

# Зв'язок життєвих проблем з підвищеною соціальною конфліктністю у ветеранів із ПТСР та ЧМТ за даними модального аналізу

Олена Смашна

Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського

**Актуальність.** Фактори зовнішнього середовища, соціуму, а також внутрішньо особистісні психологічні чинники та персональний особистісний досвід впливають на формування розладів психіки. Соціум і стресові фактори визначають, які поведінкові сценарії особистості будуть актуалізуватись. Характеристики особистості через поведінкові реакції визначають, які з багатьох потенційних стресорів є значущими та який вплив на особистість вони здійснюватимуть.

Сучасне розуміння генезу ПТСР свідчить, що подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить від трьох груп факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуально-психологічних характеристик ветеранів та умов, в які демобілізований потрапляє після повернення з війни. Взаємодія цих факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду призводить до зростання психічного напруження або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У результаті можливо очікувати психічну «рестабілізацію» або виникнення ПТСР. Наявність додаткових біопсихосоціальних стресорних факторів (наприклад, зловживання психоактивними речовинами, нестабільність у сім'ї, супутня медична коморбідність) достовірно збільшує ймовірність розвитку ПТСР у ветеранів та ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР. Коморбідність ПТСР з ЧМТ додатково посилює ймовірність соціальної дезадаптації у демобілізованих військовослужбовців.

Актуальність вивчення впливу життєвих проблем на соціальну адаптацію у ветеранів із ПТСР та ЧМТ визначається необхідністю розробки адекватного комплексу медико-психологічного втручання та соціально-психологічної реабілітації.

**Мета:** дослідити медико-анамнестичні особливості та провести модальний аналіз життєвих проблем 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. Модальний аналіз існуючих проблем здійснено на основі МКХ-10, було оцінено їх наявність за діагностичними рубриками: Z55 - Z73.

**Результати.** Асоціальні риси та підвищена соціальна конфліктність у ветеранів з ПТСР та ЛЧМТ корелювали з проблемами у стосунках з подружжям/статевими партнерами та з власними батьками/батьками подружжя, а також з недостатньою сімейною підтримкою, проблемним вживанням алкоголю/наркотиків, неадекватністю соціальних навичок, стресовим станом та конфліктним сприйняттям власного соціального статусу.

**Висновки.** Визначені нами негативні чинники впливу на перебіг ПТСР та ЛЧМТ постали матеріалом для формування мішеней психосоціальної терапії та оптимізації фармакологічного лікування.

## Актуальність

Взаємозв'язок соціальних факторів та психічного здоров'я населення є актуальною точкою наукових досліджень в умовах сьогодення. В поняття соціальних факторів включаються реально існуючі відношення людей до природи і один до одного, тобто економічна, трудові, виробничі, класові, національні, сімейні, побутові та інші [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Найсучасніші наукові дослідження щодо причини психічних розладів населення, вказується, що більшість психічних розладів мають поліетіологічну природу, тобто на їх формування мають вплив поєднаність факторів зовнішнього середовища, соціуму, а також внутрішньопсихологічні чинники та персональний особистісний досвід. Фактори, які пов'язані з ризиком, виникненням, клінічним представленням та прогнозом ПТСР не достатньо вивчені та систематизовані [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Дослідження чинників середовища, які впливають на стан здоров'я населення регіону вказує на їх просторову неоднорідність і нерівномірність розвитку [4, 5]. Багатьма науковцями досліджувалися процеси двобічної взаємодії між психологічним станом особистості та станом суспільно-економічної напруженості у країні, і взаємозв'язок полягає в тому, що соціум і стресові фактори визначають, які поведінкові сценарії особистості будуть актуалізуватись, а характеристики особистості через поведінкові реакції визначають, які з багатьох потенційних стресорів матимуть значиму дію та які форми впливу на особистість вони здійснюватимуть.

Узагальнене сучасне розуміння генезу ПТСР полягає в тому, що подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить від трьох груп факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуально-психологічних характеристик ветеранів та умов, в які демобілізований потрапляє після повернення з війни. Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду призводить або до зростання психічного напруження, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У результаті можливо очікувати психічну «рестабілізацію» або виникнення ПТСР [4, 5, 10].

Результати дослідження за участю ветеранів війни продемонстрували, що наявність додаткових психологічних та соціальних стресорних факторів (наприклад, зловживання психоактивними речовинами, нестабільність у сім'ї, супутня медична коморбідність) достовірно збільшує ймовірність розвитку ПТСР [8, 11, 12, 13, 14]. Встановлено, що ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР визначається вираженістю клінічних проявів симптоматики.

Також наукові дані вказують на високу поєднаність ПТСР у демобілізованих військовослужбовців з медичними соматичними проблемами (неврологічними, респіраторними, метаболічними, аутоімунними), які, по даним різних авторів, спостерігаються у 1,5 – 3 рази частіше, ніж у контингенту без ПТСР [15, 16, 17, 18].

Таким чином, актуальність вивчення даної теми визначається сучасною соціальною ситуацією, а також гострою потребою ветеранів бойових дій у комплексному медичному та соціальному захисті і соціально-психологічній реабілітації.

## Мета

Дослідити медико-анамнестичні особливості та провести модальний аналіз життєвих проблем 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.

Модальний аналіз існуючих проблем здійснено на основі МКХ-10; було оцінено їх наявність за діагностичними рубриками Z55 - Z73, а саме: Z55 - Проблеми, пов'язані з навчанням та грамотністю, Z56 - Проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям, Z59 - Проблеми, пов'язані з житловими та економічними обставинами, Z56 - Проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям, Z60 - Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя, Z61 - Проблеми, пов'язані з негативними життєвими подіями в дитинстві, Z62 - Інші проблеми, пов'язані з вихованням дитини, Z63 - Проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів, Z64 - Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами, Z72 - Проблеми, пов'язані із способом життя, Z73 - Проблеми, пов'язані із складними умовами життя.

## Результати

З метою всебічного аналізу факторів, які могли вплинути на стан здоров'я досліджуваного контингенту, була розглянута низка факторів, включених до розділу Z МКХ-10 ([Табл. 1](#), [Табл. 2](#)).

За результатами розрахунку коефіцієнту  $\varphi^*$  - кутового перетворення Фішера було встановлено, що у статистично значущій ( $\varphi^* \geq 1,975$ ;  $p \leq 0,024$ ) більшості респондентів, які склали усі дослідницькі групи мали місце неписьменність або низький рівень грамотності (Z55.0) - від 45,54% до 46,3%, а також мали в минулому проблеми, пов'язані з загрозою втратити роботу чи її вимушеною зміною (Z56.2 та Z56.1 відповідно) - від 26,61% до 50,89%.

Крім того, переважна кількість респондентів ( $\varphi^* \geq 1,71$ ;  $p \leq 0,044$ ) до участі в бойових діях мали незадовільні житлові умови (Z59.1) - від 37,61% до 38,39%, а також конфліктували з сусідами та господарями житла, в якому мешкали (Z59.2) - від 35,71% до 37,04%.

Значна більшість ( $\varphi^* \geq 1,936$ ;  $p \leq 0,026$ ) представників дослідницьких груп, а саме  $41,37 \pm 0,3\%$ , проживала на самоті (Z60.2). Серед потенційно психотравмуючих факторів минулого життя слід назвати також втрату в дитинстві улюблених родичів (Z61.0) -  $56,22 \pm 0,26\%$ , вимушене залишення рідного дому у дитинстві (Z61.1) -  $33,18 \pm 0,15\%$ , а також зайву опіку, турботу та контроль з боку рідних (Z62.0, Z62.1) -  $43,3 \pm 2,24\%$ . Саме ці фактори також були характерними для більшості ( $\varphi^* \geq 1,677$ ;  $p \leq 0,047$ ) респондентів усіх дослідницьких груп.

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$
Z55 Проблеми, пов'язані з навчанням та грамотністю									
0	50	45,87	1,997	51	45,54	1,975	50	46,3	2,012

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$
1	25	22,94	0,663	26	23,21	0,657	25	23,15	0,667
2	16	14,68	0,217	17	15,18	0,285	16	14,81	0,218
3	13	11,93	0,559	13	11,61	0,551	13	12,04	0,583
4	4	3,67	0,173	4	3,57	0,171	3	2,77	0,123
5	1	0,91	1,283	1	0,89	1,279	1	0,92	1,291
<b>Z56 Проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям</b>									
0	10	9,174	2,805	10	8,92	2,863	10	9,259	2,767
1	55	50,46	2,161	57	50,89	2,219	54	50	2,091
2	29	26,61	1,134	30	26,79	1,182	29	26,85	1,141
3	13	11,93	0,570	13	11,61	0,562	13	12,04	0,574
4	2	1,835	0,443	2	1,78	0,437	2	1,852	0,446
<b>Z59 Проблеми, пов'язані з житлом та економічними обставинами</b>									
0	18	16,51	0,085	18	16,07	0,252	18	16,67	0,086
1	41	37,61	1,710	43	38,39	1,822	41	37,96	1,721
2	40	36,7	1,926	40	35,71	1,911	40	37,04	1,937
3	7	6,42	0,259	8	7,143	0,313	7	6,481	0,302
4	3	2,75	0,807	3	2,67	0,795	2	1,852	0,762
<b>Z60 Проблеми, пов'язані із соціальним оточенням</b>									
0	2	1,83	1,339	2	1,78	1,317	2	1,852	1,347
1	37	33,94	0,683	37	33,04	0,754	37	34,26	0,689
2	45	41,28	2,003	46	41,07	1,936	45	41,67	2,016
3	18	16,51	0,771	20	17,86	0,871	18	16,67	0,806
4	6	5,51	0,261	6	5,35	0,257	5	4,63	0,22
5	1	0,91	0,065	1	0,89	0,064	1	0,926	0,066
<b>Z61 Проблеми, пов'язані з негативними життєвими подіями в дитинстві</b>									
0	61	55,96	2,216	63	56,25	2,276	61	56,48	2,235
1	36	33,03	1,677	37	33,04	1,709	36	33,33	1,714
2	11	10,09	0,435	11	9,82	0,429	10	9,259	0,406
3	1	0,917	1,486	1	0,89	1,495	1	0,926	1,496
<b>Z62 Інші проблеми, пов'язані з вихованням дитини</b>									
0	49	44,95	0,359	51	45,54	0,443	49	45,37	0,362
1	45	41,28	2,231	46	41,07	2,248	45	41,67	2,245
2	10	9,174	0,388	10	8,92	0,383	10	9,259	0,431
3	4	3,67	0,173	4	3,57	0,171	3	2,778	0,123
4	1	0,917	1,265	1	0,89	1,279	1	0,926	1,272

**Таблиця 1.** Дані щодо факторів Z55-62, що впливали на стан здоров'я з результатами  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера

В якості додаткових анамнестичних даних, які характеризують представників обстеженого контингенту, як вкрай проблемних та конфліктних у побуті співмешканців, виступає той факт, що значна більшість ( $\varphi^* \geq 2,027$ ;  $p \leq 0,022$ ) представників усіх дослідницьких груп вказували на проблеми, пов'язані із взаємовідносинами з подружжям або зі статевими партнерами (Z63.0) –  $17,28 \pm 0,32\%$ , проблеми у взаєминах з власними батьками чи з батьками подружжя (Z63.1) –  $42,53 \pm 0,33\%$ , а також на недостатню сімейну підтримку них (Z63.2) –  $27,65 \pm 0,13\%$ .

Серед проблем, пов'язаних з певними психосоціальними обставинами, статистично значуща більшість ( $\varphi^* \geq 1,643$ ;  $p \leq 0,05$ ) респондентів відмічали проблеми, пов'язані з багатодітністю (Z64.1) –  $55,3 \pm 0,26\%$ , та пошук і використання шкідливих і небезпечних хімічних речовин (Z64.2) –  $32,3 \pm 0,15\%$ .

Серед проблем, пов'язаних з іншими психосоціальними обставинами, статистично значуща більшість ( $\varphi^* \geq 2,272$ ;  $p \leq 0,012$ ) респондентів відмічали проблеми, пов'язані зі звільненням з в'язниці (Z65.2) –  $43,32 \pm 0,2\%$ , та з іншими юридичними обставинами (Z65.3) –  $45,92 \pm 0,38\%$ , що черговий раз вказує на вкрай неоднозначне положення респондентів в структурі соціальних прошарків українського суспільства.

Асоціальний характер особистого анамнезу представників усіх досліджуваних груп підтверджується, на завершення, тим, що найбільша кількість респондентів називала серед проблем, пов'язаних з із соціальним оточенням ( $\varphi^* \geq 1,734$ ;  $p \leq 0,042$ ) та проблем, пов'язаних із складними умовами життя ( $\varphi^* \geq 1,66$ ;  $p \leq 0,048$ ), проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю (Z72.1) –  $23,64 \pm 0,43\%$ , з вживанням наркотиків (Z72.2) –  $36,2 \pm 0,42\%$ , з неадекватністю соціальних навичок (Z73.4) –  $24,89 \pm 0,12\%$ , зі стресовим станом (Z73.3) –  $27,29 \pm 0,5\%$ , та конфліктом, пов'язаним зі своїм соціальним статусом (Z73.5) –  $19,91 \pm 0,64\%$ .

група	ПТСР			ЧМТ			КЧМТ		
	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$
<b>Z63 Інші проблеми, пов'язані з з близькими людьми, включаючи і сімейні обставини</b>									
0	19	17,43	2,027	19	16,96	2,134	19	17,59	2,04
1	46	42,2	2,319	48	42,86	2,386	46	42,59	2,329
2	30	27,52	2,372	31	27,68	2,408	30	27,78	2,405
3	9	8,25	0,271	9	8,03	0,267	8	7,407	0,206
4	5	4,58	0,854	5	4,46	0,842	5	4,63	0,859
<b>Z64 Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами</b>									
1	60	55,05	2,195	62	55,36	2,255	60	55,56	2,214
2	35	32,11	1,643	36	32,14	1,674	35	32,41	1,653
3	10	9,17	0,388	10	8,92	0,383	10	9,259	0,431
4	4	3,67	2,491	4	3,57	2,515	3	2,778	2,277
<b>Z65 Проблеми, пов'язані з іншими психосоціальними обставинами</b>									
2	47	43,12	2,272	49	43,75	2,179	47	43,52	2,275
3	50	45,87	2,519	51	45,54	2,528	50	46,3	2,516
4	10	9,17	0,443	10	8,92	0,437	9	8,333	0,4
5	2	1,83	1,608	2	1,78	1,632	2	1,852	1,617
<b>Z72 Проблеми, пов'язані із способом життя</b>									
0	2	1,83	1,020	2	1,78	1,004	2	1,852	1,026
1	26	23,85	1,734	26	23,21	1,973	26	24,07	1,941
2	39	35,78	2,314	41	36,61	2,378	39	36,11	2,323
3	22	20,18	0,966	23	20,54	0,708	22	20,37	0,972
4	7	6,42	0,069	7	6,25	0,068	7	6,481	0,07
5	6	5,51	-	6	5,35	-	6	5,556	0,07
6	6	5,51	0,261	6	5,35	0,257	5	4,63	0,22
7	1	0,91	0,065	1	0,89	0,064	1	0,926	0,066
<b>Z73 Проблеми, пов'язані із складними умовами життя</b>									
1	2	1,835	0,648	2	1,78	0,639	2	1,852	0,652
2	15	13,76	1,089	15	13,39	1,071	15	13,89	1,096
3	30	27,52	2,236	30	26,79	2,155	30	27,78	2,238
4	27	24,77	1,757	28	25	1,878	27	25	1,66
5	21	19,27	1,642	23	20,54	0,768	21	19,44	1,708
6	12	11,01	0,529	12	10,71	0,522	11	10,19	0,49
7	2	1,835	-	2	1,78	1,122	2	1,852	-

**Таблиця 2.** Дані щодо факторів Z63-73, що впливали на стан здоров'я з результатами  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера

З метою перевірки твердження про відсутність відмінностей між кількістю респондентів в дослідницьких групах, які вказували на присутність того чи іншого фактору, що впливає на стан здоров'я (Z), вказаних у таблицях 1 та 2, було проведене їх порівняння між дослідницькими групами з розрахунком коефіцієнту  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера (Табл. 3), яке повністю підтвердило дане твердження ( $\varphi^* \leq 0,111058$ ;  $p > 0,1$ ).

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
<b>Z55 Проблеми, пов'язані з навчанням та грамотністю</b>			
0	0,033286	0,043133	0,076632
1	0,022879	0,017631	0,005076
2	0,04028	0,010371	0,029754
3	0,025317	0,008635	0,033952
4	0,007571	0,066913	0,059903
5	0,001497	0,000743	0,00224
6	-	0,043133	-
<b>Z56 Проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям</b>			
0	0,0198	0,006571	0,026371
1	0,045504	0,048024	0,093738
2	0,015624	0,020651	0,005201
3	0,025317	0,008635	0,033952
4	0,004129	0,001264	0,005392
<b>Z59 Проблеми, пов'язані з житлом та економічними обставинами</b>			
0	0,035747	0,012904	0,04865
1	0,073621	0,032684	0,040549
2	0,092126	0,031517	0,123643
3	0,05558	0,004646	0,050782
4	0,006034	0,065922	0,060525
<b>Z60 Проблеми, пов'язані з із соціальним оточенням</b>			
0	0,003756	0,001637	0,005392
1	0,082023	0,029035	0,111058
2	0,020351	0,037549	0,058105
3	0,110164	0,012904	0,096925
4	0,01223	0,066304	0,054643
5	0,001497	0,001186	0,002684
<b>Z61 Проблеми, пов'язані з негативними життєвими подіями в дитинстві</b>			
0	0,032532	0,057886	0,025818
1	0,000908	0,027031	0,026308
2	0,02115	0,064352	0,043712
3	0,002018	0,000666	0,002684
<b>Z62 Інші проблеми, пов'язані з вихованням дитини</b>			
0	0,059257	0,041774	0,017067
1	0,020351	0,037549	0,058105
2	0,0198	0,006571	0,026371
3	0,007571	0,066275	0,059265
4	0,002018	0,000666	0,002684
<b>Z63 Інші проблеми, пов'язані з з близькими людьми, включаючи і сімейні обставини</b>			
0	0,038392	0,012976	0,051368
1	0,064702	0,037848	0,026453
2	0,013976	0,022514	0,008722
3	0,017067	0,064607	0,04805
4	0,009133	0,003772	0,012905
<b>Z64 Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами</b>			
0	0,034423	0,056185	0,022221

група	ПТСР-ЧМТ	ПТСР-КЧМТ	ЧМТ-КЧМТ
1	0,002706	0,026846	0,024328
2	0,01949	0,006881	0,026371
3	0,007571	0,066275	0,059265
<b>Z65 Проблеми, пов'язані з іншими психосоціальними обставинами</b>			
2	0,062253	0,039132	0,022715
3	0,033286	0,043133	0,076632
4	0,01949	0,064481	0,045511
5	0,003756	0,001637	0,005392
<b>Z72 Проблеми, пов'язані із способом життя</b>			
0	0,003756	0,001637	0,005392
1	0,054401	0,018584	0,072984
2	0,077217	0,030369	0,04647
3	0,029979	0,015674	0,014132
4	0,013057	0,004646	0,017702
5	0,01223	0,003485	0,015715
6	0,01223	0,066304	0,054643
7	0,001497	0,001186	0,002684
<b>Z73 Проблеми, пов'язані із складними умовами життя</b>			
1	0,004129	0,001264	0,005392
2	0,029584	0,010315	0,039898
3	0,06357	0,022514	0,086084
4	0,019723	0,019546	-
5	0,105394	0,013943	0,091138
6	0,023619	0,063825	0,040726
7	0,004129	0,001264	0,005392

**Таблиця 3.** Показники  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера, отриманого при порівнянні окремих факторів, які впливали на стан здоров'я представників досліджуваних груп

## Дискусія

В якості додаткових анамнестичних даних, які характеризують представників обстеженого контингенту, як вкрай проблемних та конфліктних у побуті співмешканців, виступає той факт, що значна більшість ( $\varphi^* \geq 2,027$ ;  $p \leq 0,022$ ) представників усіх дослідницьких груп вказували на проблеми, пов'язані із взаємовідносинами з подружжям або зі статевими партнерами (Z63.0) –  $17,28 \pm 0,32\%$ , проблеми у взаєминах з власними батьками чи з батьками подружжя (Z63.1) –  $42,53 \pm 0,33\%$ , а також на недостатню сімейну підтримку них (Z63.2) –  $27,65 \pm 0,13\%$ . Дійсно, проблемні родинні стосунки ветеранів з ПТСР, особливо за поєднання з ЧМТ, не тільки ускладнюють процес відновлення самого пацієнта, але й почасти постають бар'єром при наданні медичної допомоги та реабілітації. Більш того, вони можуть спричинити погіршення психічного здоров'я членів родини [1, 19, 7].

За даними модального аналізу найбільша кількість респондентів зауважили на наявності життєвих проблем, пов'язаних з із соціальним оточенням ( $\varphi^* \geq 1,734$ ;  $p \leq 0,042$ ) та проблем, пов'язаних із складними умовами життя ( $\varphi^* \geq 1,66$ ;  $p \leq 0,048$ ), що вказувало на складність побудови міжособистісних стосунків [20, 16] та суб'єктивно неочікувану неготовність до повернення до мирного життя [19]. Так, конфлікти, пов'язані зі своїм соціальним статусом (Z73.5) –  $19,91 \pm 0,64\%$ ; зі стресовим станом (Z73.3) –  $27,29 \pm 0,5\%$ ; з неадекватністю соціальних навичок (Z73.4) –  $24,89 \pm 0,12\%$  підтверджували асоціальний характер особистого анамнезу представників усіх досліджуваних груп, що було значущим для подальшої тактики терапії й реабілітації [4, 19, 20]. Додатковими факторами були проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю (Z72.1) –  $23,64 \pm 0,43\%$  та з вживанням наркотиків (Z72.2) –  $36,2 \pm 0,42\%$ , що потребувало включення їх як мішеней психотерапевтичного втручання [16].

## Висновки

1. Представники обстеженого контингенту характеризувалися наявністю підвищеної соціальної конфліктності, що корелювало з вказуванням на проблеми, пов'язані із взаємовідносинами з подружжям або зі статевими партнерами, проблеми у взаєминах з власними батьками чи з батьками подружжя, а також на недостатню сімейну підтримку них.
2. Асоціальні риси особистого анамнезу представників усіх досліджуваних груп підтверджується наявністю проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, з вживанням наркотиків, з неадекватністю соціальних навичок, зі стресовим станом та конфліктом, пов'язаним зі своїм соціальним статусом.

## Посилання

1. Bohomolets OV. Optymizatsiia pidkhodiv do nadання psykhiatrychnoi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchasykh boiovykh dii. Kyiv: Metodychni rekomendatsii; 2014:46.
2. Chaban OS, Bezsheiko VH, Khaustova OO, Burlaka OV, Ryvak TB, Kyrylyuk SS. Gender-related differences of stress reactions in Ukrainian combatants. *Farmatsiia*. 2018;65(2):3-10.
3. Voloshyn PV. Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh. Kharkiv: Metod Rekomendatsii; 2014.
4. Khaustova OO, Smashna OY. Clinical features of PTSD in patients with TBI. *European Psychiatry*. 2017;41(1):474-5.
5. Kiselov AF, Ziuzin VO, Tsebrzhynskiy OI, Rudenko AO, Yermilov VS, Zinchenko TM. Sotsialno-ekonomichni ta ekolohichni aspekty hromadskoho zdorov'ia naseleння Mykolaivshchyny. *Ekolohiia*. 2012;167:103-6.
6. Matiash MM, Khudenko LI. Social stress disorders in the structure of ukrainian syndrome. *UMJ*. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2016/06/4489.pdf?upload=>
7. Mezentseva NI, Batychenko SP, Mezentsev KV. Zakhvoriuvanist i zdorov'ia naseleння v Ukraini: suspilno-heohrafichni vymir. Kyiv: «Print Servis»; 2018:136.
8. Smashna OY, Khaustova OO. Features posttraumatic stress disorder diagnosis in patients with mild traumatic brain injury. *Arkhiv psykhiiatrii*. 2017;4(91):225-32. URL: [http://ndips.org/g/assets/%D0%B0%D0%BF\\_4\\_2017\\_%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BB.pdf](http://ndips.org/g/assets/%D0%B0%D0%BF_4_2017_%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BB.pdf)
9. Smashna OY. Cognitive-behavioral therapy of insomnia in posttraumatic stress disorders. *Arkhiv psykhiiatrii*. 2014;4(79):91-95. URL: [http://ndips.org/assets/a%D0%BF\\_4\\_2014.pdf](http://ndips.org/assets/a%D0%BF_4_2014.pdf)
10. Soshenko T, Habinska A. Efektyvnist psykhoterapii ta farmakoterapii v likuvanni PTSR u viiskovosluzhbovtziv i veteraniv. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*. 2018;3(96):32-6.
11. Duncan LE, Cooper BN, Shen H. Robust Findings From 25 Years of PTSD Genetics Research. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(12):115. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0980-1> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30350223>
12. Bufka LF, Wright CV, Halfond RW. Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Washington: American Psychological Association; 2020:91-122. DOI: <https://doi.org/10.1037/0000196-005> URL: <https://www.apa.org/pubs/books/casebook-apa-clinical-practice-guideline-treatment-ptsd-sample-chapter.pdf>
13. Garton AL, Sisti JA, Gupta VP, Christophe BR, Connolly ES. Poststroke post-traumatic stress disorder: A review. *Stroke*. 2017;48(2):507-12. DOI: <https://doi.org/10.1161/strokeaha.116.015234> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27932604>
14. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(8):1137-48. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5> PMID:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106853>
15. Judkins JL, Moore BA, Collette TL, Hale WJ, Peterson AL, Morissette SB. Incidence Rates of Posttraumatic Stress Disorder Over a 17-Year Period in Active Duty Military Service Members. *J Trauma Stress*. 2020;33(6):994-1006. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22558> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32598575/>
  16. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;47(13):2260-74. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291717000708> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28385165/>
  17. Nagamine M, Giltay EJ, Shigemura J, et al. Assessment of Factors Associated With Long-term Posttraumatic Stress Symptoms Among 56 388 First Responders After the 2011 Great East Japan Earthquake. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2018339. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18339> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32990742/>
  18. Nichter B, Norman S, Haller M, Pietrzak RH. Psychological burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the US veteran population: suicidality, functioning, and service utilization. *J Affect Disord*. 2019;256:633-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.072> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299445/>
  19. Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44 (1):4-19. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048670903393597> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20073563/>
  20. Smashna OY, Khaustova OO. Diagnostic Approach to the Mild Traumatic Brain Injury Verification in Patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;3:408-16.
  21. Sommer JL, Mota N, Edmondson D, El-Gabalawy R. Comorbidity in illness-induced posttraumatic stress disorder versus posttraumatic stress disorder due to external events in a nationally representative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;53:88-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.004> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29776731/>
  22. Zhang Y, Weed JG, Ren R, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in patients with posttraumatic stress disorder and its impact on adherence to continuous positive airway pressure therapy: a meta-analysis. *Sleep Med*. 2017;36:125-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.04.020> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735910/>
  23. Gelernter J, Sun N, Polimanti R, et al. Genome-wide association study of post-traumatic stress disorder reexperiencing symptoms in >165,000 US veterans. *Nat Neurosci*. 2019;22(9):1394-401. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0447-7> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31358989/>
  24. Eidhof MB, Ter Heide FJJ, van Der Aa N, et al. The Dissociative Subtype of PTSD Interview (DSP-I): Development and Psychometric Properties. *J Trauma Dissociation*. 2019;20(5):564-81. DOI: <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597806> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31132959/>
  25. Howard JT, Sosnov JA, Janak JC, et al. Associations of Initial Injury Severity and Posttraumatic Stress Disorder Diagnoses With Long-Term Hypertension Risk After Combat Injury. *Hypertension*. 2018;71(5):824-832. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10496> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29555664/>
  26. Song H, Fang F, Tomasson G, et al. Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease. *JAMA*. 2018;319(23):2388-400. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29922828>
  27. Jak AJ, Jurick S, Crocker LD, et al. SMART-CPT for veterans with comorbid post-traumatic stress disorder and history of traumatic brain injury: a randomised controlled trial. // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019;90(3):333-341. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-319315> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30554135>

