

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.85-039-008.47:616.89-008.441.44-084

І.Я. Пінчук, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, К.В. Гузенко, А.К. Ладик-Бризгалова
АУТО- ТА ГЕТЕРОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У СТРУКТУРІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ АТО

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
therapy@undisppn.org.ua

Актуальність. Впродовж останніх двох років зростає кількість учасників АТО, які мають посттравматичні психічні розлади й потребують лікувально-реабілітаційної допомоги. Водночас все більше уваги приділяється специфічним симптомам ПТСР та супутнім розладам, зокрема гетеро- та аутоагресивній поведінці. Аутоагресивна та імпульсивна поведінка визнані асоційованими розладами, які можуть суттєво впливати на клінічний перебіг ПТСР. Подальше вивчення особливостей ауто- та гетероагресивної поведінки учасників бойових дій та їх взаємозв'язку з посттравматичними психічними розладами є надзвичайно актуальним і важливим для надання своєчасної та ефективної медико-соціальної допомоги особам даної категорії.

Мета – визначити особливості ауто- та гетероагресивної поведінки в структурі посттравматичних психічних розладів та здійснити аналіз завершених суїцидів учасників АТО.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати обстеження 249 бійців, які перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Методи дослідження – інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний.

Результати. Найпоширенішими виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Досліджено клініко-соціальні і клініко-психопатологічні характеристики ПТСР й РА та особливості гетеро- і аутоагресивної поведінки у структурі цих розладів. За результатами аналізу завершених суїцидів (82 випадки) серед учасників АТО отримано їх соціодемографічну характеристику, узагальнено дані щодо проявів, які передували самогубству.

Висновки. Визначені особливості гетеро- та аутоагресивної поведінки слід враховувати при розробці диференційованих схем лікування посттравматичних психічних розладів у учасників АТО. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур медичного обстеження військовослужбовців, які перенесли психічну травму.

Ключові слова:
посттравматичні
психічні розлади,
суїцидальна поведінка,
гетероагресивна
поведінка, учасники
АТО.

Актуальність. Наразі в Україні спостерігається складна соціально-політична ситуація, яка пов'язана з продовженням бойових дій у зоні антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. Через це суттєво збільшується загальна кількість військовослужбовців, зокрема учасників бойових дій, одночасно серед них зростає кількість осіб з посттравматичними психічними розладами, які потребують своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги. Це стає першочерговою проблемою психіатрії сьогодення.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, впродовж 2015 року психоневрологічними закладами України взятий під нагляд 941 військовослужбовець –

учасник антитерористичної операції з уперше в житті встановленим діагнозом «Розлади психіки через реакцію на важкий стрес та розлади адаптації»; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виявлено у 686 з них (70,9%).

До основних діагностичних кластерів ПТСР належать симптоми повторного переживання, уникнення, негативні зміни когнітивних функцій і настрою та симптоми збудження [1]. Останнім часом все більше уваги приділяється специфічним симптомам ПТСР та супутнім розладам, до яких належать: гетеро- та аутоагресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, хронічний біль, порушення сну, депресія, посткомоційний синдром тощо [2, 3].

Аутоагресивна та імпульсивна поведінка при ПТСП визнані асоційованими особливостями цього розладу, які можуть суттєво впливати на клінічний перебіг захворювання [4]. Мета-аналіз, метою якого було встановлення зв'язку між ПТСП та частотою суїцидальної поведінки, а також вивчення впливу на цей зв'язок коморбідної депресії показав, що діагноз ПТСП був значною мірою асоційований із підвищенням ризику суїциду [5]. Також підтверджено, що супутня депресія підвищує ризик суїциду у пацієнтів із ПТСП, проте не було знайдено достовірного зв'язку між ПТСП та завершеними суїцидами [6]. Автори рекомендують зосередити майбутні дослідження на вивченні можливих механізмів суїцидальності у пацієнтів з ПТСП, звертаючи особливу увагу на окремі симптоми ПТСП, коморбідну депресію, почуття безнадії, рівень соціальної підтримки та наявність негативних переконань [7].

Подальше вивчення особливостей ауто- та гетероагресивної поведінки в учасників бойових дій та їх взаємозв'язку з посттравматичними психічними розладами є дуже актуальним й важливим для надання своєчасної та ефективної медико-соціальної допомоги даній категорії осіб.

Мета – визначити особливості ауто- та гетероагресивної поведінки в структурі посттравматичних психічних розладів та здійснити аналіз завершених суїцидів у учасників АТО.

Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладено результати обстеження 249 військовослужбовців, які брали участь у проведенні АТО на Сході України. Усі досліджувані перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Також здійснено аналіз матеріалів кримінальних проваджень (82 випадки) щодо завершених суїцидів серед учасників АТО за період з 01.05.2015 р. по 20.10.2016 р. Основні методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, інформаційно-аналітичний та статистичний.

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження 249 бійців встановлено, що у 78 з них психічні порушення визначались окремими симптомами та не досягали рівня психічного розладу. Основні діагностичні рубрики за МКХ-10 було представлено таким чином: органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад F06.6 виявлено у 17 (6,8%), посткомоційний синдром F07.2 – у 10 (4,0%), інші органічні розлади особистості та поведінки F07.8 – у 7 (2,8%), посттравматичний стресовий розлад F43.1 – у 56 (22,5%), розлади адаптації F43.2 – у 68 (27,3%), неврастенія F48.0 – у 13 (5,2%) обстежених (рис.).

Найчисленнішими у представленій вибірці (124 пацієнти; 49,8%) були розлади, які відповідали рубриці F43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Для проведення подальшого дослідження цих пацієнтів було поділено на дві групи: особи з посттравматичним стресовим розладом та з розладами адаптації (РА). Середній вік досліджених з ПТСП становив $35,11 \pm 0,95$, з РА – $35,81 \pm 1,16$ року.

Попередній досвід роботи у силових структурах або служби у ЗСУ мала майже третина бійців – 19 (33,9%) та 26 (38,2%) в групах ПТСП і РА відповідно, тобто припущення, що цей фактор знижує ризик формування

посттравматичних психічних розладів, не підтвердилося. Встановлено, що бійці віком понад 31 рік особливо уразливі при психогенній травматизації в бойових умовах.

За анамнестичними даними виявлено епізодичне вживання психоактивних речовин у 3 (5,4%) пацієнтів з ПТСП та у 15 (22,4%) – з РА; переважало вживання алкоголю – у 3 (5,4%) та у 13 (19,1%) осіб обох груп відповідно.

Усі обстежені зазначили, що спеціалізованої військової підготовки протягом одного місяця після мобілізації для них виявилось недостатньо. Також 118 (95,2%) бійців повідомили про відсутність психологічної підготовки та підтримки у своїй військовій частині впродовж служби в АТО.

Після переведення у зону АТО досліджувані зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0%) бійців групи ПТСП та 35 (51,5%) – групи РА, фізичного насильства зазнали 3 (5,4%) та 15 (22,1%), поранення отримали 45 (75,0%) та 19 (27,9%), загрозу зброєю пережили 29 (51,8%) та 21 (30,9%); свідками загибелі побратимів стали 54 (96,4%) та 31 (45,6%) особа з ПТСП та РА відповідно.

Встановлено, що тип психотравмуючої дії, її індивідуальна значимість, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування посттравматичних психічних розладів, зокрема тяжкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі у бойових діях, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСП.

Перші прояви РА найчастіше спостерігали через 4–8 місяців (в середньому – $6,63 \pm 0,45$), ПТСП – через 6–10 місяців (в середньому – $8,68 \pm 0,46$ місяців). Таким чином, тривале перебування (більше 8–10 місяців) у надзвичайних умовах АТО є фактором ризику формування посттравматичних психічних розладів.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей посттравматичних психічних розладів показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСП та значного клінічного поліморфізму при РА. Найпоширенішими серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) – у 25 (36,8%) пацієнтів та розлади адаптації із переважанням інших емоцій (F43.23) – у 29 (42,6%), тобто переважали розлади афективного регістру (рис.).

Для ПТСП характерним був хвилеподібний перебіг із періодичним загостренням симптоматики, а

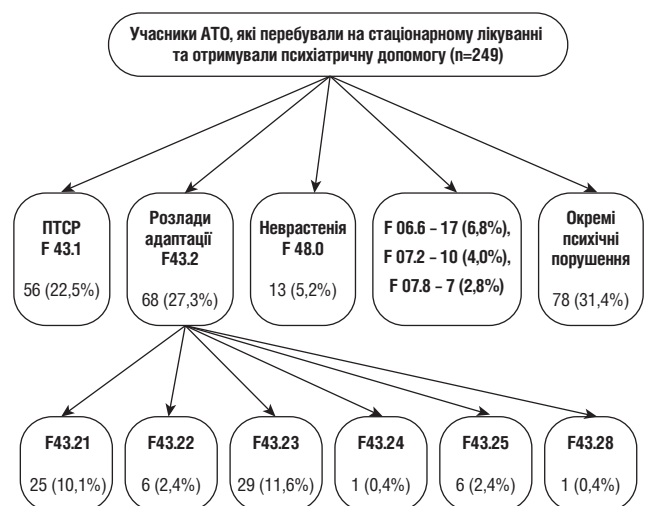


Рис. Структура психічних порушень у досліджених бійців

саме: нічних страхіть з кошмарними сновидіннями – у 32 (57,1%), нав'язливих спогадів про військові дії – у 21 (37,5%), дисоціативних флешбеків – у 10 (17,9%) пацієнтів. Значний психологічний дистрес у вигляді тривоги зазначили 42 (75,0%), дратівливості – 41 (73,2%), відчуття напруги – 25 (44,6%) та розгубленості – 10 (17,9%) бійців. Перезбудження вегетативної нервової системи у всіх пацієнтів призвело до підвищення рівня бадьорості та стійкого безсоння. Уникання почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючими обставинами, зустрічей з однослужбовцями спостерігалось у 15 (26,8%) обстежених. Відчуття провини перед вбитими та пораненими бійцями зафіксовано у 5 (8,9%) пацієнтів даної групи. Встановлено, що у 50 (89,3%) осіб з ПТСР мала місце виражена депресивна симптоматика, у тому числі відчуття відгородженості та заціпеніння – у 43 (76,8%), надмірні песимістичні роздуми – у 19 (33,9%), плаксивість – у 17 (30,4%) та надмірна втомлюваність – у 13 (23,2%) пацієнтів.

Формування більш поліморфної клінічної картини при РА, ніж при ПТСР, значною мірою визначалось індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактора. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і початковими продромальними симптомами інших психічних розладів.

За суб'єктивною оцінкою бійців виділено кілька основних особистісно значимих переживань, які суттєво відрізнялись у досліджуваних групах та в майбутньому вплинули на появу гетеро- та аутоагресивних тенденцій. Так, у пацієнтів з РА превалювало тяжке відчуття розлуки з батьками та родиною (15; 22,1%), тоді як у досліджених з ПТСР цей показник становив лише 3,6% (2 особи). Після переведення до зони АТО зміни в особистісному психологічному стані відмітили усі досліджені. На дуже важомі адаптаційні труднощі на початку участі у бойових діях вказали 20 (35,7%) чоловіків з ПТСР та 25 (36,8%) бійців з РА. Вони пов'язували це з великим психологічним навантаженням у нових для них обставинах, а саме – з напруженим повсякденним режимом (22; 17,7%), неадекватним фізичним навантаженням (11; 8,9%), чітким розпорядком дня і нестачею вільного часу (18; 14,5%), необхідністю змінювати свої звички (10; 8,1%).

Переживання щодо зміни власного статусу визначено у 47 (37,9%) бійців; на перший план виступали відчуття приниження через необхідність підкорюватись та виконувати накази (41; 33,1%), болісні наслідки від успішніших товаришів (7; 5,6%), нестатутні стосунки – 17 (13,7%) пацієнтів. Усі обстежені зазначили, що протягом служби вони відчували глобальну небезпеку, розчарування та безвихідь. Більшість (43; 76,8%) бійців з ПТСР та третина (20; 29,4%) пацієнтів з РА відмітили «замороженість емоцій» під час бойових дій. На виникнення збудження та агресивності впливали провокуючі зовнішні фактори: скупченість (13; 10,5%), надмірний постійний шум і різкі звуки (40; 32,2%), спекотна погода (15; 12,1%).

З метою подолання психологічного навантаження 18 (32,1%) бійців з ПТСР та 8 (11,8%) з РА вживали алкоголь, у чому добровільно зізнались. Проте майже 70,0% усіх досліджених відмітили відсутність достатнього контролю за вживанням алкоголю своїми товаришами, як у бойових, так і в мирних умовах.

За результатами дослідження виявлено поведінкові прояви, які в наступному сприяли виникненню агресивних реакцій. Це – неорганізованість (13; 10,5%), непослідовність та уривчастість при виконанні завдань (6; 4,8%), зростання негативізму та непокори (10; 8,1%), протест та відмова від виконання наказів (3; 2,4%), недотримання правил дорожнього руху та норм експлуатації бойових пристроїв (5; 4,03%), конфлікти з товаришами та командирами (11; 8,9%).

Одним із варіантів агресивної поведінки у бойових умовах було порушення дисципліни, що більшою мірою спостерігалось у бійців з РА (11; 16,2%), ніж у військових з ПТСР (2; 3,6%). Крайнім способом усунення наростаючої напруги було нанесення тілесних ушкоджень товаришам по службі – 2 (3,6%) пацієнти з ПТСР нанесли тілесні ушкодження середньої тяжкості своїм однослужбовцям.

Результати дослідження дозволили визначити клініко-психопатологічні прояви ПТСР та РА, що асоційовані з високою внутрішньою напругою, яка, в свою чергу, може призводити до агресивної поведінки. По-перше, це – розлади сну при РА, – поверхневий та тривожний сон з частими пробудженнями відмітив 41 (60,3%) борець. Також слід вказати на наявність доволі виснажливого больового синдрому – головний біль відмітили 17 (30,4%), біль у тілі – 15 (26,8%) бійців, різноманітні соматичні скарги та порушення, які сприймались лише на суб'єктивному рівні, мали 13 (23,2%) пацієнтів. Усі ці показники виключали біль після поранень. Тільки у досліджених з ПТСР (9; 16,1%) було зафіксовано появу логоневрозу різної тривалості, що додатково підвищувало рівень напруги.

Відчуття вираженої тривоги відзначили 10 (14,7%) чоловіків з РА, зростаючу конфліктність – практично всі бійці (63; 92,6%), також більшість з них (61; 89,7%) вказали на неспроможність розслабитись, нервозність та відчуття напруги, надмірну уразливість та почуття скривдженості зазначили 62 (91,2%) пацієнти.

Сучасні дослідження вказують на превалювання у комбатантів з ПТСР агресивної поведінки [5], це підтверджується і нашими даними: гетероагресивна поведінка мала місце у 13 (23,2%) бійців з ПТСР і лише у 1 бійця з РА. Надмірно жорстке поводження та немогивоване використання зброї по відношенню до супротивника та місцевого населення визнали 11 (19,6%) бійців з ПТСР.

Таким чином, до основних соціально-психологічних чинників, які спричиняють появу агресивної поведінки у бійців з постстресовими психічними розладами, можна віднести наступні: безпосередні стресорні фактори, особистісні проблеми, негативні стосунки з однослужбовцями, складне матеріально-фінансове становище, позастатутні взаємовідносини, навчально-професійні труднощі, сімейні негаразди, вираженість психопатологічної симптоматики, насамперед тривоги, внутрішньої напруги, розладів сну, больового синдрому.

Важливо зазначити, що суттєве погіршення стану при ПТСР спостерігалось протягом першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні додому у 42 (75%) обстежених. До загострення психопатологічної симптоматики призводили проблеми з дружинами – у 12 (21,4%), проблеми зі здоров'ям близьких, особливо батьків, – у 6 (10,7%) та труднощі при працевлаштуван-

ні – у 4 (7,1%) осіб. Водночас пацієнти з РА не вказували на посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Встановлено деякі симптоми, які спостерігались у бійців в цей час та впливали на рівень гетероагресивної поведінки: підозріливість (93; 75,0%), відчуття тривоги і страху (70; 56,5%), напруженість і конфліктність (59; 47,6%), демонстративність поведінки (58; 46,8%). Встановлено, що після повернення із зони АТО чоловіки, які проживали разом з родиною чи батьками, частіше проявляли гетероагресивну поведінку, яка була спрямована саме на них (35,7%). З них двоє намагались задушити дружин під час жахливих сновидінь, ще двоє нанесли побої середньої тяжкості близьким через незначні розбіжності у політичних поглядах, один ненавмисно скоїв струс мозку, «захищаючи» племінницю.

Значну вербальну агресію відмітили більше половини пацієнтів з ПТСР (34; 60,7%) та третина бійців з РА (22; 32,4%). Також у 6 обстежених у мирних умовах спостерігали прояви агресії на тлі гнівливості, які були спровоковані підозрілими поглядами, веселістю компаній, розбіжностями в політичних поглядах. Ці фактори зазначили понад 80 (65,3%) бійців, але їх реакції не досягали експлозивного рівня.

У дослідженій категорії пацієнтів також виникали й суїцидальні тенденції. Їх наявність зафіксовано у осіб, в клі-

нічній картині яких превалювала депресивна і тривожно-депресивна симптоматика – у 11 (19,6%) пацієнтів із ПТСР та у 14 (20,6%) бійців з РА. Один пацієнт з діагнозом F43.22 намагався скоїти суїцид (спроба повіситись на ремені).

Особи, які виявилися схильними до суїцидальної поведінки, були, в основному, старші за 30 років (16; 64,0%) та переважно одинокі (15; 60,0%). Їм були притаманні низька комунікабельність, замкнутість (17; 68,0%), тривожність, відчуття провини та недовірливості (11; 44,0%), драматизація та негативна оцінка подій (8; 32,0%), неадекватна самооцінка (4; 16,0%). Відчуття сильної провини перед вбитими спостерігалось у 5 (8,9%) та ідеї самозвинувачення щодо поранень бойових товаришів – у 6 (10,7%) бійців з ПТСР. Проте у пацієнтів з РА думки провини та тривога стосувались лише родичів і спостерігались у 11 (16,2%) осіб.

Слід вказати на деякі особливості мислення пацієнтів, що мали суїцидальні тенденції: підвищена чутливість щодо критики на свою адресу, труднощі у прийнятті рішень, зниження рівня інтересів, іпохондричні думки. Такі особливості переважали в групі пацієнтів з РА (64,7%). У них також виявились високі показники вегето-вісцеральної симптоматики (64,3%) та соматичних скарг (57,1%).

Пасивні суїцидальні думки, які проявлялись у бажанні заснути та не прокинутись, виявлено у 7 (12,5%) бійців з ПТСР та у 8 (11,8%) – з РА. Активні суїцидальні думки (роздуми щодо конкретного засобу закінчення свого життя – вбивство зброєю, ініціювання загибелі на полі бою, повішання, нанесення ножових уражень) виявлено у 3 (5,4%) чоловіків з ПТСР та у 7 (10,3%) бійців з РА. У одного бійця з ПТСР та у 5 (5,9%) пацієнтів з РА було зафіксовано нанесення самоушкоджень з метою уникнення участі в бойових діях (вогнепальне поранення, ножові ураження та опіки).

Треба зазначити, що не зважаючи на тяжкі психологічні обставини, 17 (30,4%) бійців з ПТСР та один (1,5%) з РА мали наміри повернутися до своєї бойової частини якомога швидше.

Окремий фрагмент дослідження присвячено аналізу даних офіційної статистики за кримінальними провадженнями щодо завершених суїцидів серед учасників АТО за період 01.05.2015 – 20.10.2016 рр. (82 випадки). Усі суїциденти були особами чоловічої статі віком 33,2±8,4 року, переважно із середньою або середньою спеціальною освітою. 27 військовослужбовців перебували у шлюбі, 39 у шлюбі не перебували, 6 були розлучені або не проживали з родиною, 26 мали дітей; 50 осіб були віруючими та троє – атеїстами. Тривалість участі в бойових діях у 61 військового склала від 3 до 6 місяців та більше (табл.).

За механізмом скоєння суїциду в обох групах превалювало вогнепальне поранення. Високу летальність цього методу визначає низка факторів: доступність вогнепальної зброї серед військовослужбовців, смертоносність та неможливість переривання всередині спроби.

Майже половина завершених суїцидів були скоєні у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Зловживання алкоголем може призводити до суїцидальних дій через розгальмування, імпульсивність і порушення суджень, але алкоголь також може бути використаний як засіб, що полегшує переживання, пов'язані з вчиненням акту самогубства.

Таблиця. Загальна характеристика суїцидентів – учасників АТО

Показники (n = 82)		Абс.	%
Вік (років)	18–30	35	42,7
	31–40	35	42,7
	41–50	8	9,8
	Понад 50	4	4,8
Освіта	Початкова	2	2,4
	Неповна середня	3	3,7
	Повна середня	27	32,9
	Середня спеціальна	35	42,7
	Неповна вища	2	2,4
	Вища	7	8,5
Сімейний стан	Інформація відсутня	6	7,4
	У шлюбі не перебував	39	47,6
	У шлюбі	27	32,9
	Розлучений	6	7,3
	Вдівець	2	2,4
Кількість дітей	Інформація відсутня	8	9,8
	Дітей немає	42	51,2
	Одна дитина	11	13,4
	Двоє дітей	14	17,1
	Більше двох дітей	1	1,2
Тривалість участі в бойових діях (місяців)	Інформація відсутня	14	17,1
	0–1	4	4,9
	1–3	6	7,3
	3–6	28	34,1
	Понад 6	33	40,2
Перебував у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння	Інформація відсутня	11	13,5
	Так	37	45,7
	Ні	31	38,3
Наявність попередніх спроб самогубства	Інформація відсутня	13	16,0
	Так	6	7,3
	Ні	53	64,6
Механізм скоєння суїциду	Інформація відсутня	23	28,1
	Повішання	24	29,3
	Вогнепальне	50	61,0
	Інше	7	8,5
	Інформація відсутня	1	1,2

З різною частотою серед проявів у поведінці бійців, яка передувала суїцидальній спробі, повідомлялось про низьку комунікабельність, схильність драматизувати, скритність, підвищену чутливість, тривожність, замкненість, недовірливість, дратівливість, часте бажання усамітнитись, агресивність. Ці прояви, одночасно із бажанням повернутися до участі у бойових діях, можуть свідчити про наявність ПТСР або іншого психічного розладу, пов'язаного зі стресом, а також про порушення соціальної адаптації військовослужбовців.

Висновки

Учасники бойових дій мають доволі високі показники гетеро- та аутоагресивної поведінки як у зоні АТО, так і в мирних умовах, після демобілізації. Це підтверджується даними офіційної статистики Генеральної прокуратури України: за період проведення АТО з квітня 2014 по червень 2016 року військовослужбовцями було скоєно 259 самогубств, а також зафіксовано 148 випадків смерті внаслідок нещасного випадку, 121 навмисне вбивство, 111 порушень правил поведіння зі зброєю та бойовими припасами, 40 порушень заходів безпеки та 112 дорожньо-транспортних пригод [8]. Ці показники вказують на необхідність подальшого детальнішого дослідження вказаної проблеми, розробки та невідкладного впровадження діагностичних та лікувально-реабілітаційних програм для учасників АТО. За даними досліджень, проведених в країнах, де наявний досвід подібних тривалих бойових дій і їх наслідків, показники гетеро- та аутоагресивної поведінки значно нижчі завдяки впровадженню заходів ранньої інтервенції та створенню спеціалізованих психіатричних служб для комбатантів [9, 10].

Визначені особливості гетеро- та аутоагресивної поведінки слід враховувати при розробці диференційованих схем лікування посттравматичних психічних розладів у учасників бойових дій. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур медичного обстеження військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій та мають досвід психічної травми.

Список використаної літератури

1. DSM-5 and posttraumatic stress disorder / Andrew P. Levin, Stuart B. Kleinman, John S. Adler // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2014. – Vol. 42, № 2 – P.146–158.

2. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013, available at: <https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
3. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013, Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
4. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress, 2010, Режим доступу: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
5. Panagioti M. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression / M. Panagioti, P. A. Gooding, N. Tarrier // *Comprehensive Psychiatry.* – 2012. – Vol. 53 – P. 915–930.
6. Krynsinska K. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Krynsinska, D. Lester // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – Vol. 14. – P. 1–23.
7. Panagioti M. Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review / M. Panagioti, P. Gooding, N. Tarrier // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – Vol. 29. – P. 471–482.
8. Стали известны не боевые потери ВСУ за время АТО. Документ [Електронний ресурс] // *Обозреватель.* – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <http://obozrevatel.com/crime/21879-ponozhovschina-i-suitsid-stali-izvestnyi-neboevyye-poteri-vsu-vo-vremya-ato--dokument.htm>.
9. Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis / Craig J. Bryan, James E. Griffith, Tracy A. [et al.] // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2015. – Vol. 45. – P. 633–649.
10. Anger Intensification With Combat-Related PTSD and Depression Comorbidity / Oscar I. Gonzalez, Raymond W. Novaco, Mark A. Reger, Gregory A. Gahm // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy.* – 2016. – Vol. 8, № 1. – P. 9–16.

References

1. Levin, A. P., Kleinman, S. B. & Adler, J. S. (2014). DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* Vol. 42 (2). pp. 146-158.
2. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. (2013). Retrieved from: <https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
3. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO, 2013. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
4. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. (2010). Retrieved from: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
5. Panagioti, M., Gooding, P. A. & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry.* Vol. 53. pp. 915–930.
6. Krynsinska, K. & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res.* Vol. 14. pp. 1-23.
7. Panagioti, M., Gooding, P. & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review. *Clin. Psychol. Rev.* Vol. 29. pp. 471-482.
8. Стали известны не боевые потери ВСУ за время АТО. Документ [Became known non-combat losses of military forces of Ukraine during the anti-terrorist operation. Document]. (2016, June 14). *Obozrevatel'* [Reviewer]. Retrieved from: <http://obozrevatel.com/crime/21879-ponozhovschina-i-suitsid-stali-izvestnyi-neboevyye-poteri-vsu-vo-vremya-ato--dokument.htm>
9. Bryan, C. J., Griffith, J. E., Pace, B. T., Hinkson, K., Bryan, A. O., Clemans, T. A. & Imel, Z. E. (2015). Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav.* Vol. 45. pp. 633–649. doi:10.1111/sltb.12163
10. Gonzalez, O. I., Novaco, R. W., Reger, M. A. & Gahm, G. A. (2016). Anger Intensification With Combat-Related PTSD and Depression Comorbidity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* Vol. 8 (1). pp. 9–16.

АУТО- И ГЕТЕРОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ АТО И.Я. Пинчук, В.Я. Пишель, М.Ю. Польвяная, К.В. Гузенко, А.К. Ладик-Брызгалова

Актуальность. В течение последних двух лет отмечается увеличение количества участников АТО, имеющих посттравматические психические расстройства и нуждающихся в лечебно-реабилитационной помощи. Также в последнее время всё больше внимания уделяется специфичным симптомам ПТСР и сопутствующим расстройствам, в частности гетеро- и аутоагрессивному поведению. Аутоагрессивное и импульсивное поведение признаны ассоциированными расстройствами, которые могут существенно повлиять на клиническое течение ПТСР. Дальнейшее изучение особенностей ауто- и гетероагрессивного поведения у участников боевых действий и их взаимосвязи с посттравматическими психическими расстройствами является весьма актуальным и важным для оказания своевременной и эффективной медико-социальной помощи данной категории лиц.

Цель – установить особенности ауто- и гетероагрессивного поведения в структуре посттравматических психических расстройств и провести анализ завершённых суицидов у участников АТО.

Материалы и методы. Основу работы составляют результаты обследования 249 бойцов, находившихся на стационарном лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны. Методы исследования: информационно-аналитический, клинико-anamnestический, клинико-психопатологический и статистический.

Результаты. Установлено, что наиболее распространенными оказались расстройства, соответствующие диагностической рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Изучены клинико-социальные и клинико-психопатологические характеристики ПТСР и РА, а также особенности гетеро- и аутоагрессивного поведения в структуре этих расстройств. По результатам анализа завершённых суицидов (82 случая) среди участников АТО установлена их социодемографическая характеристика, обобщены данные о проявлениях, предшествовавших суицидальной попытке.

Выводы. Выявленные особенности гетеро- и аутоагрессивного поведения необходимо учитывать при разработке дифференцированных схем лечения посттравматических психических расстройств у участников боевых действий. Оценка суицидального риска должна быть включена в обязательные процедуры медицинского обследования военнослужащих, которые перенесли психическую травму.

Ключевые слова: посттравматические психические расстройства, суицидальное поведение, гетероагрессивное поведение, участники АТО.

AUTO- AND GETEROAGGRESSIVE BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS AT PARTICIPANTS IN THE ATO
I.Ya. Pinchuk, V.Ya. Pishel, M.Yu. Polyviana, K.V. Guzenko, A.K. Ladyk-Bryzgalova

Background. Quantity of participants of the anti-terrorist operation (ATO) with post-traumatic mental disorders, who need in medical-rehabilitation help, is grown in the last two years. Also in the last time attention spared more to the specific symptoms of PTSD and concomitant disorders, such as getero- and autoaggressive behavior. Autoaggressive and impulsive behavior is acknowledged as associated disorders, which can substantially influence on clinical course of PTSD. Future research of features of auto- and geteroaggressive behavior at participants of the ATO and their intercommunication with post-traumatic mental disorders are very actual and important for timely and effective medico-social help to this category of persons.

Objective. To determine features of auto- and geteroaggressive behavior in the structure of post-traumatic mental disorders; to analyze of completed suicides among the participants of the ATO.

Methods and material. We examined 249 combatants, who were hospitalized in the Ukrainian state medico-social center of war veterans. The main methods of investigation were information-analytical, clinical-anamnestic, clinical-psychopathologic and statistical.

Results. The most prevalence disorders corresponded to the diagnostic code F43 "Reaction to a severe stress, and adjustment disorders". Clinical-social and clinical-psychopathologic characteristics of PTSD and adjustment disorders are studied, as also features of getero- and autoaggressive behavior in the structure of these disorders. Analysis of completed suicide (82 cases) among the participants of the ATO determined their socio-demographic characteristics. Data about features, which preceded a suicidal attempt, were generalized.

Conclusions. Certain features of getero- and autoaggressive behavior need to take into account during development of the differentiated charts of treatment of post-traumatic mental disorders at participants of war actions. The estimation of suicidal risk must be included to obligatory procedures of medical examination of combatants, who had psychical trauma.

Key words: post-traumatic mental disorders, suicidal behavior, geteroaggressive behavior, participants of the anti-terrorist operation.

Стаття надійшла до редакції 10.08.2016 р.

ПИНЧУК Ірина Яківна, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, e-mail: undisspn@ukr.net

ПІШЕЛЬ Віталій Ярославич, д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: v_pishel@yahoo.com

ПОЛІВ'ЯНА Марина Юріївна, к.психол.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

ГУЗЕНКО Катерина Валеріївна, к.мед.н., старший науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

ЛАДИК-БРІЗГАЛОВА Аліса Костянтинівна, аспірант УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: ant.87193@gmail.com

ПИНЧУК Ирина Яковлевна, д.мед.н., с.н.с., директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (УНДІ ССПН МЗ України), г. Киев; e-mail: undisspn@ukr.net

ПИШЕЛЬ Виталий Ярославич, д.мед.н., проф., заведующий отделом медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: v_pishel@yahoo.com

ПОЛЫВЯНАЯ Марина Юрьевна, к.психол.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

ГУЗЕНКО Екатерина Валериевна, к.мед.н., старший научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

ЛАДЫК-БРЫЗГАЛОВА Алиса Константиновна, аспирант УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: ant.87193@gmail.com

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, PhD, Director of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv; e-mail: undisspn@ukr.net

PISHEL Vitalii Yaroslavovych, MD, PhD, Prof., Head of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: v_pishel@yahoo.com

POLYVIANA Maryna Yuriivna, PsyD, PhD, Leading research officer of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

GUZENKO Kateryna Valeriivna, MD, PhD, Senior research officer of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

LADYK-BRYZGALOVA Alisa Kostiantynivna, MD, PhD-student of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: ant.87193@gmail.com