

## КОМПЛЕКСНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ У РАКУРСІ ОДИНАДЦЯТОЇ РЕДАКЦІЇ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ

Гайдабрус А. В.

**Гайдабрус**

**Андрій Володимирович**

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; майдан Свободи, 4,  
61022, м. Харків, Україна  
E-mail: gaydabrusandriy@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

Введення нового поняття, як комплексний посттравматичний стресовий розлад (кПТСР) у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду заслуговує на увагу в країні, де проходять активні бойові дії. Збільшення кількості страждаючих на ПТСР серед військовослужбовців та цивільного населення що знаходяться на території бойових дій, підвищує вірогідність виникнення кПТСР серед даного контингенту. На сьогодні, ми не маємо досвіду діагностики кПТСР. Задачею нашого пілотного дослідження поряд з діагностикою симптомів ПТСР застосовувати опитувальник оцінки якості життя, для оцінки симптомів кПТСР. Група пацієнтів – 26 чоловік, колишніх учасників бойових дій (КУБД) чоловічої статі, які мали виражені симптоми ПТСР включили у дослідження. Середній вік хворих склав 41,3 роки, середня тривалість перебування у армії – 19,4 місяці (максимальний строк служби склав 48 місяців, мінімальний – 8 міс), тривалість перебування у зоні бойових дій – 8,2 міс. Переважали хворі зі середньою спеціальною освітою – 18 чоловіків (69,3%), безробітні – 16 чоловік (61,6%) та не перебували у шлюбі 17 чол. (65,4%). У 12 (66,2%) не було дітей, а кількість КУБД з однією або двома дітьми була однаковою – по 7 осіб (26,9%). Тільки 7 чоловіків, а це становить 26,9%, мешкали зі своєю сім'єю, решта – 9 осіб. (34,6%) мешкали самостійно, 10 чоловік (48,5%) мешкали з батьками. Рівень свого матеріального забезпечення досліджувані оцінювали як низький рівень 15 осіб. (57,7%), або середній рівень 11 осіб. (42,3%). Фіксувалось відсутність обтяження спадковості психічними розладами у 23 осіб. (88,5%), у решти хворих – 3 осіб. (11,5%) серед родичів були психічні розлади. У 11 осіб (42,3%) в анамнезі психологічна травма дитинства.

Лева більшість мали досвід строкової військової служби перед участю у бойових діях (18 хворих – 69,3%).

Результатом роботи виявлено – рівень громадської та службової підтримки був нижче середнього рівня, що вказує на необхідність покращувати соціальну підтримку громади. Самореалізація колишнього учасника бойових дій має низький рівень, що в подальшому впливає на рівень адаптації після закінчення служби. Фізичне та психологічне благополуччя також мають низький рівень, а це вже говорить про потребу психологічної та фізичної реабілітації демобілізованих воїнів. У той же час, спілкування з друзями та у сім'ї, працездатність були на достатньо високому рівні, а це позитивні фактори, що впливають на адаптацію до цивільного життя.

Підсумовуючи дослідження, пропонуємо для більш ефективної організації допомоги колишнім учасникам бойових дій необхідно, поряд з суто психіатричним діагнозом ПТСР, оцінювати рівень соціальної, фізичної адаптації пацієнтів з ПТСР.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, адаптація, учасники бойових дій.

**Вступ.** Ми стоїмо напередодні впровадження в практику Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду. Зміни не тільки у формі подання інформації: нумерація глав – арабська, код стовпчика (категорія) – 4 символи, і є два рівні під категорій, літеро-цифровий код з літерою у другій позиції та номером у позиції третього символу. Літеро-цифрові коди охоплюють діапазон від 1A00.00 до ZZ9Z.ZZ. Коди, що починаються з «X», вказують код розширення. Букви «0» і «1» пропущені для запобігання плутанини з номерами «0» і «1». МКХ-11 підтримує посткоординацію і зв'язує коди в кодовому кластері [1].

На сьогодні вже є позитивні відгуки стосовно використання даної класифікації у практиці [2].

Серед нововведень у новій редакції Міжнародної класифікації хвороб – зміни у розумінні розладів, пов'язаних зі стресом. Якщо звернутися до визначення Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – це розлад, який розвивається внаслідок надзвичайно загрозливої або жахливої події або серії подій, що характеризуються: 1) переживанням травматичних подій у сьогоднішній у вигляді яскравих інтрузійних спогадів або кошмарів, які, як правило, супроводжуються сильними емоціями, такими як страх або відчуття жаху, і сильними соматичними реакціями; 2) уникнення думок і спогадів про подію (події) або уникнення діяльності або ситуацій, що нагадують подію (події); 3) стійке відчуття поточної загрози, відчуття підвищеної небезпеки або посиленої реакції на подразники, такі як несподівані шуми. Симптоми повинні тривати щонайменше кілька тижнів і викликати значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування.

Поряд з цим, у МКХ 11 вперше з'являється таке поняття, як комплексний ПТСР (кПТСР). При кПТСР люди мають симптоми, що відповідають вимогам до ПТСР плюс додаткові елементи – такі як стійкі і поширені труднощі у регулюванні емоцій, негативні переконання щодо себе та міжособистісної діяльності [3].

Оскільки кПТСР є відносно новим розладом, який формально не визнається, ми не знаємо точно, наскільки він є загальним. Якщо вивчати досвід інших країн [4], то, наприклад, простий ПТСР вражає 8% населення США, і дослідження свідчить про те, що 25% - 50% людей, які відповідають критеріям ПТСР, фактично мають кПТСР.

До симптомів кПТСР окрім симптомів ПТСР ще додатково включають:

- почуття сорому або провини;
- хворому важко контролювати свої емоції;
- періоди втрати уваги і концентрації (дисоціації);

- фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і біль у животі;
- відсторонення від друзів і сім'ї;
- труднощі міжособистісних відносин;
- деструктивна або ризикована поведінка, наприклад, зловживання алкоголем або вживання наркотичних речовин;
- суїцидальні думки, дії [5].

Включення (кПТСР) в 11-му перегляді Міжнародної класифікації захворювань відображає зростаючі докази того, що підгрупа осіб з ПТСР також страждає від порушень регуляції емоцій, міжособистісних навичок і самооцінки, які разом називаються «порушеннями в самоорганізації» (ПСО). Хоча передбачається, що кПТСР є результатом складних травматичних подій, емоційне нехтування травматичної події може бути важливим фактором у розвитку захворювання. У дослідженні [6], де визнавалась наявність кПТСР, визначається прояв симптомів ПТСР і ПСО в клінічній картині післявоєнного покоління. Вибірка складалася з 218 пацієнтів, які не отримували емоційну підтримку в дитинстві, вони також були піддані потенційно травматичним подіям. Використовуючи питання з опитувальника Гарвардської травми та проведення короткої інвентаризації симптомів, аналіз виявив два класи: високу прояву практично всіх симптомів кПТСР (n = 83; 38,1%) та низький рівень проявів симптомів кПТСР (n = 135; 61,9%). Всупереч нашій гіпотезі, не було знайдено жодного випадку ПСО, який би зустрічався окремо від симптомів ПТСР. Дослідження показало, що гендер і кількість травматичних подій є значними факторами віднесення хворого в ту чи іншу групу. У порівнянні з низьким класом схвалення, особи з класу кПТСР частіше відносились до жіночої статі, і повідомляли про більшу кількість травматичних переживань.

Проблема кПТСР набуває актуальності і у нашій країні. На сьогодні, українське суспільство переживає важкі часи, які мають значний вплив на психічне здоров'я, фізіологічний стан та емоційний фон громадян України. Військові події на сході країни створюють ситуацію постійної напруги, тривоги та фрустрації. Сама ситуація війни, що характеризується надекстремальним впливом на психіку людини, призвела до того, що велика кількість військовослужбовців, котрі повертались із зони антитерористичної операції отримували діагноз гострого бойового стресу, який деколи переростав на діагноз посттравматичного розладу (ПТСР). Зрозуміло, що наявність на сьогодні такого феномену як ПТСР на теренах України є новим і нетиповим явищем. Деяка кількість бійців, що повертаються із АТО і мають яскраво виражений діагноз

ПТСР, здебільшого не можуть і не знають, як впоратись зі станами та відчуттями, які вони переживають. До того ж, цей феномен має вплив не лише безпосередньо на учасника зони бойових дій, а й на його близьке оточення – родину, друзів, знайомих, які досить часто не знають як себе поводити і реагувати. Фахівці з психічного здоров'я також вперше стикаються з такою масовою кількістю даного розладу. На фоні наростання кількості ПТСР ми прогнозуємо наростання і кількості хворих з кПТСР, але на сьогодні, у вітчизняній літературі, відсутня інформація стосовно діагностики даного розладу.

**Мета дослідження.** Поряд з дослідженням симптомів ПТСР у арсеналі осіб, що залучені до роботи з КУБД, немає опитувальників для виявлення рівня кПТСР. Своєю роботою пропонуємо використати опросник оцінки якості життя для діагностики стану пацієнта та його соціальну адаптацію.

**Матеріали та методи.** На сьогодні, при тестуванні учасника бойових дій (УБД) основним психодіагностичними заходами є: Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (Котеньов, 1996), Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R – IES-R); Особистісний профіль кризи; Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (МШ), PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР [7].

З метою виявлення наявності ознак, характерних для (кПТСР) поряд з тестами на виявлення симптомів ПТСР (використовували тест PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР) застосовували тести на оцінку якості життя – тест якості життя Mezzich et al.

Стратегія підрахунку шкали PCL полягала в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-V. Наприклад, для підозри ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» одне із питань діапазону 1-5, не менш як «3» серед питань 6-12, і мінімум «2» серед питань 13 – 17. Пропонувався граничний бал 3 або більше для кожного пункту – як найбільш відповідний для цього підходу.

Під час огляду хворих, ми дослідили групу пацієнтів – 26 чоловік, які мали виражені симптоми ПТСР. У дослідження було включено колишніх учасників бойових дій (КУБД) чоловічої статі, середній вік хворих складав 41,3 роки. Діапазон віку – максимальний 53 роки, мінімальний 22 роки. Середня тривалість перебування у армії складала 19,4 місяці (максимальний строк служби складав 48 місяців, мінімальний - 8 міс). Загальна тривалість перебування у зоні бойових дій становила 8,2 міс.

**Результати роботи та аналіз.** Аналізуючи дані пацієнтів, встановлено, що переважали хворі зі середньо спеціальною освітою - 18 чоловіків (69,3%), переважна

більшість не мала роботи - 16 чоловік (61,6%) та не перебували у шлюбі 17 чол. (65,4%). У 12 (66,2%) не було дітей, а кількість КУБД з однією або двома дітьми була однаковою – по 7 осіб (26,9%). Тільки 7 чоловіків, а це становить 26,9%, мешкали зі своєю сім'єю, решта – 9 осіб. (34,6%) мешкали самостійно, 10 чоловік (48,5%) мешкали з батьками. Рівень свого матеріального забезпечення досліджувані оцінювали як низький рівень 15 осіб. (57,7%), або середній рівень 11 осіб. (42,3%). Фіксувалось відсутність обтяження спадковості психічними розладами у 23 осіб. (88,5%), у решти хворих – 3 осіб. (11,5%) серед родичів були психічні розлади. Майже половина досліджуваних - 11 осіб (42,3%) мали психологічну травму дитинства (сильне психологічне потрясіння, яке справило свій вплив на подальше життя пацієнта).

Лєвова більшість мали досвід військової служби (строкова служба) перед участю у бойових діях (18 хворих - 69,3%).

Підсумовуючи результати дослідження соціальних та сімейних показників, необхідно відмітити трудову та професійну дезадаптацію КУБД. Про це свідчить переважання осіб, що працювали на роботах без кваліфікації, або взагалі не працювали, мали низький рівень матеріального забезпечення, проживали самостійно, або з батьками та не мали своїх дітей.

При дослідженні якості життя ми застосовували опитувальник оцінки якості життя Mezzich et al. Даний опитувальник зручний у використанні і оцінка поточного стану дозволяє більш системно, за різними сферами життя, оцінити стан пацієнта (табл. 1).

Кожний симптом кПТСР ми об'єднали з одним або декількома показниками якості життя (табл. 2). Ознаки почуття сорому або провини віднесено до шкали Духовна реалізація, рівень якої серед обстежених був середнім - 5,8 бала. Труднощі з контролюванням своїх емоцій – оцінювали питанням - Психологічного благополуччя. У нашій роботі ми бачимо, що середній рівень даного показника складає 4,7 балів, а це значно нижче від загальної оцінки і переважна кількість хворих має низький (менше 5 балів) рівень психологічного благополуччя. Втрата уваги і концентрації (дисоціації) – оцінювали за рівнем шкали Працездатність. Зниження даних функцій зменшує працездатність. У роботі, серед обстежених, середній рівень працездатності оцінювали як посередній – 5,8 балів, а кількість пацієнтів, що мали рівень працездатності вище середнього – складала 14 осіб з 26.

Фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, болі у грудях і животі ми оцінювали інтегральним показником, таким як рівень фізичного благополуччя і результат аналізу показує, що середній рівень дорівнює

4,8 (з 10) балів. Низький рівень даного показника зустрічається частіше (у 15 випадків з 26).

Ознаки відсторонення від друзів і сім'ї розглянуто як показник шкали Міжособистісної взаємодії, та її середній показник доволі високий – 6,8 балів. Труднощі міжосо-

бистісних відносин оцінюємо шкалою Соціо-емоційної підтримки, і Громадська та службова підтримка. І якщо у першому показнику середній показник свідчив про задовільний стан даної сторони життя, а кількість осіб, що мали високий рівень була більшою, то у показника

Таблиця 1

### Основні показники сімейних та соціальних особливостей пацієнтів

Ознака	вища		середньо-спеціальна		незакінчена вища			
	абс	відсоток	Абс	відсоток	абс		відсоток	
<b>Освіта (осіб)</b>	5	19,2	18	69,3	3		11,5	
<b>Робота (осіб)</b>	<b>за фахом</b>		<b>Не кваліфікована</b>		<b>без роботи</b>			
	абс	відсоток	абс	відсоток	абс		відсоток	
	5	19,2	5	19,2	16		61,6	
<b>Сімейний стан (осіб)</b>	<b>одружений</b>		<b>холостий</b>					
	абс	відсоток	абс		відсоток			
	9	34,6	17		65,4			
<b>Діти (осіб)</b>	<b>Одна дитина</b>		<b>Двоє дітей</b>		<b>Троє дітей</b>		<b>Немає дітей</b>	
	абс	відсоток	абс	відсоток	абс	відсоток	абс	відсоток
	7	26,9	7	26,9	0	0	12	66,2
<b>З ким мешкає (осіб)</b>	<b>з батьками</b>		<b>з дружиною</b>		<b>з дітьми або другими родичами</b>		<b>самостійно</b>	
	абс	відсоток	абс	відсоток	абс	відсоток	абс	відсоток
	10	48,5	7	26,9	0	0	9	34,6
<b>Матеріальне забезпечення (осіб)</b>	<b>низький рівень</b>		<b>середній рівень</b>		<b>високий рівень</b>			
	абс	відсоток	абс	відсоток	абс		відсоток	
	15	57,7	11	42,3	0		0	
<b>Обтяженість психічними розладами у батьків та інших родичів (осіб)</b>	<b>спадковість не обтяжена</b>		<b>спадковість обтяжена</b>					
	абс	відсоток	абс		відсоток			
	23	88,5	3		11,5			
<b>Психічні травми дитинства (осіб)</b>	<b>були в дитинстві</b>		<b>без психічних травм</b>					
	абс	відсоток	абс		відсоток			
	15	57,7	11		42,3			
<b>Строкова служба (осіб)</b>	<b>служив</b>		<b>не служив</b>					
	абс	відсоток	абс		відсоток			
	18	69,3	8		30,7			

Таблиця 2

### Основні показники результатів тестування опитувальника якості життя Mezzich

Результат	Показник										
	Фізичне благополучч	Психологічне благополучч	Самообслуговування та незалежність у власних діях	Працеспроможність	Міжособистісна взаємодія	Соціо-емоційна підтримка	Громадська та службова підтримка	Самореалізація	Духовна реалізація	Сприйняття якості свого життя	
Середній рівень показника	4,8	4,7	7,2	5,8	6,8	5,8	4,4	4,7	5,8	4,7	
Кількість осіб, що мають низький рівень показника <6 (осіб)	15	19	8	12	10	14	17	15	13	18	
Кількість осіб, що мають високий рівень показника >5 (осіб)	11	7	18	14	16	12	9	11	13	8	

Громадської та службової підтримки низький показник – 4,4 бали, загальної середньої за даною ознакою та переважають особи, що мали низький рівень даного показника.

Рівень деструктивної поведінки або ризикована поведінка, наприклад, суїцид, суїцидальна поведінка, зловживання алкоголем або зловживання наркотиками – можуть оцінюватися шкалами Самореалізації. Показники даних шкал – рівень середнього показника самореалізації становить 4,7 бала і більшість пацієнтів (15 осіб) мали низький рівень даного показника.

**Висновки.** Вивчення супутніх розладів у хворих на ПТСР в останні роки дозволило виділити особливий стан хворого, який названий у МКХ 11 - Комплексний пост-травматичний стресовий розлад (кПТСР). Даний розлад включає окрім симптомів ПТСР - переживанням травматичних подій у сьогоденні у вигляді яскравих інтрузійних спогадів, уникнення думок і спогадів про подію (події) або уникнення діяльності або ситуацій, що нагадують подію (події), стійке відчуття поточної загрози, ще й ознаки психосоціального та фізичного благополуччя - почуття сорому або провини, важко контролювати свої емоції, періоди втрати уваги і концентрації (дисоціації), фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і біль у животі, відсторонення від друзів і сім'ї, труднощі міжособистісних відносин, деструктивна або ризикована поведінка, наприклад, зловживання алкоголем або зловживання наркотиками, суїцидальні думки, дії.

До сьогоднішнього дня в Україні не проводилось вивчення кПТСР, тому, дана робота є пілотною, з метою вивчення питання наявності ознак кПТСР серед колишніх військовослужбовців.

Оцінка стану проводилась лише за допомогою інтерв'ю хворого з медичним або соціальним робітником. У зв'язку з цим, у даній роботі запропоновано використовувати перевірені, валідні тести, які зарекомендували себе з позитивної сторони, на виявлення симптомів ПТСР та опитувальник оцінки якості життя Mezzich et al.

Рівень громадської та службової підтримки був нижче середнього рівня, що вказує на необхідність покращувати соціальну підтримку громади. Самореалізація КУБД має низький середній рівень, що в подальшому впливає на рівень адаптації після закінчення служби. Фізичне та психологічне благополуччя також мають низький рівень, а це вже говорить про потребу психологічної та фізичної реабілітації демобілізованих воїнів. У той же час, спілкування з друзями та у сім'ї, працездатність були на достатньо високому рівні.

Підсумовуючи дослідження, встановлено, що для більш ефективної організації допомоги КУБД необхідно, поряд з суто психіатричним діагнозом ПТСР, оцінювати рівень соціальної, фізичної адаптації пацієнтів з ПТСР.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. ICD-11. Implementation or Transition Guide. World Health Organization. 2019. URL: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html#3.1.0Part3Annexdifferences|part-3-new-in-icd11|c3>.
2. Geoffrey M. Reed, Jared W. Keeley, Tahilia J. Rebello, Michael B. First, Oye Gureje. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*. 2018 Oct; 17(3): 306–315.
3. Michael B First, Geoffrey M Reed, Steven E Hyman, and Shekhar Saxena. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015 Feb; 14(1): 82–90.
4. Complex PTSD: A Starting Guide. 2019. URL: <http://www.depressionalliance.org/cptsd/>.

5. Overview. Post-traumatic stress disorder (PTSD). 2018. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex>.
6. Eindhoven M.B, Djelantik AAAMJ, Klaassens E.R., Kantor V., Rittmansberger D., Sleijpen M., Steenbakkers A., Weindl D., Ter Heide FJJ Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients Exposed to Emotional Neglect and Traumatic. Latent Class Analysis. *J Trauma Stress*. 2019 Feb;32(1):23-31. DOI: 10.1002/jts.22363.
7. Стаднік І.В., Мушкевич М.І. Психологічні особливості переживання пост-травматичного стресового розладу учасниками зони антитерористичної операції. *Психологія: реальність і перспективи*. Випуск 4, 2015 Збірник наукових праць РДГУ. С. 244-247.

## REFERENCES

1. ICD-11. Implementation or Transition Guide. World Health Organization. 2019. URL: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html#3.1.0Part3Annexdifferences|part-3-new-in-icd11|c3>.
2. Geoffrey M. Reed, Jared W. Keeley, Tahilia J. Rebello, Michael B. First, Oye Gureje. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*. 2018 Oct; 17(3): 306–315.
3. Michael B First, Geoffrey M Reed, Steven E Hyman, and Shekhar Saxena. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015 Feb; 14(1). pp. 82–90.
4. Complex PTSD: A Starting Guide. 2019. URL: <http://www.depressionalliance.org/cptsd/>.

5. Overview. Post-traumatic stress disorder (PTSD). 2018. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex>.
6. Eindhoven M.B, Djelantik AAAMJ, Klaassens E.R., Kantor V., Rittmansberger D., Sleijpen M., Steenbakkers A., Weindl D., Ter Heide FJJ Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients Exposed to Emotional Neglect and Traumatic. Latent Class Analysis. *J Trauma Stress*. 2019 Feb;32(1). pp. 23-31. DOI: 10.1002/jts.22363.
7. Stadnic I. V., Mushkevych M. I. Psychological features of the experience of post-traumatic stress disorder by participants in the area of anti-terrorist operation. *Psychology: reality and perspectives*. Issue 4, 2015 Collection of scientific works of RDGU: 244-247. [In Ukr.]

## КОМПЛЕКСНОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ СИЛ В РАКУРСЕ ОДИННАДЦАТОЙ РЕДАКЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

Гайдабрус  
Андрей Владимирович

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина; площадь Свободы, 4, 61022,  
г. Харьков, Украина  
E-mail: gaydabrusandriy@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

Введение нового понятия, как комплексный посттравматическое стрессовое расстройство (кПТСР) в Международной классификации болезней 11-го пересмотра заслуживает внимания в стране, где проходят активные боевые действия. Увеличение количества страдающих ПТСР среди военнослужащих и гражданского населения находящихся на территории боевых действий, повышает вероятность возникновения кПТСР среди данного контингента. На сегодняшний день, мы не имеем опыта диагностики кПТСР. Задачей нашего исследования наряду с диагностикой симптомов ПТСР применять опросник оценки качества жизни, для оценки симптомов кПТСР. Результатом работы выявлено - уровень общественной и служебной поддержки был ниже среднего уровня, что указывает на необходимость улучшать социальную поддержку общины. Самореализация бывших участников боевых действий имеет низкий средний уровень, в дальнейшем негативно влияет на уровень адаптации после окончания службы. Физическое и психологическое благополучие также имеют низкий уровень, а это уже говорит о необходимости психологической и физической реабилитации демобилизованных воинов. В то же время, общение с друзьями и в семье, работоспособность были на достаточно высоком уровне, а это положительные факторы, влияющие на адаптацию к гражданской жизни.

Предлагаем для более эффективной организации помощи, бывшим участникам боевых действий необходимо, наряду с определением чисто психиатрического диагноза ПТСР, оценивать уровень социальной, физической адаптации пациентов с ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, адаптация, участники боевых действий.

## COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PARTICIPANTS OF THE MILITARY ACTIONS IN THE OPERATION MILITARYGROUPS IN THE VIEW OF THE ELEVEN EDITION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

Haydabrus Andriy

V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 4, 61022, Kharkiv, Ukraine  
E-mail: gaydabrusandriy@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

The introduction of the new concept of complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) in the International Classification of Diseases of the 11th Edition deserves attention in a country where active fighting is taking place. The increase in the number of PTSD sufferers among military personnel and civilians on the territory of hostilities increases the likelihood of PTSD occurring among the contingent. At present, we have no experience in the diagnosis of cPTSD. The objective of our study, along with the diagnosis of PTSD symptoms, is to use a quality of life questionnaire to evaluate the symptoms of cPTSD. The result revealed that the level of community and service support was below average, indicating the need to improve community social support. The self-realization of the combatants has a low average level, which further influences the level of adaptation after the end of the service. Physical and psychological well-being are also low, and this indicator to the need for psychological and physical rehabilitation of demobilized soldiers. At the same time, communication with friends and family, performance were at a high enough level, and these are positive factors that influence the adaptation to civilian life.

Summarizing the research, we suggest that in order to organize the help of the combatants more effectively, it is necessary to evaluate, along with a purely psychiatric diagnosis of PTSD, the level of social and physical adaptation of patients with PTSD.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, adaptation, combatants.