

О. В. Друзь, В. І. Заворотний, І. О. Черненко
**ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ
 З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ У КОМБАТАНТІВ**

О. В. Друзь, В. И. Заворотный, И. А. Черненко
**Терапевтический алгоритм при посттравматическом стрессовом расстройстве
 с суицидальным поведением у комбатантов**

O. V. Druz, V. Zavorotny, I. O. Chernenko
Therapeutic algorithm for posttraumatic stress disorder with suicidal behavior in combatants

Бойовий стрес справляє великий вплив на особистість та є основною причиною бойових психічних травм, розвитку суїцидальної поведінки в структурі постстресових розладів. Обстежено 93 комбатанти з діагнозом посттравматичний стресовий розлад, асоційований з суїцидальною поведінкою. Основним фактором суїцидогенезу при ПТСР є «психологічна капітуляція» комбатанта — стійка нездатність впоратися з бойовою психічною травмою, почуттям безсилля, безпорадності, безнадійності на тлі браку або низької психологічної резистентності до стресу бойових обставин в поєднанні з високим рівнем імпульсивності. Також відзначено високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самосвідомості смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Асберга. Базуючись на отриманих даних, ми розробили терапевтичний алгоритм посттравматичного стресового розладу, асоційованого з суїцидальною поведінкою у комбатантів, який складається з фармакотерапевтичного та психотерапевтичного блоків.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, комбатанти, посттравматичний стресовий розлад, терапевтичний алгоритм

Боевой стресс оказывает значительное влияние на личность и является основной причиной боевых психических травм, развития суицидального поведения в структуре постстрессовых расстройств. Обследованы 93 комбатанта с диагнозом: посттравматическое стрессовое расстройство, ассоциированное с суицидальным поведением. Основным фактором суицидогенеза при ПТСР является «психологическая капитуляция» комбатанта — стойкая неспособность справиться с боевой психической травмой, чувством бессилия, беспомощности, безнадежности на фоне отсутствия или низкой психологической резистентности к стрессу боевых обстоятельств в сочетании с высоким уровнем импульсивности. Также отмечен высокий уровень суицидального риска, низкий уровень самосознания смерти, высокий уровень ангедонии, клинические проявления тревоги и депрессии по госпитальной шкале, тяжелая тревога и депрессия по шкале Гамильтона, большой депрессивный эпизод по шкале Монтгомери — Асберга. Основываясь на полученных данных, мы разработали терапевтический алгоритм посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с суицидальным поведением у комбатантов, состоящий из фармакотерапевтического и психотерапевтического блоков.

Ключевые слова: суицидальное поведение, комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, терапевтический алгоритм

Combat stress has a significant impact on the personality and is the main cause of combat mental trauma and development of suicidal behavior in the structure of post-stress disorders. 93 combatants with a diagnosis of post-traumatic stress disorder associated with suicidal behavior were examined. The main factor in suicide genesis in PTSD is the “psychological capitulation” of the combatant — a persistent inability to cope with combat trauma, feelings of feebleness, helplessness, hopelessness in the absence or low psychological resistance to stress in combat circumstances combined with a high level of impulsivity. There was also a high level of suicide risk, low self-awareness of death, high level of anhedonia, clinical manifestations of anxiety and depression by the Hospital Anxiety and Depression Scale, severe anxiety and depression by the Hamilton Rating Scale for Anxiety and Depression, major depressive episode by the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. Based on the obtained data, we have developed a therapeutic algorithm for post-traumatic stress disorder associated with suicidal behavior in combatants, which consists of pharmacotherapeutic and psychotherapeutic modules.

Keywords: suicidal behavior, combatants, post-traumatic stress disorder, therapeutic algorithm

Протягом останніх століть медична наука класифікувала наслідки психотравматичного впливу бойових дій як «бойовий шок», «воєнний невроз», «розлад зони бойових дій», «бойова психічна травма», приділяючи більшу увагу то одним, то іншим, важливим, на думку тогочасної науки, етіологічним факторам [1, 2].

Для відстрочених наслідків отримання екстремального психотравматичного досвіду сучасна психіатрія використовує термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). У зв'язку з воєнною ситуацією в нашій країні ПТСР є серйозною проблемою психіатрії, звичайно більшою мірою ця проблема стосується військової психіатрії. Дані про поширеність ПТСР серед комбатантів та ветеранів війн значно різняться, але незмінним залишається факт, що їх перебування у зоні бойових дій

безпосередньо пов'язане зі значним ризиком розвитку ПТСР — у 1,5—3 рази [3, 4].

Бойовий стрес справляє значний вплив на людину та є основною причиною бойових психічних травм, розвитку суїцидальної поведінки в структурі постстресових розладів. Частота самогубств серед населення є одним з найважливіших якісних показників громадського психічного здоров'я і соціального благополуччя громадян [5, 6].

Прояви негативних психічних станів внаслідок бойової психічної травми у формі розладів психічного та фізичного здоров'я, соціальної дезадаптації, хронічних змін особистості, аутоагресивної поведінки виникають внаслідок їх соціально-економічних впливів для країни загалом. Вони потребують своєчасного запровадження та постійного використання ефективних прогностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів [7, 8].

Останнім часом є суттєва потреба впровадження та постійного використання ефективних реабілітаційних та профілактичних заходів, які спрямовані на попередження аутоагресивної поведінки військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу [4, 9].

Мета дослідження — розроблення терапевтичного алгоритму посттравматичного стресового розладу, асоційованого з суїцидальною поведінкою у комбатантів.

Для вирішення поставленої мети ми провели дослідження на базі клініки психіатрії з палатами для наркологічних хворих Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь». Обстежено 93 військових з ПТСР, асоційованим з суїцидальною поведінкою.

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

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, у психічному статусі комбатантів домінували афективний, астенічний та психосоматичний синдромо-комплекс (середня інформативність запитань щодо цих проявів $\Sigma MI/n$ становила 2,16; 1,77 та 1,32 од. відповідно).

Аналіз особливостей аутоагресивної поведінки показав, що $36,2 \pm 1,3$ % обстежених комбатантів скоїли суїцидальні спроби, у $35,6 \pm 1,3$ % відзначались суїцидальні рішення і наміри, у $28,2 \pm 1,2$ % стабільно виникали пасивні та активні суїцидальні думки, $25,3 \pm 1,2$ % обстежених розмірковували про самогубство протягом життя, $42,2 \pm 1,4$ % — протягом останніх 30 днів перед обстеженням, $32,5 \pm 1,3$ % здійснювали спробу самогубства протягом останнього місяця.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження, $52,2 \pm 1,5$ % обстежених притаманний високий та $48,7 \pm 1,4$ % — середній рівень суїцидального ризику у поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті у $68,2 \pm 1,6$ % комбатантів.

Встановлено доволі високі бали за такими ознаками Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS): «суїцидальні ідеї» ($3,37 \pm 0,28$ балів) та «інтенсивність суїцидальних ідей» ($10,32 \pm 1,36$ балів); клінічні прояви тривоги ($69,2 \pm 1,6$ % обстежених) і депресії ($74,8 \pm 1,7$ %) за госпітальною шкалою; важка тривога ($58,9 \pm 1,5$ %) і депресія ($69,8 \pm 1,6$ %) за шкалою Гамільтона; великий депресивний епізод ($71,1 \pm 1,7$ %) за шкалою Монтгомері — Асберга.

Обстеженим комбатантам притаманні високі рівні аутоагресивних предикторів (за Г. Я. Пилягіною) за шкалами аутоагресії ($65,9 \pm 1,3$ %), внутрішнього напруження ($68,2 \pm 1,5$ %), імпульсивності ($51,2 \pm 1,3$ %), зниження критики до здійснюваних суїцидальних вчинків ($39,8 \pm 1,3$ %) та наявності афективних порушень ($56,8 \pm 1,5$ %).

Середній бал за Торонською шкалою алекситимії у обстежених перевищував нормативні величини алекситимії та становив $\Sigma_{cp} = 80,87 \pm 1,79$ балів, що свідчить про «алекситимічний тип» реагування.

Отже, основним фактором суїцидогенезу при ПТСР є «психологічна капітуляція» комбатанта — стійка нездатність впоратися з бойовою психічною травмою, почуттям безсилля, безпорадності, безнадійності та тлі браку або низької психологічної резистентності до стресу бойових обставин в поєднанні з високим рівнем імпульсивності, низьким рівнем самосвідомості смерті, високий рівень суїцидального ризику, високий рівень ангедонії,

важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, клінічні прояви тривоги і депресії з госпітальною шкалою, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Асберга.

Базуючись на отриманих даних, ми розробили терапевтичний алгоритм посттравматичного стресового розладу, асоційованого з суїцидальною поведінкою у комбатантів, який складається з фармакотерапевтичного та психотерапевтичного блоків.

Психофармакотерапія включала персоніфіковане використання анксиолітиків (NDRI), антидепресантів (SARI, SNRI, SSRI), атипичних атипсихотиків та снодійних препаратів.

Психотерапія включала такі методики:

Психотерапія першого вибору — травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія, специфічна когнітивно-біхевіоральна психотерапія, когнітивно-реконструктивна тривала терапія впливу, розповідна експозиційна терапія, коротка еkleктична психотерапія.

Психотерапія другого вибору: тренінг імунізації проти стресу D. Meichebaum, пацієнт-центрована психотерапія C. R. Rogers, міжособистісна психотерапія G. Klerman.

Варіант психотерапії обирали індивідуально для кожного хворого з урахуванням психологічних (зокрема конституційно-типологічних особливостей) та клініко-психопатологічних рівнів соціальної адаптації (включно з соціально-дезадаптивними і контекстуальними чинниками), рівня соціальної підтримки тощо.

Алгоритм психотерапії складався з таких етапів:

I етап — адаптаційний

1. Психосвіта з питань наслідків травми, травматичного досвіду;

2. Формування терапевтичного альянсу: допомога у отриманні консультацій з медичних, юридичних, соціальних питань; використання технік залучення пацієнта у психотерапевтичний процес; визначення, обговорення, оптимізація очікувань від терапії, а також з використанням різних моделей взаємодії (керівництво, контрактна, партнерство);

3. Психодіагностична оцінка травматичного досвіду з визначенням ресурсів, потреб, резервів психіки, також оцінка наслідків травми з використанням дезактуалізації гострих емоційних переживань та реакцій, які потенційно перешкоджатимуть якійсь психотерапії;

4. Підвищення рівня комплаєнсу (мотиваційний тренінг, комплаєнс-терапія);

5. Формування безпечного терапевтичного середовища.

II етап — інтенсивних психотерапевтичних втручань

1. Безпосередня робота з травмою, травматичним досвідом;

2. Моніторинг динаміки стану пацієнта в процесі психотерапії.

III етап — підтримувальної терапії

1. Закріплення навичок, отриманих на попередніх етапах;

2. Рефлексія підвищених рівнів психологічної, психічної, соціально-трудова адаптації через опанування та відпрацювання індивідуального саме для цього пацієнта комплексу певних психотерапевтичних програм.

IV етап — завершальний

1. Спільні з пацієнтом уточнення та аналіз соціальних, психологічних, психічних надбань в процесі психотерапевтичного втручання;

2. Об'єктивізація динаміки позитивного впливу лікування.

Тривалість психотерапевтичних інтервенцій становила від 20 до 40 хвилин на сеанс, періодичність — 2—3 рази на тиждень, загальна кількість сеансів — від 18 до 20.

Слід відзначити, що кінцевим результатом використання психотерапевтичних методів був пошук та реалізація ефективних схем як для вирішення поточних цілей лікування стосовно реагування комбатанта на травматичний досвід, травматичну подію, визначених в процесі терапії, так і з метою зниження аж до нівелювання симптомів посттравматичного стресового розладу та суїцидальних тенденцій за допомогою психотерапевтичних інтервенцій.

Як показали результати апробації розробленого терапевтичного алгоритму посттравматичного стресового розладу, асоційованого з суїцидальною поведінкою, він забезпечує регрес симптомів ПТСР та суїцидальних тенденцій у 84,78 % комбатантів.

Список літератури

1. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. / К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 128—129.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. Харків, 2014. 67 с.
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2 т. / переклад з англ. Київ : Наш формат, 2017, Т. 1. 579 с.
4. 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.
5. 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. 2017. 26(5). P. 537—47. DOI: 10.1002/jts.21848.
6. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А. В. Верба, О. А. Барбазюк, А. В. Швець [та ін.] ; під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О. В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В. С. Гічуна. Київ, 2017. 102 с.
7. Сучасна методологія корекції та превенції стрес-асоційованих розладів у жінок ветеранів / Г. М. Кожина, В. В. Стебляк, К. О. Зеленська, К. В. Проноза-Стебляк // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. № 1 (90). С. 52—56. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.1.ksz>.
8. Платинюк О. Б. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення / О. Б. Платинюк, В. О. Коцій // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 3 (88). С. 89—94.
9. 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.

References

1. Aïmedov K. V., Asiëieva Yu. O., Tolmachov O. A. (2016). Suchasna diahnostychna kontseptsiia posttravmatychnoho stresovoho rozladu. Arkhiv psykhiatrii, 22, 2, 128—129.
2. Voloshyn P. V., Maruta N. O., Shestopalova L. F. (2014). Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh

naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii. Kharkiv, 67.

3. Okhorona psykhichnoho zdorovia v umovakh viiny. (2017). U dvokh tomakh. Pereklad z anhliiskoi. "Nash format". K., 1. 579.

4. Pishel V. Ya., Polyviana M. Yu., Huzenko K. V. (2016). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad ta rozlady adaptatsii v uchasnykh ATO: kliniko-sotsialna kharakterystyka ta praktyka psykhofarmakoterapii. Ukraina. Zdorovia natsii, 4 (1), 69—73.

5. Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W. (2017). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-4 and DSM-5 criteria. Journal of Traumatic Stress. 37—47.

6. Verba A. V., Barbaziuk O. A., Shvets A. V. ta in. (2017). Vkazivky shchodo zberezhennia psykhichnoho zdorovia viiskovosluzhbovtziv 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 Ukrainy, doktora medychnykh nauk V. S. Hichuna. K., 102.

7. Kozhyna H. M., Stebliuk V. V., Zelenska K. O., Pronozas-Stebliuk K. V. (2021). Suchasna metodolohiia korektsii ta preventsii stres-asotsiovanykh rozladiv u zhinok veteraniv. Eksperymentalna i klinichna medytsyna, 1 (90), 52—56.

8. Platyniuk O. B., Koshchii V. O. (2020). Systema psykhoterapevtychnoi pidtrymky uchasnykh boiovykh dii, yaki oderzhaly poranennia. Medytsyna sohodni i zavtra, 3 (88), 89-94.

9. Ahaiev N. A., Skrypkin O. H., Deiko A. B., Polyvianiuk V. V., Evert O. (2016). 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. 147.

Надійшла до редакції 13.01.2022

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

ЗАВОРОТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, лікар-психіатр, завідувач психоневрологічного кабінету Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України; м. Харків, Україна; e-mail: zavorotnslava@gmail.com

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

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

ZAVOROTNY Vyacheslav, MD, PhD, Physician-psychiatrist, Head of the Psychoneurological Office of the Military Medical Clinical Center of the Northern Region of the Ministry of Defense of the Ministry of Defense of Ukraine. Kharkiv, Ukraine; e-mail: zavorotnslava@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, major of medical service, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-2965-1950>; e-mail: Super-passa@ukr.net