

І. В. Лінський, В. С. Підкоритов, В. Н. Кузьмінов, М. М. Денисенко, В. І. Заворотний, Р. В. Лакинський, О. В. Скринник, О. О. Мінко, В. В. Задорожний, Т. В. Ткаченко, Н. А. Малихіна, В. Р. Борзенко

ДИНАМІКА ПОСТСТРЕСОВОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРОТЯГОМ СТАНДАРТНОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

I. V. Linskiy, V. S. Pidkorytov, V. N. Kuzminov, M. M. Denysenko, V. I. Zavorotniy, R. V. Lakynskyi, O. V. Skrynnik, O. O. Minko, V. V. Zadorozhny, T. V. Tkachenko, N. A. Malykhina, V. R. Borzenko

DYNAMICS OF POST-STRESS SYMPTOMS IN PATIENTS WITH STRESS-ASSOCIATED DISORDERS DURING STANDARD INPATIENT TREATMENT

Ключові слова: *постстресова симптоматика, стресостійкість, стрес-асоційовані розлади, стаціонарна терапія, ефективність*

Keywords: *post-stress symptoms, resilience, stress-associated disorders, inpatient therapy, effectiveness*

Мета роботи — вивчення динаміки постстресової симптоматики (ПСС) у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування.

Двократно (на початку і наприкінці стаціонарного лікування) за допомогою шкали стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC-25) та Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (серед них військових — 58 осіб (усі — чоловіки)), з такими діагнозами на момент ушпиталення: розлади адаптації (F43.2) — 44 особи; посттравматичний стресовий розлад (F43.1) — 36 осіб; тривожно-фобічні розлади (F40.0) — 20 осіб і тривожні розлади (F41) — 15 осіб. Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Встановлено, що в середньому протягом стандартної стаціонарної терапії відносно вихідного рівня стійкість до стресу (за шкалою CD-RISC-25) збільшується на $6,77 \pm 2,98$ % (при $p = 0,0068004$), а виразність постстресової симптоматики (за шкалою M-PTSD) зменшується на $11,06 \pm 1,64$ % (при $p = 0,0000001$), причому найбільша редукція цієї симптоматики спостерігається за кластером симптомів вторгнення ($13,80 \pm 2,06$ %), а найменша — за кластером симптомів провини та суїцидальності ($5,38 \pm 2,35$ %).

Показано, що передбачена чинним Протоколом спеціалізована медична допомога може забезпечити позитивну відповідь на терапію менше ніж у половини (45,87 %) пацієнтів, госпіталізованих з приводу стрес-асоційованих розладів (за використання як критерій ефективності терапії ступінь редукції ПСС за шкалою M-PTSD більше ніж на 10 % від вихідного рівня).

Зроблено висновок про необхідність розроблення і впровадження інноваційних методів лікування, здатних підвищити ефективність лікування стрес-асоційованих розладів.

The aim of the study was to study the dynamics of post-stress symptoms (PSS) in patients with stress-related disorders during standard inpatient treatment.

Twice (at the beginning and end of inpatient treatment) using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25) and the Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress (M-PTSD), 115 people with complaints of various consequences of traumatic events related to participation in combat or being in a combat zone (including military personnel — 58 people (all men)), with the following diagnoses at the time of hospitalization: adjustment disorders (F43.2) — 44 people; post-traumatic stress disorder (F43.1) — 36 people; anxiety-phobic disorders (F40.0) — 20 people and anxiety disorders (F41) — 15 people. The obtained data were processed by mathematical statistical methods (variance and correlation analyses) on a computer using Excel 2016 spreadsheets (with the Data Analysis package).

It was found that on average during standard inpatient therapy, stress resistance (on the CD-RISC-25 scale) increases by 6.77 ± 2.98 % (at $p = 0.0068004$) compared to the baseline, and the severity of post-stress symptoms (on the M-PTSD scale) decreases by 11.06 ± 1.64 % (at $p = 0.0000001$), with the greatest reduction in these symptoms observed in the cluster of intrusion symptoms (13.80 ± 2.06 %), and the smallest in the cluster of guilt and suicidality symptoms (5.38 ± 2.35 %).

It is shown that the specialized medical care provided by the current Protocol can provide a positive response to therapy in less than half (45.87 %) of patients hospitalized for stress-associated disorders (when using the degree of reduction of PSS on the M-PTSD scale by more than 10 % from the baseline as a criterion for the effectiveness of therapy).

The conclusion is made about the need to develop and implement innovative treatment methods capable of increasing the effectiveness of the treatment of stress-associated disorders.

Відомо, що війна — травматична епідемія. Це визначення стосується як соматичних травм, так і травм психічних. Останні спричиняють широкий спектр розладів психічного здоров'я: від гострої реакції на стрес і порушень адаптації до тривалого посттравматичного стресового розладу (ПТСР), простого чи комплексного [1—3]. Окрім того, під впливом потужних психотравм, які завжди супроводжують бойові дії, виникають численні коморбідні сполучення власне постстресових розладів з іншою психопатологією (тривожно-депресивними станами, гострими і хронічними розладами психічного реєстру тощо) [4]. До сказаного слід додати, що такі коморбідні сполучення, як правило, виявляються більш резистентними до терапії, ніж «чисті» нозологічні форми, які їх складають [5]. Внаслідок цього спеціалізована медична допомога в умовах стаціонару часто стає необхідним етапом в лікуванні пацієнтів з такими коморбідними розладами психічного здоров'я.

Нещодавно в нашій державі розроблено і впроваджено Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265 (далі — Протокол) [6].

Відповідно до Протоколу, спеціалізована медична допомога (зокрема — в стаціонарних умовах) передбачає комплексне лікування з використанням психотерапії і фармакотерапевтичних засобів. Протокол містить у собі такі психотерапевтичні методи з доведеною ефективністю: травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ); десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО); когнітивно-процесуальна терапія (КПТ); а також пролонгована експозиційна терапія (ПЕТ). В тих випадках, коли йдеться про медикаментозне лікування, Протокол рекомендує обирати як терапію першої лінії селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), а саме пароксетин, сертралін та флуоксетин, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин). У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно, відповідно до Протоколу, має тривати не менше ніж 12 місяців [6].

Звичайно, стаціонарне лікування триває набагато менше, ніж згадані вище 12 місяців. А втім, саме стаціонарне лікування, коли інтенсивність спілкування пацієнта з медичними працівниками та іншими фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я сягає максимуму, є часом, коли може бути сформована і зміцнена віра пацієнта у можливість його одужання, що є запорукою успіху наступних етапів терапії. Зрозуміло, що підґрунтям для цих позитивних змін має бути зменшення виразності наявної симптоматики, досягнуте протягом госпітального етапу лікування.

Саме тому метою цього дослідження стало вивчення динаміки постстресової симптоматики (ПСС)

у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування.

Ця стаття є першою із запланованої серії публікацій, присвячених результатам науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24) що виконується в Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» (далі — Інститут).

Дизайн дослідження передбачав двократне обстеження пацієнтів, що надходили в психіатричні відділення Інституту протягом 2024 року. Обстеження № 1 відбувалось протягом перших двох діб госпіталізації, а обстеження № 2 — протягом останніх двох діб стаціонарного лікування (перед випискою), середня тривалість періоду між обстеженнями становила $22,78 \pm 0,92$ доби.

Обидва обстеження здійснювали за допомогою сталою набору методів досліджування, а саме: шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC-25) [7; 8], тест Спілбергера — Ханіна [9—11], Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [12; 13], Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [13—15], тест для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [16], а також методика оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) [17; 18]. Окрім того, під час обстеження № 1 використовували Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ) [19; 20], а також розроблену авторами цієї статті анамнестичну анкету, що включала 172 запитання стосовно сімейного стану, професійної діяльності, матеріального стану, перенесених травм і захворювань, скарг на стан здоров'я, наявності захворювань у найближчих родичів та способу життя. Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом *face to face* після отримання відповідної інформованої згоди від респондентів.

З огляду на великий обсяг отриманих даних, що і далі збільшується, а також з огляду на те, що ця стаття є першою із серії запланованих подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію, а саме — дані, отримані за допомогою шкали стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC-25) [7; 8] і Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [13—15].

Загалом на момент підготовки цієї публікації обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (з них військових — 58 осіб (усі — чоловіки)). За ознакою діагнозу на момент ушпиталення обстежувані особи розподілялись так: з розладами адаптації (F43.2) — 44 особи; з посттравматичним стресовим розладом (F43.1) — 36 осіб; з тривожно-фобічними розладами (F40.0) — 20 осіб і тривожними розладами (F41) — 15 осіб. Із 115 обстежуваних

87 осіб (75,7 %) завершили повну програму дослідження (курс лікування + два обстеження).

Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи [21]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Висвітлення отриманих результатів доцільно розпочати з опису тих стресових подій, які, на думку обстежуваних, викликали у них найбільше занепокоєння і стали надалі причиною розвитку розладів ментального здоров'я.

У військових це були (за спаданням частоти): близький (кілька метрів) вибух (або вибухи) — 46,51 %; загибель бойового побратима (або відразу кількох побратимів) — 25,58 % і участь у форсуванні річки (під вогнем супротивника) — 6,98 %. Іншими подібними подіями (з частотою не більше ніж 3 % для кожної з них) у військових були: виїзд на «нуль» (тобто на лінію бойового зіткнення); участь у невдалій спробі штурму ворожих позицій; перебування в оточенні (протягом кількох днів); потрапляння у ворожу засідку; самогубство побратима; смерть близького родича; участь в евакуації поранених і нарешті — конфлікти з іншими людьми.

У цивільних аналогічний рейтинг мав такий вигляд: «приліт» (удар безпілотної ракети) поблизу (десятки або сотні метрів) від місця помешкання

респондента — 44,90 %; смерть близького родича — 12,24 %; конфлікти з іншими людьми — 12,24 % і розлучення з близькими людьми — 6,12 %. Іншими подібними подіями (з частотою не більше ніж 4 % для кожної з них) у цивільних були: вимушена зміна місця проживання; втрата житла (нерухомості); розпад шлюбу; втрата зв'язку з близьким родичем; втрата роботи; потрапляння у дорожньо-транспортну пригоду; різке погіршення стану власного здоров'я та участь в евакуації поранених.

Легко помітити, що попри очевидні відмінності умов життя і служби (роботи) військових і цивільних, перші дві найважливіші стресові події в обох наведених рейтингах є дуже схожими: це близькі вибухи («прильоти») і втрати особисто значущих людей (бойових побратимів або родичів). З огляду на це, а також з огляду на подібність вікової та гендерної структури цих контингентів і відносно невелику їхню кількість (на цьому етапі дослідження), далі матеріал буде викладено без диференціації на військових і цивільних.

Наслідки описаних вище травм для стану психічного здоров'я обстежуваних оцінювали за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) і шкали стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC-25) (таблиці 1, 2; рисунки 1—3).

Таблиця 1. Середня виразність ПСС (за шкалою M-PTSD) і середня стійкість до стресу (за шкалою CD-RISC-25) у обстежених пацієнтів на початку і наприкінці стаціонарного лікування, а також середня ефективність терапії

Показники		Середні значення*				p***
		показників		ефективності терапії		
		до лікування, бали	після лікування, бали	різниця між «до» та «після», бали	різниця між «до» та «після», %**	
M-PTSD	Кластер вторгнення	27,78 ± 0,64	23,31 ± 0,57	4,35 ± 0,66	13,80 ± 2,06	0,0000002
	Кластер уникнення	42,86 ± 0,64	38,25 ± 0,67	4,59 ± 0,66	9,88 ± 1,52	0,0000005
	Кластер гіперактивності	21,12 ± 0,42	18,35 ± 0,35	2,75 ± 0,43	10,64 ± 1,92	0,0000003
	Кластер провини та суїцидальності	11,60 ± 0,32	10,54 ± 0,28	0,97 ± 0,24	5,38 ± 2,35	0,0061304
	Разом	103,48 ± 1,68	90,50 ± 1,64	12,65 ± 1,67	11,06 ± 1,64	0,0000001
CD-RISC-25		49,32 ± 1,83	55,34 ± 1,58	-6,30 ± 1,50	-6,77 ± 2,98	0,0068004

Примітки. * — Середні значення подані у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$). ** — Для усереднення за 100 % було прийнято значення характеристик на початку лікування. *** — Достовірність відмінностей між групами порівняння (p) за критерієм « t ». Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

На початку лікування середня виразність ПСС за шкалою M-PTSD в групі обстежених становила $103,48 \pm 1,68$ бали (див. табл. 1), що відповідає критеріям висновку «порушення адаптації» (97—111 балів). Протягом стаціонарної терапії виразність ПСС в середньому зменшилась на $11,06 \pm 1,64$ % і наприкінці лікування становила $90,50 \pm 1,64$ балів, що відповідає критеріям висновку «добра адаптація» (< 97 балів). Водночас найбільша редукція ПСС протягом лікування спостерігалась за кластером симптомів вторгнення ($13,80 \pm 2,06$ %), а найменша — за кластером симптомів провини та суїцидальності ($5,38 \pm 2,35$ %).

Водночас середня стійкість до стресу за шкалою CD-RISC-25 в групі обстежуваних на початку

лікування становила $49,32 \pm 1,83$ бали, а протягом лікування вона підвищилася до $55,34 \pm 1,58$ балів, до того ж обидва узагальнені значення відповідали критеріям висновку «помірна стресостійкість» (35—62 балів або 2-й — 3-й квартилі варіаційного ряду).

Однак, розгляд середніх значень показників, про які йдеться, створює надмірно спрощену картину подій (як буде зрозуміло з викладеного нижче). Саме тому наступний етап роботи був присвячений аналізу розподілів пацієнтів за ознаками виразності ПСС і стесостійкості (рис. 1).

Встановлено, що і на початку, і наприкінці лікування у обстежених пацієнтів виразність ПСС

охоплювала повний спектр цієї характеристики — від доброї адаптації (< 97 балів) до клінічно значущого ПТСР (> 111 балів) за шкалою М-PTSD, а стійкість до стресу — від низького (≤ 34 бали) до високого (> 62 бали) її рівня за шкалою CD-RISC-25. Водночас спостерігались достовірні зсуви (див. рис. 1) варіаційних рядів даних, отриманих наприкінці лікування,

відносно даних, отриманих на початку лікування у бік менших значень для результатів за шкалою М-PTSD (при $p = 0,0002$) і у бік більших значень для результатів за шкалою CD-RISC-25 (при $p = 0,0045$). Ці зсуви призвели до суттєвої перебудови структури групи обстежених за ознакою їх поточного стану (табл. 2).

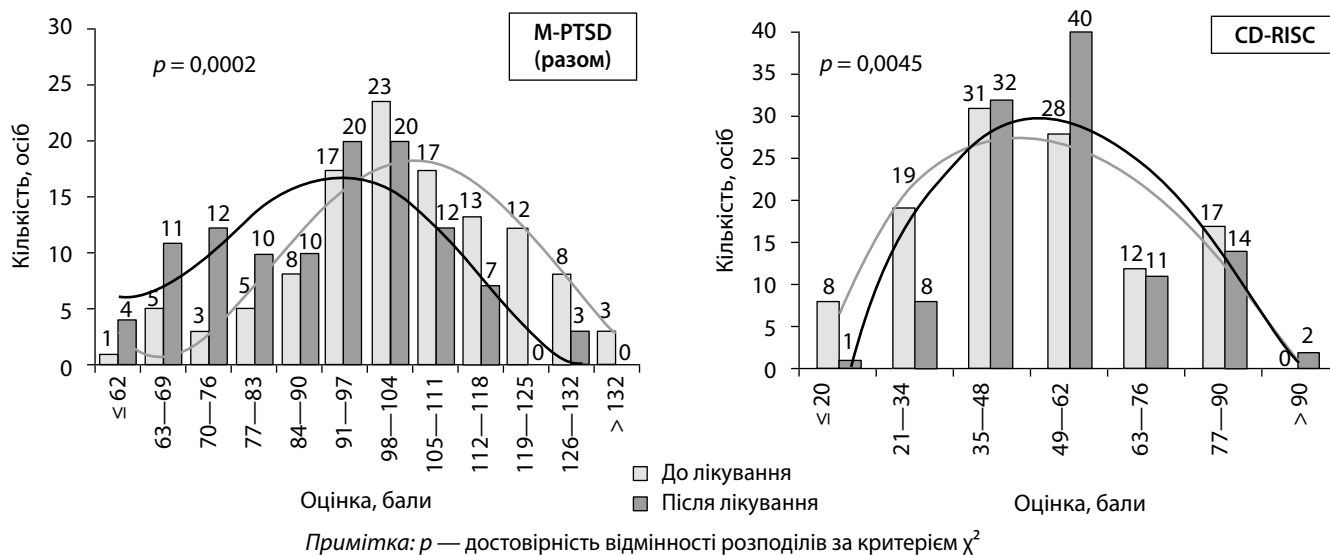


Рис. 1. Розподіли пацієнтів за результатами обстеження з використанням шкали М-PTSD (разом) та шкали CD-RISC-25 на початку і наприкінці стаціонарного лікування

Таблиця 2. Структура групи обстежених пацієнтів за ознакою їх поточного стану, оціненого за критеріями шкал М-PTSD та CD-RISC-25, на початку і наприкінці стаціонарного лікування

Поточний стан респондента (оцінка за шкалою)	Кількість пацієнтів з такою оцінкою				p^*
	до лікування ($n = 115$)		після лікування ($n = 109$)		
	абсолютна, осіб	відносна, %	абсолютна, осіб	відносна, %	
Оцінки за шкалою М-PTSD					
Добра адаптація (< 97 балів)	38	33,05	65	59,64	0,0000658
Порушення адаптації (97—111 балів)	41	35,65	34	31,19	0,4796368
ПТСР (> 111 балів)	36	31,30	10	9,17	0,0000417
Оцінки за шкалою CD-RISC-25					
Низька стресостійкість (≤ 34 балів)	27	23,48	9	8,26	0,0019329
Помірна стресостійкість (35—62 балів)	59	51,30	73	66,97	0,0171982
Висока стресостійкість (> 62 балів)	29	25,22	27	24,77	0,9384809

Примітка. * — Достовірність відмінностей між групами порівняння (p) за критерієм χ^2 . Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором)

Дані, наведені у таблиці 2, свідчать про те, що в процесі стаціонарного лікування питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «ПТСР» зменшилась в 3,41 раза (з 31,30 % до 9,17 %), а осіб, що відповідають критеріям висновку «добра адаптація», навпаки, збільшилась в 1,80 раза (з 33,05 % до 59,64), проте частка осіб, що відповідають критеріям висновку «порушення адаптації», не зазнала істотних змін. Водночас питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «низька стресостійкість», зменшилась в 2,84 раза (з 23,48 % до 8,26 %), а осіб, що відповідають

критеріям висновку «помірна стресостійкість», навпаки, збільшилась в 1,31 раза (з 51,30 % до 66,97 %), водночас частка осіб, що відповідають критеріям висновку «висока стресостійкість», не зазнала істотних змін.

Привертає увагу той факт, що зменшення виразності ПСС протягом лікування супроводжується підвищенням стресостійкості, що є цілком природним, адже ці характеристики є протилежними за змістом і тому їх пов'язує достовірний зворотний кореляційний зв'язок (коефіцієнти кореляції $-0,35$ і $-0,34$ під час обстежень № 1 і № 2 відповідно, при $p < 0,01$).

Наведені вище розподіли дають куди більш докладну оцінку результатів лікування, ніж усереднені характеристики. Проте, ці розподіли все ще не дають уяви про те, яка частка обстежених пацієнтів відповіла на проведену терапію і як саме. Для цього проведено аналіз розподілів обстежених пацієнтів за ознакою динаміки (редукції) ПСС і змін стресостійкості протягом стаціонарного лікування (рис. 2, 3).

Для аналізу розподілів, наведених на рисунку 2, використовували такі прості правила: різни-

цю у виразності симптоматики під час обстежень № 1 і 2 в межах $\pm 10\%$ (за 100% приймали оцінку на початку стаціонарного лікування) кваліфікували як стан без змін; редукцію симптоматики на рівні більше ніж $+10\%$ кваліфікували як поліпшення стану пацієнта у разі використання шкали M-PTSD і як погіршення — у разі використання шкали CD-RISC-25; і нарешті, редукцію симптоматики на рівні менш ніж -10% кваліфікували як погіршення стану пацієнта у разі використання шкали M-PTSD і як поліпшення — у разі використання шкали CD-RISC-25.

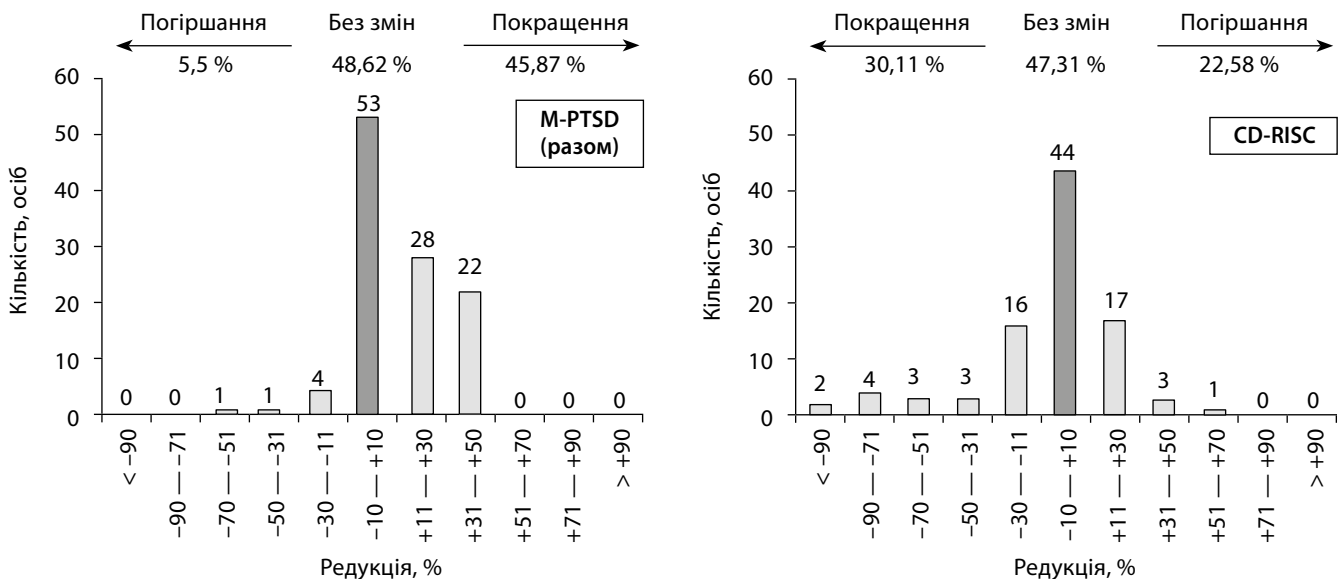


Рис. 2. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за шкалою M-PTSD (разом) та за шкалою CD-RISC-25 (за 100% прийнято оцінку на початку стаціонарного лікування)

В результаті використання цих правил встановили (див. рис. 2), що за критерієм редукції ПСС (оціненої за шкалою M-PTSD) у $45,87\%$ пацієнтів спостерігалось поліпшення їхнього психічного стану, у $5,50\%$ пацієнтів — погіршення і, нарешті, $48,62\%$ пацієнтів не відповіли на проведену терапію (істотних змін стану протягом курсу стаціонарного лікування не зафіксовано). Водночас найбільша частка пацієнтів з поліпшенням ($53,21\%$) була за кластером симптомів вторгнення, а найменша ($44,95\%$) — за кластером симптомів провини та суїцидальності (рис. 3).

Аналогічно за критерієм підвищення стресостійкості (оціненої за шкалою CD-RISC-25) у $30,11\%$ пацієнтів спостерігалось поліпшення їхнього психічного стану (стресостійкості), у $22,58\%$ пацієнтів — погіршення і, нарешті, $47,31\%$ пацієнтів не відповіли на проведену терапію (істотних змін стресостійкості протягом курсу стаціонарного лікування не зафіксовано). Однак, стресостійкість, строго кажучи, не є симптомом хвороби, а лише додатковою характеристикою поточного психічного стану, тому для подальшої оцінки ефективності терапії використовувати її не варто.

Відповідно до сучасних уявлень, лікування ПТСР включає психотерапію і застосування психофарма-

кологічних препаратів. Часто застосовують поєднання різних психотерапевтичних методів, оскільки ПТСР є складним розладом, який проявляється одночасно на психологічному, біологічному та соціальному рівнях. До того ж вважається, що людина вже не повертається в стан здоров'я, що був до хвороби, а функціонує на якісно новому рівні. Позитивним ефектом ПТСР іноді буває особистісне зростання під час відновлення після травми. Безумовно, за умов тривалої психотерапевтичної підтримки, що потребує амбулаторного спостереження.

Стаціонарне лікування має визначені терапевтичні цілі. Насамперед, це — корекція емоційних порушень, подолання суїцидальних тенденцій, лікування коморбідних розладів, що часто супроводжують ПТСР. Оцінка динаміки ПТСР в окремого хворого загалом та окремих симптомів розладу має велике значення для визначення подальших підходів до його лікування та соціальної адаптації. Тривалість стаціонарного лікування у досліджених хворих визначалась передусім терміном подолання депресивних розладів, тривоги, корекції інсомнії, пароксизмальних проявів. Перша психотерапевтична підтримка саме у стаціонарі важлива для формування і зміцнення віри пацієнта у можливість його одужання, що є запорукою успіху наступних стадій терапії.

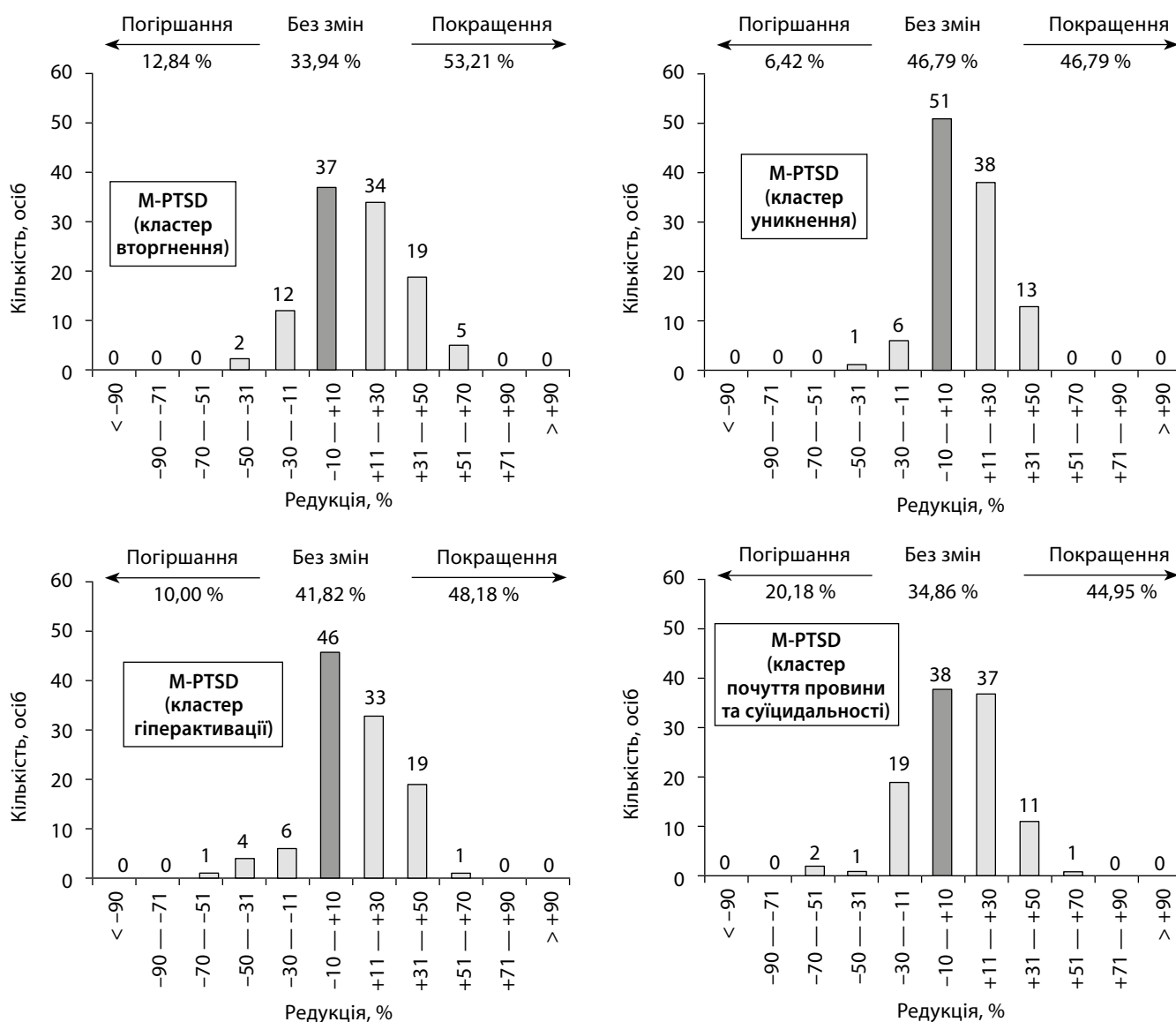


Рис. 3. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за окремими кластерами шкали М-PTSD (за 100 % прийнято оцінку на початку стаціонарного лікування)

Більш тісний контакт пацієнта з лікарем під час ушпиталення дає змогу визначити потребу в фармакотерапії та підібрати максимально індивідуалізоване лікування.

Отримані дані свідчать про те, що передбачена чинним Протоколом стаціонарна терапія може задовільно вирішити це завдання менше ніж для половини пацієнтів, госпіталізованих з приводу стрес-асоційованих розладів. Причини, предиктори і маркери резистентності пацієнтів до передбаченої Протоколом терапії будуть розглянуті у подальших наших публікаціях. Але вже зараз зрозуміло, що поточна медична практика щодо пацієнтів із стрес-асоційованими розладами потребує для поліпшення її результатів оперативної апробації і швидкого впровадження інноваційних методів лікування.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Встановлено, що і у військових, і у цивільних пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами най-

важливішими стресовими подіями є близькі вибухи («прильоти») і втрати особисто значущих людей (бойових побратимів або родичів).

2. В середньому протягом стандартної стаціонарної терапії стійкість до стресу (за шкалою CD-RISC-25) збільшується на $6,77 \pm 2,98$ % відносно вихідного рівня (при $p = 0,0068004$), а виразність постстресової симптоматики (за шкалою М-PTSD) зменшується на $11,06 \pm 1,64$ % (при $p = 0,0000001$), найбільша редукція цієї симптоматики спостерігається за кластером симптомів вторгнення ($13,80 \pm 2,06$ %), а найменша — за кластером симптомів провини та суїцидальності ($5,38 \pm 2,35$ %).

3. В процесі стандартної стаціонарної терапії питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «низька стресостійкість» (за шкалою CD-RISC-25), зменшується в 2,84 раза (з 23,48 % до 8,26 % при $p = 0,0019329$), а питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «ПТСР» (за шкалою М-PTSD), зменшується в 3,41 раза (з 31,30 % до 9,17 % при $p = 0,0000417$).

4. Загалом позитивна відповідь на стаціонарну терапію протягом стандартного курсу лікування (з використанням критерію редукції постстресової симптоматики за шкалою M-PTSD більше ніж на 10 % від вихідного рівня) спостерігалась у 45,87 % пацієнтів.

5. Передбачена чинним Протоколом спеціалізована медична допомога може забезпечити позитивну відповідь на терапію менше ніж у половини пацієнтів, госпіталізованих з приводу стресасоційованих розладів, тому розробка і впровадження інноваційних методів лікування залишається гостро актуальним завданням.

(Далі буде)

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Подяки

Автори висловлюють щире вдячність лаборанту відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» Снисаренко Наталії Володимирівні за допомогу у формуванні електронної бази даних.

Фінансування

Ця стаття написана на основі матеріалів, що були зібрані в процесі виконання науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24), що фінансується Національною академією медичних наук України.

Список літератури

1. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 11—15.
2. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / [К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов] // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.
3. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему // Медична психологія. 2016. № 1. С. 99—104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19.
4. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / [М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40-44.
5. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навч. посіб. / [Н. О. Євдокимова, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан]. Миколаїв : Іліон, 2016. 341 с.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265). URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf.
7. Connor K. M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) // Depression and Anxiety. 2003. Vol. 18 (2). P. 76—82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>.

8. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): Апробація у хворих на анкілозивний спондиліт / Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. [та ін.] // Український ревматологічний журнал. 2020. № 2 (80). С. 66—72. DOI: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>.

9. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory / Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. [et al.]. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

10. Моргун В. Ф., Тітов І. Г. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Вид-во Слово, 2009. 234 с.

11. Основи психології : підручник / за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. Київ : Вид-во Либідь, 2002. 630 с.

12. Zigmond A. S., Snaith R. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67 (6). P. 361—370. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

13. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. [та ін.]. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПЦ_16.pdf.

14. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity / T. M. Keane, J. M. Caddell, K. L. Taylor // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56 (1). P. 85—90. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>.

15. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation / [Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W.] // Journal of Traumatic Stress. 1995. Vol. 8 (1). P. 91—109. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>.

16. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II / Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F. [et al.] // Addiction. 1993. Vol. 88 (6). P. 791—804. DOI: [10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x).

17. Validation of an efficient quality of life index / Mezzych J. E., Cohen N., Liu J. [et al.] // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. CPO Hanser Service, 1999. P. 427—428.

18. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. [та ін.]; под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : Арсис, 2004. 240 с.

19. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress / Cardena E., Koopman C., Classen C, [et al.] // J Trauma Stress. 2000. Vol. 13 (4). P. 719—34. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>.

20. Lötval R. A 20-years+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): Psychometric properties and findings / R. Lötval, Å. Palmberg & E. Cardena // European Journal of Trauma and Dissociation. 2022. Vol. 6 (3). Article 100269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>.

21. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. Киев : Моріон, 2000. 320 с.

References

1. Bohomolets O. V., Pinchuk I. Ya., Ladyk-Bryzghalova A. K. Prevalence and structure of post-traumatic mental disorders in combatants. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22(85):11-15. (In Ukrainian).

2. Aimerov K. V., Asieieva Yu. O., Tolmachov O. A. Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22;2(85):128-129. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43. (In Ukrainian).
3. Bezsheiko V. H. Diagnosis of post-stress disorders: a view of the problem. *Medychna psykholohiia* [Medical Psychology]. 2016;1:99-104. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19. (In Ukrainian).
4. Denysenko M.M., Lakynskiy R.V., Shestopalova L.F., Linskiy I.V. Main clinical variants of post-stress disorders in combatants. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2017. Vol. 25, iss. 2(91). P. 40-44. (In Ukrainian).
5. Yevdokymova N.O., Zlyvkov V.L., Lukomska S.O., Fedan O.V. *Personality in crisis situations: a review of modern psychodiagnostic techniques*. Mykolaiv, 2016. 341 p. (In Ukrainian).
6. Ministry of Health of Ukraine. *Unified clinical protocol for primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders"* (approved by Order dated July 19, 2024 No. 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. (In Ukrainian).
7. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113.
8. Shkolina N.V., Shapoval I.I., Orlova I.V., Kedyk I.O., Stanislavchuk M.A. Adaptation and validation of the Ukrainian version of the Connor-Davidson Stress Resilience Scale-10 (CD-RISC-10): Testing in patients with ankylosing spondyliti. *Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal* [Ukrainian Journal of Rheumatology]. 2020;2(80):66-72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>. (In Ukrainian).
9. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
10. Morhun, V.F., Titov I.H. *Fundamentals of psychological diagnostics*. Kyiv, 2009. 234 p. (In Ukrainian).
11. *Fundamentals of Psychology*. Edited by O. V. Kyrychuk, V. A. Roments. Kyiv, 2002. 630 c.
12. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
13. Ahaiev N.A., Kokun O.M., Pishko I.O., Lozinska N.S., Ostapchuk V.V., Tkachenko V.V. *Collection of methods for diagnosing negative mental states of servicemen*. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016. 234 p. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf. (In Ukrainian).
14. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85-90. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>.
15. Vreven DL, Gudanowski DM, King LA, King DW. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 1995;8(1):91-109. doi:10.1007/BF02105409.
16. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
17. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Iqbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index. *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 1999. P. 427-428.
18. Maruta N. A., Panko T.V., Yavdak Yu. A., Semykina E. E., Kolyadko S. P., Kalenskaya G. Yu. *Criterion of quality of life in psychiatric practice*; N. A. Maruta editor. Kharkiv, 2004. 240 p. (In Russian).
19. Cardeña E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):719-734. doi:10.1023/A:1007822603186.
20. Lötvall R, Palmberg Å & Cardeña E. A 20-years+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): Psychometric properties and findings. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 2022;6(3). Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>.
21. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. *Statistical methods in medical and biological research using Excel*. Kyiv, 2000. 320 p. (In Russian).

Надійшла до редакції 27.02.2025

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України»); професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; асистент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ЗАВОРОТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, завідувач клініки відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

СКРИННИК Ольга В'ячеславівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

МИНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ЗАДОРОЖНИЙ Володимир Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу*

МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

БОРЗЕНКО Віктор Русланович, аспірант кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

* — відділ невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI); Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

PIDKORYTOV Valeriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department^{**}; Assistant Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department^{**}

ZAVOROTNIY Vyacheslav, MD, PhD, Head of the Clinic of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

LAKYNSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department^{**}

SKRYNNIK Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department^{**}

ZADOROZHNY Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department^{**}

TKACHENKO Tetiana, PhD of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department^{**}

MALYKHINA Natalia, MD, PhD, Senior Researcher of the Department^{**}

BORZENKO Viktor, Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

^{**} — Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine