

*М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський*  
**ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У КОМБАТАНТІВ**

*М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський*  
**Основные клинические варианты постстрессовых расстройств у комбатантов**

*М. М. Denysenko, R. V. Lakynskiy, L. F. Shestopalova, I. V. Linskiy*  
**Basic clinical variants of post-stress disorders are in combatants**

У статті наведені результати клініко-психопатологічного, соціально-демографічного обстеження 35 учасників бойових дій в зоні проведення антитерористичної операції. Описано 4 групи психічних розладів в обстежених. Виявлено високу поширеність серед них посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і розладів адаптації (РА). Виокремлено основні клінічні симптоми у хворих з ПТСР і РА. Показано роль несприятливих соціально-економічних обставин як фактору ризику формування хронічного ПТСР та розладів адаптації.

**Ключові слова:** комбатанти, посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації, клінічний перебіг, соціальні наслідки

В статье приведены результаты клинико-психопатологического, социально-демографического обследования 35 участников боевых действий в зоне проведения антитеррористической операции. Описаны 4 группы психических расстройств среди обследованных. Выявлена высокая распространенность среди них посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и расстройств адаптации (РА). Выделены основные клинические симптомы у больных с ПТСР и РА. Показана роль неблагоприятных социально-экономических обстоятельств, как фактора риска формирования хронического ПТСР и расстройств адаптации.

**Ключевые слова:** комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, клиническое течение, социальные последствия

The results of clinical and psychopathological, social and demographic survey of 35 participants in hostilities in the zone of the anti-terrorist operation. Described 4 groups of psychiatric disorders among the patients. It was found a high prevalence among them of post-traumatic stress disorder (PTSD) and adjustment disorders (AD). Identified the main clinical symptoms in patients with PTSD and AD. Shown the role of adverse socio-economic circumstances, as a factor in the risk formation of chronic PTSD and adjustment disorders.

**Keywords:** combatants, post-traumatic stress disorder, adjustment disorder, clinical course, the social consequences

Збройний конфлікт на Сході України з величезною кількістю загиблих, поранених, заручників з числа військових та цивільного населення негативно позначився як на фізичному, так і на психічному стані осіб, які беруть в ньому участь. Психічні зміни, що виникають під впливом бойового стресу, після повернення комбатантів до мирного життя стають основою розвитку бойового посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і повоєнних змін особистості [1—7]. За даними різних авторів, на клінічно оформлені ПТСР страждають від 12,5 до 44 % ветеранів війн, а часткові ознаки цього симптомокомплексу у віддаленому періоді виявляються в 63—91,5 % випадків [8—10]. В усіх інших обстежених, які отримали поранення у ході локальних війн або в період озброєних конфліктів, виявляють різного ступеня вираженості зміни психічного стану. Ці зміни проявляються передусім реакціями на емоційний і фізичний стрес: від відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з різними симптомами емоційного напруження — до психічних розладів невротичного та психотичного регістрів [11]. Симптоматика цих порушень поліморфна, вона розглядається в рамках невротоподібних порушень, соматовегетативних, емоційно-вольових розладів, нападів паніки, фобій, унікаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, антисоціальної та агресивної поведінки [11, 12]. Водночас відомо, що своєчасне виявлення розладів, про які йдеться, і надання адекватної допомоги може істотно поліпшити стан психічного здоров'я й якість життя представників зазначеного контингенту.

Саме тому метою дослідження було виявлення осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, а також іншої можливої психопатології у комбатантів, що пережили бойові дії в зоні антитерористичної операції (АТО).

Нами було обстежено 35 учасників бойових дій (комбатантів), що брали участь у бойових діях в зоні антитерористичної операції в Луганській і Донецькій областях протягом 2014—2016 рр., які перебували

на лікуванні в КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни», м. Харків. Участь в дослідженні була добровільною. Всі обстежені учасники бойових дій (комбатанти) надали інформовану згоду на участь у цьому дослідженні.

Розподіл комбатантів за віком наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл обстежених за віком на момент обстеження

Вік, роки	Кількість обстежених, що мають такий вік (n = 35)	
	абс., осіб	відн., %
менш ніж 30	3	8,57
30—35	14	40,00
36—40	6	17,15
41—45	7	20,00
46—50	2	5,71
понад 50	3	8,57

Середній вік на момент обстеження комбатантів склав 39,05 ± 4,23 роки. Найбільша питома вага в усіх групах припадала на вікову категорію 30—35 років (40,00 %), частки військовослужбовців у віковій категорії 41—55 та 36—40 років були майже однаковими — 20,00 % та 17,15 % відповідно.

Для комплексного оцінення психологічного стану, який розвивається внаслідок впливу бойової травматичної події, треба враховувати соціально-демографічні чинники, які не тільки справляють вплив на формування і прояви особистісних особливостей, але і відображають адаптивні здібності індивіда в його соціальному оточенні. Розподіл хворих за рівнем освіти, характером праці та сімейним станом наведено в табл. 2.

Згідно з даними таблиці, найбільша частина обстежених мали середню спеціальну освіту (62,86 %), середню та вищу освіту мали майже однакова кількість обстежених (20,00 % та 17,14 % відповідно).

На момент мобілізації обстежені здебільшого не мали постійного місця роботи (89,47 %), а решта (10,53 %) — були зайняті фізичною працею.

Таблиця 2. Соціально-демографічні дані комбатантів (напередодні мобілізації)

Ознаки (соціально-демографічні фактори)		Кількість обстежених (n = 35)	
		абс., осіб	відн., %
Рівень освіти	неповна середня (8 класів середньої школи)	—	—
	середня спеціальна (8 класів середньої школи + професійно-технічне училище)	22	62,86
	середня (10 класів середньої школи)	7	20,00
	незакінчена вища вища	6	17,14
Рід занять	фізична праця	9	10,53
	розумова праця	—	—
	не працює студент	26	89,47
Сімейний стан	у шлюбі	16	45,71
	розлучені	7	20,00
	ніколи не перебували у шлюбі	12	34,29
Наявність дітей	діти є	19	54,28
	дітей немає	16	45,72

Більшість обстежених (45,71 %) перебували у шлюбі, близько третини (34,29 %) ніколи не перебували у шлюбі, а п'ята частина (20,00 %) були розлучені. Більшість обстежених (54,28 %) — мали дітей.

Діагноз ПТСР (F43.1 — «посттравматичний стресовий розлад») встановлювали за критеріями DSM-IV.

Форму посттравматичного стресового розладу визначали за такими хронологічними характеристиками:

1. гострий розлад: первинна маніфестація симптомів протягом перших 6-ти місяців після травми (але не раніше 1 місяця після події), при цьому тривалість поєднаної наявності всіх симптомів ПТСР — менша ніж 6 місяців.

2. хронічний розлад: тривалість поєднаної наявності всіх симптомів ПТСР — понад 6 місяців.

3. відстрочений розлад: комплекс симптомів вперше з'являється не раніше, ніж через 6 місяців після стресової ситуації.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження учасників бойових дій були виявлені такі групи психічних розладів (табл. 3).

Таблиця 3. Виявлені групи психічних розладів серед обстежених

Діагноз	Кількість обстежених (n = 35)	
	абс., осіб	відн., %
Посттравматичний стресовий розлад	11	31,43
Розлади адаптації	10	28,57
Алкогольні аддикції	4	11,43
Депресивний розлад	2	5,71
Без ознак психопатології	8	22,86

Найчастіше в обстежених виявляли посттравматичні стресові розлади (31,43 %) та розлади адаптації (28,57 %). Значно менше спостерігалися алкогольні аддикції (11,43 %) та депресивні розлади (5,71 %). Відсутність ознак психопатології виявлено менше ніж у чверті обстежених (22,86 %). Ці дані свідчать, що для учасників бойових дій існує високий ризик розвитку психічних

розладів внаслідок впливу частих психотравмуючих чинників та постійного стресу під час бойових дій.

Зважаючи на вікові та соціально-демографічні дані, до групи ризику входять люди віком від 30 до 45 років з середньою технічною освітою, які на час мобілізації не мали роботи, що так само відображає значний вплив соціально-економічного фактору на можливість розвитку психічних розладів екзогенного генезу у цій популяції.

Встановлено, що комбатанти з ПТСР мали такі особливості перебігу цього захворювання: ознаки ПТСР почали з'являтися через тривалий час (7—12 місяців), після демобілізації із зони бойових дій і тривали більше ніж 6 місяців. Зазначені ознаки виникали раптово, на фоні загального зовнішнього благополуччя комбатанта. Отже, в усіх комбатантів, яким було діагностовано ПТСР (F43.1 — за МКХ-10), спостерігався хронічний варіант цього розладу з відстроченим початком.

У обстежених комбатантів спостерігались три клінічні варіанти перебігу ПТСР, а саме: тривожно-фобічний (з поєднанням панічних, обсесивно-компульсивних розладів, які відображали події пережитої психотравмуючої ситуації), астеничний та дисфоричний.

Тривожно-фобічний варіант ПТСР характеризувався високим рівнем невмотивованої тривоги (панічними атаками) та фобічними проявами. Клінічна картина панічних атак спостерігалася у 5 хворих (45,46 % від загальної кількості хворих на ПТСР) та характеризувалася поєднанням психічних і вегетативних симптомів. Серед психічних симптомів частіше спостерігався «страх смерті» в результаті соматичної катастрофи («зупинка серця», «інфаркт міокарда», «інсульт»). Серед вегетативних симптомів панічної атаки найчастіше спостерігалися «серцебиття, прискорений пульс», «відчуття нестачі повітря, задишка», «жар або озноб», «тремор». Тривалість панічних атак варіювала від 30 до 40 хвилин. У проміжку між панічними атаками з'являлися побоювання, пов'язані з можливістю їх розвитку знову. У низці випадків появу панічних атак періодично провокували переживання, що виникають в ситуаціях, які нагадують травматичні події, з гіпертрофованою реакцією переляку на раптовий подразник: «при грюкоті дверей рефлекторно схоплююся з ліжка і намагаюся схопити уявну зброю». Для цих хворих було характерним відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливості, з порушенням сну — важкість засинання з домінуванням у свідомості тривожних думок про стан свого здоров'я, побоюванням за якість і тривалість сну, страхом перед тяжкими сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, сцени розправи над самим хворим). У ситуаціях, що нагадували травматичні події, спостерігалися різноманітні за клінічними проявами вегетативні симптоми: хворі покривалися потом, важко дихали, тремтіли, у них з'являлися тахікардія та інші прояви.

Астеничний варіант (спостерігався у 4 осіб, або у 36,36 % від загальної кількості хворих на ПТСР) характеризувався домінуванням у клінічній картині почуттів слабкості та млявості з відчуттям погіршеної розумової діяльності та підвищеної втомлюваності. До симптомів, на які вказували пацієнти цієї групи, належали знижене тло настрою протягом доби (стомлюваність, нудьга, смуток, пригніченість) без суттєвих добових коливань, періодичне виникнення страху перед виконанням праці, яка раніше не спричиняла серйозних перешкод, замкнутість у собі, «я в безвиході», «немає жодного інтересу у житті». Поведінка цих хворих мала пасивний характер з переживанням байдужості до подій, що раніше становили інтерес, байдужості до проблем родини та роботи. Депресивний настрій завжди супроводжувався відчуттям постійного

внутрішнього напруження зі зниженням енергетичного потенціалу з почуттям втоми, слабкістю, втратою інтересів та задоволення (ангедонією). Втрата задоволення стосувалася і вітальних почуттів (задоволення від сексуальних відносин, почуття спраги, голоду, відчуття смаку їжі тощо). Протягом тижня декілька разів у хворих виникали спонтанні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, уявлення були позбавлені яскравості, докладності, емоційної забарвленості. Також хворі відзначали порушення сну (труднощі засинання, поверхневий нічний сон з частими пробудженнями, кошмарні сновидіння про події воєнного періоду, які при пробудженні спричиняли інтенсивні негативні переживання, відсутність почуття відпочинку вранці після сну).

Дисфорічний варіант ПТСР (спостерігався у 4 осіб, або у 18,18 % від загальної кількості хворих на ПТСР) характеризувався підвищеною дратівливістю за незначними приводами на тлі пригніченого настрою з відчуттям невдоволеності та труднощами концентрації уваги. Активно хворі скарг не висловлювали, але зовнішньо пацієнти цієї групи виглядали похмурими, невдоволеними та дратівливими. Поведінка характеризувалася підкресленою обережністю на фоні високого рівня агресивності, прагненням перенести на оточуючих дратівливість та лють. Поряд з соціальною відгородженістю, відчуженістю, ворожим ставленням до оточуючих (симптоми стійких змін особистості після пережитої катастрофи) у пацієнтів було зафіксовано прояви афективно-нестійкого патохарактерологічного розвитку особистості. У таких пацієнтів спостерігались: тенденція діяти імпульсивно, без урахування наслідків, гнівлива поведінка, спалахи жорстокості, афективно-деструктивні форми поведінки, особливо у відповідь на осуд оточуючими. Поряд з цим у них виникали невимушені уявлення, «флешбек-ефекти» тривалістю від кількох секунд до кількох годин, під час яких їм здавалось, що відбувається вторгнення страшних реалій минулого в сьогодення: «перед очима стоїть війна, спалахи мінометів», стираються межі між «тією» і поточною реальністю та виникають спогади про психотравмуючу ситуацію, сценічного подібного характеру (часто з картинами насильства за активною участю самого хворого).

Серед інших психічних та поведінкових розладів у обстежених пацієнтів найчастіше спостерігались розлади адаптації (РА) у вигляді пролонгованої депресивної реакції (F43.21 за МКХ-10) — 8 осіб, або 22,86 % від загальної кількості обстежених, а також у вигляді змішаної тривожно-депресивної реакції (F43.22 за МКХ 10) — 2 особи, або 5,71 % від загальної кількості обстежених.

Обстежені з пролонгованою депресивною реакцією характеризувалися періодичним зниженням настрою (легкого депресивного рівня), відчуттям пригніченості, самотності, безпорадності. Ці симптоми ускладнювалися значними труднощами пошуку роботи — «ми полишені самі на себе», «нам ніхто не допомагає», що приводило до виникнення думок щодо свого професіоналізму («я ніби відстав від життя на 5 років») та невпевненості у собі («не бачу сенсу боротися за місце, бо я воював за нього в АТО»). Це приводило до зниження соціального функціонування, звуження міжособистісних контактів, фіксації на свої проблемах та переживаннях. Вони не залишали спроб щось змінити, але ці спроби мали відтінок пасивності: «в мене не має сил воювати ще й у цивільному житті».

В обстежених зі змішаною тривожно-депресивною реакцією спостерігалися думки про невпевненість у майбутньому («після повернення все здається складним») та нерішучістю прийняття важливих рішень («не можу

вирішити — що тепер робити»), які супроводжувалися соматовегетативними проявами — тахікардією, перебоями серцебиття, стисненням грудної клітки, утрудненням дихання, пітливістю, а також (рідко) запамороченням. На фоні цих переживань «стає сумно, бо майбутнє виглядає не таким приємним», «не можу заснути, згадую свою нерішучість і корю за втрачену можливість», «прокидаюся уночі і не можу заснути через неприємні думки».

Основні клінічні симптоми, які спостерігалися в обстежених з ПТСР та розладами адаптації, наведені у таблиці 4.

Зважаючи на різноманітність симптоматики ПТСР та схожість клінічних проявів з РА, а також урахуваючи, що ці розлади спостерігалися майже у 60 % обстежених, було проведено порівняння основних симптомів цих розладів. Найбільша кількість симптомів спостерігалась в обстежених з ПТСР, переважно у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах, а в обстежених з РА — у соматичній сфері. Для обстежених з ПТСР були характерні симптоми, які включали внутрішнє переживання психотравмуючих подій: феномени «флешбек», нав'язливі образи, спроби їх уникнення, надмірна сторожкість, кошмарні сновидіння, нічні пробудження, постійний страх за власне життя, надмірна обережність, сплутаність свідомості, труднощі з розв'язанням проблем та зниження пам'яті на поточні події, що супроводжувалися емоційними симптомами, як-от: тривога, панічні атаки, неадекватна емоційна реакція, дратівливість, спалахи гніву, емоційні спалахи, зниження концентрації уваги, ідеї безвиході, ідеї самозвинувачення, емоційної лабільності, ажитації, втрата контролю над емоціями, нав'язливі думки (суїцидального змісту). Ці реакції на психотравму і стрес супроводжувалися незначною кількістю соматичних порушень у вигляді головного болю, астенії, тахікардії, нестатку повітря, запаморочення, підвищення артеріального тиску, рясного потовиділення, однак вираженість цих симптомів була високою.

Реакції переживання та уникнення приводили до змін у поведінці, спостерігалися емоційні спалахи, підозрілість, надмірне реагування на стимули, антисоціальна поведінка, зловживання алкоголем та тютюном, зловживання психоактивними речовинами і наркотиками, зміна повсякденної активності, соціальна самоізоляція, неможливість розслабитися, труднощі в спілкуванні, дуже рідко спостерігалися зміни у сексуальній поведінці та прояви суїцидальної поведінки. Усе це значно впливало на міжособисті стосунки та соціальне функціонування.

Обстежені з РА відрізнялися різноманітною поверхневою симптоматикою, яка не досягала критичних значень і спричиняла порушення тільки на мікросоціальному рівні. При цьому основними когнітивними симптомами були розлади сну, труднощі з розв'язанням проблем, зниження концентрації уваги, на тлі чого спостерігалися такі симптоми: депресія, апатія, пригніченість, смуток, емоційна нестійкість, підвищена плаксивість, відчуття лиха, ідеї безвиході, дратівливість. Вони відчували себе пасивними спостерігачами, що супроводжувалося емоційними спалахами, надмірним реагуванням на стимули, зловживанням алкоголем та тютюном, зниженням рівня спонукань та «гіперстенічністю». Цей стан супроводжувався численними соматичними симптомами: відчуття перебоїв у роботі серця, нестача повітря, дискомфорт в епігастральній зоні, почервоніння або блідість обличчя, похолодання або підвищена пітливість кінцівок, запаморочення, головний біль, тахікардія, сухість у роті, дискомфорт у грудній клітці, погіршення апетиту, утруднення дихання, слабкість, стомлюваність, які зазвичай не обтяжували соціальне функціонування.

Таблиця 4. Основні клінічні симптоми посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації

ПТСР F43.1 (n = 11)	Розлади адаптації	
	Пролонгована депресивна реакція F43.21 (n = 8)	Змішана тривожна і депресивна реакція F43.22 (n = 2)
<b>Психічні/когнітивні</b>		
Нічні пробудження; кошмарні сновидіння; нав'язливі образи; надмірна сторожкість; сплутаність свідомості; надмірна обережність; труднощі з розв'язанням проблем; зниження пам'яті на поточні події; зниження концентрації уваги	Розлади сну; труднощі з розв'язанням проблем; зниження концентрації уваги	Розлади сну (рання інсомнія); труднощі з розв'язанням проблем; зниження концентрації уваги
<b>Емоційні</b>		
Депресія; тривога; постійний страх за власне життя; панічні атаки; неадекватна емоційна реакція; феномени «флешбек»; дратівливість; спалахи гніву; емоційні спалахи; нав'язливі думки (суїцидального змісту); ангедонія; ідеї безвиході; ідеї самозвинувачення; емоційна лабільність; ажитація; втрата контролю над емоціями	Депресія; апатія; пригніченість; смуток; підвищена плаксивість; емоційна нестійкість; реакція лиха; ідеї безвиході; дратівливість	Тривога; депресія
<b>Соматичні</b>		
Головний біль; біль; астенія; тахікардія; нестача повітря; запаморочення; підвищення артеріального тиску; рясне потовиділення	Головний біль; біль; тахікардія; сухість у роті; дискомфорт у грудній клітці; погіршення апетиту; утруднення дихання; слабкість; стомлюваність	Відчуття перебоїв у роботі серця; нестача повітря; дискомфорт в епігастральній зоні; почервоніння або блідість обличчя; похолодання або підвищена пітливість кінцівок; запаморочення
<b>Поведінкові</b>		
Емоційні спалахи; підозрливість; надмірне реагування на стимули; антисоціальна поведінка; зловживання алкоголем та тютюном; зловживання психоактивними речовинами і наркотиками; зміна повсякденної активності; соціальна самоізоляція; неможливість розслабитися; труднощі в спілкуванні	Емоційні спалахи; надмірне реагування на стимули; зловживання алкоголем та тютюном; зниження рівня спонукань	«Гіперстенічність»; труднощі у спілкуванні

Окрім того було встановлено, що в обстежених трапляються різноманітні форми зловживання алкоголем: псевдозапої, постійне пияцтво з високою толерантністю і періодичне пияцтво. Синдром відміни алкоголю спостерігався у 4 обстежених (11,42 %). Формування аддиктивного розладу відбувалося як наслідок систематичного (практично щоденного) прийому алкоголю, що використовувався хворими для впливу на «повторні переживання» і пом'якшення проявів «уникнення». Зміни особистості характеризувалися поєднанням брехливості, невдоволенням, образами, роздратуванням, злістю, гнівом, агресивними вчинками за експлозивним типом.

Бажання вжити алкоголь виникало в «традиційних ситуаціях», до яких належало повернення з бойового відрядження, коли відбувалася інтенсивна алкоголізація. В подальшому спонтанно виникав первинний патологічний потяг до алкоголю, який в одних випадках мав обсесивний характер (з боротьбою мотивів), а в інших — компульсивний (без боротьби мотивів). Вторинний патологічний потяг до алкоголю, що виникав у сп'янінні, спочатку супроводжувався зниженням кількісного контролю, потім його втратою.

У разі зниження кількісного контролю зберігалася здатність, в певних ситуаціях, обмежуватися «розумними» дозами алкоголю. З втратою кількісного контролю прийом початкових доз алкоголю всупереч раніше «стримуючим обставинами» спричиняв виражене бажання вживати алкоголь далі.

У 12 комбатантів (34,28 %) була в анамнезі черепно-мозкова травма голови (контузія) з лікворно-венозною гіпертензією. Комбатанти скаржились на постійний головний біль стискаючого характеру, підвищення артеріального тиску до 180/120 мм рт. ст., що супроводжува-

лися нудотою, тремтінням в тілі, болем у хребті, загальною слабкістю, диссомнічними проявами, зниженням пам'яті на поточні події. Домінував пригнічений настрій у поєднанні з тривогою, страхом смерті з відчуттями серцебиття, нестачі повітря та дискомфорту в ділянці серця.

У пацієнтів з ПТСР часто спостерігалися соматичні негаразди, як-от: гіпертонічна хвороба, тромбофлебіт нижніх кінцівок, виразкова хвороба 12-палої кишки, хронічна анемія неясного ґенезу, поліартроз з переважним ураженням колінних і плечових суглобів, поширена рецидивуюча кропив'янка тулуба, верхніх і нижніх кінцівок, уперше виявлений цукровий діабет, вертеброгенна радикулопатія поперекового відділу хребта, загострення корінцевого синдрому, а також поперековий остеохондроз.

У одного із комбатантів клінічна картина ПТСР поєднувалась з ознаками залежності від психоактивних речовин.

Нарешті, серед обстежених було виявлено 2 особи (5,71 % від загальної кількості обстежених) з ознаками помірного депресивного розладу, який сформувався після демобілізації і характеризувався пригніченим настроєм, відчуттям самотності, песимістичним баченням майбутнього «як я не намагаюся — нічого не виходить», зниженням самооцінки та впевненості у собі «у мене нема хисту до подолання цих проблем, в АТО було все простіше», «від мого бажання ситуація мало зміниться». Ці симптоми, за словами обстежених, виникали на тлі неможливості знайти роботу та малої соціальної підтримки від оточуючих — «після повернення ми тут нікому не потрібні». Висловлювали скарги на зниження апетиту, порушення сну та втрату зацікавленості до колишніх інтересів — «до АТО було цікаво, а зараз це як дитячі забавки».

У одного комбатанта спостерігались суїцидальні думки з ідеями самозвинувачення, як на поточні події, так і події у минулому. Ідеї самозвинувачення трансформувалися в думки про власну нікчемність, які у свою чергу, в суїцидальні — «всім в тягар, нікому не потрібен». Хворий був цілком зосереджений на психотравмуючій ситуації з вираженою загальною загальмованістю, він відчував провину, вважав що став тягарем для родичів, з відчуттям тривоги щодо свого майбутнього. Ці скарги супроводжувалися зниженням апетиту та маси тіла, больовим синдромом, схильністю до тахікардії, частішим сечовипусканням.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У комбатантів (35 обстежених) — учасників бойових дій в зоні АТО в період 2014—2016 рр. спостерігається висока питома вага ПТСР (11 обстежених — 31,43 %) та розладів адаптації (10 обстежених — 28,57 %). Ознаки ПТСР мали відстрочений характер (7—12 місяців після демобілізації із зони бойових дій) і тривали більше ніж 6 місяців.

Клінічна картина ПТСР у активних учасників бойових дій складається з тривожно-фобічного (з поєднанням панічних, обсесивно-компульсивних розладів, які відображали події пережиті психотравмуючої ситуації), астеничного та дисфоричного варіантів.

Клінічна картина розладів адаптації мала такі клінічні варіанти: пролонгована депресивна реакція (F43.21 за МКХ-10) та тривожно-депресивна реакція (F43.22 за МКХ-10).

Серед інших психічних розладів с коморбідною патологією діагностовано алкогольні аддикції та помірний депресивний розлад з ознаками суїцидальної поведінки.

Обстежені з РА відрізнялися різноманітною поверхневою симптоматикою, яка не досягала критичних значень і спричиняла порушення тільки на мікросоціальному рівні.

Результати дослідження можуть бути використані під час розроблення програм медико-соціальної реабілітації хворих, які страждають на хронічний бойовий ПТСР.

До групи ризику входять особи віком від 30 до 45 років з середньою технічною освітою, які на час мобілізації не мали роботи, що відображає значний вплив соціально-економічного фактору на можливість розвитку психічних розладів екзогенного генезу у цій популяції.

В обстежених виявлялися посттравматичні стресові розлади — 11 осіб (31,43 %) та розлади адаптації — 10 осіб (28,57 %). Значно менше спостерігалися алкогольні аддикції — 4 особи (11,43 %) та депресивні розлади — 2 особи (5,71 %). Без ознак психопатології було 8 осіб (22,86 %). Ці дані свідчать, що для учасників бойових дій існує високий ризик розвитку психічних розладів внаслідок впливу частих психотравмуючих чинників та постійного стресу під час бойових дій.

Черепно-мозкова травма голови (контузія) з лікворно-венозною гіпертензією, яка у 12 комбатантів (34,28 %) була в анамнезі, ускладнювала перебіг ПТСР та РА.

Під час порівняння основних клінічних симптомів у обстежених з ПТСР спостерігалась найбільша кількість симптомів і переважала у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах, а в обстежених з РА — у соматичній сфері.

## Список літератури

1. Матяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Укр. мед. часопис. 2014. Т. 6 (104). С. 124—127.
2. Доровских И. В. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. 2006. Т. 8, № 1. С. 51—54.
3. Дрига Б. В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.06 — Психиатрия / Дрига Борис Владимирович ; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. СПб., 2012. 24 с.
4. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде / Е. М. Епанчинцева, Т. В. Казенных, В. Ф. Лебедева [и др.] // Успехи современного естествознания. 2015. № 1 (5). С. 760—764.
5. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма. Москва, 2005. 432 с.
6. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1: Теория и методы. Москва, 2007. 208 с.
7. Бундало Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : 14.00.18 — Психиатрия / Бундало Наталья Леонидовна. СПб. : ПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. 51 с.
8. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // Evid Based Complement Alternat Med. 2005. Vol. 2 (4). P. 503—512.
9. Stretch R. H. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans // Military Medicine. 1996. № 161. P. 407—410.
10. Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2014. № 1 (24). С. 2.
11. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах : методичні рекомендації / [О. К. Напрєєнко, О. Г. Сиропатов, О. В. Друзь та ін.]. Київ, 2014. 34 с.
12. 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.

Надійшла до редакції 21.03.2017 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» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

**ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович**, кандидат медичних наук, молодший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: RLakinskiy@ukr.net

**ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна**, доктор психологічних наук, професор, завідувачка відділу медичної психології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: 6834101@ukr.net

**ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович**, доктор медичних наук, науковий керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: i\_linskiy@yahoo.com

**DENYSENKO Mykhailo**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net

**LAKYNSKYI Roman**, MD, PhD, Junior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: RLakinskiy@ukr.net

**SHESTOPALOVA Liudmyla**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: 6834101@ukr.net

**LINSKIY Igor**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department of urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: i\_linskiy@yahoo.com