

В. Л. Наумов

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ,  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ  
ОСОБИСТОСТІ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», м. Харків, Україна

**Актуальність.** У зв'язку із нестабільною ситуацією на Сході України на сьогодні все більшої актуальності набувають наукові дослідження в галузі медицини, психології й психіатрії, які спрямовані на пошук методів всебічної діагностики та розробки алгоритмів медико-психологічної допомоги, супроводу та реабілітації осіб, які були учасниками бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

**Мета** – визначити особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) в учасників бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

**Матеріали та методи.** Контент-аналіз теоретичних та емпіричних досліджень сучасності за даною тематикою та відповідний психодіагностичний інструментарій. Вибірку дослідження склали військовослужбовці у кількості 201 особа чоловічої статі віком від 21 до 56 років.

**Результати.** У роботі описано клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців з розладами адаптації (РА), посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та постстресовим розладом особистості (ПРО) у учасників АТО. За результатами дослідження встановлено, що майже 60 % опитаних у кожній із груп мають підвищений та дуже високий рівень соціальної фрустрації. Виявлено, що гострий стресовий розлад найвираженіше проявляється у осіб з РА та ПРО, а для осіб з ПТСР характерні яскраві прояви цього патологічного стану. Для осіб з ПРО більше, ніж для інших опитаних, характерна наявність депресивних станів.

**Висновки.** Оскільки в жодній із досліджуваних груп активне вирішення проблем не займає перше місце, а також наявний високий рівень соціальної фрустрації та гострих стресових розладів й ПТСР, що в сукупності вказує на уразливість, слабкість військовослужбовців, їх нездатність витримувати тяжкі життєві ситуації, то і проблема профілактики й запобігання негативним наслідкам стресу для них набуває все більшої актуальності. Все це вказує на необхідність створення умов для посилення позитивних змін в їх поведінці, на розвиток потенціалу та допомоги в знаходженні ресурсу для відновлення й соціалізації. Отже, гостро постає питання виявлення маркерів надання медико-психологічної допомоги та розробки алгоритмів супроводу й лікування цих осіб.

**Ключові слова:** військовослужбовець, бойові дії, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад та постстресовий розлад особистості, учасники АТО.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО  
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

В. Л. Наумов

ГУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», г. Харків, Україна

**Актуальность.** В связи с нестабильной ситуацией на Востоке Украины на сегодня все большую актуальность приобретают научные исследования в области медицины, психологии и психиатрии, направленные на поиск методов всесторонней диагностики и разработки алгоритмов медико-психологической помощи, сопровождения и реабилитации лиц, которые были участниками боевых действий (УБД) в зоне антитеррористической операции (АТО).

**Цель** – определить особенности клинико-психопатологических проявлений расстройств адаптации (РА), посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и постстрессовых расстройств личности (ПРО) у участников боевых действий (УБД) в зоне антитеррористической операции (АТО).

**Материалы и методы.** Контент-анализ теоретических и эмпирических исследований современности по данной тематике и соответствующий психодиагностический инструментарий. Выборку исследования составили военнослужащие в количестве 201 лица мужского пола в возрасте от 21 до 56 лет.

**Результаты.** В работе описаны клинико-психопатологические особенности военнослужащих с расстройствами адаптации (РА), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и постстрессовым расстройством личности (ПРО) у участников АТО. По результатам исследования установлено, что почти 60 % опрошенных в каждой из групп имеют повышенный и очень высокий уровень социальной фрустрации. Выведено, что острое стрессовое расстройство наиболее выражено проявляется у лиц с РА и ПРО, а для лиц с ПТСР характерны яркие проявления этого патологического состояния. Для лиц с ПРО больше, чем для других опрошенных, характерно наличие депрессивных состояний.

**Выводы.** Поскольку ни в одной из исследованных групп активное решение проблем не занимает первое место, а также имеется высокий уровень социальной фрустрации и острых стрессовых расстройств и ПТСР, что в совокупности указывает на уязвимость, слабость военнослужащих, их неспособность выдерживать тяжелые жизненные ситуации, то и проблема профилактики и предотвращения негативных последствий стресса для них приобретает все большую актуальность. Все это указывает на необходимость создания условий для усиления позитивных изменений в их поведении, на развитие потенциала и помощи в нахождении ресурса для восстановления и социализации. Итак, остро встает вопрос выявления маркеров оказания медико-психологической помощи и разработки алгоритмов сопровождения и лечения этих лиц.

**Ключевые слова:** военнослужащий, боевые действия, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство и постстрессовое расстройство личности, участники АТО.

**PECULIARITIES OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES PERSON WITH ADAPTATION DISORDERS, POST-TRAUMATIC STRESS  
DISORDER AND POST-STRESS PERSONAL DISORDERS FOR PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION**

V. L. Naumov

State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

**Background.** In connection with the unstable situation in the east of Ukraine in this period, the necessity to conduct scientific research in the field of medicine, psychology and psychiatry aimed at finding methods for comprehensive diagnosis and development of algorithms for medical and psychological assistance, support and rehabilitation of persons who were participants in hostilities (PPH) in the zone of the antiterrorist operation (ATO).

**Objective.** Identify the features of clinical-psychopathological manifestations of adaptation disorders (AD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-stressed personality disorders (PSPD) in combatants in the antiterrorist operation (ATO) zone.

**Materials and methods:** the content analysis of theoretical and empirical research of the present in this field and the corresponding psychodiagnostic tools.

The material of the study was as follows: military men in quantity of 201 males aged 21 to 56 years.

**Results.** The clinical-psychopathological peculiarities of servicemen with adaptation disorders (AD), posttraumatic stress disorder (PTSD) and post-stress personality disorder (PSPD) among participants of the ATO are described. According to the results of the study, it is established that almost 60% of the respondents in each of the groups demonstrate an elevated and very high level of social frustration. It was revealed that acute stress disorder is most pronounced in persons with RA and PSPD, and for persons with PTSD, vivid manifestations of the same pathological condition are characteristic. For people with PSPD more than for other respondents, characterized by the presence of depressive conditions.

**Conclusions.** Due to the fact that in none of the investigated groups the active solution of problems takes first place, and also found a high level of social frustration and the presence of acute stress disorders and PTSD, which together indicates the vulnerability and weakness of servicemen, their inability to withstand difficult life situation, the problem of preventing and warning the negative consequences of stress is becoming increasingly important for them. All this points to the need to create conditions for strengthening positive changes in their behavior, to develop the potential and help in finding a resource for reconstruction and socialization. Therefore, the issue of identifying markers for providing medical and psychological assistance and developing algorithms for accompanying and treating these individuals is acute.

**Keywords:** serviceman, combat operations, adaptation disorders, post-traumatic stress disorder and post-stressed personality disorder, ATO participants.

**For citation:** Naumov V. L. Peculiarities of clinical-psychopathological peculiarities person with adaptation disorders, post-traumatic stress disorder and post-stress personal disorders for participants of military action. *Arkhiv Psykhatrii*. 2018, 24(3): 136–141. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): dgyulia.as@gmail.com

Received / Поступила: 14.06.2018

Accepted / Прийнята до друку: 27.08.2018

**Актуальність.** Усе більшого розвитку в умовах сучасного становлення та економічно-політичної ситуації в Україні набуває розвиток не тільки медицини, психології, психіатрії, а й військової психології. Одним із провідних напрямків експериментальних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та статистичних досліджень у вказаних галузях науки стає пошук методів всебічної діагностики та розробки алгоритмів медико-психологічної допомоги, супроводу та реабілітації осіб, які були учасниками бойових дій (УБД) в зоні антитерористичної операції (АТО) на Сході України. Сучасні дослідження здебільшого орієнтовані на виявлення клініко-психопатологічних наслідків бойового стресу (БС), який виникає безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після деякого періоду (місяць, рік і більш тривалий час) [1–3, 5].

У класифікації МКХ-10 [4] у рубриці F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» та в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121, виокремлені наступні види розладів: гостра реакція на стрес (F43.0); післятравматичний стресовий розлад (F43.1); порушення адаптації (F43.2); інші реакції на тяжкий стрес (F43.80); реакція на тяжкий стрес, неуточнена (F43.90). У свою чергу, розлади адаптації (РА) включають: короткочасну депресивну реакцію (F43.20); пролонговану депресивну реакцію (F43.21); змішану тривожну і депресивну реакцію (F43.22); з переважанням емоційних порушень (F43.23); з переважанням порушень поведінки (F43.24); змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25) [4, 7]. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) визначається як відтермінована або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

Ознаки постстресових розладів особистості (ПРО), схожі із зазначеними в МКХ-10 у розділі F62.0 «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи», яскраво виявляються у УБД, мобілізованих із зони АТО. Зміни особистості в даній групі мають постійний ха-

раактер, порушують нормальний стереотип життя, етіологічно можна простежити глибокі і екзистенційні екстремальні переживання, отримані під час перебування в концентраційних таборах, після пережитих тортур чи насильства, стихійних лих чи інших тривалих небезпечних для життя обставин, що призводять у подальшому до порушення адаптації в міжперсональній, соціальній і професійній сферах життєдіяльності особистості. Характерна наявність таких, що не спостерігалися раніше, ознак, як вороже або недовірливе ставлення до світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності і безнадії, хронічне відчуття постійної загрози, відчуженість [4, 7].

Прояви у службовців збройних сил України (ЗСУ) негативних психічних станів, бойової психічної травми в формі розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) та інших соціальних і психопатологічних змін особистості, які негативно впливають на їх соціалізацію та адаптацію після прибуття із зони бойових дій, вимагають невідкладної розробки та введення й активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів [1, 3].

З метою виявлення маркерів надання медико-психологічної допомоги та розробки алгоритмів супроводу і лікування цих осіб у майбутньому в роботі підкреслено клініко-психопатологічні особливості представників кожної із вказаних груп (РА, ПТСР та ПРО) дослідження.

**Мета** – визначити особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) в учасників бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

## Матеріали та методи дослідження

Проведено контент-аналіз сучасних теоретичних та емпіричних досліджень щодо розладів адаптації, психічних розладів, посттравматичних стресових розладів, бойового стресу, постстресових розладів особистості та інших психопатологічних порушень у військовослужбовців. Використовували психодіагностичні методи: «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стре-

сового розладу», Методику діагностики рівня соціальної фрустрації Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка, Опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, Опитувальник травматичного стресу ОТС (Котенев, 1996) для оцінки вираження симптомів постстресових порушень. Методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Норманн С., Ендлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. І.; адаптований варіант Крюкової Т. А., 2002) спрямована на визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) була застосована для скринінгового виявлення тривоги і депресії [2, 6, 7].

**Контингент дослідження** склали військовослужбовці зі встановленим діагнозом розладу адаптації (РА), посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та постстресового розладу особистості (ПРО). Всього було обстежено 219 осіб чоловічої статі віком від 21 до 56 років, з них 18 осіб не було враховано у дослідженні згідно з критеріями включення / виключення.

### Результати та їх обговорення

На першому етапі дослідження з метою діагностики наявності наслідків бойової психічної травми (БПТ) проведено первісне експрес-тестування з дотриманням рекомендацій, наданих в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [7]. Було опитано 219 осіб, з них, за результатами експрес-діагностики з використанням «Опитувальника для скринінгу посттравматичного стресового розладу», було сформовано групу для подальшого дослідження у кількості 201 особа, які склали 100 % вибірки. Усі обстежені (201 особа) були поділені на три групи залежно від встановленого діагнозу: 78 осіб із РА склали першу групу досліджених – ОГ1; 64 особи, в яких виявлено ПТСР, склали другу групу досліджених – ОГ2; 59 осіб, які мали ПРО, склали третю групу досліджених – ОГ3.

На другому етапі досліджували можливі клініко-психопатологічні прояви особливостей перебігу РА, ПТСР та ПРО у військовослужбовців.

Для дослідження особливостей рівня фрустрації було обрано методику діагностики рівня соціальної фрустрації Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка (Малкін-Пих І. Г., 2005) (табл. 1)

У результаті проведеного психодіагностичного дослідження за даною методикою встановлено, що в осіб усіх досліджуваних груп здебільшого наявний підвищений та дуже високий рівень фрустрації (ОГ1 – 35,90 %, ОГ2 – 21,88 %, ОГ3 – 25,42 % – дуже високий рівень соціальної фрустрації; ОГ1 – 26,92 %, ОГ2 – 35,94 %, ОГ3 – 37,29 % – підвищений рівень соціальної фрустрації відповідно) тобто майже 60 % опитаних у кожній із досліджуваних груп гостро відчувають психічну напругу, обумовлену незадоволенням своїми досягненнями і своїм місцем у соціально заданих ієрархіях.

При визначенні психопатологічної симптоматики у представників досліджуваних груп було використано

опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis), який дав змогу виокремити певні характеристики військовослужбовців з досліджуваними розладами (табл. 2).

У результаті дослідження встановлено, що особам з РА притаманні тривожність (ОГ1 – 25,64 % опитаних), фобічна тривожність (ОГ1 – 20,51 % опитаних), ворожість (ОГ1 – 8,97 % опитаних), а деякі демонструють депресивність (ОГ1 – 8,97 % опитаних). Група осіб з ПТСР характеризується ворожістю (ОГ2 – 23,44 % опитаних), депресивністю (ОГ2 – 17,19 % опитаних), міжособистісною сенситивністю (ОГ2 – 15,63 % опитаних), обсессивно-компульсивним розладом (ОГ2 – 9,38 % опитаних). Особи з групи з діагнозом ПРО мають наступні індивідуально-психологічні особливості: паранояльні тенденції (ОГ3 – 27,12 % опитаних), тривожність (ОГ3 – 15,25 % опитаних), ворожість (ОГ3 – 13,56 % опитаних) та психотизм (ОГ3 – 10,17 % опитаних), інколи й міжособистісну сенситивність (ОГ3 – 8,47 % опитаних).

Далі було проведено оцінку вираження симптомів постстресових порушень за допомогою Опитувальника

Таблиця 1. Результати дослідження рівня соціальної фрустрації (n, %)

Рівень соціальної фрустрації	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Дуже високий рівень фрустрації	28	35,9	14	21,88	15	25,42
Підвищений рівень фрустрації	21	26,92	23	35,94	22	37,29
Помірний рівень фрустрації	17	21,79	12	18,75	11	18,64
Невизначений рівень фрустрації	9	11,54	10	15,63	8	13,56
Знижений рівень фрустрації	3	3,85	4	6,25	2	3,39
Дуже низький рівень фрустрації	0	0	1	1,56	1	1,69
Відсутність (майже відсутність) фрустрації	0	0	0	0	0	0

Таблиця 2. Результати дослідження основних симптоматичних розладів у військовослужбовців (n, %)

Шкали	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Соматизація	6	7,69	4	6,25	4	6,78
Обсесивність – при ПТСР більше компульсивність	5	6,41	6	9,38	3	5,08
Міжособистісна сенситивність	6	7,69	10	15,63	5	8,47
Депресія	7	8,97	11	17,19	4	6,78
Тривожність	20	25,64	7	10,94	9	15,25
Ворожість	7	8,97	15	23,44	8	13,56
Фобічна тривожність	16	20,51	4	6,25	4	6,78
Паранояльні тенденції	6	7,69	4	6,25	16	27,12
Психотизм	5	6,41	3	4,69	6	10,17

травматичного стресу ОТС (Котенев, 1996), який дозволив детальніше розглянути основні групи дослідження за трьома основними показниками – ПТСР, гострий стресовий розлад (ГСР) та депресія (depression) (табл. 3).

Проаналізувавши отримані дані можна зробити висновки, що ГСР найбільш виражено проявляється в ОГ1 – 93,59 % опитаних, для осіб з ОГ2 характерні яскраві прояви ПТСР – 95,31 % опитаних, а для осіб з ОГ3 найхарактернішим є ГСР – 77,97 % опитаних. У кожній із досліджуваних груп виявлено певний відсоток осіб, які мають депресивні стани, зокрема в ОГ3 найбільший відсоток таких осіб – 22,03 % опитаних, в ОГ1 – 6,41 % опитаних, а в ОГ2 – 4,69 % опитаних.

З метою виявлення домінуючих копінг-стратегій ми використали Методику оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Норманн С., Эндлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. І.; адаптований варіант Крюкової Т. А., 2002) (табл. 4, 5), яка дозволила виявити можливі реакції на стресові ситуації і визначити домінуючі копінг-стресові поведінкові стратегії, розкривши реакції досліджуваних на стресові ситуації. Ця методика дозволила нам діагностувати наступні копінги: активні, спрямовані на зміну ситуації стратегії (планомірне вирішення проблеми; протистояння); захисні способи, уникнення (фантазування, відволікання, дистанціювання); звернення за допомогою і підтримкою до соціального оточення; позитивну переоцінку; самоконтроль; самозвинування (табл. 4).

Встановлено, що особи досліджуваної групи ОГ1 більш схильні до копінгу, орієнтованого на уникнення – 75,64 % опитаних, значно менше осіб даної групи демонструє емоційно-орієнтований копінг – 14,10 % опитаних, та найменша кількість досліджуваних демонструє проблемно-орієнтований копінг – 10,26 % опитаних. Для осіб групи ОГ2 більш характерний емоційно-орієнтований копінг – 48,44 % опитаних, орієнтованих на

Таблиця 3. Результати дослідження основних постстресових порушень за ОТС у військовослужбовців (n, %)

Показник	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	0	0	61	95,31	0	0
Гострий стресовий розлад (ГСР)	73	93,59	0	0	46	77,97
Депресія (depression)	5	6,41	3	4,69	13	22,03

Таблиця 4. Визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій серед досліджених (n, %)

Стиль / субстиль	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Проблемно-орієнтований копінг (ПОК)	8	10,26	8	12,5	6	10,17
Емоційно-орієнтований копінг (ЕОК)	11	14,1	31	48,44	16	27,12
Копінг, орієнтований на уникнення (ЯКІ)	59	75,64	25	39,06	37	62,71

уникнення було 39,06 %, найменша кількість опитаних мала проблемно-орієнтований копінг – 12,50 % опитаних. Особи групи ОГ3 здебільшого орієнтовані на уникнення – 62,71 % опитаних, емоційно-орієнтований копінг демонстрували 27,12 % опитаних, найменша кількість досліджених була орієнтована на вирішення проблем (проблемно-орієнтований копінг) – 10,17 % опитаних.

Для більш детального дослідження особливостей копінгу, орієнтованого на уникнення, ми проаналізували додаткові субшкали «Методики оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (табл. 5): «відволікання» та «соціальне відволікання».

За результатами дослідження встановлено, що для осіб групи ОГ1 більш характерне «відволікання» – 64,41 % опитаних, для ОГ2 – «соціальне відволікання» – 64,00 %, для ОГ3 – «відволікання» – 78,38 %. Таким чином можна зазначити, що досліджувані не спрямовані на вирішення своїх проблем, для них характерне уникнення вирішення проблеми в надії, що вона вирішиться сама собою, чи відволікання на міжособистісні стосунки, зустрічі з друзями, значимими особами, щоб відволіктись на їх проблеми, не вирішуючи при цьому свої.

Далі ми вивчали рівень тривоги та депресії в групах за допомогою психодіагностичної методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (табл. 6)

У результаті дослідження встановлено, що достовірно більша кількість осіб ОГ1 та ОГ2 мали клінічно виражену тривожність, відповідно 53,85 % та 46,88 %, а в ОГ3 виявлено субклінічно виражену тривожність – 52,54 %. Група ОГ1 відрізняється значним показником клінічно вираженої тривоги – 53,85 %, що достовірно більше, ніж у групах ОГ2 – 46,88 % та ОГ3 – 38,98 % (p<0,05).

Таблиця 5. Розподіл обстежених за домінуючими копінг-стратегіями, орієнтованими на уникнення, за додатковими субшкалами у опитувальнику (n, %)

Субшкали	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Субшкала «Відволікання»	38	64,41	9	36	29	78,38
Субшкала «Соціальне відволікання»	21	35,59	16	64	8	21,62

Таблиця 6. Розподіл обстежених за рівнями тривоги та депресії (n, %)

Рівень виразності показника	ОГ1 (n=78)		ОГ2 (n=64)		ОГ3 (n=59)	
	n	%	n	%	n	%
Рівень тривоги (шкала HADS)						
Норма	10	12,82	13	20,31	5	8,47
Субклінічно виражена	26	33,33	21	32,81	31	52,54
Клінічно виражена	42	53,85	30	46,88	23	38,98
Рівень депресії (шкала HADS)						
Норма	36	46,15	11	17,19	12	20,34
Субклінічно виражена	18	23,08	27	42,19	16	27,12
Клінічно виражена	24	30,77	26	40,63	31	52,54

Примітка. \* – різниця між групами достовірна, p<0,05.

За шкалою депресії норма виявлена в групі ОГ1 – 46,15 %, що достовірно відрізнялося від показників норми в ОГ2 – 17,19 % та ОГ3 – 20,34 % ( $p \leq 0,05$ ). Субклінічно виражена депресія була достовірно вищою в групі ОГ2 – 42,19 %, що підтверджено відповідними результатами за даною шкалою у групах ОГ1 – 23,08 % та ОГ3 – 27,12 % ( $p \leq 0,05$ ). Клінічно виражена депресія була достовірно вища в ОГ3 – 52,54 %, ніж в ОГ1 – 30,07 % та ОГ2 – 40,63 % ( $p \leq 0,05$ ).

### Висновки та перспективи подальших досліджень

Проаналізувавши отримані результати психодіагностичного дослідження можна виокремити наступні клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців з РА, ПТСР та ПРО. Майже 60 % опитаних в кожній із досліджуваних груп гостро відчувають психічну напругу, обумовлену незадоволенням своїми досягненнями і своїм становищем у соціально заданих ієрархіях, демонструючи підвищений та дуже високий рівень соціальної фрустрації.

Основними симптоматичними розладами у групі обстежених з РА є нервозність, напруга й тремтіння, напади паніки і відчуття насильства, нав'язливість почуття небезпеки, побоювання і страху, а також деякі соматичні кореляти тривожності. Наявна стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна відносно стимулу, що призводить до поведінки уникнення, аж до ступеня фобічності (агорафобії). Для даної групи осіб характерні також агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Основними симптоматичними розладами в групі досліджуваних з проявами ПТСР є насамперед агресія, дратівливість, гнівливість і обурення, вони також мають ознаки клінічної депресивності з симптомами дисфорії й афекту, такими як відсутність інтересу до життя, недостатня мотивація і втрата життєвої енергії. Крім того, наявні яскраві прояви почуття безнадії, думки про суїцид й інші когнітивні і соматичні кореляти депресії. Здатність до самокритики посилює почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, самоосуду, що призводить до виникнення почуття неспокою і спричиняє помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії.

Крім того, високі показники за шкалою «Міжособистісна сенситивність» вказують на загострене почуття усвідомлення власного «Я» і негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії у будь-яких комунікаціях з іншими людьми. У них все частіше з'являються думки про травмуючі події, а дії стають більш імпульсивними та переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі «Я».

Для осіб з ПРО більш характерна параноїальна поведінка як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії є основними ознаками параноїального розладу, аж до негативного афективного стану злості на фоні нападу агресії, дратівливості, гніву й неймовірного обурення. До складу пунктів входять усі три озна-

ки, що відображають всі ці переживання, сприяють формуванню нервозності, викликаючи напругу і тремтіння, аж до нападів паніки. Інколи з'являються відчуття насильства, нав'язливості почуття небезпеки, побоювання і страху, аж до негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії у будь-яких комунікаціях з іншими людьми.

За результатами дослідження основних постстресових порушень у військовослужбовців встановлено, що ГСР найвиразніше проявляється у осіб з РА та ПРО, а для осіб з ПТСР характерні яскраві прояви даного патологічного стану. Також для осіб з ПРО, більше, ніж для осіб інших досліджуваних груп, характерна і наявність депресивних станів.

Встановлено, що в жодній із досліджуваних груп активне вирішення проблем не займає перше місце. Це вказує на уразливість, слабкість військовослужбовців, їх нездатність витримувати складні життєві ситуації, що зумовлює необхідність вирішення проблеми профілактики, запобігання негативним наслідкам стресу, і на необхідність створення умов для посилення позитивних змін в їх поведінці, на розвиток потенціалу та допомоги в знаходженні ресурсу для відновлення та соціалізації.

Клінічно виражений рівень тривоги у осіб з РА та ПТСР і субклінічно виражена тривожність у осіб з ПРО вказують на емоційну нестійкість, негативну забарвленість переживання внутрішнього неспокою і заклопотаності, незадоволеність, напруженість, відчуття необхідності якихось пошуків. Прослідковується виражена схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих для своєї самооцінки, престижу, самоповаги або життєдіяльності. При цьому проявляється схильність реагувати на такі ситуації станом тривоги. Відчувається підвищена чутливість стосовно негативних подій або невдач, які лише імовірно можуть трапитися або статися.

Прояви депресивності (середній рівень) найбільш характерні для осіб з ПТСР, у них переважає знижений фон настрою, у соціальному житті це проявляється як загальна безрадісність, схильність все бачити крізь «темні окуляри», сприймати все болісно і загострено.

Обстежені з ПРО мають найвищий рівень депресії, у них переважають пригнічений настрій, відсутність апетиту, постійні порушення сну, спостерігались і ангедонія, психомоторне збудження або загальмованість, стомлюваність, порушення концентрації уваги, нерішучість.

Досліджені клініко-психопатологічні особливості осіб з встановленим діагнозом РА, ПТСР та ПРО є лише частиною необхідних та актуальних досліджень сучасності. Надалі ми плануємо детальніше дослідити індивідуально-психологічні особливості досліджуваного контингенту та виявити схильність до адитивної поведінки, розглянути можливі коморбідні сплетення залежностей серед військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій у зоні АТО, з метою розробки й доповнення комплексних програм їх медико-психологічного супроводу та реабілітації, а також для розробки прогностичних заходів та профілактики наслідків БПТ.

## Список використаної літератури

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин та ін. ; Харків : ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
2. Донцов Д. А., Донцова М. В., Поляков Е. А. Комплексное учебно-методическое пособие по дисциплинам «Психодиагностика» и «Практикум по психодиагностике». Воронеж : Научная книга, 2013. 164 с.
3. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. А. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. Вип. 3(72). С. 200–201.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). Киев : Сфера, 2005. 307 с.
5. Пінчук І. Я. Поширеність психічних розладів в Україні. Профілактична медицина. 2010. № 1. С. 168–176.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121. Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_YKPMO\\_PTSR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.pdf) (дата звернення 05.06.2018).

## References

1. Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Shestopalova, L. F., Linskyi, I. V., Pidkorytov, V. S., Lipatov, I. I., ... Zavorotnyi, V. I. (2014). *Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii* [Diagnostics, therapy and prevention of medical

- and psychological consequences of combat operations in modern conditions: methodical recommendations]. Kharkiv: State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 80 p. (In Ukrainian).
2. Dontsov, D. A., Dontsova, M. V., & Poliakov, E. A. (2013). *Kompleksnoe uchebno-metodicheskoe posobie po distsiplinam «Psikhodiagnostika» i «Praktikum po psikhodiagnostike»* [Comprehensive educational and methodical manual on the disciplines «Psychodiagnostics» and «Practical work on psychodiagnostics»]. Voronezh: Nauchnaia kniga, 164 p. (In Russian).
  3. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semikina, O. Ye., Fedchenko, V. Yu., & Kalenska, H. Yu (2012). Suchasni mekhanizmy nevrozohenezu ta yikh psykhoterapevtychna korektsiia [Modern mechanisms of neurozogenesis and their psychotherapeutic correction]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 200–201. (In Ukrainian).
  4. *Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei (10-i peresmotr) Glava 5 Psikhiiatriia* [International Classification of Diseases (10th revision) Chapter 5 (Psychiatry)]. (2005). Kiev: Sfera, 307 p. (In Russian).
  5. Pinchuk, I. Ya. (2010). Poshyrenist psykhychnykh rozladiv v Ukraini [The prevalence of mental disorders in Ukraine]. *Profilaktychna medytsyna – Preventive medicine*, vol. 1, pp. 168–176. (In Ukrainian).
  6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M, 672 p. (In Russian).
  7. Ministry of Health of Ukraine (23.02.2016). *Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad* [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder]. (Order of the Ministry of Health of Ukraine No 121). Kyiv. Available at: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_YKPMO\\_PTSR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.pdf) (accessed date 05.06.2018). (In Ukrainian).

### Відомості про автора:

**НАУМОВ Валерій Леонідович** – науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів, ДУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)

### Сведения об авторе:

**НАУМОВ Валерий Леонидович** – научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний, ГУ «Институт неврологии, психиатрии, наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)

### About the Author:

**NAUMOV Valerii Leonidovych** – Researcher, Department of Neurosis and Border States, State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)