*К. О. Зеленська***ПЕРСОНІФІКОВАНА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ
У РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ (КОМБАТАНТІВ ТА ВОЛОНТЕРІВ)***К. А. Зеленская***Персонафицированная программа коррекции постстрессовых расстройств
у разных категорий лиц, переживших боевые действия (комбатантов и волонтеров)***К. О. Zelenska***Personified program for correction of post-stress disorders in different categories of survivors
(combatants and volunteers)**

Бойовий стрес істотно впливає на особистість та є основною причиною бойових психічних травм та розвитку постстресових розладів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, бойова психічна травма стає безпосередньою причиною постстресових розладів у 80 % осіб, які пережили бойові дії, а у її віддаленому періоді часто спостерігаються стани дезадаптації, аутоагресивна поведінка, тривожно-депресивні розлади, хвороби залежності.

На тлі використання розробленої програми відзначена позитивна динаміка психічного стану, зниження рівнів тривоги та депресії, зниження рівня груп симптомів посттравматичного стресового розладу за шкалою оцінки впливу травматичної події, зниження рівня дезадаптації за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда та рівня соціальної фрустрації.

Отже, розроблена персонафікована програма корекції постстресових розладів сприяє продуктивній динаміці психопатологічної симптоматики, зниженню рівня емоційної напруженості, відновленню відчуття психологічного благополуччя, створенню нової когнітивної моделі життєдіяльності.

Ключові слова: постстресові розлади, комбатанти, волонтери, бойові дії

Боевой стресс оказывает значительное влияние на личность и является основной причиной боевых психических травм и развития стрессовых расстройств. По данным Всемирной организации здравоохранения, боевая психическая травма становится непосредственной причиной постстрессовых расстройств у 80 % лиц, переживших боевые действия, а в отдаленном периоде часто наблюдаются состояния дезадаптации, аутоагрессивное поведение, тревожно-депрессивные расстройства, болезни зависимости.

На фоне использования разработанной программы отмечена положительная динамика психического состояния, снижение уровня тревоги и депрессии, снижение уровня групп симптомов посттравматического стрессового расстройства по шкале оценки влияния травматического события, снижение уровня дезадаптации по методике К. Роджерса и Р. Даймонда и уровня социальной фрустрированности.

Таким образом, разработанная персонафицированная программа коррекции постстрессовых расстройств способствует продуктивной динамике психопатологической симптоматики, снижению уровня эмоциональной напряженности, восстановлению ощущения психологического благополучия, созданию новой когнитивной модели жизнедеятельности.

Ключевые слова: постстрессовые расстройства, комбатанты, волонтеры, боевые действия

Combat stress has a significant impact on the individual. It is a major cause of combat mental trauma and stress disorders development. According to the World Health Organization, combat mental trauma is a direct cause of stress disorders in 80 % of survivors of hostilities, and in its long term are often observed: maladaptation, autoaggressive behavior, anxiety and depression, addiction.

Against the background of use of the developed program, positive dynamics of mental state, decrease in levels of anxiety and depression, decrease in the level of groups of PTSD symptoms on the Impact of Event Scale were noted. Reducing level of maladaptation according to the method of K. Rogers and R. Diamond and level of social frustration.

Thus, the developed personified program for the correction of post-stress disorders contributes to the productive dynamics of psychopathological symptoms, reducing emotional tension, restoring a sense of psychological well-being, creating a new cognitive model of life.

Keywords: post-stress disorders, combatants, volunteers, combat operations

Останніми роками в Україні відзначається зростання стресасоційованих психічних розладів, що зумовлено напруженою і нестабільною соціально-політичною, економічною та психологічною ситуацією, яка сприяє формуванню психоемоційного перенапруження [1, 2].

Безперервність бойових дій, що тривають на Сході України, стає причиною перебування осіб, які беруть участь у бойових діях, у поліфакторному стресовому стані, граничними формами якого є психічні зміни та розлади [3, 4].

Бойовий стрес істотно впливає на особистість та є основною причиною бойових психічних травм, розвитку постстресових розладів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, бойова пси-

хічна травма стає безпосередньою причиною постстресових розладів у 80 % осіб, які пережили бойові дії, а у її віддаленому періоді часто спостерігаються стани дезадаптації, аутоагресивна поведінка, тривожно-депресивні розлади, хвороби залежності [5, 6].

Вивчення специфіки клінічної структури, діагностики, лікування та профілактики постстресових розладів у осіб, які пережили бойові дії, безумовно є найважливішими соціальними та медичними питаннями нашого суспільства, тому що постстресові розлади призводять не тільки до страждання хворого, але й перешкоджають його особистому та соціальному функціонуванню [7, 8].

Згідно з багатьма дослідженнями, клінічна симптоматика постстресових розладів великою мірою впливає на тактику і мішені фармакотерапії та психотерапії [9, 10].

Мета дослідження — розроблення персоналізованої програми корекції постстресових розладів на ґрунті вивчення їх клінічної феноменології та механізмів психогенезу у осіб, які пережили бойові дії.

Для вирішення поставленої мети ми з дотриманням принципів біоетики і деонтології провели комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 156 хворих на постстресові розлади, обох статей (95 чоловіків та 61 жінка), у віці 20—55 років.

У I групу обстежених увійшли 87 військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях в зоні АТО/ООС, у II групу — 69 осіб, які провадили волонтерську діяльність, пов'язану із підтримкою військових в зоні бойових дій, протягом не менш як один рік.

Основну групу становили 106 хворих, які разом зі стандартним лікуванням за клінічними протоколами отримували курс біосугестивної терапії; контрольну — 50 хворих, які отримували стандартну терапію за клінічними протоколами.

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

Як показали результати дослідження, $72,2 \pm 1,7$ % обстежених I групи та $70,8 \pm 1,7$ % обстежених II групи мають важкі клінічні прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за «Шкалою оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale-Revised, IES-R). За «Опитувальником травматичного стресу І. О. Котєнєва» $69,5 \pm 1,6$ % обстежених першої і $63,5 \pm 1,6$ % другої групи мають виражений прояв стресового розладу та $29,2 \pm 1,2$ % і $33,2 \pm 1,3$ % обстежених відповідно — частковий прояв стресового розладу, що зумовлює специфіку клінічної картини постстресових розладів.

Клінічна структура постстресових розладів у обстежених хворих була представлена посттравматичним стресовим розладом — $32,1 \pm 1,3$ % обстежених I групи та $28,8 \pm 1,2$ % II групи; розладами адаптації — $35,0 \pm 1,3$ % та $20,9 \pm 1,2$ % обстежених відповідно; тривожними розладами — $18,4 \pm 1,1$ % та $26,1 \pm 1,2$ % обстежених відповідно; депресивним епізодом — $14,5 \pm 1,1$ % обстежених I групи та $24,2 \pm 1,2$ % II групи.

У клінічній картині посттравматичного стресового розладу домінували нав'язливі спогади бойових дій, що спричиняли депресивні переживання, уникнення спогадів та розмов, пов'язаних з бойовими діями, флешбеки, дисфорії, кошмарні сновидіння. У $82,2 \pm 1,8$ % обстежених I групи та $79,6 \pm 1,7$ % II групи діагностовано стан клінічно виражених проявів ПТСР за шкалою CAPS (Clinical-administered PTSD Scale). У $55,2 \pm 1,5$ % обстежених I групи та $56,9 \pm 1,5$ % II групи спостерігався важкий депресивний епізод та у $63,2 \pm 1,6$ % і $65,4 \pm 1,6$ % обстежених відповідно — важкий тривожний епізод за шкалою тривоги та депресії Гамільтона.

Клінічна картина розладів адаптації була представлена зніженим фоном настрою, надмірною тривожністю, апатією та помірною ангедонією,

відчуттям внутрішнього напруження, різного роду побоюваннями, астенічними проявами та вегетативними пароксизмами. У $45,3 \pm 1,4$ % обстежених I групи та $46,8 \pm 1,4$ % II групи спостерігався помірний депресивний та у $49,8 \pm 1,4$ % та $52,1 \pm 1,5$ % обстежених відповідно — помірний тривожний епізод.

Тривожні розлади проявлялися немотивованою, стійкою, постійною тривогою або непередбачуваними нападами важкої тривоги, невиправданим занепокоєнням, почуттям небезпеки та загрози, порушеннями циклу сон — неспання ($72,2 \pm 1,7$ % обстежених I групи та $79,8 \pm 1,7$ % II групи), безсонням. У $43,9 \pm 1,4$ % обстежених I групи та $47,2 \pm 1,4$ % II групи спостерігався помірний депресивний епізод та у $72,1 \pm 1,7$ % і $77,3 \pm 1,7$ % обстежених відповідно — важкий тривожний епізод за шкалою тривоги та депресії Гамільтона.

Хворим з депресивним епізодом були притаманні пригнічений фон настрою, відчуття туги та безнадії, ангедонія, внутрішня напруженість, ідеї самозвинувачення, відчуття провини того хто вижив, суїцидальні думки, нав'язливі спогади бойового стресу, астенічна симптоматика. У $69,8 \pm 1,6$ % обстежених I групи та $73,5 \pm 1,7$ % II групи спостерігався важкий депресивний епізод та у $55,8 \pm 1,5$ % та $61,2 \pm 1,6$ % обстежених відповідно — помірний тривожний епізод.

Водночас у $68,2 \pm 1,6$ % обстежених I групи і $72,2 \pm 1,7$ % обстежених II групи виявлено надвисокий рівень та у $29,1 \pm 1,2$ % і $25,3 \pm 1,2$ % обстежених відповідно — підвищений рівень соціальної фрустрованості, яка зумовлена факторами бойового стресу: загибелі побратимів на власних очах, необхідність торкатися загиблих, отримання серйозного поранення, наявність реальної загрози життю, спілкування з пораненими.

Базуючись на отриманих у процесі роботи даних, ми розробили та апробували персоналізовану програму корекції постстресових розладів з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Фармакотерапевтична частина розробленої програми мала в своєму складі диференційоване, таргетне використання антидепресантів (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну), транквілізаторів, анксіолітиків та адаптогенів.

Психотерапевтична програма для військовослужбовців охоплювала використання раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії, травмафокусованої терапії, терапії методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR). Доцільним є використання програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом для військового Pucelik Consulting Group.

Тривалість програми терапії становила 12—15 тижнів.

У волонтерів використовували когнітивно-поведінкову терапію Бека, особистісно-орієнтовану

психотерапію Карвасарського, екзистенціальну терапію Роджерса, біосугестивну терапію О. Стражного, десенсибілізацію й репроцесинг травматичної пам'яті за допомогою рухів очима.

Тривалість програми терапії становила 12—14 тижнів.

Важливим складником розробленої терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу й особливості адаптаційних реакцій під час зміни життєвого стереотипу; розуміння основних наслідків і психопатологічних реакцій, що їх спричинила психічна травма; навчання методам оволодіння наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самодопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм станом.

На тлі використання розробленої програми відбулася позитивна динаміка психічного стану ($86,9 \pm 1,8\%$ обстежених основної та $39,8 \pm 1,3\%$ контрольної групи), зниження рівнів тривоги ($83,6 \pm 1,8\%$ та $42,5 \pm 1,4\%$ відповідно) та депресії ($83,2 \pm 1,8\%$ та $39,5 \pm 1,3\%$ відповідно), зниження рівня груп симптомів ПТСР за шкалою оцінки впливу травматичної події ($79,8 \pm 1,7\%$ хворих основної та $39,2 \pm 1,3\%$ контрольної групи); зниження рівня дезадаптації ($82,1 \pm 1,8\%$ хворих основної та $38,9 \pm 1,3\%$ контрольної групи відповідно) за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда та рівня соціальної фрустрованості ($75,3 \pm 1,7\%$ та $36,5 \pm 1,3\%$ відповідно).

Отже, розроблена персоніфікована програма корекції постстресових розладів сприяє продуктивній динаміці психопатологічної симптоматики, зниженню рівня емоційної напруженості, відновленню відчуття психологічного благополуччя, створенню нової когнітивної моделі життєдіяльності.

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. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.
2. Глаголич С. Ю. Клініко-соціальні особливості дезадаптивних станів у волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні АТО / С. Ю. Глаголич // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 69—76.
3. Глаголич С. Ю. Стан психоемоційної сфери волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні

бойових дій / С. Ю. Глаголич, М. В. Маркова // Там само. 2018. № 1 (9). С. 93—100. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-13>.

4. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112—120. URL: <http://www.medpers.dsma.dp.ua/>.

5. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів — психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими / Г. П. Лазос // Особливості стосунків «психотерапевт — клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Слово, 2017. С. 154—176. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>.

6. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_5.

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

8. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / Амер.-укр. мед. фундація ; пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 579 с.

9. 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. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4%281%29_14.

10. 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.] ; за 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.

Надійшла до редакції 22.10.2021

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

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