

Деякі соціально-демографічні та медико-анамнестичні особливості ветеранів з ПТСР та ЧМТ

Олена Смашна

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського

Актуальність. Психічне здоров'я ветеранів є предметом ґрунтовних наукових досліджень в багатьох країнах світу. Особлива увага приділяється ПТСР, в тому числі у поєднанні з ЧМТ. Такі коморбідні стани чинять значний негативний психосоціальний вплив, знижуючи можливість успішної адаптації та ресоціалізації ветеранів. Певні особливості соціально-демографічних та медико-анамнестичних характеристик ветеранів з ПТСР, коморбідним з ЛЧМТ, а також проблемне сприйняття ними окремих сфер свого життя можуть впливати на формування психічних порушень, перебіг та прогноз хвороби, успішність терапії та реабілітації, а також на відновлення функціонування та якість життя. Таким чином, існує потреба у дослідженні особливостей соціально-демографічних та медико-анамнестичних характеристик ветеранів з ПТСР, особливо в поєднанні з ЛЧМТ, з метою оптимізації фармакологічного лікування та психосоціальної терапії.

Мета: дослідити соціально-демографічні, медико-анамнестичні особливості ветеранів з ПТСР та ЛЧМТ.

Методи і матеріали. Обстежено 329 учасників бойових дій (службовців Збройних сил, Національної гвардії та «добровольчих батальйонів») на Сході України, які страждали на ПТСР та ЛЧМТ. Соціально-демографічне та медико-анамнестичне обстеження проводилось за допомогою розробленої нами Уніфікованої карти дослідження пацієнта.

Результати. Аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів з ПТСР та ЛЧМТ свідчать про те, що близько третини обстежених осіб набували первинного дорослого життєвого досвіду в умовах військового конфлікту. Перебування в зоні бойових дій впливало на трудовий анамнез: до потрапляння на службу в АТО більшість обстежених осіб працювали в режимі повної зайнятості в цивільній сфері, а після перебування в АТО ці показники зменшились в понад 3 рази за рахунок перерозподілу в категорію тих, хто продовжив служити. Велика кількість осіб, що продовжувала служити попри отримання ПТСР, ЧМТ або їх сполучення, частково може бути пояснена прагненням збереження «братерської єдності» як сурогатної родини. Більшість обстежених осіб преморбідно були психосоматично здоровими попри періодичне вживання алкоголю; соматична уразливість була притаманна тільки особам з групи ЧМТ.

Висновки. Визначені нами соціально-демографічні, медико-анамнестичні особливості ветеранів з ПТСР та ЛЧМТ надалі були використані для формування мішеней психосоціальної терапії та оптимізації фармакологічного лікування.

Актуальність

Сучасні макро- та мікро-соціальні фактори, пов'язані з військовим конфліктом на Сході України, призвели до трансформації суспільної свідомості та зміни життєвих орієнтирів та

цінностей мільйонів людей, що по своїй суті є колективною травмою [1, 2, 3]. Психічна дезадаптація в результаті впливу даних факторів призводить до розвитку соціально-стресових розладів, які в МКХ-10 визначаються в рамках діагностичної рубрики «Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади» (F40–F49) [1, 3, 4, 5]. Серед них саме клінічні прояви ПТСР найбільш виражено впливають на психологічно-соціальну сторону життя індивіда, рівень його адаптативних можливостей, використання психологічного ресурсу для подолання стресової ситуації, функціональний рівень систем психологічного гомеостазу [1, 6, 5].

Дослідження різних аспектів взаємозв'язків між черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у пацієнтів, що постраждали внаслідок військової травми, набуло особливої актуальності, оскільки дані порушення часто співіснують у клінічному аспекті, як самостійно, так і сукупно, розглядаються в якості визначних чинників порушення здоров'я у людей, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій [2, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Виникнення і тяжкість перебігу розладів адаптації та посттравматичного стресового розвитку, спричинені соціально-стресовими факторами, зумовлені особистісними, нейробіологічними та соціальними факторами: індивідуальним стилем мислення, рівнем освіти, попереднім травматичним досвідом, наявністю психофізичної натренованості, соціальним і сімейним статусами, рівнем освіти, психічними та соматичними захворюваннями в минулому [1, 5, 4, 5].

Військова травма завдає значного деструктивного впливу як на індивідуальне життя громадянина, так і функціонування соціуму, в якому він перебуває та приносить соціально-економічний розлад на рівні держави. До найбільш актуальних питань соціальної реабілітації постраждалих внаслідок військової травми відносяться відновлення статусу цивільного громадянина, реалізація соціальних контактів в мирному просторі, конструктивне додання соціально-економічних труднощів, корекцію зловживання алкогольними та психоактивними речовинами, заміщення деструктивних стратегій поведінки на більш соціально бажані та індивідуально корисні [1, 2, 13, 3, 12, 14, 5].

Психічне здоров'я ветеранів є предметом ґрунтовних наукових досліджень в багатьох країнах світу. Особлива увага приділяється ПТСР, в тому числі у поєднанні з ЧМТ. Такі коморбідні стани чинять значний негативний психосоціальний вплив, знижуючи можливість успішної адаптації та ресоціалізації ветеранів. Певні особливості соціально-демографічних та медико-анамнестичних характеристик ветеранів з ПТСР, коморбідним з ЛЧМТ, а також проблемне сприйняття ними окремих сфер свого життя можуть впливати на формування психічних порушень, перебіг та прогноз хвороби, успішність терапії та реабілітації, а також на відновлення функціонування та якості життя [1, 2, 13, 3, 12, 14, 5].

Таким чином, існує потреба у дослідженні особливостей соціально-демографічних та медико-анамнестичних характеристик ветеранів з ПТСР, особливо в поєднанні з ЛЧМТ, їх взаємозв'язку з клінічними характеристиками постраждалих осіб з метою оптимізації фармакологічного лікування та психосоціальної терапії.

Мета

Мета: дослідити соціально-демографічні, медико-анамнестичні особливості ветеранів з ПТСР та ЛЧМТ.

Методи і матеріали

Обстежено 329 учасників бойових дій (службовців Збройних сил, Національної гвардії та «добровольчих батальйонів») на Сході України, які страждали на ПТСР та ЛЧМТ. Дослідження проводилось на базі Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна

клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради, де зазначений контингент проходив курс лікування та/або реабілітації.

Обстеження проводилось за допомогою розробленої нами Уніфікованої карти дослідження пацієнта, включало збір інформації про певні соціально-демографічні та медико-соціальні показники, а саме: вік, стать, сімейний стан, освіта, трудовий статус, інвалідизація, умови проживання, перебування з зоні АТО, тривалість безпосереднього перебування в зоні бойових дій, тривалість демобілізації, військове звання.

Результати

Матеріал дослідження був структурований в межах трьох дослідницьких груп ([Табл. 1](#)): групи ветеранів, у яких був діагностований посттравматичний стресовий розлад (група ПТСР) – 109 осіб (33,1% обстеженого контингенту); групи ветеранів з наслідками черепно-мозкової травми (група ЧМТ) – 112 осіб (34,0%); групи ветеранів, хворих на ПТСР з коморбідними наслідками ЧМТ (група КЧМТ) – 108 осіб (32,8%).

група	всього		φ*
	абс.	%	
ПТСР	109	33,1	0,7238
ЧМТ	112	34,0	0,4439
КЧМТ	108	32,8	0,3219
Всього	329	100,0	-

Таблиця 1. Розподіл контингенту за дослідницькими групами та гендером

За результатами порівняння обсягів виділених груп, проведеного з використанням розрахунку коефіцієнту φ* - кутового перетворення Фішера ([Табл. 1](#)), статистичної різниці в кількості респондентів, що склали дослідницькі групи виявлено не було (φ* ≤ 0,723; p > 0,1). Таким чином, дослідницькі групи можуть розглядатися як репрезентативні та статистично порівняльні між собою.

Досліджений контингент складався з осіб у віці від 19 до 64 років. Структурування дослідницьких груп за віковими проміжками в 10 років виявилось недостовірним (φ* ≤ 1,623; p > 0,1), що вказує на гармонійність розподілу респондентів дослідницьких груп за віком та нерациональність використання вікового фактору у подальшому дослідженні ([Табл. 2](#)).

Разом з цим ми можемо засвідчити, що близько третини обстежених осіб значною мірою набували первинного дорослого життєвого досвіду в умовах військового конфлікту (37,98% представників усіх дослідницьких груп були у віці молодшому за 30 років).

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	φ*	абс.	%	φ*	абс.	%	φ*
вікові характеристики									
<20	3	2,75	1,482	3	2,67	1,623	3	2,77	1,592
21-30	36	33,03	-	41	36,61	0,331	39	36,11	0,335
31-40	36	33,03	0,406	37	33,04	0,478	35	32,41	0,326
>40	31	28,44	1,309	31	27,68	1,623	31	28,7	1,592
виховувався у дитинстві									
повна родина	51	46,79	0,716	51	45,54	0,443	58	53,7	1,797
1 з батьків	43	39,45	2,115	46	41,07	2,129	38	35,19	1,559
бабусею, дідусем	10	9,174	0,428	6	5,35	0,134	3	2,77	0,069

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*
іншими родичами	3	2,752	0,067	4	3,57	0,067	4	3,71	0,069
дитячий будинок	2	1,835	1,713	5	4,46	2,252	5	4,63	2,599
освіта									
середня	13	11,93	2,643	12	10,71	2,477	12	11,11	2,667
середня-спец.	52	47,71	0,722	50	44,64	-	52	48,15	0,728
вища	44	40,37	2,127	50	44,64	2,477	44	40,74	2,164
робота до АТО									
не працював	29	26,61	0,159	33	29,46	0,079	28	25,93	0,239
частк. зайнятість	31	28,44	0,654	32	28,57	0,401	31	28,7	0,659
повна зайнятість	39	35,78	1,881	37	33,04	1,733	39	36,11	1,893
прод. служити	10	9,174	1,277	10	8,92	1,497	10	9,25	1,222
робота після АТО									
не працював	33	30,28	0,081	34	30,36	0,079	32	29,63	-
часткова зайнят.	32	29,36	1,384	33	29,46	1,425	32	29,63	1,393
повна зайнятість	12	11,01	1,384	12	10,71	1,425	12	11,11	1,393
прод. служити	32	29,36	0,081	33	29,46	0,079	32	29,63	-
сімейний стан									
одинок	36	33,03	1,935	37	33,04	1,998	35	32,41	2,026
одружений	58	53,21	3,021	60	53,57	3,093	58	53,7	3,042
розлучений	15	13,76	1,511	15	13,39	1,552	15	13,89	1,45

Таблиця 2. Основні соціологічні характеристики з результатами φ^* -кутового перетворення Фішера

Переважна більшість обстежених осіб в дитинстві виховувалась у повних родин, але таке переважання є достовірним лише для групи КЧМТ - 53,7% ($\varphi^*= 1,797$; $p \leq 0,036$). Достовірна більшість осіб, які виховувались у неповних родин, була в групі ПТСР - 39,5% ($\varphi^*= 2,115$; $p \leq 0,016$), в групі ЧМТ - 41,1% ($\varphi^*= 2,129$; $p \leq 0,016$). Статистично значуща меншість респондентів усіх дослідницьких груп в дитинстві виховувались в дитячих будинках ($\varphi^* \geq 1,713$; $p \leq 0,044$).

В усіх трьох дослідницьких групах достовірно найменшою була частка осіб із середньої освітою (відповідно в групі ПТСР - 11,9% ($\varphi^*= 2,643$; $p \leq 0,003$), в групі ЧМТ - 10,7% ($\varphi^*= 2,477$; $p \leq 0,02$), в групі КЧМТ - 11,1% ($\varphi^*= 2,667$; $p \leq 0,002$). Осіб з вищою освітою було порівняно достовірно більше; вони відповідно склали в групі ПТСР - 40,1% ($\varphi^*= 2,127$; $p \leq 0,017$), в групі ЧМТ - 44,6% ($\varphi^*= 2,477$; $p \leq 0,005$), в групі КЧМТ - 40,7% ($\varphi^*= 2,164$; $p \leq 0,015$). Решта осіб мали середньо-спеціальну освіту. Отже, можемо засвідчити досить високий освітній рівень осіб усіх досліджуваних груп.

До потрапляння на службу в АТО більшість обстежених осіб працювали в режимі повної зайнятості в цивільній сфері (відповідно в групі ПТСР - 35,8% ($\varphi^*= 1,881$; $p \leq 0,03$), в групі ЧМТ - 33,04% ($\varphi^*= 1,733$; $p \leq 0,042$), в групі КЧМТ - 36,11% ($\varphi^*= 1,893$; $p \leq 0,029$). Після перебування в АТО ці показники зменшились в понад 3 рази за рахунок перерозподілу в категорію тих, хто

продовжив служити.

За сімейним станом близько половини обстежених осіб були одружені (відповідно в групі ПТСР - 53,2% ($\varphi^*=3,021$; $p<0,0001$), в групі ЧМТ - 53,6% ($\varphi^*=3,093$; $p<0,0001$), в групі КЧМТ - 53,7% ($\varphi^*=3,042$; $p<0,0001$). Втім, друга половина обстежених не мала актуальної родини, причому в усіх групах понад 2/3 були одинаками, а 1/3 - розлучені. Отже, можемо засвідчити, що неочікувано велика кількість осіб, що продовжувала служити попри отримання ПТСР, ЧМТ або їх сполучення, частково може бути пояснена прагненням збереження «братерської єдності» як сурогатної родини.

За військовими званнями структура усіх дослідницьких груп була однорідною ($\varphi^*\leq 0,663$; $p>0,1$): по одній третині обстеженого контингенту припадало на рядовий, сержантський та офіцерський склад (Табл. 3).

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*
військове звання									
рядовий	41	37,61	0,502	45	40,18	0,906	42	38,89	0,754
сержант	35	32,11	0,163	34	30,36	0,079	33	30,56	-
офіцер	33	30,28	0,663	33	29,46	0,984	33	30,56	0,754
загальний призов чи служба за контрактом									
заг. призов	71	65,14	3,061	68	60,71	2,232	78	72,22	4,288
за контракт	38	34,86	3,061	44	39,29	2,232	30	27,78	4,288
тривалість перебування в зоні бойових дій									
до 1 тижня	19	17,43	1,055	11	9,82	0,826	19	17,59	0,986
до 1 місяця	33	30,28	0,627	23	20,54	0,761	32	29,63	0,552
до 3 місяців	25	22,94	0,304	33	29,46	-	25	23,15	0,306
до 6 місяців	21	19,27	0,704	33	29,46	1,425	21	19,44	0,708
до 1 року	11	10,09	0,567	12	10,71	0,071	11	10,19	0,57

Таблиця 3. Додаткові характеристики з результатами φ^* -кутового перетворення Фішера

Переважна більшість респондентів в усіх дослідницьких групах під час бойових дій проходили строкову службу за загальним призовом ($\varphi^*\geq 3,042$; $p\leq 0,013$): 71 особа (65,14%) в групі ПТСР; 68 осіб (60,71%) в групі ЧМТ та 78 осіб (72,22%) в групі КЧМТ.

Терміни перебування в зоні бойових дій були структуровані наступним чином: до 1 тижня; до 1 місяця; до 3 місяців; до 6 місяців та до 1 року. При проведенні порівняння груп відсоткових долей кількості респондентів дослідницьких груп в межах зазначених термінів з використанням розрахунку коефіцієнту φ^* -кутового перетворення Фішера, будь-якої статистично значущої різниці виявлено не було ($\varphi^*\leq 1,425$; $p\geq 0,078$), що вказує на гармонійний розподіл матеріалу дослідження і за цим важливим фактором.

Аналіз додаткових медико-анамнестичних характеристик респондентів досліджуваних груп дав наступні результати (Табл. 4).

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*
лікування у психіатра до служби в АТО									
ні	86	78,9	5,250	88	78,57	5,282	86	79,63	5,31

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*	абс.	%	φ^*
так	23	21,1	5,250	24	21,43	5,282	22	20,37	5,31
хронічні соматичні захворювання до служби в АТО									
ні	49	44,95	1,05	45	40,18	2,051	67	62,04	2,45
так	60	55,05	1,05	67	59,82	2,051	41	37,96	2,45
група інвалідності									
так	34	31,19	3,731	84	75,0	4,798	39	36,11	2,81
ні	75	68,81	3,731	28	25,0	4,798	69	63,89	2,81
вживання алкоголю									
не вживає	14	12,84	2,231	18	16,07	2,036	20	18,52	2,141
к. разів/рік	46	42,2	1,168	46	41,07	1,144	48	44,44	1,5
1 раз/міс.	32	29,36	1,337	32	28,57	1,315	30	27,78	1,405
2 рази/міс.	13	11,93	0,559	13	11,61	0,572	8	7,41	0,352
1 раз/тижд.	4	3,67	0,613	3	2,67	0,795	2	1,85	0,832
вживання канабіноїдів									
не вживає	66	60,55	3,341	68	60,71	3,507	69	63,89	3,767
к. разів/рік	25	22,94	0,918	23	20,54	0,707	21	19,44	0,708
1 раз/міс.	12	11,01	0,459	13	11,61	0,512	11	10,19	0,449
2 рази/міс.	5	4,587	0,218	5	4,464	0,132	4	3,70	0,069
1 раз/тижд.	1	0,917	1,579	3	2,679	2,471	3	2,77	2,573
вживання інших ПАР									
не вживав	65	59,63	3,104	97	86,61	5,375	69	63,89	3,709
опіати	28	25,69	1,201	10	8,92	0,398	23	21,3	0,994
психостим.	3	2,752	0,068	1	0,89	-	8	7,407	0,206
галюциног.	4	3,67	0,136	1	0,89	0,064	5	4,63	0,22
барбітур.	6	5,505	0,198	2	1,78	0,064	1	0,926	-
транквіліз.	3	2,752	2,423	1	0,89	2,191	1	0,926	-
інші	-	-	-	-	-	-	1	0,926	1,648

Таблиця 4. Додаткові медико-анамнестичні характеристики з результатами. φ^* -кутового перетворення Фішера

В усіх групах значуща більшість респондентів ($\varphi^* \geq 5,25$; $p < 0,0001$) до перебування в зоні бойових дій ніколи не зверталася за психіатричною допомогою: 86 осіб (78,9%) в групі ПТСР; 88 осіб (78,57%) в групі ЧМТ та 86 осіб (79,63%) в групі КЧМТ.

З анамнестичними даними щодо хронічних соматичних захворювань спостерігалася зовсім інша картина. В групі ПТСР значущої різниці між кількістю осіб, які лікувалися з приводу цих захворювань до участі в АТО та таких, які на хронічні соматичні захворювання раніше не страждав, статистично значущої різниці не було ($\varphi^* = 1,05$; $p > 0,1$), тоді як в групі ЧМТ більшість лікувалася з приводу цих захворювань ($\varphi^* = 2,051$; $p < 0,02$), а в групі КЧМТ, навпаки, більшість з приводу хронічних соматичних захворювань не лікувалася ($\varphi^* = 2,45$; $p < 0,005$).

Під час проведення обстеження значуща більшість групи інвалідності не мала ($\varphi^* \geq 2,81$; $p \leq 0,001$) респондентів групи ПТСР (75 осіб - 68,81%) та КЧМТ (69 осіб - 63,89%), тоді як в групі ЧМТ, навпаки, більшість була з групою інвалідності ($\varphi^* = 4,798$; $p < 0,0001$) (84 особи - 75,0%).

Результати опитування щодо вживання алкоголю вказує на те, що утримується від його вживання значуща меншість представників усіх досліджуваних груп ($\varphi^* \geq 2,036$; $p \leq 0,021$). Разом з цим, статистично значущі відмінності в ритмі вживання алкоголю (Табл. 4) виявлено

не було ($\varphi^* \leq 1,405$; $p \geq 0,081$).

Аналіз результатів опитування другої, найбільш популярної у учасників збройного конфлікту на сході України психоактивної речовини – групи канабіноїдів, дав протилежні результати – статистично значуща більшість респондентів їх не вживали ($\varphi^* \geq 3,341$; $p < 0,0001$). Серед споживачів канабіноїдів, як і у випадку з алкоголем, не вдалося виявити групу з тим чи іншим ритмом вживання наркотику ($\varphi^* \leq 1,579$; $p \geq 0,056$) крім представників групи ЧМТ – ритм вживання «1 раз на тиждень та частіше» зустрічався у значущій ($\varphi^* = 2,471$; $p < 0,006$) меншості респондентів (3 особи – 2,68%).

Інші психоактивні речовини за результатами опитування також ніколи не вживала більшість представників усіх дослідницьких груп ($\varphi^* \geq 3,104$; $p < 0,0001$). Серед респондентів, які вживали інші ПАР, переважали споживачі опіатів (28 осіб - 25,69% в групі ПТСР; 10 осіб - 8,92% в групі ЧМТ; 23 особи - 21,3% в групі КЧМТ), хоча статистична значущість цієї переваги не є прийнятною ($\varphi^* \leq 1,201$; $p > 0,1$).

Для перевірки розбіжностей у відсоткових долях кількості респондентів окремих дослідницьких груп, для яких характерними є, описані вище, соціальні та анамнестичні фактори, також був проведений розрахунок коефіцієнту φ^* - кутового перетворення Фішера (Табл. 5-6), за результатами аналізу показників якого можна стверджувати, що статистично значущої різниці між пацієнтами, які склали групи ПТСР, ЧМТ та КЧМТ, немає ($\varphi^* \leq 1,559898$; $p > 0,61$). Виключення складає тільки кількість осіб, які не вживали інші ПАР – їх було значущо більше в групі значущо більше серед представників групи ЧМТ ($\varphi^* \geq 3,429138$; $p < 0,0001$), тоді як між кількістю таких осіб в групах ПТСР та КЧМТ значущої різниці виявлено не було ($\varphi^* \geq 0,507329$; $p > 0,1$).

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
вікові характеристики			
<20	0,006034	0,001495	0,00753
21-30	0,329111	0,280263	0,04647
31-40	0,000908	0,055668	0,056944
>40	0,066598	0,022659	0,089257
виховувався у дитинстві			
повна родина	0,12662	0,720519	0,851142
1 з батьків	0,155735	0,395756	0,552648
бабусею, дідусем	0,287783	0,426895	0,187251
іншими родичами	0,061341	0,071129	0,010572
дитячий будинок	0,183849	0,193604	0,012905
освіта			
середня	0,096219	0,064168	0,031429
середня-спец.	0,310956	0,04491	0,355424
вища	0,418008	0,035346	0,381552
робота до АТО			
не працював	0,249356	0,058318	0,307155
частк. зайнятість	0,011427	0,022659	0,011411
повна зайнятість	0,25136	0,030369	0,281327
прод. служити	0,0198	0,005876	0,025676
робота після АТО			
не працював	0,007122	0,057197	0,064682
часткова зайнят.	0,008846	0,023683	0,015019
повна зайнятість	0,023619	0,00781	0,031429
прод. служити	0,008846	0,023683	0,015019
сімейний стан			
одинак	0,000908	0,055668	0,056944

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
одружений	0,039191	0,052901	0,014157
розлучений	0,029584	0,010315	0,039898

Таблиця 5. Показники φ^* -кутового перетворення Фішера, отриманого при порівнянні основних соціальних характеристик представників досліджуваних груп

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
військове звання			
рядовий	0,244205	0,119969	0,122979
сержант	0,156827	0,137726	0,017783
офіцер	0,072777	0,024722	0,097499
загальний призов чи служба за контрактом			
заг. призов	0,54077	0,932009	1,474477
за контрактом	0,414331	0,625943	1,033198
тривалість перебування в зоні бойових дій			
до 1 тижня	0,590949	0,012976	0,602061
до 1 місяця	0,827066	0,057197	0,769899
до 3 місяців	0,560188	0,017631	0,54138
до 6 місяців	0,854564	0,013943	0,839149
до 1 року	0,048662	0,007769	0,040726
вживання алкоголю			
не вживає	0,258134	0,449979	0,199501
кілька разів/рік	0,109938	0,219111	0,330212
1 раз/місяць	0,069666	0,137638	0,069105
2 рази/місяць	0,025317	0,342581	0,320482
1 раз/тиждень	0,074962	0,13008	0,060687
вживання канабіноїдів			
не вживає	0,018953	0,400205	0,384082
кілька разів/рік	0,201452	0,289564	0,091138
1 раз/місяць	0,047327	0,063825	0,111279
2 рази/місяць	0,009356	0,06644	0,057619
1 раз/тиждень	0,118661	0,123502	0,006846
вживання інших ПАР			
не вживав	3,916171	0,507329	3,429138
опіати	1,239097	0,368309	0,931477
психоситим.	0,125022	0,321928	0,341589
галюциног.	0,175815	0,071871	0,223453
барбітур.	0,252345	0,260076	0,061135
транквіліз.	0,125022	0,121735	0,002684
інші	-	1,559898	-

Таблиця 6. Показники φ^* -кутового перетворення Фішера, отриманого при порівнянні додаткових соціологічних характеристик представників досліджуваних груп

Також спостерігалися значущі відмінності при порівнянні кількості респондентів груп ПТСР і КЧСМ, які страждали на хронічні соматичні захворювання до служби в АТО - в групі КЧСМ таких було значущо більше ($\varphi^* \geq 1,168$; $p < 0,046$). Осіб, які мали групу інвалідності було значущо більше в групі ЧМТ, ніж в групах ПТСР і КЧСМ ($\varphi^* \geq 3,593094$; $p < 0,0001$), при чому різниці в кількості респондентів з інвалідністю в між групами ПТСР і КЧСМ виявлено не було ($\varphi^* \leq 0,624587$; $p > 0,1$) (Табл. 7).

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
лікування у психіатра до служби в АТО			
ні	0,053188	0,118081	0,171946
так	0,027639	0,060383	0,088331

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
хронічні соматичні захворювання до служби в АТО			
ні	0,467438	1,831987	2,287443
так	0,542994	1,699506	2,223479
група інвалідності			
так	4,47343	0,444048	4,154993
ні	4,105761	0,624587	3,593094

Таблиця 7. Показники φ^* -кутового перетворення Фішера, отриманого при порівнянні додаткових медико-анамнестичних характеристик представників досліджуваних груп

Дискусія

Набуття близько третиною обстежених осіб первинного дорослого життєвого досвіду в умовах військового конфлікту (37,98% представників усіх дослідницьких груп були у віці молодшому за 30 років) може вважатись обтяжуючим чинником, що потенційно негативно відбивається на процесі повернення до цивільного життя, вважаючи на додаткове обмеження резилієнсу за рахунок ПТСР та/або ЧМТ. Дослідження van der Naalt J. et al. (2017) [15] та Haarbauer-Krupa J. et al. (2017) [16] також відмічали обтяжуючу роль більш молодого віку у подальшому перебігу та ефективному відновленні пацієнтів з ЧМТ та ПТСР.

Звертає на себе увагу перерозподіл професійної зайнятості обстежених осіб внаслідок перебування в зоні бойових дій: до потрапляння на службу в АТО більшість обстежених осіб працювали в режимі повної зайнятості в цивільній сфері (відповідно в групі ПТСР – 35,8% ($\varphi^*=1,881$; $p \leq 0,03$), в групі ЧМТ – 33,04% ($\varphi^*=1,733$; $p \leq 0,042$), в групі КЧМТ – 36,11% ($\varphi^*=1,893$; $p \leq 0,029$). Після перебування в АТО, як це було вказано вище, ці показники зменшились в понад 3 рази за рахунок перерозподілу в категорію тих, хто продовжив служити. Неочікувано велика кількість осіб, що продовжувала служити попри отримання ПТСР, ЧМТ або їх сполучення, частково може бути пояснена прагненням продовжити застосування набутих навичок [15] та більшою мірою збереженням «братерської єдності» як сурогатної родини [16]. Останній феномен безумовно відіграє позитивну роль щодо психологічного стану військовослужбовців та добровольців під час бойових дій, але ментально «утримує на війні» ветеранів, уповільнюючи їх адаптацію до цивільного життя [1, 3, 4]

Анамнез щодо прийому алкоголю вказує на те, що утримується від його вживання значуща меншість представників усіх досліджуваних груп ($\varphi^* \geq 2,036$; $p \leq 0,021$), в той час як вживання інших ПАР є набагато меншою. На переважання вживання/зловживання алкоголю порівняно з іншими ПАР вказували й інші дослідники [17]. Разом з цим, в окремих клінічних групах не було виявлено статистично значущих відмінностей в ритмі вживання алкоголю.

Майже 80% обстежених осіб усіх груп ($\varphi^* \geq 5,25$; $p < 0,0001$) до перебування в зоні бойових дій ніколи не зверталася за психіатричною допомогою, той час як в групі ЧМТ більшість лікувалася з приводу хронічних соматичних захворювань ($\varphi^*=2,051$; $p < 0,02$), що було обумовлено участю в бойових діях добровольчих батальйонів, де в тому числі служили особи більш старшого віку з соматичною обтяжливостю [18].

Висновки

1. Аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів з ПТСР та ЛЧМТ свідчать про те, що близько третини обстежених осіб набували первинного дорослого життєвого досвіду в умовах військового конфлікту.
2. Перебування в зоні бойових дій впливало на трудовий анамнез: до потрапляння на службу в АТО більшість обстежених осіб працювали в режимі повної зайнятості в цивільній сфері, а після перебування в АТО ці показники зменшились в понад 3 рази за

рахунок перерозподілу в категорію тих, хто продовжив служити. Велика кількість осіб, що продовжувала служити попри отримання ПТСР, ЧМТ або їх сполучення, частково може бути пояснена прагненням збереження «братерської єдності» як сурогатної родини

3. Більшість обстежених осіб преморбідно були психосоматично здоровими попри періодичне вживання алкоголю; соматична уразливість була притаманна тільки особам з групи ЧМТ.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Matyash M, Khudenko L. Social stress disorders in the structure of ukrainian syndrome. *UMJ*. 2016;3(113):118-21.
2. Smashna O, Khaustova O. Features posttraumatic stress disorder diagnosis in patients with mild traumatic brain injury. *Archiv psichiatrii*. 2017;23(4):225-32.
3. Fang S, Schnurr P, Kulish A, et al. Psychosocial Functioning and Health-Related Quality of Life Associated with Posttraumatic Stress Disorder in Male and Female Iraq and Afghanistan War Veterans: The VALOR Registry. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(12):1038-46. doi:<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5096>
4. Nichter B, Norman S, Haller M, Pietrzak R. Psychological burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the U. S veteran population: *Suicidality, functioning, and service utilization J Affect Disord*. 2019;256:633-640. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.072>
5. Wang Y, Karstoft K, Nievergelt C. Post-traumatic stress following military deployment: Genetic associations and cross-disorder genetic correlations. *J Affect Disord*. 2019;252:350-357.
6. Smashna O. Cognitive-behavioral therapy of the insomnia in posttraumatic stress disorders. *Archiv psichiatrii*. 2014;20(4):91-5.
7. Khaustova O, Smashna O. Comorbidity of PTSD and TBI: multifactor model of interaction *Archiv psichiatrii*. 2016;22(1):22-7.
8. DePalma R, Hoffman S. Combat blast related traumatic brain injury (TBI): decade of recognition; promise of progress. *Behav Brain Res*. 2018;340:102-5. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.08.036>
9. Vasterling J, Jacob S, Rasmusson A. Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Considerations in the Context of Co-Occurrence. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2018;30(2):91-100. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17090180>
10. Dieter J, Engel S. Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: Comorbid Consequences of War. *Neurosci Insights*. 2019;14. doi:<https://doi.org/10.1177/1179069519892933>
11. Pietrzak R, Johnson D, Goldstein M, Malley J, Southwick S. Posttraumatic stress disorder mediates the relationship between mild traumatic brain injury and health and psychosocial functioning in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(10):748-753.
12. Shandera-Ochsner A, Berry D, Harp J, et al. Neuropsychological effects of self-reported deployment-related mild TBI and current PTSD in OIF/OEF veterans. *Clin Neuropsychol*. 2013;27(6):881-907.
13. Dieter J, Engel S. The efficacy of a transdisciplinary intensive outpatient program for treating active duty service members with TBI and associated disorders. в: *FY17 Prevention, Mitigation, and Treatment of Blast Injuries Report to the Executive Agent*. US Department

of Defense Blast Injury Research Program Coordinating Office.

14. Smashna O. , Khaustova O. *Diagnostic Approach to the Mild Traumatic Brain Injury Verification in Patients with Posttraumatic Stress Disorder Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2019;3:408-16.
15. Matthieu M, Meissen M, Scheinberg A, Dunn E. Reasons why post-9/11 era veterans continue to volunteer after their military service. *Journal of Humanistic Psychology.* 2019;1(1).
16. Hinojosa R, Hinojosa M. Using military friendships to optimize postdeployment reintegration for male Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans. *J Rehabil Res Dev.* 2011;48(10):1145-1158.
17. Burnett-Zeigler I, Ilgen M, Valenstein M. Prevalence and correlates of alcohol misuse among returning Afghanistan and Iraq veterans. *Addictive behaviors.* 2011;36(8):801-806.
18. Cymbaljuk V, Serdjuk A. *Medychne Zabezpechennja antyterrorystychnoi' operacii': Naukovo-Organizacijni Ta Medyko-social'ni Aspekty.* NVC «Priorityty»; 2016.
19. Sukyasjan S, Tadevosjan M. Rol' cherepno-mozgovoj travmy v dynamyke boevogo posttravmatycheskogo stressovogo rasstrojstva. *Zhurnal nevrologyy y psyhyatryy Korsakova.* 2014;114(4):16-24.
20. van der Naalt J, Timmerman M, de Koning M. Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2017;16(7):532-540.
21. Haarbauer-Krupa J, Taylor C, Yue J. Screening for Post-Traumatic Stress Disorder in a Civilian Emergency Department Population with Traumatic Brain Injury. *J Neurotrauma.* 2017;34(1):50-58.