

УДК 616.45-001.1/.3:355.257.6:612.6-03

*Н. А. Марута, В. І. Заворотний*  
**ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ  
 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

*Н. О. Марута, В. І. Заворотний***Принципи реабілітації військовослужбовців з різними варіантами посттравматичного стрессового розладу***Nataliya O. Maruta, Vyacheslav I. Zavorotnyy***Principles of rehabilitation of military men with different variants of post-traumatic stress disorder**

Целью данной работы явилась разработка, внедрение и апробация системы комплексной реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Украины (ВСУ) с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

В процессе выполнения работы были обследованы 157 военнослужащих ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины, с различными вариантами ПТСР (51 военнослужащий с дисфорическим вариантом ПТСР, 41 — с тревожным вариантом ПТСР, 37 — с астеническим вариантом ПТСР и 28 — с ипохондрическим вариантом ПТСР), которые составили основную группу обследованных. В качестве контрольной группы исследованы 117 психически здоровых военнослужащих ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины.

Разработанные реабилитационные модули для пациентов с дисфорическим, тревожным, астеническим и ипохондрическим вариантами ПТСР включают мероприятия доврачебной (самопомощь, взаимопомощь, экстренная психологическая помощь) и медицинской помощи (фармакотерапия, психотерапия, психообразование и социально-психологическое сопровождение).

Внедрение полученных данных свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода в реабилитации военнослужащих с ПТСР и об эффективности комплексной системы реабилитации, разработанной с учетом гетерогенности клинических вариантов данной патологии.

**Ключевые слова:** военнослужащие, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, дисфорический, астенический, тревожный, ипохондрический варианты ПТСР, реабилитация

Психологические и психопатологические последствия вооруженных конфликтов и террористических актов проявляются широким спектром дезадаптивных реакций и болезненных состояний, формирование которых определяется многочисленными факторами [1, 2, 4, 6, 12, 17, 18]. К наиболее сложным в медицинском и социальном плане последствиям относится посттравматическое расстройство (ПТСР), которое согласно крупномасштабным эпидемиологическим исследованиям, развивается у 10—15 % лиц, подвергшихся травматическим воздействиям (среди военнослужащих этот показатель также составляет 15 %) [5, 7—10, 14, 15, 19, 20].

В проведенных исследованиях показано, что ПТСР является клинически неоднородной патологией, что и обуславливает необходимость выработки дифферен-

Метою цієї роботи є розроблення, впровадження та апробация системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) з різними варіантами посттравматичного стрессового розладу (ПТСР).

В процесі виконання роботи були обстежені 157 військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в бойових діях на Сході України, з різними варіантами ПТСР (51 військовослужбовець з дисфоричним варіантом ПТСР, 41 — з тривожним варіантом ПТСР, 37 — з астеничним варіантом ПТСР і 28 — з іпохондричним варіантом ПТСР), які склали основну групу обстежуваних. Як контрольна група досліджені 117 психічно здорових військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в бойових діях на Сході України.

Розроблені реабілітаційні модулі для пацієнтів з дисфоричним, тривожним, астеничним і іпохондричним варіантами ПТСР включають заходи долікарської (самодопомога, взаємодопомога, екстрена психологічна допомога) та медичної допомоги (фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта і соціально-психологічний супровід).

Впровадження отриманих даних свідчить про необхідність диференційованого підходу в реабілітації військовослужбовців з ПТСР й ефективність комплексної системи реабілітації, розробленої з урахуванням гетерогенності клінічних варіантів цієї патології.

**Ключові слова:** військовослужбовці, посттравматичний стрессовий розлад, реабілітація, дисфоричний, астеничний, тривожний, іпохондричний варіанти ПТСР, реабілітація

цированных подходов к реабилитации таких пациентов [3, 8, 11, 13, 16, 17].

Целью данной работы явилась разработка, внедрение и апробация системы комплексной реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Украины (ВСУ) с различными вариантами ПТСР.

Для реализации поставленной цели в работе был использован комплекс клинико-психопатологических, психометрических, психодиагностических и статистических методов исследования.

В процессе выполнения работы были обследованы 157 военнослужащих ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины, с различными вариантами ПТСР (51 военнослужащий с дисфорическим вариантом ПТСР, 41 — с тревожным вариантом ПТСР, 37 — с астеническим вариантом ПТСР и 28 — с ипохондрическим вариантом ПТСР), которые составили

The aim of this work was to develop, implement, and approbate the system of integrated rehabilitation for servicemen of the Armed Forces of Ukraine (AFU) with different variants of post-traumatic stress disorder (PTSD).

In the study, it was performed an examination of 157 servicemen, who had participated in military operations in Eastern of Ukraine, with different PTSD variants (51 persons with a dysphoric variant of PTSD, 41 with an anxious variant of PTSD, 37 with an asthenic variant of PTSD, and 28 with a hypochondriac version PTSD). These persons constituted the main group of the surveyed. As a control group were examined 117 mentally healthy servicemen of AFU, who had participated in military operations in Eastern Ukraine.

The developed rehabilitative modules for patients with dysphoric, anxious, asthenic and hypochondriacal variants of PTSD include measures of pre-medical (self-aid, mutual assistance, emergency psychological aid) and medical care (pharmacotherapy, psychotherapy, psycho-education, and socio-psychological support).

The data obtained evidenced a necessity of a differentiated approach to the rehabilitation of military men with PTSD, as well as an efficacy of the integrated rehabilitation system, which was worked out taking into account the heterogeneity of the clinical variants of this pathology.

**Keywords:** military men, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, dysphoric, asthenic, anxious, hypochondriacal variants of PTSD, rehabilitation

основную группу обследованных. В качестве контрольной группы в исследовании участвовали 117 психически здоровых военнослужащих ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины.

С учетом полученных в настоящем исследовании данных о риск-факторах и психопатологических особенностях различных вариантов ПТСР, патопсихологических и социально-психологических особенностях, выявленных у военнослужащих с этими вариантами ПТСР, была разработана и апробирована программа комплексной дифференцированной реабилитации военнослужащих с ПТСР.

В основу этой программы легли следующие принципы:

- своевременность реабилитационных мероприятий;
- комплексность воздействия;
- дифференцированность воздействия;
- этапность воздействия;

— преемственность реабилитационных мероприятий.

В качестве реабилитационных мишеней для пациентов со всеми вариантами ПТСР использовали клинические признаки, акцентуации характера, факторы социально-психологической дезадаптации (СПД) и особенности актуальных психогений.

Разработанные реабилитационные модули для пациентов с дисфорическим, тревожным, астеническим и ипохондрическим вариантами ПТСР включают мероприятия доврачебной (самопомощь, взаимопомощь, экстренная психологическая помощь) и медицинской помощи (фармакотерапия, психотерапия, психообразование и социально-психологическое сопровождение).

Реабилитационный модуль для военнослужащих с дисфорическим вариантом ПТСР представлен в таблице 1.

Таблица 1. Программа реабилитации военнослужащих с дисфорическим вариантом посттравматического стрессового расстройства

Реабилитационная «мишень»	Средства реабилитации	Ожидаемые результаты
<p><b>Клинические признаки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• прогредиентный тип течения ПТСР со средне-высоким уровнем дистресса;</li> <li>• депрессивный эпизод легкой степени;</li> <li>• выраженная физиологическая возбудимость с враждебностью, раздражением, яростью, гневом, настороженностью, сверхбдительностью и выраженной физиологической реактивностью;</li> <li>• нарушения концентрации внимания.</li> </ul> <p><b>Акцентуации характера:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• аффективно-ригидная;</li> <li>• возбудимая.</li> </ul> <p><b>Факторы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие брачных (семейных) отношений;</li> <li>• неувлеченность:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— положением (статусом) в обществе, материальным состоянием, жилищно-бытовыми условиями;</li> <li>— обстановкой в обществе и государстве;</li> <li>— работой до службы в ВСУ;</li> <li>— социоэмоциональной поддержкой;</li> <li>— общественной и служебной поддержкой.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Механизмы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «доминирование»;</li> <li>• «непринятие других».</li> </ul> <p><b>Поведение в кризисных ситуациях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• эмоционально-ориентированное.</li> </ul> <p><b>Актуальные психогении:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• гибель, ранения сослуживцев и друзей, пропавшие без вести военнослужащие;</li> <li>• наблюдение убийств и ранений в ходе боевых действий;</li> <li>• перспектива утраты военной службы из-за болезни</li> </ul>	<p><b>Самопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дыхательная гимнастика (упражнения с глубоким дыханием), прогрессирующая мышечная релаксация с достижением эффектов успокоения, обновления, активации.</li> </ul> <p><b>Взаимопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечение базовых потребностей (еда, вода, безопасность)</li> <li>• доступ к информации.</li> </ul> <p><b>Экстренная психологическая помощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Взаимодействие с медицинской службой;</li> <li>• Оценка потребностей и проблем;</li> <li>• Установление контакта;</li> <li>• Эмоциональная стабилизация.</li> </ul> <p><b>Медицинская помощь:</b></p> <p><b>Фармакотерапия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антидепрессанты: сертралин (до 100 мг/сут), или флувоксамин (до 50 мг/сут, препарат второго выбора), 4—6 месяцев.</li> <li>• «Малые» нейролептики — хлорпротиксен (25—50 мг/сут) — дополнительная терапия, до 2-х месяцев.</li> <li>• Тимостабилизаторы (карбамазепин 200—400 мг/сут) до 2-х месяцев.</li> </ul> <p><b>Психотерапия и психообразование:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Психообразование (индивидуальное и групповое, длительностью 2—3 месяца).</li> <li>• Травмафокусированная когнитивно-поведенческая терапия (10—12 сеансов).</li> <li>• Проблемно-разрешающая терапия (10 сеансов);</li> <li>• Семейная психотерапия (1—3 месяца);</li> </ul> <p><b>Социально-психологические методы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Социально-педагогические и социально-средовые методы работы (коррекция взаимоотношений в служебном коллективе военнослужащего)</li> </ul>	<p><b>Клинические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. купирование выраженной возбудимости, реактивности, раздражительности и агрессивности, проявлений депрессивного расстройства.</li> <li>2. Восстановление ощущения ценности собственной личности.</li> <li>3. Выработка навыков самоконтроля, совладания с травмой, враждебностью, настороженностью, яростью и сверхбдительностью.</li> <li>4. Восстановление функций концентрации внимания.</li> </ol> <p><b>Личностно-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осознание и коррекция:           <ul style="list-style-type: none"> <li>— основных причин и механизмов формирования возбудимого типа эмоционального реагирования;</li> <li>— ошибочных умозаключений и когнитивных искажений, связанных с особенностями возбудимой и аффективно-ригидной акцентуаций личности.</li> </ul> </li> <li>2. Выработка и закрепление эмоциональной устойчивости к фрустрации жизненно важных потребностей; эффективных коммуникативных и социальных навыков в поведении.</li> <li>3. Формирование эмоционального состояния с ощущением оптимизма, уравновешенности, доверия и безопасности.</li> </ol> <p><b>Социально-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Формирование гармоничных семейных отношений на основе взаимопонимания, взаимопомощи и взаимоподдержки (для военнослужащих, состоящих в браке).</li> <li>2. Коррекция негативного отношения военнослужащего к сложившемуся материальному и социальному положению, экономическим и социально-бытовым условиям жизни, взаимоотношениям с сослуживцами, к сложившейся обстановке в обществе и государстве.</li> <li>3. Воссоздание утраченных и нарушенных общественных связей и отношений военнослужащего или формирование новых связей, устранение различных социально-психологических ограничений.</li> <li>4. Снижение чувства изоляции и формирование чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки.</li> <li>5. Обеспечение социальной поддержки военнослужащего.</li> <li>6. Выработка эффективных путей решения психологических проблем повседневного и экзистенциального уровней в мирных условиях.</li> </ol> <p><b>Социальное функционирование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обучение методам совладания с последствиями боевых психотравм.</li> <li>2. Реориентация отношения военнослужащего к психотравмам боевых условий службы.</li> <li>3. Формирование более адаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования на пережитые психологические травмы боевых условий службы и мирного времени</li> </ol>

Как свидетельствуют данные таблицы 1, мероприятия самопомощи включали дыхательную гимнастику и прогрессивную мышечную релаксацию для достижения эффектов успокоения, обновления, активации. Взаимопомощь была направлена на обеспечение базовых потребностей (еда, вода, безопасность, информация).

Экстренная психологическая помощь проводилась с помощью установления контакта с пострадавшими и предусматривала оценку его потребностей и проблем, эмоциональную стабилизацию состояния и передачу его сотрудникам медицинской службы.

Фармакотерапию для этих пациентов проводили с использованием антидепрессантов, тимостабилизаторов и «малых» нейролептиков.

Антидепрессантам принадлежит ведущая роль в фармакотерапии ПТСР. Препаратами первой линии для пациентов с дисфорическим вариантом ПТСР являются серталин или флувоксамин, второй линии — агомелатин.

В качестве дополнительной терапии при необходимости применяли «малые» нейролептики (хлорпротиксен) и тимостабилизаторы (карбамазепин). При необходимости применяли транквилизаторы и снотворные средства (срок применения не превышал 10—14 дней).

Психообразование в этой группе пациентов проводили в индивидуальном и групповом варианте. Методы психотерапии реализовали с применением травмафокусированной когнитивно-поведенческой терапии (ТФ КПТ), которая выполняла патогенетическую роль, а также с использованием проблемно-разрешающих техник, семейной психотерапии, метода десенсибилизации и переработки движением глаз.

Социально-психологическая поддержка была направлена на коррекцию взаимоотношений в служебном коллективе военнослужащего.

Реабилитационный модуль для военнослужащих с тревожным вариантом ПТСР представлен в таблице 2.

Таблица 2. Программа реабилитации военнослужащих с тревожным вариантом посттравматического стрессового расстройства

Реабилитационная «мишень»	Средства реабилитации	Ожидаемые результаты
<p><b>Клинические признаки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>стабильный тип течения ПТСР со средне-высоким уровнем психического дистресса;</li> <li>тревожные расстройства в средне-тяжелой степени с фобической тревожностью, вегетативными расстройствами, тревожным настроением и напряжением;</li> <li>депрессивные расстройства легкой степени;</li> <li>выраженные симптомы вторжения с навязчивыми воспоминаниями о событиях, вызывающем дистресс, с переживаниями обстоятельств травматического события, с выраженными флэшбэк-эффектами и снами о травматическом событии.</li> </ul> <p><b>Акцентуации характера:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>тревожная;</li> <li>эмотивная.</li> </ul> <p><b>Факторы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие брачных (семейных) отношений;</li> <li>неудовлетворенность: <ul style="list-style-type: none"> <li>отношениями с супругой (для состоящих в браке), детьми, родителями, друзьями и знакомыми;</li> <li>состоянием психологического благополучия;</li> <li>межличностным взаимодействием.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Механизмы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«непринятие себя»;</li> <li>выраженная «ведомость».</li> </ul> <p><b>Поведение в кризисных ситуациях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>избегание;</li> <li>«отвлечение».</li> </ul> <p><b>Актуальные психогении:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>угроза собственной жизни из-за обстрелов;</li> <li>плохая обеспеченность средствами индивидуальной защиты и оказания первой медицинской помощи;</li> <li>травматические события ментального характера;</li> <li>длительное (свыше 4—6 месяцев) нахождение в зоне обстрела со стороны противника;</li> <li>частое участие (свыше 30—50 раз) в обстреле противника;</li> <li>высокая частота (более 30—50 раз) пережитой опасности быть убитым или раненым, попадания в засаду и т. д.</li> </ul>	<p><b>Самопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Дыхательная гимнастика (упражнения с глубоким дыханием), прогрессирующая мышечная релаксация с достижением эффектов успокоения, обновления, активации.</li> </ul> <p><b>Взаимопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>обеспечение базовых потребностей (еда, вода, безопасность)</li> <li>доступ к информации.</li> </ul> <p><b>Экстренная психологическая помощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Взаимодействие с медицинской службой;</li> <li>Оценка потребностей и проблем;</li> <li>Установление контакта;</li> <li>Эмоциональная стабилизация.</li> </ul> <p><b>Медицинская помощь:</b></p> <p><b>Фармакотерапия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Антидепрессанты: пароксетин (до 40 мг/сут) или эсциталопрам (до 20 мг/сут) 4—6 месяцев. Тразодон в качестве терапии второй линии (75—150 мг/сут), 4—6 месяцев.</li> <li>Нейролептики: хлорпротиксен (до 75—100 мг/сут) или сульпирид (до 200 мг/сут), 1—2 месяца. (дополнительная терапия).</li> <li>Анксиолитики: прегабалин 150—300 мг/сут — 1 месяц (дополнительная терапия)</li> <li>β-блокаторы — пропранолол (до 120 мг/сут), 20 дней.</li> </ul> <p><b>Психотерапия и психообразование:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Психообразование (индивидуальное), 2 месяца.</li> <li>ТФ КПТ (10—12 сеансов);</li> <li>Групповая КПТ (метод экспозиции, техника десенсибилизации и контроля последствий), 4—6 месяцев;</li> <li>Тренинг преодоления тревоги и формирования уверенности в себе (тренировка приостановки и подавления тревожных мыслей, опознание иррациональных мыслей, выработка адекватной модели поведения, направленной на преодоление тревоги), 3—4 месяца.</li> </ul> <p><b>Социально-психологические методы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Социально-педагогические и социально-средовые методы работы (коррекция взаимоотношений в служебном коллективе военнослужащего)</li> </ul>	<p><b>Клинические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Купирование тревожных расстройств и их эквивалентов, навязчивых страхов, воспоминаний и переживаний, связанных с травматическим событием.</li> <li>Нормализация вегетативных функций организма.</li> <li>Коррекция ошибочных умозаключений и когнитивных искажений, связанных с травматическим событием.</li> <li>Аффективная переоценка травматического опыта, уменьшение чувства вины, восстановление ощущения ценности собственной личности.</li> <li>Формирование новых форм когнитивного и поведенческого реагирования, позволяющих пациенту снизить уровень тревоги и избежать развития вторичных страхов.</li> </ol> <p><b>Личностно-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Идентификация когнитивных элементов и физических симптомов формирующегося тревожного состояния.</li> <li>Выработка навыков совладания с тревожностью и эффективного управления психофизиологическим состоянием и эмоциональными реакциями.</li> <li>Формирование новых форм когнитивного и поведенческого реагирования, позволяющих пациенту снизить уровень тревоги и избежать развития вторичных страхов.</li> </ol> <p><b>Социально-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Выработка навыков семейных отношений, связанных с взаимоподдержкой, взаимопомощью и эмпатией.</li> <li>Снижение чувства изоляции и формирование чувства групповой принадлежности, общности целей и психологического комфорта при общении.</li> <li>Обеспечение социальной поддержки военнослужащего, создание поддерживающей атмосферы принятия себя и других.</li> <li>Выработка самостоятельности и эффективных путей решения проблем повседневного и экзистенциального уровней.</li> <li>Воссоздание утраченных и нарушенных общественных связей и отношений военнослужащего или формирование новых связей.</li> </ol> <p><b>Социальное функционирование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Обучение методам совладания с последствиями боевых психотравм.</li> <li>Реориентация отношения военнослужащего к психотравмам боевых условий службы.</li> <li>Формирование более адаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования на психологические травмы боевых условий службы и мирного времени</li> </ol>

Отличительными особенностями этого модуля является применение в качестве препаратов первой линии пароксетина или эсциталопрама, второй линии — тразодона. Дополнительная терапия включала применение хлорпротиксена или сульпирида, а также прегабалина. В данной группе пациентов использовали  $\beta$ -блокаторы.

Психотерапию у военнослужащих с тревожным вариантом ПТСР реализовали с помощью ТФ КПТ (базовый метод), а также дополнительных — групповой КПТ, тренингов тревоги и формирования уверенности в себе.

У военнослужащих с астеническим вариантом ПТСР комплекс реабилитационных мероприятий имел свои особенности (табл. 3).

Таблица 3. Программа реабилитации военнослужащих с астеническим вариантом посттравматического стрессового расстройства

Реабилитационная «мишень»	Средства реабилитации	Ожидаемые результаты
<p><b>Клинические признаки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• регрессирующий тип течения ПТСР со средним уровнем дистресса;</li> <li>• депрессивные расстройства средней степени с депрессивным настроением, явлениями деперсонализации и дереализации, нарушениями сна (трудности с засыпанием), памяти и концентрации внимания, уплощением эмоциональных реакций.</li> </ul> <p><b>Акцентуации характера:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дистимическая;</li> <li>• аффективно-экзальтированная.</li> </ul> <p><b>Факторы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• низкая работоспособность;</li> <li>• безработица (страх потерять работу);</li> <li>• неудовлетворенность: — образом жизни; — личностной реализацией.</li> </ul> <p><b>Механизмы СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «эмоциональный дискомфорт»;</li> <li>• «эскапизм».</li> </ul> <p><b>Поведение в кризисных ситуациях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• эмоционально-ориентированное.</li> </ul> <p><b>Актуальные психогении:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• угроза собственной жизни из-за обстрелов;</li> <li>• гибель сослуживцев и друзей;</li> <li>• недостаточная продолжительность сна (неполноценный отдых)</li> </ul>	<p><b>Самопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дыхательная гимнастика (упражнения с глубоким дыханием), прогрессирующая мышечная релаксация с достижением эффектов успокоения, обновления, активации.</li> </ul> <p><b>Взаимопомощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечение базовых потребностей (еда, вода, безопасность)</li> <li>• доступ к информации</li> </ul> <p><b>Экстренная психологическая помощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка потребностей и проблем;</li> <li>• Установление контакта;</li> <li>• Эмоциональная стабилизация;</li> <li>• Стыковка с медицинской службой.</li> </ul> <p><b>Медицинская помощь:</b></p> <p><b>Фармакотерапия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антидепрессанты: сертралин (до 100 мг/сут) или пароксетин (до 40 мг/сут), 3—4 месяца.</li> <li>• Нормотимики: карбамазепин (200—400 мг/сут) или вальпроат натрия (300—600 мг/сут), 2—3 месяца (дополнительная терапия).</li> <li>• Снотворные: зопиклон (7,5 мг) 10 дней.</li> <li>• Средства, стимулирующие метаболические процессы головного мозга: экстракт листьев гинкго двулопастного, 20—30 дней.</li> </ul> <p><b>Психотерапия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ТФ КПТ — 10 сеансов</li> <li>• Рациональная индивидуальная психотерапия (1 месяц)</li> <li>• Групповая арт-терапия (4 месяца)</li> <li>• Аутогенная тренировка с формулами самовнушения, направленными на самоконтроль эмоций (2—3 месяца).</li> </ul> <p><b>Социально-психологические методы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Социально-педагогические и социально-средовые методы работы, профессиональное обучение (переобучение), рациональное трудоустройство (для военнослужащих, потерявших работу)</li> </ul>	<p><b>Клинические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Купирование астенических, депрессивных расстройств, нормализация сна.</li> <li>2. Выработка и закрепление эмоциональной устойчивости по отношению к психотравмам.</li> <li>3. Формирование навыков и умений адекватного эмоционального и поведенческого реагирования на психотравмы, исключая астено-депрессивные механизмы.</li> </ol> <p><b>Личностно-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осознание и коррекция: — основных причин и механизмов формирования депрессивного типа эмоционального реагирования; — ошибочных умозаключений и когнитивных искажений, связанных с особенностями дистимической и аффективно-экзальтированной акцентуаций личности.</li> <li>2. Выработка и закрепление: — эмоциональной и поведенческой устойчивости к формированию реакций депрессивного и аффективно-экзальтированного спектра; — социальных навыков, связанных с взаимоподдержкой, взаимопомощью, взаимопониманием, самоуважением.</li> </ol> <p><b>Социально-психологические:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Коррекция негативного отношения военнослужащего к сложившемуся образу своей жизни и характеру личностной реализации.</li> <li>2. Реориентация отношения военнослужащего к сложившемуся образу своей жизни и характеру личностной реализации (в случае невозможности их изменения) за счет формирования альтернативных установок, интересов, ценностей и жизненных целей.</li> <li>3. Формирование у военнослужащего чувства общности целей и поддержки со стороны социального окружения.</li> <li>4. Выработка навыков самостоятельного и эффективного решения социально-психологических проблем повседневного и экзистенциального уровней.</li> <li>5. Формирование профессиональной адаптации, реадaptации или реориентации военнослужащего с целью увеличения уровня его удовлетворенности своей профессией и службой.</li> </ol> <p><b>Социальное функционирование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обучение методам совладания с последствиями боевых психотравм.</li> <li>2. Реориентация отношения военнослужащего к психотравмам боевых условий службы.</li> <li>3. Формирование более адаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования на пережитые психологические травмы боевых условий службы</li> </ol>

Фармакотерапию проводили с применением антидепрессантов (сертралин или пароксетин), нормотимиков (карбамазепин или вальпроат натрия в качестве дополнительной терапии), снотворных и средств, улучшающих метаболические процессы головного мозга (экстракт листьев гинкго двулопастного).

Психотерапия включала использование ТФ КПТ в качестве базового метода, рациональной индивидуальной психотерапии, арт-терапии и аутогенной тренировки.

У пациентов с **ипохондрическим вариантом ПТСР** реабилитационный модуль имел свои особенности (табл. 4).

Фармакотерапия в этой группе военнослужащих базировалась на применении антидепрессантов (пароксетин или венлафаксин), анксиолитиков (афобазол или этифоксина гидрохлорид),  $\beta$ -блокаторов (пропранолол). В качестве дополнительной терапии применяли нейролептики (сульпирид).

Психотерапию в данном модуле проводили с помощью травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии, метода десенсибилизации и переработки движением глаз, групповой когнитивно-поведенческой терапии и семейной психотерапии.

Таблиця 4. Програма реабілітації війнослужачих с іпохондричним варіантом ПТСР

Реабілітаційна «мишень»	Средства реабілітації	Очікувані результати
<p><b>Клінічні ознаки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• середньо-високий рівень дистресу;</li> <li>• соматизація психічних розладів;</li> <li>• міжособистісна чутливість;</li> <li>• тривожні розлади середньої ступені з соматичними сенсорними і серцево-судинними симптомами;</li> <li>• депресивні розлади легкої ступені з соматичною тривогою, іпохондричними розладами і «виною вижившого»;</li> <li>• виражені прояви перебільшеного реагування на повсякденні подразники з симптомами уникання подразників, асоціюються з травмою, «блокада» загальної здатності до реагування.</li> </ul> <p><b>Акцентуації характеру:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• педантична;</li> <li>• тривожна.</li> </ul> <p><b>Фактори СПД:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність шлюбних (сімейних) стосунків;</li> <li>• незадоволеність: — змістом служби в бойових умовах, умовами професійної діяльності; — фізичним станом</li> </ul>	<p><b>Самопоміч:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дихальна гімнастика (упражнения з глибоким диханням), прогресуюча м'язова релаксація з досягненням ефектів заспокоєння, оновлення, активації.</li> </ul> <p><b>Взаємодія:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забезпечення базових потреб (їжа, вода, безпека);</li> <li>• доступ до інформації.</li> </ul> <p><b>Екстренна психологічна допомога:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцінка потреб і проблем;</li> <li>• Установлення контакту;</li> <li>• Емоційна стабілізація;</li> <li>• Співпраця з медичною службою.</li> </ul> <p><b>Медична допомога:</b></p> <p><b>Фармакотерапія:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антидепресанти: пароксетин (до 40 мг/сут) або венлафаксин (до 225 мг/сут), 3—4 місяці.</li> <li>• Нейролептики: сульпірид 2,0 в/м щодня, в період 10 днів з наступним переходом на таблетовану форму (до 400 мг/сут) (дополнительная терапия), 1—2 місяці.</li> <li>• <math>\beta</math>-блокатори — пропранолол (до 120 мг/сут), 20 днів.</li> <li>• Анксиолітики: афобазол (10—30 мг/сут), або етифоксина гідрохлорид (до 150 мг/сут), 10—14 днів.</li> </ul> <p><b>Психотерапія:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ТФ КПТ (12 сеансів).</li> <li>• Метод десенсибілізації і переробки рухів очей.</li> <li>• Сімейна психотерапія (10 сеансів).</li> <li>• Групова КПТ (техніки наводнення, десенсибілізації, зміни мислей і переконань, відкриваючих інтервенцій, контролю наслідків), 2—4 місяці.</li> </ul> <p><b>Соціально-психологічні методи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Соціально-педагогічні і соціально-середові методи роботи (корекція взаємостосунків війнослужачих в службовій колективі), професійне навчання (перевиховання), раціональне працевлаштування (для війнослужачих, втрачених роботу)</li> </ul>	<p><b>Клінічні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Зупинення проявів загальної і соматизованої тривоги, іпохондричних страхів, міжособистісної чутливості, перебільшеного реагування на повсякденні подразники і подразники, асоціюються з психотравмою.</li> <li>2. Афективна переоцінка травматичного досвіду, зменшення почуття «вини вижившого», відновлення почуття цінності власної особистості.</li> <li>3. Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнту знизити рівень загальної і соматичної тривоги і уникати розвитку вторинних іпохондричних страхів.</li> </ol> <p><b>Личісно-психологічні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Освідомлення і корекція: — основних причин і механізмів формування іпохондричного типу емоційного реагування; — помилкових умовисловлювань і когнітивних спотворень.</li> <li>2. Ідентифікація когнітивних елементів і фізичних симптомів формуючого тривожного стану.</li> <li>3. Виховання і закріплення емоційної і поведінкової стійкості до формування реакцій тривожного і педантичного спектра.</li> <li>4. Формування нових форм когнітивного реагування, що дозволяють пацієнту знизити рівень іпохондрізації.</li> </ol> <p><b>Соціально-психологічні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Виховання навичок формування гармонічних сімейних стосунків (для війнослужачих, що потребують сімейних стосунків).</li> <li>2. Формування професійної адаптації, реадaptaції або переорієнтації війнослужачого з метою збільшення рівня його задоволеності своєю професією і службою</li> </ol>

В апробації розробленої програми реабілітації брали участь 72 пацієнта з ПТСР, в групу порівняння ввійшли 65 пацієнтів, що отримували курс традиційної реабілітації. Результати порівняння ефективності програми в цих двох групах (табл. 5) свідчать про те, що у пацієнтів, що пройшли реабілітацію з використанням розробленої нами системи, одужання зареєстровано в 70,8 %,

покращення психічного стану — в 20,8 %, відсутності позитивної динаміки — в 8,3 %, погіршення психічного стану у пацієнтів цієї групи не виявлено.

В контрольній групі пацієнтів показники здоров'я були достовірно вищими (47,7 %,  $p < 0,05$ ), а показники відсутності позитивної динаміки психічного стану — достовірно вищими (21,5 %,  $p < 0,01$ ).

Таблиця 5. Оцінка клінічної ефективності реабілітаційних заходів у війнослужачих основної і контрольної груп

Критерії оцінки клінічної ефективності	Основна група		Контрольна група	
	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$
Психічне здоров'я	51	70,8 $\pm$ 8,3*	31	47,7 $\pm$ 4,9*
Покращення психічного стану	15	20,8 $\pm$ 1,2	18	27,7 $\pm$ 2,3
Відсутність позитивної динаміки психічного стану	6	8,3 $\pm$ 1,0	14	21,5 $\pm$ 2,1**
Погіршення психічного стану	0	—	2	3,1 $\pm$ 0,95**

Примітка. Розбіжності статистично достовірні: \* — при  $p < 0,05$ ; \*\* — при  $p < 0,01$

Катамнестические исследования, проведенные в течение двух лет, подтвердили стойкость полученного эффекта.

Таким образом, представленные в статье данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в реабилитации военнослужащих с ПТСР и эффективности комплексной системы реабилитации, разработанной с учетом гетерогенности клинических вариантов данной патологии.

#### Список литературы

1. Бінов О. А. Психологія бойової психічної травми. К.: Талком, 2016. 246 с.
2. Волобуев В. В. Защитные механизмы психики у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с превалированием тревожной и депрессивной симптоматики непсихотического регистра // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 45—52.
3. 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.]. Х.: ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
4. Зелянина А. Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы // Психологические исследования. 2012. Т. 21 (1). С. 3.
5. Идрисов К. А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств на различных этапах длительной чрезвычайной ситуации // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее : сб. материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского», 2016. С. 145.
6. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Эксмо, 2005. 960 с.
7. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції : клінічна настанова / Б. В. Михайлов, В. С. Гічун, О. П. Михайлік, О. М. Зінченко. Харків; Київ, 2015. 46 с.
8. Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция. СПб.: Элби-СПб, 2010. 368 с.
9. Удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України із бойовою психічною травмою : методичні рекомендації / О. В. Друзь, О. Г. Сиропятов, М. Л. Бадюк [та ін.]. К.: «МП Леся», 2015. 52 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». 2016. Доступно за посиланням : [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ptsr.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ptsr.html).
11. Чабан О. С., Франкова И. А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // Нейро News. 2015. № 2 (66). С. 8—18.
12. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care / Bandelow B., Sher L., Bunevicius R. [et al.] // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2012; 16: 77—84.
13. Bastien, D. Pharmacological treatment of combat-induced PTSD : A literature review // British Journal of Nursing. 2010. Vol. 19 (5). P. 22—33.
14. Golub, D. Risk factors and predictors of PTSD in trauma survivors // Abstract of the 20th European Congress of Psychiatry. Prague, 2012. Vol. 27. Suppl. 1. P. 966 / CD.
15. Ipser, J. C., D. J. Stein D. J. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD) // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2012. Vol. 15 (6). P. 825—840.
16. Post-traumatic Stress disorder: Guiding Management with Careful Assessment of Comorbid Mental and Physical Illness / J. D. Richardson, D. McIntosh, M. B. Stein, and J. Sareen // Mood and Anxiety disorders Rounds, 2010, Vol. 1, issue 6. Available online at : [www.moodandanxietyrounds.ca](http://www.moodandanxietyrounds.ca).
17. Погосов А. В., Сочивко Ю. Н. Клинические особенности и социальные последствия хронических посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 5. С. 17—20.
18. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / Robert J. Ursano, Chair Carl Bell, Spencer Eth [et al.]. Copyright 2010, American Psychiatric Association.
19. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental / H. Surveys, R. C. Kessler, S. I Rose [et al.]. // World Psychiatry. 2014. Vol. 13 (3). P. 265-274.
20. Зуйкова А. А., Потемина Т. Е., Ахременко Е. В. Исследование качества жизни при нарушениях длительной адаптации после воздействия боевого стресса и травм // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т. 20, № 3. С. 40—43.

Надійшла до редакції 16.05.2018 р.

**МАРУТА Наталья Александровна**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научно-исследовательской работе Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**ЗАВОРОТНИЙ Вячеслав Иванович**, начальник клиники неврологических болезней, психиатрии и наркологии, ведущий психиатр Военно-медицинского клинического центра Северного региона, г. Харьков, Украина; e-mail: [zavorotnslava@gmail.com](mailto:zavorotnslava@gmail.com)

**MARUTA Nataliya**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**ZAVOROTNYI Vyacheslav**, Chief of the Clinic of Neurological Diseases, Psychiatry and Narcology is a Leading Psychiatrist of Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkov, Ukraine; e-mail: [zavorotnslava@gmail.com](mailto:zavorotnslava@gmail.com)