

УДК [616.89:616.45-001.1/.3]:355.292.3

Ладик-Брызгалова Аліса Костянтинівна

Аспірант

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ладык-Брызгалова Алиса Константиновна

Аспирант

Украинский научно-исследовательский институт
социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ladyk-Bryzgalova Alisa

PhD student

Ukrainian Research Institute of Social and
Forensic Psychiatry and Substance Abuse
of Ministry of health of Ukraine

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ
ПОРУШЕНЬ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ
ДЕЙСТВИЙ
CLINICAL FEATURES OF POST-TRAUMATIC MENTAL
DISORDERS OF COMBATANTS**

Анотація. Досліджено клінічні особливості та супутні симптоми посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій.

Ключові слова: посттравматичні психічні порушення, розлади адаптації, учасники АТО, клінічні особливості.

Аннотация. Исследованы клинические особенности и сопутствующие симптомы посттравматических психических нарушений у участников боевых действий.

Ключевые слова: посттравматические психические нарушения, расстройства адаптации, участники АТО, клинические особенности.

Summary. The clinical features and associated symptoms of post-traumatic mental disorders in combatants were investigated.

Keywords: post-traumatic mental disorders, adjustment disorders, participants of АТО, clinical features.

Актуальність. Військові конфлікти сьогодні тривають у багатьох країнах світу і окремих регіонах, у тому числі Африці, Азії, Європі, Південній Америці, Північній Америці та Близькому Сході. З кінця 2013 року в Україні також почалися події, в результаті яких прямо чи опосередковано постраждала велика частина населення. Масові зіткнення та загибель учасників протестів під час Революції Гідності у 2014 році, велика хвиля внутрішньо переміщених громадян в результаті анексування Автономної Республіки Крим та численні жертви конфлікту на Сході України виявилися безпрецедентною за інтенсивністю та тривалістю психічною травмою для українців. Незважаючи на спроби впровадити угоди про припинення вогню, в тому числі підписання Мінської угоди у лютому 2015 року, бойові дії тривають в декількох місцях уздовж лінії зіткнення між урядовими силами і силами так званих Донецької і Луганської Народних Республік (UN OCHA, 2016). Військовослужбовці, які залучені до врегулювання конфлікту та беруть участь у бойових діях, піддаються впливу затяжного стресу високої інтенсивності. Фізичні травми, позбавлення сну, погані санітарні умови та екстремальні фізичні навантаження, які зазвичай супроводжують військовослужбовців у зоні бойових дій, є додатковими факторами стресу та порушення адаптації. Психічне здоров'я в умовах впливу травматичних подій, зокрема психічне здоров'я військовослужбовців, як найбільш травмованої категорії, стає першочерговою проблемою психіатрії сьогодення та потребує своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги.

До основних діагностичних кластерів ПТСР належать симптоми повторного переживання, уникнення, негативні зміни когнітивних функцій і настрою та симптоми збудження [1]. Але останнім часом все більше уваги приділяється специфічним симптомам ПТСР та супутнім розладам, до яких належать: депресія, посткомоційний синдром, гетеро- та аутоагресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, хронічний біль, порушення сну та ін. [2, 3, 4, 5, 6].

Виходячи з вищенаведеного, подальше вивчення клінічних особливостей посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій є дуже актуальним й важливим для надання своєчасної та ефективної медико-соціальної допомоги даній категорії осіб.

Мета: визначити клінічні особливості посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено результати обстеження 249 військовослужбовців, які брали участь в проведенні АТО на сході України. Усі досліджувані перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Основні методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та інформаційно-аналітичний.

Результати та їх обговорення. За результатами дослідження 249 бійців встановлено, що у 78 осіб психічні порушення визначались окремими симптомами та не досягали рівня психічного розладу. Основні діагностичні рубрики за МКХ-10 було представлено таким чином: органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад F06.6 – 17 (6,8%), посткомоційний синдром F07.2 – 10 (4,0%), інші органічні розлади особистості та поведінки F07.8 – 7 (2,8%), посттравматичний стресовий розлад F43.1 – 56 (22,5%), розлади адаптації F43.2 – 68 (27,3%), неврастенія F48.0 – 13 (5,2%) обстежених.

Найпоширенішими у представленій вибірці (124 пацієнта – 49,8 %) були розлади, які відповідали рубриці F43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Для проведення подальшого дослідження цих пацієнтів було

розподілено на дві групи: посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації (РА). Середній вік досліджених з ПТСР становив $35,11 \pm 0,95$, з РА – $35,81 \pm 1,16$ року.

Попередній досвід роботи в силових структурах або служби в ЗСУ мала майже третина бійців – 19 (33,9 %) та 26 (38,2 %) в групах ПТСР і РА відповідно, тобто припущення, що цей фактор знижує ризик формування посттравматичних психічних розладів, не знайшло свого підтвердження. Встановлено, що бійці старше за 31 рік особливо уразливі при психогенній травматизації в бойових умовах.

За анамнестичними даними виявлено епізодичне вживання психоактивних речовин у 3 (5,4 %) пацієнтів з ПТСР та у 15 (22,4 %) – з РА. Серед них переважало вживання алкоголю – у 3 (5,4 %) та у 13 (19,1 %) осіб обох груп відповідно.

Після переведу у зону проведення АТО досліджувані зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0 %) бійців групи ПТСР та 35 (51,5 %) – групи РА, фізичному насильству піддавалися 3 (5,4 %) та 15 (22,1 %), поранення отримали 45 (75,0 %) та 19 (27,9 %), загрозу зброєю пережили 29 (51,8 %) та 21 (30,9 %); свідками загибелі побратимів стали 54 (96,4 %) та 31 (45,6 %) особа з ПТСР та РА відповідно.

Встановлено, що тип психотравмуючої події, її індивідуальна значимість, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування посттравматичних психічних розладів. Так, важкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі в проведенні бойових дій, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР.

Перші прояви РА найчастіше спостерігались через 4-8 місяців (в середньому – $6,63 \pm 0,45$), ПТСР – через 6-10 місяців (в середньому – $8,68 \pm 0,46$ місяців). Таким чином, тривале перебування (більше 8-10 місяців) у надзвичайних умовах АТО є фактором ризику формування посттравматичних психічних розладів.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей посттравматичних психічних розладів показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСР та значного клінічного поліморфізму при РА. Найбільш поширеними серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) – у 25 (36,8 %) пацієнтів та розлади адаптації із переважанням інших емоцій (F43.23) – у 29 (42,6 %), тобто переважали розлади афективного регістру.

Для ПТСР характерним був хвилеподібний перебіг з періодичним загостренням симптоматики, а саме: нічних страхів з кошмарними сновидіннями – 32 (57,1 %), нав'язливих спогадів про військові дії – 21 (37,5 %), дисоціативних флешбеків – 10 (17,9 %) пацієнтів. Значний психологічний дистрес у вигляді тривоги зазначили 42 (75,0 %), дратівливість – 41 (73,2 %), відчуття напруги – 25 (44,6 %) та розгубленості – 10 (17,9 %) бійців. Перезбудження вегетативної нервової системи у всіх пацієнтів призвело до підвищення рівня бадьорості та стійкого безсоння. Уникання почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючими обставинами, зустрічей з однослужбовцями спостерігалось у 15 (26,8 %) обстежених. Відчуття провини перед вбитими та пораненими бійцями зафіксовано у 5 (8,9 %) пацієнтів даної групи. Встановлено, що у 50 (89,3 %) осіб з ПТСР мала місце виражена депресивна симптоматика, у тому числі відчуття відгородженості та заціпеніння – 43 (76,8 %), надмірні песимістичні роздуми – 19 (33,9 %), плаксивість – 17 (30,4 %) та надмірна втомлюваність – 13 (23,2 %) пацієнтів.

Формування більш поліморфної клінічної картини РА, ніж при ПТСР, значною мірою визначалось індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактору. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і начальними продромальними симптомами інших психічних розладів.

За суб'єктивною оцінкою бійців виділено кілька основних особистісно значущих переживань, які суттєво відрізнялись в досліджуваних групах та в майбутньому вплинули на появу гетеро- та аутоагресивних тенденцій. Так, у пацієнтів з РА превалювало тяжке відчуття розлуки з батьками та родиною (15 – 22,1 %), при тому що у досліджених з ПТСР цей показник становив лише

3,6 % (2 особи). Після переведення до зони АТО зміни в особистісному психологічному стані відмітили усі досліджені. На дуже вагомій адаптаційній складнощі на початку участі у бойових діях вказало 20 (35,7 %) чоловіків з ПТСР та 25 (36,8 %) бійців з РА. Вони пов'язували це з великим психологічним навантаженням в нових для них обставинах, а саме – з напруженим повсякденним режимом (22 – 17,7 %), неадекватним фізичним навантаженням (11 – 8,9 %), чітким розпорядком дня і замалим вільним часом (18 – 14,5 %), необхідністю ламати свої звички (10 – 8,1 %).

Переживання щодо зміни власного статусу визначено у 47 – 37,9 % бійців; на перший план виступали: відчуття приниження із-за необхідності підкоритись та виконати накази (41 – 33,1 %), болісні насмішки від більш успішних товаришів (7 – 5,6 %), неуставні відносини – 17 (13,7 %) пацієнтів. Всі обстежені зазначили, що протягом служби вони відчували глобальну небезпеку, розчарування та безвихідь. Більшість (43 – 76,8 %) бійців з ПТСР та третина (20 – 29,4 %) пацієнтів з РА відмітили «замороженість емоцій» під час бойових дій. На виникнення збудження та агресивності мали вплив провокуючі зовнішні фактори: скупченість (13 – 10,5 %), надмірний постійний шум і різкі звуки (40 – 32,2 %), спекотлива погода (15 – 12,1 %).

З метою подолання психологічного навантаження 18 (32,1 %) бійців з ПТСР та 8 (11,8 %) з РА приймали алкоголь, у чому добровільно зізнались. Проте майже 70,0 % усіх досліджених відмітили відсутність достатнього контролю за вживанням алкоголю своїми товаришами, як у бойових, так й в мирних умовах.

За результатами дослідження виявлено поведінкові прояви, які в наступному сприяли виникненню агресивних реакцій. Це – неорганізованість (13 – 10,5 %), непослідовність та уривчастість при виконанні завдань (6 – 4,8 %), зростання негативізму та непокори (10 – 8,1 %), протест та відмова від виконання наказів (3 – 2,4 %), недотримання правил дорожнього руху та норм експлуатації бойових пристроїв (5 – 4,03 %), конфлікти з товаришами та командирами (11 – 8,9 %).

Одним з варіантів агресивної поведінки в бойових умовах було порушення дисципліни, що більшою мірою спостерігалось у бійців з РА (11 – 16,2 %), ніж у військових з ПТСР (2 – 3,6 %). Крайнім способом усунення наростаючої напруги було нанесення тілесних ушкоджень товаришам по службі. Так, 2 (3,6 %) пацієнтів з ПТСР нанесли тілесні ушкодження середньої важкості своїм однослужбовцям.

Результати дослідження дозволили визначити клініко-психопатологічні прояви ПТСР та РА, що асоційовані з високою внутрішньою напругою, яка, в свою чергу, може призводити до агресивної поведінки. По-перше, це – розлади сну при РА, поверхневий та тривожний сон з частими просинаннями відмітив 41 (60,3 %) боєць. Також слід вказати на наявність досить виснажливого болювого синдрому. Головний біль відмітили 17 (30,4 %), біль у тілі – 15 (26,8 %) бійців, різноманітні соматичні скарги та порушення, що сприймалися лише на суб'єктивному рівні, – 13 (23,2 %) пацієнтів. Усі ці показники виключали біль після поранень. Тільки у досліджених з ПТСР (9 – 16,1 %) було зафіксовано появу логоневрозу різної тривалості, що додатково підвищувало рівень напруги.

Відчуття вираженої тривоги відзначили 10 (14,7 %) чоловіків з РА, зростаючу конфліктність – практично всі бійці (63 – 92,6 %), а також більшість з них (61 – 89,7 %) вказали на неспроможність розслабитись, нервозність та відчуття напруги, надмірну уразливість та відчуття скривдженості зазначили 62 (91,2 %) пацієнта.

Сучасні дослідження вказують на превалювання агресивної поведінки у комбатантів з ПТСР [7], це підтверджується і нашими даними. Так, гетероагресивна поведінка мала місце у 13 (23,2 %) бійців з ПТСР і лише у одного бійця з РА. Надмірно жорстке поводження та немотивоване використання зброї по відношенню до супротивника та місцевого населення визнало 11 (19,6 %) бійців з ПТСР.

Таким чином, серед основних соціально-психологічних чинників, що спричиняють появу агресивної поведінки у бійців з постстресовими психічними

розладами, можна виділити наступні: безпосередні стресорні фактори, особистісні проблеми, негативні відносини з однослужбовцями, складне матеріально-фінансове становище, позаустановні взаємовідносини, учбово-професійні складнощі, сімейні негаразди, вираженість психопатологічної симптоматики, насамперед, тривоги, внутрішньої напруги, розладів сну, больового синдрому.

Важливо відмітити, що суттєве погіршення стану при ПТСР спостерігалось протягом першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні до дому – 42 (75 %) обстежених. До загострення психопатологічної симптоматики призводили проблеми з дружинами – у 12 (21,4 %) бійців, складнощі зі здоров'ям близьких, особливо батьків – у 6 (10,7 %) та труднощі при працевлаштуванні – у 4 (7,1 %) осіб. У той же час пацієнти з РА не відмітили посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Значну вербальну агресію відмітили більше половини пацієнтів з ПТСР (34 – 60,7 %) та третина бійців з РА (22 – 32,4 %). Також у шести обстежених у мирних умовах спостерігались прояви агресії на тлі гнівливості, які були спровоковані підозрливими поглядами, веселістю компаній, розбіжностями в політичних поглядах. Ці фактори зазначили понад 80 (65,3 %) бійців, але їх реакції не досягали експлозивного рівня.

У дослідженій категорії пацієнтів також виникали й суїцидальні тенденції. Їх наявність зафіксовано у осіб, в клінічній картині яких превалювала депресивна і тривожно-депресивна симптоматика – у 11 (19,6 %) пацієнтів із ПТСР та у 14 (20,6 %) бійців з РА. Один пацієнт з діагнозом F43.22 намагався скоїти суїцид (спроба повіситись на ремні).

Треба зазначити, що незважаючи на тяжкі психологічні обставини, 17 (30,4 %) бійців з ПТСР та один (1,5 %) з РА мали наміри повернутися до своєї бойової частини якомога швидше.

Висновки. Проведене дослідження показало, що посттравматичні психічні порушення у учасників бойових дій мають широкий спектр клінічних проявів та особливостей. Встановлено, що тип психотравмуючої події, її

індивідуальна значимість, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування посттравматичних психічних розладів. Важкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі в проведенні бойових дій, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР. Аналіз клініко-психопатологічних особливостей посттравматичних психічних розладів показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСР та значного клінічного поліморфізму при РА. Найбільш поширеними серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція та розлади адаптації із переважанням інших емоцій, тобто переважали розлади афективного регістру. Формування більш поліморфної клінічної картини РА, ніж при ПТСР, значною мірою визначалось індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактору. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і початковими продромальними симптомами інших психічних розладів. Для ПТСР характерним був хвилеподібний перебіг з періодичним загостренням симптоматики, а саме: нічних страхів з кошмарними сновидіннями, нав'язливих спогадів про військові дії, дисоціативних флешбеків, підвищення рівня бадьорості та стійкого безсоння, уникання почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючими обставинами, відчуття провини перед вбитими та пораненими. Поширеною серед осіб з ПТСР була депресивна симптоматика. Встановлено, що учасники бойових дій мають досить високі показники гетеро- та аутоагресивної поведінки. Визначені особливості посттравматичних психічних порушень слід враховувати при розробці диференційованих схем лікування учасників бойових дій.

Список літератури:

1. DSM-5 and posttraumatic stress disorder / Andrew P. Levin, Stuart B. Kleinman, John S. Adler // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2014. - Vol. 42 (№2) – P.146-158.
2. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013, available at:

<https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>

3. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013, available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
4. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress, 2010, available at: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
5. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression / Panagioti M., Gooding P.A., Tarrier N. // *Comprehensive Psychiatry*. – 2012. - Vol. 53 – P.915–930.
6. Craig J. Bryan, James E. Griffith, Tracy A. et al. / *Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis// Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015. – Vol. 45. – P. 633–649.
7. Anger Intensification With Combat-Related PTSD and Depression Comorbidity. -Oscar I. Gonzalez, Raymond W. Novaco, Mark A. Reger, Gregory A. Gahm. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.– 2016. – Vol.8.–№1. –P. 9 –16.