

УДК 616.831-06:617.51-001.4-084:615.85:355(477.6)

DOI: 10.22141/2224-0713.6.84.2016.83122

МАТЯШ М.М., ХУДЕНКО Л.І.

Київський медичний університет УАНМ, м. Київ, Україна

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

**Резюме.** У результаті комплексного неврологічного, психологічного дослідження та застосування комплексу реабілітаційних заходів із включенням методів групової психотерапії у 108 пацієнтів, які страждали від наслідків перенесеної мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу, відзначена позитивна динаміка показників неврологічного та психологічного статусу. З позиції патогенетичної концепції неврозів виявлено чотири основні групи невротичних розладів (астенічний, тривожно-депресивний, істероформний, фобічний). Зроблено висновок про ефективність використання в комплексі реабілітаційних заходів методів групової психотерапії.

**Ключові слова:** мінно-вибухова закрыта черепно-мозкова травма, посттравматичний стресовий розлад, реабілітація, групова психотерапія.

### Вступ

Особливістю бойових дій сучасної війни є використання противником бойової зброї останнього покоління — мін, гранат, реактивних боєприпасів. У наш час у контузійно-комоційному механізмі дії сучасної мінно-вибухової травми набагато зростає її вражаюча сила. Це пояснюється дією на організм людини небезпечних факторів цієї високоенергетичної зброї, що включають поняття «фугасність» — здатність вибуху вражати навколишнє середовище ударною хвилею та «бризантність» — здатність вибуху дробити навколишнє середовище дією надвисокого тиску вибухових газів. У літературі описані різновиди мінно-вибухової черепно-мозкової травми (МВ ЧМТ): розрізняють тяжку форму МВ ЧМТ із блискавичним перебігом; МВ ЧМТ за типом забою головного мозку; МВ ЧМТ за типом струсу головного мозку. МВ-травма завжди розглядається як складна політравма, тому в клінічній картині пацієнтів можуть бути присутні наслідки як черепно-мозкової травми, так і ураження органів серцево-легеневої системи та черевної порожнини, роздроблення кісткових тканин. У гострому стані пацієнти з такими пораненнями отримують невідкладну допомогу на місці поранення, потім проходять лікування в медичних закладах другого рівня, а потім потрапляють у спеціалізовані військово-медичні центри.

Ми мали можливість лікувати пацієнтів з віддаленими наслідками ЧМТ, які проходили відновне лікування в медико-соціальному центрі для ветеранів війни. Під час нашого дослідження було виявле-

но, що в 78,4 % пацієнтів, які перенесли МВ закрыту черепно-мозкову травму (ЗЧМТ), відсутня фіксація в медичній документації цього факту. Виявилось, що ЧМТ військовими лікарями фіксувалась тільки у випадках, коли це була відкрита ЧМТ або тяжка форма МВ ЧМТ. Це відбулось з огляду на характер бойових дій, через неможливість своєчасного звернення за допомогою після отримання МВ ЧМТ, тому що самостійно складно оцінити тяжкість свого стану, та наявність вже в гострому періоді ЧМТ різних нервово-психічних розладів у результаті бойового стресу, частково через розвиток ускладнення політравмою, з включенням у патологічний травматичний процес багатьох органів і систем, без прицільної уваги медиків при наданні першої медичної допомоги саме до контузійної ЧМТ.

Саме проблему наслідків ЧМТ ряд авторів пов'язують з прогресуючими посттравматичними змінами, що розвиваються відразу після травми, і суть їх полягає в порушенні механізмів саморегуляції метаболізму нервової тканини. Тяжкість і багатогранність клінічних проявів віддалених наслідків ЧМТ дозволили

Адреса для листування з авторами:

Матяш Михайло Миколайович  
Кафедра неврології, психіатрії та рефлексотерапії, Київський медичний університет УАНМ,  
вул. Л. Толстого, 9, м. Київ, 01004, Україна  
E-mail: info@kmu.edu.ua

© Матяш М.М., Худенко Л.І., 2016

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

багатьом авторам надалі трактувати їх як травматичну хворобу головного мозку, або травматичну енцефалопатію. В основі цього поняття лежить енергетична й пластична перебудова мозкових структур за рахунок двох різноспрямованих процесів: дегенеративно-деструктивного й регенеративно-репаративного. Травматична енцефалопатія — це комплекс неврологічних і психічних порушень, характер і ступінь вираженості нервово-психічних розладів при цьому залежать від тяжкості та локалізації травми, від преморбідного психічного статусу, адаптивних можливостей пацієнта, віку потерпілого, ефективності лікування та ін. Комплекс складних патологічних психічних змін — травматична астенія, травматична апатія, психопато-подібні стани (патологічні зміни характеру), афективні розлади, пароксизмальні (епілептиформні) стани (травматична епілепсія), травматичні психози, що виникають у пацієнтів із постратматичною енцефалопатією, становлять важливу проблему, оскільки вони впливають на перебіг патологічного процесу й результати реабілітаційних заходів.

Психотравмуючий ефект бойових дій та складна економічна ситуація в країні — це ті соціально-стресові фактори сучасності, які провокують розлади адаптації й соціально-стресові розлади в населення країни, що посилює гнітючу напруженість та поглиблює депресивність настроїв, призводить до особистісних та міжособистісних конфліктів в учасників АТО. Результатом таких дезадаптивних станів стають психічні розлади особистості, ріст психосоматичних захворювань (щодо яких коморбідні залежність від алкоголю, психоактивних речовин тощо) та виникнення постратматичних стресових розладів (ПТСР). Відповідно до МКХ-10, ПТСР виникає як віддалена й затяжна реакція на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що викликає загальний дистрес у будь-якої особи. ПТСР має дві особливості — це психогенна природа розладу і те, що непереносна звичайною людиною тяжкість психогенії може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій. ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць після перенесеної травматичної події. ПТСР виникає після латентного періоду, що може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка — до декількох років.

Результатом впливу на людину травматичної ситуації є зміни в когнітивній, емоційній, поведінковій сферах психічної діяльності особистості. Згідно із сучасними психологічними дослідженнями особистості в різних, у тому числі травматичних ситуаціях, характеристики, що формують поведінку особи, — це її індивідуально-психологічні особливості, система потреб, мотивів, інтересів, розуміння себе. Тому очікуваним результатом використання нами в комплексному лікуванні пацієнтів з МВ ЧМТ та ПТСР психотерапії є формування нових адаптивних моделей функціонування особистості, з вибудовуванням конструктивних поведінкових патернів. Оскільки в умовах групи здійснюється одночасний вплив на всі основні компоненти

відносин — пізнавальний, емоційний, поведінковий, досягається більш глибока перебудова найважливіших властивостей особистості — мислення, емоцій, волі, саме групова психотерапія в різних варіантах є найбільш доцільним методом реабілітації пацієнтів із МВ ЗЧМТ та ПТСР.

Завдяки лікуванню в психотерапевтичній групі, що має стати безпечним, комфортним, підтримуючим середовищем, досягається відчуття спільності цілей, розуміння власної цінності. Приналежність до групи знижує відчуття ізоляції, сприяє відновленню стосунків й дає можливість збагатити свій життєвий досвід досвідом інших. На відміну від індивідуальної терапії терапевтичні групи через взаємодію учасників групи чинять взаємний психотерапевтичний вплив. Специфіка психотерапевтичної дії групової психотерапії пояснюється терапевтичними факторами групи. I.D. Yalom (1985) виділив основні з них:

- 1) вселення надії;
- 2) універсальність досвіду;
- 3) повідомлення інформації — зворотний зв'язок;
- 4) альтруїзм;
- 5) корегуючий аналіз впливу батьківської сім'ї;
- 6) сприяння розвитку соціалізуючих навичок;
- 7) імітаційна поведінка;
- 8) інтерпсональний вплив;
- 9) групова єдність — прийняття;
- 10) катарсис;
- 11) екзистенційні фактори.

**Мета дослідження:** аналіз виникнення невротичних розладів у пацієнтів із МВ ЗЧМТ та ПТСР з позиції патогенетичної концепції неврозів; вивчення динаміки неврологічних та психологічних особливостей у пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР під впливом комплексних реабілітаційних заходів із використанням методів групової психотерапії.

## Матеріали та методи дослідження

На базі центру функціональної неврології Київської обласної клінічної лікарні, Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни для обстеження й проведення лікування нами було відібрано 108 пацієнтів — учасників бойових дій з МВ ЗЧМТ та ПТСР (102 чоловіки та 2 жінки) віком від 20 до 42 років.

До та після лікування всім пацієнтам проводили клініко-неврологічне дослідження й психологічне тестування. Психологічне тестування включало: оцінку особливостей особистості за допомогою методики багатостороннього дослідження особистості (МБДО), що є адаптованим та рестандартизованим варіантом Міннесотського багатофазного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory/ММРІ) у модифікації Ф.Б. Березіна і співавт. (1976); за додатковою шкалою PTSD ММРІ; дослідження рис характеру за допомогою опитувальника акцентуації характеру Леонгарда — Шмішека; аналіз емоційного стану на основі тесту Люшера; застосування клінічної шкали тривоги та депресії; шкали

реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна; шкали депресії Бека; методу структурованого клінічного інтерв'ю; шкали для клінічної діагностики ПТСР; шкали оцінки тяжкості впливу травмуючої події; опитувальника якості життя; опитувальника для вивчення копінг-стратегій (Е. Хайма).

## Результати та їх обговорення

Відповідно до психології відносин, на якій ґрунтується патогенетична концепція неврозів В.М. Мясіщева, невротичний конфлікт й порушення значимих відносин особистості є однією з головних причин виникнення неврозу. Згідно з цією теорією виділяють три типи невротичних конфліктів: неврастенічний, істеричний, обсесивно-психастенічний (рис. 1). При цьому не обов'язковим є прямий взаємозв'язок з характерологічним типом особистості й типом невротичного конфлікту.

У результаті проведеного психологічного дослідження пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР виявлені основні невротичні розлади: астенічний симптомокомплекс — у 42 пацієнтів (38,9 %); тривожно-фобічний — у 29 пацієнтів (26,7 %); істероформний — у 11 пацієнтів (10,3 %); депресивний — у 26 пацієнтів (24,1 %) (табл. 1).

Наслідком впливу на особистість МВ ЗЧМТ та ПТСР, як двох коморбідних патологічних процесів, є формування процесів адаптації-деадаптації, це призводить до патологічних змін в психологічному й соматичному стані пацієнтів, що має значення при прийнятті рішень щодо вибору тактичних напрямків, призначенні діагностичних та терапевтичних дій для реабілітації учасників АТО. Тому нами був обраний комплексний підхід до лікування пацієнтів, що сприяє

зростанню ролі й підвищенню ефективності психотерапевтичного впливу. При призначенні медикаментозного лікування, з огляду на наявність різноманітної супутньої соматичної патології, різноманітність змін, проявів і перебігу МВ ЗЧМТ та ПТСР, пацієнтам була проведена комплексна терапія лікарськими засобами (ноотропи, судинні препарати, знеболювальні, вентоніки, полівітаміни з мікроелементами). У ряді випадків у зв'язку з больовим синдромом призначались знеболюючі, також при необхідності застосовували протитривожні, снодійні препарати та антидепресанти. У зв'язку з частою алкогольною залежністю учасників бойових дій знадобилась медикаментозна корекція станів, обтяжених вживанням алкогольних напоїв. Також в лікуванні була використана рефлексотерапія (класична акупунктура, аурикулотерапія, електроакупунктура).

Під дією патологічних змін, що відбуваються в соматичному та психологічному стані пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР, змінюються життєві пріоритети та цінності особистості, виникають порушення в комплексі значимих особистісних та міжособистісних відносин та здатності свідомості оцінювати об'єктивні умови дійсності. Відслідковуються патологічні психологічні механізми невротичних порушень, тому виникає необхідність їх корекції психотерапевтичними методами. Нами була розроблена програма надання психологічної допомоги у вигляді групової психотерапії, що складалась з етапів, загальноприйнятих для психотерапії груп:

- психодіагностики;
- психологічної просвіти, що проводилась з метою інформування пацієнтів, для усвідомленої, вмотивованої участі та прийняття психологічної допомоги;
- психокорекції.

Таблиця 1. Розподіл хворих за основним синдромом, n (%)

Усього	Астенічний синдром	Тривожно-фобічний синдром	Істероформний синдром	Депресивний синдром
108 (100)	42 (38,9)	29 (26,7)	11 (10,3)	26 (24,1)

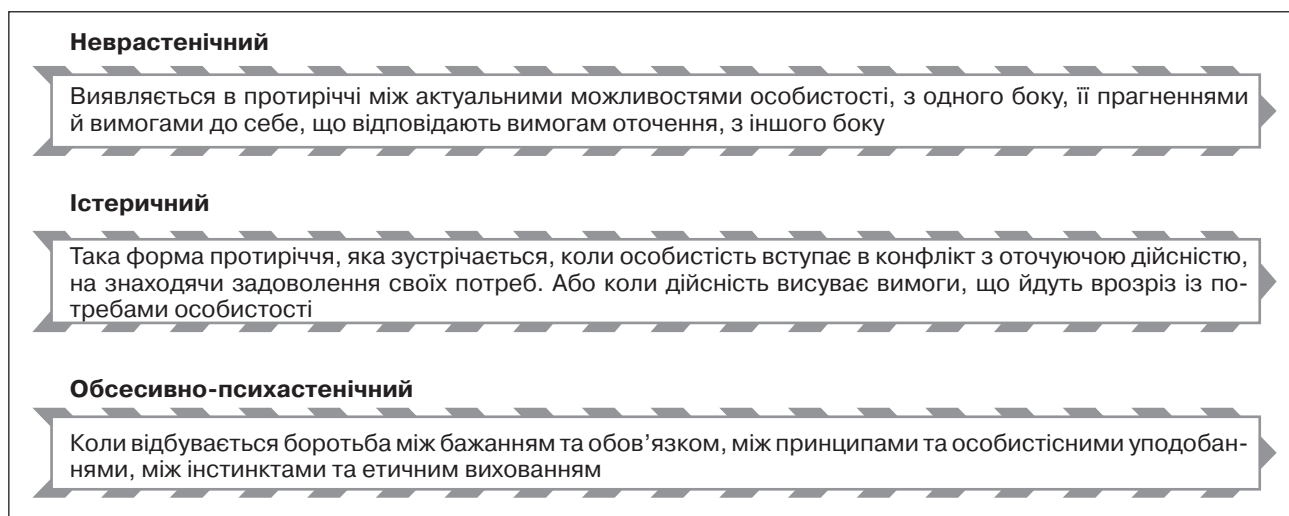


Рисунок 1. Типи невротичних конфліктів

За головною метою психотерапевтичної роботи це були лікувальні психотерапевтичні групи, за чисельністю — малі групи, від 8 до 12 учасників лікувального процесу. Психотерапевтична дія використаного нами групового методу була спрямована: на домінуючі емоційні стани, неконструктивні думки, що негативно впливали на адаптаційні можливості особистості. Більш довготривалими були такі цілі: зміни світогляду, налагодження міжособистісних стосунків, саморозвиток особистості та духовного потенціалу учасників групи. Мішенню впливу психотерапії на відміну від біологічних методів лікування є особистість пацієнта, тому при груповому методі психотерапії станів пацієнтів із МВ ЗЧМТ та ПТСР для найбільш ефективного психотерапевтичного впливу ми враховували індивідуальність конституційних, характерологічних, ментальних особистісних відмінностей пацієнтів. Групова психотерапія хоч і була використана як основний метод лікування, але комбінувалася з індивідуальною та сімейною психотерапією.

Аналізуючи літературні джерела та досвід психотерапевтичної роботи колег-психотерапевтів, можемо відмітити, що в роботі з групою користуються різноманітними методами емоційно-когнітивної, екзистенційної, аналітичної, раціональної, біхевіоральної, системної, сугестивної психотерапії. При цьому слід відмітити, що цілі та задачі групової психотерапії, зміст терапевтичного процесу, комбінація методик, тактика психотерапевта відрізняються й обумовлюються теоретичним підґрунтям різних напрямків. А це різне трактування психологічних механізмів невротичних порушень та психологічних тактик їх корекції. Спільними є: мета — це усунення патологічної симптоматики на психічному, неврологічному та соматосистемних рівнях; терапевтичні ресурси групи, що базуються на міжперсональних та групових якостях; способи, за допомогою яких пацієнт отримує допомогу під час групової психотерапії, — це якості конкретної терапевтичної групи, індивідуальні соціальні потреби пацієнта, ресурси за межами терапевтичної групи, власні особистісні ресурси.

У психотерапевтичній роботі з групою нами був використаний метод включеного спостереження — це якісний метод дослідження, де терапевт, як дослідник, може виступати у двох ролях:

- учасник як спостерігач (англ. insider);
- спостерігач як учасник (англ. neutral outsider).

Метод має форму польових досліджень, тобто на відміну від лабораторного експерименту відбувається в реальних умовах, і потребує особистої участі терапевта в групових процесах під час терапії. Метод дає можливість кращої взаємодії терапевта з групою для дослідження процесів адаптації пацієнтів у кризових та стресових ситуаціях і розвитку комунікативних ресурсів для навиків ефективної взаємодії із соціумом. Вивчалась можливість пацієнта задіяти власні комунікативні допінг-ресурси та проводилось тренування навичок володіння механізмами вибудовування копінг-стратегій для відреагування на дію стресорів. Ко-

пінг-ресурси (від англ. coping — справлятися) являють собою відносно стабільні особистісні характеристики, у процесі життєдіяльності вони мають властивість удосконалюватись або регресувати.

За даними літератури, за функціональною спрямованістю адаптивні стратегії поділяють: на проблемно-орієнтовані, з фокусом на когніції, направлені на розв'язання проблеми, та суб'єктивно-орієнтовані, з фокусом на емоції, направлені на ставлення до ситуації. Дослідження виявило, що такий поділ із чітким виокремленням є більш теоретичним. Стрес переживається із задіянням усіх сфер психічної діяльності особистості, тому найуспішнішою тактикою є гармонійна комбінація емоційного, когнітивного й поведінкового копінгу.

Також у роботі з групою були задіяні психотехніки, що стимулюють використання позитивних ресурсів: використання метафор, притч як психолінгвістичних прийомів, що дозволяють усвідомити проблему під новим кутом, зберігаючи екологічність відносин в групі, та сприяють активації власних ресурсів пацієнтів в вирішенні проблем. З огляду на те, що когнітивні процеси ініціюють емоційні, а емоції впливають на сприйняття та осмислення інформації, результатом чого є діяльність особистості, для врегулювання стану емоційної та когнітивної сфер психічної діяльності групова психотерапія проводилася із використанням основних методів емоційної, раціональної, когнітивної, поведінкової, аналітичної терапії та допоміжних методів: позитивної, тілесно-орієнтованої, сугестивної (еріксонівський гіпноз), сімейної психотерапії, нейролінгвістичного програмування, арт-терапії (табл. 2).

Спонтанний, недирективний спосіб проведення групової роботи дозволив використати якості групової дискусії для психотерапевтичної роботи, основні змістовні моменти якої описані в літературі та використовуються для проведення соціально-психологічних тренінгів: знайомство членів групи, обговорення очікувань, страхів, переживань; перепроживання й обговорення напруження в групі; обговорення виникнення супротиву та агресії до терапевта, їх співвідношення з минулим досвідом; викриття проблем, пов'язаних з самостійністю та відповідальністю, активністю, ставленням до авторитету; формування адекватного ставлення до лікування; створення психотерапевтичних групових норм та культури; домінування інтерактивного стилю спілкування, важливою характеристикою якого є спільне прийняття рішень та їх реалізація; аналіз групової динаміки з висвітленням проблем кожної особистості; обговорення результатів лікування; підбивання висновків.

## Висновки

1. Проведено аналіз виникнення невротичних розладів у пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР з позиції патогенетичної концепції неврозів, що вказує на взаємозв'язок особистісних особливостей пацієнта з негативними змінами в системі відносин пацієнтів та їх взаємозв'язок із захворюванням. Зроблено висновок, що в основі цих

Таблиця 2. Психотерапевтичні методи й техніки, використані в груповій, індивідуальній та сімейній психотерапії у пацієнтів із ЗЧМТ та ПТСР

Метод психотерапії	Цілі психотерапевтичного методу	Механізми дії методу	Використані техніки
1	2	3	4
Когнітивна психотерапія	Усвідомлення зв'язку між емоціями, когніціями та думками. Контроль ірраціональних думок, виявлення дисфункціональних автоматичних думок та заміна їх на реалістичні функціональні, виявлення та зміна неконструктивних переконань	Виявлення реалістичних та ірреалістичних (пов'язаних з помилками в когнітивних висновках) думок та заміна їх на більш коректний спосіб осмислення власного досвіду	Формула АВС; доказ того, що думки створюють емоцію; виявлення очікувань; виявлення самоефективності; виявлення Я-концепції; виявлення життєвих орієнтирів; когнітивні карти. Ресинтез минулого; децентрація; декатастрофізація; сократівський діалог для виявлення неадаптованих когнітивних конструктивів
Раціонально-емоційна психотерапія	Відпрацювання тривожної, депресивної, агресивної симптоматики	Через набуття досвіду розпізнання власного емоційного стану, набуття навиків його контролю	Пошук раціональних та ірраціональних когніцій. Раціонально-емотивне уявлення; позитивні сторони травматичного досвіду для переосмислення травми з точки зору розвитку власного досвіду
Поведінкова психотерапія	Вплив на когніції (думки, уявлення, установки) для можливості реконструкції емоцій, мотивацій, цілей. Набуття корективного досвіду шляхом навчання зі змінами в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах існування	Формування й підкріплення здатності до конструктивних дій через навик самоконтролю, підвищення комунікативних компетенцій, виявлення й корекція дезадаптивних стереотипів	Самоінструктування; саморегуляція; комунікативний тренінг; адаптивні навички поведінки в стресових ситуаціях
Транзактний аналіз	Актуалізація «дорослого» в особистості, реконструкція особистості на основі перегляду життєвої позиції, непродуктивних поведінкових стереотипів, формування нової системи цінностей	Через взаємну відповідальність терапевта та пацієнта досягається мета — вихід з неконструктивного сценарію, досягнення автономії, отримання нових «батьківських повідомлень», створення інтегрованого «дорослого»	Визначення моделі Его-стану, модель БДР; визначення транзакцій; структурування часу; життєвий сценарій; рекет-системи; ігри, аналіз ігор; контракти на зміни
Позитивна психотерапія	Зміна точки зору пацієнта на свою проблему, як наслідок — нові ресурсні можливості для додання патології	Через базову здатність до любові, до пізнання — здатності вчитись та вчити	П'ять сходинок: дослідження та дистанціювання; інвентаризація; ситуативне підкріплення; вербалізація; розширення системи цілей
Сугестивна психотерапія (еріксонівський гіпноз)	Дезактуалізація патологічної симптоматики — тривоги, агресії, депресивного настрою	Формування позитивних переконань	Техніка наведення гіпнотичного трансу
Тілесно-орієнтована терапія	Відкрити для усвідомлення й проживання соматичних симптомів психічних травм	Дія на особистість через тілесний досвід. У ділянці контакту виникає зона підвищеної усвідомленої уваги	Дихальні вправи; діагностика блоків; заземлення; центрування; бачення та звучання; відчуття й почуття; спокій розуму
Нейролінгвістичне програмування	Відтворення цілісного взаємозв'язку особистості з її думками, емоціями, поведінкою, обдаруваннями, цінностями, віруваннями, переконаннями	Створення «карти» (оточуючий світ і наші уявлення про нього), яка б відповідала системній природі й екології нас самих й оточуючого світу	Модель SCORE; ТС-БС; фрейм-результат; логічні рівні; рефреймінг; ресурсне місце; лінія часу; генератор нової поведінки; робота з переконаннями
Сімейна психотерапія	Корекція міжособистісних сімейних відносин, відновлення ресурсних можливостей сім'ї	Пошук факторів сімейної дезадаптації, вироблення конструктивних альтернатив сімейного функціонування	Діагностика — сімейний діагноз; навчання методу ефективного слухання; розвиток емпатичних навиків; тренінг навиків конструктивної суперечки

Закінчення табл. 2

1	2	3	4
Арт-терапія	Покращення психічного й фізичного стану пацієнтів через прояв емоцій та когніцій на символічному рівні	Вираз агресивних емоцій у соціально допустимій формі, невербальні форми комунікації сприяють до правдивості їх виражень, можливість інтерпретувати свої творіння, сприяння виникненню відчуття контролю й упорядкуванню, підвищення самоцінності шляхом розкриття прихованих талантів	Лікувально-діагностичні етапи: 1) ігри, танцювальні рухи, малювання, ліплення, робота з піском, глиною — для створення творчого настрою, ослаблення контролю свідомості; 2) розповідь у картинках; малюнок, ліплення, робота з піском у комбінації з музикотерапією; 3) активізація вербальної та невербальної комунікації, робота в малих групах; 4) рефлексивний аналіз

порушень є неконструктивні навички та хибні переконання, які призводять до особистісних та міжособистісних патологічних порушень, з включенням когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів особистості.

2. У результаті проведеного психологічного дослідження 108 пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР виявлені основні невротичні розлади: астенічний симптомокомплекс — у 42 пацієнтів (38,9 %); тривожно-фобічний — у 29 пацієнтів (26,7 %); істероформний — у 11 пацієнтів (10,3 %); депресивний — у 26 пацієнтів (24,1 %).

3. У психотерапевтичній роботі з групою нами був використаний метод включеного спостереження. Вивчалися процеси адаптації пацієнтів у кризових та стресових ситуаціях і рівень розвитку комунікативних ресурсів для навиків ефективної взаємодії із соціумом.

4. Простежено емоційно-когнітивний та поведінковий шлях відреагування на дію стресора: більшість стресорів впливають на особистість через когнітивні процеси (оцінка стресора та вибудовування копінг-стратегій відреагування):

**стрес > негати́вна ефективність > копінг > реакція.**

5. Групову психотерапію в реабілітації пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР доцільно комбінувати з індивідуальною та сімейною психотерапією. Ефект від застосованої нами групової психотерапії в реабілітації пацієнтів з МВ ЗЧМТ та ПТСР базується на задіянні в процесі психотерапевтичної роботи емоційної, когнітивної, вольової сфер психічної діяльності особистості, що й призводить до зміни поведінки пацієнта з реалізацією нового набутого досвіду в майбутніх життєвих ситуаціях.

6. У результаті проведеного комплексного лікування за допомогою групової терапії пацієнти мали можливість через відчуття приналежності до групи як до моделі соціуму отримати досвід досягнення спільних конструктивних цілей; відбулось формування відчуття важливості власного життєвого досвіду з його переосмисленням і формуванням ставлення до нього як до цінного набуття; пацієнти отримали можливість усвідомити свої дезадаптивні поведінкові стратегії та отримали навички використання адаптивних.

## Список літератури

1. Александров А.А. Интегративная психотерапия. — СПб.: Питер, 2009. — 352 с.
2. Антипова О.С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О.С. Антипова // *НейроNews*. — 2013. — № 3. — С. 29-32.
3. Бек Джудит. Когнитивная терапия: Полное руководство: Пер. с англ. — М.: И.Д. Вильямс, 2006. — 400 с.
4. Бріер Дж., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. — 2-ге вид. — Львів: Свічадо, 2015. — 432 с.
5. Божко С.А. Применение нелекарственных методов при лечении психических расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации / С.А. Божко // *Рос. психиатр. журнал*. — 2008. — № 4. — С. 28-34.
6. Воробьева О.В. Роль эмоционального стресса в развитии панического расстройства // *Психические расстройства в общей медицине*. — 2008. — № 4. — С. 48-51.
7. Гальчук О.Я. Психодинамические гипотезы формирования невротических расстройств / О.Я. Гальчук // *Международный медицинский журнал*. — 2008. — Т. 14, № 4. — С. 6-8.
8. Галичева А.С. Подходы к терапевтической коррекции неспихотических депрессивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга / А.С. Галичева // *Укр. вісник психоневрології*. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 170-171.
9. Исурин Г.Л. Групповая личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия: механизмы лечебного действия // *Рос. психотерапевтический журн*. — 2011. — № 1. — С. 15-18.
10. Захарова Н.М. Психотерапия пациентов с реакцией на тяжелый стресс и нарушениями адаптации в условиях стационара / Н.М. Захарова, Д.В. Гапенко // *Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика*. — 2011. — № 2. — С. 60-65.
11. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. — СПб.: Питер, 2006. — 480 с.
12. Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия: Учеб. пособие для вузов / Р. Кочюнас. — М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2010. — 464 с.
13. Козлов В.В. Групповая работа: стратегия и методы исследования: Метод. пособие / В.В. Козлов. — М.: Психотерапия, 2007. — 224 с.
14. Крюкова Т.Л. Методология исследования и адаптация опросника диагностики совладающего (копинг) поведения //

Журнал практического психолога. — М., 2007. — № 3. — С. 82-92.

15. Лэнгле А. *Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности: Сб. ст. / А. Лэнгле.* — М.: Генезис, 2009. — 159 с.

16. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М. *Содраснение головного мозга: тактика лечения и исходы.* — М., 2008.

17. Матяш М.М. *Психотерапевтический аспект реабилитации больных на травматическую энцефалопатию // Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. Шупика.* — 2011. — Вип. 20, кн. 2. — С. 323-328.

18. Ніколаєнко С. *Особенности психологической помощи участникам военных действий при посттравматическом стрессовом расстройстве // Світогляд — філософія — релігія: Зб. наук. праць.* — 2014. — Вип. 7. — С. 51-61.

19. Остапенко А.В. *Клинико-психологические характеристики личности участников локальных войн и их защитно-сознающего поведения: [текст]: Автореф. дис... канд. псих. наук: 19.00.04 // Остапенко Анастасия Викторовна; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.* — СПб., 2007. — 22 с.

20. Помиткіна Л.В. *Психодинамична неконгруентність: діагностика, корекція та консультування: Монографія.* — К.: Книжкове видавництво НАУ, 2007. — 180 с.

21. Закон України «Про внесення змін до Закону «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 15.09.15 № 683-VIII // Електронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист». — Режим доступу: [www.expertsoa.com.ua](http://www.expertsoa.com.ua).

22. Шевчук О.П. *Психолінгвістичні засоби реорганізації травматичної пам'яті особистості: [текст]: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / Шевчук Ольга Петрівна;*

*Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки.* — Луцьк, 2015. — 20 с.

23. Слободянюк І.А. *Психологічна допомога комбатантам: можливості і обмеження центрованого на особистості підходу // Регістри стосунків II: Мат-ли Всеукр. наук.-практ. конф.* — К., 2014. — Т. 2. — С. 80-86.

24. Солсо Р. *Когнитивная психология.* — 6-е изд. — СПб.: Питер., 2006. — 589 с.

25. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. *Справочник практического психолога.* — СПб.: Сова; М.: ЭКСМО, 2005. — 928 с.

26. Тарабрина Н.В. *Психология посттравматического стресса: Теория и практика / Отв. ред. А.Л. Журавлев.* — М.: Институт психологии РАН, 2009. — 304 с.

27. Ткачук Т.А. *Ефективне використання копінг-стратегій як складових копінг-поведінки молоді особистості / Т. Ткачук // Практична психологія та соціальна робота.* — К., 2012. — № 6. — С. 63-67.

28. Титаренко Т.М. *Испытание кризисом. Одиссея преодоления: [моногр.]; 2-е изд.* — М.: Когито-центр, 2010. — 303 с.

29. Ялом И.Я. *Групповая психотерапия: теория и практика / Пер. с англ.* — М.: Апрель Пресс; Издательство Института психотерапии, 2005. — 576 с.

30. Hart J. Jr, Kimbrell T., Fauver P. et al. *Cognitive dysfunctions associated with PTSD: evidence from World War II prisoners of war // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* — 2008. — 20(3). — 309-316.

31. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N. *Sings and symptoms of posttraumatic stress disorder // Arch. Gen. Psychiatry.* — 1980. — 37(1). — 85-92.

32. Holmes E.A., Crace C., Fennel J.V., Williams M.G. *Imagery about suicide in depression — «Flashforward» // J. Behav. Ther. Exper. Psychiatry.* — 2007. — 38(4). — 423-34.

Отримано 01.07.16 ■

Матяш М.М., Худенко Л.И.

Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

**Резюме.** В результате комплексного неврологического, психологического исследования и использования комплекса реабилитационных мероприятий с включением методов групповой психотерапии у 108 пациентов, которые страдали от последствий перенесенной минно-взрывной закрытой черепно-мозговой травмы и посттравматического стрессового расстройства, отмечена позитивная динамика показателей неврологического и психологического статуса. С позиции патогенетической

концепции неврозов выявлены четыре основные группы невротических расстройств (астенический, тревожно-депрессивный, истероформный, фобический). Сделан вывод об эффективности использования в комплексе реабилитационных мероприятий методов групповой психотерапии.

**Ключевые слова:** минно-взрывная закрытая черепно-мозговая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, групповая психотерапия.

Matyash M.M., Khudenko L.I.

Kyiv Medical University of Ukrainian Association of Indigenous Medicine, Kyiv, Ukraine

## STRATEGY FOR PSYCHOTHERAPY TREATMENT OF THE NEUROTIC DISORDERS IN PARTICIPANTS OF MODERN WARFARE

**Summary.** As a result of the integrated neurological, psychological researches and the application of a complex of rehabilitation measures with the inclusion of group psychotherapy techniques in 108 patients, who have suffered the consequences of the mine-blast closed traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder, we have marked a positive dynamics of neurological and psychological status. From the

perspective of pathogenetic concept of neuroses, four main groups of neurotic syndromes (asthenic, anxious-depressive, histeroform, phobic) were revealed. The conclusion was made about the efficiency of the use of group psychotherapy in the complex of rehabilitation measures.

**Key words:** mine-blast closed traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, group psychotherapy.