

УДК: 616-003.96 «364»

И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова, С. В. Онищук, Л. Ф. Шестопалова, Е. Г. Гриневиц
РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ СРЕДИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ,
ПЕРЕЖИВШЕГО БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ, СПУСТЯ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ИХ ПРЕКРАЩЕНИЯ

I. V. Linskiy, V. N. Kuzminov, N. V. Pozdnyakova, S. V. Onyshchuk, L. F. Shestopalova, Ye. G. Grinevich
РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ СЕРЕД ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПЕРЕЖИЛО БОЙОВІ ДІЇ,
ЧЕРЕЗ МІСЯЦ ПІСЛЯ ЇХНЬОГО ПРИПИНЕННЯ

I. V. Linskiy, V. N. Kuzminov, N. V. Pozdnyakova, S. V. Onyshchuk, L. F. Shestopalova, Ye. G. Grinevich
ADAPTATION DISORDERS AMONG THE CIVIL POPULATION, WHO HAVE ENDURED
BY BATTLE ACTIONS, IN A MONTH AFTER THEIR TERMINATION

Цель исследований — изучение состояния психического здоровья гражданского населения, пережившего боевые действия, через месяц после их прекращения. При помощи гражданского варианта Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций обследовано 242 работника Славянской теплоэлектростанции, в том числе 91 женщина и 151 мужчина сопоставимого возраста ($41,19 \pm 1,22$ лет и $40,98 \pm 1,02$ лет, соответственно при $p > 0,05$). Установлено, что в условиях разрушения около 2 % жилого фонда и гибели 0,21 % населения, спустя один месяц после прекращения боевых действий, признаки повышенного уровня расстройств адаптации (с вероятным формированием посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР)) обнаруживаются, как минимум, у 3,3 % гражданского населения. При экстраполяции этих данных на все гражданское население, находившееся или находящееся в настоящее время в зоне боевых действий (3—5 млн человек), получена ожидаемая величина распространенности серьезных расстройств адаптации и ПТСР на уровне, как минимум, у 100—150 тыс. человек. Приведены данные о структурных различиях расстройств адаптации у мужчин и женщин, переживших боевые действия.

Ключевые слова: расстройства адаптации, ПТСР, боевые действия, гражданское население, гендерные различия

Ціль досліджень — вивчення стану психічного здоров'я цивільного населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення. За допомогою цивільного варіанту Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій обстежено 242 працівника Слов'янської теплоелектростанції, у тому числі 91 жінка й 151 чоловік порівняного віку ($41,19 \pm 1,22$ роки і $40,98 \pm 1,02$ роки, відповідно при $p > 0,05$). Встановлено, що в умовах руйнування близько 2 % житлового фонду й загибелі 0,21 % населення через один місяць після припинення бойових дій, ознаки підвищеного рівня розладів адаптації (із імовірним формуванням посттравматичних стресових розладів (ПТСР)) виявляються, як мінімум, у 3,3 % цивільного населення. При екстраполяції цих даних на все цивільне населення, що перебувало або перебуває зараз у зоні бойових дій (3—5 млн осіб), отримана очікувана величина поширеності серйозних розладів адаптації та ПТСР на рівні, як мінімум, в 100—150 тис. осіб. Наведені дані про структурні відмінності розладів адаптації у чоловіків та жінок, що пережили бойові дії.

Ключові слова: розлади адаптації, ПТСР, бойові дії, цивільне населення, гендерні відмінності

The purpose of researches is the studying of condition of mental health of the civilians who have endured by battle actions, in a month after their termination. By means of civil variant of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD 242 workers of Sloviansk thermal power station are surveyed, including 91 woman and 151 man of comparable age (41.19 ± 1.22 years and 40.98 ± 1.02 years, accordingly at $p > 0.05$). It is established that signs of raised level of adaptation disorders (with probable formation of post-traumatic stress disorder (PTSD)) are found out at least in 3.3 % of civilians (in conditions of destruction of 2 % of available housing and 0.21 % mortality of population, after one month after the termination of battle actions). At extrapolation of this data on all civilians who are or being now in a zone of battle actions (3—5 million person) is received the expected size of prevalence of serious adaptation disorders and PTSD at level, at least 100—150 thousand persons. The data about structural distinctions of adaptation disorders in men and women who endured by battle actions is discussed.

Keywords: adaptation disorders, PTSD, battle actions, civilians, gender differences

Война пришла в наш общий дом — Украину. На значительной части Донецкой и Луганской областей продолжает бушевать пламя активных боевых действий, от которых неизбежно страдают не только военнослужащие, но и широкие слои гражданского населения.

С медицинской точки зрения война — это травматическая эпидемия. При этом речь идет не только о телесных травмах, но и о травмах душевных, последствия которых могут быть столь же разрушительными, как и последствия ран физических. Спектр этих последствий широк: от относительно легких расстройств адаптации до клинически выраженных посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и тяжелых депрессий.

Для грамотного планирования дальнейших действий психологической и психиатрической служб нашей страны в новой для нашей страны реальности критически

важно знать то, как повлияли боевые действия на состояние психического здоровья жителей уже освобожденных территорий. Значительная часть психических и поведенческих расстройств вследствие перенесенной травмы формируется в сроки от нескольких недель до нескольких месяцев после завершения пережитых драматических событий.

Вот почему целью исследований, описанных в данной статье, стало изучение состояния психического здоровья гражданского населения, пережившего боевые действия, через месяц после их прекращения.

В течение двух дней (11—12 августа 2014 г.) всего было обследовано 247 работников Славянской теплоэлектростанции (ТЭС), постоянно проживающих в городе энергетиков Николаевка Славянского района Донецкой области (население около 16 400 жителей). 242 человека приняли участие в групповых встречах (их содержание описано ниже), в том числе: 91 женщина в возрасте

от 25 до 62 лет и 151 мужчина в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст в группах женщин и мужчин достоверно не различался — $41,19 \pm 1,22$ лет и $40,98 \pm 1,02$ лет, соответственно при $p > 0,05$). 12 человек (9 женщин в возрасте от 29 до 57 лет и 3 мужчины в возрасте от 26 до 57 лет) обратились за индивидуальной психологической и медицинской помощью по поводу своих переживаний, связанных с пребыванием в зоне боевых действий (7 пациентов записались на прием после описанных выше групповых встреч и еще 5 пациентов обратились самостоятельно, узнав о такой возможности из иных источников).

Территория г. Николаевка и Славянской ТЭС (место проживания и работы представителей обследованного контингента) в течение почти трех месяцев (с 12 апреля 2014 г. до 5 июля 2014 г.) находилась в зоне действия вооруженных формирований. При этом наиболее активные боевые действия на территории Славянской ТЭС и в г. Николаевка (сопровождаясь гибелью представителей гражданского населения, в том числе работников станции, их родных и близких) происходили 2—5 июля 2014 г.

Исследование проводилось непосредственно на территории Славянской ТЭС, коллектив которой напряженно трудится над восстановлением своего предприятия. В силу этого обстоятельства комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование сотрудников предприятия было невозможно. Поэтому для выполнения основной (групповой) части исследования авторы настоящей статьи ограничились применением единственной скрининг-методики, а именно гражданского варианта Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций — Civilian Version of the Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder (Keane T. M. et al., 1988 [1]; Vreven D. L. et al., 1995 [2]) в адаптации Н. В. Тарабриной (Тарабрина Н. В., 2001 [3]).

Шкала состоит из 39 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликерта (Likert R., 1932 [4]). Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории (кластера), три из них соотносятся с критериями DSM: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 15 — избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости (гиперактивации). Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности. Как показали исследования, Миссисипская шкала обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство». При этом следует лишней раз подчеркнуть, что термин «расстройство адаптации», который часто используется в данной статье, строго говоря, не соответствует в полной мере критериям ни одной из рубрик раздела F43 Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) «Реакции на тяжелый стресс и адаптационные расстройства» и не является медицинским диагнозом, а только специфической дефиницией для оценки степени выраженности посттравматических реакций, принятой для интерпретации результатов, полученных при помощи Миссисипской шкалы.

Процессу тестирования предшествовала короткая (20—25 минут) психообразовательная беседа. В ходе этой беседы происходило краткое знакомство работников станции с исследователем и целями его пребывания на их предприятии, после чего следовала короткая лекция о стрессе, основных фазах его развития, а также о его неблагоприятных последствиях и возможностях их предотвращения. Кроме того, участники встречи знакомыми приемами психологической само- и взаимопомощи в очаге травматических событий, а также с простейшими приемами повышения общей стрессоустойчивости. Само тестирование происходило после ответов на вопросы и установления достаточно доверительных отношений с аудиторией.

Всего было проведено 9 таких встреч с тестированием в группах от 5 до 70 человек. Анкетирование было анонимным. Бланки с Миссисипской шкалой были пронумерованы, с тем, чтобы каждый участник исследования, при желании, мог узнать свой персонализированный результат.

Обработку данных производили методами математической статистики (дисперсионный и корреляционный анализ) с использованием электронных таблиц Excel из программного пакета MS Office 2013 [5].

Результаты исследования представлены в таблицах 1—5, а также на рисунках 1 и 2. Были установлены статистически значимые гендерные различия в уровнях выявленных расстройств адаптации. Так, у женщин усредненная суммарная оценка по Миссисипской шкале посттравматических реакций (гражданский вариант) — $84,32 \pm 1,70$ балла (минимум — 45 баллов, максимум — 131 балл) была достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у мужчин $71,86 \pm 0,96$ балла (минимум — 46 баллов, максимум — 104 балла), что свидетельствует о большей устойчивости мужчин из обследованного контингента по отношению к посттравматическому стрессу. Этот вывод подтверждает распределение обследованных мужчин и женщин по уровням расстройств адаптации (рис. 1, табл. 2). Так, пониженный уровень расстройств адаптации (40—78 баллов) встречался у мужчин почти в 2 раза чаще, чем у женщин (71,52 % и 37,36 % соответственно при $p < 0,001$), а средний уровень расстройств адаптации (79—117 баллов), наоборот, — более чем в два раза реже (28,48 % и 59,34 % соответственно при $p < 0,001$). Что касается повышенного уровня расстройств адаптации (118—156 баллов), который может свидетельствовать о формировании ПТСР, то среди мужчин он не встречался вовсе, в то время как среди женщин было выявлено 3 таких респондента (3,30 %).



Рис. 1. Распределение обследованных мужчин (м) и женщин (ж) по уровням расстройств адаптации (РА)

Результаты исследования у испытуемых разного пола (по отдельным вопросам)

Вопросы Миссисипской шкалы	Сред. значения, баллы		p
	Женщины (n = 91)	Мужчины (n = 151)	
1. В прошлом у меня было больше друзей, чем сейчас	1,77 ± 0,11	1,69 ± 0,08	
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал в прошлом	3,58 ± 0,12	3,56 ± 0,11	
3. Если кто-то выведет меня из терпения, я скорее всего не сдержусь (применю физическую силу)	1,50 ± 0,09	1,46 ± 0,07	
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	2,37 ± 0,11	1,58 ± 0,07	< 0,001
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, меня боятся	1,14 ± 0,07	1,19 ± 0,05	
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми	3,39 ± 0,12	3,66 ± 0,08	
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом	1,81 ± 0,11	1,35 ± 0,06	< 0,001
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить	1,31 ± 0,08	1,11 ± 0,04	< 0,05
9. Внешне я выгляжу бесчувственным	1,30 ± 0,08	1,45 ± 0,07	
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой	1,11 ± 0,05	1,05 ± 0,02	
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо вставать	3,84 ± 0,13	3,17 ± 0,10	< 0,001
12. Я всё время задаю себе вопрос, почему я ещё жив, в то время как другие уже умерли	1,42 ± 0,10	1,21 ± 0,05	
13. В определённых ситуациях я чувствую себя так, как будто вернулся в прошлое	1,71 ± 0,10	1,52 ± 0,07	
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	1,61 ± 0,10	1,17 ± 0,04	< 0,001
15. Я чувствую, что больше не могу	1,49 ± 0,10	1,15 ± 0,04	< 0,01
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слёзы, меня не трогают	1,44 ± 0,09	1,46 ± 0,07	
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	3,04 ± 0,12	2,86 ± 0,10	
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	1,77 ± 0,12	1,23 ± 0,05	< 0,001
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно	3,31 ± 0,10	3,21 ± 0,09	
20. Мне трудно сосредоточиться	1,99 ± 0,11	1,44 ± 0,06	< 0,001
21. Я беспричинно плачу	1,80 ± 0,12	1,12 ± 0,05	< 0,001
22. Мне нравится быть в обществе других людей	3,26 ± 0,12	2,86 ± 0,09	< 0,05
23. Меня пугают мои стремления и желания	1,33 ± 0,10	1,27 ± 0,06	
24. Я легко засыпаю	3,64 ± 0,13	3,10 ± 0,09	< 0,01
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю	2,82 ± 0,13	1,85 ± 0,08	< 0,001
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую	1,67 ± 0,10	1,69 ± 0,08	
27. Я лёгкий, спокойный, уравновешенный человек	3,58 ± 0,12	3,05 ± 0,09	< 0,001
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять	1,95 ± 0,12	1,87 ± 0,09	
29. Временами я употребляю алкоголь или снотворное, чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались со мной в прошлом	1,67 ± 0,11	1,58 ± 0,08	
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	3,54 ± 0,12	3,21 ± 0,11	< 0,05
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей	1,88 ± 0,11	1,40 ± 0,06	< 0,001
32. Я боюсь засыпать	1,35 ± 0,08	1,12 ± 0,04	< 0,05
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, то происходило со мной в прошлом	2,14 ± 0,13	1,43 ± 0,07	< 0,001
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше.	3,49 ± 0,13	2,89 ± 0,10	< 0,001
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям	1,68 ± 0,09	1,55 ± 0,07	
36. Временами я веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова	1,78 ± 0,12	1,49 ± 0,07	< 0,05
37. Я не могу вспомнить некоторые важные вещи, которые произошли со мной в прошлом	1,63 ± 0,10	1,54 ± 0,07	
38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени	2,44 ± 0,12	1,86 ± 0,08	< 0,001
39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание; я весь дрожу и покрываюсь потом; у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание	2,13 ± 0,12	1,21 ± 0,05	< 0,001

Таблиця 2

Распределение обследованных мужчин и женщин по уровням расстройств адаптации

Уровень расстройств адаптации	Количество обследованных с данным уровнем расстройств адаптации			
	Женщины (n = 91)		Мужчины (n = 151)	
	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %
Низкий (менее 40 баллов)	0	0,00	0	0,00
Пониженный (40—78 баллов)	34	37,36	108	71,52
Средний (79—117 баллов)	54	59,34	43	28,48
Повышенный (118—156 баллов)	3	3,30	0	0,00
Высокий (более 156 баллов)	0	0,00	0	0,00

К сказанному нужно добавить, что респондентов с низким (менее 40 баллов) и высоким (более 156 баллов) уровнями расстройств адаптации выявлено не было (см. рис. 1, 2).

Кроме этих количественных различий наблюдались существенные качественные различия, которые находили свое отражение в том, какие именно признаки расстройств адаптации (симптомы) внесли наибольший вклад в упомянутые интегральные оценки.

Представление об этих качественных различиях дают рейтинги усредненных ответов на вопросы с наибольшим числом баллов в каждой из групп сравнения (табл. 3).

Таблиця 3

Рейтинги (первые десять позиций в порядке убывания) усредненных ответов на вопросы с наибольшим числом баллов у женщин и у мужчин, а также рейтинг вопросов с максимальными гендерными различиями в ответах

Вопросы Миссисипской шкалы	Средние значения, баллы		p
	Женщины (n = 91)	Мужчины (n = 151)	
Рейтинг усредненных ответов на вопросы с наибольшим числом баллов у женщин			
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо встать	3,84 ± 0,13	3,17 ± 0,10	< 0,001
24. Я легко засыпаю	3,64 ± 0,13	3,10 ± 0,09	< 0,01
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал в прошлом	3,58 ± 0,12	3,56 ± 0,11	
27. Я лёгкий, спокойный, уравновешенный человек	3,58 ± 0,12	3,05 ± 0,09	< 0,001
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	3,54 ± 0,12	3,21 ± 0,11	< 0,05
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше	3,49 ± 0,13	2,89 ± 0,10	< 0,001
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми	3,39 ± 0,12	3,66 ± 0,08	
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно	3,31 ± 0,10	3,21 ± 0,09	
22. Мне нравится быть в обществе других людей	3,26 ± 0,12	2,86 ± 0,09	< 0,05
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	3,04 ± 0,12	2,86 ± 0,10	
Рейтинг усредненных ответов на вопросы с наибольшим числом баллов у мужчин			
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми	3,39 ± 0,12	3,66 ± 0,08	
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал в прошлом	3,58 ± 0,12	3,56 ± 0,11	
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	3,54 ± 0,12	3,21 ± 0,11	< 0,05
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно	3,31 ± 0,10	3,21 ± 0,09	
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо встать	3,84 ± 0,13	3,17 ± 0,10	< 0,001
24. Я легко засыпаю	3,64 ± 0,13	3,10 ± 0,09	< 0,01
27. Я лёгкий, спокойный, уравновешенный человек	3,58 ± 0,12	3,05 ± 0,09	< 0,001
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше	3,49 ± 0,13	2,89 ± 0,10	< 0,001
22. Мне нравится быть в обществе других людей	3,26 ± 0,12	2,86 ± 0,09	< 0,05
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	3,04 ± 0,12	2,86 ± 0,10	
Рейтинг вопросов с максимальными гендерными различиями в ответах			
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю	2,82 ± 0,13	1,85 ± 0,08	< 0,001
39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание; я весь дрожу и покрываюсь потом; у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание	2,13 ± 0,12	1,21 ± 0,05	< 0,001
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	2,37 ± 0,11	1,58 ± 0,07	< 0,001
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом	2,14 ± 0,13	1,43 ± 0,07	< 0,001
21. Я беспричинно плачу	1,80 ± 0,12	1,12 ± 0,05	< 0,001
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо встать	3,84 ± 0,13	3,17 ± 0,10	< 0,001
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше	3,49 ± 0,13	2,89 ± 0,10	< 0,001
38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени	2,44 ± 0,12	1,86 ± 0,08	< 0,001
20. Мне трудно сосредоточиться	1,99 ± 0,11	1,44 ± 0,06	< 0,001
24. Я легко засыпаю	3,64 ± 0,13	3,10 ± 0,09	< 0,01

Так, у жінок найбільший вклад в суммарну оцінку рівня расстройств адаптації вносили расстройства сна. За ними слідує (в порядку убывания значимости): чувство вины, душевний дискомфорт в присутствии других людей (в толпе), расстройства памяти, нарушения способности вступать в близкие отношения с другими людьми и, наконец, утрата прежних источников хорошего настроения (см. табл. 3).

В то же время у мужчин на первом месте в аналогичном рейтинге оказалось нарушение способности вступать в близкие отношения с другими людьми, за которым следовали (в порядке убывания значимости): чувство вины, душевний дискомфорт в присутствии других людей (в толпе), снижение работоспособности, расстройства сна, раздражительность, расстройства памяти и, наконец (как и у женщин), — утрата прежних источников хорошего настроения (см. табл. 3).

Однако наиболее отчетливо структурная разница в результатах тестирования мужчин и женщин проявляется в рейтинге с максимальными гендерными различиями в ответах на вопросы Миссисипской шкалы. Как можно видеть (см. табл. 2), наибольшие различия между мужчинами и женщинами наблюдаются в проявлениях так называемого четверохолмного рефлекса. Воздраживание, настораживание в ответ на неожиданный раздражитель у женщин выражено в полтора раза сильнее, чем у мужчин ($2,82 \pm 0,13$ балла и $1,85 \pm 0,08$ балла соответственно при $p < 0,001$). Следующие пункты этого

рейтинга отражают большую выраженность у женщин навязчивых воспоминаний о пережитом и эмоциональной реакции на них (симптомов вторжения, о которых подробнее будет сказано ниже); а также расстройств сна, памяти, трудностей сосредоточения и расстройств сна (см. табл. 3).

Как уже было сказано, содержащиеся в Миссисипской шкале вопросы принадлежат к 4 категориям (кластерам), которые освещают разные группы симптомов посттравматических расстройств: вторжения, избегания, гиперактивации, а также чувства вины и суицидальности. Поэтому следующий этап анализа был посвящен выявлению гендерных различий в разрезе упомянутых групп симптомов (рис. 2; табл. 4). Как можно видеть, по всем группам (кластерам) у женщин симптомы посттравматических расстройств выражены достоверно больше, чем у мужчин: по кластеру симптомов вторжения — на 29,22 % ($p < 0,001$), по кластеру симптомов гиперактивации — на 24,37 % ($p < 0,01$), по кластеру чувства вины и суицидальности — на 10,22 % ($p < 0,05$) и, наконец, по кластеру симптомов избегания — на 8,85 % ($p < 0,01$).

При этом (по усредненным баллам в ответах на вопросы соответствующего кластера) у женщин в наибольшей степени выражены симптомы гиперактивации ($2,34 \pm 0,06$ баллов), а у мужчин — избегания ($2,06 \pm 0,03$ баллов), что, безусловно, следует учитывать при проведении психокоррекционных и лечебных мероприятий.

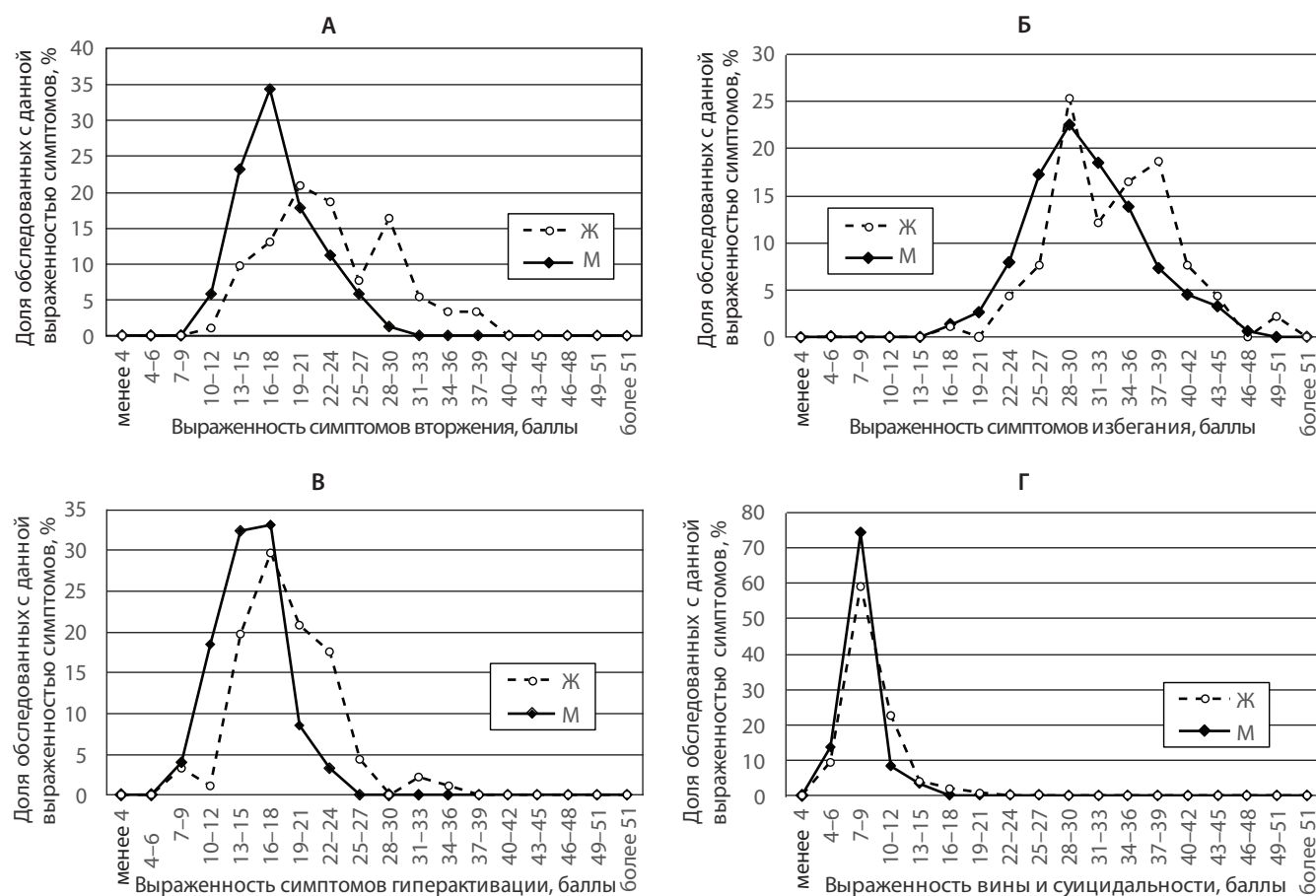


Рис. 2. Распределение обследованных по выраженности симптомов вторжения (А), избегания (Б), гиперактивации (В), а также чувства вины и суицидальности (Г)

Усредненные результаты исследования у испытуемых разного пола (по кластерам)

Группы (кластеры) симптомов	Средние значения, баллы		p
	Женщины (n = 91)	Мужчины (n = 151)	
Суммы баллов в ответах на вопросы соответствующего кластера			
Вторжения (вопросы №№ 4, 7, 11, 13, 14, 18, 23, 24, 32, 36, 39)	23,22 ± 0,65	17,97 ± 0,31	< 0,001
Избегания (вопросы №№ 1, 5, 6, 9, 16, 19, 20, 22, 26, 28, 30, 33, 34, 35, 37)	33,58 ± 0,64	30,85 ± 0,48	< 0,01
Гиперактивации (вопросы №№ 3, 17, 21, 25, 27, 29, 31, 38)	18,68 ± 0,49	15,02 ± 0,26	< 0,001
Чувство вины и суицидальность (вопросы №№ 2, 8, 10, 12, 15)	8,84 ± 0,27	8,02 ± 0,15	< 0,05
Усредненные баллы в ответах на вопросы соответствующего кластера			
Вторжения (вопросы №№ 4, 7, 11, 13, 14, 18, 23, 24, 32, 36, 39)	2,11 ± 0,06	1,63 ± 0,03	< 0,001
Избегания (вопросы №№ 1, 5, 6, 9, 16, 19, 20, 22, 26, 28, 30, 33, 34, 35, 37)	2,24 ± 0,04	2,06 ± 0,03	< 0,01
Гиперактивации (вопросы №№ 3, 17, 21, 25, 27, 29, 31, 38)	2,34 ± 0,06	1,88 ± 0,03	< 0,001
Чувство вины и суицидальность (вопросы №№ 2, 8, 10, 12, 15)	1,77 ± 0,05	1,60 ± 0,03	< 0,05

Кроме изучения описанных выше соотношений были исследованы корреляционные связи между указанными группами (кластерами) симптомов и их зависимость от возраста (табл. 5). В обеих группах сравнения были обнаружены вполне предсказуемые сильные прямые корреляционные связи между отдельными группами симптомов и интегральной оценкой уровня расстройств адаптации. При этом суммарная интегральная оценка уровня расстройств адаптации у женщин в наибольшей

степени зависела от выраженности симптомов вторжения (коэффициент корреляции 0,89), а у мужчин — от симптомов избегания (коэффициент корреляции также 0,89).

Что касается взаимосвязей между отдельными группами симптомов, то у женщин она наблюдалась между симптомами гиперактивации и симптомами вторжения (коэффициент корреляции 0,71), а у мужчин — между симптомами гиперактивации и симптомами избегания (коэффициент корреляции 0,60).

Таблиця 5

Корреляционные связи групп симптомов (кластеров) с возрастом, общей суммой баллов (оценкой уровня расстройств адаптации) и между собой у испытуемых разного пола

Признаки	Коэффициенты корреляции											
	Женщины (n = 91)					Мужчины (n = 151)						
	Возраст	Вторжения	Избегания	Гиперактивации	Чувство вины и суицидальность	Общая сумма баллов	Возраст	Вторжения	Избегания	Гиперактивации	Чувство вины и суицидальность	Общая сумма баллов
Возраст	1,00						1,00					
Вторжения	-0,07	1,00					0,01	1,00				
Избегания	0,02	0,62	1,00				0,07	0,57	1,00			
Гиперактивации	0,06	0,71	0,53	1,00			-0,03	0,58	0,60	1,00		
Чувство вины и суицидальность	-0,11	0,45	0,46	0,45	1,00		0,10	0,29	0,31	0,35	1,00	
Общая сумма баллов	-0,02	0,89	0,84	0,83	0,63	1,00	0,05	0,81	0,89	0,81	0,50	1,00

Примечания: статистически значимые коэффициенты корреляции выделены заливкой серого цвета различной интенсивности (чем больше интенсивность заливки, тем сильнее корреляционная связь)

Эти наблюдения позволяют идентифицировать симптомы вторжения у женщин и симптомы избегания у мужчин как основные мишени психокоррекционного и лечебного воздействия в данных гендерных группах. Необходимо также отметить, что достоверных корреляционных связей между выраженностью указанных групп симптомов и возрастом ни у мужчин, ни у женщин выявить не удалось. Иными словами, полученные нами данные позволяют утверждать, что выраженность расстройств адаптации у обследованных нами испытуемых практически не зависела от их возраста.

Для тех, кто обратился за индивидуальной помощью, были характерны эмоциональные расстройства и обсессивно-компульсивные нарушения, а также расстройств сна. При этом у пациентов, записавшихся на прием после групповой беседы (с тестированием), первой предъявляемой была жалоба на навязчивые воспоминания о погибших людях. Во время осмотра отмечалась плаксивость, желание детально обсудить психотравмирующую ситуацию. При беседе на отвлеченные темы фон настроения выравнивался. Часть пациентов сама предлагала пути выхода из стрессовой ситуации — «погружение

в работу», «разрешение текущих проблем». Практически у всех 12 пациентов, пришедших на индивидуальный прием, отмечались приступы тревоги, беспокойства.

У тех работников Славянской ТЭС, кто обратился за индивидуальной помощью самостоятельно (не бравших участия в групповых встречах), эти жалобы были основной причиной обращения за помощью. Пациенты сообщали, что сами справиться с ними не могли и прибегали к медикаментозным успокоительным средствам. У 8 пациентов приступы тревоги сопровождались сердцебиением, тремором, неприятными ощущениями в области сердца, иногда потливостью. Нарушения сна отмечались у 7 пациентов из 12 (58,33 %). При этом они сообщали, что в большинстве случаев проблем с засыпанием не было. Имела место «отсроченная бессонница», когда пациенты просыпались среди ночи или «слишком рано» и в дальнейшем не могли заснуть. Одна пациентка сообщила, что сон стал крайне непродолжительным, и она часто не может понять — спала она или нет. Большинство больных сообщали о частых кошмарных сновидениях. Один пациент сообщил, что перестал видеть сны после перенесенного стресса. Практически все пациенты сообщили о снижении работоспособности и продуктивности деятельности. При этом пациенты продолжали выполнять свои функциональные обязанности и справляться с производственными заданиями. Часть пациентов сообщала о снижении продуктивности в работе и невозможности заниматься повседневными делами в связи пониженным настроением (33,33 %), нарушениями сна (33,33 %), навязчивыми воспоминаниями (25 %), постоянным чувством усталости и разбитости (16,7 %). Излишняя подозрительность, беспокойство, что сослуживцы стали к ним хуже относиться, отмечалась у двух пациентов (16,7 %). Еще у двух пациентов имели место дополнительные психотравмирующие ситуации (разрыв близких отношений, болезнь родственников, не связанная с пережитыми боевыми действиями). Одна пациентка сообщила о наблюдении у психиатра в связи с психотравмирующей ситуацией и о приеме антидепрессантов.

Все обратившиеся за индивидуальной помощью продолжали социальное функционирование, случаев компенсации путем злоупотребления алкоголем не отмечалось. Пациенты высказывали опасения о возможности возвращения боевых действий, что можно расценивать как сохранение актуальности психотравмирующей ситуации.

Пациентам был рекомендован прием успокоительных, противотревожных средств в большинстве случаев «по потребности». Трем пациентам были рекомендованы антидепрессанты. Кроме того, пациентам был предложен телефонный контакт с врачом для получения медицинских советов и рекомендаций.

Полученные нами данные свидетельствуют о довольно высокой устойчивости к стрессу обследованных нами людей, об их психологической устойчивости перед лицом обрушившихся на них несчастий. На это указывает относительно небольшое число людей с повышенным уровнем расстройств адаптации (3 человека из 242 обследованных в ходе групповой части работы или 3,30 %), а также относительно небольшое число людей, пришедших на индивидуальный прием (12 человек). Следует, тем не менее, отметить, что 8 человек из этих 12 обратились с просьбой проконсультировать и их родственников

тоже или дать совет (например, о том, как и когда сообщить детям о гибели их родителей).

Весьма вероятно, что наиболее пострадавшие в ходе боевых действий люди (с выраженными расстройствами социального функционирования) выпали из поля зрения данного исследования, т. к. были обследованы лишь те сотрудники Славянской ТЭС, которые продолжают работать. Необходимо также учесть, что администрацией ТЭС была организована эвакуация людей с предприятия накануне боевых действий (ни один сотрудник не погиб непосредственно на территории ТЭС при значительных ее разрушениях). Кроме того, женщины-сотрудницы ТЭС были эвакуированы из Николаевки вместе с детьми на длительный срок.

Данные обстоятельства позволяют предположить, что потребность в индивидуальной психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи может быть существенно больше, чем та, что наблюдалась во время исследования.

Кроме того, приведенные выше результаты нельзя рассматривать в отрыве от тех условий, в которых они были получены, а именно в отрыве от той конкретной социально-демографической ситуации, которая сложилась в г. Николаевка (место жительства работников Славянской ТЭС) вследствие отгремевших боевых действий. Следует помнить, что за все время боев в г. Николаевка было разрушено около 2 % жилого фонда, при этом погибло 35 человек (0,21 % населения города), из которых 6 человек являлись сотрудниками Славянской ТЭС.

Поскольку боевые действия продолжаются, а их ожесточенность возрастает, следует ожидать, что уровень разрушений и безвозвратных потерь среди гражданского населения в иных городах востока нашей страны будет, увы, существенно выше, чем в г. Николаевка. А это значит, что уровень распространенности связанных со стрессом расстройств также окажется существенно выше обнаруженного нами.

Кроме того, как уже было заявлено, исследование на Славянской ТЭС проводилось, когда с момента прекращения боевых действий прошло чуть больше одного месяца. Поэтому вполне возможно возрастание доли лиц с серьезными расстройствами адаптации и среди уже обследованного нами контингента.

В свете сказанного полученный нами уровень распространенности серьезных расстройств адаптации (3,3 %) следует считать минимальной ожидаемой величиной среди всего гражданского населения, оказавшегося в зоне боевых действий (а это, по самым осторожным оценкам, 3—5 млн человек).

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что в условиях разрушения около 2 % жилого фонда и гибели 0,21 % населения, спустя один месяц после прекращения боевых действий, признаки повышенного уровня расстройств адаптации (с вероятным формированием ПТСР) обнаруживаются, как минимум, у 3,3 % гражданского населения.

Экстраполяция этих данных на общую численность гражданского населения, находившегося или находящегося в настоящее время в зоне боевых действий (по самым осторожным оценкам — 3—5 млн человек) позволяет прогнозировать развитие серьезных расстройств адаптации и ПТСР, как минимум, у 100—150 тыс. человек.

Выраженность расстройств адаптации достоверно выше у женщин, чем у мужчин, в среднем на 17,34 % ($84,32 \pm 1,70$ балла и $71,86 \pm 0,96$ балла соответственно при $p < 0,001$ по результатам исследования при помощи Миссисипской шкалы посттравматических реакций (гражданский вариант)), при этом суммарная интегральная оценка уровня расстройств адаптации у женщин в наибольшей степени зависела от выраженности симптомов вторжения (коэффициент корреляции 0,89), а у мужчин — от симптомов избегания (коэффициент корреляции также 0,89).

У женщин в наибольшей степени выражены симптомы гиперактивации (в среднем — $2,34 \pm 0,06$ баллов), а у мужчин — избегания (в среднем $2,06 \pm 0,03$ баллов), при этом у женщин симптомы гиперактивации наиболее сильно коррелировали с симптомами вторжения (коэффициент корреляции 0,71), а у мужчин — с симптомами избегания (коэффициент корреляции 0,60), что позволяет идентифицировать симптомы вторжения у женщин и симптомы избегания у мужчин как основные мишени психокоррекционного и лечебного воздействия.

У обследованных испытуемых выраженность расстройств адаптации практически не зависела от возраста.

Таким образом, психологическая и медицинская службы страны в ближайшее время должны быть готовы к оказанию помощи как минимум 100—150 тыс. человек с серьезными расстройствами адаптации и ПТСР.

ЛИНСКИЙ Игорь Владимирович, доктор медицинских наук, заведующий отделом неотложной психиатрии и наркологии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

КУЗЬМИНОВ Валерий Никифорович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии и наркологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: kuvani@ukr.net

ПОЗДНЯКОВА Наталья Витальевна, директор по управлению персоналом Публичного акционерного общества «Донбассэнерго», г. Донецк; e-mail: n.pozdnyakova@de.com.ua

ОНИЩУК Светлана Васильевна, начальник отдела оценки и развития персонала Публичного акционерного общества «Донбассэнерго», г. Донецк; e-mail: s.onyshchuk@de.com.ua

ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федоровна, доктор психологических наук, профессор, заведующая отделом медицинской психологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: 6834101@ukr.net

ГРИНЕВИЧ Евгения Геннадиевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика Министерства здравоохранения Украины, г. Киев; e-mail: zgrinevich@yandex.ru

Направление дальнейших исследований

Ввиду того, что расстройства адаптации могут продолжаться формироваться и утяжеляться на протяжении многих недель после полученной травмы, а также ввиду того, что боевые действия в Донецкой и Луганской областях, увы, продолжают, для уточнения сделанных выводов необходимо динамическое наблюдение за обследованным контингентом. Именно такое исследование планируют организовать авторы данной статьи.

Список литературы

1. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity / Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1988. — Vol. 56(1). — P. 85—90.

2. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation / [Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W.] // *Journal of Traumatic Stress*. — 1995. — Vol. 8(1). — P. 91—109.

3. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

4. Likert R. A. Technique for the Measurement of Attitudes / R. A. Likert // *Archives of Psychology*. — 1932. — Vol. 140. — P. 1—55.

5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев : «Моріон», 2000 — 320 с.

Надійшла до редакції 02.09.2014 р.

LINSKIY Igor Volodymyrovych, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (SI "INPN of the NAMS of Ukraine"), Kharkiv; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

KUZMINOV Valerii Nykyforovych, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the SI "INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv; e-mail: kuvani@ukr.net

POZDNYAKOVA Nataliia Vitaliivna, Director on Personnel Management of Public Joint Stock Company "DonbasEnergo", Donetsk; e-mail: n.pozdnyakova@de.com.ua

ONYSHCHUK Svitlana Vasylivna, Head of the Department of Personnel Assessment and Development of Public Joint Stock Company "DonbasEnergo", Donetsk; e-mail: s.onyshchuk@de.com.ua

SHESTOPALOVA Liudmyla Fedorivna, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the SI "INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv; e-mail: 6834101@ukr.net

GRINEVICH Yevheniia Gennadiivna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric, Social and Forensic Psychiatry of the Shupyk's National medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: zgrinevich@yandex.ru