

- McKenzie та ін.]. // Sleep Medicine Reviews. — 2013. — №17. — С. 255–262.
11. Sleep Duration and Reported Functional Capacity among Black and White US Adults / [P. Brimah, F. Oulds, O. Olafiranye та ін.]. // Journal Of Clinical Sleep Medicine. — 2013. — №9. — С. 605–609.
12. A Community study of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS) in middle-aged Bangladeshi population / A.Hossain, K. Ahmed, M. Islam, R. Chakroborty. // Bangladesh Medical Research Council Bulletin. — 2016. — №41. — С. 13.
- Вперше поступила в редакцію 12.10.2018 г.  
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616-056.83: 613.816: 159.9: 355.01

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2525810>

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Черненко І.О.**

*Клініка психіатрії (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ»  
Міністерства оборони України*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПТСР У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**Черненко И.А.**

*Клиника психиатрии (с палатами для наркологических больных) НВМКЦ «ГВКГ»  
МО Украины*

## **MODERN APPROACHES TO COMPLEX TREATMENT PTSD IN PARTICIPANTS OF LOCAL COMBAT ACTIONS**

**Chernenko I.A.**

*Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of NMMCC “MMCH” of the Ministry  
of Defense of Ukraine*

### **Резюме (Summary)**

Автором в роботі проаналізовано світові сучасні підходи до комплексного лікування посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. Надано розвернутий аналіз клінічних протоколів (директив, керівних настанов) розроблених Американською психіатричною асоціацією (APA), Національним інститутом здоров'я і клінічної якості Сполученого Королівства (NICE), Міжнародного суспільства досліджень травматичного стресу (ISTSS), Інституту Медицини (IOM), Австралійської Національної ради з охорони здоров'я і медичних досліджень (ACPMH) і Департаменту по справах ветеранів і Міністерства оборони США (VA DoD). Завдяки застосуванню метода AGREE II [23] для оцінки придатності використання сучасних клінічних протоколів лікування ПТСР, зокрема у військовослужбовців, а також проведеного теоретико-інформаційного аналізу наукових даних мета-аналізів та систематичних оглядів наукових досліджень з питань терапії ПТСР. Автором розроблено та розкрито деякі рекомендації щодо впровадження комплексного лікування ПТСР у учасників локальних бойових дій.

**Ключові слова:** *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психотерапія,*

*психофармакотерапія, ефективність, когнітивно-поведінкова терапія.*

Автором в роботі проаналізовані всемирні сучасні підходи до комплексного лікування посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. Представлено розгорнутий аналіз клінічних протоколів (директив, керівних постановлень) розроблених Американської психіатричної асоціацією (APA), Національним інститутом здоров'я та клінічного якості Соединеного Королівства (NICE), Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу (ISTSS), Інституту Медицини (IOM), Австралійського Національного ради з охорони здоров'я та медичним дослідженням (ACPMH) та Департаменту по справам ветеранів та Міністерства оборони США (VA, DoD). Завдяки використанню методу AGREE II [23] для оцінки придатності використання сучасних клінічних протоколів лікування ПТСР, зокрема у військовослужбовців, а також проведеного теоретико-інформаційного аналізу наукових даних мета-аналізів та систематичних оглядів наукових досліджень по питаннях терапії ПТСР. Автором розроблені та розкриті деякі рекомендації по впровадженню в Україні комплексного лікування ПТСР у учасників локальних бойових дій.

**Ключові слова:** *посттравматичне стресове розлад (ПТСР), психотерапія, психофармакотерапія, ефективність, когнітивно-поведінкова терапія.*

The author analyzes global modern approaches to the integrated treatment of post-traumatic stress disorder among participants in local hostilities. A comprehensive analysis of clinical protocols (guidelines, guidelines) developed by the American Psychiatric Association (APA), the United Kingdom National Institute for Health and Clinical Quality (NICE), the International Society for Traumatic Stress Research (ISTSS), the Institute of Medicine (IOM), the Australian Health and Medical Research (ACPMH) and the Department of Veterans Affairs and the US Department of Defense (VA, DoD). Thanks to the use of the AGREE II method [23] to assess the suitability of using modern clinical protocols for the treatment of PTSD, in particular among military personnel, as well as a theoretical information analysis of scientific data from meta-analyses and systematic reviews of research on PTSD therapy. The author has developed and disclosed some recommendations for the introduction in Ukraine of complex treatment of PTSD among participants in local hostilities.

**Key words:** *post-traumatic stress disorder (PTSD), psychotherapy, psychopharmacotherapy, effectiveness, cognitive-behavioral therapy.*

### Актуальність

Сучасний період наукових досліджень стрес-асоційованих психічних порушень характеризується великим інтересом до аналізу ефективності та/або результативності терапії ПТСР — як найбільш виразної «кульмінації розвитку» відповіді на надмірний стрес у людини, яка супроводжується значними біопсихосоціальними наслідками.

Критеріями такої ефективності є

зменшення або редукція симптоматики ПТСР, коморбідних станів, інвалідизації, підвищення якості життя, а також підвищення резистентності до шкідливих, стресогенних умов праці (зокрема бойових дій) або повернення учасників локальних бойових дій (УЛБД) до виконання професійних обов'язків (у повному чи обмеженому обсязі).

У теперішній час у широкому дос-

тупі існує низка протоколів / клінічних рекомендацій / директив щодо лікування пацієнтів з постстресовими психічними розладами (ППР), зокрема ПТСР.

Серед них доцільно виділити клінічні протоколи / guidelines (директиви, керівні настанови) розроблені Американською психіатричною асоціацією (APA) (American Psychiatric Association), Національним інститутом здоров'я і клінічної якості Сполученого Королівства (NICE) (United Kingdom's National Institute for Health and Clinical Excellence), Міжнародного суспільства досліджень травматичного стресу (ISTSS) (International Society for Traumatic Stress Studies), Інститут Медицини (IOM) (Institute of Medicine), Австралійської Національної ради з охорони здоров'я і медичних досліджень (ACPMH) (Australian National Health and Medical Research Council і Департаменту по справах ветеранів і Міністерства оборони США (VA, DoD) (Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA, DoD) [3, 8, 9, 15, 22].

Однак можливість їх застосування у учасників локальних бойових дій (УЛБД) потребує окремого вивчення, так як і новітніх підходів до лікування ПТСР, викладених в сучасних наукових оглядах досліджень, мета-аналізах, що і лягло в основу даної роботи.

**Мета дослідження** - проаналізувати та оцінити сучасні підходи до лікування ПТСР і на цій основі визначити напрямки його терапії у учасників локальних бойових дій.

#### **Матеріал та методи дослідження**

Застосований метод AGREE II [23] для оцінки придатності використання сучасних клінічних протоколів лікування ПТСР, зокрема у військовослужбовців, а також проведений теоретико-інформаційний аналіз наукових даних мета-аналізів та систематичних оглядів наукових досліджень з питань терапії ПТСР.

#### **Результати дослідження і їх обговорення**

Перш за все, виходячи з мети дослідження, до його завдань не входило надання повної експертної оцінки якості існуючих клінічних рекомендацій (КР) з лікування гострої реакції на стрес (ГСР) та ПТСР.

Тому при аналізі прийнятності використання для терапії ПТСР в УЛБД КР, запропонованих NICE, APA, VA, DoD, ACPMH, нами розглянуті лише ті домени інструменту AGREE II і їх складові, які характеризували:

- а) цільову популяцію пацієнтів, фахівців;
- б) застосовність у межах системи закладів охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України;
- в) власне підходи до терапії, ретельність/доказовість їх розробки, чіткість викладення.

У цьому зв'язку, треба відмітити, що загальними рисами перелічених КР виявилися наступні.

Проаналізовані КР базуються на дослідженнях та розроблені для терапії ГСР та ПТСР переважно у цивільного населення (діти, підлітки, дорослі), тобто не враховують повною мірою потреби та особливості нашого цільового контингенту — професійних військовослужбовців.

Вказані КР призначені для використання фахівцями різних ланок надання медичної допомоги США, Британії, Австралії, але державні нормативи, що прийнятні у цих країнах, мають певні розбіжності, як поміж собою, так і порівняно з системою охорони здоров'я України. Крім того, законодавчо врегульовані ресурси та особливості психолого-психіатричної допомоги на рівні лікувальних закладів МО України відрізняються від таких, що застосовуються у закладах МОЗ України.

Розглянуті КР призначені для ліку-

вання населення, що постраждало внаслідок масових надзвичайних (екстремальних) ситуацій, катастроф, аварій тощо. Медико-соціальні наслідки перелічених суспільно небезпечних подій (СНП) (включно особливості ГСР, ПТСР) є відмінними від таких, що виникають при ситуаціях реальних бойових дій, зокрема сполучених з гібридною війною.

Якщо аналізувати провідні підходи до лікування ГСР, ПТСР, то в зазначених КР пропонується використання здебільше психотерапевтичних (ПТ) (або психологічних) втручань, при меншому значенні психофармакологічних (ПФ). А застосування окремих видів ПТ переважно ранньої, травмофокусованої, експозиційної когнітивно-поведінкової ПТ (КПТ) при стрес-асоційованих розладах психіки, у якості монотерапії, взагалі вважається за оптимальне, те що, переключається з даними більшої оглядів наукових досліджень [14, 20].

Інтерпретація причин послідовного підтвердження ефективності ПТ (здебільше КПТ), та відносної резистентності до ПФ постстресових психічних розладів (ППР), зокрема ПТСР, у вищевказаних КР, доступних мета-аналізах, систематичних оглядах наукових досліджень дозволила виділити наступні підстави.

По-перше, це обумовлено місцем ПТ в структурі надання психолого-психіатричної допомоги у світі. Кон'юнктура ринку медичних послуг у розвинутих країнах передбачає її широке застосування, зокрема КПТ при ПТСР, і, відповідно, актуалізує проведення наукових досліджень високого доказового рівня щодо ефективності використання таких методів.

Крім того, висококваліфіковані спеціалісти у сфері КПТ — рідкість у країнах, які розвиваються. Брак адекватних ресурсів, достатніх навичок ПТ лікування, перевищення попиту над пропозицією, особливо при масових небезпечних подіях [12, 13], характеризує су-

часний стан ПТ допомоги і в Україні. Так, при розрахунковій потребі приблизно на 45 тис. населення в країні фактично нараховується близько 480 лікарів-психотерапевтів (сертифікованих згідно чинним законодавством) [5, 13]. Незважаючи на сумні СНП (війна на Сході України), а також зусилля по підготовці таких спеціалістів, які, починаючи з 2009 року, здійснені фахівцями Інституту інтегративної КПТ (Institute IVT, Хессен, Німеччина), Інституту психології ім. Г.С. Костюка, Українського інституту КПТ (УИКПТ), в Україні до теперішнього часу відсутня необхідна кількість сертифікованих на рівні міжнародних стандартів КПТ-психотерапевтів. Зокрема, через таку обставину, як брак підтримки супервізування усіх підготовлених осіб, — тобто вони не є акредитованими тренерами ЕАВСТ [3].

Інша проблема полягає у не повністю встановлених механізмах формування ПТСР, що сприяє штучній дихотомії поглядів на вплив психосоціальних і біологічних чинників, на його розвиток та динаміку. Через безпосередній зв'язок ПТСР з травмою, значна кількість КПТ-фахівців (у розвинених країнах світу) розглядає ППР здебільшого як психологічну проблему.

Слід вказати, що така точка зору має достатньо змістовний сенс та ґрунтується на сучасній концепції нейропластичності ЦНС [1–3, 5, 13, 14, 20, 23] (у т.ч. метанейропластичності [17]), зокрема під впливом стресу [10] і навчання, а сама КПТ — на теоріях класичного (за І.П. Павловим) та інструментального (оперантного) обумовлювання (научіння) (за В.Ф. Скіннера, Е.Л. Торндіке) [6]. В світлі цих ідей, вельми вірогідною є дефініція ПТСР — як «навченої» реакції на надзвичайний стресовий подразник, а у психологічному, соціальному розумінні — як «розлад відновлення» після травми [21].

Сучасні досягнення нейробіології, а саме: припущення (але підтвержене

експериментами над тваринами і, у деяких випадках, сучасними даними нейровізуалізації мозку людини) про перевагу таламо-мигдалевих та таламо-гіпокампальних шляхів над таламо-кортикальними [11] при ПТСР, — призвело до думки про його спорідненість з емоційним навчанням (декларативною пам'яттю). Зазначене ініціювало широкий простір розробок терапевтичних впливів (переважно КПТ) на виникнення, елімінацію і реконсолідацію неадекватних відповідей/інтерпретацій стимулів, у тому числі таких, що віддалено нагадують травму у хворих на ПТСР [8], а також досліджень оцінки їх результативності, доказовості [14, 20].

Ці ж міркування дозволяють пояснити також випадки резистентності до ПФ при ПТСР.

Третьою підставою є доволі складний механізм реагування людини на стрес та його зміни при ППР. За сучасними даними, біологічні та нейробиологічні зсуви при ПТСР, які відмічаються на психофізіологічному рівні (надмірні вегетативні реакції, відсутність згасання нормальної реакції на стрес), знаходять власне відображення на нейротрансмітерному рівні (норадренергічна (підвищення рівню катехоламінів у сечі, МНPG (метаболіту деградації норадреналіну), йохімбіну у плазмі крові, зниження активності MAO тромбоцитів, регуляції адренергічних рецепторів), серотонінергічна (зниження концентрації серотоніну), допамінергічна, опіоїдна (підвищення рівню ендогенних опіоїдів при стресі) вісі), а також призводять до змін у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісі (зниження рівнів глюкокортикоїдів (у спокої та при стресі), регуляції глюкокортикоїдних рецепторів, підвищення чутливості до дексаметозону), погіршують імунологічну відповідь, впливають на експресію генів (наприклад, зміни концентрації АКТ (RAC-альфа серін / треонін-протеїн кіназа) критичного медіатора для росту нейронів)

тощо. При цьому в останні роки саме збільшення рівню кортикостероїдів та, індуковане цим — глутамату (у противагу ГАМК) в пре- та фронтальній корі головного мозку вважають причиною стійкого ремоделювання нейронної архітектури при ПТСР [7, 9].

Враховуючи вказане, обмежений вплив ПФ при ПТСР обумовлений:

- мультимодальністю реагування організму на стрес, і його викривленням при ПТСР;
- невідповідністю таргетних мішеней ПФ впливу. Якщо вважати нормальну реакцію на стрес пристосувальною, а ПТСР — патологічними змінами цієї адаптації при надмірному травматичному стимулі, то традиційне призначення психофармакологічних препаратів афінних до модулюючих систем мозку (серотонін-, допамін-, норадреналін-, ГАМК-ергічна) уявляється суто симптоматичним, так як ці системи не модифікують «навчені» реакції або травматичний досвід (ТД) [8]. На відміну, наприклад, від ефективності ПФ при депресивному розладі, який характеризується порушеннями генетично детермінованого синтезу серотоніну [4].

У цьому сенсі психіатричними метафорами ПТСР можуть постати анорексія або залежність від психоактивних речовин (ПАР). Так, закріплення надмірно посиленіх нормальних реакцій на травматичну подію можна з певною мірою вподобати звичним відмовам від їжі (анорексія) або вживанню ПАР на тлі зростання толерантності (вживання ПАР зі шкідливими наслідками), які, до речі, теж доволі резистентні до лікування.

Четверта підстава полягає у тому, що більшість оглядів ПФ при ПТСР присвячена саме дослідженню ефективності селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗС), і без застосування, за рідкісним виключенням, под-

війного-сліпого рандомізованого дослідження [16].

Наш емпіричний клінічний досвід терапії ПТСР у УЛБД в умовах АТО вказує на доцільність використання комплексу ПФ, ПТ і фізіотерапії при їх психосоціальної реабілітації, як з метою створення умов для підвищення результативності ПТ, так і для вибіркового, поточного, симптоматичного лікування проявів ПТСР. Слід сказати, що на теперішній час в доступній літературі відсутні контрольовані дослідження такої комбінації.

Треба додати, що симптоми ПТСР різною мірою редукуються під впливом різних класів психотропних ліків, у тому числі: бензодіазепінів, інгібіторів зворотнього захвату серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН), трициклічних антидепресантів (ТЦА), інгібіторів MAO, карбонату літія, альфа-адренергічних блокаторів, антиконвульсантів (карбамазепіну), антипсихотичних засобів [12, 19, 24]. Тим не менше, використання інших груп фармакологічних препаратів досліджено не систематично, так як і комбінації лікарських засобів різних груп.

Крім того, треба пам'ятати, що сучасні психофармакологічні засоби, незважаючи на їх недосконалість, все ж таки роблять суттєвий стабілізуючий ефект на загальний рівень якості життя і соціалізації УЛБД з ПТСР. Це є доволі важливим результатом такого лікування.

### Висновки

1. Розробка стандартів психолого-психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації для учасників локальних бойових дій в Україні повинна враховувати та ініціювати зміни державного регламенту її надання на основі сучасних наукових знань, технологічних досягнень, новітніх моделей.

2. Втілення міжнародних клінічних рекомендацій (протоколів, директив) щодо лікування постстресових психічних розладів в лікувальних закладах МО Ук-

раїни повинно враховувати: відмінності цільових популяцій (переважно цивільне населення), розбіжності у потребах військовослужбовців і цивільного населення, особливості медико-соціальних наслідків бойових дій в умовах гібридної війни, а також умови і ресурси надання медичної (психолого-психіатричної) допомоги в Україні.

3. Втілення суто психотерапевтичного підходу для лікування ПТСР в нашій країні є недоцільним через можливість виникнення штучної дихотомії психосоціальних та біологічних підходів до терапії стрес-асоційованих психічних розладів, що суперечить біопсихосоціальної концепції, прийнятій більшістю дослідників України. Іншими причинами є широкий емпіричний досвід ефективності застосування різних варіантів психофармакотерапії (а не суто СІЗЗС, ІЗЗСН), результативність сполучення психотерапевтичних та фізіотерапевтичних втручань на етапі психосоціальної реабілітації, а також брак сертифікованих фахівців (когнітивно-повідінкових психотерапевтів).

4. Конкретні клінічні процедури або курс лікування ПТСР в учасників локальних бойових дій повинні базуватися на комплексі психотерапевтичних, психофармакологічних, фізіотерапевтичних втручань (з урахуванням усіх клінічних даних в окремих випадках (індивідуалізація впливів, пацієнтцентрований підхід)) на відміну від рекомендованих суто психотерапевтичних заходів когнітивно-біхевіорального напрямку.

### References / Література

1. Avedisova AS. Neuroplasticity and pathogenesis of depression: new data. *Psychiatrist and Psychopharmacology* 2004; 6: 6: 312-314. / Аведисова А.С. Нейропластичность и патогенез депрессии: новые данные. *Психиат и психофармакотер* 2004; 6: 6: 312-314.
2. Zhivolupov, S.A., Samartsev, I.N., Syroezhkin, F.A. The modern concept of neuroplasticity (theoretical aspects and practical sig-

- nificance). *Log Neurology and Psychiatry* 2013; 10: 102–108. / Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Сыроежкин Ф.А. Современная концепция нейропластичности (теоретические аспекты и практическая значимость). *Журн. неврологии и психиатрии* 2013; 10: 102–108.
3. Karachevsky AV. About learning cognitive-behavioral psychotherapy in Ukraine. *Bulletin of the Association of Psychiatrists of Ukraine*. 2013; 4: URL: [http://www.mif-ua.com/archive/article\\_print/36914](http://www.mif-ua.com/archive/article_print/36914) / Карачевский А.Б. Об обучении когнитивно-поведенческой психотерапии в Украине. *Вестник Ассоциации психиатров Украины*. 2013; 4: URL: [http://www.mif-ua.com/archive/article\\_print/36914](http://www.mif-ua.com/archive/article_print/36914)
  4. Levada OA Neurobiology of depression: the serotonin system of the pulp. *Neuronews*. 2008; 1 (6): / Левада О.А. Нейробиология депрессии: серотониновая система мозга. *Neuronews*. 2008; 1 (6): URL: <http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-70> / Neyrobiologiya-depressii-serotoninovaya-sistema-mozga#gsc.tab=0
  5. Mikhailov BV, Tabachnikov SI, Maruta N.O., Kryshchal V.V., Serdyuk O.I. Strategic ways of development of psychotherapy and medical psychology in Ukraine. *Ukrainian medical almanac (supplement)*. 2004; 7 (4): P. 99–102 / Михайлов Б.В., Табачников С.И., Марута Н.О., Криштал В.В., Сердюк О.И. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. *Український медичний альманах (додаток)*. 2004; 7 (4): С. 99–102.
  6. Fedorov AP. Cognitive-behavioral psychotherapy. St. Petersburg: Peter 2002: 352. / Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб: Питер 2002: 352.
  7. Frankov I.A Life on the brink: social stress, trauma and psychopathology. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2017; 19 (2): 52–57. / Франкова И.А. Жизнь на грани: социальный стресс, травма и психопатология. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017; 19 (2): 52–57. (29th European college of neuropsychopharmacology congress materials review).
  8. Arieh Y. Shalev, M.D. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Stress Related Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep; 32 (3): 687–704. doi: [10.1016/j.psc.2009.06.001] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746940/>
  9. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005; 19: 567–596.
  10. Cotman C.V. Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends Neurosci* 2002; 25: 295–301.
  11. Fishbane M.D. Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy Family Process. 2007; 46 (3): 395–412.
  12. Forbes D. et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41 (8): 637–48.
  13. Ginger S. Psychotherapy, an Independent Profession: A European Challenge! Colloquium on the Status of Psychotherapy in Europe. Vienna, February 18th, 2010: URL: [http://www.eftacim.org/doc\\_pdf/psychostatus.pdf](http://www.eftacim.org/doc_pdf/psychostatus.pdf).
  14. Hofmann SG, Smits JA Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69 (4): 621–632.
  15. IOM: Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.
  16. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) Agency Healthcare Res Quality (AHRQ) 2013; 4 (1): 1–760.
  17. Martin S., Grimwood. Synaptic plasticity and memory: an evaluation of the hypothesis. *Annu Rev Neurosci* 2000; 23: 649–711.
  18. NICE National Collaborating Centre for Mental Health. *The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
  19. Pae CU, Lim HK, Peindl K, Ajwani N, Ser-

- retti A, Patkar AA, et al. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008; 23 (1): 1–8.
20. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry.* 2009 Mar; 166 (3): 293–301.
21. Shalev AY. PTSD — a disorder of recovery? In: Kirmayer L, Lemelson R, Barad M, editors. *Understanding Trauma: Integrating biological clinical and cultural perspectives.* Cambridge University Press; 2007. pp. 207–223.
22. VA/DoDClinical PracticeGuideline for the Management of Posttraumatic StressDisorder and Acute StressDisorder. Version 3.0. 2017 URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoDPTSDCPGFinal01241>
23. Wiebke Hoffmann-Eßer, Ulrich Siering, Edmund A. M. Neugebauer, Anne Catharina Brockhaus, Ulrike Lampert, Michaela Eikermann (Hong-Liang Zhang, Editor) Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. *PLoS One.* 2017; 12 (3): e0174831. Published online 2017 Mar 30. doi: [10.1371/journal.pone.0174831]; URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373625/>
24. Xue-Rong Miao, corresponding author Qian-Bo Chen, Kai Wei, Kun-Ming Tao, and Zhi-Jie Lu Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res.* 2018; 5: 32. doi: [10.1186/s40779-018-0179-0].

*Впервые поступила в редакцию 18.10.2018 г.  
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.89-008.441+364.277+364.278.2+316: 332.122.316: 332.122

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2525557>

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ НЕЗАВЕРШЕНИХ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ СКОЄНИХ ПСИХІЧНО ЗДОРОВИМИ ОСОБАМИ ТА ОСОБАМИ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ПСИХОПАТОЛОГІЇ**

**Будьонний П. В.**

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»,  
Лисичанська обласна психіатрична лікарня, м. Лисичанськ*

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК, СОВЕРШЕННЫХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЫМИ ЛИЦАМИ И ЛИЦАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

**Будённый П.В.**

*ДЗ «Луганский государственный медицинский университет»,  
Лисичанская областная психиатрическая больница, г. Лисичанск*

## **GENDER PECULIARITIES OF THE DYNAMICS OF THE UNFINISHED SUICIDAL ATTEMPTS OF PERFECT MENTAL HEALTHY PERSONS AND PERSONS WITH DIFFERENT TYPES OF PSYCHOPATOLOGY**

**Budonnyi P.V.**

*State Institution "Lugansk State Medical University", Rubizhne  
Lysychansk regional mental Hospital, Lysychansk,*