

УДК 616.891.6-092:616-001

**Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, О. О. Галаченко, В. В. Галаченко, І. Д. Вашкіте**  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**  
**У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ**  
**В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ**

**Б. В. Михайлов, О. И. Сердюк, О. О. Галаченко, В. В. Галаченко, И. Д. Вашките**  
**Особенности течения посттравматического стрессового расстройства**  
**у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации**  
**в санаторно-курортных условиях**

**B. V. Mykhaylov, O. I. Serdiuk, O. O. Galachenko, V. V. Galachenko, I. D. Vashkite**  
**The course of post-traumatic stress disorder among the demobilized members**  
**of the antiterrorist operation, located on rehabilitation in sanatorium conditions**

Приділяється увага історичному екскурсу в питанні виникнення різних розладів психіки та поведінки психогенного походження, зокрема посттравматичного стрессового розладу. Розглядаються питання визначення, етіології і патогенезу, первинної діагностики посттравматичного стрессового розладу у демобілізованих учасників АТО, що перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Виокремлено основні групи (кластери) невротичних, патоперсоналогічних і психопатологічних проявів у даного контингенту хворих. Приділено увагу медико-психологічній реабілітації демобілізованих учасників АТО в санаторно-курортних умовах.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, дезадаптація, демобілізовані учасники АТО, програма медико-психологічної реабілітації, санаторно-курортні умови

Уделяется внимание историческому экскурсу в вопросе возникновения различных расстройств психики и поведения психогенного происхождения, в частности посттравматического стрессового расстройства. Рассматриваются вопросы определения, этиологии и патогенеза, первичной диагностики посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Выделены основные группы (кластеры) невротических, патоперсоналогических и психопатологических проявлений у данного контингента больных. Уделено внимание медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, дезадаптация, демобилизованные участники АТО, программа медико-психологической реабилитации, санаторно-курортные условия

Attention was giving to historical digression on the question of occurrence of various mental disorders and behavior of psychogenic origin, in particular post-traumatic stress disorder. Questions of definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD among the demobilized members of the antiterrorist operation, located on rehabilitation in sanatorium conditions. The basic groups (clusters) of neurotic, patopersonal and psychopathological manifestations in this group of patients were obtaining. Paying attention to medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, disadaptation, demobilized members of the antiterrorist operation, the program of medico-psychological rehabilitation, sanatorium-resort conditions

Глобальні цивілізаційні процеси, які відбуваються наприкінці ХХ століття і початку третього тисячоліття, мають суперечливий характер. Значну роль у цьому відіграють чинники урбанізації. Крім того, соціальний прогрес супроводжується посиленням соціальної напруженості та, як наслідок, рівня конфліктності. При цьому негативний соціальний потенціал накопичується за рахунок подій катастрофічного характеру — соціальних потрясінь, війн і катастроф техногенного походження [9].

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушені міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження.

Найбільш частим з них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70—80-х роках минулого сторіччя, проте розлади, що виникають в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів), описували і діагностували і раніше [4].

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі до-

слідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914—1918). Е. Краепелін (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом [2].

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (Hogowitz, 1980) запропонував виокремити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стресовим розладом.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, що їх спричиняють переживання природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50—60-х років минулого століття [2].

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій.

Спостереження постраждалих із ПТСР дозволили виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, а ніж постраждали, у яких не спостерігався вищезазначений розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильство (або примушування до вступу у статевий зв'язок із кимось з найближчого оточення дитини) корелювало

із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки [4].

Преморбідні особистісні особливості хворих із ПТСР гетерогенні. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку ПТСР, подібні розлади нерідко виникають і в осіб з обсесивним, залежним і навіть шизоїдним типами особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками за опитувальниками для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів ПТСР, аніж люди флегматичнішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важковирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя [4].

Слід зазначити, що в усіх обстежених нами хворих спостерігалась наявність проблем у мікросоціумі, таких, як, наприклад, конфлікти в родині з батьками або дітьми, друзями, колегами по роботі, розлучення тощо.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відігравали такі три групи чинників.

**I. Спадково-конституціональні.** У цій групі необхідно виокремити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи й особистісно-акцентуовані особливості.

**II. Психоемоційні, або психогенні.** Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мали як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відігравали роль психогенії.

**III. Психоорганічні.** Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпрометованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу.

Для чоловіків найбільш частими чинниками була участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

З клінічної точки зору ПТСР належав до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка мала патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації становили безпосередню загрозу для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру — таких як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо).

Саме тому медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, що призвело до її активного відбудовування та поступового обов'язкового залучення постраждалих до частини комплексних реабілітаційних заходів.

Метою цього дослідження було вивчення психоемоційного стану у демобілізованих учасників АТО з ПТСР, які перебували на реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну — однойменну — рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду й описаний як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

У дослідженні взяли участь 80 демобілізованих учасників АТО, які перебували на медико-психологічній реабі-

літації в санаторно-курортних умовах. У ході дослідження основна група з 80 хворих була поділена за Міссісіпською шкалою визначення наявності ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшли 63 хворих з ПТСР ( $126,7 \pm 3,18$ ), та групу втручання 2, до якої увійшли 17 хворих, які не мали ознак ПТСР, але мали скарги на психічний стан ( $74,5 \pm 2,36$ ).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 14 днів загальною тривалістю 40 годин за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами були використані такі шкали суб'єктивної та об'єктивної оцінки: шкала тривоги та депресії М. Гамільтона, шкала депресії А. Бека, шкала діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

Основні психопатологічні феномени ПТСР спостерігалися у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне й яскраве повторне переживання перенесеного «*flash-back*», нічні жахи «*pavor nocturna*»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеня «*anaesthesia dolorosa psychica*».

Нав'язливі спогади при ПТСР розглядалися як симптомокомплекс, що перебуває в причинно-наслідковому зв'язку з конкретним психоемоційним стресом надсильного характеру. Основним клінічним проявом були повторні, мимовільні, суб'єктивно болісні переживання обставин психотравмуючої ситуації.

Демобілізовані бійці багато разів переживали психотравмуючу ситуацію у вигляді важких болісних переживань (ремінісценцій); зазвичай виникали нав'язливі мимовільні спогади — надзвичайно образно яскраві й живі, аж до ейдетичного рівня. Часто формувалися вторинні нав'язливості у вигляді симптомів уникнення обставин, що нагадували їм про перенесену психотравму.

Семіотичний комплекс ПТСР розвивався протягом декількох тижнів або місяців після дії первинного стресора, зазвичай у супроводі симптомів тривоги.

Нічні жахи проявлялися у вигляді безсюжетних, обтяжливо-емоційно забарвлених переживань, як правило, з вираженими соматовегетативними проявами.

На відміну від них, обтяжливі сновидіння бійців мали розгорнений сюжетний характер, як правило, з фабулою, пов'язаною з первинною психотравмуючою ситуацією. Хворі в більшості випадків переживали ці сновидіння як безпосередні учасники подій, що відбуваються.

Тривожний синдром у обстежуваних хворих з ПТСР мав недиференційований, поліморфний характер з найбільш вираженими компонентами фобічного, астенічного характеру, загального емоційного дискомфорту, з тривожною оцінкою майбутніх перспектив.

В цілому треба констатувати, що у бійців з ПТСР у більшості випадків виявлялися інтрапсихічні компоненти тривожного синдрому.

У хворих з ПТСР спостерігалися виражені стани, коли на тлі певної зовнішньої дії, що асоціювалася з первинною психогенією, виникало відчуття повторного переживання наявної психотравмуючої ситуації; при цьому навколишня дійсність набувала суб'єктивних ознак колишньої, пов'язаної з психотравмою.

Ці стани розвивалися на тлі збереженої свідомості і супроводжувалися гострою тривогою, часто з компонентом паніки, страхом, з вираженими соматовегетативними реакціями. При цьому в деяких випадках розвивалося психомоторне збудження або, навпаки, субступорозний стан.

Таким чином, спектр психопатологічних проявів був доволі широкий — від семіотичних комплексів, близьких до панічних атак, до психогенної каталепсії.

Більшість обстежених нами хворих із ПТСР відзначали емоційне притуплення у відносинах з рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

У більшості обстежених облігатними були різні невротичні прояви, які зазвичай розвиваються на тлі відносно тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності в складних умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення тощо).

На тлі вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижувалася працездатність. У деяких випадках у хворих з'являлася метушлива і непродуктивна діяльність з домінуванням стану дезадаптації. Нерідко спостерігалося загострення преморбідних індивідуально-типологічних рис.

Усі невротичні, патоперсонологічні та психопатологічні прояви, що спостерігалися в цих хворих, були поділені на такі групи, або кластери:

- а) з переважанням неспецифічних невротичних, переважно астенічних, порушень;
- б) із загостренням особистісно-типологічних рис;

- в) із формуванням соматизованих еквівалентів;
- г) із загостренням наявних психосоматичних захворювань;
- д) із екзацербациєю існуючих психічних захворювань та психопатологічних станів.

В клініці в усіх хворих на ПТСР загальним було те, що переживання травми ставало головним в житті хворого, змінюючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувався зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

Виразними особливостями вищевказаних невротичних проявів був тимчасовий характер, нестабільність, парціальність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, що змінилася на сприятливу.

Але редукція таких типів реагування, як загострення особистісно-типологічних рис, загострення наявних психосоматичних захворювань та екзацербация наявних психічних захворювань та психопатологічних станів, відбувалася повільніше, ніж невротичних (астенічних та психастенічних) порушень та соматизованих еквівалентів.

У усіх обстежених хворих з ПТСР мало місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих були істотно знижені; спостерігалося також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Хворобливий стан хворих з дезадаптацією характеризувався високим рівнем тривожності (з переважанням астенічних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань щодо свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособистісних комунікацій у поєднанні з підвищеною конфліктністю і дратівливістю з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смісловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості.

Патопсихологічне дослідження дало такі результати (таблиця).

**Середньостатистичні дані психоемоційного стану демобілізованих військовослужбовців**

Показники за шкалами		Основна група дослідження (n = 80)					
		Група втручання 1, n = 63			Група втручання 2, n = 17		
		абс.	%	M ± m	абс.	%	M ± m
Тривога (за шкалою Спілбергера — Ханіна)	реактивна тривога більш ніж 40 балів	63	100,0	46,8 ± 1,04	15	88,2	45,7 ± 1,23
	особистісна тривожність більш ніж 40 балів	57	90,5	44,5 ± 1,12	8	47,1	43,7 ± 1,31
Депресія (за шкалою А. Бека) більш ніж 15 балів		54	85,7	15,1 ± 2,04	11	64,7	17 ± 1,3
Депресія (за шкалою Гамільтона) більш ніж 15 балів		48	76,2	17,7 ± 0,5	6	35,3	13,2 ± 1,3
Тривога (за шкалою Гамільтона) більш ніж 18 балів		59	93,7	20,6 ± 2,3	9	52,9	20,6 ± 2,3

Результати патопсихологічного дослідження показали, що в усіх досліджених хворих був високий рівень реактивної тривоги (група втручання 1 — 100,0 % — 46,8 ± 1,04 бали та група втручання 2 — 88,2 % — 45,7 ± 1,23 бали), як реакція на пережитий стрес, тоді як високий рівень особистісної тривожності превалював у хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною (у 93,7 % — 20,6 ± 2,3 бали), так і суб'єктивною оцінкою (у 90,5 % — 44,5 ± 1,12 бали). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно відчували наявність депресії — у групі втручання 1 — 85,7 % (15,1 ± 2,04 бали) та у групі втручання 2 — 64,7 % (17 ± 1,3 бали), але

за об'єктивними даними у 76,2 % хворих на ПТСР рівень депресії був вищим (17,7 ± 0,5 бали).

На другому етапі була проведена медико-психологічна реабілітація для демобілізованих учасників АТО, яку здійснювали за ступеневим принципом:

1. Перший ступінь — заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики — сімейної медицини).
2. Другий ступінь (за потребою) — амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії).
3. Третій ступінь (за потребою) — реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.



4. Четвертий ступінь (за потребою) — центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниці».

Змістовною частиною цієї системи була Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, яка розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація — як комплекс заходів, які спрямовані на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

Для вирішення основних завдань медико-психологічної реабілітації були оптимально використовувані різні чинники, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруження адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів, а саме:

1. Принцип максимальної синергічної співпраці: лікар — пацієнт — терапевтичний комплекс.

2. Багаторівневий характер саногенних заходів.

3. Сполучений характер біологічних і психологічно орієнтованих впливів.

4. Послідовність і етапність проведення заходів.

5. Комплексний підхід для вирішення клінічних завдань, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.

6. Принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних чинників.

Тривалість програми — від 12 до 21 доби.

**Програму реалізували за 3 етапами:**

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту — комплаєнса).

Тривалість — 2—3 доби.

Проводили:

- структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря;
- психодіагностична сесія з фахівцем психологом;
- визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;

— узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

— початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2) Основний (реабілітаційний).

Тривалість — 14—18 днів.

Проводили:

- індивідуальна психотерапія (4 сесії);
- групова психотерапія (10 — 12 сесій);
- релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

— фізіотерапевтичні методи, лікувальна-фізкультура, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);

— медикаментозна терапія (за показаннями).

3) Супортивний (завершальний/підтримуючий).

Тривалість — 2—3 доби.

Проводили:

- індивідуальна психотерапія (2—3 сесії);

— релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

— завершення всіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох групах досліджених у хворих стабілізувався емоційний стан за рахунок вироблення навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалась стабілізація сну, зниження дратівливості, покращання апетиту. Знизився рівень реактивної тривоги ( $34,7 \pm 1,82$  бали). За суб'єктивною ( $11,2 \pm 0,8$  бали) та об'єктивною ( $15,7 \pm 1,1$  бали) оцінкою спостерігалась стабілізація депресивного розладу. Хворі відмічали зниження частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ( $p < 0,05$ ).

#### Список літератури

1. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / [Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір]; МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. — Х., 2014. — 18 с.

2. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. — 2015. — № 6 (76). — С. 59—71.

3. Лікування та реабілітація комбатантів-мироотворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиролятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. — К.: О. Т. Ростунов, 2012. — 76 с.

4. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма: рук-во для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.

5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.

6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.]; МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. — Х., 2014. — 30 с.

7. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). — Київ; Харків, 2015. — 72 с.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

9. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Вид. 2-е, перероблене та доповнене. — Х.: ХМАПО, 2014. — 285 с.

10. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / [Lanius R. A., Vermetten E., Loewenstein R. J. et al.] // American Journal of Psychiatry. — 2010. — Vol. 167. — P. 640—647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168

11. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / [Jonas D. E., Cusack K., Forneris C. A. et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. — 2013. — Vol. 92.

Надійшла до редакції 24.03.2016 р.

**МИХАЙЛОВ Борис Володимирович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, м. Харків; e-mail: prof\_mykhaylov@mail.ru

**СЕРДЮК Олександр Іванович**, доктор медичних наук, професор, головний лікар (директор) «Клінічний санаторій «Березівські мінеральні води», с. Березівське, Харківська область, завідувач кафедри

соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО МОЗ України, м. Харків; e-mail: berminvodu@mail.ru

**ГАЛАЧЕНКО Олександр Олександрович**, кандидат медичних наук, доцент, заслужений лікар України, головний лікар Клінічного санаторію «Хмільник», м. Хмільник, Вінницька область; e-mail: galachenko@mail.ru

**ГАЛАЧЕНКО Вікторія Віталіївна**, кандидат медичних наук, заступник головного лікаря з оргметодичної роботи Клінічного санаторію «Хмільник», м. Хмільник, Вінницька область; e-mail: galachenko@mail.ru

**ВАШКІТЕ Інна Даріюсівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психотерапії ХМАПО МОЗ України, м. Харків; e-mail: vashkiteinna@yahoo.com

**МΥKHAYLOV Boris**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of psychotherapy of the Kharkiv Medical Academy

of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: prof\_mykhaylov@mail.ru

**SERDIUK Oleksandr**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head Physician of the Clinical sanatorium "Bereziv's'ki Mineral'ni Vody", Bereziv's'ke, Kharkiv region; Head of the Department of the social medicine, management, business and healthcare of the KhMAPE of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: berminvodu@mail.ru

**GALACHENKO Oleksandr**, MD, PhD, Associate Professor, Honorary Doctor of Ukraine, Head Physician of the Clinical sanatorium "Khmilnyk", Khmilnyk, Vinnytsia region; e-mail: galachenko@mail.ru

**GALACHENKO Victoriia**, MD, PhD, Deputy Head Physician of organizational and methodical work of the Clinical sanatorium "Khmilnyk", Khmilnyk, Vinnytsia region; e-mail: galachenko@mail.ru

**VASHKITE Inna**, MD, PhD, assistant of the Department of psychotherapy of the KhMAPE of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: vashkiteinna@yahoo.com