

УДК [616.89-036.1:616.45-001.1/.3]:355.292.3

А.К. ЛАДИК-БРИЗГАЛОВА

/Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ/

Посттравматичні психічні порушення у ветеранів АТО в динаміці

Резюме

Проведено дослідження психічного стану учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Отримано соціодемографічну характеристику, узагальнені дані щодо типових проявів поведінки, соматичних симптомів, болю, збільшення вживання алкоголю, розладів сну у двох групах військовослужбовців. Встановлено, що тяжкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі у бойових діях, наявність поранень і фізичних травм є найбільш значущими для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Аналіз показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСР та значного клінічного поліморфізму при розладах адаптації. Визначені особливості слід враховувати при розробці комплексної програми реабілітації.

Ключові слова: посттравматичні психічні порушення, ветеран, учасник бойових дій, посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації

З 2014 року на Сході України тривають бойові дії, що супроводжуються численними людськими жертвами, гуманітарною кризою та негативно позначаються на населенні всієї країни. Українські військовослужбовці, які залучаються для врегулювання конфлікту, перебувають в умовах тривалого надзвичайного психоемоційного навантаження, внаслідок чого нерідко виявляють ознаки психічних порушень і втрачають боєздатність. Фізичні травми, позбавлення сну, погані санітарні умови та екстремальні фізичні навантаження є додатковими факторами стресу та порушення адаптації [3, 4]. Серед американських військовослужбовців, які брали участь у війнах в Іраку та Афганістані, частота посттравматичних стресових розладів після передислокації становила від 12,2% до 25% [2]. За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, впродовж 2015 року психоневрологічними закладами України було взято під нагляд 941 військовослужбовця – учасника антитерористичної операції (АТО), з вперше в житті встановленим діагнозом «Розлади психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації», з них посттравматичний стресовий розлад було встановлено у 686 осіб (70,9%).

Прогресуюче зростання контингенту осіб з посттравматичними психічними порушеннями зумовлює необхідність своєчасного реагування державної системи охорони психічного здоров'я. Досвід інших країн, які пережили схожі події, демонструє, що ефективною може бути тільки система, яка передбачає комплексне втручання на рівні суспільства, спільноти, сім'ї та індивіда [1]. Однак для адаптації досвіду інших країн в Україні необхідний попередній аналіз наслідків конфлікту на психічне здоров'я населення, зокрема ветеранів. Додаткового вивчення потребують особливості клінічної картини та перебігу посттравматичних психічних порушень у осіб, які були учасниками бойових дій на Сході України, що дасть можливість створити цілісну програму реабілі-

тації, яка буде адаптована до потреб даного контингенту. Очікується, що попередній аналіз отриманих даних дозволить визначити особливості розладів, пов'язаних з психічною травмою у учасників бойових дій, та стане обґрунтуванням для подальшого створення програми реабілітації.

Мета дослідження – вивчити структуру та клінічні особливості посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців – учасників АТО в динаміці.

Матеріали і методи дослідження

Було проведено дослідження психічного стану 96 учасників бойових дій першої хвили мобілізації, які перебували на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни за період з жовтня 2014 року по лютий 2015 року. Під час наступного етапу було досліджено 249 військовослужбовців за період з серпня 2015 по травень 2016 року. В ході дослідження застосовували метод клінічного інтерв'ю з наступною діагностикою згідно з МКХ-10 та оцінювальні шкали.

Результати та їх обговорення

За результатами обстеження пацієнтів першої групи (96 учасників бойових дій) встановлено, що серед досліджуваного контингенту осіб у віці 20–25 років було 21 (22%), 26–35 років – 47 (49%), 36–45 років – 22 (23%), 46 років і більше – 6 (6%). За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб з цивільною освітою – 93 (91%) особи, значно меншою за чисельністю була група з військовою освітою – 3 військовослужбовці (3%). 6% досліджуваних мали і військову, і цивільну освіту. Серед респондентів, які мали цивільну освіту, найбільша кількість осіб була із середньою спеціальною освітою – 34 (37%). Осіб з вищою та

середньою освітою було 29 (31%) та 20 (22%) відповідно. У групі з військовою освітою переважала вища освіта (50%); середню спеціальну освіту мали 33%. Майже половина досліджуваних – 41 військовослужбовець (43%) – перебували у зоні бойових дій від 3 до 4 місяців. 35 військовослужбовців (36%) перебували у зоні бойових дій від 1 до 2 місяців, 20 військовослужбовців (21%) – більше 5 місяців. Середня тривалість участі досліджуваних у бойових діях складала 120 днів. У 18 обстежених (18,7%) було діагностовано посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), у 12 (12,5%) – розлад адаптації, у 19 (19,8%) – посткомоційний синдром. У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад був поєднаний із наслідками черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості.

В результаті обстеження з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) у 25 респондентів (26%) були виявлені ознаки субклінічної тривоги та у 20 (21%) – субклінічної депресії. У 11 досліджуваних (11%) виявлено ознаки клінічно вираженої тривоги та клінічно вираженої депресії. За даними опитувальника перитравматичної дисоціації, у 35 респондентів (36%) був виявлений підвищений рівень перитравматичної дисоціації, у 15 (16%) – високий, у 3 (3%) – дуже високий. Серед найпоширеніших причин перебування на лікуванні були: струс головного мозку, посттравматична невротія, загострення хронічних захворювань опорно-рухового апарату, наслідки пошкодження кінцівок: дефекти м'язів тканин, кісткові дефекти тощо.

У другій групі військовослужбовців (249 осіб) структура психічних порушень, безпосередньо пов'язаних із травмою та впливом стресу, була представлена таким чином: ПТСР виявлено у 56 осіб (22,5%), розлади адаптації (РА) – у 68 осіб (27,3%). Психічні розлади, безпосередньо не пов'язані зі стресом, були в основному представлені групою органічних, пов'язаних з травмою головного мозку: органічним емоційно лабільним (астеничним) розладом – у 17 осіб (6,8%), посткомоційним синдромом – у 10 осіб (4,2%), іншими органічними розладами особистості та поведінки – у 7 осіб (2,8%).

У групі із встановленим діагнозом з рубрики розладів адаптації середній вік пацієнтів складав $35,81 \pm 1,16$ років, у групі ПТСР – $35,11 \pm 0,95$ років. Попередній досвід роботи у силових структурах або служби у ЗСУ мала майже третина бійців – 19 (33,9%) та 26 (38,2%) в групах ПТСР і РА відповідно, тобто припущення, що цей фактор знижує ризик формування посттравматичних психічних розладів, не підтвердилось. Встановлено, що військовослужбовці у віці старше 31 року особливо уразливі при психогенній травматизації в бойових умовах.

Усі обстежені зазначали, що спеціалізованої військової підготовки, яка тривала один місяць 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 з ПТСР та 35 (51,5%) – групи з РА, фізичному насильству піддавалися 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 ПТСР та РА відповідно.

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

Найпоширенішими серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) – у 25 (36,8%) пацієнтів та розлади адаптації з переважанням інших емоцій (F43.23) – у 29 (42,6%), тобто переважали розлади афективного реєстру.

Для ПТСР характерним був хвилеподібний перебіг із періодичним загостренням симптоматики, а саме: нічних страхів 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%), дратівливість – 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 спостерігали у 15 (26,8%) обстежених.

Відчуття провини перед убитими та пораненими товаришами зафіксовано у 5 (8,6%) 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 РА, ніж при ПТСР, значною мірою визначалось індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактора.

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

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 дружиною – у 12 (21,4%) бійців, проблеми зі здоров'ям близьких, особливо батьків, – у 6 (10,7%) та труднощі при працевлаштуванні – у 4 (7,1%) осіб. Водночас пацієнти з РА не відмічали посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Висновки

Поширеність посттравматичних психічних порушень серед українських військовослужбовців – учасників бойових дій в обох групах суттєво не відрізняється від поширеності таких розладів серед військовослужбовців інших країн. Встановлено збільшення частоти ПТСР у другій групі досліджуваних, що може бути пов'язано із виконанням діагностичного критерію часу для ПТСР згідно з МКХ-10. Окрім того, даний показник може бути пов'язаний з відстроченою маніфестацією, несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, перебільшенням строків безперервного перебування у зоні бойових дій та іншими факторами.

Тривалість перебування у зоні бойових дій є фактором, який впливає на ймовірність виникнення ПТСР. В обох групах повідомлялось про тривале безперервне перебування у зоні АТО.

Встановлено, що тип психотравмуючої події, її індивідуальна значимість, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування посттравматичних психічних розладів. Так, тяжкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив бойових дій, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР.

У обох групах наслідки травми головного мозку у вигляді посткомоційного синдрому, хронічний біль, порушення сну, соматичні скарги, вживання алкоголю, тривога та депресія були частими супутніми станами.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей посттравматичних психічних розладів у другій групі показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСР та значного клінічного поліморфізму при РА. Визначені особливості посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій слід враховувати при розробці алгоритмів лікування та комплексної програми реабілітації.

Резюме

Посттравматические психические нарушения у ветеранов АТО в динамике

А.К. Ладык-Брызгалова

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев

Проведено исследование психического состояния участников боевых действий, которые находились на лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны. Получена социодемографическая характеристика, обобщенные данные о типичных проявлениях поведения, соматических симптомах, боли, увеличении употребления алкоголя, расстройствах сна. Установлено, что тяжелый, длительный и интенсивный характер боевых действий, наличие ранений и физических травм наиболее значимы для развития ПТСР. Анализ показал наличие достаточно типичного симптомокомплекса при ПТСР и значительного клинического полиморфизма при расстройствах адаптации. Выявленные особенности следует учитывать при разработке комплексной программы реабилитации.

Ключевые слова: посттравматические психические нарушения, ветеран, участник боевых действий, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации

Список використаної літератури

1. Erin Martz. Trauma Rehabilitation After War and Conflict. Community and Individual Perspectives / Erin Martz. – New York: Springer, 2010.
2. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and national guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq / Jeffrey L. Thomas, Joshua E. Wilk, Lyndon A. Riviere [et al.] // Arch Gen Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, № 6 – P. 614–623.
3. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress, 2010, available at: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
4. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. WHO: Geneva, 2013.

Summary

Post-traumatic mental disorders in veterans of ATO in dynamic

A. Ladyk-Bryzgalova

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the ministry of healthcare of Ukraine, Kyiv

The mental state of combatant servicemen treated in Ukrainian state medical and social center for war veterans were carried out. Sociodemographic characteristics, summarized data on typical behavior, somatic symptoms, pain, increased alcohol consumption, sleep disorders were observed. Found that heavy, prolonged and intense extreme impact of the fighting, the presence of wounds and physical injuries most important for the development of PTSD. The analysis showed the presence of a fairly typical symptoms of PTSD and significant clinical polymorphism in adjustment disorders. The features should be considered in the development a comprehensive rehabilitation program.

Key words: post-traumatic mental disorders, veteran, combatant, post-traumatic stress disorder, adjustment disorder