

О. В. Друзь, І. О. Черненко

ОСНОВНІ ПСИХОМЕТРИЧНІ МАРКЕРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У КОМБАТАНТІВ

О. В. Друзь, І. А. Черненко

Основные психометрические маркеры посттравматического стрессового расстройства у комбатантов

O. V. Druz, I. O. Chernenko

Basic psychometric markers of post-traumatic stress disorder in combatants

У дослідженні автори визначають психометричні маркери посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) у комбатантів.

Дослідження проводили протягом 2016—2018 років, обстежено 150 військовослужбовців.

Вибірку формували за критерієм наявності/відсутності ПТСР у комбатантів. Сформовано дві групи порівняння. Перша група — 93 особи, у яких за критеріями МКХ-10 був встановлений діагноз ПТСР (F43.1), друга — 57 умовно здорових осіб (без ознак ПТСР). Усі обстежені були чоловіками, середнім віком $33,71 \pm 1,34$ роки, переважно сержанти та рядові загальної складу Збройних Сил України (ЗСУ), які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях становила $214,7 \pm 41,55$ діб.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний: Міссісіпська шкала посттравматичного стрессового розладу (військової версії) (Т. М. Кеане та співавт., 1987); Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (Л. Р. Дерогатіс та співавт., 1977, в адаптації V. Starcevic та співавт., 2000); Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (А. С. Зігмонд, Р. П. Снайт, 1983); Шкала клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (1995).

Результати дослідження доповнили відомості щодо психічного статусу комбатантів ЗСУ, які брали участь у бойових діях на Сході України, за допомогою квантифікованого оцінення симптомів ПТСР.

Важливою складовою реабілітації комбатантів з ПТСР є створення відповідного терапевтичного середовища на тлі пацієнт-центрованого підходу задля потенціювання психологічної, психотерапевтичної роботи, спрямованої на відновлення взаємин комбатантів на рівні мікро- та макрооточення.

Ключові слова: комбатанти, посттравматичний стрессовий розлад, постстрессовий психічний розлад, бойова психічна травма

В исследовании авторы определяют психометрические маркеры посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди комбатантов.

Исследование проводили в течение 2016—2018 годов, обследовано 150 военнослужащих.

Выборку формировали по критерию наличия/отсутствия ПТСР у комбатантов. Было сформировано две группы сравнения. В первую группу вошли 93 человека, у которых по критериям МКБ-10 был установлен диагноз ПТСР (F 43.1), вторую группу составили 57 условно здоровых лиц (без признаков ПТСР). Все обследованные были мужчинами, средний возраст — $33,71 \pm 1,34$ года, преимущественно сержанты и рядовые общевойсковой состава Вооруженных Сил Украины (ВСУ), которые служили по контракту, средняя продолжительность их участия в боевых действиях составила $214,7 \pm 41,55$ суток.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностические: Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (военный вариант) (Т. М. Кеане et al., 1987); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Л. Р. Дерогатис et al., 1977, в адаптации V. Starcevic et al., 2000); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (А. С. Зигмонд, Р. П. Снайт, 1983); Шкала клинической оценки выраженности нарушений Я. И. Левина (1995).

Результаты исследования дополнили сведения о психическом статусе комбатантов ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины, с помощью квантифицированной оценки симптомов ПТСР.

Важной составляющей реабилитации комбатантов с ПТСР является создание соответствующей терапевтической среды на фоне пациент-центрированного подхода для потенцирования психологической, психотерапевтической работы, направленной на восстановление отношений комбатантов на уровне микро- и макроокружения.

Ключевые слова: комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, постстрессовое психическое расстройство, боевая психическая травма

In the study, the authors determined psychometric markers of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combatants.

The study was conducted during 2016—2018, 150 military personnel were examined.

The sample was formed by the criterion of the PTSD presence/absence in combatants. Two groups of comparison were formed: the group 1 consisted of 93 persons with diagnosis of PTSD (F43.1) according to the ICD-10 criteria; the group 2 consisted of 57 conditionally healthy persons (without signs of PTSD). All the examined persons were men, their average age was 33.71 ± 1.34 years old. They were mainly sergeants and privates of the Armed Forces of Ukraine (AFU), who served under the contract, the average duration of their participation in military actions was 214.7 ± 41.55 days.

Research methods: clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostics ones: Mississippi Scale of Post-traumatic Stress Disorder (military version) (T. M. Keane et al., 1987); Questionnaire for the Severity of Psychopathological Symptoms (SCL-90-R) (L. R. Derogatis et al., 1977, adapted by V. Starcevic et al., 2000); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snait, 1983); The Scale of the Clinical Assessment of the Severity of Violations by Y. I. Levin (1995).

The results of the investigation expanded the information on the mental status of the AFU combatants who took part in the military actions in the East of Ukraine, by means of quantified assessment of PTSD symptoms.

An important component of the rehabilitation of combatants with PTSD is the establishment of an appropriate therapeutic environment against patient-based approach in order to potentiate the psychological, psychotherapeutic work aimed at restoring the interrelations of combatants at the level of micro- and macroenvironment.

Key words: combatants, post-traumatic stress disorder, post-stress mental disorder, combat mental trauma

Специфічною особливістю воєн і збройних конфліктів сучасності став прояв у багатьох її учасників і у тих, хто опинився в зоні, де вони відбуваються, характерних специфічних симптомів, які пов'язують з комплексним

впливом на них фізичних, психологічних, інформаційних та інших факторів війни та супутніх ним когнітивних дій. За даними ВООЗ, 16,2% і 12,5% (з 10% громадян 21 країни світу) мають наслідки війни або травматизм близьких, відповідно [1, 3, 7, 8]. Бойова психічна травма (БПТ) у комбатантів зумовлює стани психічної дезадап-

тації — у 80 % випадків, а серед поранених психічні розлади становлять майже 50 % [2, 4, 5, 9].

Пов'язані зі стресом психічні розлади, що виникають під час військових дій, є одним з важливих внутрішніх бар'єрів на шляху боєздатності й ефективного виконання професійних обов'язків комбатантами (аж до зниження здатності проведення активних бойових дій), а у подальшому — до адаптації в умовах звичайного життя через нашарування на цей субстрат нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією.

Тому питання виявлення та аналіз психометричних маркерів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів і розроблення ефективних стратегій їх ранньої діагностики та профілактики є актуальними питаннями сьогодення.

Мета дослідження: на основі компаративного аналізу показників психіатричного анамнезу та аналізу психодіагностичних показників визначити психометричні маркери ПТСР у комбатантів.

Протягом 2016—2018 років з дотриманням принципів етики та деонтології, на підставі інформованої згоди на участь у обстеженні, на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» обстежено 150 військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) та військової частини А0139.

Вибірки формували методом простого вірогідного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел), потрібний обсяг вибірки визначали методом поточної оцінки вірогідності відмінностей за Е. Е. Рафалес-Ламарком (1971) (за пороговий рівень вірогідності було прийнято $p < 0,05$) [2].

За критерієм наявності/відсутності ПТСР комбатанти були поділені на дві групи порівняння. До 1 групи увійшли 93 особи, у яких за критеріями МКХ-10 був встановлений діагноз ПТСР (F43.1), 2 групу становили 57 умовно здорових осіб (без ознак ПТСР). Усі обстежені були чоловіками, середнім віком $33,71 \pm 1,34$ роки, переважно сержанти та рядові загальновійськового складу ЗСУ, які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях склала $214,7 \pm 41,55$ діб.

Використані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний: Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) (Т. М. Кеане та співавт., 1987); Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List-90-Revised) (L. R. Derogatis та співавт., 1977, в адаптації V. Starcevic та співавт., 2000); Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983); Шкала клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (Я. І. Левін, 1995) [2, 5, 6].

Психометричні маркери ПТСР у комбатантів виокремлювали за допомогою аналізу методик психодіагностичного дослідження, які за даними наукової літератури асоційовані з розвитком ПТСР. Водночас брали до уваги показники психологічних, особистісних та поведінкових особливостей комбатантів.

За результатами проведеного кореляційного аналізу встановлено, що важкість психопатологічної симптоматики дійсно визначається, насамперед, обставинами бойовій військовій діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції оцінок за Міссісіпською шкалою

для бойового ПТСР з наявністю тривалої або серйозної психотравми ($r_{xy} = 0,64$), з загрозою загибелі під вогнем снайперів ($r_{xy} = 0,58$), з тим що, пацієнт був свідком загибелі товаришів ($r_{xy} = 0,54$) або мирних жителів ($r_{xy} = 0,48$), з участю у близькому бою ($r_{xy} = 0,50$) або у наступі ($r_{xy} = 0,41$), з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них ($r_{xy} = 0,46$), з вбивством людей (супротивників) або вірою в це ($r_{xy} = 0,45$).

Також встановлено міцний кореляційний зв'язок тривалої або серйозної БПТ з інтенсивністю тривоги ($r_{xy} = 0,78$), страху ($r_{xy} = 0,71$), підвищеним артеріальним тиском ($r_{xy} = 0,70$), розладами глибини й тривалості сну ($r_{xy} = 0,70$), середньої сили — з розладами засинання ($r_{xy} = 0,69$), внутрішнім дискомфортом ($r_{xy} = 0,66$). Міцні кореляції БПТ з алекситимією ($r_{xy} = 0,77$) та когнітивними порушеннями, насамперед, уваги ($r_{xy} = 0,68$) підтверджують їх зв'язок з участю у бойових діях. Виявлено також міцні зв'язки БПТ зі складовими Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (далі — SCL-90-R), а саме з показниками за шкалами: депресії (DEP), тривоги (ANX), обсессивності-компульсивності (O-C) індексами загальної важкості психопатології (GSI, PST) та соматизації (SOM) (r_{xy} — від 0,69 до 0,76).

Проведено кількісний аналіз діагностичної цінності результатів застосування психометричних методик з обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI) і визначено такі маркери наявності ПТСР у комбатантів:

— серед показників за шкалами SCL-90R: ворожість (HOS) понад 0,60 балів; паранояльність (PAR) понад 0,70 балів; депресія (DEP) понад 0,51 бали; тривожність (ANX) понад 0,55 балів; соматизація (SOM) понад 1,19 балів; фобічна тривожність (PHOB) понад 0,85 балів; обсессивність-компульсивність (O-C) понад 0,66 балів; міжособистісна сенситивність (INT) понад 0,80 балів та показник загальної важкості психопатології (GSI) понад 0,48 балів (при ДК від $-7,42$ до $-17,01$ од. і MI від 2,64 до 7,35 од.).

— клінічна оцінка виразності порушень сну (за шкалою Я. І. Левіна) 18 балів і нижче (ДК = $-9,07$, MI = 3,37);

— серед показників Міссісіпської шкали для бойового ПТСР: загальна оцінка понад 87 балів; гіперактивність понад 18 балів; почуття провини та відповідальності понад 9 балів; симптоми вторгнення понад 18 балів та запобігання понад 35 балів (при ДК від $-5,89$ до $-10,43$ од. і MI від 1,32 до 3,67 од.); а також

— показники тривоги за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) понад 8 балів (ДК = $-11,94$, MI = 3,06).

Було також оцінено діагностичну цінність самих психометричних методик, серед яких найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР виявились: SCL-90R ($\sum_{cp} MI = 4,51$), а також оцінка виразності порушень сну Я. І. Левіна ($\sum_{cp} MI = 3,37$).

Діагностична таблиця патопсихологічних ознак ПТСР у комбатантів

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	MI
Міссісіпська шкала для бойового ПТСР			
<i>Маркери наявності ПТСР</i>			
Гіперактивність	> 18	10,43	3,67
Загальний бал	> 87	8,35	2,57

Продовження табл.

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	МІ
Вторгнення	> 18	5,89	1,79
Почуття провини та відповідальність	> 9	6,67	1,49
Запобігання	> 35	5,28	1,32

Маркери відсутності ПТСР

Гіперактивність	≤ 18	6,15	2,16
Вторгнення	≤ 18	6,35	1,93
Загальний бал	≤ 87	5,05	1,55
Запобігання	≤ 35	4,34	1,08
Почуття провини та відповідальність	≤ 9	3,10	0,69

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

Маркери наявності ПТСР

HOS	> 0,60	17,01	7,35
PAR	> 0,70	17,01	7,35
DEP	> 0,51	16,68	6,67
ANX	> 0,55	16,51	6,33
O-C	> 0,66	13,56	5,16
SOM	> 1,19	15,80	5,13
PHOB	> 0,85	14,86	3,87
INT	> 0,80	10,30	3,52
ADD	> 0,71	8,90	3,17
PST	> 45	8,73	2,97
PSY	> 0,44	8,67	2,90
GSI	> 0,48	7,42	2,64
PSDI	> 1,37	5,49	1,59

Маркери відсутності ПТСР

HOS	≤ 0,60	9,27	4,09
PAR	≤ 0,70	9,27	4,09
DEP	≤ 0,51	7,38	3,02
GSI	≤ 0,48	8,15	2,90
ANX	≤ 0,55	6,67	2,62
O-C	≤ 0,66	6,74	2,56
ADD	≤ 0,71	6,90	2,46
PST	≤ 45	6,19	2,10
PSY	≤ 0,44	5,98	2,00
INT	≤ 0,80	5,75	1,96
PSDI	≤ 1,37	6,01	1,74
SOM	≤ 1,19	4,77	1,59
PHOB	≤ 0,85	3,35	0,90

Госпітальна шкала тривоги и депресії (HADS)

Маркери наявності ПТСР

підшкала А	> 8	11,94	3,06
------------	-----	-------	------

Маркери відсутності ПТСР

підшкала А	≤ 8	3,30	0,85
підшкала D	≤ 4	3,81	0,55

Закінчення табл.

Клінічна оцінка виразності порушень сну (шкала Я. І. Левіна)

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	МІ
<i>Маркери наявності ПТСР</i>			
Загальний бал	≤ 18	9,07	3,37
<i>Маркери відсутності ПТСР</i>			
Загальний бал	> 18	7,74	2,88

За результатами дослідження встановлено, що важкість посттравматичної симптоматики дійсно визначається, насамперед, обставинами військової діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції (r_{xy}) оцінок за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР: з наявністю тривалої або серйозної психотравми; з загрозою загибелі під вогнем снайперів; з тим, що комбатант був свідком загибелі товаришів або мирних жителів; з участю у близькому бою або у наступі; з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них; з вбивством людей (супротивників) або вірою в те, що це відбулось (r_{xy} — від 0,41 до 0,64).

Встановлено, що власне БПТ міцно пов'язана з інтенсивністю тривоги, страху, підвищеним артеріальним тиском, розладами глибини й тривалості сну та розладами засинання, а також внутрішнім дискомфортом (r_{xy} від 0,66 до 0,78), а її наслідками є алекситимія та когнітивні порушення у вигляді зниження уваги (r_{xy} дорівнює 0,77 та 0,68 відповідно).

Визначені найбільш вірогідні ($p < 0,001$) та значущі психометричні маркери ПТСР серед комбатантів, а саме: ворожість понад 0,60 балів; паранояльність понад 0,70 балів; депресія понад 0,51 балів; тривожність понад 0,55 балів; соматизація понад 1,19 балів; фобічна тривожність понад 0,85 балів; обесивність-компульсивність понад 0,66 балів; міжособистісна сенситивність понад 0,80 балів та загальна важкість психопатології понад 0,48 балів (за шкалами SCL-90R); клінічна оцінка виразності порушень сну 18 балів і нижче (за шкалою Я. І. Левіна); симптоми гіперактивності понад 18 балів; симптоми вторгнення понад 18 балів та запобігання понад 35 балів, а також почуття провини та відповідальності понад 9 балів і загальна оцінка понад 87 балів (за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР); а також тривога понад 8 балів (за шкалою HADS) (при ДК згаданих маркерів від -5,42 до -17,01 од. і МІ від 1,32 до 7,35 од.); при цьому найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР (за показником $\Sigma_{ср} MI$) виявились психометричні методики SCL-90R (4,51) та оцінка виразності порушень сну Я. І. Левіна (3,37).

Список літератури

1. Аймедов К. В., Асеева Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2. С. 128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.
2. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб. : Речь, 2011. 270 с.
3. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків

бойових дій в сучасних умовах : метод. рекомендації. Х., 2014. 79 с.

4. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Психосоцiальнi заходи в умовах гiбридної вiйни // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 124. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_115.

5. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. Додаток 6 // Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада за №2001/22313.

6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.

7. Badiuk M. I., Shevchuk O. S. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences // *Clinical and Experimental Pathology*. 2016. No. 4. P. 10—14. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/14216>.

8. Dalenberg C., Carlson E. B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2016. 4 (6). P. 551—559. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027900>.

9. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder / D. Forbes, M. Creamer, A. Phelps [et al.] // *Australian & New Zealand*

Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 41, issue 8, P. 637—648. DOI: <https://doi.org/10.1080/00048670701449161>.

Надійшла до редакції 06.05.2020

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, головний психіатр Міністерства оборони України, начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») Міністерства оборони (МО) України, м. Київ, Україна; e-mail: docod@bigmir.net

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, кандидат медичних наук, ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» МО України, м. Київ, Україна; e-mail: Super-passa@ukr.net

DRUZ Oleh, Doctor of Medical Sciences, Head psychiatrist of Ministry of Defense of Ukraine, Head of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of National Military Medical Clinical Centre "Main Military Clinical Hospital" (NMMCC "MMCH") of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: docod@bigmir.net

CHERNENKO Inna, MD, PhD, Clinical resident of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of NMMCC "MMCH" of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: Super-passa@ukr.net