT-podobny'x testov. *Visnik psixiatrii ta psixofarmakoterapii*. 2009. No. 2 (16). S. 56—70.

10. Kapczov A. V. Metodika dlya diagnostiki aktual'ny'x potrebnostej lichnosti. *Vestnik Samarskoj gumanitarnoj akademii. Seriya "Psixologiya"*. 2008. № 2 (4). S. 59—70.

11. Solomin I. L. Metodika psixosemanticheskoj e'kspress-diagnostiki motivacij. *Shkol'ny'e texnologii*. 2008. No. 1. S. 159—168.

Надійшла до редакції 11.05.2022

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний 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, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency 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: 616.891:616.89-008.441.44-057.36-085.851 https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-8

Г. М. Кожина, О. В. Друзь, Е. М. Хорошун, К. О. Зеленська, І. О. Черненко

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

H. M. Kozhyna, O. V. Druz, E. M. Khoroshun, K. O. Zelenska, I. O. Chernenko

PERSONALIZED APPROACH TO THE CORRECTION OF STRESS-RELATED DISORDERS IN SOLDIERS UNDER A FULL-SCALE INVASION

Ключові слова: *бойовий стрес, війна, військовослужбовці, комбатанти, стрес-асоційовані розлади*

Війна — це найпотужніший психосоціальний стресор. Бойовий стрес чинить потужний травмуючий вплив на кожного військовослужбовця, що є головною причиною розвитку посттравматичних стресових і гострих стресових розладів та бойових психічних травм. Базуючись на отриманих у процесі роботи даних, ми розробили та апробували персоніфіковану програму корекції стрес-асоційованих розладів та реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойового стресу, з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. На тлі проведення розробленої системи терапії та реабілітації показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на 42,1 ± 1,4 %, у контрольній — у середньому на 31,4 ± 1,3 %.

Отже, результатом імплементації вказаної персоніфікованої програми корекції стрес-асоційованих розладів очікується поліпшення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям в сучасних умовах.

Key words: *combat stress, war, soldiers, military, combatants, stress-related disorders*

War is the most powerful psychosocial stressor. Combat stress exerts a powerful traumatic effect on every military, which is the main reason for the development of post-traumatic stress disorders, acute stress disorders and combat mental injuries. Based on the data obtained during our study, it was developed and tested a personalized program for the correction of stress-related disorders and the rehabilitation of persons affected by combat stress with the differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation methods. Against the background of carrying out the developed system of therapy and rehabilitation, the quality of life index in the main group by all scales increased by an average of 42.1 ± 1.4 %, in the control group by an average of 31.4 ± 1.3 %.

Thus, as a result of the implementation of the indicated personalized program for the correction of stress-related disorders, an improvement in the quality of medical care for military personnel in modern conditions is expected.

Найпотужнішим психосоціальним стресором є війна. Бойовий стрес чинить потужний травмуючий вплив на кожного військовослужбовця. Цей факт є головною причиною розвитку посттравматичних стресових і гострих стресових розладів та бойових психічних травм. Бойовий дистрес є найчастішою причиною непсихотичних психічних розладів, які впливають на адекватне виконання військових обов'язків та сприяють виникненню психічних змін і розладів та неспецифічних доклінічних психологічних проявів [1—5].

Безпрецедентність повномасштабного вторгнення на територію України стає причиною виникнення непсихотичних психічних розладів, які призводять до втрати боєздатності. Під час військової операції неможливо повністю уникнути бойових психічних травм, однак завдяки психопрофілактичним заходам та виявленню специфічних маркерів клініко-психопатологічних змін у комбатантів, при своєчасному та систематичному наданні їм психологічної допомоги можна знизити психологічні втрати серед особового складу Збройних Сил України [6—9].

© Кожина Г. М., Друзь О. В., Хорошун Е. М., Зеленська К. О., Черненко І. О., 2022

Розробка системи персоніфікованої корекції стрес-асоційованих розладів, що виникають внаслідок бойового стресу, — є дуже важливою в зв'язку з проблемами у сфері психічного здоров'я та наявними психосоціальними наслідками кризових травматичних подій, що міцно пов'язані між собою [10, 11].

Перебуваючи на полі бою, велика кількість військовослужбовців отримали бойові психічні та фізичні травми. Під час бойових дій психіка комбатантів є на межі граничних навантажень. Зокрема, виснаження психіки призводить до зниження ефективності роботи в надскладних екстремальних умовах збройного протистояння, а обсяги психічних розладів набувають значних масштабів [12—18].

У процесі роботи ми з метою розробки комплексної програми корекції стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення провели обстеження 256 військовослужбовців Збройних Сил України, хворих на стрес-асоційовані розлади, обох статей, середнім віком 32,6±7,7 років, які становили дві групи: основну (пацієнти якої брали участь у персоніфікованій програмі з корекції стрес-асоційованих розладів, розробленої за результатами власних до-

сліджень) — 183 особи та контрольну — 73 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у шпиталі.

Клінічна структура постстресових розладів у обстежених хворих була представлена посттравматичним стресовим розладом (F43.1) — 32,1 ± 1,3 %; розладами адаптації (пролонгована тривожно-депресивна реакція) (F43.21) — 13,0 ± 1,2 %; тривожними розладами: генералізований тривожний розлад (F41.1) — 19,4 ± 1,2 % обстежених; панічний розлад (F41.0) — 15,6 ± 1,2 %; депресивним епізодом: помірний (F32.1) — 11,5 ± 1,1 % обстежених; важкий (F32.2) — у 8,4 ± 0,5 %.

У структурі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) спостерігались тривожний (35,2 ± 1,3 % обстежених), дисфоричний (39,8 ± 1,3 %), астенічний (22,4 ± 1,3 %) та соматоформний (2,9 ± 0,5 %) синдромокомплекси.

За Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) клінічні ознаки ПТСР спостерігались у 70,1 ± 1,7 % обстежених; за шкалою клінічної діагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale — CAPS) виявлення симптомів ПТСР становила 34,0 ± 3,6 бали, інтенсивність прояву симптомів — 32,1 ± 5,3 бали, загальна важкість симптомів — 66,1 ± 6,9 балів, що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

Аналіз важкості впливу травматичної події за шкалою Impact of Event Scale-R (IES-R) показав високий рівень її впливу за шкалами вторгнення (77,8 ± 1,7 %), уникнення (62,9 ± 1,6 %) та фізіологічної збудливості (72,2 ± 1,7 %).

Також для обстежених хворих було властиво переважання надвисокого (48,5 ± 1,4 %) та підвищеного (47,2 ± 1,4 %) рівня соціальної фрустрації.

Базуючись на отриманих у процесі роботи даних, ми розробили та апробували персоніфіковану програму корекції стрес-асоційованих розладів та реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойового стресу, з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Персоніфікована терапевтична програма включала фармакотерапевтичний та психотерапевтичний блоки. Фармакотерапевтичний блок розроблений з урахуванням клінічних рекомендацій світових психіатричних асоціацій (APA, EPA, WFSBP, NICE, ISTSS) та передбачає персоніфіковане використання антидепресантів — селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (Сертралін, Пароксетин, Есциталопрам), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (Дулоксетин, Венлафаксин), транквілізаторів (Гідазепам), анксіолітиків (Мебікар, Екстракт passiflora incarnata) та адаптогенів.

Психотерапевтичний блок програми розроблений на базі багатовимірної моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності BASIC Ph (Mooli Lahad, 1999) та включає використання при посттравматичному стресовому розладі травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії, десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR) та аутогенного тренування, спрямованого на самоконтроль емоцій.

При пролонгованій тривожно-депресивній реакції програма включає використання раціональної психотерапії, індивідуально-орієнтованої короткотермінової психодинамічної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій», особистісно-орієнтованої психотерапії Карвасарського.

Психотерапевтична програма при тривожних розладах включає використання EMDR, травмафокусованої терапії та тренінгів подолання тривоги та інтерперсональної взаємодії.

Важливим складником корекційної програми є психоосвітній складник, який передбачає формування розуміння психічних та психологічних наслідків бойової психічної травми; оволодіння базовими техніками самодопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичками саморегуляції та самоуправління своїм станом.

У процесі роботи розроблена персоніфікована система реабілітації військовослужбовців зі стрес-асоційованими розладами, яка включає: моніторинг психічного стану, створення реадаптаційної атмосфери та Програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом, розроблену Френком Пьюселиком.

Як свідчать результати отриманих у процесі роботи даних, використання персоніфікованої комплексної програми корекції стрес-асоційованих розладів справляє позитивний вплив на психічний стан хворих, сприяє швидкій редукції тривожної та депресивної симптоматики, зниженню рівня нервово-психічної напруги у хворих основної групи (86,9 ± 1,8 % обстежених), порівняно із незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю (37,8 ± 1,3 %).

За Міссісіпською шкалою клінічні ознаки ПТСР спостерігалися у 22,1 ± 1,2 % обстежених основної та 48,2 ± 1,4 % — контрольної груп; за CAPS — у 69,8 ± 1,6 % та 42,3 ± 1,4 % частота виявлення симптомів ПТСР становила 5,1 ± 2,6 балів, інтенсивність прояву симптомів у обстежених — 9,1 ± 1,3 бали, загальна важкість симптомів — 17,1 ± 1,3 бали, що не виходило за межі психічної норми. У хворих основної групи порівняно з контрольною спостерігалось достовірне більше зниження рівнів тривоги та депресії за Шкалою тривоги та депресії Гамільтона; показників тривоги та депресії за Госпітальною шкалою та депресії за Шкалою Монтгомері — Асберга.

За шкалою оцінки впливу травматичної події відзначена така динаміка: у 46,1 ± 1,4 % хворих основної групи порівняно з 25,1 ± 1,2 % контрольної групи не зареєстровано клінічних проявів ПТСР. В основній групі відзначено достовірне зменшення кількості пацієнтів з симптомами «вторгнення»

(13,6 ± 1,1 %) та «уникнення (12,8 ± 1,1 %), в контрольній групі симптоми «вторгнення» спостерігалися в 31,4 ± 1,2 % обстежених, а симптоми «уникнення» — в 33,4 ± 1,3 % обстежених відповідно.

Як показав аналіз рівня соціальної фрустрованості, на другому етапі дослідження встановлено, що серед хворих основної групи переважали особи з частковою оцінкою власних соціальних досягнень в бік задоволеності, серед осіб контрольної — навпаки, у бік незадоволеності наявною реалізацією.

На тлі застосування розробленої системи терапії та реабілітації показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на 42,1 ± 1,4 %, у контрольній — у середньому на 31,4 ± 1,3 %.

Отже, результатом імплементації зазначеної персоніфікованої програми корекції стрес-асоційованих розладів очікується поліпшенні якості надання медичної допомоги військовослужбовцям в сучасних умовах.

Список літератури

1. Lennard J. Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence / J. Lennard // Global Overview 2015: People internally displaced by conflict and violence. 2015. 99 p. URL: http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf.

2. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах ; переклад з англ. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 579 с.

3. Пішель В. Я. Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клініко-соціальна характеристика та практика психофармакотерапії / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (1). С. 69—73.

4. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM–4 and DSM–5 criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2013. P. 37—47. DOI: 10.1002/jts.21848.

5. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / Верба А. В., Барбазюк О. А., Швець А. В. [та ін.] ; під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О. В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В. С. Гічуна. Київ, 2017. 102 с.

6. Сучасна методологія корекції та превенції стрес-асоційованих розладів у жінок ветеранів / [Г. М. Кожина, В. В. Стеблюк, К. О. Зеленська, К. В. Проноза-Стеблюк] // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. № 1 (90). С. 52—56.

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

8. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : методичні рекомендації / Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко [та ін.] ; Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ : НДЦ ГП ЗС України. 2016. 147 с.

9. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій / В. Ю. Омелянович // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol. 4. No. 2. P. 34—39.

10. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій : методичні рекомендації / [О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, О. В. Друзь, О. О. Хаустова]. Київ, 2014. 53 с.

11. Когут Л. Не називайте їх АТО-шниками: психологія учасників бойових дій / Л. Когут // Офіційний сайт Міністерства оборони України. 2018. URL: http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii.

12. Етапи формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах / А. П. Казмірчук, О. І. Лашин, В. О. Науменко [та ін.] // Research-science. 2019. № 9. С. 3—7.

13. Друзь О. В. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій / О. В. Друзь, Ю. Г. Гриневич, І. О. Черненко // European multi science journal. 2018. No. 22. P. 5—11.

14. Agaibi C. E. PTSD, and resilience: A review of the literature / C. E. Agaibi, J. P. Wilson // Trauma, Violence, & Abuse. 2015. No. 6 (3). P. 195—216.

15. Examining PTSD Treatment Choice Among Individuals with Subthreshold PTSD / [H. E. Bergman, A. C. Kline, N. C. Feeny, L. A. Zoellner] // Behaviour Research and Therapy. 2015. Vol. 73. P. 33—41. DOI: 10.1016/j.brat.2015.07.010.

16. Secretary-General U. N. Peace and Security // Bulletin of United Nations. New York : UN, 2020. 36 p. URL: https://www.un.org/sg/en/sg-speech-topics/peace-and-security.

17. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study / [D. J. Kearney, C. A. Malte, C. Mc Manus, M. E. Martinez] // Journal of Traumatic Stress. 2017. No. 26 (4). P. 426—34. DOI: 10.1002/jts.21832.

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

References

1. Lennard J. *Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence*. 2015. 99. URL: http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf.

2. *Okhorona psykhichnoho zdorov'ia v umovakh viiny*. U dvokh tomakh ; pereklad z anhliiskoi. Kyiv : Nash format, 2017. T. 1. 579 s.

3. Pishel V. Ya., Polyv'iana M. Yu., Huzenko K. V. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad ta rozlady adaptatsii v uchasnykiv ATO: kliniko-sotsialna kharakterystyka ta praktyka psykhofarmakoterapii. Ukraina. *Ukraina. Zdorov'ia natsii*. 2016. 4 (1), 69–73.

4. Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., Friedman M. J. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-4 and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct;26(5):537–47. doi: 10.1002/jts.21848.

5. Verba A. V., Barbaziuk O. A., Shvets A. V. ta in. *Vkazivky shchodo zberezhennia psykhichnoho zdorov'ia viiskovosluzhbovtsiv v zoni zastosuvannia viisk (syl) ta pid chas vidnovlennia boiezdatnosti viiskovykh chastyn (pidrozdiliv)*; pid zah. red. Holovnoho psykhiatra MO Ukrainy, doktora medychnykh nauk O. V. Druzia, Holovnoho psykhiatra MVS Ukrayiny, doktora medychnykh nauk V. S. Hichuna. Kyiv, 2017. 102.

6. Kozhyna H. M., Stebliuk V. V., Zelenska K. O., Pronoza-Stebliuk K. V. Suchasna metodolohiia korektsii ta preventsii stres-asotsiiovanykh rozladiv u zhinok veteraniv. *Eksperymentalna i klinichna medytsyna*. 2021. 1 (90), 52–56.

7. Platyniuk O. B., Koshchii V. O. Systema psykhoterapevtychnoi pidtrymky uchasnykiv boiovykh dii, yaki oderzhaly poranennia. *Medytsyna sohodni i zavtra*. 2020. 3 (88), 89–94.

8. Ahaiev N. A., Skrypkin O. H., Deiko A. B., Polyv'ianiuk V. V., Evert O. *Alhorytm roboty viiskovoho psykholoha shchodo psykholohichnoho zabezpechennia profesiinoi diialnosti osobovoho skladu Zbroinykh Syl Ukrainy* : metodychni rekomendatsii. Ministerstvo oborony Ukrainy, Nauk.-doslid. tsentr humanitar. problem Zbroinykh Syl Ukrainy. Kyiv: NDTs HP ZS Ukrainy, 2016. 147.

9. Omelianovych V. Yu. Suspilni ta simeini aspekty diahnozu "posttravmatychnyi stresovyi rozlad" u viiskovosluzhbovtsiv pislia povernennia z zony boiovykh dii. *Psychosomatics: Science and Practice*. 2019. 4, 2, 34–39.

10. Bohomolets O. V., Pinchuk I. Ya., Druz O. V., Khaustova O. O. *Optymizatsiia pidkhodiv do nadannia psykhiatrychnoi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchasnykiv boiovykh dii :* metodychni rekomendatsii. Kyiv, 2014. 53 s.

11. Kohut L. *Ne nazyvayte yikh ATO-shnykamy: psykholohiia uchasnykiv boiovykh dii*. Ofitsiynyi sait Ministerstva oborony Ukrayiny. 2018. URL: http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii.

12. Kazmirchuk A. P., Lashyn O. I., Naumenko V. O., Dorokhova O. E., Chernenko I. O. Etapy formuvannia posttravmatychnykh stresovykh rozladiv u hibrydnykh viinakh. *Research-science*. 2019. 9, 3–7.

13. Druz' O. V., Hrynevych Yu. H., Chernenko I. O. Kompleks metodiv, protsedury ta alhorytm psykhoterapii v strukturi dyferentsiiovanykh prohram psykhosotsialnoi reabilitatsii staniv dezadaptatsii u uchasnykiv lokalnykh boyovykh dii. *European multi science journal*. 2018. 22, 5–11.

14. Agaibi C. E., Wilson J. P. PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015. 6 (3), 195–216.

15. 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. 73, 33–41. DOI: 10.1016/j.brat.2015.07.010.

16. Secretary-General U. N. Peace and Security. *Bulletin of United Nations*. New York: UN, 2020; 36. URL: https://www.un.org/sg/en/sg-speech-topics/peace-and-security.

17. Kearney D. J., Malte C. A., Mc Manus C., Martinez M. E., Felleman B., Simpson Tr. L. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Traumatic Stress*. 2013 Aug; 26 (4), 426–34. doi: 10.1002/jts.21832.

18. Platyniuk O. B., Sokolova I. M. Model formuvannia nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladiv u uchasnykiv boiovykh dii, yaki oderzhaly poranennia. E*ksperymentalna ta klinichna medytsyna*. 2020. 3 (88), 67–72.

Надійшла до редакції 18.05.2022

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (ХНМУ), Харків, Україна; e-mail: amkozhyna888@gmail.com

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») Міністерства оборони (МО) України, м. Київ, Україна; https://orcid.org/0000-0002-5417-5848; e-mail: docod@bigmir.net

ХОРОШУН Едуард Миколайович, начальник Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, м. Харків, Україна; https://orcid.org/0000-0003-1258-1319; e-mail: ehoroshun@i.ua

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ, Харків, Україна; https://orcid.org/0000-0002-9190-8211; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, кандидат медичних наук, ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» МО України, капітан медичної служби, м. Київ, Україна; https://orcid.org/0000-0003-2965-1950; e-mail: Super-passa@ukr.net

Information about the authors:

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: amkozhyna888@gmail.com

DRUZ Oleh, 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; https://orcid.org/0000-0002-5417-5848; e-mail: docod@bigmir.net

KHOROSHUN Eduard, Head of the Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkiv, Kharkiv, Ukraine; https://orcid.org/0000-0003-1258-1319; e-mail: ehoroshun@i.ua

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; https://orcid.org/0000-0002-9190-8211; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

CHERNENKO Inna, MD, PhD, 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; https://orcid.org/0000-0003-2965-1950; e-mail: Superpassa@ukr.net

УДК: 616.8-008.64-08

https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-9

Н. О. Марута, Т. В. Панько, О. Є. Сємікіна, Ю. М. Завалко

ОЦІНКА МІШЕНЕЙ ТЕРАПІЇ ПРИ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

N. O. Maruta, T. V. Panko, O. E. Semikina, Yu. M. Zavalko

EVALUATION OF THERAPY TARGETS IN RECURRENT DEPRESSIVE DISORDERS

Ключові слова: *рекурентний депресивний розлад, клініко-психопатологічні особливості, мішені терапії*

На депресивні розлади, за даними ВООЗ, страждає понад 350 мільйонів осіб. Етіологія та патоґенез депресивних епізодів та рекурентних депресивних розладів дотепер остаточно не визначені. Формування депресивних розладів зумовлено поєднанням кількох факторів, як-от біологічні (конституціонально-генетичні), психологічні та соціальні. З огляду на рівень поширеності депресивних розладів, і далі тривають оцінювання їх клініко-психопатологічних особливостей та пошук підходів до їх терапії.

З метою визначення мішеней терапії рекурентних депресивних розладів проведено обстеження пацієнтів з рекурентними депресивними розладами в умовах відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України»: 175 хворих на рекурентну депресію, серед з них 74,85 % жінок та 25,15 % чоловіків. Середній вік обстежених становив 46,79 років (жінок — 52,25, чоловіків — 41,32). На підставі оцінки клініко-психологічних проявів рекурентних депресивних розладів та психопатологічних аспектів встановлені мішені терапевтичного впливу: вираженість депресивного епізоду (легкий, помірний, важкий), специфіка психотравматичних переживань, параметри антивітальності та життєстійкості, структурні особливості адаптаційного потенціалу.

Key words: *recurrent depressive disorder, clinical and psychopathological features, targets of therapy*

According to the WHO, more than 350 million people suffer from depressive disorders. The etiology and pathogenesis of depressive episodes and recurrent depressive disorders have not yet been definitively established. The formation of depressive disorders is due to a combination of such factors as biological (constitutional and genetic), psychological and social. Taking into account the level of prevalence of depressive disorders, the assessment of their clinical and psychopathological features and approaches to their therapy continues. In order to determine the targets of therapy for recurrent depressive disorders, an examination of patients with recurrent depressive disorders was conducted. In the conditions of the Department of borderline psychiatry of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" SI: 175 patients with recurrent depression were examined, among them 74.85 % were women and 25.15 % were men. The average age of the examinees was 46.79 years (women — 52.25, men — 41.32). Based on the assessment of clinical and psychological manifestations of recurrent depressive disorders and psychopathological aspects, the targets of therapeutic influence are established: the severity of a depressive episode (mild, moderate, severe), the specificity of psychotraumatic experiences, parameters of anti-vitality and vitality, structural features of adaptation potential.

На депресивні розлади, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), страждає понад 350 мільйонів осіб. Зростання кількості депресій та інших порушень психічного здоров'я прогресує в глобальних масштабах і призводить до збільшення фінансових витрат на лікування і реабілітацію хворих. За результатами досліджень, від депресії страждає 3,8 % населення, серед них 5 % дорослих та 5,7 % осіб старших за 60 років [1].

На сьогодні депресивні розлади посідають друге місце у світі серед усіх медичних причин інвалідності та смертності, а серед осіб молодого віку (до 45 років) депресивні розлади вийшли на перше місце за цими показниками [2]. За прогнозом ВООЗ, до 2030 року рекурентні депресивні розлади вийдуть на перше місце за показниками інвалідності та смертності [3].

В структурі депресивних розладів рекурентна форма депресії є патологією, що спостерігається у 15—25 % жінок і 6—12 % чоловіків [4—6]. У 86,1 % пацієнтів, хворих на депресивні розлади, виникають повторні приступи (понад три). Слід зазначити, що у 10,5 % буває 10 депресивних епізодів і більше [4, 6]. Спостерігається пряма залежність між кількістю епізодів захворювання (фаз) і ризиком розвитку його рецидиву [7]. Від 30 до 50 % хворих не досягають інтермісії під час початкової терапії [8] або мають остаточні симптоми [9, 10]. Наслідками такого перебігу депресивного розладу може бути виражена соціальна дезадаптація з тенденцією до зниження оцінки показників здоров'я, насамперед психічного [11]. Велика поширеність рекурентних депресивних розладів (серед чоловіків — близько 6 %, серед жінок — до 15 %), схильність до частого рецидивування (у 85 % хворих відзначаються повторні епізоди), тенденція до затяжного перебігу, хроніфікація епізодів, обтяження перебігу соматичними розладами, коморбідність з іншими психічними розладами, а також проблеми, пов'язані зі збитками, які завдають ці розлади, зумовлюють значну актуальність для вивчення проблеми депресивних розладів та можливостей терапії депресії.

© Марута Н. О., Панько Т. В., Сємікіна О. Є., Завалко Ю. М., 2022