

УДК 616.89-001:612.176:355.422

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, К.В. Гузенко

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ АТО: КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРАКТИКА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м. Київ, Україна

Мета – дослідити клініко-соціальні особливості посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації в учасників АТО та здійснити аналіз реальної практики психофармакотерапії цих розладів.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 249 бійців АТО, які перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. У ході дослідження використано клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати. Найбільш поширеними (124 пацієнти – 49,8%) виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Виявлено клініко-соціальні й клініко-психопатологічні особливості посттравматичного стресового розладу та розладу адаптації. Проаналізовано психофармакологічний супровід посттравматичних психічних розладів у реальній клінічній практиці.

Висновки. Результати дослідження стануть підґрунтям для розробки диференційованих психофармакотерапевтичних програм і схем лікування посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій з урахуванням структури, клінічної типології й особливостей перебігу та коморбідності цих станів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, учасники АТО, клініко-соціальна характеристика, психофармакотерапія.

Вступ

Наразі в Україні сформувалась складна соціально-політична ситуація, яка пов'язана з продовженням бойових дій в зоні антитерористичної операції (АТО) на сході країни. Через це суттєво збільшується загальна кількість військовослужбовців, зокрема учасників бойових дій. Водночас серед них зростає кількість осіб з посттравматичними психічними розладами, які потребують своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги. Це стає першочерговою проблемою психіатрії сьогодення [1]. Однак дослідження психічних розладів у даній категорії осіб стосуються переважно питань діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3–5], у той час як встановлено, що розлади адаптації (РА) взагалі складають до чверті звернень до психіатрів, а в бойових умовах досягають навіть половини [1]. Наразі остаточно не визначено особливості формування та перебіг, типові клінічні варіанти, методи раннього виявлення та прогноз відносно ПТСР та РА в учасників АТО. Також існує занадто мало досліджень щодо результативності терапії зазначених психічних розладів [2]. Подальше вивчення цих питань є дуже актуальним й важливим задля оптимізації лікувально-діагностичної та соціо-реабілітаційної допомоги даній категорії хворих.

Мета роботи – визначити клініко-соціальні особливості ПТСР та РА в учасників АТО та здійснити аналіз реальної практики їх психофармакотерапії.

Матеріали та методи

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

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження встановлено, що найбільш поширеними (124 пацієнти – 49,8%) у представленій вибірці виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Також усі пацієнти, як особи, що зазнали впливу травмуючих подій, відповідали ще одній рубриці МКХ-10 – «Жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій» (Z65.5). Для проведення подальшого аналізу цих пацієнтів було розподілено за діагнозом на дві основні групи: посттравматичний стресовий розлад (F43.1) та розлади адаптації (F43.2).

Віковий діапазон пацієнтів із ПТСР становив від 21-го до 51-го року. Найчисленнішими були підгрупи 31–35 років – 13 (23,2%), 36–40 – 13 (23,2%) та 41 рік і старше – 14 (25,0%) бійців. Середній вік обстежених цієї

групи склав $35,11 \pm 0,95$ року. На момент встановлення діагнозу РА віковий діапазон пацієнтів даної групи знаходився у межах 19–58 років, більшість із них – 30 (53,6%) – були старше 41 року. Середній вік досліджених цієї групи становив $35,81 \pm 1,16$ року.

Більшість обстежених мали середню спеціальну (62,5% хворих на ПТСР і 66,2% хворих на РА) і вищу (23,2% та 17,6%) освіту. До призову до ЗСУ не працювали лише 7 (12,5%) та 12 (17,6%) досліджених. Водночас постійне місце роботи з достатнім рівнем кваліфікації мали 38 (67,9%) та 13 (19,1%) чоловіків у першій та другій групах. Попередній досвід роботи в силових структурах або служби в ЗСУ мали понад третина бійців – 19 (33,9%) та 26 (38,2%) в групах ПТСР і РА відповідно. За сімейним станом 30 (53,6%) чоловіків першої та 32 (47,1%) другої групи були одруженими, 11 (19,6%) та 21 (30,8%) – розлученими, 15 (26,8%) та 15 (22,1%) – самотніми. Із власною родиною проживали 34 (60,7%) та 31 (45,6%), з батьками – 13 (23,2%) та 16 (23,5%) осіб, інші жили самотійно. Дітей мали 24 (42,9%) та 34 (50,0%) пацієнтів груп ПТСР і РА відповідно.

При дослідженні анамнестичних даних відзначено епізодичне вживання психоактивних речовин у 3 (5,4%) пацієнтів з ПТСР та 15 (22,4%) з РА. Серед них переважало вживання алкоголю – 3 (5,4%) та 13 (19,1%) осіб обох груп відповідно. Усі обстежені проходили протягом одного місяця після мобілізації спеціалізовану військову підготовку у ЗСУ. Але вони зазначили, що це занадто короткий термін, і тому рівень підготовки до участі в бойових діях був недостатнім. Поряд з цим майже усі – 118 (95,2%) бійців – повідомили про відсутність психологічної підготовки та підтримки.

Після переведення до зони АТО усі досліджені в різній мірі відмітили зміни в особистісному психологічному стані. 20 (35,7%) чоловіків з ПТСР та 25 (36,8%) бійців з РА відзначили дуже значні складнощі в адаптації на початку участі у бойових діях, які пов'язували з великим психологічним навантаженням в нових для них обставинах. Усі обстежені вказали, що на різних етапах служби вони відчували розчарування, глобальну небезпеку та безвихідь. При цьому більшість (43 – 76,8%) пацієнтів з ПТСР та лише третина (20 – 29,4%) бійців з РА вказали на «заморожені емоції» безпосередньо протягом бойових дій, коли всі емоції відмежовувались через брак часу та напругу при виконанні завдань.

З метою подолання психологічного навантаження лише 18 (32,1%) бійців з ПТСР та 8 (11,8%) з РА приймали алкоголь, у чому самі зізнались. Проте майже 70,0% з усіх досліджених відмітили відсутність достатнього контролю за вживанням алкоголю своїми товаришами по службі.

Під час знаходження в зоні проведення АТО чоловіки зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0%) бійців групи ПТСР та 35 (51,5%) групи РА, піддавалися фізичному насильству 3 (5,4%) та 15 (22,1%), отримали поранення 45 (75,0%) та 19 (27,9%), пережили загрозу зброєю 29 (51,8%) та 21 (30,9%); стали свідками

загибелі товаришів 54 (96,4%) та 31 (45,6%) особа з ПТСР та РА відповідно.

За результатами дослідження встановлено, що тип психотравмуючої дії, її індивідуальна значущість для постраждалого, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування ПТСР і РА. Виділено деякі фактори ризику, а саме: вік (старше 31 року), додаткові психотравмуючі події у житті за межами АТО, низький соціально-економічний статус. Встановлено, що важкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі в проведенні бойових дій в АТО, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР.

Поява перших ознак порушень адаптації у бійців обох груп склала від одного до 10-ти місяців з моменту перебування у зоні проведення АТО. У пацієнтів з РА найчастіше це відбувалось через 6 місяців (в середньому $6,63 \pm 0,45$). У даній групі відзначалось два періоди з найвищими значеннями за цим показником: 3 – (11 бійців – 16,2%) та 10 місяців (20 – 29,4%). У чоловіків з ПТСР перші прояви розладу виникали через 2–12 місяців, у середньому – $8,68 \pm 0,46$ місяця. У даній групі також можна зазначити два піки появи перших ознак: 4–6 місяців – у 21 (37,5%) та 11–12 місяців – у 26 (46,4%) пацієнтів.

Формування розгорнутої симптоматики відбувалось протягом 1–12 місяців від появи перших ознак розладу. У 22 (39,3%) пацієнтів знадобилось 2–3 місяці для формування ПТСР, для появи розгорнутої симптоматики при РА – 6 місяців (в середньому $4,21 \pm 0,31$ та $3,71 \pm 0,39$ відповідно). Таким чином, можна зазначити, що ПТСР і РА мали хронічний або відстрочений тип перебігу.

Також важливо зазначити, що суттєве погіршення стану при ПТСР спостерігалось протягом першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні додому – 42 (75%) обстежених. Так, додатковим пусковим тригером до загострення психопатологічної симптоматики ставали проблеми з дружинами у 12 (21,4%) бійців, проблеми та складнощі зі здоров'ям близьких, особливо батьків – у 6 (10,7%) та складнощі при працевлаштуванні – у 4 (7,1%) осіб. Натомість пацієнти з РА не відмітили посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Важливо відобразити діагностичний розподіл групи з розладами адаптації: F43.21 – 25 (36,8%), F43.22 – 6 (8,8%), F43.23 – 29 (42,6%), F43.24 – 1 (1,5%), F43.25 – 6 (8,8%) та F43.28 – 1 (1,5%). Встановлено, що найбільш поширеними серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) та розлади адаптації із переважанням інших емоцій (F43.23).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей ПТСР, поряд з хвилеподібним типом перебігу, виявив кілька характерних проявів даної патології, що постійно повторювалися: нав'язливі спогади про військові дії – у 21 (37,5%) пацієнта, нічні страхіття з кошмарними сновидіннями на військову тематику та з картинами пережитого – у 32 (57,1%) обстежених. Дисоціативні флешбеки, або симптоми повторного переживання події, відзначено у 10 (17,9%) обстежених. Наявність істотного

психологічного дистресу у вигляді значної тривоги зазначили 42 (75,0%), напруги – 25 (44,6%), дратівливості – 41 (73,2%) та розгубленості – 10 (17,9%) пацієнтів. Усі обстежені зазнали перезбудження вегетативної нервової системи з підвищенням рівня бадьорості та стійкого безсоння, тривалі і стійкі складнощі при засинанні, поверхневий сон з частими пробудженнями незалежно від тематики сновидінь. 24 (42,9%) пацієнти з ПТСР вказали на зниження апетиту та, навіть, зниження ваги («одяг став свободніший»). Уникнення почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією, зустрічей з бійцями спостерігалось у 15 (26,8%) обстежених. Відчуття провини перед вбитими та пораненими однослужбовцями зафіксовано у 5 (8,9%) пацієнтів. Крім того, у 50 (89,3%) хворих з ПТСР мала місце депресивна симптоматика, відчуття відстороненості та заціпеніння – у 43 (76,8%), надмірні песимістичні роздуми – у 19 (33,9%), плаксивість – у 17 (30,4%) та підвищена втомлюваність – у 13 (23,2%) осіб. Також слід звернути увагу на наявність у них виразного більшого синдрому. Головний біль відмітили 17 (30,4%) пацієнтів, різноманітні соматичні скарги та порушення, що сприймалися лише на суб'єктивному рівні, спостерігались у 13 (23,2%), біль у тілі – у 15 (26,8%) бійців, за винятком болю після поранень. Лише у хворих з ПТСР була зафіксована короткочасна та довготривала поява логоневрозу – 9 (16,1%) пацієнтів.

Розлади адаптації значною мірою визначались індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактору, що в свою чергу впливало на формування більш поліморфної клінічної картини, ніж при ПТСР. Було виокремлено три основні клінічні варіанти РА за характером домінуючої симптоматики: афективні (тривожні, депресивні та змішані), поведінкові (з дисфоріями та/або з дипсоманією) і соматоформні. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і продромальними симптомами інших психічних розладів.

Однією з двох найчастіших скарг при РА були розлади сну (поверхневий, тривожний сон з частими прокиданнями), які відмітив 41 (60,3%) пацієнт. На наявність нестерпного тиснучого або спастичного головного болю вказали 39 (57,4 %) бійців. Слід

зазначити велику поширеність соматичних скарг загального характеру (33 пацієнтів – 48,5%), що можна розглядати як соматизацію тривоги. Серед основних скарг, окрім головного болю, зустрічались відчуття нудоти, нестача повітря на вдиху, кручення у суглобах, біль у шиї та спині, запаморочення, біль у серці та відчуття «ватяних ніг».

Значне відчуття тривоги відзначили 10 (14,7%) пацієнтів, (найчастіше ті, які відповідали діагнозу F43.22). Практично всі бійці вказали на зростаючу конфліктність (63 – 92,6%), а також на неспроможність розслабитись, знервованість та напругу – 61 (89,7%). Це підтверджувалось непосидючістю, метушливістю, активною жестикуляцією та потиранням різних частин обличчя та перебиранням волосся. Надмірну уразливість та відчуття скривденості вказали 62 (91,2%) бійці. Було встановлено анергічні прояви у 42 (61,8%) досліджених,

які включали стійке відчуття змореності, слабкості, розбитості та відчуття «втрати енергії». Виснажливості та втрату сил виявлено у 11 (16,2%) бійців переважно з пролонгованою депресивною реакцією (F43.21). Багатьох із них (22 – 32,4%) у зоні АТО тривожили думки про родини та батьків, відчуття провини перед ними.

Слід зазначити, що після повернення із зони АТО обстежені даної групи (43 – 63,2%) особливо воліли мати додатковий час на реадaptaцію в мирних умовах, що пояснювали змінами в поглядах і особливим значенням грошей, соціального статусу, взаємовідносинами з іншими людьми. Вони також зазначали відчуття невпевненості та песимістичного бачення себе у майбутньому. 17 (30,4%) бійців з ПТСР та лише один (1,5%) з РА мали наміри повернутися до вже звичної для них обстановки в бойову частину якомога швидше.

Суїцидальні висловлювання та наміри було зафіксовано у 14 (20,6%) бійців з РА, у клінічній картині яких превалювала депресивна та тривожно-депресивна симптоматика. Один з пацієнтів з діагнозом F43.22 намагався скоїти суїцид (спроба повіситись на ремні).

Також у одного бійця з РА відзначена гетероагресивна поведінка, що була ситуаційно зумовлена. Водночас 11 (19,6%) пацієнтів із ПТСР висловлювали суїцидальні думки та наміри, гетероагресивні дії мали місце у 13 (23,2%) обстежених, у 4 із них ці дії були спрямовані на членів своєї родини та близьких друзів.

Супутні діагнози соматичного профілю було встановлено 26 (46,4%) пацієнтам з ПТСР та 22 (32,4%) хворим з РА. У групі РА виявилася значна коморбідність із сомато-неврологічною патологією – у 14 (20,6%) пацієнтів з діагнозом F42.23. Найбільш часто зустрічалось поєднання із серцево-судинною (гіпертонічна хвороба) та неврологічною (вертеброгенною) патологією. Також нами виокремлено групу з поєднанням діагнозів ПТСР або РА з посткомоційним синдромом (F07.2) – 5 (8,9%) і 7 (10,3%) пацієнтів відповідно.

Усім дослідженим з ПТСР та РА було надано комплексну психотерапевтичну та психотерапевтичну допомогу, а також проведено психосоціальні реабілітаційні заходи. При здійсненні психотерапевтичних заходів більшу увагу приділяли індивідуальним та груповим заняттям із когнітивно-поведінковою та раціональною терапії, арт-терапії тощо. Також проводились тренінги стійкості до стресу з метою формування навичок протистояти стресовим подіям.

Психотерапевтичне втручання включало застосування антидепресантів (84 призначення – 67,7%), антипсихотиків (37 – 29,8%), анксиолітиків (83 – 66,9%) та тимостабілізаторів (9 – 7,3%). Серед антидепресантів на першому місці за частотою призначень при ПТСР та РА був міансерин (30 мг/добу) – у 13 (23,2%) та 22 (32,4%) випадках відповідно. На другому місці – препарати СІЗС (есциталопрам 10 мг/добу та сертралін 50 мг/добу) – 22 (39,3%) та 13 (19,1 %) призначень при ПТСР та РА. Також використовували венлафаксин, агомелатін, кломіпрамін та міртазапін. Загалом

призначення СИЗС та СИЗСН при ПТСР спостерігалось у 24 (42,9%) випадках, що відповідає вимогам Протоколу щодо надання медичної допомоги пацієнтам цієї групи.

Широко застосовували також анксиолітичну терапію – у 83 (66,9%) досліджених. Так, прегабалін (лірика) було призначено 18 (32,1%) пацієнтам з ПТСР та 11 (16,2%) з РА.

Загалом прегабалін (150 мг/добу) використовували у 29 (23,4%) обстежених не тільки в якості терапії тривожної симптоматики, але й з метою подолання виразного больового синдрому. Серед основних препаратів цієї групи слід зазначити також буспірон/спітомін (10 мг/добу) – 18 (14,5%) призначень та афобазол (30 мг/добу) – 17 (13,7%). Значно менше застосовували такі препарати з анксиолітичною дією, як мебікар (9 – 7,3%), гідазепам (6 – 4,8%), сібазон та феназепам – по 2 (1,6%) призначення.

Терапію антипсихотиками отримували 14 (20,6%) пацієнтів з РА та 23 (41,1%) з ПТСР. З метою впливу, у тому числі, на тривожну симптоматику призначали переважно антипсихотики з додатковою седативною дією – хлорпротиксен (25 мг/добу) – 6 (10,7%) та 7 (10,3%) пацієнтам та кветіапін (10 мг/добу) – 9 (16,1%) і 4 (5,9%) бійцям з ПТСР і РА відповідно. Сульпірид (300 мг/добу) призначали у випадках значної кількості соматичних скарг та схильності хворого до іпохондрії: 6 (10,7%) та 3 (4,4%) пацієнтів з ПТСР та РА. Відмічались поодинокі призначення рісперідону та левопромазіну хворим з ПТСР. Препарати вальпроєвої кислоти (7 – 5,6%) та карбамазепін (2 – 1,6%) призначали не лише в якості стабілізаторів настрою, але й у випадках порушень вегетативної регуляції.

Оцінку важкості стану та його динаміки в процесі терапії проводили з використанням шкали загального клінічного враження (CGI, яка включає субшкали CGI-S – важкість стану, та CGI-I – покращення). Ступінь важкості стану бійців з діагнозом ПТСР за шкалою CGI-S було оцінено від легких розладів – «3 бали» (14 пацієнтів – 15,0%) до важких – «6 балів» (4 – 7,1%). Найбільшою була підгрупа з помірно вираженими

психопатологічними розладами, що відповідає балу «4» – 29 пацієнтів (51,8%). Середній показник цієї групи за шкалою CGI-S становив $4,05 \pm 0,11$ бала. Виразність психопатологічної симптоматики у пацієнтів з РА була меншою – від легких («3 бали») до виразних розладів («5 балів») та в середньому становила $3,39 \pm 0,07$. Серед усіх РА можна відокремити підгрупу з діагнозом F43.25 із середнім балом $4,17 \pm 0,31$. Протягом стаціонарного лікування у жодного із досліджених не було погіршення стану, але у двох пацієнтів (2,9%) не було зафіксовано будь-яких змін у стані. Динаміка показників в обох групах була майже рівною і відповідала значному покращенню – «1 бал». Так, в групі ПТСР середній показник становив $1,88 \pm 0,07$ бала, а в групі РА – $1,78 \pm 0,08$ бала. Найкраща динаміка в процесі терапії спостерігалась у пацієнтів зі змішаною тривожно-депресивною реакцією (F43.22) – $1,5 \pm 0,22$. Найменш позитивною динаміка стану була у досліджуваних зі змішаними порушеннями емоцій та поведінки (F43.25) – $2,34 \pm 0,42$ бала.

Висновки

Таким чином, найбільш поширеними в учасників АТО (124 пацієнти – 49,8%) виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Отримані результати дослідження стануть підґрунтям для розробки диференційованих психофармакотерапевтичних програм і схем лікування посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій з урахуванням структури, клінічної типології й особливостей перебігу та коморбідності цих станів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з аналізом особливостей формування, типів клінічних варіантів і перебігу посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації з метою розробки диференційованих програм психофармакотерапії даних розладів в учасників АТО.

Література

1. *Богомолець О. В.* Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / *О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова* // *Архів психіатрії*. – 2016. – № 2 (85). – С. 11–15.
2. *Пішель В. Я.* Проблемні питання психофармакотерапії посттравматичного стресового розладу / *В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна* // *Архів психіатрії*. – 2016. – № 1 (84). – С. 7–11.
3. *Фоа Э.* Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / *Э. Фоа, Т. Кин, М. Фридман*. – Москва : Когніто-Центр, 2005. – 467 с.
4. *Baker D. G.* Post-traumatic stress disorder: emerging concepts of pharmacotherapy / *D. G. Baker, C. M. Nievergelt, V. B. Risbrough* // *Expert. Opin. Emerg. Drugs*. – 2009. – № 14. – P. 251–272.
5. *Opler L. A.* Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder / *L. A. Opler, M. S. Grennan, M. G. Opler* // *Drugs Today*. – 2006. – № 42. – P. 803–809.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства адаптации у участников АТО: клинико-социальная характеристика и практика психофармакотерапии

В.Я. Пишель, М.Ю. Польшаная, К.В. Гузенко
Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – изучить клинико-социальные особенности посттравматического стрессового расстройства и расстройств адаптации у участников АТО и провести анализ реальной практики психофармакотерапии этих расстройств.

Материалы и методы. Проведено обследование 249 бойцов АТО, находившихся на стационарном лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны. В ходе исследования использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, информационно-аналитический, статистический методы.

Результаты. Наиболее распространенными (124 пациента – 49,8%) оказались расстройства, которые соответствовали диагностической рубрике F43 (МКХ-10) «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Изучены клинико-социальные и клинико-психопатологические особенности посттравматических стрессовых расстройств, и расстройств адаптации. Проанализировано психофармакологическое сопровождение посттравматических психических расстройств в реальной клинической практике.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты станут основой для разработки дифференцированных психофармакотерапевтических программ и схем лечения посттравматических психических расстройств у участников боевых действий с учетом структуры, клинической типологии и особенностей течения и коморбидности этих состояний.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, участники АТО, клинико-социальная характеристика, психофармакотерапия.

Posttraumatic stress disorder and adjustment disorders at participants in the ATO: clinical-social characteristic and practice of psychopharmacotherapy

V.Ya. Pishel, M.Yu. Polyviana, K.V. Guzenko
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study clinical-social features of posttraumatic stress disorder (PTSD) and adjustment disorders (AD) at participants in the ATO and to carry out the analysis of psychopharmacotherapy of these disorders in real clinical practice.

Materials and methods. In the basis of research make results of examination of 249 combatants, who fought in anti-terrorist operation, and were hospitalized in the Ukrainian state medico-social center of military veterans. Methods: clinical-psychopathologic, clinical-anamnestic, psychodiagnostic, informationanalytical, statistical.

Results. It is established that the most prevalence (124 patients – 49,8%) were disorders which corresponds to the diagnostic code F43 (ICD-10) "Reaction to a severe stress, and adjustment disorders". Clinical-social and clinical-psychopathologic features of PTSD and AD are studied. Psychopharmacological maintenance of stress-related psychiatric disorders in real clinical practice is analyzed.

Conclusions. The results received during the research will become a basis for development of the differentiated psychopharmacotherapeutical programs and schemes of treatment for posttraumatic mental disorders at combatants. The structure, clinical typology, features of a course and comorbidity of stress-related psychopathological disorders will be account for these proposes.

Key words: posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, participants of the antiterrorist operation, clinical-social characteristic, psychopharmacotherapy.

Відомості про авторів

Пишель Віталій Ярославович – д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Польшаная Марина Юрївна – к.психол.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Гузенко Катерина Валерївна – к.мед.н., с.н.с. відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.