

О. С. Чабан, В. Г. Безшейко

**СИМПТОМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ, ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ  
СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

О. С. Чабан, В. Г. Безшейко

**Симптомы посттравматического стресса, тревоги и депрессии среди участников боевых действий в зоне антитеррористической операции**

О. Chaban, V. Bezsheiko

**PTSD, anxiety and depression in Ukrainian military, exposed to "war zone" stress**

Участь у бойових діях є серйозним стресовим чинником, який може провокувати розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів та депресії. Наразі серед українських військових чітко не встановлено актуальність та масштаби проблеми.

Нами було проведено дослідження з оцінювання масштабу проблеми посттравматичного стресового розладу та клінічно значимих тривоги та депресії серед військових, які брали участь в бойових діях, та медичного персоналу, який першим надавав допомогу пораненим бійцям. Для досягнення цієї мети нами використовувались шкали PTSD Checklist (PLC-5) — для оцінювання симптомів ПТСР та HADS — для оцінювання вираженості тривоги та депресії.

Загалом клінічно значимі симптоми ПТСР мали 20 % із обстеженої вибірки при середній кількості набраних балів в 15,98 пунктів без статистично значущої різниці між чоловіками та жінками ( $p = 0,251$ ). Симптоми ПТСР значно посилювалися із часом перебування в зоні антитеррористичної операції (АТО) та були достовірно більш вираженими серед одружених осіб (20,29 бала; 95 % довірчий інтервал (ДИ) дорівнює 13,80—26,78), ніж у неодружених (13,21 бала; 95 % ДІ 9,33—17,09). 33,3 % вибірки мали як мінімум пограничний рівень тривоги при достовірно більшій вираженості серед жінок порівняно із чоловіками (7,11 vs. 5,29 бала;  $p = 0,041$ ).

Проблема ПТСР серед військових є надзвичайно актуальною в українських реаліях, яка потребує негайного розв'язання у вигляді адаптації та імплементації ефективних схем терапії з доведеною ефективністю при цьому розладі, як-от травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія та/або десенсибілізація і проробка травми рухами очей.

**Ключові слова:** ПТСР, стрес, військові, бойові дії, тривога, депресія, PCL-5, HADS, АТО

Участие в боевых действиях является серьезным стрессовым фактором, который может провоцировать развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тревожных расстройств и депрессии. Сейчас среди украинских военных четко не установлены актуальность и масштабы проблемы.

Нами было проведено исследование по оценке масштаба проблемы посттравматического стрессового расстройства и клинически значимых тревоги и депрессии среди военных, участвовавших в боевых действиях, и медицинского персонала, который первым оказывал помощь раненым бойцам. Для достижения этой цели нами использовались шкалы PTSD Checklist (PLC-5) — для оценки симптомов ПТСР и HADS — для оценки выраженности тревоги и депрессии.

В общем клинически значимые симптомы ПТСР имели 20 % из обследованной выборки при среднем количестве набранных баллов в 15,98 пунктов без статистически значимого различия между мужчинами и женщинами ( $p = 0,251$ ). Симптомы ПТСР значительно усиливались со временем пребывания в зоне антитеррористической операции (АТО) и были достоверно более выраженными среди женатых лиц (20,29 балла; 95 % доверительный интервал (ДИ) равен 13,80—26,78), чем у холостых (13,21 балла; 95 % ДИ 9,33—17,09). 33,3 % выборки имели как минимум пограничный уровень тревоги при достоверно большей выраженности среди женщин по сравнению с мужчинами (7,11 vs. 5,29 балла;  $p = 0,041$ ).

Проблема ПТСР среди военных является чрезвычайно актуальной в украинских реалиях, которая требует немедленного решения в виде адаптации и имплементации эффективных схем терапии с доказанной эффективностью при этом расстройстве, например травмофокусированная когнитивно-поведенческая терапия и/или десенсибилизация и проработка травмы движениями глаз.

**Ключевые слова:** ПТСР, стресс, военные, боевые действия, тревога, депрессия, PCL-5, HADS, АТО

Direct participation in combat and other war-related events are a major risk factors for development of post-traumatic stress disorder and also associated with anxiety disorders and depression. Currently, among the Ukrainian military is not clearly established the prevalence of PTSD and the scope of the problem.

We have conducted a survey with the use of self-report measure tools for PTSD, depression and anxiety assessment. For this purpose PTSD Checklist for DSM-5 and Hospital Anxiety and Depression Scale were used. The sample was mostly comprised of military, exposed to direct combat.

Overall current prevalence of clinically significant PTSD symptoms across sample was estimated at 20 %. Mean symptoms severity was 15.98 with no statistically significant difference between men and women ( $p = 0.251$ ). PTSD symptoms were twice more severe in military, that were exposed to war zone stress 2 or more years, compare to others. Also symptoms were more pronounced in married individuals (20.29 points; 95 % CI 13.80—26.78) than singles (13.21 points; 95 % CI 9.33—17.09). 33.3 % of the sample had at least at the borderline level of anxiety. Anxiety was significantly higher among women, compared to men (7.11 vs. 5.29;  $p = 0.041$ ).

The problem of PTSD in military is extremely relevant in the Ukrainian reality. It requires urgent attention in the form of adaptation and implementation of effective therapeutic methods with proven efficacy for PTSD, such as Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and/or Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

**Keywords:** PTSD, stress, military, war zone, combat, depression, anxiety, PCL-5, HADS, ATO

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це стан, який розвивається внаслідок експозиції до сильного стресора. При ПТСР спогади про пережиту стресову подію не інтегруються в загальну систему пам'яті, а продовжують повторно переживатися індивідом у вигляді симптомів інтрузії, уникнення, надмірної реактивності тощо.

Одним із видів стресових подій, який асоційований із розвитком ПТСР, є так званий "war zone stress" (стрес

внаслідок перебування в зоні бойових дій). Результати закордонних досліджень наглядно демонструють значне підвищення ризику ПТСР у осіб, які пережили цей вид стресу, як цивільних, так і військових.

Серед найбільш якісних досліджень, присвячених проблемі поширення ПТСР у військових, які брали участь у бойових діях, треба зазначити "National Vietnam Veterans Readjustment Study" (Дослідження щодо оцінювання реадaptaції ветеранів війни у В'єтнамі), проведене в США. Згідно із отриманими даними, поширеність ПТСР серед

чоловіків становила 15 %, а серед жінок — 8,5 %. У разі участі у високоінтенсивних бойових діях ця частка підвищувалася до 35,8 % у чоловіків та до 17,5 % серед жінок. Мова в цьому разі йде про поширеність в рамках одномоментного часового зрізу. Що стосується поширеності протягом життя, цей показник серед чоловіків та жінок становив 30,9 % серед чоловіків та 26,9 % серед жінок. Тобто, після участі у бойових діях, незалежно від їх інтенсивності, із ПТСР стикався кожен третій-четвертий військовий [Kulka R. A., 1990].

Слід зазначити, що подібні дослідження з оцінення поширеності ПТСР внаслідок "war zone stress" відповідно до клінічних критеріїв DSM ще не проводились на українській популяції. На цей момент точно не відомо, наскільки ця проблема є актуальною для України та українських військових.

До того ж ситуація з постстресовими розладами в Україні набула своїх специфічних рис через низку нових, не описаних раніше чинників. До них, на нашу думку, належать:

- Присутність фонового відчуття недостатньої підтримки, втрати базової довіри через елементи нігілізму, який формує особливе відчуття вини перед тими, «хто залишився на війні»;
  - Низький рівень соціального капіталу;
  - Повна довіра лише тим, хто був поряд («випробуваних війною»);
  - Недовіра та нерідко образа на жителів території миру, особливо в ситуації вираженого та галасливого звеселення за межами території війни;
  - Загострене відчуття образи за тих, хто воює, порівняно з іншими;
  - Агресія щодо несправедливості, або некоректних висловів на адресу військових;
  - Відчуття втоми та пригніченості при тривалому перебуванні на службі та війні;
  - Схильність до пошуку «традиційних розслаблень» — в першу чергу алкоголю, швидкого сексу, що не зобов'язує. Більш швидке сп'яніння;
  - Ситуація амбівалентного наповнення масмедійного простору, особливо телебачення, де поряд з негативною інформацією про війну тут же демонструються розважальні програми, зокрема, з жартами на тему війни, що стимулює когнітивний дисонанс на рівні мікро-, і макросоціуму;
  - Відчуття розгубленості з позначенням того, що відбувається: від термінологічного — до ідейного («гібридна війна», «торгівля з агресором», «бізнес в країні агресора», «в минулому братські народи», «контрабанда в зоні війни» та ін.);
  - Ідеї про те, що хтось з «великих» країн домовляється та вирішує долю країни за спиною народу самої країни («Америка, ЄС та Росія будуть вирішувати долю країни»);
  - Численні родинні зв'язки з країною агресором;
  - Повсякденне використання культурного спадку країни агресора (мова, книги, фільми, пісні, музика та ін.);
  - Багато спільної релігійності з країною агресором. Звернення до тих же самих синкретичних фігур, з частою втратою довіри до верховенства теологічних ідей;
  - Відбувається втрата гнучкості та амортизаційних властивостей на противагу масованому інформаційному впливу з подвійними стандартами.
- До того ж війна, яка триває в Україні, все більше набуває рис концентральності (від лат. *conscientia* — розуміння, свідомість, сумління), тобто війна з першочерговою метою зміни усвідомлення, переосмислення того,

що відбувається, руйнації національної самосвідомості, поширення нігілістичних та песимістичних ідей, спрямована на зниження рівня соціального капіталу. Така війна спрямована одночасно на соціум в цілому — на втрату національної ідентичності і на кожного індивідуума — втрата самоідентифікації, відмова або зменшення індивідуальних амортизаційних можливостей через відмову від культурально-мнестичних позасвідомих механізмів захисту, втрату довіри до базових захисних функцій держави і мікросоціуму. Для концентральної війни особливо характерні деякі форми когнітивного упередження та когнітивного викривлення внаслідок втрати достатньої критики до потужного інформаційного впливу в ситуації невизначення та постійного очікування неприємностей попереду, руйнації духовних цінностей попередніх поколінь з розривом наступності з цими поколіннями.

Все вищесказане потребує нової оцінки стану людей, які перебувають в ситуації хронічного стресу та дистресу, та врахування їхнього менталітету, психологічних амортизаційних властивостей, соціальної ситуації.

Безумовно, все вищеописане ставить свої вимоги до оцінки стресового ураження і відповідно кореляції стандартних методів корекції, зокрема до зміни Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (МОЗ України, № 121 від 23.02.2016)

Нами було проведено скринінгове обстеження на предмет наявності симптомів ПТСР серед військових, що перебували в зоні АТО та брали участь у бойових діях. У обстежувану вибірку був включений також медичний персонал, який перебував в зоні АТО та надавав первинну медичну допомогу, але не брав участі в активних бойових діях.

Для обстеження нами було використано опитувальник по симптомам ПТСР — PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5, Weathers F. W. et al., 2013) та Госпітальна шкала тривоги та депресії — HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983).

Опитувальник PCL-5 був отриманий нами від розробників — Національного центру ПТСР (National Center for PTSD), США. Опитувальник був попередньо перекладений на українську мову та адаптований для використання на українській популяції співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О. О. Богомольця. Перекладена та адаптована копія надіслана до Національного центру ПТСР, США.

Опитувальник PCL-5 складається із 20 запитань та, на відміну від PCL-IV, існує лише в одній версії, без поділу на цивільний та військовий варіанти. В ньому оцінюють, окрім наявності самої травматичної події, 4 кластери симптомів, які відповідають таким в DSM-5. Мова йде про:

- Симптоми інтрузії (критерій В, 5 запитань), включаючи рекурентні дистресорні спогади про травматичну подію, сновидіння, дисоціативні реакції тощо.
- Симптоми уникнення (критерій С, 2 запитання), включаючи уникнення ситуацій, людей, місць, спогадів, почуттів, пов'язаних із травматичною подією.
- Негативні зміни в думках та настрої, пов'язані із травматичною подією (критерій D, 7 запитань), включаючи неможливість згадати важливі аспекти події, негативні думки та очікування про себе та навколишній світ, почуття провини тощо.

• Значні зміни у збудливості та реактивності (критерій E, 6 запитань), включаючи спалахи гніву, надпильність, порушення сну, порушення концентрації уваги, почуття «на взводі» та самодеструктивну поведінку.

Кожне запитання оцінюють за класичною 5-бальною шкалою Лайкерта, від 0 балів (симптом зовсім відсутній) до 4 балів (екстремально виражений). Отже, мінімально та максимально можлива кількість балів складає 0 та 80 відповідно.

Клінічно значимими симптоми ПТСР вважають, якщо обстежуваний набрав мінімум 2+ бали на 1 запитання критерію B, 1 запитання критерію C, 2 запитання критерію E та 2 запитання критерію D.

Також нами використовувалась шкала HADS для скринінгу симптомів тривоги та депресії. Опитувальник складається із 14 запитань, із яких 7 спрямовані на оцінення симптомів тривоги та ще 7 — депресії. Запитання оцінюють за 4-бальною шкалою Лайкерта, від 0 до 3 балів. Отже, мінімально та максимально можлива кількість балів за субшкалами тривоги та депресії складає по 0—21 балів відповідно.

Пограничними вважають рівні від 8 до 10 балів, а клінічно значимими — 11 або більше за кожною субшкалою. Ці зрізи й брались за основу для оцінення стану обстежуваних у нашому дослідженні.

Для підрахунку клінічної значимості відмінностей між групами обстежуваних (наприклад, чоловіки порівняно з жінками або одружені порівняно з неодруженими) нами використовувався дисперсійний аналіз (ANOVA), для кореляційного аналізу — залежно від типу змінних — кореляція за Пірсоном або кореляція за Спірманом.

Всього у процесі скринінгу нами було обстежено 100 осіб, 69 чоловіків та 31 жінка. Переважну більшість вибірки (89 осіб) склали військові, які нещодавно повернулись із зони активних бойових дій, 11 осіб — персонал лікарень, який надав допомогу бійцям. Середній час перебування в зоні АТО склав  $44,77 \pm 44,701$  тижні, середній вік обстежених —  $32,83 \pm 10,122$  роки.

Щодо сімейного статусу — 29 обстежених були одинаками, 37 осіб перебували у шлюбі, 19 осіб були розлученими і 1 — вдова/вдівець. 14 осіб не надали інформації про свій сімейний стан. З всієї вибірки 30 осіб мали вищу освіту, 59 — середню або середню спеціальну, 11 осіб — не надали такої інформації.

### Симптоми ПТСР

В аналізі симптомів ПТСР були включені 97 осіб, які надали вичерпну інформацію в опитувальнику PCL-5. Згідно із результатами обстеження, 20 осіб (20,6 %) повністю відповідали критеріям ПТСР, згідно із критеріями PCL-5. Причому розподіл за статтю був однаковим, частка жінок із ПТСР складала 20 % та чоловіків — 20,9 %.

Окремо було проаналізовано відмінності у симптомах ПТСР між чоловіками та жінками за кожним критерієм (табл. 1). Як видно із отриманих даних, в середньому обстежувані набрали 15,98 балів за PCL-5 (95 % ДІ — 12,67—19,27). Цей показник є доволі високий, якщо порівнювати із загальною популяцією, та є відображенням переживання стресових подій у вигляді участі в бойових діях. При цьому в середньому вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу серед жінок (18,90) було вищою, ніж у чоловіків (14,72). Різниця складала 4,18 бали, що дорівнює 0,25 стандартного відхилення від середнього у цій популяції. Слід відмітити, що за кожною підшкалою окремо та загальною кількістю балів відмінності між групами не набрали статистичної

значущості, прийнятої в гуманітарних науках ( $p < 0,05$ ). Основною причиною цього була гетерогенність (розрізненість) даних.

Таблиця 1. Відмінність у симптомах ПТСР між чоловіками та жінками, згідно із обстеженням за допомогою шкали PCL-5

Показник	Стать	Середня	95 % ДІ*	p
Симптоми інтрузії (запитання 1—5)	чоловіча	4,03	2,88—5,17	0,360
	жіноча	4,97	3,32—6,61	
	загалом	4,31	3,38—5,24	—
Уникнення (запитання 6, 7)	чоловіча	1,35	0,90—1,79	0,139
	жіноча	1,97	1,23—2,70	
	загалом	1,53	1,15—1,91	—
Негативні думки та емоції (запитання 8—14)	чоловіча	4,67	3,07—6,28	0,181
	жіноча	6,55	4,46—8,64	
	загалом	5,24	3,96—6,52	—
Надмірна реактивність (запитання 15—20)	чоловіча	4,61	3,41—5,82	0,490
	жіноча	5,34	3,70—6,99	
	загалом	4,83	3,87—5,80	—
Загалом	чоловіча	14,72	10,58—18,85	0,251
	жіноча	18,90	13,34—24,45	
	загалом	15,98	12,67—19,27	—

Примітка. Тут і далі: 95 % ДІ\* — 95 % довірчий інтервал; p — достовірність різниць

Окремо треба вказати, що найвираженішими із усього спектра симптомів ПТСР були симптоми надмірної реактивності, — в середньому обстежувані набирали 0,805 бала по кожному запитанню із цієї субшкали, — та інтрузії (флешбеки, нічні жахи тощо), в середньому 0,862 бала по кожному запитанню із відповідної підшкали.

Згідно із закордонними даними щодо ПТСР, існують докази того, що в ранній період ПТСР (менш ніж 3 місяці від травматичної події) на перший план виходять симптоми інтрузії та надмірного збудження. Отримані дані знаходять своє підтвердження в рамках подібних досліджень. Зокрема, Difefe J. та Barocas D. (1999) вказують на виражені симптоми інтрузії в осіб, які нещодавно пережили травматичну подію порівняно із іншими пацієнтами з ПТСР. Автори проаналізували результати обстеження пацієнтів, які проходили лікування в опіковому центрі Нью-Йорка, загальна кількість вибірки складала 31 особу. Окрім того автори помітили, що навіть за відсутності лікування симптоми інтрузії зменшувались з часом. Ці дані цілком підтвердились в нашому дослідженні, оскільки вся вибірка була обстежена безпосередньо в зоні АТО, тобто експозиція до травматичної події мала місце порівняно нещодавно.

Окремо було проаналізовано кореляцію між тяжкістю ПТСР (кількість набраних балів за шкалою PCL-5), віком та тривалістю перебування в зоні АТО. Використовували коефіцієнт кореляції Пірсона. За жодним показником достовірної кореляції не отримано. На границі статистичної достовірності був взаємозв'язок між симптомами уникнення та часом перебування в зоні АТО ( $r = 0,208$ ;  $p = 0,68$ ) та між симптомами надмірної реактивності та часом перебування в зоні АТО ( $r = 0,202$ ;  $p = 0,66$ ).

Для більш докладного аналізу впливу часу експозиції до травматичної події (часу перебування в зоні АТО) вибірка була поділена на 3 групи. В першу групу було включено осіб, що перебували в зоні АТО та, відповідно, мали меншу за інших експозицію до стресу, в другу групу — від року до 2 років та в 3-тю — 2 або більше років. Зміна вираженості симптомів ПТСР залежно від часу перебування в зоні АТО наведена в таблиці 2.

Таблиця 2. Вираженість симптомів ПТСР за шкалою PLC-5 залежно від часу, проведеного в зоні АТО

Симптом	Тривалість перебування в зоні АТО	Середнє значення, бали	95 % Довірчий інтервал
Симптоми інтрузії (запитання 1—5)	< 1 року	3,86	2,62—5,11
	від 1 до 2 років	4,50	2,88—6,12
	≥ 2 років	6,50	1,05—11,95
Уникнення (запитання 6, 7)	< 1 року	1,20	0,73—1,67
	від 1 до 2 років	2,20	1,11—3,29
	≥ 2 років	2,25	0,12—4,38
Негативні думки та емоції (запитання 8—14)	< 1 року	4,90	3,18—6,61
	від 1 до 2 років	5,60	3,20—8,00
	≥ 2 років	9,13	1,28—16,97
Надмірна реактивність (запитання 15—20)	< 1 року	4,33	2,95—5,71
	від 1 до 2 років	4,45	2,76—6,14
	≥ 2 років	8,38	2,46—14,29
Загалом	< 1 року	14,38	9,83—18,92
	від 1 до 2 років	16,75	10,63—22,87
	≥ 2 років	26,25	12,51—19,99

Загалом було помічено доволі велику різницю в тяжкості симптомів ПТСР з більшою їх вираженістю в осіб, які мали експозицію до "war zone" стресу 2 і більше років (26,25 балів) порівняно із тими, хто мав меншу експозицію — менш ніж 1 та 1—2 роки (14,38 та 16,75 відповідно). Відмінності між першою та третьою групами досягли рівня 0,75 стандартного відхилення, тобто були дуже значними, але достовірність була на рівні статистичної значущості ( $p = 0,075$ ). Однак, під час аналізу відмінностей між підшкалами статистично значуща різниця була в симптомах надмірної реактивності (надпильність, збудливість, проблеми зі сном, труднощі у концентрації уваги, спалахи гніву). Особи, які перебували в зоні АТО 2 і більше років, мали майже в 2 рази більшу кількість балів за цією підшкалою (8,38) порівняно із тими, хто перебував там менше ніж 1 рік (4,33), при статистично достовірній різниці між цими групами  $p = 0,043$ .

Також нами було проаналізовано вплив сімейного стану на симптоми ПТСР. Очікувалось, що у одружених осіб симптоми цього розладу будуть менш виражені, ніж у неодружених, у зв'язку із амортизуючою функцією сім'ї. Але отримані результати були прямо протилежні цій гіпотезі. Середня кількість балів за шкалою PCL-5 у неодружених склала 13,21 (95 % ДІ 9,33—17,09), а у одружених — 20,29 (95 % ДІ 13,80—26,78). Різниця між групами склала 7,08 балів та була статистично достовірною ( $p = 0,049$ ) (табл. 2). Можливим поясненням цього може бути негативний вплив проблем у сім'ї на психічний стан під час проходження служби, але це потребує більш докладних досліджень.

Таблиця 2. Вираженість симптомів ПТСР залежно від сімейного стану

Симптом	Сімейний стан	Середнє значення, бали	95 % ДІ	$p$
Інтрузії	неодружені	3,86	2,67—5,05	0,123
	одружені	5,43	3,69—7,18	
Уникнення	неодружені	1,35	0,85—1,84	0,226
	одружені	1,86	1,13—2,59	
Негативні думки та емоції	неодружені	4,13	2,66—5,59	0,044*
	одружені	6,83	4,42—9,24	
Надмірна реактивність та збудженість	неодружені	3,92	2,80—5,03	0,063
	одружені	5,89	3,93—7,84	
Загалом	неодружені	13,21	9,33—17,09	0,049*
	одружені	20,29	13,80—26,78	

Примітка: \* — Статистично достовірно

### Симптоми тривоги та депресії

Загалом, згідно із оцінкою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), погранична вираженість цих симптомів констатується у разі, якщо під час обстеження загальна кількість балів за кожною субшкалою складає 8 і більше балів, а клінічно значима тривога або депресія — 11 або більше балів. Із всієї вибірки пограничний рівень тривоги спостерігався у 33,3 %, а депресії — у 22,7 % осіб. Потенційно клінічно значимі симптоми тривоги виявили у 11 % осіб, а депресії — у 5,2 %.

Аналіз шкали HADS продемонстрував доволі високі середні показники тривоги та депресії. Для вибірки загалом за симптомами депресії середня склала 4,92 (95 % ДІ 4,17—5,66) та за симптомами тривоги — 5,82 (95 % ДІ 5,02—6,63). Була відзначена статистично достовірна різниця у симптомах тривоги між чоловіками та жінками. Жінки в середньому набирали на 1,82 бала більше, ніж чоловіки ( $p = 0,041$ ). За вираженістю симптомів депресії чоловіки та жінки не відрізнялись (табл. 3).

Таблиця 3. Симптоми тривоги та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

Симптом	Стать	Середнє значення, бали	95 % ДІ	$p$
Тривога	чоловіча	5,29	4,34—6,24	0,041*
	жіноча	7,11	5,62—8,59	
	загалом	5,82	5,02—6,63	
Депресія	чоловіча	4,96	3,98—5,93	0,876
	жіноча	4,83	3,78—5,88	
	загалом	4,92	4,17—5,66	

Примітка: \* — Статистично достовірна різниця між чоловіками та жінками

Кореляційний аналіз за Спірманом продемонстрував зв'язок між симптомами депресії та часом перебування в зоні АТО. Кореляція була слабкою ( $r = 0,268$ ) але достовірною ( $p = 0,018$ ), тобто зі збільшенням часу перебування в зоні АТО симптоми депресії дещо підвищувались. Також

виявлено сильну пряму кореляцію між симптомами тривоги та депресії ( $r = 0,569$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги та ПТСР ( $r = 0,784$ ;  $p < 0,001$ ) та депресії і ПТСР ( $r = 0,649$ ;  $p < 0,001$ ).

Порівняння осіб, що перебували в зоні АТО менше ніж 1 рік, та тих, хто перебував там 1 рік або більше, продемонструвало наявність статистично значущої різниці в симптомах депресії. Зокрема, у перших середня кількість балів склала 4,31 (95 % ДІ 3,40—5,21), а серед останніх — 6,32 (95 % ДІ 4,59—8,05), при  $p = 0,023$ .

Проведене нами обстеження військових, що перебували в зоні АТО, вказує на доволі велику поширеність клінічно значимих симптомів ПТСР — 20 % серед загальної вибірки, тобто у кожного п'ятого. Середня кількість балів за шкалою PLC-5 склала 15,98 (95 % ДІ 12,67 — 19,27), без достовірних відмінностей між чоловіками та жінками, що свідчить про необхідність проведення профілактичних психологічних консультацій під час військової служби та скринінгу на наявність ПТСР після демобілізації.

Попарне порівняння осіб, які перебували в зоні АТО менш ніж 1 рік, 1—2 роки та 2 роки і більше, продемонструвало суттєве посилення симптомів ПТСР зі збільшенням часу експозиції до "war zone stress". Під час перебування в зоні АТО 2 роки або більше вираженість симптомів ПТСР підвищувалась майже в 2 рази.

Також було помічено достовірно більшу вираженість симптомів ПТСР ( $p = 0,049$ ) серед одружених (20,29 балів; 95 % ДІ 13,80—26,78), ніж у неодружених осіб (13,21 балів; 95 % ДІ 9,33—17,09), що потребує більш докладного вивчення.

Пограничний рівень тривоги спостерігався у третини вибірки, а депресії — у 22,75 %. Причому симптоми тривоги були достовірно більш виражені у жінок (7,11 балів; 95 % ДІ 5,62—8,59), ніж у чоловіків (5,29 балів; 95 % ДІ 4,34—6,24) при статистичній достовірності на рівні 0,041.

У той же час виражена гендерна різниця в реакції на стрес проявляється у вигляді частішої психічної симптоматики у чоловіків у варіанті відкритого та усвідомленого переживання на противагу соматизованої симптоматики у жінок з неусвідомленими проєктивними тілесними реакціями, які не проявляються на рівні психічної симптоматики. По суті, ймовірно, у жінок-військовослужбовців, при їх зовнішній відкритій емоційності та схильності до переживань, частіше формуються неусвідомлені психосоматичні проблеми, які в першу чергу стосуються репродуктивної функції.

Враховуючи протекторний вплив освіченості на симптоми тривоги, ефективною як профілактика може бути психоосвіта військових щодо посттравматичних стресових станів, навчання засобам психологічної

амортизації та опрацювання надмірних переживань. При цьому жінки-військовослужбовці виявляють більшу чутливість до стресу й ознаки стресового напруження з більшою ймовірністю формування постстресової відповіді у вигляді феноменів тривоги, депресії та ПТСР у вигляді соматичних порушень та проявів окремими симптомами.

Отже, в процесі дослідження були отримані актуальні дані, які відображають стан проблеми поширеності та вираженості симптомів ПТСР серед військових та їхній взаємозв'язок між часом перебування в зоні АТО, сімейним станом, симптомами тривоги і депресії та іншими показниками.

Робота не є завершеною та буде тривати далі з вивченням катамнезу обстежуваних та кінцевим оціненням ефективності опитувальника з симптомів посттравматичного стресового розладу PTSD Checklist в реаліях України, з можливою її рекомендацією до широкого застосування.

#### Список літератури

1. Trauma and the war generation: Reports of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / [R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbanks, et al.]. London : Brunner Mazel Publishers, 1990. 352 pp.
2. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD [Electronic Resource] / [F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, et al.]. National Center for PTSD. 2013. retrieved from : <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
3. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // *Psychiatria Scandinavica*. 1983. Vol. 67(6). P. 361—370.
4. Difede J., Barocas D. Acute Intrusive and Avoidant PTSD Symptoms as Predictors of Chronic PTSD Following Burn Injury // *Journal of Traumatic Stress*. 1999. Vol. 12(2). P. 363—369.

Надійшла до редакції 22.02.2017 р.

**ЧАБАН Олег Созонтович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

**БЕЗШЕЙКО Віталій Григорович**, асистент кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: [vitaliybezsh@gmail.com](mailto:vitaliybezsh@gmail.com)

**CHABAN Oleh**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychosomatic medicine and psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine

**BEZSHEIKO Vitaliy**, MD, Assistant of Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: [vitaliybezsh@gmail.com](mailto:vitaliybezsh@gmail.com)