

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Писанчин Ростислав Сергійович

Поширеність застосування антидепресантів серед селективних груп населення, що постраждали внаслідок бойових дій в сучасних умовах

Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація

Спеціалізація 226.01 Фармація

Освітня програма «Фармація»

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня

магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання чужих ідей, результатів і текстів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

Ю. С. Бучок

Кандидат медичних наук,
доцент, Заслужений лікар
України

Ужгород 2024

АНОТАЦІЯ

ПОШИРЕНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ СЕРЕД СЕЛЕКТИВНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

Кваліфікаційна робота магістра спеціальністю 226 – Фармація, промислова фармація. Ужгородський національний університет, Ужгород, 2024.

У кваліфікаційній роботі розглядаються питання щодо поширеності застосування антидепресантів серед селективних груп населення. В умовах ведення сучасної російсько-української війни поширеність бойової психічної травми зростає як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення, що зумовлює ріст попиту на препарати з антидепресивним ефектом та породжує неконтрольний прийом цієї групи препаратів, що може мати наслідки у майбутньому. В таких умовах психоосвіта постає як ключ до вирішення неконтрольного застосування антидепресантів і має бути запроваджена на державному рівні.

Ключові слова: антидепресанти, бойова психічна травма, цивільне населення, військовослужбовці, ПТСР.

ANNOTATION

PREVALENCE OF THE USE OF ANTIDEPRESSANTS AMONG SELECTIVE GROUPS OF THE POPULATION WHICH HAVE BEEN INJURED IN THE CONDITIONS OF COMBAT ACTIONS

Magister dissertation on specialty 226 - Pharmacy, Industrial Pharmacy. Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2024.

The qualification work considers the issue of prevalence of antidepressant use among selective population groups. In the conditions of the current Russian-Ukrainian war, the prevalence of combat mental trauma is increasing both among military personnel and among the civilian population, which leads to an increase in the demand for drugs with an antidepressant effect and gives rise to the uncontrolled intake of this group of drugs, which may have consequences in the future. In such conditions, psychoeducation appears as the key to solving the uncontrolled use of antidepressants and should be implemented at the state level.

Key words: antidepressants, combat mental trauma, civilians, military, PTSD.

ЗМІСТ

Список умовних позначень.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ АНТИДЕПРЕСАНТІВ НА СЕЛЕКТИВНІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	9
1.1. Класифікація та клінічне значення різних груп антидепресантів.....	9
1.2. Психологічні прояви бойової травми серед постраждалих груп населення.....	18
1.2.1 Фактори ризику виникнення бойової психічної травми.....	21
1.2.2. Стрес у контексті травматичного впливу.....	23
1.2.3. Посттравматичний стресовий розлад.....	25
1.3. Дія антидепресантів на осіб ,що постраждали в результаті бойових дій...34	
ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ.....	39
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	42
2.1. Методи та методики дослідження.....	42
2.2. Організація дослідження.....	46
ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ	47
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ СЕРЕД СЕЛЕКТИВНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	49
3.1. Дослідження поширеності застосування антидепресантів серед осіб ,що постраждали в результаті бойових дій в сучасних умовах.....	49
3.2. Дослідження поширеності бойової психічної травми серед селективних	

груп населення ,що постраждали в результаті бойових дій.....	58
--	----

3.3. Аналіз та систематизація результатів.....	64
--	----

ВИСНОВКИ ДО ІІІ РОЗДІЛУ	65
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	72
ДОДАТКИ	78

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ:

АД - антидепресанти

БПТ – бойова психічна травма

ГАМК – гаммааміномасляна кислота

ЛЗ – лікарський засіб

МАО – моноамінооксидаза

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну

СІЗЗНС – селективні інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну та серотоніну

ТЦА – трициклічні антидепресанти

ЦНС- центральна нервова система

УБД – учасник бойових дій

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні реалії війни в Україні, а також поширеність ПТСР серед населення диктують необхідність вивчення теми психодіагностики та лікування розладів психіки, зумовлених дією психотравмуючих чинників війни. Враховуючи доступність та різноманіття лікувальних засобів в аптеках України, серед яких антидепресанти, седативні, транквілізатори та анксіолітики, постає питання впровадження ефективної фармакотерапії розладів психіки для враженої категорії населення.

Проблема постає у організації психотерапії для населення, що постраждало в умовах військових дій, а також недостатній регуляції поширеності застосування різних груп антидепресантів серед цієї категорії осіб.

Стан і ступінь розробки проблеми в спеціальній літературі

Дослідженням впливу військових травми на психічне здоров'я населення займались чимало науковців, серед яких Бучок Ю.С.[7,8,9,10] Блінов О.А. [3,4,5], Вінтоняк, В [11], Кокун О.М. [16], Колесніченко О.С. [17], Маркова М.В. [19] та ін. Такі науковці як Сошенко Т.[32], А. Габінська Г [32]. Кісарчук Я. М. [34] Омельченко Г. П. [34] Лазос, Строгуш О.М. [33] розробляли методи ефективної психотерапії та фармакотерапії бойової травми.

Мета роботи: дослідити та проаналізувати поширеність застосування антидепресантів серед різних груп населення, що постраждали в умовах військових дій, з урахуванням соціально-демографічних та клінічних характеристик.

Для досягнення поставленої мети були виокремлені наступні **завдання** :

1. Оцінити розповсюдженість та ефективність застосування антидепресантів серед військовослужбовців, УБД та цивільних осіб, які пережили військові дії.

2. Визначити основні фактори, що впливають на рівень вживання антидепресантів у даних категорій населення.
3. Проаналізувати типи та дози антидепресантів, які найчастіше використовуються в даних категорій населення.

Об'єкт дослідження - постраждалі в умовах військових дій групи населення;

База досліджень – мережа аптек «Фармація» міста Київ – аптека №124, вул. Харківське шосе,164 ;

Предмет дослідження – поширеність та ефективність застосування антидепресантів серед селективних груп населення, що постраждали внаслідок військових дій в сучасних умовах

Методи дослідження:

1. На першому етапі було проведено теоретичний аналіз наукових і методичних джерел на тему «бойова психічна травма» та ПТСР в наслідок війни, вплив антидепресантів на осіб , що постраждали в результаті військових дій, а також розглянуто основні різновиди антидепресивних препаратів;
2. На другому етапі дослідження було проведено опитування цільових груп з метою виявлення поширеності запиту на прийом антидепресивних препаратів серед населення. Для проведення опитування було створено оригінальну авторську анкету. Також серед обраної вибірки було проведено опитування з використанням стандартизованих методик, а саме: первинний скринінг ПТСР, Шкала PCL – 5(PTSD Checklist for DSM-5) та CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) опитувальник Спілбергера — Ханіна для оцінки рівня тривожності - з метою виявлення поширеності проявів бойової психічної травми ;
3. На третьому етапі було проведено математичний метод дослідження за допомогою кореляційного аналізу з метою встановлення статистично

значущих зв'язків між показниками «стать», «вік», «участь в бойових діях» та застосуванням препаратів «дулоксетин», «флуоксетин» та «есциталопрам».

Науково-практична значимість одержаних результатів полягає у дослідженні поширеності застосування різних груп антидепресантів серед населення, що постраждали в умовах військових дій та на основі отриманих даних оптимізувати призначення різних груп препаратів серед цільової категорії осіб. Отримані дані можуть бути використані психотерапевтами та реабілітологами для корекції розладів, зумовлених бойовою травмою.

За результатами дослідження буде оцінено поширеність застосування різних видів та дозувань антидепресантів, факторів, що впливають на вибір того чи іншого препарату.

Одержані результати можуть бути спрямовані в різні реабілітаційні та соціальні установи для організації та планування надання фармакологічної допомоги постраждалим групам населення. Рациональне застосування фармакотерапії разом з психотерапією є підґрунтям для відновлення психічного здоров'я осіб, що постраждали в умовах військових дій.

Кваліфікаційна робота містить 71 сторінку, 9 таблиць, 5 малюнків, список використаних джерел з 52 найменувань з них 14 міжнародних , 4 додатки.

Рік виконання 2024

Рік захисту роботи 2024

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ АНТИДЕПРЕСАНТІВ НА СЕЛЕКТИВНІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

1.1. Класифікація та клінічне значення різних груп антидепресантів

Антидепресанти – це група психотропних засобів з дією на центральну нервову систему, серед яких виділяють тимоеретики (мають стимулюючий компонент активності) та тимолептики (мають седативний компонент). Дана група препаратів регулює виділення нейромедiatorів – норадреналіну, серотоніну, дофаміну – тим самим впливаючи на активність нервових процесів в головному мозку [36].

Історично вважається, що антидепресанти як група препаратів була відкрита наприкінці 1940-х років вченими Шиндлером та Хафбігером з похідних дифеніламіну [37]. Однією з цих похідних була речовина дибензепін, що відрізнявся від фенотіазину заміною одного атома сірки на етиленовий місток і мав гарний лікувальний вплив на хворих з депресією. У 1970-х роках вперше було синтезовано вибіркові інгібітори зворотнього захоплення серотоніну - таких як флуоксетин, пароксетин та сертралін. [37, с. 221]

У 2000-них роках розробляються нові антидепресанти, такі як венлафаксин, дулоксетин та агомелатин.

Загалом антидепресанти можна розділити за наступними критеріями :

1. За механізмом дії – інгібітори нейронального захоплення катехоламінів, інгібітори моноамінооксидази, мелатоніноергічні антагоністи, стимулятори синтезу дофаміну тощо;
2. За хімічною будовою – трициклічні антидепресанти;
3. За терапевтичною дією – анксіолітики, антидепресанти, ноотропи;

4. За наявністю побічної дії на серцево-судинну систему - без побічних ефектів та з наявними побічними ефектами ;
5. За рецептурним статусом – рецептурні та безрецептурні .[37 с. 222]

За класифікацією антидепресанти поділяють залежно від механізму дії та хімічної структури , а також селективності та побічних дій на органи та системи. Детальна класифікація різних груп антидепресантів представлена у Додатку А.

Класифікація та клінічне значення різних груп антидепресантів є важливою темою у психофармакології та клінічній психіатрії. Антидепресанти використовуються для лікування різних психічних розладів, таких як депресія, тривожність та панічні атаки.

Розглянемо першу групу антидепресантів , а саме трициклічні антидепресанти (ТЦА), які є неселективними інгібіторами захоплення нейронів та першими антидепресантами , що застосовувались у лікуванні депресії. Представниками даної групи є наступні препарати : амітриптилін, дибензепін, докsepін. Патогенетична дія даної групи препаратів полягає у блокуванні зворотнього захоплення норадреналіну (або серотоніну) з блокуванням їхніх транспортерів, через що вміст даних нейромедіаторів в синаптичній щілині збільшується і тим самим покращується нейротрансмісія . Представник групи – амітриптилін – окрім антидепресивного ефекту, також має седативний, анксиолітичний, антихолінергічний ефекти. Дана група препаратів в клінічному аспекті застосовується для лікування таких розладів : депресивні розлади особистості, дистимії, тривожні розлади особистості – obsесивно-компульсивний розлад, панічні розлади , синдром дефіциту уваги, а також посттравматичного стресового розладу. Важливо відмітити , що через високу кардіотоксичність дана група препаратів майже не застосовується. [47 с.155-156]

Друга група препаратів – це селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СИЗС) – одна з найновіших груп антидепресивних препаратів з найменшою кількістю побічних ефектів. Представниками цієї групи препаратів є 6 речовин : флуоксетин, пароксетин, сертралін, циталопрам та есциталопрам, флувоксамін. Усі зазначені препарати інгібують виключно зворотнє захоплення серотоніну, що призводить до збільшення концентрації нейромедіатора в синапсі. Цікавим є факт, що першочергово блокада трансмітера серотоніну не призводить до зростання рівня цього нейромедіатора в синапсах, але призводить до збільшення його концентрації в соматодентритних відділах нейронів, де розташовані серотонінові рецептори, які в свою чергу активуються при надмірній кількості серотоніну навколо нейрона і інгібують подальше виділення гормону з нервової клітини. Згідно з теорією, під час депресії збільшується кількість серотонінових рецепторів і саме застосування селективних блокаторів захоплення серотоніну призводить до збільшення кількості даного медіатору в нейронах і надмірній активації рецепторів, що з часом призводить до зменшення їх чутливості , а отже зменшення гальмівного впливу на виділення ендogenous серотоніну. [23]

Дана група препаратів використовується у лікуванні великого депресивного розладу та тривожності, а також при хронічних болях, посттравматичному стресовому розладі, булімії, межовому розладі особистості тощо. Одним з представників даної групи препаратів є флуоксетин - є одним з найбільш досліджених та широко застосовуваних препаратів у цьому класі. Основною діючою речовиною флуоксетину є флуоксетингідрохлорид. Він діє як селективний інгібітор обміну серотоніну (SSRI), збільшуючи концентрацію серотоніну - нейромедіатора, який відповідає за регуляцію настрою та емоційного стану. Підвищення рівня серотоніну в мозку може покращити настрій та зменшити симптоми депресії та тривожності [23].

Окрім того, флуоксетин має деякі особливості порівняно з іншими СІЗЗС, такі

як довгий період напіввиведення, що дозволяє приймати ліки лише один раз на день, а також менше схильності до відвикання від препарату під час лікування.

Флуоксетин зазвичай вважається безпечним та ефективним препаратом, але, як і з будь-яким лікарським засобом, може виникати ряд побічних ефектів. До них можна віднести головний біль, сонливість, безсоння, сухість у роті, тремор, зміни в апетиті та вага, а також стоматологічні симптоми [29, с.221].

Також представником цієї групи також є сертралін, який діє як інгібітор обміну серотоніну, збільшуючи концентрацію серотоніну у мозку. Серотонін є нейромедіатором, що відповідає за регуляцію настрою, емоційного стану та поведінки. Збільшення рівня серотоніну може покращити настрій та зменшити симптоми депресії, тривожності та інших розладів, пов'язаних з недостатньою активністю цього нейромедіатора. Показами для призначення даного препарату є депресивні розлади, у тому числі для лікування мажорної депресії та депресії при біполярному розладі, тривожних розладів – панічних атак, соціофобічних розладів, загального тривожного розладу, при obsесивно-компульсивному розладі та посттравматичному стресовому розладі.

Третя група препаратів – це селективні інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну та серотоніну (СІЗНС) – препарати даної групи: дулоксетин, венлафаксин – впливають одночасно на зворотнє захоплення як серотоніну, так і норадреналіну, тим самим підвищуючи синаптичну концентрацію обох нейромедіаторів. Дана група препаратів застосовується у лікуванні великого депресивного розладу особистості, тривожних розладів психіки, а також невропатичного болю, що характерно саме для цієї групи препаратів і пов'язане з комплексним блокуванням захоплення серотоніну з норадреналіном. Покази до застосування: великий депресивний розлад особистості, тривожні розлади, синдром дефіциту уваги, невропатичні болі, посттравматичний стресовий розлад [23].

Четверта група препаратів – інгібітори моноамінооксидази (МАО) – група препаратів, що була відкрита випадково під час застосування протитуберкульозного лікарського засобу – іпроніазиду. Представниками даної групи є наступні: незворотні інгібітори – транілципромін, фенелзин, ізокарбоксазид, частково зворотні – амфетамін, селегілін (метаболізується в амфетамін та метамфетамін). Виділяють 2 підтипи ферменту моноамінооксидази залежно від субстрату, який підлягає метаболізму – МАО-А (метаболізує норадреналін, серотонін, допамін, тирамін) та МАО-В (метаболізує фенілетиламін, допамін, тирамін). Також важливо відмітити, що ці дві форми моноамінооксидази присутні в різних частинах організму: МАО-А в головному мозку, кишечнику, шкірі, а МАО-В в головному мозку, лімфоцитах та тромбоцитах. Враховуючи специфіку метаболізму нейромедіаторів та місце переважної локалізації даних ферментів – метою застосування інгібіторів МАО є саме пригнічення МАО-А. При цьому призначення окремо інгібіторів МАО-В не є ефективним з точки зору антидепресивного ефекту, але одночасне комбіноване застосування інгібіторів МАО-А та МАО-В може бути ефективним у подоланні резистентних до лікування видів депресивних розладів. [37 с. 157-158]

Представником групи інгібіторів МАО є селегілін, що є препаратом, який належить до класу інгібіторів моноамінооксидази типу В (МАО-В). Цей препарат використовується для лікування депресії, зокрема у формі мажорної депресії, та може бути призначений у випадках, коли інші антидепресанти не приносять очікуваного ефекту. Селегілін має декілька особливостей, що роблять його відмінним від інших препаратів у групі інгібіторів моноамінооксидази:

1. Форма випуску: даний препарат може бути доступний у формі пластира, який накладається на шкіру. Цей пластр зазвичай застосовується один раз на добу, що робить лікування зручним та сприяє стабільнішому рівню лікарської речовини в організмі;

2. Дозування: селегілін надає можливість для вибору різних доз залежно від потреби пацієнта. Дозування може бути налаштовано згідно з індивідуальною відповіддю на лікування та іншими факторами;
3. Менше дії на тирамін: у порівнянні з іншими інгібіторами моноаміноксидази, селегілін має менше впливу на розщеплення тираміну, що є частиною деяких продуктів харчування. Це дозволяє уникнути деяких обмежень у харчуванні, які часто пов'язані з іншими препаратами MAO;
4. Ефективність: селегілін може бути ефективним як у монотерапії, так і у комбінації з іншими антидепресантами, зокрема з інгібіторами обміну серотоніну (SSRI) або тріциклічними антидепресантами [37, с.157-158].

Селегілін вважається добре переносимим препаратом, проте, як і усі лікарські засоби, він може мати певні побічні ефекти, такі як почервоніння шкіри, сонливість, безсоння, головний біль та інші.

П'ята група препаратів – це норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти (НССА) – представники даної групи препаратів блокують альфа2-адренорецептори та серотонінові рецептори, що призводить до підвищення рівня даних нейромедіаторів у синаптичній щілині. Клінічне значення даної групи полягає у лікуванні важких та середніх за ступенем тяжкості депресивних розладів [23].

Представником даної групи є міртазапін є антидепресивним препаратом, який

належить до класу тетрациклічних антидепресантів. Він використовується для лікування мажорної депресії і деяких інших психічних розладів. Однак, на відміну від більшості інших антидепресантів, міртазапін відомий своєю властивістю збільшувати апетит та сприяти набору ваги, що може бути корисним у пацієнтів із зниженим апетитом та втратою ваги, яка часто спостерігається при депресії. Механізм дії: Міртазапін діє як антагоніст $\alpha 2$ -адренорецепторів та блокатор серотонінових 5-HT₂ та 5-HT₃ рецепторів. Ці

механізми допомагають підвищити рівень нейротрансмітерів серотоніну та норадреналіну у мозку, що сприяє покращенню настрою та зменшенню симптомів депресії. Основним показанням для призначення міртазапіну є мажорна депресія. Препарат також може бути використаний для лікування тривожних розладів, якщо інші антидепресанти не дали відповідного ефекту [36].

Важливо охарактеризувати наступні групи препаратів, що відносяться до антидепресивних: анксиолітики та ноотропи. Отже, анксиолітики (або транквілізатори) – це група препаратів з транквілізуючим ефектом, тобто зменшуються клінічні прояви тривоги, страху, занепокоєння. Представників даної групи можна розділити на:

1. Агоністів бензодіазепінових рецепторів (феназепам, діазепам,);
2. Агоністів серотонінових рецепторів (буспірон);
3. Інші групи препаратів (гідроксизин)[23].

Найбільш поширений у застосуванні це бензодіазепіновий ряд препаратів, патогенетична дія яких полягає у потенціюванні гальмівного впливу ГАМК – гаммааміномасляних кислот на нервові закінчення, в зв'язку з чим зменшується нейрональна активність окремих ділянок головного мозку. До фармакологічних ефектів препаратів похідних бензодіазепінів належать: анксиолітичний (або протитривожний), снодійний, седативний, протисудомний, міорелаксуючий, амнестичний ефекти, потенціюють дію речовин, що гальмують ЦНС, у тому числі алкоголь. Клінічний ефект застосування даної групи препаратів полягає у купіруванні неврозоподібних, невротичних, психопатичних та психопатоподібних станів, пограничних станів. З клінічної точки зору виділяють наступні види транквілізаторів:

- Седативні («нічні», сильні) – в основному представники похідних бензодіазепінів, поряд з протитривожною дією мають седативно-

гіпнотичну, що викликає сонливість удень, зниження реакції та координації. Ці ліки, такі як діазепам, альпразолам та клоназепам, мають виражений м'язорелаксуючий ефект, що сприяє зниженню м'язевої напруги та сприяє глибокому сну. Вони також можуть бути ефективними у лікуванні тривожних розладів, особливо тих, що супроводжуються порушеннями сну;

- «Денні» - переважно селективна анксиолітична дія з слабкою седативною, міорелаксантною та протисудомною. При цьому важливо відмітити, що протитривожна дія має активуючий вплив на ЦНС, що проявляється поліпшенням настрою, зменшенням або ліквідацією психоастеничних розладів, бадьорістю та ініціативністю – це препарати гідазепам, буспірон .[47, с.147]

Основними показами до призначення похідних бензодіазепінового ряду є лікування тривожних станів – неврози, неврозоподібні та психопатоподібні стани, що супроводжуються підвищеним рівнем тривожності, страху, дратівливості; для купірування панічних атак, депресивних розладів. При цьому «денні» транквілізатори – гідазепам – призначаються при неврозах з явищами апатії, тривоги, зниженої активності , а також при стресі. Застосування анксиолітиків виправдане у здорових при гострих реактивних станах в екстремальних умовах (наприклад, в умовах війни) .[37, с.148-149]

Наступний представник фармакологічної групи транквілізаторів - серотонінергічний анксиолітик буспірон. Даний представник є 3 поколінням транквілізаторів, діє на синтез та вивільнення серотоніну , зменшуючи їх . При цьому препарат не впливає на ГАМК-ергічну передачу, а отже має селективну анксиолітичну дію без седативного,

снодійного, міорелаксантного, протисудомного впливів.

Клінічне значення полягає у застосуванні препарату при загальних тривожних станах, хронічному та повільному процесі, так як середня терапевтична концентрація досягається не одразу, а поступово до 14 діб і досягає максимуму через місяць від початку прийому.[37, с.206]

Наступна група препаратів – ноотропи – препарати, що чинять стимулюючий

вплив на ЦНС, поліпшуючи когнітивні функції, підвищують стійкість головного мозку до агресивних впливів, підсилюють кортико-субкортикальний зв'язок. Ноотропні препарати можуть мати різні механізми дії, включаючи збільшення синаптичної пластичності, підвищення активності нейротрансмітерів, таких як ацетилхолін, глутамат та інші, а також захист від невродегенерації. Деякі з них також можуть мати антиоксидантні властивості, що допомагають захистити мозкові клітини від шкідливого впливу вільних радикалів. Представниками даної групи препаратів є наступні : пірацетам, меклофеноксат, піритинол, фенібут, гліцин, натрію оксibuтират, вінпоцентин, цинаризин, пеноксифілін, препарати гінкго білоба, препарати АТФ. Дана група препаратів не чинить анксиолітичний чи седативний ефекти, впливаючи в першу чергу на інтелектуальні та мнестичні функції, маючи антигіпоксичну активність. В основі терапевтичного впливу даної групи препаратів лежать наступні механізми : посилення синтезу АТФ в нейронах, посилення синтезу РНК і білків, поліпшення утилізації глюкози, мембраностабілізуюча дія. Ноотропи застосовують у лікуванні наступних патологій : деменція різної етіології, хронічна цереброваскулярна недостатність, лікування наслідків порушення мозкового кровообігу, інтелектуально-мнестичних розладах, хронічному алкоголізмі. Незважаючи на численний перелік представників даної групи та показів до їхнього застосування, ефективність більшості препаратів має рівень доказовості не більше С, і не є в протоколах лікування більшості країн світу.[23]

Отже, різноманіття препаратів групи антидепресантів зумовлює широкий терапевтичний діапазон вибору для лікаря-клініциста у практиці призначень . Різноманіття препаратів з антидепресивними ефектами зумовлене наявністю різних хімічних молекул -похідних даних лікарських засобів, що відповідно зумовлює різні патогенетичні ефекти їхньої дії, а також наявність побічних реакцій та протипоказів.

1.2. Психологічні прояви бойової травми серед постраждалих груп населення

Психологічні прояви бойової травми серед постраждалих груп населення є складною та багатогранною проблемою, що вимагає глибокого розуміння як факторів ризику, так і механізмів адаптації до стресових ситуацій в умовах воєнного конфлікту. Ці психологічні прояви можуть проявлятися на різних рівнях, включаючи емоційний, когнітивний, поведінковий та фізіологічний аспекти.

Першочергово, важливо виокремити три основні групи населення в умовах військових дій – військові та цивільні особи, а також ветерани – особи, що завершили свою військову службу. Враховуючи різну інтенсивність та прояви впливу військових умов на ці групи населення, необхідно розглядати питання психологічної травми різносторонньо – в сукупності та окремо для кожної категорії населення.

Термін «психічна травма» в контексті військових дій першочергово було запроваджено З.Фройдом [42] та систематизовано А.Кардінгером та М.Горовіца, які назвали це явище «хронічним воєнним неврозом» або «воєнним неврозом». З.Фройд у своїй праці «По той бік задоволення» описував енергетичний концепт травми – травматичний вплив на психіку може бути спричинений будь-якою подією, що викликає страх, сором, відчуття втрати, і саме від чутливості особистості буде залежати чи набуде даний вплив характеру травмуючого. [42]

А.Кардінгер вперше дав комплексну характеристику «воєнного неврозу» з наступними характеристиками :

1. подразливість та збудливість ;
2. фіксація на психотравмуючих обставинах;
3. уникання реальності;

- 4.гостра реакція на несподівані подразники;
- 5.неконтрольовані напади агресії. [44, с. 54]

Вперше термін «воєнний невроз» був розглянутий як «посттравматичний стресовий розлад» після в'єтнамської війни та був включений в класифікацію Американської психіатричної асоціації, а у 1995 році був включений у Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду [5]. ПТСР є одним з найчастіших проявів бойової психічної травми.

За визначенням вчених М. Горвіц та Джудіт Бартлер, які займались когнітивною психологією, «бойова психічна травма» - це руйнація базових когнітивних схем та переконань індивідуума [41]. У той час як в роботах Роні Янофф-Бульмана, що створені на основі когнітивно-експерієнціальної теорії Епштейна, в бойовій обстановці ряд базисних переконань особистості, таких як : справедливість навколишнього світу, контрольованість ситуації, значимість власного Я – усе це може бути одномоментно зруйновано. На прикладі військовослужбовців, які залишаються без психологічної підтримки від оточуючих, простежується повна втрата здатності орієнтуватись у світі та самому собі. Важливо, що чим більш «гуманістичні» погляди були характерними для людини, тим більш драматичнішим буде їх руйнування. Цей стан повної дезорієнтованості може призвести до стану психічної поразки – особистість не відчуває себе «ні живим, ні мертвим», втрачає силу волі та жагу до життя. [7, с. 31]

Науковець Блінов О.А. надає наступне визначення терміну «бойової психічної

травми» - це відображення деформації психологічних механізмів саморегуляції особистості та прорив бойовим стрес-чинником захисних механізмів психіки, в результаті чого відбувається зрив адаптаційних можливостей, зміна особистості та поведінки. Це «нормальна реакція на ненормальні обставини зовнішнього середовища». [Цит. За 5, с.37]

Коkun O.M. дає визначення бойовій психічній травмі як «патологічному стану

центральної нервової системи, що виникає в результаті впливу бойових стрес-факторів та обумовлює регуляцію поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів» [Цит. За 11 с.32]. В результаті даного впливу відбувається зміна структур центральної нервової системи, в особливості головного мозку, з наростанням специфічної особистісної деформації та готовності до психопатологічного синдромуутворення. [16]

Особливістю бойової психічної травми є те, що її зміст не обов'язково характеризується подіями, що вже відбулись або відбуваються, але також подіями, які є прогнозовані та мають негативний когнітивний окрас (наприклад, думки військовослужбовця про майбутній бойовий вихід або відправлення на фронт).

З точки зору військовослужбовців бойова психічна травма набуває особливого

значення, так як дана категорія людей безпосередньо перебуває в зоні військових дій та бере участь у військових діях. Отже, важливо виокремлювати бойову психічну травму у військовослужбовців та ветеранів.

У дослідженні професорки Синишиної В.М. на тему впливу бойового досвіду на посттравматичний розлад у учасників АТО (раніше – антитерористична організація, наразі – ССО - сили спеціальних операцій), було оцінено кореляцію між шкалами впливу травматичної події та шкалою інтенсивності досвіду військових дій і отримано дані, що свідчать про те, що чим більший бойовий досвід у військовослужбовця тим менше шкала «уникнення», що може свідчити про зростання усвідомлення людиною важливості своїх дій. При цьому чим менший бойовий досвід, тим частіше і з більшою ймовірністю виникають посттравматичні стресові розлади [5]. Важливо відмітити, що особливістю професійної діяльності військовослужбовців є необхідність бути підготовленими до стресових чинників та мати розвинену стресостійкість, тому війна як кризовий стан для військовослужбовців матиме

на психічне здоров'я. Також важливо відмітити, що дане дослідження було проведено до початку повномасштабного вторгнення, тобто не має високої показовості в контексті сучасної бойової ситуації і інтенсивності ведення бойових дій. [25]

За різними даними, бойова психічна травма в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність та на 10-50% послаблює боєздатність збройних сил. В сучасних умовах війни питома частка захворювань психоневрологічного профілю становить орієнтовно 10%, комбінація фізичної травми та психічної 20-30% потерпілих. [4,17]

1.2.1. Фактори ризику виникнення бойової психічної травми

Серед причин, що обумовлюють розвиток психічного перенавантаження в умовах військових дій у військовослужбовців відносять:

- 1)Реальна та постійна загроза життю;
- 2)Недостатність та неповноцінність отримуваної інформації;
- 3)Жорстка відповідальність за ухвалені рішення;
- 4)Невідповідність між рівнем підготовленості військовослужбовця і реальним умовам бойових дій;
- 5)Недостача часу на ухвалення рішення;
- 6)Повна або часткова ізоляція військовослужбовців від основного взводу(наприклад, в окопах);
- 7)надмірне фізичне виснаження, нераціональне харчування та депривація сну;
- 8)незвичні умови служби, які можуть бути далекими від комфортних [5].

За даними американських досліджень [16], серед ветеранів В'єтнамської війни

виражені посттравматичні стресові розлади мали близько 30% ветеранів.

Досвід цієї війни був оцінений і застосований для вивчення стресових факторів виникнення БПТ – надалі ці фактори були розділені на групи :

1. Небойові стресові чинники бойової обстановки – страх перед використанням ворогом засобів масового ураження, перед бойовим виходом , спостереження смертей солдатів ворога ;
2. Бойові стресові чинники – безпосередня загроза життю військовослужбовця, бойові поранення;
3. Стресові фактори, пов'язані з розумінням відправки у зону бойових дій – ізоляція від родини та друзів (характерно для військовослужбовців запасу).[5, с.41-42]

Науковець Колесніченко О.С. виділяє наступні фактори розвитку бойової психічної травми :

- Специфічно-професійні, а саме : битва – безпосередня загроза життю, постійні обстріли, підриви на мінах; спостереження за масовою загибеллю, численні трупи, спостереження за передсмертними муками противника; також в цю групу чинників входить надання допомоги пораненим, робота з мертвими – у медичного персоналу, добровольчих загонах тощо;
- Ситуаційно-психогенні – клімат місцевості (вологість, температура, шум, вібрація, специфічні погодні умови) – ці фактори в поєднанні з психотравмуючими виснажують компенсаторні механізми і пришвидшують розвиток як соматичної, так і психоневрологічної захворюваності;
- Соціально-психологічні – ізоляція від родини та друзів, безуспішність бойових дій, масові бойові втрати, засоби інформаційного впливу супротивника, ворожі умови місцевого населення; низька соціальна підтримка комбатантів після повернення з бойових дій;

- Біологічні - нераціональний режим харчування, порушення режиму сну-неспання, погані гігієнічні умови, загострення наявних хронічних захворювань, підвищена інфекційна захворюваність , сексуальна депривація, жіноча стать – для жінок є характерним триваліший перебіг психологічної травми;
- Індивідуально-психологічні – когнітивний фактор: розуміння несправедливості світоустрою, невпевненість в майбутньому , часто відсутність вибору і необхідність швидкого ухвалення рішень ; емоційний – біологічний, моральний, соціальний страхи ; скорбота за загиблими товаришами, недостатність позитивного емоційного досвіду, міжособистісні конфлікти, неможливість усамітнення. [17]

1.2.2. Стрес у контексті травматичного впливу

За визначенням Г.Сельє , стрес – це фізіологічна, неспецифічна реакція організму на несподівану напружену подію, що мобілізує захисні можливості і готує до активного супротиву. Тобто, стресова реакція є нормальним фізіологічним механізмом адаптації людини до умов навколишнього середовища. [5]

У той же час травматичний стрес – є особливою реакцією організму , за якої перенавантажуються психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини. Даний вид стресової реакції виходить за межі фізіологічної та стає причиною психологічної травми [16]. Основні відмінності травматичного стресу від фізіологічного полягають у наступному :

- 1) Наявність зовнішніх причин , що викликали подібний стан;
- 2) Усвідомлення події, що сталося;
- 3) Пережита травмуюча подія руйнує звичний устрій життя;
- 4) Подія, що сталась викликає відчуття жаху та безпорадності.[28]

В умовах військових дій і впливу травмуючих стрес-чинників можна виокремити наступні прояви розладу психіки у військовослужбовців:

1) Фобічні розлади – зумовлені патологічним страхом, що проявляється вираженою симпатико-адреналовою реакцією у вигляді серцебиття, тремтіння кінцівок тіла, виступає холодний липкий піт, пересихає у роті, може бути мимовільне виділення калу та сечі, німота або заїкання. Клінічно можна виділити такі види страху :

- рухова – неконтрольовані дії і вчинки ;
- прихована – безглузді дії, пасивність , що призводить до зриву виконання бойового завдання;
- ригідна – пасивність , байдужість, залякання.

Різновидом такого типу розладів є паніка , що може швидко поширюватись у військовому колективі і призводити до дезорганізації у колективі та неможливості реально оцінити бойову обстановку.

2) Бойове стомлення та бойовий шок. Бойове стомлення за визначенням є станом , що виникає у кожного воїна через декілька тижнів військових дій середньої інтенсивності і є закономірним процесом виснаження організму. У той час як бойовий шок має 3 стадії розвитку :

- перша стадія – найгостріша, поступово зростає страх та погіршення настрою протягом годин або діб
- друга стадія – гостра, від кількох діб до кількох тижнів , характеризується розвитком неврозів та психосоматичних порушень;
- третя стадія – хронізація процесу з розвитком тривалої психічної декомпенсації з розладом особистості.

3) ПТСР – розлади психіки що виникають протягом певного часу після дії травмуючого чинника, це група розладів психіки , що характеризується

неусвідомленим намаганням суб'єкта витіснити психотравмуючі чинники зі свідомості.[5, с.43]

1.2.3. Посттравматичний стресовий розлад

Термін «посттравматичний стресовий розлад» включений в МКХ-10 (код F43.1) та в DSM-V (код 309.81). Діагноз ПТСР встановлюється не раніше ніж через місяць після травмуючої події, виникнення розладу відбувається або на фоні гострої реакції на стрес або після латентного періоду. За перебігом виділяють гострий ПТСР (симптоми, що тривають впродовж менше 3 місяців) та хронічний (симптоми тривають 3 і більше місяців). У тих випадках, коли початкові симптоми з'являються через 6 місяців після травмуючої події ПТСР класифікується як ПТСР з пізнім проявом. [36]

Основними формами прояву ПТСР є наступні :

- 1)часткова або повна соціальна дезадаптація, зловживання наркотичними засобами – алкоголь та наркотики; сексуальна розлади, невмотивовані спалахи гніву та агресії по відношенню до оточуючих або предметів; 2)головні болі, розлади травлення, порушення засинання і сну; 3)ослаблення когнітивних функцій – пам'яті та уваги, підвищена пильність, суїцидальні думки; 4)навмисне уникання думок і переживання минулих подій, а також неспроможність відтворити психотравмуючі події у пам'яті , втрата інтересу до раніше значущих форм активностей (наприклад, до спорту);
- 5) нездатність до емпатії, відчуття «скороченого майбутнього».

Блінов О.А. виділяє наступну класифікацію бойової психічної травми за ступенем тяжкості :

- 1.легкий ступінь – прояви у вигляді надмірної дратівливості, головні болі і втрата апетиту, швидка стомлюваність ;
- 2.середній ступінь – проявляється легкими істеричними реакціями,

агресивністю, депресією, підвищеною реактивністю на слухові та зорові подразники, тимчасовою втратою пам'яті;

3.тяжкий ступінь – порушення сну, координації руху та невмотивовані безглузді вчинки.[4]

В сучасних умовах російсько-української війни для українських військовослужбовців, у тому числі ветеранів 2014 року актуальним є явище «травми, що повторилась», що характеризується повторним вступом військовослужбовців до лав збройних сил після закінчення бойової служби. Під час повторного впливу бойової травми стратегія виживання особистості, в особливості захисні можливості психіки найкраще описуються як захисна реакція особистості, що стає головним аспектом особистості військовослужбовців. В загальному розумінні проявів ПТСР виділяють замикання особистості на травмі, ізоляція від соціальних контактів, емоційна холодність і небажання рухатись далі. В таких умовах військовослужбовець залишається наодинці з травмою і коло замикається і тому при поверненні на службу в умови військових дій військовослужбовець змушений напяму зустрічатись зі своїми травмами. В таких умовах травма перестає бути надзвичайно руйнівною для психіки і починає включати пошук в тому числі позитивних змін – цей феномен називають «посттравматичним стресовим зростанням». Тобто зміщення акценту з психопатології бойової травми та ПТСР на стійкість і зростання в умовах необхідності компенсувати негативні наслідки ПТСР.[17, с.40]

Розглянемо типи ПТСР (за Волошином) :

- 1) Тривожний тип ПТСР – особливістю є високий рівень соматичної та психічної невмотивованої тривоги з переживанням кілька разів на добу; тривожні уявлення мимовільні, нав'язливі; характерно відчуття внутрішнього дискомфорту, напруженості та дратівливості; труднощі засинання та побоювання за якість сну, страх болісних сновидінь (з

повторенням епізодів бойових дій), часто хворі засинають лише під ранок. Також для таких хворих характерно пароксизмальні напади відчуття нестачі повітря, пітливість з припливами жару, серцебиття. Особливістю даних пацієнтів є те, що вони самостійно звертаються за медичною допомогою, прагнуть нормалізувати своє життя [5];

2) Астенічний тип ПТСР – особливістю є домінування в клініці млявості та слабкості, настрій постійно погіршений, байдужість до питань, що цікавили раніше, пасивність дій, у думках часто відчуття власної неповноцінності; періодично думки про психотравмуючу подію, але спогади не яскраві, не деталізовані, хоча нав'язливі; розлад сну на відміну від тривожного типу посттравматичного стресового розладу у вигляді гіперсомнії з неможливістю легко підняти з ліжка, болісна дрімота протягом усього дня; хворі як правило самостійно звертаються за допомогою [25];

3) Дисфоричний тип ПТСР – особливістю є постійне переживання внутрішнього незадоволення, роздратованість, що наростає до спалахів люті, усе це на фоні пригніченого настрою; для хворих характерно високий рівень агресивності, впрагнення перенести на оточуючих дратівливість та запальність; хворі нездатні контролювати себе, зауваження оточуючих сприймають надзвичайно бурхливо; мимоволі в уяві пацієнтів виникають сценки з епізодами психотравмуючих подій, в тому числі сценки насильства з активною участю самих хворих.

Зовнішньо такі люди похмурі, міміка роздратування; хворі небагатослівні та замкнуті, при цьому особливістю є відсутність скарг, не звертаються самостійно за медичною допомогою і найчастіше за них звертаються їх товариші або

рідні; 4) Соматоформний тип ПТСР – особливістю є те, що розлади психіки характеризуються фізичними проявами: неприємні відчуття в ділянці серця (54%), шлунково-кишкового тракту (36%) та голови (20%); типова

поведінка уникання на фоні панічних атак, при цьому симптоми оціпеніння та «флешбеки» зустрічаються рідко і не мають такої емоційного характеру як при інших видах ПТСР. Найчастіше цей тип розладу характерний саме для відстроченого виду ПТСР. [25]

Також можна виділити наступну класифікацію ПСТР, залежно від конкретних характеристик травматичної події, індивідуальних особливостей постраждалих та контекстуальних чинників. Ось деякі типи ПТСР:

1. Одноразовий ПТСР: Цей тип ПТСР виникає внаслідок одного конкретного травматичного події, такого як аварія, насильство чи стихійне лихо. Постраждала особа може досить швидко відновитися після переживання одного випадку травми.
2. Повторний ПТСР: У цьому випадку люди можуть переживати травматичні події неодноразово. Наприклад, ветерани війни, діти, які стали свідками насильства вдома, або люди, які пережили кілька аварій на дорозі, можуть виказувати симптоми ПТСР через кілька травматичних подій.
3. Кумулятивний ПТСР: Цей тип ПТСР розвивається внаслідок кумулятивного впливу низки стресорів чи малих травматичних подій. Наприклад, люди, які живуть у зоні конфлікту, можуть постійно спостерігати стрес та травматичні події, що призводить до поступового наростання симптомів ПТСР.
4. Затриманий ПТСР: У деяких випадках симптоми ПТСР можуть не з'являтися одразу після травматичної події, а виникати через певний час після її закінчення. Це може бути пов'язано з підсвідомими захисними механізмами, які відкладають проявлення стресової реакції.

5. Коморбідний ПТСР: У деяких випадках ПТСР може виявлятися разом з іншими психічними розладами, такими як депресія, тривожність, розлади споживання алкоголю чи наркотиків, що ускладнює лікування та підвищує ризик інвалідності [5].

Клінічно прояви ПТСР можна розділити на первинні та вторинні . До первинних відносяться :

- 1.Інтрюзія – тобто постійне , нав'язливе переживання психотравмуючих подій та переживань , наприклад : жахливі сновидіння , що постійно повторюються, застрягання упам'ятіта переживання травматичнихподій, галюцинації, ілюзії, інтенсивний психологічний дискомфорт при появі символів або спогадів про дату травмуючої події;
- 2.Уникання – уникання будь-яких стимулів, що пов'язані з травмою, відчуття байдужості до оточуючих, психічна амнезія з нездатністю згадати важливі аспекти психотравмуючої події, відчуття відсторонення від оточуючих;
- 3.Гіперактивність, що проявляється щонайменше 2 з наступних критеріїв: підвищена дратівливість або спалахи гніву, погіршення концентрації, надмірна реакція на подразнення, труднощі засинання або неякісний сон, надмірна пильність [16].

Також дуже характерною рисою є повторне переживання психотравмуючих подій, серед яких виділяють декілька форм :

- 1) Повторні нічні жахіття (до 80% усіх потерпілих) – які в перші роки після війни тривожать усіх ветеранів; характерно відчуття безпорадності, самотності, відчуття відсутності зброї для захисту; зі слів родичів постраждалих уві сні такі люди роблять активні нерозбірливі рухи;
- 2) Психологічний дистрес , пов'язаний з подіями що символізують або нагадують про травматичні події (майже у 70% обстежуваних) – певний

стимул стає тригером (наприклад, проліт вертоліту над головою, річниця війни). Ветерани війни мають підвищену чутливість до подібних стимулів;

- 3) Періодичні спогади про воєнні дії (близько 50% комбатантів) – сум з приводу втрат людей, горе, або агресія.

До вторинних проявів ПТСР відносять : obsесивно-компульсивні розлади та дисоціативні розлади, алкоголізм та інші залежності, депресія, тривога, імпульсивна поведінка, соматичні проблеми тощо.[1,11]

Важливо розуміти , що бойова психічна травма, в тому числі її різновид – посттравматичний стресовий розлад є характерними не тільки для військовослужбовців та ветеранів, але також для цивільного населення.

За даними дослідження , проведених у 2022-2023 роках Кутєпова-Бредун В.Ю. та Остроухова М.М. «Оцінка впливу травматичної події на військовослужбовців та цивільне населення в сучасних умовах війни» [26] було проаналізовано вплив військових дій в умовах сучасної російсько-української війни за шкалами травматичної події Горовітца – уникнення, вторгнення та фізіологічне збудження – серед вибірки з двох груп : військових та цивільного населення. В результаті отримано дані ,що свідчать про надзвичайно велику кількість військовослужбовців (56%) та цивільного населення (56%), які мають підвищений та високий рівень впливу травматичної події, а отже і підвищений ризик розвитку ПТСР в майбутньому. При цьому , за шкалами «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження» усереднені показники є навіть вищими у цивільного населення, що може бути охарактеризовано як більшу вразливість даної категорії населення, частіше намагання уникати спогадів про травмуючу подію.[32, с.232-238]

Зазначене дослідження було проведено серед дорослого населення України, але важливо відмітити що дитяча вікова категорія в контексті цивільного населення також є надзвичайно вразливою до чинників дії бойових умов.

Дитячий психолог А.Венгер [35] виділяє наступні етапи переживання психологічної травми :

1.Шоковий стан – це перша реакція на важку травму, яка може проявитись або

у вигляді патологічного гальмування , або у вигляді патологічного збудження. У цьому стані різко знижується реакційна будь-які зовнішні подразники, також дуже часто прояви гальмування нервової системи змінюються на прояви збудження і так по колу ;

2.Етап стабілізації, розвиток якого залежить від наявної або відсутньої психологічної підтримки на минулому етапі – у разі відсутності спеціалізованої допомоги у дитини, яка пережила психотравмуючу подію, розвивається ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). [25]

Дослідження психічного здоров'я дітей, що перебували в зонах бойового конфлікту таких країн як Афганістан, Чечня, Ірак, Ізраїль, Палестина, Руанда, Шрі-Ланці, Уганді вченими Мурті та Лакшмінараяна [12] дозволяє зробити висновок про кореляційний зв'язок між тривалістю збройного конфлікту та серйозністю симптомів бойової психічної травми. Найважливішими чинниками, що впливають на психічне здоров'я дітей в умовах війни є : відсутність базових ресурсів, втрата сімейних стосунків, дискримінація та стигматизація, песимістичний погляд на майбутнє , спричинений неможливістю спрогнозувати розвиток подій, а також нормалізація насильства. При цьому, важливо відмітити, що діти мають величезний потенціал життєстійкості, що зумовлює їхній ріст і розвиток всупереч психологічним травмам. [12]

На різних рівнях психіки постраждалі від бойової травми можуть мати наступні прояви :

- На емоційному рівні постраждалі можуть демонструвати симптоми депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів. Ці емоційні реакції можуть бути результатом

пережитих стресових подій, включаючи загрозу для життя, травми та втрату близьких людей;

- На когнітивному рівні постраждалі можуть відчувати зниження концентрації, проблеми з пам'яттю та прийняттям рішень, а також зниження самооцінки. Ці когнітивні дефіцити можуть впливати на їхню здатність функціонувати в щоденному житті та виконувати робочі обов'язки;
- На поведінковому рівні постраждалі можуть демонструвати зміни у способах реагування на стрес, включаючи збільшену агресивність, ізоляцію від соціальних контактів та збільшене вживання алкоголю чи наркотиків як засобу самолікування;
- На фізіологічному рівні постраждалі можуть демонструвати зміни в роботі нервово-ендокринної системи, такі як збільшена активація стресової відповіді, зміни в рівнях гормонів стресу та вплив на роботу імунної системи.

Отже, бойова психічна травма - це психічний розлад, що виникає в результаті негативних і екстремальних досвідів, пов'язаних з участю в бойових діях, війнах, військових конфліктах або інших насильницьких подіях. Цей термін використовується для опису психологічних наслідків, що виникають у військових, ветеранів, цивільних осіб, які стали свідками або були причетні до військових конфліктів чи інших насильницьких подій.

Бойова психічна травма може виявлятися у різних формах та включати такі симптоми, як:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): Це може включати повторні спогади про травматичні події, кошмари, гіперзбудженість, тривогу, депресію та ізолюваність.

- Депресія та тривога: Більш глибокі та тривалі відчуття пригніченості, печалі, безнадійності, втрати інтересу до життя, тривожності, панічних атак, фобій.
- Стан тривожності: Це може бути виражене як загальна тривожність, гіпербдженість, подразливість, важкість у зосередженні та проблеми зі сном.
- Синдром відстроченого стресу: Це може включати відчуття вини, сорому, втрати сенсу та морального десансу, які з'являються пізніше після травматичних подій.
- Соматичні симптоми: Наприклад, болі в м'язах, головні болі, шлункові розлади, артеріальна гіпертензія та інші фізичні прояви. Наслідки бойової травми серед постраждалих груп населення вивчаються з багатьма вимірами в рамках психологічної науки. Психологічні прояви бойової травми є складним феноменом, який виявляється в різних формах дисфункційних психічних реакцій та розладів. Звичайні відповіді на стрес, такі як тривога, депресія, розлад сну та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), можуть бути посилені та ускладнені внаслідок прямих або непрямих дій військових подій [5,16,17].

Вивчення психологічних наслідків бойової травми включає аналіз індивідуальних реакцій на стрес, врахування соціального контексту, в якому знаходиться постраждалий, і впливу культурних чинників на прояви та відповіді. Спостереження за цими психічними реакціями вказують на те, що бойова травма може викликати відчуття втрати контролю, дезорієнтації, відчуженості та втрати самоідентифікації.

Серед інших психологічних проявів бойової травми можуть бути зазначені розлади пам'яті, зниження когнітивних функцій, підвищена чутливість до стресу, агресивна реакція на зовнішні подразники, а також ризик розвитку поведінкових залежностей та суїцидальної поведінки.

Враховуючи ці різноманітні психологічні прояви бойової травми, важливо розробляти імплементовані та індивідуалізовані програми психологічної підтримки та реабілітації, спрямовані на полегшення симптомів та поліпшення якості життя постраждалих груп населення.

1.3. Дія антидепресантів на осіб, що постраждали в результаті військових дій

Дія антидепресантів на осіб, що постраждали в результаті військових дій, є предметом значного дослідження в галузі психології та психіатрії. Враховуючи травматичний характер воєнного конфлікту та його потенційний вплив на психічне здоров'я, антидепресанти є важливим інструментом у лікуванні та підтримці цих осіб.

Дія антидепресантів на постраждалих від військових дій може бути багатогранною та комплексною. Перш за все, вони спрямовані на зменшення симптомів депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу, які часто спостерігаються серед цих осіб. Антидепресанти можуть покращувати настрій, знижувати рівень тривожності та допомагати зі зниженням симптомів гіперзбудженості, які можуть супроводжувати посттравматичний стресовий розлад. Крім того, антидепресанти можуть мати позитивний вплив на когнітивні функції, такі як пам'ять, концентрація та прийняття рішень, що може бути важливим аспектом у покращенні якості життя та робочої продуктивності постраждалих.

Антидепресанти є класом лікарських засобів, які застосовуються для лікування різних видів депресії та інших психічних розладів. У контексті осіб, які постраждали в результаті військових дій, застосування антидепресантів є значущим з огляду на високий рівень стресу, травм та психологічного тиску, яким вони були піддані. Серед фармакологічних впливів антидепресантів виділяють :

1. Зменшення симптомів депресії та тривожності, зменшення симптомів цих станів, такі як пригнічений настрій, втрата інтересу до життя, тривожність, панічні атаки тощо;
2. Покращення якості сну - деякі антидепресанти мають снотворні властивості, які можуть полегшити засинання та забезпечити більш спокійний сон;
3. Зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): деякі антидепресанти, особливо інгібітори обміну серотоніну та норадреналіну можуть допомогти зменшити симптоми ПТСР, такі як повторні спогади про травматичні події, гіперзбудженість та тривога;
4. Підвищення енергії та концентрації - деякі антидепресанти можуть допомагати підвищити рівень енергії та покращити концентрацію у людей, які страждають від депресії.
5. Попередження рецидивів, а саме :після відновлення від психологічних травм особи, які постраждали від військових дій, можуть залишатися у групі ризику для рецидивів депресії або інших психічних розладів. Призначення антидепресантів на довготривалий термін може допомогти у попередженні повторних епізодів цих станів.

Важливо враховувати, що ефективність антидепресантів може варіюватися в залежності від індивідуальних характеристик пацієнта, типу та важкості психічних симптомів, а також інших факторів, таких як побічні ефекти та можливі взаємодії з іншими ліками.

Виділяють наступні критерії віднесення пацієнта до високої групи ризику розвитку ПТСР :

-безпосередня участь у травматичних подіях, таких як війна, катастрофи, фізичне насильство, тортури тощо;

-участь близьких, членів сім'ї в травматичних подіях подібного генезу.[20]

Отже, у якості фармакотерапії при ПТСР найчастіше застосовують наступні групи препаратів: антидепресанти, антипсихотичні та бензодіазепіни. При цьому найбільшу доказовість мають саме препарати групи антидепресантів – селективні інгібітор захоплення серотоніну – наприклад, флуоксетин, сертралін та пароксетин [5]. А також такі групи препаратів, як : СІЗЗНС(наприклад, венлафаксин), норадренергічні та серотонінергічні препарати(міртазапін),МАО(фенедзин), ТЦА(амітриптилін).[16] Антипсихотичні препарати призначаються для більш тривалого, затяжного перебігу хвороби, а бензодіазепіни при різноманітних розладах сну. Додатково можуть призначати медикаменти інших груп – $\alpha 1$ -адренергічні агоністи(наприклад, празозин). Загалом важливо відмітити, що фармакотерапія не має високого ступеню доказовості у лікуванні ПТСР , але може бути терапією вибору і застосовуватись у комбінації з психотерапією.

Також важливо усвідомлювати наявність частих побічних реакції прийому препаратів, незважаючи на достатньо гарну переносимість засобів класів СІЗЗС та СІЗЗНС, при їх застосуванні найбільш частими є побічні прояви з боку кишково-шлункового тракту, сексуальні розлади. Застосування препаратів груп ТЦА та інгібіторів моноамінооксидази . які мають меншу вибірковість дії , збільшує кількість побічних проявів, крім того терапія інгібіторами МАО потребує застосування спеціальної дієти, що в тому числі зменшує ймовірність правильного прийому цих препаратів.

Антипсихотичні препарати призводять до набору ваги, можуть збільшувати ризик розвитку діабету, тому є препаратами 2 та 3-ї лінії терапії.[29, с.8]

Згідно з протоколом МОЗ від 2016 року «Уніфікований клінічний протокол надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги хворим з реакцією на важкий стрес та розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад» [21] фармакотерапія ПТСР є додатковою опцією до психотерапії у дорослих пацієнтів та не має розглядатись як терапія першого ряду, а також не

має використовуватись у лікуванні гострого стресового розладу. Фармакотерапія проводиться разом з психотерапією за наступними показами :

- пацієнт не стабільний до психотерапії (ауто/гетероагресивна поведінка);
- психотерапія не дала адекватного ефекту;
- пацієнт має значну кількість дисоціативних синдромів, що можуть посилитись під час проведення психотерапії;
- а також пацієнти, що відмовляються від психотерапії. [28]

Особливості проведення фармакотерапії :

- 1) Для дорослих з ПТСР терапією першої лінії є СІЗЗС або СІЗНС, у то час як ТЦА та інші антидепресивні препарати мають розглядатись як друга ланка терапії;
- 2) Для дорослих з ПТСР та депресивними розладами в анамнезі фармакотерапія має враховувати клінічний протокол лікування хворих з депресією;
- 3) При проведенні фармакотерапії необхідно регулярно контролювати психічний стан пацієнта для ефективної і вчасної корекції препарату або дозувань;
- 4) У випадках неадекватної реакції на фармакотерапію необхідно розглянути наступні фактори : змінити дозування, змінити ЛЗ, додатково призначити антипсихотики, можливо додаткове призначення протисудомних, але тільки в якості комбінованої терапії;
- 5) При наявності позитивної динаміки лікування проводиться не менше 12 місяців. [29]

Особливості призначення антидепресантів пацієнтам з ПТСР :

- 1.Значні розлади сну у якості доповнення до немедикаментозної терапії призначають снодійні коротким курсом до 10 діб (перевагу мають

небензодіазепінові – напр. зопіклон). При довготривалих розладах сну – призначають антидепресанти, в першу чергу СІЗЗС та СІЗНС;

2. Пацієнтам з вираженими ознаками тривоги антидепресанти призначають довготривало;

3. Наявність специфічних показань – тахікардії, тремтіння кінцівок – за відсутності протипоказань є обґрунтованим для призначення неселективного бета-блокатору пропранололу в дозуванні 20-40 мг тричі на добу;

4. Усім пацієнтам, яким назначили антидепресанти призначається контрольний

огляд через 2 тижні, після чого кожні 2-4 тижні перші 3 місяці лікування; Але, пацієнтам , молодше 30-річного віку перша консультація після призначення АД – через тиждень , що пов'язаною з високою суїцидальною активністю в цей віковий період;

5. Відміна лікування має бути поступовою зі зменшенням дози протягом 4-х тижнів, при виникненні синдрому відміни – протягом довшого періоду часу. [36]

Залежно від переважання певного стресового стану перевагу надають різним групам препаратів. Нижче наведено стани , покази та фармакологічні групи з прикладами препаратів :

1. Стресові стани з переважним збудженням ЦНС – супроводжуються напругою, страхом та хвилюванням, характерні безсоння та перезбудження – в першу чергу призначають транквілізатори «нічні» або «денні» - феназепам або сибазон;

2. Стресові стани з переважним пригніченням ЦНС – гостре стомлення, сонливість, зниження психічного тону – психостимулятори та тонізуючі – сиднокарб, кофеїн, кордіамін ;

3. Стресові стани з переважанням напруги та виснаження метаболічних можливостей організму – тривалі виснажливі навантаження, дезадаптація з

гіперстенічними та астенічними проявами- ноотропи, антидепресанти, вітаміни, біологічно активні добавки – пірацетам, амітриптилін, панангін, рутин, комплекси вітамінів. [5]

Важливо розуміти , що фармакотерапія не є панацеєю лікування бойової психічної травми ,утомучислі посттравматичного стресового розладу, і лише комбінована психокорекція із застосуванням лікарських засобів матиме достатню ефективність . Найефективнішим методом є комплексна медико-психологічна реабілітація, що має на меті відновлення довіри військовослужбовця, зміцнення його сили волі, полегшення і нівелювання проявів афективного стану, усунення патологічного самонавіювання. З методів психокорекції застосовуються наступні : когнітивна та когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, арт-терапія. Показником ефективності лікування є «здатність того , хто вижив отримувати задоволення від життя». [Цит. за 7]

ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ

На основі аналізу сучасної науково-методичної літератури було досліджено поняття «бойова психічна травма», класифіковано причини, види та прояви даного прояву порушення психіки, проаналізовано фармацевтичну літературу на тему класифікації та клінічного значення різних груп антидепресивних препаратів, а також досліджено дію антидепресантів на осіб, що зазнали бойової психічної травми. Було проаналізовано клінічні рекомендації, настанови та протоколи з лікування ПТСР у осіб з бойовою психічною травмою. Загалом можна виділити наступні висновки :

1. Антидепресанти – це група психотропних препаратів, що набула широкого використання у лікуванні депресивних розладів, тривожних

розладів, хронічних больових синдромів , а також розладів психіки, пов'язаних з бойовою психічною травмою;

2. Бойова психічна травма – це збірне поняття, патологічний стан нервової системи в умовах неспроможності адаптації психіки до психотравмуючого чинника середовища. Бойова психічна травма спричинена безліччю чинників , включаючи бойові, небойові та усвідомлення відправлення в зону бойових дій. Для цивільного населення, рівноцінно як і для військовослужбовців бойова психічна травма досить часто призводить до розвитку ПТСР;
3. Серед чинників розвитку бойової психічної травми виступають наступні : бойові та небойові чинники, безпосередня загроза життю, недостатність часу на ухвалення рішень, відповідальність за свої дії;
4. Посттравматичний стресовий розлад, як різновид хронізації бойової психічної травми є одним з найчастіших її наслідків. Різновидами ПТСР є такі : дисфоричний, соматоформний, астеничний та тривожний;
5. Серед методів лікування БПТ терапією першої лінії є психотерапія , яка може бути комбінована з фармакотерапією. У той же час , для фармакотерапії застосовують наступні групи препаратів : антидепресанти, транквілізатори, антипсихотичні, а також бета-адреноблокатори, α_1 -адренергічні препарати, ноотропи. Серед препаратів фармакотерапії препарати першої лінії мають бути СІЗЗС та СІЗЗНС , які мають більш виражену селективність, більший рівень доказовості та меншу кількість побічних ефектів. У дитячого населення фармакотерапія як альтернатива психотерапії не має розглядатись, а отже психокорекція є достатньою та обґрунтованою для лікування ПТСР.

Наявність бойової травми серед постраждалих груп населення визначається широким спектром психологічних проявів, які можуть включати, але не обмежуються, такими як посттравматичний стресовий розлад, депресивні реакції, тривожність, психосоматичні симптоми та реакції на стрес. Подібні

прояви можуть виникати в результаті прямої участі у воєнних конфліктах, свідчення жорстокості та насильства, втрати близьких або зазнаної травми. Дослідження показують, що психологічні наслідки бойової травми можуть перебувати в постійному стані, впливаючи на якість життя та загальне психічне благополуччя постраждалих.

Загальний аналіз літературних джерел дає підстави стверджувати, що вивчення бойової психічної травми, її проявів, методів терапії, у тому числі фармакотерапії, та профілактики є надзвичайно важливим аспектом діяльності психологів, психотерапевтів, лікарів та реабілітологів. Враховуючи сучасні умови війни в Україні доцільно досліджувати питання терапії ПТСР для військовослужбовців, ветеранів та цивільного населення та розробляти нові ефективні стратегії лікування.

РОЗДІЛ II.

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи та методики дослідження

Для виконання поставлених завдань дослідження було обрано наступні методи:

- 1) теоретичний аналіз наукових і методичних джерел
- 2) соціологічний метод, а саме - анкетування з використанням стандартизованих методик : Шкала PCL – 5(PTSD Checklist for DSM-5) та опитувальник Спілбергера — Ханіна для оцінки рівня тривожності; а також розроблена авторська анкета;
- 3) математичний метод дослідження за допомогою кореляційного аналізу з використанням r -критерію Пірсона.

Під час аналізу наукової літератури і методичних джерел (дисертацій, монографій, статей) було досліджено різні групи антидепресантів, особливості їхньої клінічної дії та застосування у лікуванні пацієнтів з різними видами психічних захворювань. Також було досліджено поняття «бойова психічна травма», її прояви і види серед цивільного та військового контингенту осіб, було досліджено вплив та клінічні рекомендації відповідно настанов МОЗ щодо застосування антидепресантів серед осіб, що постраждали в умовах бойових дій.

Соціологічний метод ,основою якого було анкетування, проведений серед відвідувачів мережі аптек «Фармація» міста Києва. Метою цього опитування було зібрати дані щодо поширеності прийому різних груп антидепресантів серед цивільного та військового контингенту осіб, проаналізувати вибірку за віковим, статевим, соціальним та психічним статусом; визначити можливу кореляцію між даними показниками та поширеністю прийому

антидепресантів. Також дослідити поширеність призначення даної групи препаратів серед опитаних осіб.

Для проведення соціологічного опитування було використано стандартизований опитувальник оцінки психічного стану, а саме наявність проявів ПТСР – первинний скринінг симптомів ПТСР, Шкала PCL – 5(PTSD Checklist for DSM-5) та оцінку вираженості реактивної та особистісної тривожності – за опитувальником Спілбергера — Ханіна. (детально опис методик у Додатку Б та Додатку В, Г).

- 1.Первинний скринінг симптомів ПТСР - загальний скринінг з 4-ьох питань, що проводиться задля оцінки ризику ймовірності симптомів ПТСР;
2. Шкала оцінки симптомів ПТСР - шкала PCL – 5(PTSD Checklist for DSM-5) є інструментом для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з критеріями, встановленими в п'ятому виданні Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів (DSM-5). Ця шкала є оновленою версією попередніх версій PCL і була розроблена з урахуванням змін у критеріях діагностики ПТСР у DSM-5.

Шкала PCL-5 складається з 20 питань, які охоплюють чотири основні симптоматичні кластери ПТСР:

1. Відновлення травматичних подій: Питання про повторні спогади, кошмари, переживання та фізіологічну реакцію на травматичні події.
2. Унікальність: Оцінка чутливості до подій, які нагадують травматичні події.
3. Уникнення: Питання, що стосуються уникаючих поведінкових стратегій, уникнення думок, почуттів чи розмов про травматичні події.
4. Негативна зміна у когніціях та настрої: Оцінка негативних змін у мисленні та настрої, включаючи втрату інтересу, відчуття відірваності від інших та надмірне виняткове відчуття вини.

Оцінка шкалою PCL-5 зазвичай проводиться шляхом самозаповнення пацієнтом або шляхом інтерв'ю психологом або медичним працівником.

Після заповнення шкали кожен пункт оцінюється, і загальний сумарний бал розраховується. Вищий загальний бал вказує на більш виражені симптоми ПТСР. Зазвичай використовується певний пороговий бал, який вказує на наявність або відсутність ПТСР, а також для встановлення ступеня вираженості цього розладу. Шкала PCL-5 є корисним інструментом для швидкого та ефективного оцінювання симптомів ПТСР в клінічній практиці та дослідницьких цілях. Вона допомагає зрозуміти рівень вираженості симптомів у пацієнтів і визначити необхідність подальшої діагностики та лікування.

3. Стандартизований опитувальник оцінки вираженості реактивної та особистісної тривожності – за опитувальником Спілбергера — Ханіна який є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для вимірювання тривожності у психологічних дослідженнях та клінічній практиці. Цей опитувальник був розроблений в 1960-х роках американськими психологами Чарльзом Спілбергером та Річардом Ханіном.

Опитувальник Спілбергера — Ханіна розділяє тривожність на дві основні складові:

1. Стан тривожності : ця складова відображає тимчасовий, моментальний стан тривожності, який може виникнути в реакцію на конкретні події, ситуації чи стимули. Оцінюється шляхом запитань про сучасні відчуття тривожності, напруженості та занепокоєння.
2. Тривожність як особистісна риса: ця складова відображає загальний рівень тривожності, який є стійким та стало присутнім у поведінці та емоціях особи в різних ситуаціях. Вона оцінюється запитаннями про загальний рівень тривожності як характерологічна особливість.

Опитувальник складається з двох окремих форм: для вимірювання стану та для вимірювання тривожності як особистісної риси. Кожна форма містить по 20 питань, оцінюваних за 4-бальною шкалою від "зовсім не" до "дуже сильно". Після заповнення опитувальника пацієнтам або дослідникам надаються показники для обох складових тривожності.

Опитувальник Спілбергера — Ханіна широко використовується у клінічній практиці для оцінки рівня тривожності у пацієнтів з різними психічними розладами, а також у наукових дослідженнях для вивчення зв'язку між тривожністю та різними факторами. Його надійність та валідність були підтверджені у багатьох дослідженнях, що підтримують його використання як важливого інструменту для оцінки тривожності.

А також було створено анкету, що дозволила зібрати необхідні дані для проведення кореляційного аналізу між шкалами «вік», «стать», «соціальний статус», «участь у бойових діях», «тривалість участі в бойових діях», та «застосування антидепресантів». Детально приклад анкети представлено у Додатку Д.

Кореляційний аналіз проводився за допомогою r -критерію Пірсона. Було досліджено кореляцію між наступними показниками :

1. Між показником «вік» та «поширеність застосування антидепресантів»;
2. Між показником «стать» та «поширеність застосування антидепресантів»;
3. Між показником «участь в бойових діях» та «поширеність застосування антидепресантів»;

Було проведено порівняльний аналіз між показниками рівня тривожності у групі цивільних осіб та групі дійсних військовослужбовців. У дослідженні взяло участь 22 осіб, серед яких 12 осіб цивільного населення та 10 осіб діючих військовослужбовців, серед яких 9 осіб жіночої статі та 13 осіб чоловічої статі.

2.2. Організація дослідження

Базою для дослідження було обрано мережу аптек КП «Фармація» м.Києва. Дослідження проводилось у 3 етапи, загальна кількість досліджуваних становила 70 осіб.

На першому етапі було зібрано і проведено аналіз тематичної літератури, досліджено основні групи антидепресантів, їхні клінічні характеристики, проаналізовано літературу на тему «психічної бойової травми» та її проявів і видів, а також досліджено вплив та покази до застосування антидепресантів для осіб, що постраждали в умовах бойових дій. На даному етапі розроблено і підготовлено соціологічне анкетування, обрано методи та методики дослідження. Підготовлено перший і другий розділи магістерської роботи.

На другому етапі було проведено соціологічне опитування з метою виявлення особливостей поширення застосування антидепресантів в умовах сучасної війни. Після проведеного опитування за сформованою авторською анкетою, було відібрано експериментальну групу для емпіричного дослідження рівня поширеності ПТСР та тривожних розладів серед осіб, що звернулись до аптечної мережі з запитом на придбання антидепресантів. У результаті сформовано 2 групи, розділених на контрольну групу (цивільне населення) і експериментальну групу (діючі військовослужбовці). На даному етапі за допомогою обраних методик дослідження – стандартизовані опитувальники – первинний скринінг ПТСР, Шкала PCL – 5(PTSD Checklist for DSM-5) та опитувальник вираженості реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна, було проведено і зібрано результати, що в подальшому опрацьовані зі створенням ілюстративного матеріалу у вигляді таблиць та діаграм.

На третьому етапі дослідження була виконана статистична обробка отриманих

даних за допомогою методу математичної статистики - кореляційного аналізу. Для проведення кореляційного аналізу було обрано r -критерій Пірсона визначено кореляцію між показниками «вік», «стать», «участь у бойових діях», «психічним статусом» та показником «поширеність застосування антидепресантів». Надалі проведено заключне оформлення магістерської роботи і підготовка до попереднього захисту.

ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ

Для досягнення мети роботи і виконання поставлених завдань було обрано наступні методи дослідження :

- 1) теоретичний аналіз наукових і методичних джерел
- 2) соціологічний метод, а саме – анкетування з використанням стандартизованих методик : первинний скринінг ПТСР, Шкала PCL – 5 (PTSD Checklist for DSM-5) та опитувальник Спілбергера — Ханіна для оцінки рівня тривожності; а також створеної авторської анкети;
- 4) математичний метод дослідження за допомогою кореляційного аналізу з використанням r -критерію Пірсона .

Дослідження було проведено в 3 етапи , з яких перший етап - теоретичний аналіз науково-методичної літератури, другий етап – проведення емпіричного дослідження за допомогою соціологічного анкетування з використанням авторської анкети та експериментального дослідження рівня поширеності ПТСР та тривожних розладів, у тому числі реактивних тривожних станів, а також рівня особистісної тривожності серед обраної вибірки , та третій етап – проведення кореляційного аналізу між показниками та заключне оформлення роботи. У експериментальному етапі дослідження кількість учасників становила 22 особи , вікової категорії від 29 до 50 років , серед яких 9 осіб

жіночої статі та 13 осіб чоловічої, на даному етапі було створено 2 групи – контрольна (цивільне населення) і експериментальна (діючі військовослужбовці) – проводився серед клієнтів аптечної мережі КП «Фармація» м.Києва. В експериментальному етапі взяли участь досліджувані, що мали запит на придбання заспокійливих препаратів в аптечній мережі, у тому числі антидепресивних лікарських засобів.

РОЗДІЛ 3.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ СЕРЕД СЕЛЕКТИВНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1. Дослідження поширеності застосування антидепресантів серед осіб ,що постраждали в результаті бойових дій в сучасних умовах

В ході першого етапу дослідження було проаналізовано, що серед опитаних 70 респондентів 32 особи (45,7%) мали призначення лікаря-спеціаліста щодо прийому антидепресантів, тоді як інші 38 осіб (54,3%) не мали даного призначення та звернулись в аптечну мережу з метою самостійного прийому лікарських засобів. В подальшому сукупна вибірка була розділена на дві групи – досліджувані , що звернулись з запитом на придбання лікарського засобу самостійно та досліджувані, що звернулись з метою купівлі призначеного лікарем-спеціалістом препарату.

Було проведено опитування з метою встановити причини запиту на заспокійливі препарати серед населення, основні критерії вибору препаратів, а також конкретні приклади препаратів, які дана категорія осіб планувала придбати. Дана частина опитування проводилась серед 38 осіб, що звернулись самостійно з метою придбання ліків . Серед опитаних 38 осіб за віковою категорією було виділено 3 групи :

1. Перша група – особи віком від 21 до 30 років (5 осіб);
2. Друга група – особи віком від 31 до 45 років (15 осіб);
3. Третя група – особи віком від 46 до 56 років (18 осіб).

За статевою характеристикою досліджувані складали 22 осіб жіночої статі та 16 осіб чоловічої статі.

Було встановлено, що найбільш поширеними причинами купівлі заспокійливих засобів, у тому числі антидепресантів серед даної категорії осіб стали : постійна тривожність (68%), страх (55%), безсоння (72%), панічні приступи (23%), а також неможливість зосередитись на повсякденній діяльності (35%) (малюнок 3.1)

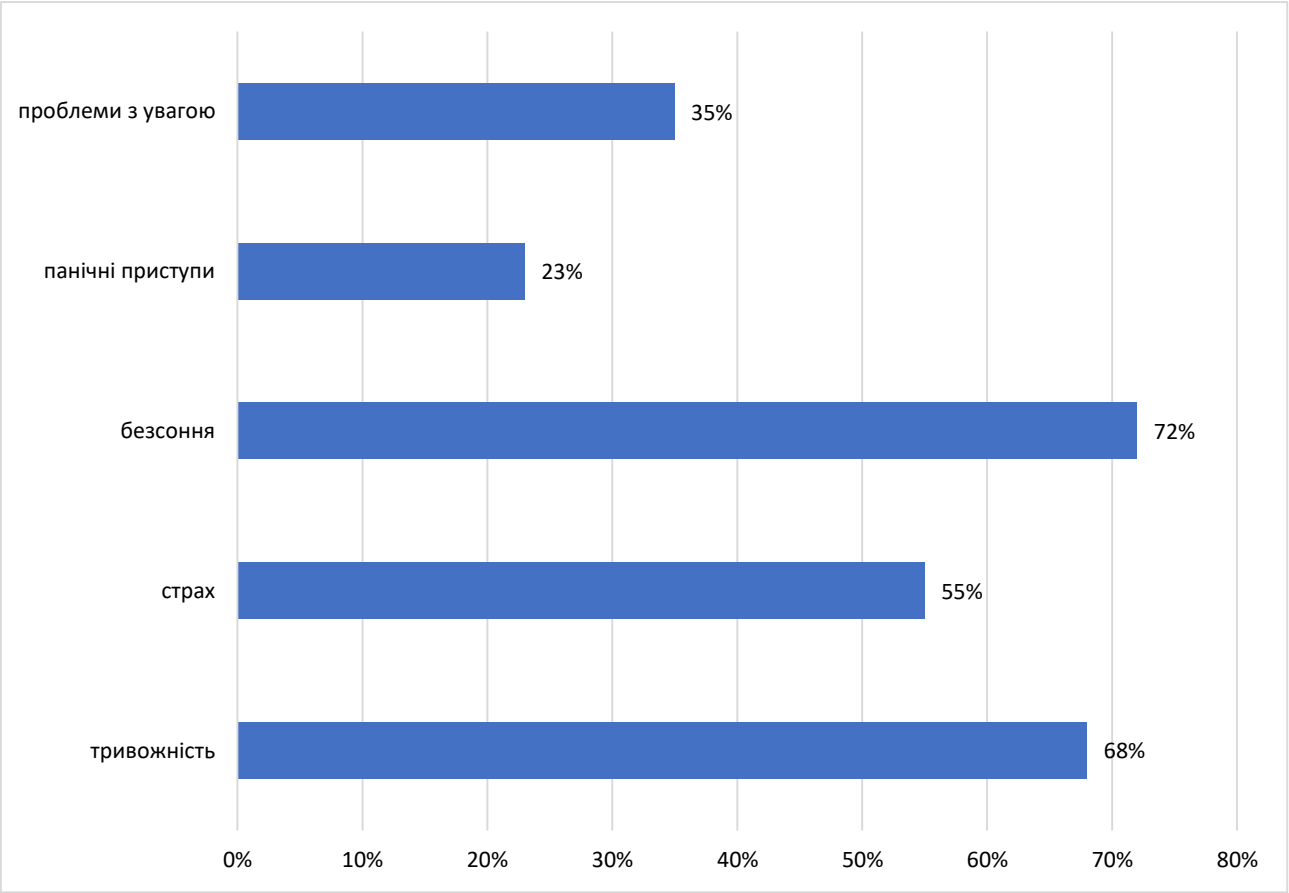


Рис 3.1 Найпоширеніші причини запиту заспокійливих препаратів серед досліджуваної категорії осіб (n=38)

Серед вказаних в опитуванні препаратів респонденти обрали наступні, наочно представлені у таблиці 3.1:

Таблиця 3.1

Поширеність запиту на різні групи антидепресантів серед досліджуваної групи (кого?) (n = 38 осіб)

препарат	Кількість респондентів (у%)
----------	------------------------------

Амітриптилін	2 (5,26%)
Флуоксетин	0
Дулоксетин	0
Сертралін	0
Циталопрам або Есциталопрам	3 (7,89%)
Буспірон	0
Темгіколурил	1 (2,63%)
Фабомотизол	0
Пірацетам	4 (10,52%)
Гліцин	11 (28,94%)
Вінпоцетин	9 (23,68%)
Гінкго Білоба	0

Зважаючи на отримані дані, можна зробити висновок про наявність значного запиту на ноотропні та рослинні заспокійливі засоби – пірацетам, вінпоцетин, гінкгобілоба – 24 особи (63,14%), які мають низький рівень доказовості серед лікарських засобів. При цьому запит на лікарські засоби з високою доказовістю – амітриптилін, есциталопрам, темгіколурил – складав 36,86% (усього 14 осіб), з яких перевагу було надано препарату групи бензодіазепінових антагоністів – гідазепаму (21,05% опитаних). Важливо відмітити, що серед осіб, що надали перевагу вибору ноотропних та рослинних заспокійливих вікова категорія була переважно 2 та 3 – особи віком від 31 до 45 років (33%, 8 осіб), особи віком від 46 до 56 років (54%, 13 осіб), серед 1 групи віком від 21 до 30 років (13%, 3 особи), з чого можна зробити висновок про переважання запиту на ноотропні та рослинні заспокійливі засоби серед старшої категорії населення.

Дані щодо переважання запиту на різні групи препаратів зібрано та наочно представлено у вигляді відсоткового співвідношення на малюнку 3.2.



Рис. 3.2 Відсоткове співвідношення заспокійливих препаратів за запитом респондентів серед досліджуваної групи (n=38), що вибирала препарат самостійно

Надалі серед зазначеної групи було проаналізовано причини вибору препарату та вагомі фактори, що можуть впливати на їхній вибір. Серед обраних причин було зазначено : виробник та країна виробника, ціна, доступність препарату,

рекомендація знайомого (обрати можна було декілька варіантів). Отримані дані представлені на таблиці 3.2:

Таблиця 3.2

**Причини та фактори вибору заспокійливого препарату серед обраної
вибірки
(n=38 осіб)**

Фактор вибору	Кількість респондентів (у %)
Рекомендація знайомого	35 осіб (92,1%)
Виробник та країна виробника	20 осіб (52,63%)
ціна	25 осіб (65,78%)
Доступність препарату (наявність в аптечній мережі)	15 осіб (39,47%)

Отримані дані що свідчать про вагомий вплив рекомендації знайомих(друзів, родичів, сусідів) на вибір препарату (92,1% опитаних), на другому місці ціна (65,78% опитаних), на третьому виробник та країна виробника (52,63%), а також доступність або наявність препарату в аптечній мережі (39,47% опитаних).

Також одним з запитань для даної групи осіб було опитання психотерапії, а саме «чи розглядаєте ви відвідування психотерапевта як частину терапії розладів психіки ?». В результаті отримано дані, що свідчать про низький рівень зацікавленості опитаних у проходженні психокорекційних сеансів – лише 28% опитаних розглядають для себе цей варіант, 46,9% не впевнені в доцільності цього методу та 25,1 % категорично проти. Серед причин відмови найбільш поширеними були наступні (малюнок 3.3):

1. Занадто висока вартість лікування (65,7%);
2. Невпевненість в кваліфікованій допомозі (53,13%);
3. Нерозуміння доцільності психотерапії (31,13%);
4. Недостача інформації про можливості психотерапії та пошуку відповідного спеціаліста (50%);
5. Інші причини – недовіра, особистісні переконання (21,87%).

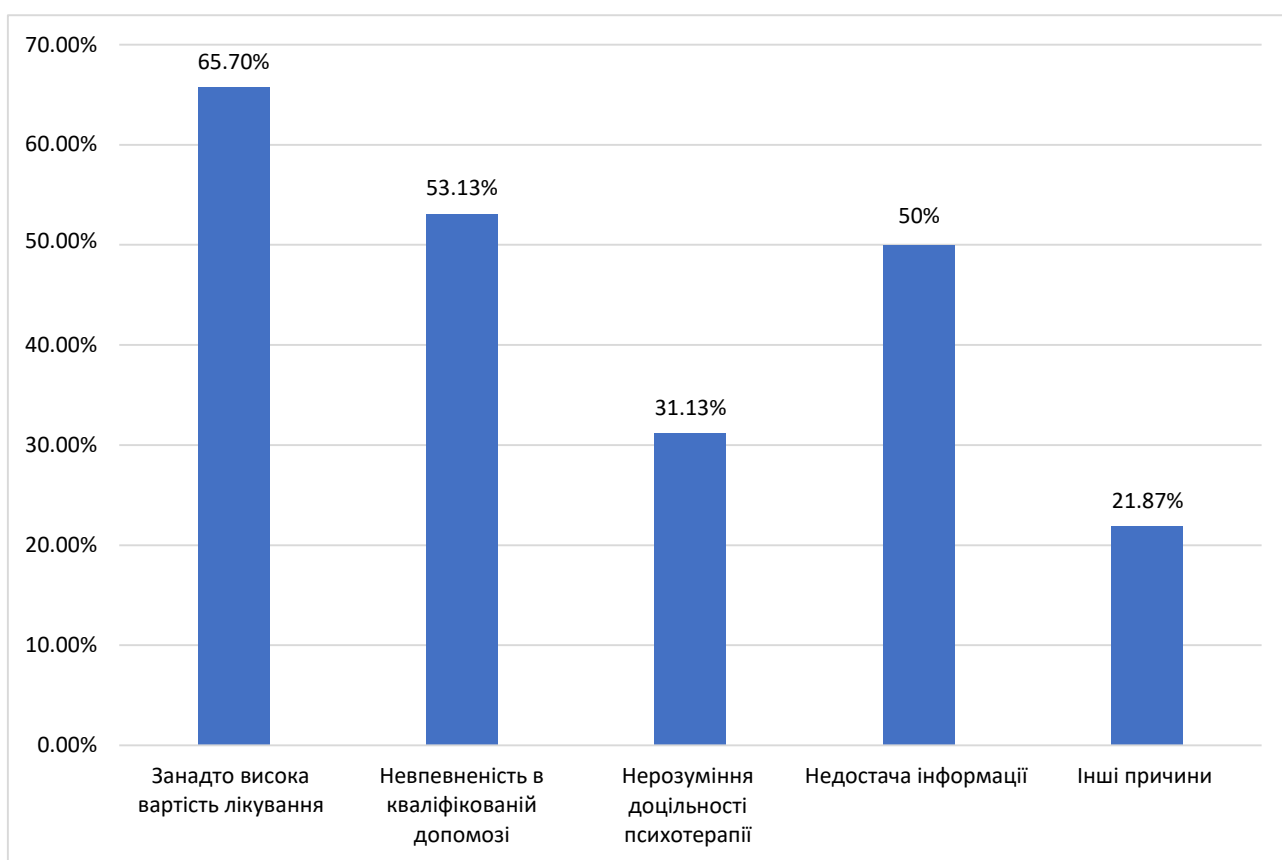


Рис. 3.3 Відсоткове співвідношення причин відмови від проведення психокорекційних заходів серед досліджуваної вибірки осіб

Отримані дані свідчать про нерозуміння населенням важливості проведення психокорекції різних патологічних психічних станів, що породжує проблему психоосвіти та необхідності поширення правдивої доступної інформації про психотерапію.

Наступним етапом було дослідження поширення застосування різних груп антидепресантів серед осіб, що отримали відповідну рекомендацію від лікаря-спеціаліста. На цьому етапі було досліджено поширеність застосування лікарських засобів відповідно групової класифікації, детально по конкретним видам препаратів та лікарським спеціальностям, що призначили дану категорію препаратів.

Отже, серед осіб, що приймають антидепресанти за призначенням лікаря – спеціаліста виявлено наступне розподілення призначених груп препаратів представлене на малюнку 3.4.

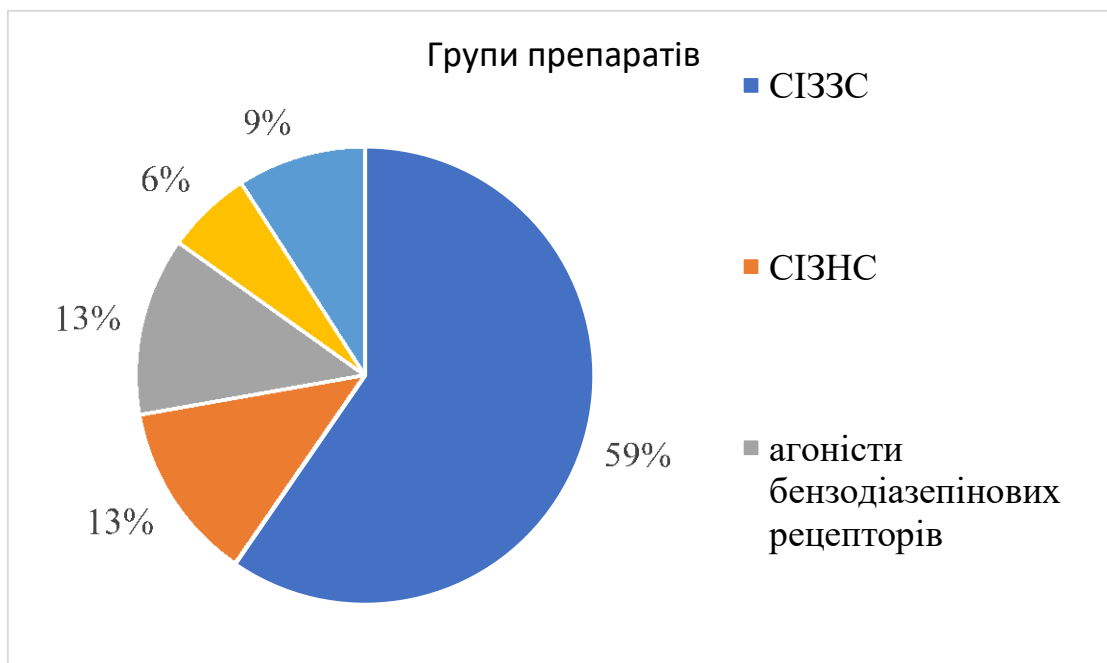


Рис 3.4 Відсоткове співвідношення призначених груп антидепресантів, серед осіб, що приймають ліки за рекомендацією спеціаліста

Зазначимо, що у відсотковому співвідношенні призначень серед даної категорії осіб (вибірка з 32 респондентів), найбільш поширеним є застосування СИЗЗС групи препаратів (59%), до якої входять такі препарати: флуоксетин, сертралін, есциталопрам та пароксетин, на другому місці стоять СИЗНС (13%) - дулоксетин - та агоністи бензодіазепінових рецепторів – гідазепам, на третьому – комбінація основного препарату (переважно СИЗЗС) та

ноотропних засобів (9%) , на четвертому – агоністи небензодіазепінових рецепторів (6%) - буспірон,гідроксизон.

Відповідно можна зробити висновок, що серед респондентів, що мають призначення антидепресантів відповідно рекомендаціям лікаря -спеціаліста у відсотковому співвідношенні переважають лікарські засоби – СІЗЗС та СІЗНС – що мають високий ступінь доказовості та призначаються відповідно протоколу лікування бойової психічної травми як препарати першої лінії(загалом 72% призначень). Також варто відмітити відносно невелику кількість респондентів, що приймають ноотропні засоби, при цьому комбінуючи їх з основним препаратом (частіше групи СІЗЗС) – 9% респондентів.

Одним із пунктів опитування для осіб, що приймають антидепресанти за призначенням, було обрати виписані препарати. Результати анкетування по кожному з перерахованих у анкеті препаратів проаналізовано та наочно представлено у таблиці 3.3 :

Таблиця 3.3

Поширеність прийому різних груп заспокійливих серед досліджуваних

(n = 32 осіб)

препарат	Кількість респондентів (у %)
Амітриптилін	0
Флуоксетин	10 (31,25%)
Дулоксетин	4 (13%)
Сертралін	2 (6,25%)
Циталопрам або Есциталопрам	9 (28,12%)
Буспірон	0
Темгіколурил	0
Фабомотизол	0
Пірацетам	0

Гліцин	2 (6,25%)
Вінпоцетин	0
Гінкго Білоба	1 (3,13%)

Також у цієї категорії досліджуваних було проведено опитування з метою визначення лікарських спеціальностей, що виписують препарати групи заспокійливих. Отримані дані представлено у вигляді діаграми на малюнку 3.5.

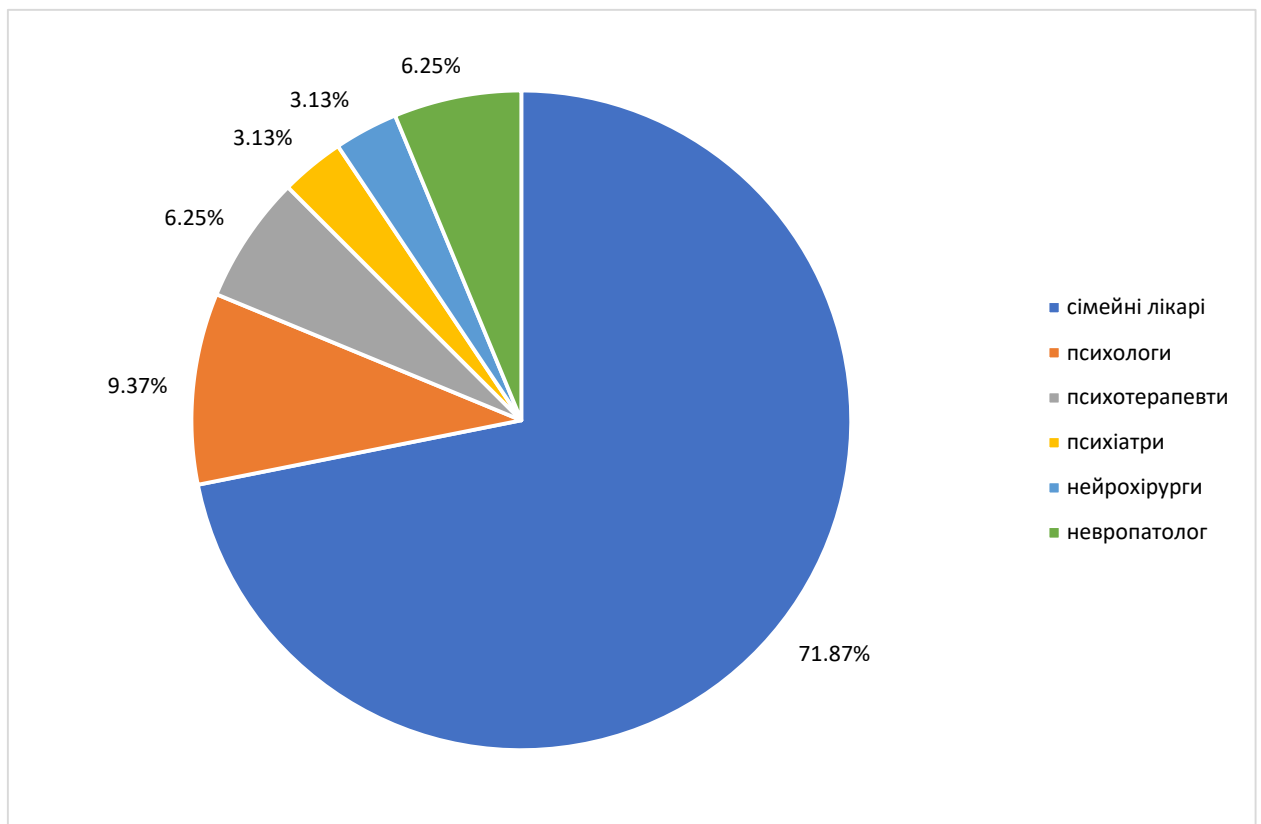


Рис. 3.5 Відсоткове співвідношення лікарських призначень заспокійливих препаратів серед лікарів різних спеціальностей

Отримуємо дані, що свідчать про значний відсоток лікарських призначень групи заспокійливих серед сімейних лікарів, тоді як серед інших лікарських спеціальностей – психологи, психотерапевти, психіатри, нейрохірурги цей відсоток сумарно не перевищує 30%. Зазначене свідчить про вагомую роль

лікарів загальної практики у призначенні заспокійливих препаратів, у тому числі антидепресантів.

Підсумовуючи, можна зробити висновок про широке застосування та достатньо високий попит на різні груп антидепресантів серед населення, що в тому числі може бути зумовлено особливостями розладів психіки в умовах військового стану.

3.2. Дослідження поширеності бойової психічної травми серед селективних груп населення, що постраждали в результаті бойових дій

На даному етапі було створено вибірку з 22 осіб, які в результаті опитування за авторською методикою дали згоду на дослідження поширеності бойової психічної травми серед селективних груп населення. Створена вибірка була розділена на 2 групи – контрольну (цивільне населення) та експериментальну (діючі військовослужбовці).

Першочерговим етапом було проведено первинний скринінг посттравматичного стресового розладу. В результаті проведеного опитування виявлено значні показники схильності опитуваних до ПТСР, як серед контрольної, так і серед експериментальної груп.

Після проведеного первинного скринінгу респонденти пройшли більш деталізоване анкетування за шкалою PCL – 5 (PTSD Checklist for DSM-5) та CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5). Діагностика загального показника вираженості ПТСР та балів відбувається за трьома критеріями: В (втрощення), С (уникнення) і D (збудження). Опитування було проведено окремо в контрольній та експериментальній групах. В ході дослідження отримано результати контрольної групи представлені наочно у таблиці

Таблиця 3.4

Результати опитування за сумарним показником методики PCL – 5**(n=12)**

Сума балів	Відсоток респондентів
До 30	25%
30-35	16,7%
36-44	33,3%
45-50	25%

Отже, серед досліджуваної вибірки цивільного населення спостерігається наближене до рівномірного розподіл по рівням проявів вираженості симптомів ПТСР, але достатньо високим є сумарний показник помірного і високого ступеню вираженості симптомів (58,3%). Відсутність симптомів ПТСР реєструвалась у 25% респондентів.

Було проаналізовано отримані дані рівня ПТСР за статевою та віковою характеристикою і наведено результати представлені у таблиці 3.5 :

Таблиця 3.5

Вікова та статевая характеристика проявів ПТСР серед контрольної**групи****(n=12)**

Сума балів/стать	жінки			чоловіки		
	Вік від 29 до 39	40-45 років	46-50 років	Вік від 29 до 39	40-45 років	46-50 років
До 30	0 %	0%	66,7%	100%	0%	%

30-35	33,3%	0%	0%	0%	0%	%
36-44	33,3%	0%	33,3%	0%	100%	0%
>45	33,3%	0%	0%	0%	0%	100%

На основі отриманих даних попередньо можна зробити висновок про переважання високого ступеню вираженості симптомів ПТСР у жіночої статі серед осіб молодшого віку (33,3%), у той час як серед осіб старшого віку цей показник дорівнював 0%. У чоловіків реєструвалась зворотна статистика – з переважанням високого ступеню проявів у старшого покоління, порівняно з молодшим.

Надалі було проведено опитування серед досліджуваних військовослужбовців за адаптованою військовою версією опитувальника - PCL-M. Отримано дані представлені у таблиці 3.6 :

Таблиця 3.6

Результати опитування за сумарним показником методики PCL – М
(n=10)

Сума балів	Відсоток респондентів
До 30	10%
30-35	20%
36-44	40%
>45	30%

Отже, можемо зробити висновок що у 7 військовослужбовців з 10 опитаних наявні прояви ПТСР помірного та високого ступеню вираженості.

Зважаючи на те, що серед досліджуваних військовослужбовців були виключно

особи чоловічої статі, було проаналізовано прояви ПТСР лише враховуючи вікову характеристику, результати якої представлені у таблиці 3.7:

Таблиця 3.7

Вікова характеристика проявів ПСТР серед експериментальної групи

(n=10)

Сума балів	Вік від 29 до 39	40-45 років	45-50 років
До 30	0%	0%	33,3%
30-35	25%	0%	33,3%
36-44	25%	66,6%	33,3%
>45	50%	33,3%	0%

Відповідно отриманим даним робимо висновок про переважання високої вираженості симптомів серед військовослужбовців молодшого віку (50%) порівняно з 0% серед осіб старшого віку. При цьому відмічається розподілення показників зі зменшенням відсотку осіб старшого віку з помірними або

вираженими проявами ПТСР, щоможливо пов'язано з більшою психологічною стійкістю у цьому віці та розуміння ситуації і адаптації до неї.

Наступним етапом дослідження було проведення опитування за стандартизованим опитувальником вираженості реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна. Респонденти відповідали на 2 блоки запитань — щодо реактивної тривожності та особистісної тривожності. Рівень реактивної тривожності характеризує емоційний стан в моменті проходження тестування, в той час як рівень особистісної тривожності характеризує емоційну стабільність опитуваного в цілому. На першому етапі цього дослідження було оцінено рівень реактивної тривожності серед осіб контрольної та досліджуваної груп і отримано наступні дані представлені на таблиці 3.8:

Таблиця 3.8

Характеристика рівня реактивної тривожності серед досліджуваних груп

(n=22)

Показник	Контрольна група (n=12)	Експериментальна група (n=10)
Низький рівень (0-30 балів)	0%	10%
Помірний рівень (31-45 балів)	8,3%	30%
Високий рівень (>45 балів)	91,7%	60%

Отримуємо дані , що свідчать про надзвичайно високий рівень тривожності (більше 90%) серед досліджуваних контрольної групи та 60% серед експериментальної групи, при цьому в контрольній групі відсутні респонденти з низьким рівнем тривожності , тоді як в експериментальній цьому показнику відповідає 10%. Зазначені результати сигналізують про надзвичайно високу реактивність нервових процесів та порушення емоційного реагування.

Також за стандартизованою методикою Спілберга-Ханіна було проведено анкетування на добровільній основі для оцінювання рівня особистісної тривожності серед контрольної та експериментальної груп. Наведені результати у таблиці 3.9:

Таблиця 3.9

**Характеристика рівня особистісної тривожності серед досліджуваних груп
(n=22)**

Показник	Контрольна група (n=12)	Експериментальна група (n=10)
Низький рівень (0-30 балів)	0%	0%
Помірний рівень (31-45 балів)	25%	70%
Високий рівень (>45 балів)	75%	30%

Отже, на основі аналізу отриманих даних можемо зробити висновок про наявність значного поширення тривожних станів серед досліджуваних осіб, відсутність результатів в категорії «низького рівня тривожності» що серед

контрольної групи, що серед експериментальної, що свідчить про емоційну нестабільність в тому числі обумовленою умовами сучасної російсько-української війни.

3.3. Аналіз та систематизація результатів

На даному етапі було проведено кореляційний аналіз з метою визначення залежності між показниками «вік», «стать», «участь в бойових діях» та поширеність застосування антидепресантів». Дослідження проводилось у сукупній вибірці з 70 осіб, що проходили опитування за авторською анкетой. Досліджувалось як призначення антидепресантів лікарями -спеціалістами, так і самостійне звернення з метою купівлі лікарського засобу.

До групи досліджуваних препаратів увійшли наступні : флуоксетин, дулоксетин, есциталопрам. Вибір даних препаратів для проведення розрахунків обумовлений частотою запиту серед досліджуваних, а також особливістю фармакологічних груп даних препаратів – СІЗЗС, СІЗНС, які є препаратами вибору в протоколі лікування бойової психічної травми.

Отримано наступні дані:

1. Між показником «вік» та «застосування флуоксетину» - 0,1667 (негативний слабкий зв'язок)
2. Між показником «вік» та «застосування дулоксетину» -0,2155 (негативний слабкий зв'язок)
3. Між показником «вік» та «застосування есциталопраму» + 0,0944 (позитивний слабкий зв'язок)

4. Між показником «стать» та «застосування флуоксетину» -0,1292 (негативний слабкий зв'язок)
5. Між показником «стать» та «застосування дулоксетину» -0,0283 (негативний слабкий зв'язок)
6. Між показником «стать» та «застосування есциталопраму» +0,1766 (позитивний слабкий зв'язок)
7. Між показником «участь в бойових діях» та «застосування флуоксетину» -0,2132 (негативний слабкий зв'язок) (позитивний слабкий зв'язок)
8. Між показником «участь в бойових діях» та «застосування дулоксетину» + 0,0214 (позитивний слабкий зв'язок)
9. Між показником «участь в бойових діях» та «застосування есциталопраму» -0,0528 (негативний слабкий зв'язок)

Отже, отримані значення є меншими за статистично значущі при $p < 0.05$, що говорить про відсутність статистично значущих зв'язків між показниками.

ВИСНОВКИ ДО ІІІ РОЗДІЛУ

На першому етапі дослідження було проведено соціологічне анкетування за створеною авторською анкетой з метою дослідження поширеності запиту на заспокійливі препарати, у тому числі антидепресанти серед відвідувачів мережі аптек «Фармація» м.Київ № 124. Анкетування враховувало наступні характеристики : вік, стать, участь в бойових діях, встановлення причини запиту на купівлю антидепресантів, а також чи за призначенням лікаря-спеціаліста чи самостійно особа звертається до аптеки; створено перелік препаратів на вибір , які потрібно було обрати відповідно запиту або призначення лікаря, за умови його наявності. Досліджувана вибірка складала 70 осіб, які були розділені відповідно наявності цільового призначення препаратів, або відсутності цього призначення.

В результаті аналізу отриманих даних було виявлено, що у групі осіб (n=38), які

звернулись до аптечної мережі переважала кількість запиту на ноотропні та рослинні заспокійливі засоби (63,14% респондентів), тоді як серед досліджуваних осіб з групи призначених лікарем препаратів (n=32) 0% мали запит на виключно рослинний або ноотропний препарат, але запит на комбінацію препаратів склав 9%. Також в ході дослідження було проаналізовано статистику запитів на конкретні групи та лікарські препарати серед обох груп та отримано наступні дані :

1. Запит на препарати групи СІЗЗС у групі , що мали призначення становив 59% порівняно з групою, що обирали препарат самостійно – 8%;
2. Запит на препарати групи СІЗНС у групі , що мали призначення становив 13% порівняно з групою, що обирали препарат самостійно – 0%;
3. Запит на препарати групи бензодіазепінових антагоністів у групі , що мали призначення становив 13% порівняно з групою, що обирали препарат самостійно – 21%;
4. Запит на препарати групи небензодіазепінових антагоністів у у групі , що мали призначення становив 6% порівняно з групою, що обирали препарат самостійно – 0%;
5. Запит на препарати групи ноотропних та рослинних засобів групі , що мали призначення становив 9% порівняно з групою, що обирали препарат самостійно – 63,14%.

Отримані дані, з однієї сторони свідчать про поширену серед населення думку про ефективність ноотропних засобів, таких як пірацетам, вінпоцетин, а також рослинних засобів – гінкго білоба , а з іншої сторони – про недостатність психоосвіти і необхідності звернення за психологічною допомогою.

Наступним кроком було емпіричне дослідження рівня поширеності симптомів ПТСР та тривожних розладів серед групи осіб, які звернулись в

аптечну мережу з запитом на самостійне придбання заспокійливих лікарських засобів. За попереднім опитуванням згоди прийняти участь в дослідженні, було сформовано 2 групи по 11 осіб, серед яких контрольна група (цивільне населення) та експериментальна група (діючі військовослужбовці). В ході дослідження отримано дані, що свідчать про надзвичайно високий рівень симптомів ПТСР серед цивільного населення, та помірно-високий серед досліджуваних військовослужбовців, надзвичайно високі показники реактивної та особистісної тривожності, що свідчить про емоційну нестабільність обстежуваних.

Останнім кроком було проведено кореляційний аналіз з використанням r -критерію Пірсона. Було оцінено наявність статистично значимих зв'язків між показниками «вік», «стать», «участь в бойових діях» та поширеністю запиту на окремі препарати, такі як «флуоксетин», «дулоксетин», «есциталопрам». Отримано дані, що свідчать про відсутність статистично значимого зв'язку між даними показниками, що може бути зумовлено невеликою кількістю вибірки.

ВИСНОВКИ

У ході даного дослідження було проаналізовано науково-методичну літературу на тему застосування антидепресантів у клініці бойової психічної травми. Відповідно, розглянути поняття «бойової психічної травми» як зриву адаптаційних можливостей, досліджено види та прояви БПТ, у тому числі пост-травматичний стресовий розлад, тривожні розлади, депресію, дослідженням яких займалися такі науковці як Блінов О.А., Вінтоняк, В., Кокун О.М., Колесніченко О.С., Маркова М.В. та ін. науковці як Сошенко Т., А. Габінська, Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Строгуш О.М. Характерно, що зазначені прояви бойової психічної травми проявляються серед населення як цивільного, так і військовослужбовців і ветеранів. Враховуючи численні дослідження – науковців можна зробити висновок, що у підготовлених військовослужбовців частота проявів і інтенсивність БПТ є меншою, ніж серед військових, що не мали військової освіти та у цивільного населення. Також на даному етапі було проаналізовано сучасні протоколи лікування БПТ – уніфікований протокол лікування (наказ МОЗ від 23.02.2016 № 121), в результаті отримано дані, що свідчать про необхідність першочергової психокорекції даних психічних розладів, яка може бути поєднаною з фармакотерапією. У свою чергу, препаратами першої лінії фармакотерапії розладів психіки при бойовій травмі є: антидепресанти груп СІЗЗС та СІЗНС, також транквілізатори. Додатково можуть бути призначені бета-блокатори.

Наступним етапом було визначено методологію і організовано послідовність проведення дослідження. Визначено основні терміни написання кваліфікаційної роботи. Створено анкету для соціологічного опитування цільової аудиторії щодо поширеності запиту на придбання різних груп заспокійливих препаратів, у тому числі антидепресантів. У ході анкетування було визначено наступні дані:

1. Серед респондентів у відсотковому співвідношенні переважала кількість людей, що мали запит на купівлю заспокійливих засобів без призначення (54,3%), у той час як відсоток людей, що мали призначення був 45,7%, що свідчить про достатньо високий рівень поширеності безрецептурного запиту на антидепресивні препарати;
2. Найбільш частими причинами запиту на купівлю заспокійливих серед осіб, що вибирали препарат самостійно стали : постійна тривожність (68%), страх (55%), безсоння (72%), панічні приступи (23%), а також неможливість зосередитись на повсякденній діяльності (35%);
3. В групі досліджуваних, що вибирали препарат самостійно вибір переважно був серед ноотропних та заспокійливих засобів (63,14%), у той час як серед вибірки з осіб, що мали призначення лікаря переважав запит на СІЗЗС(59%);
4. У ході аналізу призначень антидепресивних, було виявлено що такі лікарські спеціальності були найбільш часто вказані : сімейні лікарі та психологи, а також невропатолог і психотерапевти.

В ході аналізу отриманих даних було виявлено, що у групі осіб (n=38), які звернулись до аптечної мережі переважала кількість запиту на ноотропні та рослинні заспокійливі засоби (63,14% респондентів), тоді як серед досліджуваних осіб з групи призначених лікарем препаратів (n=32) 0% мали запит на виключно рослинний або ноотропний препарат, але запит на комбінацію препаратів склав 9%. Це свідчить про значний попит на рослинні лікарські засоби серед осіб, що звертаються за купівлею заспокійливих в аптечну мережу самостійно. Також в ході дослідження було проаналізовано статистику запитів на конкретні групи та лікарські препарати серед обох груп та зроблено наступні висновки :

1. Серед осіб, що обирали препарат самостійно у відсотковому співвідношенні переважав запит на ноотропні та рослинні лікарські

засоби, серед антидепресивних препаратів – агоністи бензодіазепінових рецепторів та незначний відсоток СІЗЗС;

2. Серед осіб, що мали запит на купівлю заспокійливих за лікарським призначенням у відсотковому співвідношенні переважав запит на препарати групи СІЗЗС, СІЗНС та комбінація цих груп з рослинними препаратами.

Отримані дані, з одного боку свідчать про поширеність серед населення думку

про ефективність ноотропних засобів, таких як пірацетам, вінпоцетин, а також рослинних засобів – гінкго білоба , а з іншого боку – про недостатність психоосвіти і необхідності звернення за психологічною допомогою.

В ході емпіричного дослідження рівня поширеності ПТСР серед обраної вибірки було зроблено наступні висновки :

1. У ході первинного скринінгу симптомів ПТСР виявлено значний ризик ПТСР серед осіб обох груп;
2. За методикою PCL-5 було виявлено у відсотковому співвідношенні переважання помірного та високого ступеню проявів ПТСР у групі цивільного населення, при цьому переважання високого ступеню проявів зафіксовано серед жінок молодшого віку і чоловіків старшого віку. Серед військовослужбовців вираженість проявів ПТСР у молодих переважала над вираженістю у осіб старшого віку, що може бути пов'язане з кращою адаптацією осіб старшого віку, а також наявністю досвіду участі в бойових діях;
3. За методикою оцінки рівня тривожності Спілберга -Ханіна було встановлено переважання високого рівня тривожності серед досліджуваної вибірки цивільного населення, при цьому серед досліджуваних обох груп низький рівень тривожності у контрольній групі був відсутній, тоді як в експериментальній дорівнював 10%.

Останнім кроком було проведено кореляційний аналіз звикористанням r -критерію Пірсона . Було оцінено наявність статистично значимих зв'язків між показниками «вік», «стать», «участь в бойових діях» та поширеністю запиту на окремі препарати , такі як «флуоксетин», «дулоксетин», «есциталопрам».

Отримані дані, що свідчать про відсутність статистично значимого зв'язку між даними показниками , що може бути зумовлено невеликою кількістю вибірки.

Одержані результати можуть бути направлені в різні реабілітаційні та соціальні установи для організації та планування надання фармакологічної допомоги постраждалим групам населення. Рациональне застосування фармакотерапії разом з психотерапією є підґрунтям для відновлення психічного здоров'я осіб, що постраждали в умовах бойових дій

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с
2. Алещенко В.І., Хміляр О.Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навч.посіб. – Х.: ХУПС, 2005. – 84 с.
3. Блінов О.А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К.: ВГІ НАОУ , 2003. – 36 с.
4. Блінов О.А. Прояви посттравматичних стресових розладів / Актуальні проблеми психології: зб. Наук. Пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013 .- Том VII. Екологічна психологія. – Вип. 32 – С.15-20
5. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія .-К.: Талком, 2016. – 246 с.
6. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В., Хаустова О.О. (2014) Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: Методичні рекомендації. Київ, 46с.
7. Бучок Ю.С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування // Український вісник психоневрології. 2014. Т 22. № 3 (80). С. 42-47.
8. Бучок Ю.С. Основні напрями профілактики посттравматичних стресових розладів у жертв екстремальних подій / Л. Ф. Шестопалова, Ю. С. Бучок // Медична психологія. – 2011. – № 4. – С. 7 – 9.

9. Бучок Ю.С. Розлади адаптації: діагностика, лікування, реабілітація. Методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов, Д. М. Болотов, В. А. Кожевнікова, Ю. С. Бучок. – 2009. – 31 с.
10. Бучок Ю.С. Чинники формування та клінічні варіанти віддалених проявів посттравматичних стресових розладів у осіб, які пережили надзвичайні події // Грааль науки. № 27., 2023 р. С. 501-505.
11. Вінтоняк, В., Рибчук, О., & Недвига, О. (2022). ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ. *Вісник Національного університету оборони України*, 68(4), 29–36.
12. Вплив війни на психічне здоров'я дітей. URL: <https://warchildhood.org/ua/impact-of-war-on-childrens-mental-health/>
13. В.С. Підкоритов, О.І. Серікова, О.В. Скринник, С.О. Український, Ю.С. Бучок, С. С. Кирилюк. Нейропластичність і когнітивні порушення у пацієнтів з біполярною депресією // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. Том 3, № 2 (6) 2016 р. - С. - 25-34.
14. Герберт Клавдія .Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Переклад з англ. Якимець Олександра, - Львів, Видавництво «Скриня», 2015. – 68 с.
15. Збірник матеріалів Міжнародної науково -практичної конференції «Психологія кризових станів: наука і практика» Київ. 2021. 80 с.
16. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
17. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Х.: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
18. Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.А. Бородавко, Ю. С. Бучок. Клініко-психологічні прояви постстресових розладів у цивільних осіб,

тимчасово переміщених із зони АТО // Медична психологія. № 4., 2016 р.
С. 3–6

- 19.Маркова М.В. (ред.) (2019) Постстрессова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків, Друкарня «Мадрид», 492с.
- 20.Методичні рекомендації - «Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах» - Харків 2014 р
- 21.Міноборони, Наказ "Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)" від 09.12.2015 N 702 Джерело : <https://ips.ligazakon.net/document/TM053757>
- 22.Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. — Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. — 324 с.
- 23.Нековаль І.В. Фармакологія: підручник / І.В. Нековаль, Т.В. Казанюк. — 4-е вид., виправл. — К.: ВСВ «Медицина», 2011.— 520 с.
- 24.Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т. / пер. з англ. Тетяна Охлопкова, Олександра Брацюк. — 2-ге вид. — К.: Наш Формат, 2022. — 2 том. — 548 с.
- 25.Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т. / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова, Ольга Тесленко. — 2-ге вид. — К. : Наш Формат, 2022.— 1 том. — 568 с.
- 26.Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом: Модуль посібника mhGAP з надання допомоги. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250136/9789241505932-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 27.Підкоритов В. С., Шестопалова Л. Ф., Бучок Ю. С. Особливості клініки, формування та комплексного лікування віддалених проявів посттравматичного стресового генезу //Соціально-стресові розлади

- (клініка, діагностика, профілактика): колективна монографія за ред. проф.
- П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. – Харків: Видавець Строков Д.В., 2016 – 335с. - С. 209–229.
28. “Посттравматичні стресові розлади”- науково-практичний посібник для лікарів – Харків, 2002 р.
29. Практичні рекомендації МОЗ – діагностика та надання допомоги при бойовій травмі. Профілактика ПТСР Джерело :<https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/diagnostika-i-nadannja-dopomogi-pri-bojovij-travmi-profilaktika-ptsr>
30. Протокол Посттравматичний стресовий розлад https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
31. Синишина В.М. – Вплив бойового досвіду на посттравматичний розлад у учасників антитерористичної операції URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1248/1205>
32. Сошенко Т., А. Габінська, Варшавський університет соціальних і гуманітарних наук Ефективність психотерапії та фармакотерапії ПТСР у військовослужбовців і ветеранів [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3\(96\)/NN18-3_32-36_3aa7671ff99e3ccdcda297a21e4821cb.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3(96)/NN18-3_32-36_3aa7671ff99e3ccdcda297a21e4821cb.pdf)
33. Строгуш О.М. Мультимодальне знеболювання бойової травми / О.М. Строгуш, П.І. Білінський // *Травма*. - 2015. - Т. 16, № 1. - С. 5-12. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Travma_2015_16_1_3.
34. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. – 178 с.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.

36. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003 Джерело: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf
37. Фармакологія: підручник для студ.мед.ф-тів / Чекман І.С., Горчакова Н.О., Казак Л.І. [та ін.]; за ред.проф.. І.С. Чекмана. – Вид.4-те. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 784 с.
38. Хміляр О. Ф., Зубовський Д. С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. Технології розвитку інтелекту. 2016. Т. 2. Вип. 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6.
39. Alexander W. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In Combat Veterans: Focus on Antidepressants and Atypical Antipsychotic Agents. P T. 2012 Jan;37(1):32-8.
40. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. British Journal of Psychiatry. 2016;208(3):252-259.
41. Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide. Charles R. Figley SAGE Publications, 2012, 904 p.
42. Freud, Sigmund. (1919d). Introduction to "Psycho-analysis and the war neuroses." *SE*, 17: 205-210.
43. Frodl T, Reinhold E, Koutsouleris N, et al. (2010) Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology* 35: 1383–1390.
44. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. NY: Paul B. Hoeber, 1941. 258 p

45. Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part I: Assessment, Part II: Treatment. *Directions in Psychiatry*, Vol. 21.
46. Petrakis, I., Ralevski, E., Desai, N. *et al.* Noradrenergic vs Serotonergic Antidepressant with or without Naltrexone for Veterans with PTSD and Comorbid Alcohol Dependence. *Neuropsychopharmacol* **37**, 996–1004 (2012).
47. Pharmacology/ [M. A. Clark, R. Finkel, J. A. Reyet al.]. – [5th ed.]. – Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2018. – 638 p.
48. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder American Psychiatric Association. — Arlington : American Psychiatric Association, 2004.
49. Rolf J. Kleber. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review *Front. Psychiatry*, 25 June 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
50. Shevel, A., Kubrak, O., Shestopalova, L., Buchok, I., Kukuza, G., & Buchok, S. (2023). A develop the Concept of Suicide in a Philosophical Context. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(4), 440-457. <https://doi.org/10.18662/brain/14.4/515>
51. Stephen M. Stahl., *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* 4th Edition tab. 7-1
52. Van der Kolk, B., Buczynski, R. Rethinking Trauma. How to Work with the Traumatized Brain. *NICABM Webinar Series*, 2014.

ДОДАТКИ

Додаток А

Класифікація різних груп антидепресантів

Критерій	Категорія	Підкатегорія	Приклади
1. За механізмом дії	1.1. Блокатори зворотного захоплення нейромедіаторів	Неселективні	Трициклічні антидепресанти (ТЦА): амітриптилін (саротен), іміпрамін (меліпрамін), кломіпрамін (анафраніл)
		Селективні	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): флувоксамін (феварин), флуоксетин (продеп, флуксен), пароксетин (паксил), сертралін (золофт), циталопрам (цитагексал) Селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН): мапротилін (людіоміл), докsepін
	1.2. Інгібітори моноаміноксидаз (МАО)	Неселективні	ніаламід (застосовується в експериментальній фармакології)
		Селективні	пірліндол (піразндол)
2. За хімічною структурою		Трициклічні антидепресанти (ТЦА)	
		Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): флувоксамін	амітриптилін (саротен), іміпрамін (меліпрамін), кломіпрамін (анафраніл)

		(феварин), флуоксетин (продеп, флуксен), пароксетин (паксил), сертралін (золофт), циталопрам (цитагексал)
 Селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН): мапротилін (людіоміл), докsepін Інші: міансерин (лерпвон), міртазапін (ремерон), венлафаксин (велаксин), дулоксетин (сімбалта), мілнацигірану гідрохлорид (іксел), агомелатин (мелітор), тіанептин (коаксил), адеметіонін (гегітрал), препарати звіробоя (гіперицин)	
3. За терапевтично ю дією		Антидепресанти: ТЦА, СІЗЗС, СІЗЗН, міансерин (лерпвон), міртазапін (ремерон), венлафаксин (велаксин), дулоксетин (сімбалта), мілнацигірану гідрохлорид (іксел), агомелатин (мелітор),	

		препарати звiробою (гiперичин) Анксиолiтики: тiанептин (коаксил) Ноотропи: адеметiонiн (гегiтрал)	
4. За впливом на серцево-судинну систему		З побiчними ефектами: ТЦА Без побiчних ефектiв: СИЗЗС, СИЗЗН, венлафаксин (велаксин), дулоксетин (сiмбалта), мiлнацигiрану гiдрохлорид (iксел), агомелатин (мелiтор), тiанептин (коаксил), адеметiонiн (гегiтрал), препарати звiробою (гiперичин)	
5. За рецептурним статусом		Рецептурнi: ТЦА, СИЗЗС, СИЗЗН, мiансерин (лерпвон), мiртазапiн (ремерон), венлафаксин (велаксин), дулоксетин (сiмбалта), мiлнацигiрану гiдрохлорид (iксел), агомелатин (мелiтор)	

		Безрецептурні: препарати звіробою (гіперидин)	
--	--	---	--

Шкала PCL-5 для оцінки ПТСР

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця .

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):...

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...),	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жак, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	відношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми і

нтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E.

Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

Інтерпретація CAPS-5

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5 зазвичай використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу та зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із настановою DSM-5:

Критерій А – наявність травматичної події.

Критерій В – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.

Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення.

Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.

Критерій E – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.

Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).

Критерій G – Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв B та C, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та E.

Тривалість симптомів має складати >1 місяця. «Загальні рейтинги» є допоміжними для визначення ступеню функціональних порушень, тяжкості розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації/дереалізації та валідності результатів.

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно ,так	Дійсно	вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4

6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2		3
13	Я знаходжу собі місце	не 1	2		3 4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4

17	Я зклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2		3
20	Мені	1	2		3 4

приємно

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно ,так	Дійсно	вірно
1	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
3	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4

5	Я програю від 1 того, що недостатньо швидко приймаю рішення		2	3	4
7	Звичайно я 1 почуваю себе батьорим		2	3	4
8	Я спокійний, 1 холоднокровний і зібраний		2	3	4
9	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
10	Я занадто 1 переживаю через дрібниці		2	3	4
11	Я цілком 1 щасливий		2	3	4
12	Я приймаю все 1 занадто близько до серця		2	3	4
13	Мені не 1 вистачає впевненості в собі		2	3	4

14	Звичайно я 1 почуваю себе в безпеці	2	3	4
15	Я намагаюся 1 уникати критичних ситуацій і труднощів	2	3	4
16	У мене буває 1 хандра	2	3	4
	17 Я задоволений 1	2	3	
4	18 Усякі дрібниці 1	2	3	4
	відволікають і			
19	хвилюють мене Я так сильно 1 переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них	2	3	4
20	забути Я врівноважена 1	2	3	4
21	людина Мене охоплює 1 сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і	2	3	4
	турботи			

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1. $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки: 0-30 балів – низький рівень тривожності; 31-45 балів – помірний рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Результат слід вважати “позитивним”, якщо респондент відповів “так” на будь-які три або більше запропоновані варіанти. Позитивна відповідь не обов’язково означає, що респондент має посттравматичний стресовий розлад, але вказує, що може мати ознаки ПТСР або проблеми пов’язані з травмою і повинна бути проведена подальша психодіагностика.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____

Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____

Військове звання _____

У Вашому житті коли-небудь траплялася подія, настільки страшна, що протягом останніх 30 днів:

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію? ТАК НІ
2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про нього або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію? ТАК НІ
3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу? ТАК НІ
4. Відчували себе спустошеним або відрізаним від інших людей, занять або зовнішнього світу? ТАК НІ

Соціологічне анкетування щодо поширеності прийому антидепресантів

Шановний учаснику!

Ваші відповіді будуть збережені анонімно і використані з метою наукового дослідження.

Дайте відповіді на наступні запитання:

1. Вік: _____ років

2. Стать: ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

3. Сімейний стан: ☐ Одинокий(а) ☐ Заміжня/Одружений ☐

Розлучений(а) ☐ Удівець/Удова ☐ Інше:

4. Освіта: _____

5. Досвід в бойових діях: Чи ви брали участь у бойових діях від 2014 року? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, коротко опишіть ваш досвід:

6. Чому ви звертаєтесь до аптечної мережі з метою купівлі заспокійливих? _____

7. Чи призначали вам антидепресанти за період від початку повномасштабного вторгнення ? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, то виберіть препарат з переліку, який був вам призначений (необхідний варіант підкресліть або обведіть)

- Амітриптилін(«Амітриптиліну гідрохлорид», «Саротен»)
- Флуоксетин(«Флуксен», «Флутісал»)
- Дулоксетин(«Дулоксин», «Дюксет», «Симода»)
- Сертралін(«Сертралофт», «Стимулотон», «Золофт», «Залокс»)

- Циталопрам або Есциталопрам («Ципраміл», «Есцитам Асіно», «Ципралекс», «Медопрам»)
- Буспірон («Буспірон Сандоз», «Спітомін»)
- Гідроксизон («Атаракс», «Гідроксизон-ЗН»)
- Фабомотизол («Бафазол ІС»)
- Пірацетам («Пірацетам-дарниця», «Тіоцетам»)
- Гліцин («Гліцисед», «Гліцин-дарниця»)
- Вінпоцетин («Вінпоцетин-дарниця», «кавінтон»)
- Гінкго Білоба («Неокарділ», «Вазавітал» тощо)
- ІНШЕ (напишіть) _____

Вкажіть спеціаліст якого профілю призначив вам антидепресивний препарат ? (виберіть з переліку) :

- Психотерапевт
- Психолог
- Психіатр
- Невролог
- Лікар сімейної медицини
- Інше (напишіть) _____

Якщо **ні**, то дайте відповіді на наступне запитання :

1) За яким препаратом ви звернулись в аптеку з метою придбати ? (виберіть з переліку)

- Амітриптилін («Амітриптиліну гідрохлорид», «Саротен»)
- Флуоксетин («Флуксен», «Флутісал»)
- Дулоксетин («Дулоксин», «Дюксет», «Симода»)
- Сертралін («Сертралофт», «Стимулотон», «Золофт», «Залокс»)
- Циталопрам або Есциталопрам («Ципраміл», «Есцитам Асіно», «Ципралекс», «Медопрам»)

- Буспірон («Буспірон Сандоз», «Спітомін»)
- Гідроксизон («Атаракс», «Гідроксизон-ЗН»)
- Фабомотизол («Бафазол ІС»)
- Пірацетам («Пірацетам-дарниця», «Тіоцетам»)
- Гліцин («Гліцисед», «Гліцин-дарниця»)
- Вінпоцетин («Вінпоцетин-дарниця», «кавінтон»)
- Гінкго Білоба («Неокарділ», «Вазавітал» тощо)
- ІНШЕ (напишіть) _____

2) Звідки ви дізнались про даний конкретний препарат ?

8. Які фактори при самостійному виборі препарату впливають на ваш вибір **НАЙБІЛЬШЕ** (вибраний варіант підкресліть) :

- Виробник препарату
- Ціна
- Рекомендація знайомих, рідних
- Інші причини (напишіть): _____

9. Чи розглядаєте ви відвідування психотерапевта як частину терапії розладів психіки? [] Так [] Ні

Якщо **НІ**, то оберіть причину відмови з наведених :

1. Занадто висока вартість лікування
2. Невпевненість в кваліфікованій допомозі
3. Нерозуміння доцільності психотерапії
4. Недостача інформації про можливості психотерапії та пошуку відповідного спеціаліста
5. Інші причини (напишіть) _____

10. Як ви оцінюєте своє загальне фізичне та психічне благополуччя на сьогоднішній день? ☐ Високе ☐ Середнє ☐ Низьке

11. Чи погодитесь прийняти участь в дослідженні поширеності рівня ПТСР(посттравматичного стресового розладу) та тривожних станів ?

☐ Так ☐ Ні

Якщо ви обрали так, то залиште вашу електронну адресу та контактні дані для подальшого зв'язку _____

Будь ласка, вкажіть будь-які додаткові коментарі чи спостереження, які ви хочете поділитися:

Дякуємо за вашу участь у дослідженні!