

DOI: [10.26565/2312-5675-2023-22-07](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-07)

УДК 616-001-085.82-058.65

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

І. І. Черненко, Ю. Ю. Фоменко

**Черненко
Інна Іванівна**

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4,
м. Харків, Україна,
cher.innushta@gmail.com
ORCID ID: 0000-0003-4239-862X

**Фоменко
Юлія Юріївна**

Комунальне неприбуткове підприємство Харківської обласної ради
«Обласний госпіталь ветеранів війни», вул. Врубеля, 42А, м. Харків, Україна,
generalova07@ukr.net

Актуальність. Участь в бойових діях дуже впливає на всіх учасників і є причиною виникнення у них різноманітних не тільки неврологічних, а й психічних та психологічних розладів. За офіційними даними, під час бойових дій гине менше військовослужбовців, ніж ветеранів війни після її закінчення, внаслідок впливу на них психічних травм. В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки.

Метою дослідження стало визначення чинників, що травмують психіку учасників бойових дій під час тривалого перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Матеріали та методи. На базі КНП ХОР «ОГВВ», на неврологічних ліжках, були обстежені та проліковані ветерани та учасники бойових дій в зоні проведення АТО-ООС з 2014р. по 2021р. Для проведення дослідження, хворі були розподілені на групи в залежності від важкості отриманої бойової травми, репрезентативні за віком та статтю.

I група - 100 чоловіків (25-45 років) з легкою ЗЧМТ (струс головного мозку), II група - 100 чоловіків, (25-45 років) з ЗЧМТ середнього ступеня тяжкості (контузія головного мозку в поєднанні з акубаротравмою), III група - 80 чоловіків (25-45 років) з тяжкою ЧМТ (забій та здавлення головного мозку, формування внутрішньочерепних гематом, САК).

Психологічні заходи, які використовують в роботі психологи госпіталю:

1. Індивідуально робота: консультації, психоедукація, психотерапія, психокорекція, корекція поведінки, усвідомлення та асиміляція нового досвіду, тілесно-орієнтована терапія (TRE, ТТТ, Брейнспоттінг, Soma-system, синхронізація роботи півкуль головного мозку, стабілізація емоційного стану), арт-терапія, психодіагностика, постіндукція, рефреймінг (корекція установок); формування навичок контролю стану, дихальні вправи, формування навичок саморефлексії.

2. Групова робота: групова психотерапія (тільки з ветеранами і тільки в малих групах), групова тілесно-орієнтована терапія та групова арт-терапія.

Висновки: Можна говорити про те, що медико-соціальні та соціально-економічні наслідки від дії стресорів, обумовлених нестабільною суспільно-політичною ситуацією та проведенням АТО-ООС, поширюються як на окремих осіб, так і на все населення нашої країни. Найбільш гостро страждають від цих процесів ветерани та учасники бойових дій та їх оточення (родина, друзі, колеги по роботі тощо). На державному рівні діє низка нормативно-правових актів, що сприяють соціальній адаптації цих категорій населення та наданню їм медико-психологічної допомоги. Організаційна структура закладів та спеціалістів, що надають медичну та психологічну допомогу учасникам бойових дій та членам їх сімей, представлена центрами реабілітації учасників АТО-ООС, штатними психологами в закладах охорони здоров'я та різноманітними волонтерськими та громадськими організаціями, до питань соціальної адаптації додатково залучені державні соціальні служби

Ключові слова: бойова черепно-мозкова травма, зона проведення АТО-ООС, післятравматичний стресовий розлад, методи психологічної допомоги.

Як цитувати: І.І. Черненко, Ю.Ю. Фоменко Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 54–63. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-07

In cites: I.I. Chernenko, Yu.Yu. Fomenko Dynamics of the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat participants after combat brain injury. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 54–63. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-07

© Черненко І.І., Фоменко Ю.Ю., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Актуальність. Участь в бойових діях дуже впливає на всіх учасників і є причиною виникнення у них різноманітних не тільки неврологічних, а й психічних та психологічних розладів [4,7,9]. За офіційними даними, під час бойових дій гине менше військовослужбовців, ніж ветеранів війни після її закінчення, внаслідок впливу на них психічних травм.

В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки [1,3,8].

Метою дослідження стало визначення чинників, що травмують психіку учасників бойових дій під час тривалого перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Необхідно зазначити, що всі психічні розлади, включаючи ПТСР, мають схожу динаміку розвитку: від реакції на подію до появи хворобливого стану [1,5]. Розвиток психічних розладів в людини, що пережила екстремальну подію, відбувається за типовою схемою:

1) Період очікування, якщо подія могла бути передбачуваною. Для цього періоду характерними є тривога, ажитація, спроба уникнути переживання загрози шляхом підтримання піднесеного настрою або перемикання уваги.

2) Гострий період, що має декілька стадій:

– заціпеніння, що супроводжується мимовільними й несвідомими діями;

– стадія шоку, яка супроводжується відчуттями страху, відчаю, запаморочення, спраги, виникненням «тунельних» станів або надмірної мобілізації;

– стадія психофізіологічної демобілізації супроводжується усвідомленням події, що сталася, очікуванням її повторного впливу, погіршенням самопочуття, моральності поведінки, розгубленістю, депресивними реакціями;

– стадію розв'язку характеризує поступовою стабілізацією самопочуття й настрою зі збереженням почуття втоми й зниженого емоційного фону, а згодом – появою в постраждалого бажання виговоритися;

– на стадії відновлення у постраждалого активізується спілкування, емоційність, поліпшується самопочуття, сон.

3) період, що настає через місяць після події. Характеризується станом фрустрації, порушенням сну, психосоматичними розладами.

4) хронічний період, що триває від 6 місяців до декількох десятиріч років й характеризується фіксацією в пам'яті постраждалого пережитих подій, наростанням симптомів патології особистості.

В клінічній картині ПТСР можна виділити три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події [3,7,10]

Симптомами уникнення є реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті, недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози тощо [1,3,6]

Проблеми діагностування ПТСР полягають в тому, що зверненню постраждалого по допомогу заважає його страх бути визнаним «божевільним» або опинитися на обліку у психіатра. Всім пацієнтам доцільно роз'яснювати, що їх страждання не є божевільням, а навпаки, нормальною реакцією на стресові події. По-друге, встановлення діагнозу ПТСР передбачає визначення конкретних симптомів, що передбачає матеріальну допомогу постраждалому за втрату здоров'я. Діагноз, який не відповідає клінічним критеріям, може бути не підтвердженим. Крім того, для підтвердження діагнозу необхідні достовірні докази того, що психічна травма була дійсно отримана на військовій службі, що не завжди може бути підтверджено документально.

Терапія при клінічних формах ПТСР може тривати роками, з перервами на періоди ремісії, іноді – також на роки та повторними курсами у разі загострень. Загострення можуть бути найрізноманітнішими: від звичайних депресивних епізодів, що провокуються життєвими розчаруваннями і невдачами, до кримінальних, включаючи вбивства і спроби самогубства. Природно, що і суспільство, і лікарі зацікавлені в досягненні більш три-

валої ремісії. Для цього потрібне кадрове забезпечення та достатнє фінансування для проведення адекватного лікування [2]. Можливість одужання від ПТСР більшість дослідників заперечує, так само як і хронічний перебіг, що призводить до стійких змін особистості [3,7,11].

Отже, більшість постраждалих потребує як мінімум підтримуючої терапії. Проте психотерапевтам завжди доцільно особливо підкреслювати можливість спонтанного одужання, навіть якщо воно відбуватиметься з певними характерологічними змінами. Безумовно, найкращим середовищем для одужання є сім'я постраждалого, якщо вона має для цього достатній потенціал.

Матеріали та методи. На базі КНП ХОР «ОГВВ», на неврологічних ліжках, були обстежені та проліковані ветерани та учасники бойових дій в зоні проведення АТО-ООС з 2014р. по 2021р. Для проведення дослідження, хворі були розподілені на групи в залежності від важкості отриманої бойової травми, репрезентативні за віком та статтю.

I група - 100 чоловіків (25-45 років) з легкою ЗЧМТ (струс головного мозку), II група -100 чоловіків, (25-45 років) з ЗЧМТ середнього ступеня тяжкості (контузія головного мозку в поєднанні з акубаротравмою), III група - 80 чоловіків (25-45 років) з тяжкою ЧМТ (забій та здавлення головного мозку, формування внутрішньочерепних гематом, САК).

В кожній із цих груп, хворі виказували скарги на:

- головний біль, дзвін/шум в голові, зникнення периферичного зору, проблеми з мовленням, запаморочення/втрата свідомості (I група – 84,6%, II група – 95%, III група – 93,8%)
- шум/дзвін у вухах, зниження слуху, хиткість та невпевненість під час ходи, сторонні звуки (I група – 35%, II група – 67,45%, III група – 60%)
- дратують запахи, яскраве освітлення, різкі шуми, тіло реагує на будь-який подразник по “законах бою”, підвищений рівень тривоги (I група – 38,4%, II група – 70%, III група – 84,6%);
- розлад сну (важко засинати; часті прокидання серед ночі; сни, які повторюються; сни, в яких людина продовжує воювати; відсутність почуття відновлення, навіть якщо людина спала достатньо) – I група – 86,2%, II група – 80%, III група – 92,3%
- розлад адаптації (важко налагоджувати соціальні контакти, важко спілкуватися з рідними, друзями), почуття провини того, хто вижив, панічні атаки, дратівливість, нестриманість, сентиментальність («непрохані сльози»), які важко контролювати, загострене почуття справедливості, флешбеки (I група – 74,1%, II група – 79%, III група – 92,8%)

- порушення пам'яті та концентрації уваги (I група – 56%, II група – 68,3%, III група – 88,1%);
- втома, виснаження, відсутність енергії, відсутність апетиту, статева дисфункція, проблеми в особистих стосунках (I група – 36%, II група – 45,7%, III група – 60%);
- алко/наркозалежність (зі слів самих пацієнтів!!!) (I група – 18%, II група – 26%, III група – 35,2%)
- наслідки перебування в полоні (тортури, катування, каліцтво) – I група – 3%, II група – 3,75%, III група – 1,8%
- суїцидальні думки, самоушкоджуюча поведінка (I група – 5,7%, II група – 8%, III група – 7,2%).

Обговорення.

Всі хворі були обстежені та отримували лікування (медикаментозне, фізіотерапевтичне) за уніфікованими протоколами надання медичної допомоги з черепно-мозковою травмою. Додаткового, пацієнти були оглянуті іншими спеціалістами за необхідності (терапевт, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед-травматолог). 98,7% хворих була надана консультація госпітального психолога, проведені індивідуальні бесіди та групові заняття, а за бажанням та згодою хворого - огляд психіатра (24,6%) та психотерапевта (76%).

Особливості роботи психолога в лікарняному закладі суттєво відрізняються від роботи в реабілітаційних центрах, санаторно-курортних закладах, чи підприємствах. А робота психолога в госпіталі з комбатантами - це взагалі окремий вид роботи. Зазвичай, пацієнти потрапляють на лікування в достатньо важкому стані. Їм необхідно надати термінову медичну допомогу, деякі з них потребують оперативного втручання, дехто не може пересуватися самостійно [5,6]. Переважно це пацієнти після мінно-вибухових травм, контузій, акубаротравм, з множинними осколковими пораненнями, травмами хребта та кінцівок, з тяжкими, а іноді, і з занедбаними хронічними хворобами через «ненормальні» для людського організму умови життя та діяльності.

Крім того, стан людини обтяжується важким емоційним фоном. Крім переживання фізичного болю, пацієнти переживають цілий спектр негативних емоцій та почуттів. Почуття провини, токсичний сором, біль від втрати побратимів, безсилля, недовіра до цивільних людей, які їх оточують, агресія, гіперконтроль, підвищений рівень тривоги. Їм важко контактувати не тільки з лікарями та психологами, а навіть один з одним.

Специфіка діяльності психолога полягає, по-перше, в тому, що пацієнти, які лікуються в госпіталі, перебувають на лікуванні 10-15 днів. За цей час психолог може забезпечити людині максимум 3-4 індивідуальні

консультації, тож глибоке опрацювання травматичного досвіду пацієнта стає неможливим. Крім того, далеко не всі пацієнти мають об'єктивне уявлення про діяльність психолога. Досить часто доводиться розповідати пацієнтам, чим відрізняється робота психолога від роботи психіатра або медичного психотерапевта. Майже постійно має місце тотальна недовіра комбатантів на кшталт: "... Ти же не воювала, що ти можеш про це знати. ...". Тож, перша зустріч з пацієнтом - це завжди достатньо непроста робота на встановлення контакту та довіри.

Але найважче в роботі психолога в госпіталі - це відсутність наявного запиту від пацієнта. Людина, яка раніше не мала такого досвіду спілкування з психологом, дуже часто знецінює як роботу фахівця, так і власний негативний емоційний стан. Щодо останнього - психічний стан пацієнта буває настільки важким, що людина починає несвідомо його оберігати. Це як відкрита рана, до якої не хочеться підпускати навіть лікаря, бо будь-яке доторкання до неї спричиняє жакхливий біль. І тоді пацієнт її захищає, а фахівець чує у свій бік: "... Психолог мені не потрібен. У мене все добре. ...!" І тут не можна сперечатися, бо будь-яке заперечення викликає агресію та ще більший супротив. Тож маємо погоджуватись, кажучи магічну фразу: «... в душу ніколи не лізу...», та починати питати про те, чи нормально він спить, чи не турбують сни, які повторюються, чи не змінився апетит, розповідаю, де і яким чином я можу допомогти...

Чому треба питати, а не давати купу опитувальників на депресію, чи ПТСР - бо це ще одна відмінність роботи психолога в госпіталі від роботи в інших закладах. Опитувальники, майже у всіх наших пацієнтів викликають шалений супротив. І це не дивно. Поранені кінцівки, постійний головний біль внаслідок множинних контузій та ЧМТ, погіршення зору, шум в голові... Людині важко сидіти, важко читати, важко думати, важко концентрувати увагу. Тож психолог, який вимагає вчитуватися у дрібний шрифт опитувальників, які набридлі в армії і які з точки зору більшості комбатантів не мають жодного сенсу, тільки дратує комбатанта та змушує переживати, чи не дійде ця інформація до штабу.

Групова робота можлива, але знову таки, через обмаль часу, мова не іде про психотерапевтичні групи, в яких потрібно створити безпечні умови для кожного учасника. Група не може бути закритою, з постійним складом людей, які беруть участь у груповій роботі. Досить ефективною показала себе групова робота у тілесно-орієнтованій психотерапії [10,11].

Психологічні заходи, які використовують в роботі психологи госпіталю:

1. Індивідуальна робота: консультації, психоедукація, психотерапія, психокорекція, корекція поведінки, усвідомлення та асиміляція нового досвіду, тілесно-орієнтована терапія (TRE, TTT, Брейнспоттінг, Soma-system, синхронізація роботи півкуль головного мозку, стабілізація емоційного стану), арт-терапія, психодіагностика, постіндукція, рефреймінг (корекція установок);, формування навичок контролю стану, дихальні вправи, формування навичок саморефлексії.

2. Групова робота: групова психотерапія (тільки з ветеранами і тільки в малих групах), групова тілесно-орієнтована терапія та групова арт-терапія.

Контузії та черепно-мозкові травми - це, звичайно, медична проблема, але після того, як медики стабілізували стан пацієнта починається робота психолога. Пропонуємо комбатантам вправи на синхронізацію півкуль головного мозку, які допомагають досить швидко відновити нейронні зв'язки, які були пошкоджені внаслідок травматизації мозку.

Це вправи на дворукість, кольоровий текст, таблиці Шульте. Також пропонуємо частіше задіяти неробочу руку у простих діях (наприклад, тримати зубну щітку лівою рукою, якщо людина правша). Це досить прості вправи, які можливо постійно урізноманітнювати та вдосконалювати. Можна підключати до них скоромовки, вправи на розвиток рівноваги, рухи очима, тощо. Це досить ефективний спосіб відновлення та покращення розумових та когнітивних здібностей [8].

Пацієнти, які регулярно робили ці вправи відзначали значні покращення пам'яті та концентрації уваги, відновлення функцій дрібної моторики, та, навіть, поліпшення зору. На жаль, немає можливості провести дослідження через брак часу та відсутність зворотного зв'язку.

Панічні атаки.

Ті пацієнти, які пережили напад панічних атак, в єдиний голос кажуть, що це найгірше, що траплялося з ними в житті. А такі напади можуть часто повторюватися та дуже сильно дошкуляти людині. Їх починають боятися. Людина уникає зайвий раз виходити з дому, відмовляє собі в задоволеннях подорожувати, спілкуватися з друзями, боїться лишатися наодинці. Напади стаються зненацька. Їх важко контролювати. Після них, людина відчуває себе кволою, спустошеною, енергійно виснаженою.

Позбавитися таких нападів панічних атак можна за допомогою гештальт-терапії з підключенням КПП-технік. Але це досить тривалий процес, він потребує часу та системної роботи з психотерапевтом. На жаль, в госпіталі немає часу опрацювати глибинні дитячі психотравми, які запустили цю програму. Тому треба навчити

пацієнтів контролювати панічні атаки. Спочатку проводимо психоедукацію, метою якої, є донести до людини, що явище це хоч і неприємне, але воно не несе жодних загроз для життя [11,12]. Більш того – це є захисний механізм психіки, який сформувався після пережитої, частіше за все у невідомому дитячому віці, психотравми, і жодна людина ще не померла від нападу панічної атаки. Головна мета психоедукації – це знизити рівень тривоги, та замотивувати на психотерапію. Це не проста задача, адже майже постійно спостерігаю у таких пацієнтів вторинну вигоду від симптому («... я не можу через це працювати, служити, налагоджувати особисті стосунки...»).

Далі треба навчити пацієнта простому алгоритму дій, який має застосувати при первинних ознаках панічної атаки:

- випити води (вона має бути завжди у доступі);
- прийняти позу впевненої людини (вона у кожного своя, і мозок через таку позу починає вважати, що він все контролює);
- дихальні вправи (видих через ніс має бути довшим за вдих через рот);
- переконати себе, що тут та зараз я в безпеці (озирнутися навколо, впевнитись, що загрози відсутні); повторювати як мантру: “Я в безпеці. Я все контролюю”, уникаючи частки “ні”;
- перемкнути праву емоційну напівкулю на ліву раціональну (від сотні віднімаємо три, взяти будь-яке чотиризначне число та рахувати в зворотному порядку, порахувати предмети навколо зеленого кольору...);
- слідкуємо за диханням, п’ємо воду невеликими ковтками;
- ТТТ (доки не піде тривога).

Всі ці дії потрібно запам’ятати та робити дуже швидко. Тож потрібно тренування. Надалі, як тільки буде можливість, пропонувати хворому звернутися до гештальт-психотерапевта з метою опрацювання травматичного досвіду.

Розлад адаптації.

До війни людина звикає дуже швидко. В умовах постійної загрози життю інстинкти самозбереження та виживання вмикаються майже миттєво. Людина звикає контролювати все навколо, власне тіло, людей, які його оточують. Психіка загострена на виявлення та знешкодження небезпеки. Воїн, який через поранення або хворобу опинився в тиловому госпіталі, продовжує жити по “законах бою”. Його психіка продовжує сприймати навколишнє середовище як небезпечне, через що з’являються неконтрольовані тілесні реакції. Будь-який гучний звук кидає тіло на підлогу, очі комбатанта без якоїсь необхідності слідкують за всім, що рухається,

людина не може довіряти іншим, бо вони не перевірені боєм [1,3,]. Їх дратують чужі голоси, запахи, незвичне освітлення, звуки. Вони дезорієнтовані та через це стривожені, агресивні, та пригнічені. Такий самий стан ми спостерігали і у ветеранів АТО.

Задача психолога це виявити подальшу долю комбатанта та діяти, виходячи з цього. Якщо людина повинна повертатися на війну після лікування, то з цим точно нічого не потрібно робити, крім роботи на ресурс, підтримки, співчуття та психоедукації на тему, чому так відбувається.

Пояснювати персоналу та іншим людям, які оточують воїна про особливий стан людини, яка пережила активні військові дії. І порушувати цей стан категорично заборонено. Бо саме він рятує воїна від загибелі та надає йому можливість виконувати бойові задачі. Якщо мова іде про ветерана, то це буде тривала системна робота в групах та індивідуальна. Краще в реабілітаційних центрах, але і в госпіталі можна працювати в межах тілесно-орієнтованої психотерапії, та арт-терапії, якщо мова іде про групову роботу.

Симптоматика післятравматичного стресового розладу (ПТСР)

Лікувати ПТСР будуть лікарі-психіатри, але працюють з окремими симптомами саме психологи. Зазвичай це флешбеки, сні, які повторюються, почуття провини того хто вижив, неконтрольована агресія та інші емоції.

На базі КНП ХОР «ОГВВ» з 2015р. по 2021р. ми маємо цікавий досвід з опрацюванням травматичних спогадів. В звичайних умовах людина, яка отримала будь-яку інформацію, має час відреагувати емоційно, обдумати, проаналізувати, зробити висновки і, таким чином, отримана інформація стає часткою життєвого досвіду.

На війні людина отримує дуже багато стресової інформації, яку мозок не встигає усвідомити, проаналізувати та обробити. Там на це немає часу. Тіло реагує скоріше ніж мозок думає, і тоді неопрацьована інформація стає часткою підсвідомого. Та як тільки людина потрапляє в більш-менш безпечне місце, ця інформація починає пробиватися через спогади, сні, флешбеки. У неї є досить певна мета: вона має бути опрацьованою.

Головна задача психіки – зберегти життя людини за будь-яку ціну. Там, в умовах життєвої небезпеки людина якось вижила, але вона і сама не зрозуміла як. Психіка з усіх сил намагається дати зрозуміти своєму господареві, що про це варто подумати. Бо, якщо така ситуація трапиться знову, то людина може і не вижити. Життєвого досвіду, що робити у такому разі, у неї немає.

На жаль, дуже часто такі спогади бувають настільки болісними, що людина відштовхує їх. Вона намагається

забути про те, що пережила, заганяючи цю інформацію знов у підсвідоме. І коли такої інформації дуже багато, психіка намагається розвантажити себе хоча б через емоції. З'являються агресія, та неконтрольовані сльози, на які мені дуже часто жаліються як діючи військові, так і ветерани.

З особистих спостережень: семеро різних людей після боїв за Маріуполь та Бахмут розповідали один і той самий сон. Їм снився окоп, в якому вони відстрілювалися від постійно ворога, який постійно атакував. Уві сні в кожного з них закінчувалися набої. Люди прокидалися в холодному поті, а перед очима ще деякий час стояла ця жахлива картина. Всі вони пережили це в реальному житті. Як вони вижили, пояснити не могли. Так і казали "Пощастило", "Доля така", "Бог зберіг".

Психолог пропонувала їм пригадати цю подію та подумати, що б вони могли зробити для себе, щоб вижити без втручання "Долі". Вимагала від них чіткий план дій: "Що я буду робити, щоб вижити, якщо це трапиться знову?". Звичайно, по ходу складання "плану" доводилося працювати з емоціями, з почуттям провини, з безсиллям пацієнта.

Звичайно, надавався додатково ресурс та зміщення акцентів за потреби. Всі комбатанти давали різні відповіді. Кожен рятував себе по-своєму: хтось казав, що буде брати замість їжі зайві автоматні ріжки (все одно там не до їжі); хтось говорив, що перед тим, як зайти в окоп продумає шляхи відходу; хтось дійшов висновку, що останній ріжок відстрілювати не стане, а залишить його саме для відходу; але після того, як людина чітко усвідомлювала, що вона буде робити, якщо потрапить знову в той самий окоп — сні переставали снитися.

Почуття провини. «... Це несправедливо! Вони - молодші, кращі, розумніші... за мене. Вони мали жити, а не я!...». Досить непогано працює КПТ-вправа - пиріг провини. Треба попросити комбатанта уявити свою провину у вигляді пирога. Далі просимо подумати, хто ще винен в загибелі побратимів та пропонуємо розділити цей пиріг по справедливості. Зазвичай, собі залишається зовсім маленький шматок і людині стає легше.

Набагато гірша ситуація з командирами, які відправляли своїх людей на смерть, а потім ще й змушені були доповідати про смерть бійців їх рідним. В такому разі треба підключати раціоналізацію як захисний механізм психіки. "... Так, у тебе така робота. Ти не можеш ходити на всі бойові завдання сам..." Нагадати, за що саме воїни віддали своє життя, і що він також, як і вони, може загинути. Проводимо опрацювання безсилля - найбільш важку та руйнівну емоцію для воїна, та і взагалі для чоловіка.

Порушення сну.

Треба розуміти, що сон військового досить сильно відрізняється від сну цивільної людини. В умовах постійної небезпеки для життя людина не може дозволити собі сон немовляти. Психіка, яка загострена на пошук та виявлення небезпеки, не дозволяє розслабити тіло та не дозволяє вимикати мозок на тривалий час. Саме через це військовий прокидається по декілька разів за ніч. Це норма. Це та сама професійна навичка, яка рятує життя в умовах постійних бойових дій. Те саме можна сказати і про чутливість сну. Крім того комбатанти скаржаться на сні, в яких вони постійно воюють. І це теж норма. Адже уві сні мозок обробляє інформацію, яку людина отримала вдень.

Такої стресової інформації на війні занадто багато і мозок не встигає проаналізувати та усвідомити те, що сталося. Звертати увагу потрібно на сні, які повторюються. Вважаємо за норму і скарги пацієнтів на те, що навіть після тривалого сну вони не відчують себе відновленими. На наш погляд, справа в гормонах (адреналін, норадреналін, кортизол), які організм активно виділяє в режимі постійного стресу. Саме вони забезпечують людині велику кількість енергії, але, як тільки людина потрапляє в більш-менш безпечне місце, ці гормони перестають вироблятися в великій, вже звичній для організму кількості.

Астенічний синдром або дефіцит енергії.

Найбільшу проблему склали скарги пацієнтів на важкість засинання. Не беручи до уваги больовий синдром після операцій або внаслідок поранень, бо це є об'єктивні причини. Гірше те, що людина не може розслабити своє тіло. У військових тіло майже постійно перебуває в стані «звір перед стрибком». Це теж не дивно, адже в умовах постійної небезпеки людина повинна швидко відреагувати на будь-яку загрозу. Це теж професійна навичка, завдяки якій людина виживає. Та заснути в такому стані дуже важко. Перенапружені м'язи не розслабляються навіть уві сні (про це свідчить скрегіт зубів, який досить часто можна спостерігати у військових, які перебували в зоні активних бойових дій). Крім напруженого тіла спати заважають і нав'язливі думки, яких дуже непросто позбавитись. Тут на допомогу психологам приходять тілесно-орієнтована психотерапія.

МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПІЇ

TRE (Trauma Releasing Exercises)

Це комплекс вправ, який допомагає тілу позбавитись хронічної м'язової та психічної напруги через тремор. Цей метод призначений для допомоги людям знімати стрес, або напругу, отримані внаслідок тяжких

гострих життєвих обставинах, які травмують психіку. TRE-вправи були з успіхом впроваджені та використано в психотерапевтичних цілях в понад 40 країнах світу [11,12].

Автор методу Девід Берселі, багато працював у «гарячих» точках світу. Його спостереження стали основою методу. Працюючи з військовослужбовцями в Ізраїлі, Ємені, Палестині, Лівані та інших районах бойових дій, він довів, що за допомогою простих вправ можна повністю позбутися стресу, привести організм у стан рівноваги та гармонії. Пізніше ця методологія лягла в основу TRE програми, основна мета якої – безпечно та ефективно позбавляти організм накопиченої напруги та відновлювати природний баланс. Тремор - це природна реакція організму.

Прості вправи, розроблені Д. Берселем [10], спрямовані на ініціацію м'язового тремору. Вібрація сприяє розслабленню глибоких м'язів, хронічно чи залишково напружених внаслідок травми. Також TRE допомагає ліквідувати дисбаланс між парасимпатичною та симпатичною нервовою системою, який є причиною фізіологічних та психологічних дисфункцій в організмі людини, що пережила травму. Внаслідок тремору може знижуватися активність мигдалеподібного тіла, що призводить до поступового стирання вмісту травми в нейронних мережах пам'яті.

У багатьох країнах світу TRE також застосовується для профілактики та звільнення від стресу співробітниками внутрішніх органів та спецслужб, поліції, рятувальників, пожежниками, медиками.

Користь та ефекти TRE (тільки при регулярному використанні):

- зниження почуття занепокоєння та тривоги;
- зменшення (зникнення) симптомів ПТСР (посттравматичного стресового розладу);
- підвищення енергії та витривалості;
- зниження стресу на роботі;
- поліпшення сну;
- розвиток емоційної стійкості;
- зменшення м'язових болів та болів у спині;
- звільнення від проявів старих травм;
- зменшення проявів хронічних захворювань.

Методика проста, доступна навіть літнім людям, майже не має протипоказань (вагітність та важкі психічні розлади), не вимагає якогось складного обладнання, а головне - її легко засвоїти та користуватися нею самостійно. Дуже добре працює саме з військовими. Далеко не всі вони готові розповідати про свої психотравми, тож методи КПТ, гештальт-терапії або інших класичних шкіл не з кожним можна застосовувати.

TTT (Trauma Tapping Techniques), — простукування.

Метод простукування бере свій початок у 80 роках, і перша його версія називалася «терапія в полі думки» або техніка американського психолога доктора Роджера Каллагана (TFT) [6,11,12]. Це проста техніка, яка не має негативних побічних явищ, і яку може використовувати кожна людина будь-де. Вона використовується для позбавлення будь-якого виду емоційної напруги у нашому розумі та тілі. Поєднує в собі сучасну психологію та принципи акупунктури — давньої китайської системи зцілення, і допомагає звільнитися від стресу та емоційного конфлікту будь-якого виду.

Суть техніки: простукати кінчиками пальців певні точки акупунктури, які розташовані на тілі. Мета TFT: шляхом стимулювання певних точок відновити нормальне функціонування емоційної системи. Завдяки цій техніці можна значно знизити рівень головного болю, поліпшити якість сну, розслабити тіло, стабілізувати емоційний стан. За допомогою TTT знижався рівень тривоги, вирівнювалося дихання, розслаблялось тіло, відходили нав'язливі думки і людина могла спати).

Техніка працює з будь-яким видом емоційного стресу — це тривога, страхи, провина, всі види залежностей, що обмежують переконання, які не дають людям створити успішне життя, а також — фізичний біль та хвороби (малюнок 1).

Brainspotting.

Потужний, цілеспрямований метод лікування, який працює шляхом виявлення, обробки та вивільнення



Малюнок 1. Техніка простукування травми

основних нейрофізіологічних джерел емоційного болю та/або тілесного болю, травм, дисоціацій та безлічі інших складних симптомів. Ця методологія досить цікава, оскільки перебуває на стику психології та неврології.

В основі методу – взаємозв'язок певного положення очей, набутого при переживанні неприємних подій у минулому, з вегетативними реакціями, що мимоволі виражаються: почервоніннями шкіри, підвищеною пітливістю, непосидючістю, чханням і т.д.

Девід Гранд зауважив, що під час роботи з пацієнтом слід визначити координаційне становище, у якому сигнали виявлялися найбільш інтенсивно, і просив ненадовго фокусувати погляд у цих точках. Таким чином, у мозок надходить сигнал про необхідність відновити та «вилікувати» пошкоджені нейрони, які, по суті, і є тим самим «шрамом». Після таких вправ окоруховий акт ставав плавним. Це свідчило, що психотравма або сильний стрес, глибоко перероблена на емоційному, загально- та нейрофізіологічному рівнях, а «мозкова пляма» ліквідована разом із наслідками прихованих переживань; вони більше не зможуть шкодити здоров'ю та щасливому перебігу життя. Всього за кілька сеансів фахівець звільняє пацієнта від душевного болю шляхом м'якого, глибокого і безпечного опрацювання проблемних ситуацій, що відбулися раніше.

Арт-терапія

Психокорекційні заняття, побудовані із використанням методів арт-терапії (індивідуальні та групові), дають змогу учасникам АТО-ООС дистанціюватися від травматичних переживань, зафіксованих переважно у невербальних образах, шляхом їх об'єктивізації і зображення у візуальних, пластичних образах, дати вихід внутрішнім конфліктам, сильним емоціям, інтерпретувати витіснені переживання, сприяють усвідомленню власного відчуття і почуття [7,9,11].

Це можливість не тільки творчо самовиразитися, але й більше пізнати себе, виразити свій внутрішній світ через творчість: кольором, рухами, формою, пластику тощо. Поєднання вербальної і невербальної експресії сприяє переробці та переосмисленню травматичного досвіду. Арт-терапія не вимагає від учасників особливих здібностей або художніх навичок, а тому не має обмежень у використанні. Потрібно зазначити, що в процесі творчого самовираження можливий вибуховий вихід сильних емоцій, що вимагає від психолога особливої підготовки. Завдяки використанню методу арт-терапії «вмикаються в роботу» два основні механізми психокорекційного впливу:

– реконструювання конфліктної травмуючої ситуації в особливій символічній формі та її вирішення шляхом переструктурування на основі креативних здібностей;

– зміна дії афекту від негативного до позитивного завдяки природі естетичної реакції.

Методами арт-терапії є малювання, ліплення, моделювання з папером, деревом, камінням, музика. У арт-терапії можна використовувати різноманітні техніки. Однією із технік у зображувальній терапії є техніка малювання кола. За правилами виконання даної техніки людина повинна спочатку накреслити коло, і, почавши з центру, заповнити зображенням увесь його внутрішній простір, а також центр кола. Після завершення малювання учасники називають свою роботу, описують пов'язані з малюнком та творчим процесом власні почуття або асоціації. Тобто, створюючи «мандалу» (коло), людина зображає свій внутрішній світ, передає актуальний внутрішній стан та шукає відповіді на екзистенціальні питання: «Хто я? Де я?». Це сприяє вивільненню внутрішнього напруження, переосмисленню і переоцінці ситуації, чим досягається найсильніший психотерапевтичний ефект.

Можна також використовувати техніку виконання малюнків на вільну тему шляхом нанесення фарби на аркуш паперу і розмазування її як заманеться, а також подальший аналіз виконаних робіт (обрання назви, опис своїх почуттів або асоціацій, пов'язаних з малюнком та процесом його творення). Дану техніку найкраще використовувати у роботі з тими, хто стверджує, що не вміє малювати або придумувати сюжет малюнка. У арт-терапії знайшла своє втілення ідея використання середньовічних атрибутів – герба і гасла роду.

Відрізняється від малюнка колаж (з фр. «наклеювання»), що є технічним прийомом в образотворчому мистецтві (наклеювання на яку-небудь основу матеріалів різних кольорів та фактури). Людина має можливість виразити свої думки, реалізувати ідеї та наділена свободою у виборі техніки виконання (вирізання ножицями, рвання чи складання паперу, вибір зображень, склеювання частин тощо). Колаж можна виконувати на різні теми: «Мої мрії», «Моя сім'я», «Я в майбутньому» тощо. Після створення колажу автори презентують їх перед групою, коментуючи втілену ідею, а решта учасників висловлюють своє емоційне ставлення до представленої роботи.

Висновки: Можна говорити про те, що медико-соціальні та соціально-економічні наслідки від дії стресорів, обумовлених нестабільною суспільно-політичною ситуацією та проведенням АТО-ООС, поширюються як на окремих осіб, так і на все населення нашої країни. Найбільш гостро страждають від цих процесів ветерани та учасники бойових дій та їх оточення (родина, друзі, колеги по роботі тощо). На державному рівні діє низка

нормативно-правових актів, що сприяють соціальній адаптації цих категорій населення та наданню їм медико-психологічної допомоги. Організаційна структура закладів та спеціалістів, що надають медичну та психологічну допомогу учасникам бойових дій та членам їх сімей, представлена центрами реабілітації учасників АТО-ООС, штатними психологами в закладах охорони здоров'я та різноманітними волонтерськими та громадськими організаціями, до питань соціальної адап-

тації додатково залучені державні соціальні служби. Проте для підвищення ефективності психосоціальної допомоги в подальшій адаптації в соціумі ветеранам та учасникам бойових дій та досягнення максимального медичного, соціального та економічного ефекту від використання виділених державою коштів необхідно запровадити адресний підхід в реформуванні соціальних та медичних послуг, забезпечення орієнтації на потреби пацієнта з урахуванням його життєвих обставин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Буряк О.О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О.О. Буряк, М.І. Гіневський, Г.Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. - 2015. - Вип. 2(43). - С. 176-181.
2. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників анти-терористичної операції [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/rozyasnennya-sluzhby-sotsialna-ta-profesijna-adaptatsiya-uchasnykivato.html>
3. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс] / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Український медичний часопис. — 2014. — № 6(104).
4. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. — Чернівці: Технодрук, 2014. - 133 с.
5. Росінський Г.С. До проблеми порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників антитерористичної операції / Г.С. Росінський // Психосоціальна реабілітація постраждалих і перемещених із зони АТО на базі центра психосоціальної реабілітації дітей і підлітків «Фельдман Екопарк»: мат-лы научно-практ. конф. (12–13 октября 2016 г.). — Харьков, 2016. — С. 58-59.
6. Шестопалова Л.Ф. Дослідження особливостей постстресового реагування у військовослужбовців, які перебували в зоні АТО / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.О. Бородавко // Психосоціальна реабілітація постра-

7. Черненко І.І., Чухно І.А. Сучасні методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення / І.І. Черненко, І.А. Чухно // Международный неврологический журнал. — 2017. — № 5 (91). — С. 112-115.
8. Черненко І.І., Чухно І.А. Методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення / І.І. Черненко, І.А. Чухно // Международный неврологический журнал. — 2017. — № 6 (92). — С. 127-131.
9. Черненко І.І., Чухно І.А. Медико-соціальні наслідки перенесеної бойової черепно-мозкової травми / І.І. Черненко, І.А. Чухно // International Journal of Innovative Technologies in Social Science. — 2018. — 1(5) February. — С. 26-29.
10. Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 24, No. 3, 178–192
11. Grand, D. (2014), Brainspotting, Kirchzarten: VAK. Grunwald, M. (2014). Reden reicht nicht, in: Bohne M. et al. Reden reicht nicht?!, Heidelberg 2016: Carl Auer Verlag, S. 48-60
12. Herold A. (2015), Neurogenic Tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Berclini in the treatment of post-traumatic stress disorder, in: Psychological Counseling and Psychotherapy, vol, 2, issue 1-2, Kharkiv National University, Ukraine, 76-84

Стаття надійшла до редакції 20.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

REFERENCES

- Buryak O.O. Viijs'kovij sindrom «ATO»: aktual'nist' ta shlyahi virishennya na derzhavnomu rivni / O.O. Buryak, M.I. Ginevs'kij, G.L. Katerusha // Zbirk naukovih prac' Harkivs'kogo universitetu Povitryanih Sil. - 2015. - Vip. 2(43). - S. 176-181 [in ukr].
- Derzhavna sluzhba Ukraїni u spravah veteraniv vijni ta uchasnivik antiteroristichnoї operacїi [Elektronnij resurs]. — Rezhim dostupu: <http://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/rozyasnennya-sluzhby-sotsialna-ta-profesijna-adaptatsiya-uchasnykivato.html> [in ukr]
- Matyash M.M. Ukraїns'kij sindrom: osoblivosti posttravmatichnogo stresovogo rozladu v uchasnivik antiteroristichnoї operacїi [Elektronnij resurs] / M.M. Matyash, L.I. Hudenko // Ukraїns'kij medichnij chasopis. — 2014. — № 6(104) [in ukr]
- Profilaktika posttravmatichnih stresovih rozladiv: psihologichni aspekti. Metodichnij posibnik / Upor.: D.D. Romanovs'ka, O.V. Ilyashchuk. — Chernivci: Tekhnodruk, 2014. - 133 s. [in ukr]
- Rosins'kij G.S. Do problemi porushennya zdorov'ya sim'i demobilizovanih vijs'kovosluzhbovciv - uchasnivik antiteroristichnoї operacїi / G.S. Rosins'kij // Psihosocial'naya reabilitatsiya postradavshih i peremeshchennyh iz zony ATO na baze

- centra psihosocial'noj reabilitacii detej i podrostkov «Fel'dman Ekopark»: mat-ly nauchno-prakt. konf. (12–13 oktyabrya 2016 g.). - Kharkiv, 2016. - S. 58-59. [in ukr]
- Shestopalova L.F. Doslidzhennya osoblivostej poststresovogo reaguvannya u vijs'kovosluzhbovciv, yakі perebuvali v zoni ATO / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Psihosocial'naya reabilitatsiya postradavshih i peremeshchennyh iz zony ATO na baze centra psihosocial'noj reabilitacii detej i podrostkov «Fel'dman Ekopark»: mat-ly nauchno-prakt. konf. (12–13 oktyabrya 2016 g.). - Kharkiv, 2016. - S. 67-69. [in ukr]
- Chernenko I.I., Chukhno I.A. Suchasni metodi psihologichnoї terapiї hvorih iz posttravmatichnimi stresovimi rozladami v konteksti ih mediko-social'nogo znachennya / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. — 2017. — № 5 (91). — S. 112-115. [in ukr]
- Chernenko I.I., Chukhno I.A. Metodi psihologichnoї terapiї hvorih iz posttravmatichnimi stresovimi rozladami v konteksti ih mediko-social'nogo znachennya / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. — 2017. — № 6 (92). — S. 127-131. [in ukr]

Chernenko I.I., Chukhno I.A. Mediko-socialni naslidki perenesenoї bojovoї cherepno-mozkovoї travmi / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // International Journal of Innovative Technologies in Social Science. – 2018. – 1(5) February. – S. 26-29. [in ukr]

Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 24, No. 3, 178–192

The article was received by the editors 20.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

Grand, D. (2014), *Brainspotting*, Kirchzarten: VAK. Grunwald, M. (2014). *Reden reicht nicht*, in: Böhne M. et al. *Reden reicht nicht?!*, Heidelberg 2016: Carl Auer Verlag, S. 48–60

Herold A. (2015), Neurogenic Tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Bercler in the treatment of post-traumatic stress disorder, in: *Psychological Counseling and Psychotherapy*, vol, 2, issue 1-2, Kharkiv National University, Ukraine, 76-84

DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN COMBAT PARTICIPANTS AFTER COMBAT BRAIN INJURY

Chernenko Inna

V. N. Karazin's Kharkiv National University, sq. Svobody, 4, Kharkiv, Ukraine, 61022

cher.innushta@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4239-862X

Fomenko Yuliia

Communal non-commercial enterprise of the Kharkiv Regional Council

"Regional Hospital of War Veterans", str. Vrubelya, 42A, Kharkiv, Ukraine

generalova07@ukr.net

Topicality. Participation in hostilities strongly affects all participants and is the cause of various not only neurological, but also mental and psychological disorders. According to official data, fewer servicemen die during hostilities than veterans of the war after its end due to the effects of mental trauma. Post-traumatic stress disorders occupy a significant place in the structure of mental pathology of combatants - delayed long-term reactions to extreme events not associated with organic brain damage are observed over a long period of time and can cause significant changes in personality and behavior.

The purpose of the study was to determine the factors that traumatize the psyche of combatants during a long stay in a specific state of «combat stress», which has a positive effect during the battle, and after its end, as a rule, negatively.

Materials and methods. Veterans and participants in hostilities in the ATO-OSO- zone were examined and treated on the department of neurological at the base of the Regional hospital for war veterans, Kharkiv from 2014 to 2021. To conduct the study, patients were divided into groups depending on the severity of the disease. received combat wound, representative by age and sex.

Group I - 100 men (25-45 years old) with mild TBI (brain concussion), Group II - 100 men (25-45 years old) with TBI of medium severity (brain contusion combined with acubarotrauma), Group III - 80 men (25-45 years old) with severe TBI (contusion and compression of the brain, formation of intracranial hematomas).

Psychological measures used by hospital psychologists in their work:

1. Individual work: consultations, psychoeducation, psychotherapy, psychocorrection, behavior correction, awareness and assimilation of new experience, body-oriented therapy (TRE, TTT, Brainspotting, Soma-system, synchronization of cerebral hemispheres, stabilization of emotional state), art. therapy, psychodiagnostics, post-induction, reframing (correction of attitudes); formation of state control skills, breathing exercises, formation of self-reflection skills.

2. Group work: group psychotherapy (only with veterans and only in small groups), group body-oriented therapy and group art therapy.

Conclusions. It can be said that the medical, social and socio-economic consequences of stress factors caused by the unstable socio-political situation and the conduct of anti-terrorist operations are spread both to individuals and to the entire population of our country. Veterans and combatants and their entourage (family, friends, work colleagues, etc.) suffer the most from these processes. At the state level, there are a number of regulatory and legal acts that contribute to the social adaptation of these categories of the population and the provision of medical and psychological assistance to them. The organizational structure of institutions and specialists who provide medical and psychological assistance to combatants and members of their families is represented by rehabilitation centers for ATO-OSO participants, full-time psychologists of health care institutions, various volunteer and public organizations; state bodies are additionally involved in issues of social adaptation of social services.

Key words: *combat craniocerebral injury, ATO-OSO zone, post-traumatic stress disorder, methods of psychological assistance.*