

О. В. Друзь, Е. Г. Гриневиц, І. О. Черненко
**ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
 У УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ**

А. В. Друзь, Е. Г. Гриневиц, І. Черненко
**Психодиагностика посттравматического стрессового расстройства у участников локальных
 боевых действий**

O. Druz, Ye. Hrynevych, I. Chernenko
Psychodiagnostics of the posttraumatic stress disorder in participants of local military operations

В роботі подані результати дослідження сили та кількості взаємозв'язків між показниками клініко-психопатологічного («золотий діагностичний стандарт») та психодіагностичного дослідження у учасників локальних бойових дій (УЛБД) в Україні. На цьому ґрунті розроблений «Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО». Цей протокол містить оптимальну кількість психодіагностичних методик з доведеним достатнім ступенем валідності (результативності щодо діагностики постстресових психічних розладів) та дозволяє провести квантифіковане оцінювання психопатологічної симптоматики в структурі ПТСР, асоційованих з ним порушень психічних сфер у УЛБД; встановити механізми реактивної саморегуляції, специфічні пристосувальні психологічні та поведінкові зміни внаслідок дії численних стресорів, зокрема інтенсивного бойового стресу; медико-соціальні наслідки ПТСР (суїцидальна поведінка, вживання ПАВ, вплив ПТСР на мозкову діяльність, пізнавальні та інтелектуальні функції, неадекватна та дисфункціональна переробка травматичних стресових переживань); психотравмуючі чинники та стресори бойової обстановки. Застосування цього протоколу у медичній практиці дозволить формувати адекватні напрямки та процедури медико-профілактичних та лікувально-реабілітаційних втручань.

Ключові слова: постстресові психічні розлади, посттравматичний стресовий розлад, локальні бойові дії, військово-службовці, психодіагностика, медико-психологічна профілактика, лікувально-реабілітаційні заходи

В работе представлены результаты исследования силы и количества взаимосвязей между показателями клинико-психопатологического («золотой стандарт») и психодиагностического исследования у участников локальных боевых действий (УЛБД) в Украине. На этой основе разработан «Протокол квантифицированной, психодиагностической, психометрической оценки ПТСР и ассоциированных с ним состояний у участников АТО». Он включает оптимальное количество психодиагностических методик с доказанной достаточной степенью валидности (результативность диагностики постстрессовых психических расстройств) и позволяет провести квантифицированную оценку психопатологической симптоматики в структуре ПТСР и ассоциированных с ним нарушений психических сфер у УЛБД; установить механизмы реактивной саморегуляции, специфические приспособительные психологические и поведенческие изменения в результате действия многочисленных стрессоров, в т. ч. интенсивного боевого стресса; медико-социальные последствия ПТСР (суицидальное поведение, употребление ПАВ, влияние ПТСР на мозговую деятельность, познавательные и интеллектуальные функции, неадекватная и дисфункциональная переработка травматических стрессовых переживаний); психотравмирующие факторы и стрессоры боевой обстановки. Использование данного протокола в медицинской практике позволит формировать адекватные направления и процедуры медико-профилактических и лечебно-реабилитационных вмешательств.

Ключевые слова: постстрессовые психические расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, локальные боевые действия, военнослужащие, психодиагностика, медико-психологическая профилактика, лечебно-реабилитационные мероприятия

The article provide the results of research the relationship's force and number between indicators of clinical-psychopathological ("gold standard") and psychodiagnostic survey the participants of local military operations (PLMO) in Ukraine. On this basis the "Protocol quantified, psychodiagnostic, psychometric assessment of PTSD and its associated states of the participants ATO", were developed. This protocol contains the optimal amount of psycho-diagnostic techniques with proven sufficient degree of validity (effectiveness the diagnosis of stress mental disorders) and allows to give the quantifier assessment of psychopathology in the structure of PTSD and mental disorders, associated with it among PLMO; establish mechanisms of self-reactive specific adaptive psychological and behavioral changes as a result of multiple stressors, including intense combat stress; medical and social consequences of PTSD (suicidal behavior, substance use, the impact of PTSD on the brain function, cognitive and intellectual functions, inadequate and dysfunctional processing of stressful traumatic experiences); combat situation stressful factors and stressors. Application of this protocol will help shape the direction of adequate medical, preventive, therapeutic interventions and rehabilitation procedures.

Key words: poststress mental disorders, posttraumatic stress disorder, local war, military personnel, psychodiagnostic, psychoprophylaxis, treatment, rehabilitation

У теперішній час проблема постстресових психічних розладів (ППР), що їх спричинив вплив суспільно небезпечних подій (СНП), як-от перманентні локальні війни, масові громадські заворушення, екологічні й техногенні катастрофи постає одним з першочергових питань сьогоденної психіатрії. Джерела наукової інформації вже зараз містять у собі величезний шар результатів епідеміологічних, етіологічних, патогенетично-центрованих, клінічно-спрямованих досліджень, що стосуються питань впливу різноманітних соціально-асоційованих стресорів на виникнення та перебіг ППР. Разом з тим, ці дослідження проводилися, до останнього часу, переважно поза межами України і мали, у зв'язку з відсутністю

чіткої термінології й діагностичних критеріїв, досить роз'єднаний характер.

Сучасне розуміння етіології й патогенезу порушень психічної адаптації, ППР, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників локальних бойових дій (УЛБД) та населення внаслідок СНП, зокрема в Україні, потребує використання біопсихосоціальної моделі [1—5]. У її межах широко застосовують методи психологічної діагностики прихованих емоційних порушень, соціально-фруструючих факторів, зокрема міжособистісних конфліктів, індивідуальних механізмів переробки стресу й психологічного захисту (які в спеціальній літературі найчастіше позначають поняттям «індекс життєвого стилю») [6, 7], а також оцінювання стресора (бій, стихійне лихо, насильство та ін.), багатфакторний вимір симптомів і численні

«індикатори» ПТСР. При цьому автори вказують на потребу застосовувати «статистично виражені» алгоритмічні психодіагностичні протоколи замість клінічного інтерв'ю [8]. Зважаючи на те, що на практиці вказані підходи не завжди дають вірогідні результати, нами проведено дослідження валідності (достатня результативність верифікації ППР) та необхідності найпоширеніших методів психодіагностики ППР/ПТСР. Що і стало метою дослідження.

Мета дослідження: розробити протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників антитерористичної операції (АТО) на ґрунті оцінки ступеня валідності, достатності та необхідності найпоширеніших методів психодіагностики ППР/ПТСР.

З дотриманням принципів етики та деонтології, на підставі інформованої згоди на участь у обстеженні, протягом 2016 року проведено дослідження 75 УЛБД (АТО), які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Вибірку формували методом простого вірогіднісного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел), потрібний обсяг вибірки формували методом поточного оцінювання вірогідності різниць за Рафалес-Ламарком [9], при цьому за пороговий рівень вірогідності було прийнято $p < 0,05$.

Критеріями включення були: безпосередня участь в АТО; встановлений діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1 за МКХ-10) [10, 11]. Критерії виключення: наявність тяжкого психічного розладу (у визначенні Закону України «Про психіатричну допомогу»), що зумовлює небезпеку хворого для себе або його оточення; наявність коморбідної патології; встановлений рівень самообслуговування, що не забезпечує підтримки життєдіяльності на рівні, достатньому для задоволення життєво необхідних потреб; відсутність належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Усі обстежувані були чоловіками, військовослужбовцями Сухопутних військ Збройних Сил України (ЗСУ), переважно сержантського та рядового складу. Вони служили за контрактом (84 % — солдати, 8 % — молодші сержанти, 8 % — прапорщики) та брали безпосередню участь в АТО в Донецькій та Луганській областях протягом 2015—2016 років. Середній вік обстежуваних склав $32,18 \pm 0,05$ років. Здебільшого військовослужбовці перебували під впливом довготривалої та інтенсивної стресової дії бойових обставин. Тривалість загальної участі у бойових діях склала у середньому $322,32 \pm 19,56$ днів.

Жоден з обстежуваних не був у полоні, усі вони заперечували наявність різноманітних дезадаптивних реакцій, як-от плач, тремтіння, блювота, відсторонення від товаришів тощо протягом бою. Психотравмуючі бойові стресові чинники, що призвели до ПТСР, УЛБД розцінювали переважно як значущу (48,00 %) та особо значущу (22,67 %) подію у житті.

Використані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, методи математичної статистики (дисперсійний, кореляційний, факторний аналіз) [12].

В структурі клініко-психопатологічного методу (окрім загальноприйнятих огляду, інтерв'ю та спостереження з подальшим встановленням діагнозу за критеріями МКХ-10 [10, 11]) враховували квантифіковану синдромальну та нозологічну характеристики психічних розладів відповідно до критеріїв, що застосовують у вітчизняній психіат-

рії [13], а також контекстуальні (соціально-дезадаптивні) чинники (Z55, Z56, Z59, Z60, Z63, Z64, Z72, Z73). Якісне та кількісне оцінювання психопатологічних симптомів щодо кожної з психічних сфер здійснювали за допомогою формалізованого психічного статусу.

У зв'язку з тим, що численні світові наукові дослідження вказують на кореляцію вживання ПАР та ПТСР у військовослужбовців, у межах психічного статусу оцінювали наявність недавнього, ризикованого вживання алкоголю, вживання зі шкідливими наслідками та ймовірної залежності у УЛБД за допомогою тесту AUDIT [14]. Цей тест через його крос-національну стандартизацію є єдиним скринінг-тестом, що розроблений для міжнародного використання, та містить визначення алкогольної залежності та вживання зі шкідливими наслідками практично тотожні таким за МКХ-10.

Психодіагностичне дослідження включало ретельний аналіз психолого-психіатричних наслідків СНП у УЛБД у таких чотирьох напрямках.

А) Квантифіковане оцінювання психопатологічної симптоматики в структурі ПТСР та порушень психічних сфер, що асоційовані з цим психічним розладом у УЛБД, здійснювали за допомогою низки методик, а саме: Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) [8, 15—17], Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90R, Symptom Check List 90Revised) [18—20], Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [21, 22], 5-бальної оціночної шкали сну Я. І. Левіна [23], Опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [24, 25].

Б) Встановлення механізмів реактивної саморегуляції, специфічних пристосувальних психологічних та поведінкових змін внаслідок дії численних стресорів СНП (поміж них інтенсивного бойового стресу) при ППР, зокрема ПТСР, проводили з використанням Шкали імпульсивності Плутчика [26, 27], Методики діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі (в адаптації А. К. Осницького) [28, с. 174—180], Методики для психологічної діагностики копінг-механізмів [29, 30], Індивідуального типологічного опитувальника (ІТО) (Л. Н. Собчик, 1999) [31], Орієнтаційної анкети Б. Басса (Bass Orientation Inventory, ЦОО — Ціннісні орієнтації особистості) [28, с. 563—569, 32], Методики діагностики загальної комунікативної толерантності В. В. Бойка для верифікації толерантних та інтолерантних настанов особистості УЛБД в процесі спілкування [28, с. 298—311], Методики дослідження рівня емпатійних тенденцій [33], Суб'єктивної оцінки якості життя (ЯЖ) за Quality of Life Index (показник ЯЖ) [34].

В) Для апробації сучасних наукових даних щодо медико-соціальних наслідків ПТСР (суїцидальна поведінка, вживання ПАР, вплив ПТСР на мозкову діяльність, пізнавальні та інтелектуальні функції [35—38], неадекватна та дисфункціональна переробка травматичних стресових переживань) на контингенті УЛБД застосовували Колумбійську шкалу серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale) [39], експрес-методики оцінки когнітивних функцій [40], Торонтську шкалу алекситимії [28, с. 153—156].

Г) Психотравмуючі чинники та стресори бойової обстановки визначали за допомогою Методики стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Рає [28, с. 149—153], Шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду для уточнення тривалості і інтенсивності стресової дії бойової обстановки [26]. Оцінки інтенсивності харасменту [41].

За допомогою цього дослідження оцінена відповідність розробленого нами психодіагностичного комплексу

як інструмента верифікації ППР/ПТСР цілям діагностики, оптимальним медико-психологічної профілактиці, лікуванню та реабілітації ППР у УЛБД. Проведений кореляційний аналіз з метою встановлення сили й кількості кореляційних зв'язків між даними, отриманими за клініко-психопатологічним методом, та показниками психодіагностичного дослідження. І хоча такий аналіз не передбачає чіткого розподілу окремих частин такого зв'язку за категоріями причини та наслідку й не дозволяє виявити причинно-наслідковий зв'язок між патопластичними клінічними, психологічними та соціальними складниками ПТСР, проте, він дозволяє визначити взаємопов'язані, взаємозумовлені ознаки, які стало супроводжують біопсихосоціальні компоненти загального стану УЛБД, наприклад, компоненти психічного статусу та патопсихологічні, психометричні, психометричні характеристики. При цьому встановлений прямий чи зворотний кореляційний зв'язок між певними ознаками вказує на те, що кількісні або якісні зміни відповідного показника, завдяки лікувальному або профілактичному впливу, обов'язково ведуть до модифікації пов'язаної з ним ознаки залежно від сили кореляції. Ці міркування стосуються також і діагностичних процедур. Зокрема, якщо, наприклад, між показниками психічного стану та застосованим діагностичним інструментарієм кореляційний зв'язок відсутній, то використання останнього є не доцільним та неінформативним.

Виявлено відсутність кореляційних зв'язків між психічним станом УЛБД та копінг-поведінкою обстежуваних (Методики для психологічної діагностики копінг-механізмів Хейма та Нормана). Це свідчить про те, що застосування військовослужбовцем копінг-стратегій, спрямованих на подолання бойових стресових чинників, будь вони адаптивними чи ні, не впливає на розвиток ПТСР та формування психопатологічної симптоматики у УЛБД.

Зазначене, по-перше, підтверджує емпіричні дані щодо недостатньої ефективності застосування у військовослужбовців низки методів десенсибілізації стресу та дебрифінгу, які базуються зокрема на адаптивних когнітивних та поведінкових копінг-стратегіях, як-от проблемний аналіз, настанова власної цінності, збереження самовладання, співпраця, звернення, альтруїзм — тобто формах поведінки, спрямованих на аналіз ситуації і імовірних шляхів виходу з неї, підвищення самоконтролю, віри в себе та товаришів, в можливість та шляхи подолання складних ситуацій. А по-друге, вказує на те, що методи «боротьби», профілактики патопластичного впливу бойових стресових чинників, що традиційно рекомендують до застосування, як-от ігнорування, агресія (випліскування негативних емоцій, емоційна розрядка), конструктивна активність (заняття спортом, корисна діяльність, занурення в улюблену справу, хобі, подорожування, вживання ПАР, реалізація завітних побажань тощо), релігійність, «пасивна кооперація» (відмова, переадресування відповідальності) та т. ін. не тільки не впливають на інтенсивність й розвиток проявів ПТСР і супутньої йому психопатологічної симптоматики, а, й до речі, є патогномонічними, «включеними» у клінічну картину цієї психічної патології (наприклад, такі неадаптивні копінг-стратегії, як-от придушення емоцій, відступ, відволікання, активне запобігання, самозвинувачення тощо).

Це ж стосується показників орієнтаційної анкети Б. Басса, зокрема, зареєстровано відсутність кореляцій між психічним статусом УЛБД та такими властивостями особистості:

— прагнення в любых обставинах до підтримки відносин с іншими людьми, орієнтація на спільну діяльність

на шкоду виконання конкретних завдань, соціальне схвалення, залежність від групи, потребу у прихильності, емоційні стосунки з іншими — «спрямованість на інших»;

— зацікавленість у виконанні професійних завдань, бажання найкращого їх виконання, здатність до відстоювання власної думки для досягнення загальної мети — «спрямованість на діло».

Ці дані свідчать про те, що втілення заходів підкріплення, винагороди задля стимулювання та розвитку вищезазначених рис УЛБД, хоча і сприяє підвищенню ефективності їх професійної діяльності, але не є заходами медико-психологічної профілактики ПТСР. Навпаки, орієнтація на пряму винагороду, агресивність у досягненні службового статусу, схильність до конкуренції у сполученні з роздратованістю, інтровертованістю — «спрямованість на себе» — мають прямий середньої сили зв'язок з іпохондричним радикалом в структурі ПТСР у УЛБД ($r = 0,46$), тобто сприяють формуванню іпохондричної симптоматики.

Наступною методикою, показники якої виявилися не пов'язаними з психопатологічними проявами ПТСР, є методика суб'єктивної оцінки якості життя за показником якості життя (*quality of life index*).

Зокрема, показник загального сприйняття ЯЖ, що характеризував ступінь задоволеності життям загалом, щастя у УЛБД, хоча його значення ($\Sigma_{\text{сеп}} = 5,49 \pm 0,31$ бала) і було на рівні вище середнього, був не пов'язаним с психопатологічною симптоматикою, виявленою в обстежуваних. Тобто у військовослужбовців, які брали безпосередню участь в АТО, ступінь задоволення основних життєвих потреб та суб'єктивна оцінка ЯЖ не залежали від власного психічного стану (у континуумі наявність/відсутність ПТСР).

Варто все ж зазначити зареєстровані зворотні кореляційні зв'язки середньої сили ($r = 0,4...0,6$) між показниками астеничних, афективних, нав'язливих, вегетативних й психосоматичних проявів у феноменологічній структурі ПТСР, зокрема їх інтенсивність, та такими ознаками методики ЯЖ: фізичне благополуччя ($\Sigma_{\text{сеп}} = 5,67 \pm 0,29$), психологічне/емоційне благополуччя ($\Sigma_{\text{сеп}} = 5,52 \pm 0,30$), працездатність ($\Sigma_{\text{сеп}} = 6,27 \pm 0,30$), суспільна та службова підтримка ($\Sigma_{\text{сеп}} = 5,01 \pm 0,34$). Але, ми вважаємо, що ці кореляції є досить очевидними, їх інтерпретація і клінічне розуміння не потребують застосування додаткової методики, тобто обтяження комплексу діагностичних процедур (КДП) зайвим інструментарієм. Зокрема, наприклад, відчуття постійної психологічної та фізичної втоми при астеничному симптомокомплексі вже самі по собі передбачають зниження працездатності, зменшення задоволення від виконання професійних обов'язків, що зумовлює низьку суб'єктивну оцінку ЯЖ за цією шкалою. Крім того, кількість встановлених зв'язків є невеликою, а середні значення інших ознак цієї методики дублюють показники за іншими методами дослідження, наближаються до нормативних значень у популяції цивільних осіб (самообслуговування і незалежність дій — $\Sigma_{\text{сеп}} = 7,00 \pm 0,32$, міжособистісні взаємодії — $\Sigma_{\text{сеп}} = 6,84 \pm 0,32$, соціоемоційна підтримка — $\Sigma_{\text{сеп}} = 6,43 \pm 0,33$, самореалізація — $\Sigma_{\text{сеп}} = 5,99 \pm 0,39$, духовна реалізація — $\Sigma_{\text{сеп}} = 5,71 \pm 0,38$) та не пов'язані з клінікою ПТСР.

Кореляційні зв'язки між показниками Індивідуального типологічного опитувальника, експрес-методики когнітивних функцій та клінічною симптоматикою в структурі ПТСР у УЛБД наведені у табл. 1, 2.

Таблиця 1. Кореляційні зв'язки між бальними показниками ІТО та психопатологічною симптоматикою в структурі ПТСР у учасників АТО

Показник	Психопатологічна симптоматика					
	астенічна	афективна	обсесивна	дисоціативна	іпохондрична	вегетативна
бредня						
агравация						
екстраверсія						
спонтанність						
агресивність						
ригідність	0,68	0,75	0,54	0,82	0,63	0,61
інтроверсія			0,31			
сенситивність						
тривожність	0,63	0,53	0,65	0,64	0,53	0,60
лабільність		-0,38		-0,34		
лідерство				0,35		
неконформність						
конфліктність						
індивідуалізм	0,38		0,32			
залежність			-0,47	-0,32		
конформність	-0,32	-0,44	-0,43	-0,46	-0,38	-0,43
компромисність	-0,34	-0,35		-0,47	-0,35	-0,40
комунікативність						

Примітка. Тут і у табл. 2 прями та зворотні сильні кореляційні зв'язки позначені заливкою чорного кольору, середні — сірого, слабкі — білого. Невірогідні коефіцієнти кореляції не наведені, на їх місці залишені пусті комірки

Як впливає з табл. 1, прями кореляційні зв'язки різної сили (що потенціюють розвиток ПТСР) між показниками ІТО та клінічними проявами ПТСР встановлені за 5 індивідуально-типологічними тенденціями, а зворотні (такі, що нівелюють формування ПТСР, посилюють резистентність особистості до дії бойового стресу) — за двома. Зважаючи на незначну кількість отриманих кореляцій, ІТО можна було б виключити з батареї психодіагностичного інструментарію, якби не суттєва інформативність та доведена чутливість методики щодо виявлення особистісної риси «ригідність» (утруднення аж до нездатності змінити заплановану програму в умовах, що потребують таких змін, тенденція до збереження власних настанов та стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору тощо). Цей показник пов'язаний численними прямими середньої сили зв'язками з показниками агресивності, комунікативної толерантності та ін., і найважливіше — встановлені сильні прями кореляції з внутрішніми формами суїцидальної поведінки (суїцидальні ідеї, $r = 0,77$) та реальною потенційною небезпекою суїцидальних спроб ($r = 0,74$). Ця ознака також сильно пов'язана з показниками методик, призначених для квантифікованої оцінки симптомів ПТСР.

Загалом, застосування ІТО надає можливість для виконання важливого завдання медико-психологічної профілактики УЛБД — формування та потенціюван-

ня відповідних професійно значущих властивостей, що ґрунтуються на встановлених за допомогою ІТО особливостях їхньої особистості, підвищують стресостійкість та адаптують до виконання професійних обов'язків у найнапруженіших умовах бойових дій, перешкоджають виникненню ПТСР та опосередковано впливають на зниження кількості демобілізованих з лав ЗСУ у зв'язку з психічною патологією.

Частина методів, які входять до експрес-методики оцінки когнітивних функцій, доцільно скоротити через низьку інформативність щодо діагностики та медико-психологічної профілактики ПТСР (див. табл. 2). Цю процедуру спрощує їх відособленість одна від одної та незалежність результатів. Це стосується заучування методики 10 слів, тому що вона дублюється запам'ятовуванням 9 слів (пам'ять), серійного віднімання (увага), розставлення стрілок годинника (конструктивні властивості).

Таблиця 2. Кореляційні зв'язки між бальними показниками експрес-методики оцінки когнітивних функцій та психопатологічною симптоматикою в структурі ПТСР у учасників АТО

Показник	Психопатологічна симптоматика					
	астенічна	афективна	обсесивна	дисоціативна	іпохондрична	вегетативна
запам'ятовування 9 слів					0,57	
малюнок з геометричних фігур	-0,35	-0,38	-0,44	-0,34		-0,43
серійне віднімання						
відстрочене відтворення		-0,36	-0,51	-0,40		
тест зорової пам'яті Бентона	-0,44	-0,34			-0,37	
розставлення стрілок годинника						
розв'язання арифметичної задачі					0,50	
заучування 10 слів					0,31	
називання продуктів харчування	-0,52	-0,53	-0,44		-0,51	-0,54
запам'ятовування 9 слів із загальною смисловою ознакою	-0,53	-0,47	-0,30	-0,61	-0,40	-0,59
актуалізація минулих знань	-0,49	-0,45		-0,63		-0,42
смісл прислів'я	-0,45	-0,35				-0,43

Під час проведення кореляційного аналізу показників Опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації та ПТСР виявлені зворотні здебільшого середньої сили зв'язки між патопсихологічними відхиленнями у формі «невротичного» або «психопатичного» радикалів особистості та клінічними проявами ПТСР. Із результатів аналізу випливає, що підвищення рівнів психопатизації та невротизації веде до поліпшення психічного стану УЛБД.

Зазначене входить у супереч зі змістовним аналізом шкал РНП, який, за даними авторів, свідчить про те, що, наприклад, твердження шкали невротизації містять характерні прояви такого стану (швидка втом-

люваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою, роздратованість, збудливість, наявність страхів, тривоги, невпевненості у собі). Насамперед, середні значення показників за шкалою невротизації свідчать про її високий рівень ($\Sigma_{\text{сеп}} = -31,05 \pm 5,35$; високий рівень невротизації діагностують, якщо величина показника складає менш ніж -10 балів), так саме як і психопатизації ($\Sigma_{\text{сеп}} = -21,84 \pm 2,26$). У цьому зв'язку є зрозумілим, що результати за шкалою невротизації мають відповідати даним, отриманим під час клініко-психопатологічного дослідження щодо астенічних, афективних, іпохондричних та інших проявів, асоційованих з ПТСР, та через це бути пов'язаними з ними сильними прямими кореляціями (які, до речі, встановлені під час використання інших методик для квантифікованої оцінки проявів ПТСР, *див.* вище), тому що, з точки зору розробників, вони є по суті тотожними й описують ті ж самі клінічні ознаки. Але такої ідентичності нами встановлено не було.

Такі парадоксальні, суперечливі взаємозв'язки між зазначеними особливостями особистості, психопатологічною симптоматикою, даними інших валідних тестів викликають обґрунтовані сумніви щодо інформативності цієї методики в КДП при ППР та є підставою для її виключення. Додатковим аргументом щодо відсутності доцільності її застосування є застаріла термінологія, що заважає крос-національній стандартизації та інтерпретації даних.

Наявність численних кореляцій між показниками Шкали імпульсивності Плутчика та ознаками ворожості за методиками діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі ($r = 0,46$) та SCL-90R Дерогатиса ($r = 0,69$), шкалами Методики діагностики загальної комунікативної толерантності В. В. Бойка робить верифікацію цієї ризи особистості в структурі КДП надлишковою.

Треба наголосити, що незважаючи на значну кількість прямих кореляційних сильних зв'язків між показниками методик, використаних для квантифікованої оцінки клінічної картини ПТСР у УЛБД, застосування їх комплексу є доцільним завдяки тому, що отримані за цим діагностичним інструментарієм дані дозволяють утворити систему цілісної, а головне — всебічної різнопланової оцінки психічного стану військовослужбовців в умовах локальних бойових дій та після них, а також створити науково обґрунтовані психогігієнічні, психопрофілактичні, психокорекційні, психотерапевтичні заходи їх медико-психологічної профілактики.

Аналіз результативності комплексу діагностичних процедур при постстресових психічних розладах на прикладі контингенту військовослужбовців з ПТСР, які брали безпосередню участь у локальних бойових діях (АТО), дозволив виокремити батарею психодіагностичних методик, показники яких вірогідно пов'язані з клінічною картиною ПТСР, стало супроводжують цей психічний розлад та доповнюють відомості щодо його феноменологічної структури.

Зазначена батарея психодіагностичних методик відповідає загальноприйнятим вимогам до діагностичного інструментарію, а саме:

а) забезпечує високу валідність застосованих методів діагностики, тобто має достатню результативність верифікації ППР;

б) включає до себе дешеві, прості, неінвазивні діагностичні процедури з доведеною високою чутливістю (надає позитивний результат при наявності ППР);

в) містить оптимальну кількість методик обстеження (мінімально достатню для обґрунтованого діагнозу ППР);

г) є основою для формування напрямків профілактичних впливів та дій, що забезпечують мінімізацію медико-соціальних наслідків СНП — зниження рівня психолого-психіатричних проблем, детермінованих СНП;

д) потребує максимально короткого часу у разі застосування.

Проведене дослідження дозволило розробити

Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО:

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад.

Умови застосування:

Попередній психіатричний огляд — обіймання посади рядового та командного складу Збройних Сил України.

Періодичний психіатричний огляд — моніторинг психічного стану військовослужбовців у мирний час раз на п'ять років, у період участі у локальній бойових діях — раз на місяць та після участі у напружених та інтенсивних видах бою.

Стаціонарне — на початку та наприкінці госпіталізації.

Денний стаціонар (напівстаціонарне) — на початку та наприкінці санаторно-курортного лікування в санаторних умовах та в центрах медико-психологічної реабілітації.

Амбулаторне — моніторинг психічного стану через місяць після виписки зі стаціонару для профілактики рецидиву.

Перелік необхідних обстежень:

I. Квантифікована оцінка психопатологічної симптоматики в структурі ПТСР та порушень психічних сфер, що асоційовані з цим психічним розладом:

1. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант).

2. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90R, Symptom Check List 90Revised).

3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

4. Клінічна оцінка вираженості порушень сну Я. І. Левіна.

II. Встановлення механізмів реактивної саморегуляції, специфічних пристосувальних психологічних та поведінкових змін внаслідок дії численних стресорів СПН (зокрема, інтенсивного бойового стресу):

1. Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі (в адаптації А. К. Осницького).

2. Індивідуальний типологічний опитувальник.

3. Методика діагностики загальної комунікативної толерантності В. В. Бойка.

4. Методика дослідження рівня емпатійних тенденцій.

III. Медико-соціальні наслідки ПТСР:

1. Колумбійська шкала серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale).

2. Експрес-методика оцінки когнітивних функцій.

3. Торонтська шкала алекситимії.

4. AUDIT.

IV. Психотравмуючі чинники та стресори бойової обстановки (після участі у бойових діях*):

1. Методика стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Прає.

2. Шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду*.

3. Оцінка інтенсивності харасменту*.

Тривалість застосування: 60—90 хвилин.

Очікувані результати застосування: встановлення ознак, які вірогідно пов'язані з клінічною картиною ПТСР, стало супроводжують цей психічний розлад та доповнюють відомості щодо його феноменологічної структури з метою визначення мішеней та заходів лікувально-реабілітаційного та медико-психологічного впливів.

Отже, на ґрунті визначення сили та кількості взаємозв'язків між показниками клініко-психопатологічного («золотий діагностичний стандарт») та психодіагностичного методів дослідження розроблений «Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО», який має достатній ступінь валідності (результативності щодо діагностики ППР/ПТСР), включає оптимальну кількість методик та дозволяє за умов застосування формувати адекватні напрямки та процедури медико-профілактичних та лікувально-реабілітаційних втручань.

Список літератури

- Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. С. 5.
- Беребин М. А., Вассерман Л. И. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 1994. № 46. С. 12.
- Вассерман Л. И., Беребин М. А. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической дезадаптации // Там же. 1997. № 1. С. 12.
- Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994. С. 77.
- Иванов В. Б., Полонская И. Б. Использование модифицированного варианта теста на психологические защиты Р. Плутчика у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, осложненными сексуальной дисфункцией // Соц. и клин. психиатрия. 2000. № 1. С. 75—77.
- Вассерман Л. И., Петрова Н. П. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы // Там же. 2000. Т. 10, № 1. С. 73—74.
- Васильева О. С., Демченко Е. А. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 74—85.
- Keane T. M., Caddell, J. M. & Taylor, K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. № 56. P. 85—90.
- Рафалес-Ламарк Э. Э., Николаев В. Г. Некоторые методы планирования и математического анализа биологических экспериментов. Киев : «Наукова думка», 1971. 283 с.
- Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. Киев : Факт, 1999. 272 с.
- Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца. Киев : Сфера, 2000. 464 с.
- Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : «Моріон», 2000. 320 с.
- Жмуров В. А. Общая психопатология. Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1986. 280 с.
- AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care / [Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro]. Second Edition. Geneva : WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. 41 p.
- The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation / [Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W.] // Journal of Traumatic Stress. 1995. Vol. 8(1). P. 91—109.
- арабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: «Питер», 2001. С. 228—232.
- Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes // Archives of Psychology. 1932. Vol. 140. P. 1—55.
- Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale — preliminary report // Psychopharmacology bulletin. 1973. Vol. 9. № 1 P. 13—28.
- Derogatis L. R., Cleary P. A. Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90 // Br. J. Clin. Psychol. 1977. Vol. 16. P. 347—356.
- Starcevic V., Bogojevic G., Marinkovic J. The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders // J. Personality Disorders. 2000. Vol. 14, N 3. P. 199—207.
- Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361—370.
- Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br J Psychiatry. 1979; 134: 382—389.
- Левин Я. И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. М.: Медпрактика-М, 2005. 116 с.
- Бажин Е. Ф., Ласко Н. Б., Тархан А. У. Изучение уровня невротизации и психопатизации с помощью специальной стандартизированной методики // Проблемы психопрофилактики нервно-психических расстройств. Л. : НИПНИ, 1976. С. 44—46.
- Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. [та ін.]. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 208—225.
- Корякина И. Н., Сапегин А. Н. Система интеллектуальной поддержки исследования дорсалгий у летного состава // Информатика и системы управления. 2008. № 2 (16). С. 87—90.
- Шкала импульсивности Плутчика. Режим доступа до ресурсу : <http://www.psychiatry.ru/stat/96>.
- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. Самара : Бахрах-М, 2001. С. 174—180.
- Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? // Psychoter Psychosom Med Psychol. 1988; 1: 8—17.
- Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер; адаптированный вариант Т. А. Крюковой) // Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учебное пособие. М. : Изд-во Института Психотерапии. 2002. С. 442—44.
- Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) : пособие для врачей. М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1999. 32 с.
- Басс Б. Определение направленности личности (ориентационная анкета) // Психодиагностика личности : пособие для студентов вузов / М. А. Пономарёва, Т. И. Юхновец ; под общ. ред. М. А. Пономарёвой. Мн. : Тесей, 2008.
- Тест эмпатийного потенциала личности (И. М. Юсупов). Режим доступа до ресурсу : <http://genderua.narod.ru/test-html/1-14d.htm> та <http://azps.ru/tests/2/tt6.html>.
- Validation of an efficient quality of life index / Mezzych J. E., Cohen N., Liu J. [et al.] // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Hamburg, 1999. P. 427—428.
- Kerry J. Ressler and Helen S. Mayberg Targeting Abnormal Neural Circuits in Mood and Anxiety Disorders: From the Laboratory to the Clinic // Nature Neuroscience. 2007. Vol. 10, No. 9. P. 1116—1124.
- Neural Circuitry Underlying the Regulation of Conditioned Fear and Its Relation to Extinction / [Mauricio R. Delgado, Katherine I. Nearing, Joseph E. LeDoux, and Elizabeth A. Phelps] // Neuron. 2008. Vol. 59, No. 5. P. 829—838. doi: 10.1016/j.neuron.2008.06.029
- Insel Thomas R. Disruptive Insights in Psychiatry: Transforming a Clinical Discipline // Journal of Clinical Investigation. 2009. Vol. 119, No. 4. P. 700—705.
- Cortical thinning in patients with recent onset post-traumatic stress disorder after a single prolonged trauma exposure / Liu Y., Li Y.-J., Luo E-P. [et al.] // PloS one. 2012. № 7 (6). doi: 10.1371/journal.pone.0039025.
- The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults / Kelly Posner, Gregory K. Brown, Barbara Stanley [et al.] // Am J Psychiatry. 2011. 168 (12). P. 1266—1277.
- Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю., Рощина И. Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 2. С. 44—50.

41. Агазаде Н. Психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте и проблемы психического здоровья, сопровождающиеся суицидальными тенденциями [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 3 (20). URL : <http://medpsy.ru>.

Надійшла до редакції 05.04.2018 р.

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, Головний психіатр Міністерства оборони України, полковник медичної служби, начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») Міністерства оборони (МО) України, м. Київ, Україна; e-mail: docod@bigmir.net

ГРИНЕВИЧ Євгенія Геннадіївна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти

ім. П. Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я, м. Київ, Україна
ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» МО України, капітан медичної служби, м. Київ, Україна; e-mail: Super-passa@ukr.net

DRUZ Oleh, Doctor of Medical Sciences, Head psychiatrist of Ministry of Defense of Ukraine, Colonel of medical service, Head of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of National Military Medical Clinical Centre "Main Military Clinical Hospital" (NMMCC "MMCH") of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: docod@bigmir.net

HRYNEVYCH Yevheniia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of general, child, forensic psychiatry and narcology of the Shupyk's National Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

CHERNENKO Inna, Military doctor of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of NMMCC "MMCH" of the Ministry of Defense of Ukraine, Captain of medical service, Kyiv, Ukraine; e-mail: Super-passa@ukr.net