

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ імені Г. С. КОСТЮКА**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК КАТЕРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 159.96/.98:616.831-001.31

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З
ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ**

053 Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Проноза-Стеблюк К. В.

Науковий керівник МАКСИМЕНКО Сергій Дмитрович, академік НАПН України, доктор психологічних наук, професор
--

Науковий керівник ТЕРЕЩЕНКО Людмила Анатоліївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

Київ -2026

АНОТАЦІЯ

Проноза-Стеблюк К. В. Медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2026.

Питання організації медико-психологічного супроводу пацієнтів з наслідками легкого травматичного ушкодження головного мозку (ЛТУ ГМ), зокрема постконтузійного синдрому (ПКС), набуває в умовах сучасної російсько-української війни принципового значення для вітчизняної медицини та медичної психології. За даними клінічних спостережень, ушкодження голови становлять до третини й більше усіх бойових травм, при цьому саме ЛТУ ГМ посідає провідне місце в їхній структурі. У значної частини військовослужбовців та ветеранів у віддалені терміни формується ПКС, у клінічній картині якого поєднуються соматоневрологічні, вегетативні та виражені психоемоційні порушення, що зумовлюють тривалу втрачену працездатність, ризик інвалідизації, соціальну дезадаптацію та вторинні суспільно небезпечні форми поведінки. При цьому в наявних клінічних підходах домінує фармакотерапевтична орієнтація, тоді як системно вибудований, доказовий медико-психологічний супровід ПКС залишається недостатньо розробленим як у теоретико-методологічному, так і в практичному вимірі.

У роботі медико-психологічний супровід пацієнтів з ПКС розглядається як цілісний поетапний процес, що інтегрує клінічну діагностику, патопсихологічне оцінювання, інструментальні методи (нейрофізіологічні, кардіовегетативні) та травмофокусовані психотерапевтичні втручання, орієнтовані не лише на редукцію симптомів, а й на відновлення ментального та поведінкового здоров'я,

соціального функціонування й здатності до саморегуляції. Додатковою проблемою, виявленою в попередніх дослідженнях, є розрив між суб'єктивним сприйняттям власного стану (скаргами, уявленнями про хворобу, переживаннями) та об'єктивними клініко-нейрофізіологічними показниками у пацієнтів з наслідками ЛТУ ГМ. Це ускладнює формування терапевтичного альянсу, знижує комплаєнс і обмежує ефективність стандартних психодіагностичних та психотерапевтичних підходів, особливо за унікаючих коупінг-стратегій. У такому контексті актуальною постає розробка моделей медико-психологічного супроводу, які враховують механізми аперцепції й метафоризації травматичного досвіду, та інструментів, здатних «обходити» опір, дефіцити усвідомлення й труднощі вербалізації.

Емпірична база дисертаційного дослідження: військовослужбовці та ветерани з анамнезом мінно-вибухового ЛТУ ГМ, серед яких було виділено групу пацієнтів з клінічно підтвердженим ПКС (за критеріями F07.2 МКХ-10) та порівняльну групу осіб, що перенесли ЛТУ ГМ без формування ПКС.

Клініко-психологічне обстеження доповнювали нейрофізіологічні методи (коректована електроенцефалографія, оцінка варіабельності серцевого ритму, когнітивні викликані потенціали P300), а також комплекс психометричних інструментів: опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Cicerone), шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія), шкала впливу подій (з субшкалами «уникнення», «інтрузія», «гіперзбудження»), опитувальник вегетативної дисфункції Вейна, шкала астеничного стану (ШАС), госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, додаткові інструменти для оцінки суб'єктивних когнітивних скарг та психосоціального функціонування. На інтервенційному етапі пацієнти з ПКС були рандомізовані до дослідної групи, де застосовували комплекс травмофокусованих і когнітивно-поведінкових методик у поєднанні з авторською моделлю метафоричних асоціативних карт (МАК) «КПС», та контрольної групи, яка отримувала медикаментозну терапію і стандартизований комплекс КПТ-протоколів без використання МАК.

Особливий акцент зроблено на теоретичному й емпіричному обґрунтуванні підходу, що поєднує травмофокусовану психотерапію з аперцептивно-метафоричним опосередкуванням травматичного досвіду. Для цього розроблено й апробовано авторський набір МАК «КПС», що складається з 74 фотографічних зображень, оброблених за допомогою комп'ютерної графіки та структурованих за кластерами: 8 елементарних і 4 базові емоції; зображення, що відображають внутрішню картину хвороби при психосоматичній патології; типові стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях; базові потреби самозбереження; емоційні базові потреби у взаємодії (автор методики Катерина Проноза-Стеблюк, художник – Анастасія Клименко). Методика передбачає вільний вибір карт пацієнтом відповідно до поточного емоційного стану й «привабливих» образів із подальшою наративною інтерпретацією, що дозволяє виявити характер аперцептивних процесів, рівень усвідомлення власних потреб, емоцій та симптомів, а також провідні коупінг-стратегії (у т. ч. уникаючі). На окремій вибірці осіб із тривожно-депресивною симптоматикою проведено валідацію МАК «КПС» через зіставлення результатів асоціативного вибору з даними PHQ-9, HADS та опитувальника сприйняття когнітивного дефіциту (PDQ), що продемонструвало високий (80–100%) рівень відповідності між метафоричними репрезентаціями, психометричними показниками та клінічним інтерв'ю.

Результати дослідження підтвердили, що серед осіб із бойовим ЛТУ ГМ ПКС формується значна частка постраждалих, а його клініко-психологічний профіль чітко відрізняється від профілю осіб, які одужали без синдрому. Пацієнти з ПКС мали на $\approx 20\%$ більшу інтегральну вираженість соматичних, неврологічних та психоемоційних симптомів, а також істотно вищу частоту та тяжкість вегетативної дисфункції. Виявлено поєднання постконтузійної симптоматики з ПТСР, генералізованою тривожністю та депресивними проявами, при цьому далеко не всі пацієнти з ПКС відповідали повним критеріям ПТСР, що дозволило розглядати їхній стан як комбінований синдром із власною патопсихологічною структурою, а не лише як «сума» травматичного

ушкодження ГМ і ПТСР. Нейрофізіологічні дані засвідчили переважно функціональний характер порушень (ознаки кортикальної іритації, зміни викликаних потенціалів, відхилення показників варіабельності серцевого ритму), що узгоджується з необхідністю саме медико-психологічного, а не суто неврологічного фокусу супроводу.

На інтервенційному етапі встановлено, що застосування розробленого комплексу медико-психологічного супроводу з включенням МАК «КПС» забезпечує більш виражену позитивну динаміку, ніж стандартні протоколи. У дослідній групі відзначено статистично значуще ($p < 0,05$) більш інтенсивне зниження інтегрального показника наслідків mTBI, інтенсивності головного болю, порушень сну, дратівливості та труднощів концентрації порівняно з контрольною групою. За шкалою PCL-M та Шкалою впливу подій (субшкали «уникнення», «інтрузія», «гіперзбудження») виявлено більш глибоке зменшення травматичного дистресу й симптомів переробки травми, причому саме показники уникання та гіперзбудження виявились найбільш чутливими до втручань, що поєднували травмофокусовану експозицію з метафоризацією досвіду через МАК. Використання МАК «КПС» сприяло також достовірно кращому зниженню вираженості тривоги і депресії за опитувальником HADS у порівнянні зі стандартною терапією, тоді як вегетативні та астенічні симптоми демонстрували позитивну динаміку в обох групах без суттєвої міжгрупової різниці.

Отримані результати дозволили концептуалізувати медико-психологічний супровід постконтузійного синдрому як структурований, доказовий, мультидисциплінарний процес, у межах якого травмофокусовані когнітивно-поведінкові втручання доповнюються аперцептивно-метафоричними техніками, що посилюють усвідомлення, наративну опрацюваність і символізацію травматичного досвіду. Авторська модель МАК «КПС» показала ефективність як інструмент первинного психодіагностичного скринінгу, механізм підвищення мотивації до терапії та засіб поглибленої роботи з емоційними, тілесно-потребовими вимірами досвіду у пацієнтів з ПКС та іншими стрес-

асоційованими розладами. Практична реалізація запропонованих підходів підтвердила можливість підвищення ефективності медико-психологічного супроводу зазначеної категорії пацієнтів і окреслила перспективи інтеграції цих методик у стандарти лікувально-реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам в Україні.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що
вперше

- теоретично *обґрунтовано* цілісну концепцію медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом (ПКС) у контексті сучасної війни, що інтегрує клініко-неврологічні, нейрофізіологічні, психометричні, медико-соціальні та психотерапевтичні параметри в єдину модель діагностики, реабілітації й довготривалого спостереження. ПКС розглянуто не лише як неврологічний наслідок легкої ЧМТ, а як мультифакторний медико-психологічний синдром із власною структурою патопсихологічних;
- емпірично *обґрунтовано* ефективність травмофокусованого медико-психологічного підходу до ПКС, який поєднує стандартизовані протоколи ТФ-КПТ при ПТСР, когнітивно-поведінкову терапію депресії та генералізованого тривожного розладу з аперцептивно-метафоричними техніками роботи з травматичним досвідом. Доведено, що такий комбінований підхід забезпечує статистично значуще зниження інтенсивності соматичних, постконтузійних, посттравматичних, тривожних і депресивних симптомів порівняно зі стандартним медико-психологічним супроводом;
- *уточнено* клініко-психологічну структуру постконтузійного синдрому у ветеранів і військовослужбовців Збройних Сил України, які зазнали мінно-вибухового ураження;

удосконалено

- уявлення про взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям стану й об'єктивними нейрофізіологічними показниками при ПКС;

- методологію психодіагностики при постконтузійному синдромі. Показано, що включення аперцептивно-метафоричних процедур у структуру первинного скринінгу підвищує діагностичну чутливість до прихованих або мінімізованих проявів психічної та поведінкової дезадаптації, дозволяє точніше окреслити зони емоційної гіперреактивності, когнітивних викривлень і незадоволених базових потреб, а також підвищує мотиваційну включеність пацієнтів у процес лікування;

набули подальшого розвитку

- поняття аперцепції та метафоризації в клінічній психології травми. У роботі запропоновано та теоретично розроблено концепт аперцептивно-метафоричного опосередкування травматичного досвіду як механізму, за допомогою якого небезпечні, фрагментовані або частково витіснені спогади про вибухову травму трансформуються у символічно опрацьовані образи, доступні для усвідомлення, вербалізації та когнітивної реструктуризації. Показано, що метафоризація травматичного досвіду у безпечному терапевтичному полі є проміжною ланкою між «тілесною пам'яттю» травми та її інтеграцією в наратив «Я»;
- уявлення про місце медико-психологічного супроводу в мультидисциплінарній системі реабілітації ветеранів з наслідками легкої ЧМТ. На основі аналізу звернень по медичну та психологічну допомогу, готовності до участі в психотерапії та динаміки клінічних і психометричних показників обґрунтовано, що системний медико-психологічний супровід (із чіткою логікою оцінки, планування, втручання та віддаленого спостереження) є критичним фактором профілактики хронізації ПКС, соціальної дезадаптації, аутоагресивної поведінки та вторинної алкоголізації.

Теоретичне та практичне значення отриманих результатів. Отримані у дисертаційній роботі результати поглиблюють сучасні уявлення про медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом як про цілісний,

поступний та синдромоорієнтований процес, що інтегрує неврологічні, психіатричні, психотерапевтичні та реабілітаційні підходи. На теоретичному рівні уточнено етіопатогенетичні механізми, які формують клініко-психологічну картину постконтузійного синдрому в учасників бойових дій, зокрема структурні зміни ментальної сфери, поєднання постконтузійної симптоматики з ПТСР, тривожно-депресивними розладами, астеничними та вегетативними порушеннями. Сформовано концепцію медико-психологічного супроводу постконтузійного синдрому, у межах якої цей супровід розглядається не як епізодична допомога, а як безперервний, доказовий, мультидисциплінарний процес: від первинного виявлення та психодіагностики до цілеспрямованих травмофокусованих втручань і віддаленого спостереження.

Практичне значення роботи полягає в тому, що запропоновано та апробовано конкретну модель медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом, адаптовану до умов воєнного часу та системи охорони здоров'я України. Розроблено алгоритми відбору, обстеження та маршрутизації пацієнтів, протоколи психотерапевтичних втручань для різних варіантів перебігу ПКС (з домінуванням ПТСР, генералізованої тривоги, депресії), визначено критерії оцінки ефективності супроводу за клінічними, психометричними та нейрофізіологічними показниками. Створено й впроваджено новий інструментарій медико-психологічного супроводу – метафоричні асоціативні карти «КПС», застосування яких підсилює скринінгову, діагностичну та мотиваційну складові супроводу, сприяє кращій аперцепції власного стану пацієнтом і підвищує результативність травмофокусованої психотерапії в межах комплексного медико-психологічного підходу.

Ключові слова: війна, травматичне ушкодження головного мозку, легка черепно-мозкова травма, акубаротравма, контузія, постконтузійний синдром, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад, медико-психологічний супровід, травмофокусована психотерапія, метафоричні асоціативні карти.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України:

1. Проноза-Стеблюк К. В. Підвищення ефективності психотерапевтичного впливу на пацієнтів з постконтузійним синдромом шляхом використання метафоричних асоціативних карт «КПС». Перспективи та інновації науки. Серія : Психологія. 2024. № 7 (21). С. 859–865. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-7(41)-859-865
2. Проноза-Стеблюк К. В., Стеблюк В. В. Наслідки вибухової травми головного мозку у комбатантів та сучасні підходи до медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом. Перспективи та інновації науки. Серія : Психологія. 2025. № 1 (47). С. 1707–1722. DOI: 10.52058/2786-4952-2025-1(47)-1707-1722
3. Проноза-Стеблюк К. В. Нова авторська модель асоціативних метафоричних карт. Теорія і практика сучасної психології : збірник наукових праць. 2019. № 4, т. 1. С. 84–89. URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2019/part_1/18.pdf

Статті у періодичних виданнях інших держав, включених до міжнародної наукометричної бази Scopus:

4. Kozhyna H. M., Stebliuk V. V., Asieieva Y. O., Zelenska K. S., Pronoza-Stebliuk K. V. A comprehensive approach to medical–psychological support for service women in modern Ukraine. Wiadomości Lekarskie. Medical Advances. 2023. Vol. LXXVI, Iss. 1. P. 131–135. DOI: 10.36740/WLek202301118

Статті у періодичних виданнях інших держав, включених до міжнародних наукометричних баз даних:

5. Stebliuk V., Pronoza-Stebliuk K. Post-concussion Syndrome in Ukrainian Veterans: Physical and Mental Manifestations. Journal of Education, Health and Sport. 2018. Vol. 8, № 2. P. 349–354. URL: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/5285>

6. Stebliuk V., Gan R., Pronoza K. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims. Journal of Education, Health and Sport. 2016. Vol. 6, № 4. P. 458–465. URL: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/3495>

7. Проноза-Стеблюк К., Сербенюк А. Взаємозв'язок функціонального стану систем організму та гормонального гомеостазу жінок-ветеранок, що зазнали контузії. EUROPEJSKIE STUDIA HUMANISTYCZNE: Państwo i Społeczeństwo. 2020. Issue 4. P. 63–75. DOI: 10.38014/ehs-ss.2020.4.05

Монографія:

8. Проноза-Стеблюк К. Принципи родинної медико-психологічної реабілітації осіб з постконтузійним синдромом. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика : монографія / за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Київ : Медицина, 2021. 254 с.

ABSTRACTS

Pronoza-Stebliuk K. V. Medical-Psychological Support of Patients with Post-Concussion Syndrome. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 – Social and Behavioural Sciences, speciality 053 – Psychology. – G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2026.

The issue of organising medical and psychological support for patients with the consequences of mild traumatic brain injury (mTBI), in particular post-concussion syndrome (PCS), is of fundamental importance for domestic medicine and medical psychology in the context of the current Russo-Ukrainian war. According to clinical observations, head injuries account for up to a third or more of all combat injuries, with MBI occupying a leading place in their structure. A significant proportion of military personnel and veterans develop PCS in the long term, with a clinical picture combining somatoneurological, vegetative and pronounced psycho-emotional disorders, leading to prolonged loss of working capacity, risk of disability, social maladjustment and secondary socially dangerous forms of behaviour. At the same time, existing clinical approaches are dominated by a pharmacotherapeutic orientation, while systematically structured, evidence-based medical and psychological support for PTSR remains underdeveloped in both theoretical and methodological and practical terms.

In this work, medical and psychological support for patients with PCS is considered as a holistic, step-by-step process that integrates clinical diagnosis, pathopsychological assessment, instrumental methods (neurophysiological, cardiovegetative) and trauma-focused psychotherapeutic interventions aimed not only at reducing symptoms, but also at restoring mental and behavioural health, social functioning, and the ability to self. An additional problem identified in previous studies is the gap between the subjective perception of one's own condition (complaints,

perceptions of illness, experiences) and objective clinical and neurophysiological indicators in patients with mTBI. This complicates the formation of a therapeutic alliance, reduces compliance, and limits the effectiveness of standard psychodiagnostics and psychotherapeutic approaches, especially in the absence of coping strategies. In this context, it is important to develop models of medical and psychological support that consider the mechanisms of apperception and metaphorisation of traumatic experiences, as well as tools capable of "bypassing" resistance, deficits in awareness and difficulties in verbalisation.

The empirical basis of the dissertation research: military personnel and veterans with a history of mine-blast mTBI, among whom a group of patients with clinically confirmed PTSD (according to the criteria of F07.2 ICD-10) and a comparative group of individuals who had undergone mTBI without the formation of PTSD were identified.

The clinical and psychological examination was supplemented by neurophysiological methods (corrected electroencephalography, assessment of heart rate variability, cognitive evoked potentials P300), as well as a set of psychometric instruments: the Cicerone Current Mild Traumatic Brain Injury Questionnaire, the PCL-M PTSD self-assessment scale (military version), the Impact of Events Scale (with subscales for "avoidance," "intrusion," and "hyperarousal"), Wein's Vegetative Dysfunction Questionnaire, Asthenic State Scale (ASS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), additional tools for assessing subjective cognitive complaints and psychosocial functioning. At the intervention stage, patients with PTSD were randomised into an experimental group, where a complex of trauma-focused and cognitive-behavioural techniques was used in combination with the author's model of metaphorical associative cards (MAC) "KPS", and a control group that received drug therapy and a standardised set of CBT protocols without the use of MAC.

Emphasis is placed on the theoretical and empirical justification of the approach, which combines trauma-focused psychotherapy with apperceptive-metaphorical mediation of traumatic experiences. For this purpose, the author's set of MAC "KPS"

was developed and tested, consisting of 74 photographic images processed using computer graphics and structured into clusters: 8 elementary and 4 basic emotions; images reflecting the internal picture of the disease in psychosomatic pathology; typical behaviour strategies in conflict situations; basic self-preservation needs; basic emotional needs in interaction (author of the method Kateryna Pronoza-Stebliuk, artist – Anastasia Klymenko). The methodology involves the patient freely selecting cards according to their current emotional state and "attractive" images, followed by narrative interpretation, which allows the nature of apperceptive processes, the level of awareness of one's own needs, emotions and symptoms, as well as leading coping strategies (including avoidance) to be identified. In a separate sample of individuals with anxiety-depressive symptoms, the MAC "KPS" was validated by comparing the results of associative selection with data from PHQ-9, HADS and the Perceptual Deficit Questionnaire (PDQ), which demonstrated a high (80–100%) level of correspondence between metaphorical representations, psychometric indicators and clinical interviews.

The results of the study confirmed that among individuals with combat mTBI PCS, a significant proportion of victims are formed, and their clinical and psychological profile clearly differs from the profile of individuals who have recovered without the syndrome. Patients with PTS had $\approx 20\%$ higher integral severity of somatic, neurological, and psychoemotional symptoms, as well as a significantly higher frequency and severity of autonomic dysfunction. A combination of post-concussion symptoms with PTSD, generalised anxiety, and depressive manifestations was found. However, not all patients with PCS met the full criteria for PTSD, which allowed their condition to be considered as a combined syndrome with its own pathopsychological structure, rather than simply the "sum" of the traumatic brain injury and PTSD. Neurophysiological data showed that the disorders were mainly functional in nature (signs of cortical irritation, changes in evoked potentials, deviations in heart rate variability), which is consistent with the need for a medical-psychological rather than a purely neurological focus of support.

At the intervention stage, it was established that the use of the developed complex of medical and psychological support, with the inclusion of MAC "KPS", provides more pronounced positive dynamics than standard protocols. The experimental group showed a statistically significant ($p < 0.05$) more intense reduction in the integral indicator of mTBI consequences, headache intensity, sleep disturbances, irritability, and concentration difficulties compared to the control group. The PCL-M scale and the Impact of Events Scale (sub-scales "avoidance," "intrusion," "hyperarousal") revealed a more profound reduction in traumatic distress and trauma processing symptoms, with avoidance and hyperarousal scores being the most sensitive to interventions that combined trauma-focused exposure with metaphorization of the experience through MAC. The use of the MAC "KPS" also contributed to a significantly better reduction in the severity of anxiety and depression according to the HADS questionnaire compared to standard therapy, while vegetative and asthenic symptoms showed positive dynamics in both groups without significant intergroup differences.

The results obtained made it possible to conceptualise medical and psychological support for post-concussion syndrome as a structured, evidence-based, multidisciplinary process, within which trauma-focused cognitive-behavioural interventions are complemented by apperceptive-metaphorical techniques that enhance awareness, narrative processing and symbolisation of traumatic experiences. The author's model of MAC "KPS" has proven effective as a tool for primary psychodiagnostic screening, a mechanism for increasing motivation for therapy, and a means of in-depth work with the emotional and bodily-need dimensions of experience in patients with PCS and other stress-associated disorders. The practical implementation of the proposed approaches confirmed the potential to enhance the effectiveness of medical and psychological support for this category of patients and outlined the prospects for integrating these techniques into the standards of medical and rehabilitation care for military personnel and veterans in Ukraine.

**The scientific novelty of the results obtained lies in the fact that
*for the first time***

- a comprehensive concept of medical and psychological support for patients with post-concussion syndrome (PCS) in the context of modern warfare *has been theoretically substantiated*, integrating clinical-neurological, neurophysiological, psychometric, medical-social and psychotherapeutic parameters into a single model of diagnosis, rehabilitation and long-term observation. PCS is considered not only as a neurological consequence of mild TBI, but as a multifactorial medical-psychological syndrome with its own structure of pathopsychological;
- The effectiveness of a trauma-focused medical and psychological approach to PTSC has been empirically *proven*, combining standardised TF-CBT protocols for PTSD, cognitive-behavioural therapy for depression and generalised anxiety disorder with apperceptive-metaphorical techniques for working with traumatic experiences. It has been proven that such a combined approach provides a statistically significant reduction in the intensity of somatic, post-concussion, post-traumatic, anxiety and depressive symptoms compared to standard medical and psychological support;
- the clinical and psychological structure of post-concussion syndrome in veterans and servicemen of the Armed Forces of Ukraine who have suffered mine-blast injuries *has been clarified*;

improved

- the understanding of the relationship between subjective perception of the condition and objective neurophysiological indicators in PCS;
- the methodology of psychodiagnostics in post-concussion syndrome. It has been shown that the inclusion of apperceptive-metaphorical procedures in the structure of primary screening increases diagnostic sensitivity to hidden or minimised manifestations of mental and behavioural maladjustment, allows for a more accurate identification of areas of emotional hyperreactivity, cognitive distortions and unmet basic needs, and increases the motivational involvement of patients in the treatment process;

have been further developed

- The concepts of apperception and metaphorisation in clinical trauma psychology. The paper proposes and theoretically develops the concept of apperceptive-metaphorical mediation of traumatic experience as a mechanism by which dangerous, fragmented or partially repressed memories of explosive trauma are transformed into symbolically processed images that are accessible for awareness, verbalisation, and cognitive restructuring. It is shown that the metaphorisation of traumatic experience in a safe therapeutic field is an intermediate link between the "bodily memory" of trauma and its integration into the "I" narrative;
- the idea of the place of medical and psychological support in a multidisciplinary system of rehabilitation for veterans with mild TBI. Based on an analysis of requests for medical and psychological assistance, readiness to participate in psychotherapy, and the dynamics of clinical and psychometric indicators, it is justified that systematic medical and psychological support (with a clear logic of assessment, planning, intervention and remote observation) is a critical factor in the prevention of chronic PTS, social maladjustment, autoaggressive behaviour and secondary alcoholism.

Theoretical and practical significance of the results obtained. The results obtained in the dissertation deepen the current understanding of medical and psychological support for patients with post-concussion syndrome as a holistic, step-by-step, and syndrome-oriented process that integrates neurological, psychiatric, psychotherapeutic, and rehabilitation approaches. At the theoretical level, the etiopathogenetic mechanisms that form the clinical and psychological picture of post-concussion syndrome in combatants have been clarified, including structural changes in the mental sphere, the combination of post-concussion symptoms with PTSD, anxiety-depressive disorders, asthenic and vegetative disorders. A concept of medical and psychological support for post-concussion syndrome has been developed, within which this support is considered not as episodic assistance, but as a continuous,

evidence-based, multidisciplinary process: from initial detection and psychodiagnostics to targeted trauma-focused interventions and long-term monitoring.

The practical significance of the work lies in the fact that a specific model of medical and psychological support for patients with post-concussion syndrome, adapted to the conditions of wartime and the Ukrainian healthcare system, has been proposed and tested. Algorithms for the selection, examination and routing of patients, protocols for psychotherapeutic interventions for different variants of PCS (with a predominance of PTSD, generalised anxiety, depression) have been developed, and criteria for assessing the effectiveness of support based on clinical, psychometric and neurophysiological indicators have been defined. New tools for medical and psychological support have been created and implemented: metaphorical associative cards "KPS," whose use enhances the screening, diagnostic, and motivational components of support, improves the patient's understanding of their condition, and increases the effectiveness of trauma-focused psychotherapy within a comprehensive medical and psychological approach.

Keywords: war, traumatic brain injury, mild traumatic brain injury, acoustic trauma, concussion, post-concussion syndrome, combat stress, post-traumatic stress disorder, medical and psychological support, trauma-focused psychotherapy, metaphorical associative cards.

LIST OF PUBLICATIONS ON THE TOPIC OF THE DISSERTATION

Articles in academic journals approved by the Ministry of Education and Science of Ukraine:

1. Pronoza-Stebliuk, K. V. Increasing the effectiveness of psychotherapeutic intervention for patients with post-concussion syndrome through the use of metaphorical associative cards “KPS”. *Perspectives and Innovations of Science. Series: Psychology*, 2024, No. 7 (21), pp. 859–865. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-7(41)-859-865
2. Pronoza-Stebliuk, K. V., & Stebliuk, V. V. Consequences of blast traumatic brain injury in combatants and modern approaches to medical–psychological support for patients with post-concussion syndrome. *Perspectives and Innovations of Science. Series: Psychology*, 2025, No. 1 (47), pp. 1707–1722. DOI: 10.52058/2786-4952-2025-1(47)-1707-1722
3. Pronoza-Stebliuk, K. V. A new authorial model of associative metaphorical cards. *Theory and Practice of Modern Psychology: Collection of Scientific Papers*, 2019, No. 4, Vol. 1, pp. 84–89. URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2019/part_1/18.pdf

Articles in periodicals of other countries indexed in the international scientometric database Scopus:

4. Kozhyna, H. M., Stebliuk, V. V., Asieieva, Y. O., Zelenska, K. S., & Pronoza-Stebliuk, K. V. A comprehensive approach to medical–psychological support for service women in modern Ukraine. *Wiadomości Lekarskie. Medical Advances*, 2023, Vol. LXXVI, Iss. 1, pp. 131–135. DOI: 10.36740/WLek202301118

Articles in periodicals of other countries indexed in international scientometric databases:

5. Stebliuk, V., & Pronoza-Stebliuk, K. Post-concussion syndrome in Ukrainian veterans: Physical and mental manifestations. *Journal of Education, Health and Sport*, 2018, Vol. 8, No. 2, pp. 349–354. URL: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/5285>
6. Stebliuk, V., Gan, R., & Pronoza, K. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, Vol. 6, No. 4, pp. 458–465. URL: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/3495>
7. Pronoza-Stebliuk, K., & Serbeniuk, A. Relationship between the functional state of body systems and hormonal homeostasis in women veterans who have sustained concussion. *EUROPEJSKIE STUDIA HUMANISTYCZNE: Państwo i Społeczeństwo*, 2020, Issue 4, pp. 63–75. DOI: 10.38014/ehs-ss.2020.4.05

Monograph:

8. Pronoza-Stebliuk, K. Principles of family medical–psychological rehabilitation of individuals with post-concussion syndrome. In V. I. Tsymbaliuk (Ed.), *Protection of Mental Health and Medical–Psychological Rehabilitation of Military Personnel under Hybrid Warfare Conditions: Theory and Practice: Monograph*. Kyiv: Medytsyna, 2021. 254 p.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	11
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	22
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ	35
1.1. Медико-психологічні наслідки, патогенез, клініка та психосоціальна значущість ПКС в реаліях українського сьогодення	35
1.2. Особливості психологічного супроводу під час реабілітації пацієнтів з наслідками легкого травматичного ушкодження мозку	42
Висновки до першого розділу	56
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ	59
2.1. Структура вибірки та розподіл учасників дослідження	59
2.2. Дизайн дослідження	63
2.3. Методи дослідження	66
Висновки до другого розділу	70
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ	72
3.1. Вираженість ознак (симптомів), характерних для контузії	72

3.2.	Оцінка симптоматики ПТСР в осіб, що зазнали контузії	76
3.3	Оцінка вираженості симптоматики вегетативної дисфункції в обстежених	81
3.4.	Дослідження за Шкалою астенічних станів (ШАС)	84
3.5.	Дослідження за Шкалою впливу подій	87
3.6.	Дослідження для виявлення клінічно значущої депресії	90
3.7.	Дослідження електричної активності ГМ в обстежених	92
3.8.	Звертання по медичну та психологічну допомогу	95
	Висновки до третього розділу	97
РОЗДІЛ 4	ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ	102
4.1.	Загальна характеристика пацієнтів, що були задіяні в дослідній терапії	102
4.2.	Базові методи психологічних інтервенцій в терапії осіб з постконтужійним синдромом (ті, що застосовувались в контрольній групі)	105
4.3.	Авторська модель метафоричних асоціативних карт (МАК) «КПС»	127
4.4.	Методики проведення психологічного супроводу пацієнтів з використанням МАК «КПС»	145
4.5.	Порівняльний аналіз ефективності запропонованих методик медико-психологічного супроводу	174
	Висновки до четвертого розділу	182
	АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	186
	ВИСНОВКИ	195
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	199
	ДОДАТКИ	222

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

CAPS	— клінічна шкала ПТСР для Посібника з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів, Том IV
DSM	— посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
mTBI	Mild traumatic brain injury — легке травматчне ушкодження головного мозку
PCL	— контрольний перелік симптомів ПТСР
ГСР	— гострий стресовий розлад
ГТР	— генералізований тривожний розлад
ДПРО	— десенсибілізація та переробка рухом очей
ДТП	— дорожньо-транспортна пригода
ЗОЗ	— заклади охорони здоров'я
ЗС	— Збройні Сили
КПТ	— когнітивно-поведінкова терапія
МАК	— метафоричні асоціативні карти
МКФ	— Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
МКХ-10	— Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МО	— Міністерство оборони
МПВ	— метод портретних виборів

НАТО	– Організація Північноатлантичного договору
ПАР	– психоактивні речовини
ПКС	– постконтузійний синдром
ППП	– перша психологічна допомога
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
ТФ-КПТ	– травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
ЧМТ	– черепно-мозкова травма
ШАС	– шкала астеничних станів
ШОРС	– шкали оцінки ризику суїциду

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема травматичного ушкодження головного мозку (traumatic brain injury – TBI) або черепно-мозкової травми (ЧМТ) у Силах оборони України є надзвичайно актуальною з огляду на особливості сучасної війни, високоенергетичну зброю та переважання вибухової компоненти механізму отримання травми.

В умовах війни ушкодження центральної нервової системи становлять більш ніж третину всіх бойових травм, при цьому останнім часом спостерігається тенденція до збільшення цієї пропорції через застосування на полі бою дронів, різних артилерійських систем, керованих авіабомб та ракет. Зростає кількість осіб з наслідками вибухової травми і серед цивільного населення міст, що нещадно піддаються ракетно-бомбовим ударам агресора [1; 19]

На сучасному етапі війни в структурі ЧМТ переважає легка ЧМТ, частка якої становить 80% від загальної кількості пошкоджень. Кількість скарг у військовослужбовців мінімальна, а це, своєю чергою, не дозволяє об'єктивно визначити тяжкість їхнього стану, що впливає на подальший перебіг травми та її наслідки [7].

Різниця у понятті «легка ЧМТ» в Європі та Америці, відмінності у формулюванні клінічного діагнозу за наслідками ЧМТ (травматична хвороба ГМ, посттравматична енцефалопатія, посткомоційний синдром) у поєднанні з недостатністю доказової бази щодо лікування в гострий та віддалений періоди ЛЧМТ створюють невизначеність та утруднюють проведення наукових досліджень даної патології [11; 12; 128].

Особливою, специфічною формою віддалених ускладнень травматичного ушкодження ГМ є постконтузійний синдром (ПКС), який проявляється переважно розладами вегетативної нервової системи та змінами в психоемоційній сфері. Причому саме порушення ментального здоров'я в переважній більшості випадків визначають провідну клінічну картину та обумовлюють соціальну значущість даної патології [17].

ПКС (F 07.2) – це синдром, що розвивається після травми голови (зазвичай важкої, із втратою свідомості) та включає різноманітні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, стомлюваність, роздратованість, труднощі із зосередженістю та вирішенням розумових задач, зниження пам'яті, безсоння та знижена стійкість до стресу, емоційного збудження та алкоголю. Крім того, він включає синдром наслідків струсу ГМ (енцефалопатія) та посттравматичний мозковий синдром неспсихотичний.

Статистичні дані останніх років вказують на те, що в середньому у двох із трьох пацієнтів (це приблизно 50–80% спостережень), у яких в анамнезі були відомості про закриту ЧМТ, через різні проміжки часу виявляють віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, перебіг яких пов'язаний з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, нерідко – з подальшою інвалідизацією [15; 31; 22]. Відсутність своєчасного лікування та реабілітації пацієнтів даної категорії призводить до прогресування мнестично-когнітивної недостатності, фактичного руйнування ядра особистості, психосоціальної деградації суб'єкта. В поєднанні зі швидкою алкоголізацією, афективними розладами з проявами агресії (в тому числі аутоагресії) та антисоціальною девіантною поведінкою розлади ментального здоров'я осіб з ПКС стають реальною загрозою для соціуму та суспільства в цілому.

В лікуванні пацієнтів з ПКС застосовують переважно методи психофармакотерапії (антидепресанти, анксиолітики, седативні препарати), засоби нейропротекторної та нейрорегенеративної дії, фізичну терапію, преформовані фізичні чинники. В той же час недостатньо використовують методи психотерапевтичного впливу [33; 51; 54; 58; 62; 67].

Отже, ПКС є не тільки медичною, а й соціальною проблемою, оскільки потребує значних економічних витрат як власне на лікування, так і на медико-соціальну реабілітацію.

До початку повномасштабної агресії російської федерації в Україні не приділяли належної уваги питанням клініки, діагностики та терапії ПКС. Але стрімке збільшення кількості зареєстрованих випадків бойового травматичного

ушкодження ГМ легкого ступеня (а мова йдеться про десятки тисяч випадків), його психосоціальні наслідки, особливо на фоні сучасної та тої, що очікується після закінчення бойових дій соціально-економічної ситуації, підвищують актуальність цієї проблеми та потребують пошуку нових методів психотерапії та лікувально-реабілітаційного впливу, спрямованих на зменшення вираженості суспільно небезпечних і аутоагресивних проявів цієї патології.

Все це обумовлює актуальність обраної для дослідження теми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами. Дисертаційне дослідження є фрагментом: планової роботи ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А. Ромаданова НАМН України» В/ІК 26.02.13 0117U004278 «Вивчити структурні і функціональні порушення центральної нервової системи у проміжному та віддаленому періоді бойової вибухової легкої черепно-мозкової травми»; планової НДР ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А. Ромаданова НАМН України «Морфофункціональні та ментальні наслідки легкої черепно-мозкової травми у віддаленому періоді» Шифр 0027U001034; планової наукової роботи Української військово-медичної академії (згідно з планом Міністра оборони України Шифр 0118U001326 «ОВИД» «Обґрунтування застосування діагностичних та відновлювальних психофізіологічних заходів у постконузійному періоді військовослужбовців»; науково-дослідної роботи ДУ «Інститут кібернетики імені Глушкова НАН України» ІК 2019/1 «Впровадити технологію об'єктивного контролю та корекції процесу реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом та іншими видами бойової психічної травми» відповідно до цільової науково-технічної програми Національної академії наук України «Дослідження і розробки з проблем підвищення обороноздатності і безпеки держави».

Також дисертаційне дослідження виконано в межах комплексних науково-дослідних тем лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України: «Потенціал генетичної психології в дослідженні взаємодії суб'єктів освітнього простору» 2021 – 2023 р.р. (номер держреєстрації: 0121U107603); «Психологічні ресурси розвитку

особистості в умовах невизначеності освітнього простору» 2024 – 2026 р.р. (номер держреєстрації: 0124U000320).

Об'єкт дослідження – постконтузійний синдром.

Предмет дослідження – клініко-психологічні та патопсихологічні особливості постконтузійного синдрому у військовослужбовців та його медико-психологічний супровід.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити доказовість медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом, побудованого на врахуванні механізмів аперцепції, метафоризації та переробки травматичного досвіду, з подальшим підвищенням ефективності клініко-психологічних інтервенцій у цій категорії пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. Здійснити комплексний теоретичний аналіз клініко-психологічних особливостей постконтузійного синдрому у ветеранів бойових дій з медико-психологічного супроводу пацієнтів із постконтузійним синдромом.

2. Визначити частоту та особливості перебігу постконтузійного синдрому в осіб із мінно-вибуховою травмою, охарактеризувати структуру порушень вегетативної регуляції, ментального й поведінкового здоров'я (ПТСР, тривога, депресія, когнітивні зміни), що є мішенями медико-психологічного супроводу.

3. Теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати програму медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом, яка інтегрує стандартизовані протоколи КПТ із механізмами аперцептивно-метафоричної переробки травматичного досвіду.

4. Оцінити ефективність розробленої програми медико-психологічного супроводу за допомогою валідованих психодіагностичних методик і методів математичної статистики, порівнявши динаміку показників у дослідній та контрольній групах.

Гіпотеза дослідження:

Комплексний медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом, побудований на травмофокусованих психотехніках і

цілеспрямованому залученні механізмів аперцептивно-метафоричної переробки травматичного досвіду, забезпечує статистично значущу позитивну динаміку клініко-психологічних показників як за наявності, так і за відсутності явно виражених, емпірично підтверджених ознак психічної травми. Використання засобів метафоризованої репрезентації внутрішнього стану в межах медико-психологічного супроводу підвищує валідність психодіагностичного етапу, покращує доступ до суб'єктивного досвіду пацієнта, посилює мотивацію до участі в лікувально-реабілітаційному процесі та, як наслідок, підвищує загальну ефективність медико-психологічного супроводу порівняно зі стандартними протоколами.

Методи дослідження. У дослідженні застосовано комплекс теоретичних, клінічних, інструментальних, медико-соціальних, психометричних та статистичних методів. Теоретичні методи охоплювали системний, порівняльно-історичний та структурно-функціональний аналіз, узагальнення сучасних вітчизняних і зарубіжних джерел з проблеми легкої ЧМТ, постконтузійного синдрому та медико-психологічної реабілітації, що дало змогу уточнити понятійно-категоріальний апарат і побудувати клініко-психологічну модель ПКС та концепцію медико-психологічного супроводу. Клінічні методи включали цілеспрямований збір соматичного, неврологічного та психіатричного анамнезу, аналіз скарг, клініко-неврологічне й загальносоматичне обстеження за участю лікарів відповідних спеціальностей. Інструментальні методи передбачали електроенцефалографію з кількісною оцінкою фонові EEG і когнітивних викликаних потенціалів P300, аналіз варіабельності серцевого ритму як маркера вегетативної регуляції, а також, за клінічними показаннями, магнітно-резонансну (МРТ) та комп'ютерну томографію (КТ) головного мозку. Медико-соціальні методи охоплювали аналіз медико-соціального анамнезу, участі в бойових діях, характеристику впливу травматичної події на професійне функціонування, сімейно-рольову та соціальну адаптацію. Психометричний блок складався зі стандартизованих опитувальників: опитувальника наслідків легкої ЧМТ / mTBI сьогодення [62; 63], шкали вираженості посттравматичного

стресового розладу – шкали самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) / PCL-m, Шкали впливу подій (Impact of Event Scale), опитувальника вегетативної дисфункції [164], Шкали астеничних станів (ШАС), Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith), опитувальника депресії Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) та анкети сприйняття когнітивного дефіциту Perceived Deficits Questionnaire (PDQ) для оцінки суб'єктивної когнітивної дисфункції. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням методів описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, частоти), параметричних і непараметричних критеріїв для порівняння груп, кореляційного аналізу та інших методів математичної статистики з метою оцінки взаємозв'язків між показниками та ефективності медико-психологічного супроводу.

**Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що
вперше**

- теоретично *обґрунтовано* цілісну концепцію медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом (ПКС) у контексті сучасної війни, що інтегрує клініко-неврологічні, нейрофізіологічні, психометричні, медико-соціальні та психотерапевтичні параметри в єдину модель діагностики, реабілітації й довготривалого спостереження. ПКС розглянуто не лише як неврологічний наслідок легкої ЧМТ, а як мультифакторний медико-психологічний синдром із власною структурою патопсихологічних;
- емпірично *обґрунтовано* ефективність травмофокусованого медико-психологічного підходу до ПКС, який поєднує стандартизовані протоколи ТФ-КПТ при ПТСР, когнітивно-поведінкову терапію депресії та генералізованого тривожного розладу з аперцептивно-метафоричними техніками роботи з травматичним досвідом. Доведено, що такий комбінований підхід забезпечує статистично значуще зниження інтенсивності соматичних, постконтузійних, посттравматичних, тривожних і депресивних симптомів порівняно зі стандартним медико-психологічним супроводом;

- *уточнено* клініко-психологічну структуру постконтузійного синдрому у ветеранів і військовослужбовців Збройних Сил України, які зазнали мінно-вибухового ураження;

удосконалено

- уявлення про взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям стану й об'єктивними нейрофізіологічними показниками при ПКС;
- методологію психодіагностики при постконтузійному синдромі. Показано, що включення аперцептивно-метафоричних процедур у структуру первинного скринінгу підвищує діагностичну чутливість до прихованих або мінімізованих проявів психічної та поведінкової дезадаптації, дозволяє точніше окреслити зони емоційної гіперреактивності, когнітивних викривлень і незадоволених базових потреб, а також підвищує мотиваційну включеність пацієнтів у процес лікування;

набули подальшого розвитку

- поняття аперцепції та метафоризації в клінічній психології травми. У роботі запропоновано та теоретично розроблено концепт аперцептивно-метафоричного опосередкування травматичного досвіду як механізму, за допомогою якого небезпечні, фрагментовані або частково витіснені спогади про вибухову травму трансформуються у символічно опрацьовані образи, доступні для усвідомлення, вербалізації та когнітивної реструктуризації. Показано, що метафоризація травматичного досвіду у безпечному терапевтичному полі є проміжною ланкою між «тілесною пам'яттю» травми та її інтеграцією в наратив «Я»;
- уявлення про місце медико-психологічного супроводу в мультидисциплінарній системі реабілітації ветеранів з наслідками легкої ЧМТ. На основі аналізу звернень по медичну та психологічну допомогу, готовності до участі в психотерапії та динаміки клінічних і психометричних показників обґрунтовано, що системний медико-психологічний супровід (із чіткою логікою оцінки, планування,

втручання та віддаленого спостереження) є критичним фактором профілактики хронізації ПКС, соціальної дезадаптації, аутоагресивної поведінки та вторинної алкоголізації.

Теоретичне та практичне значення отриманих результатів. Отримані у дисертаційній роботі результати поглиблюють сучасні уявлення про медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом як про цілісний, поетапний та синдромоорієнтований процес, що інтегрує неврологічні, психіатричні, психотерапевтичні та реабілітаційні підходи. На теоретичному рівні уточнено етіопатогенетичні механізми, які формують клініко-психологічну картину постконтузійного синдрому в учасників бойових дій, зокрема структурні зміни ментальної сфери, поєднання постконтузійної симптоматики з ПТСР, тривожно-депресивними розладами, астеничними та вегетативними порушеннями. Сформовано концепцію медико-психологічного супроводу постконтузійного синдрому, у межах якої цей супровід розглядається не як епізодична допомога, а як безперервний, доказовий, мультидисциплінарний процес: від первинного виявлення та психодіагностики до цілеспрямованих травмофокусованих втручань і віддаленого спостереження.

Практичне значення роботи полягає в тому, що запропоновано та апробовано конкретну модель медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом, адаптовану до умов воєнного часу та системи охорони здоров'я України. Розроблено алгоритми відбору, обстеження та маршрутизації пацієнтів, протоколи психотерапевтичних втручань для різних варіантів перебігу ПКС (з домінуванням ПТСР, генералізованої тривоги, депресії), визначено критерії оцінки ефективності супроводу за клінічними, психометричними та нейрофізіологічними показниками. Створено й впроваджено новий інструментарій медико-психологічного супроводу – метафоричні асоціативні карти «КПС», застосування яких підсилює скринінгову, діагностичну та мотиваційну складові супроводу, сприяє кращій аперцепції власного стану пацієнтом і підвищує результативність травмофокусованої психотерапії в межах комплексного медико-психологічного підходу.

Впровадження результатів роботи в практику

Результати дослідження увійшли як клінічні рекомендації до низки нормативних документів Міністерства оборони (МО) України, зокрема: «Порядок організації та проведення реабілітації пацієнтів з нейротравмою у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України» Тимчасова настанова (2017); «Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України» (2017); «Розлади психічного здоров'я військовослужбовців в умовах застосування Збройних Сил: превенція, первинна діагностика, домедична та перша медична допомога». Посібник для фахівців служби морально-психологічного забезпечення, медичних працівників (2017); «Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців у зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2018); «Типовий протокол надання медико-психологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України».

Розроблені на основі результатів досліджень методичні рекомендації впроваджено в практику лікувально-профілактичних закладів МО України (Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військово-медичний клінічний госпіталь», в/ч А4302, Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу ЗС України; Центру медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування «Пуща-Водиця», в/ч А3120), санаторію «Червона калина» (м. Рівне), НКП «Госпіталь ветеранів війни “Лісова поляна”», Національного центру медико-соціальної реабілітації інвалідів та ветеранів війни, Військового госпіталю та Медичних центрів Національної Гвардії України.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто проведено інформаційно-патентний пошук та аналіз наукової літератури за проблемою. Виконано психологічне дослідження та медико-соціальне, статистичне обстеження осіб, які отримали легке травматичне ушкодження ГМ (контузію) в результаті бойових дій на Сході України, та учасників АТО/ООС контрольної

групи. Розроблено авторську модель МАК «КПС», методику її використання в діагностичному та терапевтичному процесах. Призначено та проведено курсові сеанси психотерапії, виконано динамічне спостереження за хворими, оцінено ефективність психотерапевтичного впливу в комплексному лікуванні осіб з ПКС. Виконано статистичну обробку результатів досліджень, проведено аналіз отриманого матеріалу, самостійно оформлено дисертацію. Запозичення ідеї та розробок співавторів не було.

Апробація роботи. Основні положення дисертації представлено та обговорено на: VII Міжнародній науково-практичній конференції «Мозок і серце» (Бердянськ 2017), XXXVIII Всеукраїнській науковій інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (2017), Всеукраїнському конгресі «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» Київ, (2018), Науково-практичній конференції "Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я", Запоріжжя, (2018), XXI Міжнародній науково-практичній конференції «Міждисциплінарні питання в сучасній неврології», Трускавець (2019), Науково-практична конференція «Сучасні методи надання медичної допомоги при бойвих ушкодженнях та медико-соціальна реабілітація учасників АТО» (в рамках проведення X ювілейного міжнародного медичного форуму), Київ (2019), щорічній конференції Української асоціації нейрохірургів, Паланиця, (2019), Науково-практичній конференції міжнародною участю “Ukrainian mental health conferece”, Київ, (2019), XX Національному конгресі кардіологів України, Київ, (2019), Конгресі Української асоціації неврологів, психіатрів та наркологів, Тернопіль, (2019), Науково-практична конференція з міжнародною участю “Проблеми здоров'я українських жінок в умовах гібридної війни”, Київ (2020), XXI Національному конгресі кардіологів України, Київ, (2020), I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Вибрані питання медицини сектору безпеки та оборони”, Київ (2020), Науково-практичній конференції “Сучасні підходи до медико-психологічної реабілітації осіб, що зазнали негативного впливу подій воєнного, соціального чи техногенного

характеру”, Київ-Харків, (2021), Панельній дискусії ПР ООН в Україні “Дорожня карта всеохоплюючої медичної та медико-психологічної реабілітації екскомбатантів та екскомбатанток АТО/ООС” (2021), XXII Національному конгресі кардіологів України, Київ (2021), Науково-практичних конференціях «Психосоматична медицина: наука та практика» (02-03.листопада 2023р.), «Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги)» (23-24 травня 2024 р.), «Психосоматична медицина: наука та практика» (21-22 квітня 2023р.), Науково-практична конференція з міжнародною участю «Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги)» Харків, 23-24 травня 2024 року, «НЕВИДИМА ТРАВМА : антропологія проблеми, діагностика та відновлення», Львів 12-13 грудня 2024 р.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 8 наукових праць, з них 3 статей у фахових журналах категорії Б, 4 статі в іноземних виданнях країн Європейського Союзу, у тому числі 1 видана в журналі, що індексується наукометричною базою Scopus, 1 розділ монографії.

Структура та обсяг дисертації. Основний зміст дисертації викладено на 268 сторінках друкованого тексту, складається зі вступу, 4 розділів власних досліджень, обговорення отриманих результатів, висновків. Список використаної літератури на 22 сторінках містить 167 джерел, з яких 49 українських, 118 іноземною мовою. Дисертація містить 15 таблиць та 12 рисунків. Додатки викладено на 48 сторінках. .

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ

1.1. Медико-психологічні наслідки, патогенез, клініка та психосоціальна значущість ПКС в реаліях українського сьогодення

Повномасштабна збройна агресія російської федерації в Україні актуалізувала проблеми бойової травми та пов'язаних з нею коморбідних станів і підняла їх на новий рівень [1; 2]. Сучасний етап війни характеризується використанням високоенергетичної зброї, серед якої – ракетно-артилерійське озброєння (балістичне), безпілотні літальні апарати (FPV-дрони, тощо), авіаційні керовані бомби та ракети повітря-земля [3]. Застосування на полі бою та в тилу, у мирних містах та селах цих смертоносних видів зброї призводить до зростання кількості мінно-вибухових травм як в абсолютних, так і відносних величинах. На сьогодні мінно-вибухові, чи то вибухові ураження складають щонайменше 2/3 від всіх уражень [4;5;6]

В структурі бойової травми саме ураження голови складають від 35 до 43 відсотків як основної патології, в той час як супутні вибухові ураження головного мозку та органів слуху і рівноваги – акубаротравми – становлять до 75% всієї патології [7;8]. До цієї групи уражень відносять, власне, також вибухову контузію, яку спричиняє одночасний відносно рівномірний вплив механічного чинника на велику площу поверхні за ударної повітряної (водяної) хвилі, що виникає під час вибуху. Контузію можуть зумовити падіння з висоти, удар сипучими ґрунтами під час обвалів. Загальне ушкодження організму при контузії може поєднуватися з локальними травмами. За тяжкої контузії можливі розриви легень, печінки, нирок [9;10;11]

Згідно з визначенням ВООЗ діагноз легкої ЧМТ встановлюють за наявності травми голови та одного з таких критеріїв в анамнезі: транзиторна вогнищева неврологічна симптоматика, втрата свідомості тривалістю до 30 хв, втрата пам'яті на події, що безпосередньо передували або відбулися після травми (посттравматична амнезія), тривалістю менше 24 год, транзиторна зміна психічного стану або свідомості (наприклад, дезорієнтація, збудження або сонливість, сплутаність свідомості чи сповільнення мислення), транзиторні епілептичні напади, оцінка за ШКГ 13–15 балів [12;13;14].

Незважаючи на відносно сприятливий прогноз, відновлення психічної діяльності і неврологічного статусу в 15–30 % хворих із легкою та у 50% хворих із ЧМТ середнього ступеня тяжкості виявляють хронічні когнітивні порушення після перенесеної травми [15;16;17].

Як показують результати досліджень, що проведені в різних країнах, наслідки не тільки важкої, але й легкої травми ГМ є непередбачуваними і можуть бути причиною розвитку грубих психічних порушень. Навіть наслідки легкої ЧМТ можуть давати знати про себе протягом місяців або років (так званий післятравматичний синдром), певною мірою знижуються розумові або фізичні здібності, що може призвести до професійної дезадаптації та вигорання [18;19;20].

Важливість вивчення посттравматичних розладів зумовлена тим, що, по-перше, ЧМТ є одним з найбільш частих і тяжких видів травми, частота виникнення якої має тенденцію до зростання; по-друге, ЧМТ переважно діагностують в осіб молодого та середнього віку, тобто у найбільш активної в соціальному та трудовому відношенні частини населення [22].

Як свідчать дані літератури, стан хворих після перенесеної ЧМТ не можна назвати станом спокою. Легка ЧМТ призводить до розвитку стійкої дисфункції неспецифічних систем ГМ і тривалих посттравматичних порушень. Після травми залишаються не тільки структурні зміни, а й певні функціональні порушення, які перебувають у стані прогресування і проявляються різними патологічними синдромами. Зазвичай більшість пацієнтів відзначає зменшення вираженості цих

симптомів протягом 24 годин після гострої травми. Результати деяких досліджень свідчать, що через 7 діб після отриманої легкої ЧМТ наявність основних симптомів не відрізняється від такої в осіб контрольної групи без травми голови в анамнезі [23].

Травма ГМ запускає каскад порушень його діяльності як за рахунок первинного (біомеханічного) фактора, так і внаслідок вторинного пошкодження (активація патофізіологічних механізмів). Безумовно, закрита ЧМТ є стресом, який вмикає механізми, що призводять до суттєвих змін обміну речовин в органах і тканинах. Вторинне ушкодження охоплює безліч складних біохімічних і клітинних процесів, що збільшують тяжкість первинного ушкодження. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних і неспецифічних структур ГМ зберігається на довгі роки і може маніфестувати під впливом різних екзо- та ендогенних факторів [24;25].

Струс ГМ у 73% пацієнтів супроводжується психічними відхиленнями «передхворобливого» рівня (астенічною симптоматикою, вестибулярною та вегетативною дисфункцією, тривожно-депресивними включеннями), у 27% спостерігають більш виражену психопатологічну симптоматику [26].

Після струсу ГМ часто формуються непрямі (опосередковані) наслідки: вегетативна нестійкість, артеріальна гіпертензія, ранній церебральний атеросклероз, нейроендокринні синдроми, нормотензивна гідроцефалія, віддалена післятравматична епілепсія, психоорганічний синдром. Основними фізичними симптомами є головний біль, запаморочення, порушення координації, нечіткість зору [27].

Когнітивні та поведінкові симптоми включають порушення пам'яті та уваги, труднощі у прийнятті рішень, швидку втомлюваність, тривогу, депресію, дратівливість, емоційно-вольову лабільність. Оскільки перераховані вище симптоми характерні для низки інших соматичних захворювань, діагностика травматичної хвороби ГМ після перенесеної легкої ЧМТ є доволі складною [28;29].

Що стосується комбатантів, як діючих військовослужбовців, так і ветеранів, слід зазначити, що когнітивні симптоми включають порушення пам'яті і концентрації уваги, зниження здатності до організації діяльності і планування, відчуття загальмованості. Пацієнти з такими симптомами часто описують уповільнення процесів мислення. Ці симптоми, як правило, незначно виражені, і їх важко виявити за даними рутинного тестування. Їхня вираженість зменшується в перші 2–4 тиж після травми, однак у невеликого відсотка пацієнтів вони можуть проявлятися протягом тривалого часу. Дуже часто подібні симптоми поєднуються з ознаками посттравматичного стресового розладу чи іншими розладами психоемоційної сфери, створюючи ризики суїцидальної поведінки [30;31].

Поведінкові симптоми, які можуть виникнути після легкої ЧМТ, включають дратівливість, порушення настрою, розлади сну, швидку втомлюваність, денну сонливість, емоційну лабільність. У пацієнтів з тривогою або депресією, ПТСР, а також в осіб, що зловживають алкоголем чи наркотичними речовинами, набагато вищий ризик розвитку даних симптомів [32;33].

Як зазначають ряд дослідників, часом прояви та клінічні ознаки розладів ментальної сфери у віддалений період після ЗЧМТ можуть бути більш активними, яскравими, насиченими та різноманітними за формою та змістом, ніж у гострий період травми. У таких випадках відзначають парадоксальні дисоціації між неврологічним статусом у гострий та віддалений посттравматичний період легкого ушкодження головного мозку [34;35;36].

Звідси виходить, що психогенні механізми, які запускаються в гострий період травми, не відіграють провідної ролі, і часто лише згодом набувають провідного значення. Вони проявляються різноманітними формами астенічного, психопатоподібного, пароксизмального синдрому, афективними, галюцинаторно-маячними і паранояльними психозами [37;38].

Дослідження, проведені провідними науково-клінічними центрами країн НАТО у віддалений період ЛТУМ, виявили широкий спектр психічних

(непсихотичних) розладів як наслідок нейротравми у комбатантів поряд із клінічними проявами ПТСР [39;40]. Важливо відзначити, що у понад половині (50%) випадків психічні розлади після нейротравми були індуковані травматичним ушкодженням головного мозку бойового генезу, на що вказують розбіжності між даними, які отримані від цивільних та військових пацієнтів з ПКС [41]. Сьогодні вважають, що після струсу ГМ в 35–40% випадків виникає післятравматичний синдром. Згідно з даними МРТ, в 57% спостережень

Mattson EK et al. фіксували у пацієнтів зі струсом ГМ патологічні зміни речовини ГМ, а когнітивні функції повністю не відновлювалися навіть через 6 міс після травми [42;43]. При струсі ГМ можуть поєднуватися розлади, індуковані як нейротравмою, так і клінічними проявами ПТСР. Доведено, що після струсу ГМ у багатьох пацієнтів виникає стійкий (що триває впродовж місяців і навіть років) ПКС [44;45;46].

Серйозними наслідками бойової психічної травми, які виникають вже через 1 міс після участі у бойових діях, стають: саморуйнівна поведінка (25,6%), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (33,3%), а також делінквентна поведінка, зокрема зумовлена бажанням повторення травмуючої ситуації з метою відреагувати на неї, та інші негативні наслідки **[Ошибка! Источник ссылки не найден.;48]**.

Особливою, специфічною формою віддалених ускладнень травматичного ушкодження ГМ є ПКС, який проявляється переважно розладами вегетативної нервової системи та порушеннями в психоемоційній сфері. Причому саме порушення ментального здоров'я визначають здебільшого провідну клінічну картину та соціальну значущість даної патології [49;50].

За даними дослідження, проведеного І.Черненко з метою вивчення психопатологічних наслідків закритої ЧМТ легкого ступеня у бійців АТО у віддалений період (в обстеженні брали участь 100 бійців АТО з різними психопатологічними наслідками перенесеної травми черепа і ГМ через 1 рік після травми), залежно від клінічної форми перенесеної ЧМТ і особливостей її перебігу на даний час виокремлюють синдром загально мозкових розладів,

синдром вогнищевого випадіння функцій мозку, синдром рухових розладів, порушення функцій розладів, порушення функцій черепних нервів, синдром стовбурових розладів (при тяжкій травмі) [51]. Психопатологічні наслідки закритої ЧМТ проявляються у вигляді психоорганічного синдрому і характеризуються підвищеним виснаженням та малою продуктивністю психічних процесів, зниженням пам'яті й інтелекту, нетриманням афектів. Формування патології особистості відбувається за астеничними, іпохондричними, паранояльними, психопатоподібними, істеричними, епілептоїдними типами [52;53].

Таким чином, ПКС (травматична енцефалопатія) внаслідок бойової черепно-мозкової травми – це комплекс неврологічних і психічних порушень, що виникає в пізній або віддалений період ЧМТ. Він обумовлений дегенеративними, дистрофічними, атрофічними і рубцевими змінами мозкової тканини внаслідок травми, а також наслідками бойового стресу, що можуть проявлятися розладами адаптації мнестично-когнітивними, афективними проявами у вигляді ПТСР, астуно-невротичного, тривожно-депресивного та інших синдромів. Термін появи, характер і ступінь вираженості нервово-психічних розладів при цьому залежать від тяжкості та локалізації травми, віку потерпілого, ефективності лікування та інших чинників.

Варто зазначити, що проблема медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, зокрема тих, що зазнали контузії, довгий час залишалася і залишається невирішеною. Так, наприклад, в період саме гібридної війни АТО/ООС завершення періоду часткової мобілізації, перехід військовослужбовців з-під медичного нагляду військово-медичної служби до цивільної системи охорони здоров'я, відсутність медико-психологічного супроводу ветеранів у мирному житті не дозволяли повною мірою забезпечити не лише реабілітацію при наслідках контузії, але й елементарний диспансерний нагляд за пацієнтами цієї категорії. В період повномасштабної агресії російської федерації, активної фази бойових дій, головна увага медико-психологічної наукової спільноти зосереджена на лікуванні гострої бойової травми, залишаючи

«на потім» проблеми віддалених наслідків контузії. І серед причин недостатнього опрацювання проблеми основною є відсутність наукових програм з вивчення етіопатогенезу, клініки та пошуку методів лікування такого непростого наслідку війни, як ПКС.

Таким чином, постконтузійний синдром у військовослужбовців та ветеранів постає як складний медико-психологічний феномен, у структурі якого поєднуються наслідки вибухової черепно-мозкової травми, стійкі когнітивні, емоційні й поведінкові порушення, розлади вегетативної нервової системи, а також прояви бойового стресу й ПТСР. Незважаючи на відносно «легкий» за класифікаційними критеріями характер багатьох травм, легкі та середні ЧМТ зумовлюють довготривалі порушення функціонування головного мозку, що веде до професійної дезадаптації, соматичних ускладнень, формування психоорганічного синдрому та патологічних змін особистості.

Висока частота вибухових ушкоджень голови в умовах сучасної війни, специфіка бойового генезу травми, поєднання нейротравматичних і психогенних механізмів, а також недостатня розбудова системи медико-психологічного супроводу ветеранів підсилюють клінічну та соціальну значущість ПКС і визначають його як одну з ключових проблем ментального здоров'я в українському суспільстві воєнного часу.

Нерозв'язаність питань етіопатогенезу, клінічної типології та цілеспрямованої реабілітаційної допомоги пацієнтам із ПКС, зокрема з позицій міждисциплінарного медико-психологічного підходу, зумовлює потребу в розробленні спеціалізованих моделей психологічного супроводу під час реабілітації осіб з наслідками легкого травматичного ушкодження мозку. Саме тому далі доцільно зосередитися на аналізі особливостей психологічного супроводу та сучасних напрямів психологічної реабілітації при mTBI, що стане предметом подальшого розгляду.

1.2. Особливості психологічного супроводу під час реабілітації пацієнтів з наслідками легкого травматичного ушкодження мозку

Варто зазначити, що провідне місце в лікуванні наслідків контузії та пов'язаної з нею бойової психічної травми на сьогодні залишається за психофармакотерапією [54;55;56;57]. Водночас, необхідно враховувати біо-психо-соціальну модель постконтузійного синдрому, адже наслідки мТБІ – це майже завжди порушення психічних функцій, а відповідно їхнє відновлення є основним завданням реабілітації. Разом з тим, реабілітація після мТБІ це складний комплекс заходів, де психологічні інтервенції є тільки одним із складників. Тому важливо розглядати психологічну реабілітацію як окрему сферу і як частину роботи мультидисциплінарної команди [58;59;60;61;62].

Важливим компонентом реабілітаційного комплексу при наслідках контузії є фізична терапія, яка через рух, дію м'язів, спеціальні вправи дозволяє переключати домінанти нейропсихічних патологічних циклів, зменшуючи тривожність, напруженість, покращуючи психоемоційний стан. Разом із тим, за таких умов формуються нові нейронні зв'язки, колатералі в зоні наслідків аксональної травми в структурі головного мозку [63;64;65;66].

В терапії постконтузійного синдрому використовуються преформовані фізичні чинники, зокрема гіпербарична оксигенація, імпульсна магніторепатія, високочастотна електротерапія, низькодозована рентгентерапія [67;68;69;70;71].

Стосовно медико-психологічного супроводу пацієнтів з наслідками контузії, то в сучасній спеціальній літературі зустрічаються лише поодинокі данні, що більше стосуються загальних підходів щодо психодіагностики та прогнозування наслідків цієї розповсюдженої бойової травми в контексті сукупних медико-психологічних та медико-соціальних проблем. Зокрема, в роботах О. Блінова вказується на актуальність проблеми організації дієвої психодіагностики на госпітальному та постгоспітальному етапах лікування наслідків бойової травми, приділяючи особливу увагу та зосереджуючись на

актуальності розробки багатовекторної системи психологічної реабілітації [72;73;74]. Особливе місце в цій системі автор відводить засобам арт-терапії [75;76]. О. Чабан та Н. Марута зосереджують увагу на суспільних наслідках бойової та пов'язаної з війною психічної травми як у «здоровому» суспільстві, так і тих, кого ця травма безпосередньо торкається – пацієнтів та медичного персоналу [77;78].

Для розуміння напрямків наукового пошуку за темою дисертації та пошуку інструментів діагностики та терапії нам довелося проаналізувати існуючу базу джерел. Джерела інформації про психологічні інтервенції на сьогодні:

1. Посібники, текстбуки, клінічні настанови і колективні монографії. Психологічна реабілітація є або окремою темою книги, або, що буває частіше, включена коротко в комплекс нейропсихологічних реабілітаційних заходів.

Зазвичай вони містять інформацію про природу ушкоджень, теоретичні моделі, клінічні характеристики розладів, а також узагальнені посилання на більш конкретні джерела і підходи – коротко згадуються проведені дослідження і напрацьовані програми. Вони є джерелом для визначення загальних принципів і настанов у процесі психологічної роботи, базою для розуміння природи ушкоджень, основ роботи і підходів. Також можуть бути використані для більш детальних пошуків інформації, на яку посилаються автори посібників. У деяких із них містяться детальні описи підходів, інтервенцій і протоколів [79;80;81;82;83;84;85].

2. Реабілітаційні гайди і програми (загальні і тематичні), до яких включено психологічну реабілітацію. Зміст може бути від коротких згадок про конкретні інтервенції у великих комплексних гайдах до детального опрацювання технік.

Наприклад, *Clinician's Guide to Cognitive Rehabilitation in Mild Traumatic Brain Injury: Application for Military Service Members and Veterans Working Group to Develop a Clinician's Guide to Cognitive Rehabilitation in mTBI (2016)* включає детальний опис когнітивної реабілітації з розбором таких тем і технік, як ознайомлення із темою, основні принципи (залучення, встановлення альянсу,

реалістичні цілі відновлення тощо) техніки збору інформації та оцінки, техніки когнітивної роботи: встановлення і пріоритизація цілей. Наступний етап, власне напрацювання змін, зокрема персоналізована психоедукація, тренінг когнітивних стратегій, прямий тренінг когнітивних процесів, менеджмент оточення, моніторинг успіху. У подальшому – перехід до самоменеджементу [86].

Шотландський гайд SIGN містить рекомендації щодо втручань з оцінкою їхньої доказової ефективності, але не містить їх розшифровки чи конкретних вказівок чи програм. Так, наприклад, програми з відновлення пам'яті і компенсаторні стратегії – психологічна реабілітація (це вибір для реабілітації з доказовою ефективністю класу Д, зниження помилок у сприйнятті – класу Б, увага і менеджмент в значущих ситуаціях – класу С, метакогнітивні стратегії – класу В, депресія і тривожність – класу В, соціальні втручання і робота з оточенням – класу Д) [87].

В нашому дослідженні здійснено огляд валідних гайдланів [88;89;90;91], що дозволило нам прийти до наступних узагальнень. Так, можна констатувати, що включені в огляд гайди рекомендують комплексне нейропсихологічне оцінювання за допомогою цільового міждисциплінарного підходу. Усі з них пропонують поведінкове втручання, зворотний зв'язок та групову терапію для самоусвідомлення і розуміння того, що відбувається. Разом із тим, більшість роблять акценти на відновленні пам'яті за допомогою компенсаторного навчання та стимуляції зовнішніх і внутрішніх компенсаторних механізмів. В той же час, більшість радять покращувати увагу за допомогою спеціальних функціональних навичок через повторення та практику в повсякденній діяльності. Слід зазначити, що у всі гайди включено метакогнітивні стратегії планування, вирішення проблем та управління цілями для виконавчої дисфункції, а також включено нейроповедінкові втручання для позитивної поведінки, менеджменту навколишнього середовища та визначення внутрішніх передумов негативної поведінки (наприклад, депресія, тривога, біль). Наостанок, зазначимо, що гайдах наведено переконливі докази ефективності когнітивно-

поведінкової терапії (КПТ) щодо симптомів гострого стресу/тривоги при наслідках контузії.

В межах виконання теоретичних завдань було узагальнено положення метааналізиів оглядів та порівняльних аналізів. Стає зрозумілим, що порівняння можуть стосуватись різних видів втручань, наприклад, фармакологічних і психологічних. Крім того, можуть також проводитись аналізи щодо однієї проблеми, яка вирішується за допомогою різних програм, або, наприклад, щодо особливостей реалізації цих програм (особиста – індивідуальна форма тощо) [92;93;94].

Щодо клінічних досліджень конкретних програм чи інтервенцій. Зазвичай золотим стандартом є випадкові рандомізовані, плацебо-контрольовані (у випадку з психологією – групою очікування). Можливі, однак, різні варіації – від відсутності контрольної групи до кількох різних груп впливу. Також характеризуються відсутністю єдиного стандартизованого підходу до досліджень – починаючи із попередньої оцінки і закінчуючи виміром ефективності впливу. Окремі з них будуть використані далі в огляді [95–97].

Спочатку варто визначитися, в яких напрямках може відбуватися психологічна реабілітація. Психологічні інтервенції і дослідження їхньої ефективності проводять для таких наслідків ТБІ, як порушення загальних психічних функцій (мислення, увага, пам'ять, виконавчі комунікаційні функції), проблеми емоційної регуляції та регуляції поведінки (депресія, тривожність, регуляція злості), світоглядні та особистісні проблеми (проблеми із ідентичністю, зниження самооцінки, соціалізація тощо), а також супутня підтримка сімей, піклувальників та спеціалістів, що надають допомогу.

Найбільше досліджено окремі інтервенції та інтервенції, що ґрунтуються на КПТ. Цілі та сфери реабілітаційних втручань, описаних у статтях, зосереджені переважно на сферах функціонування – від функцій організму до соціальної діяльності та участі [98;99;100].

Результати досліджень, проаналізованих окремо, показали, що найбільше робіт присвячено питанням реабілітації у повсякденному житті (36,4%), на

роботі/в освіті (20,8%), компенсації фізичного дефіциту (30,0%), когнітивного дефіциту (46,6%) та роботі із темами емоцій (29,7%). Кількісні дослідження були розподілені як 58,6% у лікарні, так та 37,9% у громаді/домі, націлені переважно на середній/важкий ТВІ (48,0%) або на усі можливі види ТВІ.

Третину з них (32,8%) проводили на етапі стабільної реабілітації через 3–12 міс після травми або за тривалої хронічної фази (48,8%). Решта – 26,5% – зосереджена на гострій, підгострій або всіх фазах.

На сьогодні маємо картину значної кількості більш-менш стандартизованих інтервенцій, що включені в процес реабілітації. Також проводяться дослідження ефективності застосування цих інтервенцій. Загальні підсумки досліджень полягають у тому, що немає критеріїв визначення ефективності інтервенції. Використовують такі підходи: самозвітність за підібраними шкалами (заміри «до» і «після»), порівняння ефективності різних психологічних програм, що мають однакову мету, порівняння контрольної та експериментальної груп, порівняння фармакологічних та психологічних інтервенцій. Таке розмаїття підходів не дає можливості утвердити один «золотий стандарт» психологічних інтервенцій. Дослідники відзначають також складність отримання інформації від учасників досліджень протягом періоду тривалістю більше 1 міс. Найбільш повними є докази ефективності втручань, що пов'язані із класичними для психотерапії, зокрема КПТ, темами депресії та тривоги, а також ПТСР [101 - 111].

В такому контексті доречно розглянути особливості медико-психологічного супроводу пацієнтів при мТВІ. Психологічна реабілітація при ТВІ є розгалуженою системою наукових і практичних знань. На сьогодні є кілька «золотих стандартів», які зазвичай згадують при огляді реабілітаційних програм – це КПТ для англомовних джерел, проблемно орієнтовані напрями реабілітації, що мають комплексний і холістичний підхід. Останнім часом деякі дослідження проводять для програм АСТ, МФ, арттерапії, інтерперсональної терапії, ДБТ [112;113;114].

Sherer [за: 160] вказує, що мережею реабілітації Сполдінга (SRN) було розроблено комплексну програму безперервного догляду для людей з набутою ЧМТ різної важкості, які ще не повернулися до функціонального стану, самообслуговування та не відновили навички комунікацій. Це 8-тижнева програма, що має три рівні допомоги, на кожному з яких вирішують відповідні до потреб пацієнта задачі. Перші два рівні – це реабілітація пацієнтів, що перебувають у комі чи у несвідомому стані (перший рівень) та у стані обмеженої функціональності (другий рівень). Третій рівень передбачає реабілітацію пацієнтів у посттравматичному сплутаному стані [115].

Оцінку та лікування проводить багатопрофільна команда у складі спеціалістів з нейропсихології, терапії, лікувальної фізкультури, трудотерапії, мовної патології, кейс-менеджерів та інших фахівців. Програма має назву DocCompass. Вона містить карту програми, стандартизовані та розбиті за тижнями методи оцінки потреб та ефективності лікування.

Серед психологічних заходів реабілітації у цій програмі не так багато заходів. Перш за все це едукативна робота з сім'єю, піклувальниками та із постраждалими. До протоколів роботи також включені додаткові обстеження і формування нейроповедінкового профілю. Він стосується як особливостей роботи свідомості, так і загальних психічних функцій і передбачає переважно нейропсихологічну корекцію та інтервенції.

Зразки протоколів опитування включають загальні питання на розуміння ситуації, спостереження за активністю, моторні реакції та базові когнітивні здібності. Тестування проводять фахівці за активного залучення сім'ї і піклувальників. Особливе значення на етапі реабілітації мають поведінкова оцінка та поведінкові втручання

Здійснено огляд деяких психологічних підходів (за Wiart L.). Найбільше опублікованих досліджень знайдено щодо інтерперсонального підходу, холістичного підходу, КПТ, системного чи психодинамічного підходу [116-118].

За жодним із підходів не вдалося досягти будь-якої наукової оцінки класу «А» через низький рівень доказовості. Однак експертні дані щодо якості програм

та їхньої ефективності дають загалом хороші консенсусні оцінки відносно цих втручань (консенсус – понад 90% залучених експертів). На підставі аналізу стало можливим узагальнити наступні загальні рекомендації.

Мова має йти про те, що нефармакологічне лікування порушень поведінки у пацієнтів з ушкодженням ГМ та страждання в їхніх сім'ях може бути рекомендованим в першому намірі незалежно від стадії хвороби. Його мають здійснювати терапевти, які мають досвід лікування нейропсихологічних розладів, пов'язаних з ЧМТ, у співпраці з професіоналами команди та тісним оточенням пацієнта.

Щодо нефармакологічного лікування порушень поведінки варто зазначити про такі підходи, як: холістичний (заплановані маршрути догляду, професійна, громадська та професійна діяльність), когнітивно-поведінковий, системний сімейний, а в деяких випадках – психоаналітичний підхід. Це також передбачає коригування поведінки в найближчому оточенні пацієнта та можливих піклувальників [120-123]. В зазначеному контексті актуальності набуває аналіз основних психотерапевтичних підходів, імплементація яких в систему медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом має найближчі перспективи.

Так, інтерперсональний підхід полягає, у коригуванні поведінки (наскільки це можливо), близького оточення пацієнта та адаптації навколишнього середовища таким чином, щоб уникнути поведінкових порушень, спричинених зовнішніми чинниками, такими як шум, метушня, роздратування, надмірні вимоги тощо. Основна мішень – зниження ступеня нерозуміння потреб особи з пошкодженням ГМ в її найближчому оточенні, суспільстві і, перш за все, в професійному колі. В інтерперсональному підході вводиться поняття «невидима інвалідність».

Холістичний підхід, в основі якого лежить принцип, спрямований на необхідність усвідомити інвалідність та прийняти її, з метою кращої соціальної та професійної реабілітації. Він встановлює, що це можливо досягнути через системні зусилля, скоординовано та поступово. В такому підході

передбачаються індивідуальні сеанси психотерапії, групові психотерапії та когнітивна реабілітація. Пацієнт просувається поступово за такою класичною моделлю: розуміння підтексту і передумов, усвідомлення того, що відбувається, розвиток пластичності, контроль над явищами компенсації, прийняття розладу і своїх можливостей, робота із темами ідентичності, соціальна реабілітація. Це програми, що активно досліджуються та мають невисокі, але показові для психологічної реабілітації оцінки ефективності (рівень доказів 2–4) [124-128].

Наступним підходом є КПТ. Йдеться як про класичну КПТ, так і про численні її адаптації, окремі інтервенції та групові програми. КПТ для ТБІ працює за тією ж схемою, що й для інших розладів. На когнітивному рівні: шляхом процесу «когнітивної перебудови», в якому ідея полягає у тому, щоб виявити порушені думки, когнітивні спотворення, перевірити достовірність цих висновків та розробити більш раціональні альтернативи за допомогою терапевтичного альянсу. Методологія є директивною, що передбачає систематичні оцінки та встановлення прогресивних цілей у формі, в процесі роботи над якими відбувається їхня оцінка та можлива зміна.

На поведінковому рівні можна згадати, наприклад, поступовий вплив на проблемні ситуації, проведення поведінкових експериментів, розвиток «внутрішнього діалогу», використання терапевтичних записок та щоденників, проведення рольових ігор, тренування вирішення проблем, релаксаційні техніки (докази за 26 статтям на рівні 2–4).

Найчастіше КПТ застосовують при тривожно-депресивних проявах та для менеджменту гніву. Як окремі інтервенції чи складові програм призначні для більшості сфер реабілітації з акцентом на поведінкових втручаннях [129;130;131;132].

Наостанок, додамо про сімейну терапію. Це відносно новий підхід для реабілітації після ТБІ, що ґрунтується на сімейних та інституційних взаємодіях, пов'язаних із неврологічними проявами. Метою такого виду терапії є сприяння спільному відновленню за участю терапевта, пацієнта, сім'ї та команди з

догляду. У цій галузі є 17 статей, але доказового рівня досягають тільки дві з них (2 і 10 балів) [133;134;135].

Метааналіз ефективності окремих інтервенцій при мТБІ (Gómez-de-Regil, 2019) вказує на найбільшу кількість доказових публікацій щодо КПТ-програм, є помірні або слабкі докази ефективності психоедукації як окремої інтервенції (Arbabi, 2020). Також є незначна кількість публікацій на тему ДБТ, АСТ, СFT, але їх неможливо оцінити через незначну кількість [137;138].

Подібними є результати і інших метааналізів. Дослідження високої якості показали, що індивідуальні та/або спеціально створені програми КПТ були особливо ефективні для зменшення тривоги у пацієнтів. В інших високоякісних дослідженнях поведінкові методи управління були успішними у зменшенні агресії чи збудження після ТБІ. Сеанси менеджменту гніву були ефективними для зменшення агресивності. Ефективними виявилися сімейні консультування, психоедукація та поведінкова активація [139;140;141].

Окреме питання стоїть щодо ефективності групових втручань (Patterson, 2016). Більшість із них спрямована на специфічні порушення або функції (наприклад, тренування пам'яті) групи, навички подолання труднощів, рідше – на емоційні проблеми. Основна частина досліджень у цій сфері орієнтована на реабілітаційних амбулаторних пацієнтів, проте групові втручання традиційно використовуються в умовах стаціонарної реабілітації. Немає переконливих доказів позитивного впливу групового процесу на ефективність реабілітації. А аналіз сприйняття груп вказує на певні складнощі в реалізації цього формату [142]. Як видно із результатів огляду, найбільш поширеним і добре дослідженим психологічним напрямом реабілітації є КПТ чи її елементи.

Разом із тим, незважаючи на напрям реабілітації та доцільність використання КПТ-підходу, переважна більшість дослідників наголошує на необхідності адаптації програм відповідно до проблем пацієнтів. У першу чергу Smith A [104], аналізуючи низку джерел, наголошує, що саме такий підхід є ефективним. В цьому сенсі КПТ є більш гнучкою версією порівняно з іншими реабілітаційними підходами, наприклад, програмами модифікації поведінки,

оскільки включає вивчення власних реакцій та емоційної складової дій, яка дозволяє зрозуміти, що відбувається, і розвинути знання себе. Класична КПТ-сесія структурує не тільки саму дію, але й її сприйняття і мотивацію [143].

Аналізуючи особливості реалізації підходу КПТ, Belanger [144; 149] пропонує принципи адаптації КПТ-втручань при ТБІ: рівень когнітивної функціональності модерує використовувані стратегії лікування; когнітивне відновлення підвищує здатність пацієнта отримувати ефект від терапії; нове навчання та узагальнення можуть бути важкими; усвідомлення пацієнтом депресивної симптоматики модерує терапевтичну стратегію; опрацювання горя – важливий компонент лікування; преморбідна особистість, стиль життя та інтереси забезпечують контекст для розуміння поточної поведінки; розуміння невідповідності між фактичними та передбачуваними втратами є важливим для лікування; посилення і визнання навіть невеликих терапевтичних переваг покращує настрій; акцент на спільних терапевтичних відносинах сприяє робочому альянсу; гнучкість сеансу є важливою для забезпечення безперервності лікування; зміни в медичному статусі впливають на лікування; в терапії також мають бути опрацьовані негативні настанови членів сім'ї та піклувальників і опрацьована їхня жалоба. За результатами численних оглядів, основними техніками автор називає тестування думок про ТБІ, побудоване на основі класичного протоколу депресії з урахуванням вказаної специфіки [144].

Перейдемо до аналізу окремих напрямів реабілітації. Існують вагомі докази, що підтверджують ефективність психологічного та психоневрологічного втручання щодо уваги, пам'яті, навичок соціальної комунікації, виконавчої функції та всебічної цілісної нейропсихологічної реабілітації після ЧМТ. Докази підтверджують візуально-просторову реабілітацію після інсульту правої півкулі і втручання при афазії та апраксії після інсульту лівої півкулі. Разом з нашими попередніми оглядами ми оцінили в цілому 370 втручань, включаючи 65 досліджень класу I або Ia. Наразі є достатня інформація для підтримки обґрунтованих доказів протоколів та впровадження емпірично підтверджених

методів лікування когнітивних порушень після ЧМТ та інсульту [145;146;147;148;149].

В літературі зустрічаються також повідомлення про ефективність EMDR-терапії в реабілітації пацієнтів з постконтузійним синдромом. Ряд дослідників вказує на можливість «переробки» травми та зменшення вираженості таких симптомів постконтузійного синдрому, як тривожність, безсоння, порушення пам'яті та уваги після проведених курсів терапії рухом очей чи інших форм латеральної стимуляції [150–157].

На завершення огляду літератури наводимо декілька програм медико-психологічного терапевтичного впливу на пацієнтів з постконтузійним синдромом, які довели свою ефективність.

Програма ІНСАЙТ (Improving Natural Social Interaction: Group reHABILitation after Traumatic Brain Injury – INSIGHT) [158].

Особливості:

- 1) зосереджена на груповій взаємодії;
- 2) гнучка, призначена для навчання управлінню поведінковими проявами та імпульсами, які можуть виникати через ТБІ, а не для обмеження у поведінці;
- 3) сприяння природній, автентичній комунікації;
- 4) пацієнторієнтована;
- 5) основне завдання – управляти негативною поведінкою пацієнта в реальному контексті.

Програма GIST (Group interactive structured treatment) [159]

Це групова інтерактивна структурована терапія авторства L.A. Hawley і J. Newman. Має підтверджену ефективність в низці досліджень.

Основні етапи: залучення, усвідомлення та інформування, постановка цілей, напрацювання навичок, генералізація отриманого досвіду. Передбачає 13-тижневий формат поєднання КПТ, нейрореабілітації, групового формату та холістичного підходу.

До основних інтервенцій належать: спостереження, словесне переконання, зворотний зв'язок, когнітивна реструктуризація, підказки, моделювання, поведінкова репетиція, вирішення соціальних проблем, навчання напористості, соціальне заохочення та домашнє завдання. Специфічні соціальні навички компетентності обговорюються, моделюються та відпрацьовуються в малих та великих інтерактивних групах. Учасники отримують покрокову робочу книгу із щотижневими домашніми завданнями, що дає можливість для повторення та практики у реальному світі, а також зворотний зв'язок та посилення від наявної підтримки особи. Узагальненню сприяють не лише залучення родини, а й щотижневі домашні завдання у різних середовищах та вирішення соціальних проблем у реальному житті. Родину просять взяти участь у трьох сесіях з підтримки людей, які підкреслюють їхню роль у заохоченні розвитку та узагальненні навичок соціальної компетентності.

Передбачає групи з 5–8 людей та 2 фасилітатори. Для всіх учасників передбачена самооцінка бланковими методиками: передтест – посттест.

Умови участі: принаймні 12 міс. після травми; 6 міс. після легких травм; підтримка сім'ї; деяка мотивація до вдосконалення; вміння самостійно оцінювати сильні та слабкі сторони, приймати відгуки.

Теми інтервенцій і сесій: орієнтація та оцінка; навички чудового комунікатора; оцінка себе та постановка цілей; початок розмов; ведення розмови та використання зворотного зв'язку; упевненість у вирішенні проблем; соціальна впевненість через позитивну розмову про себе; практика в громаді (піші прогулянки); соціальні кордони; відеозапис; відеовідгук – практика у спільноті; вирішення конфлікту; закриття та святкування (Group Interactive Structured Treatment).

Має доведену ефективність в клінічних дослідженнях, описаних Sherer [160]. Зокрема, щодо інтервенції втручань в соціальну інтеракцію. Наприклад, 8-тижнева програма вивчення соціальних взаємодій на основі зовнішніх маркерів – розпізнавання емоцій та емоційних сигналів від інших (докази є, але скромні). Так само щодо інтервенцій, спрямованих на комунікаційних партнерів. Вони

навчають як близьких піклувальників, так і осіб допоміжних професій. Мають потенціал, підвищують взаєморозуміння.

З огляду на доведену ефективність уваги заслуговують інші програми соціальної реабілітації людей, що мають ТБІ [16]: «Соціальний клуб» – 3 сесії на тиждень, усього 12–18 год протягом 4 тиж. Розвиток соціальних навичок та робота із соціальною тривогою (без значущих доказів). «Комунікаційний тренінг» для піклувальників, 8 тиж., 2-годинні групи, (без значущих доказів). «Програма розвитку соціальних навичок для людей з ТБІ», 12 тиж., 18 год. (незначні докази). КПТ, базовані інтервенції, спрямовані на покращення комунікацій, 6 год., особисто, 6 год. в групі. Поєднання КПТ і чутливої до контексту терапії. Має певні докази ефективності. Програма терапії соціальних навичок, 12 тиж., 3 групові сесії, 12 особистих, 48 год. Навчання соціальної поведінки, сприйняття і пристосування. Метод зовнішніх кольорових підтримок (червоне – стоп, зелене – схвалення) та тренування конкретних поведінкових технік.

Таким чином, аналіз сучасних підходів до психологічної реабілітації при мТБІ показує, що, попри провідну роль психофармакотерапії та наявність численних програм і гайдів, не існує єдиного «золотого стандарту» психологічних інтервенцій для пацієнтів з наслідками контузії, зокрема бойового генезу. Найбільш доказовими залишаються протоколи, побудовані на засадах КПТ, доповнені холістичними, інтерперсональними, сімейними, нейроповедінковими втручаннями, а також специфічними формами терапії (EMDR, арт-терапія, тренінги соціальних навичок тощо), однак їх ефективність значною мірою залежить від індивідуальної та контекстуальної адаптації до когнітивного статусу, емоційних порушень, сімейної системи та соціально-професійної ситуації пацієнта. Розмаїття протоколів, відсутність уніфікованих критеріїв оцінювання результатів, обмеженість досліджень щодо віддалених наслідків бойової мТБІ та ПКС, а також недостатня розробленість моделей медико-психологічного супроводу в українських реаліях зумовлюють потребу у створенні цілісної, мультидисциплінарної, етапної системи психологічного

супроводу, інтегрованої з нейрореабілітаційними, соматичними та соціальними заходами. Саме окреслення концептуальних засад такої системи медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом, а також її структурних компонентів і механізмів реалізації становитиме зміст наступного підрозділу.

Узагальнюючи результати теоретичного дослідження, доцільно конкретизувати зміст базових понять, на яких ґрунтується подальший теоретико-емпіричний аналіз. У межах нашого дослідження **медико-психологічний супровід** розуміємо як системно організований, доказово обґрунтований, міждисциплінарний процес тривалого спостереження, оцінювання, профілактики, лікувально-реабілітаційних та психосоціальних втручань, що здійснюється у взаємодії лікарів, психологів та інших фахівців охорони здоров'я і спрямований на відновлення, підтримання та оптимізацію соматичного, неврологічного й психічного функціонування пацієнта, його життєвої активності, якості життя та соціальної участі. Такий супровід включає безперервність (від гострого періоду до віддаленого), мультикомпонентність (медичні, психотерапевтичні, реабілітаційні, соціальні заходи) та індивідуалізацію з урахуванням клінічного стану, психічних особливостей, ресурсів особистості та сімейного оточення.

Специфіка медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом полягає в тому, що він має бути спрямований на подолання наслідків комбінованого ураження – вибухової черепно-мозкової травми та бойової психічної травми – і, відповідно, інтегрувати нейрореабілітаційні, психотерапевтичні, психофармакологічні, соматичні й психосоціальні підходи у єдину, етапну, ІСР-орієнтовану (ICF) систему допомоги. Ми маємо на увазі роботу з полісимптомним комплексом (когнітивні, емоційно-вольові, поведінкові, вегетативні, соматичні порушення), врахування феномену «невидимої інвалідності», високого ризику коморбідних стрес-асоційованих розладів (ПТСР, розлади адаптації, зловживання психоактивними речовинами), необхідності тривалого

моніторингу та профілактики психосоціальної дезадаптації, антисоціальної й аутоагресивної поведінки з активним залученням сім'ї та найближчого соціального оточення.

Висновки до першого розділу

Отже, узагальнення сучасних даних про медико-психологічні наслідки вибухової черепно-мозкової травми та постконтузійний синдром дає підстави розглядати ПКС як складний медико-психологічний феномен, у структурі якого поєднуються органічні (дегенеративні, дистрофічні, рубцеві) ураження мозкової тканини, стійкі когнітивні, емоційні, поведінкові та вегетативні порушення, а також наслідки бойового стресу й посттравматичних розладів. Незважаючи на те, що значна частина бойових ЧМТ формально кваліфікується як легкі, їх віддалені наслідки зумовлюють хронічні розлади психічних функцій, професійну дезадаптацію, соматичні ускладнення, формування психоорганічного синдрому та патологічних змін особистості, що суттєво впливає на ментальне здоров'я військовослужбовців і ветеранів.

Аналіз сучасних підходів до психологічної реабілітації при мТБІ показав відсутність єдиного «золотого стандарту» психологічних інтервенцій і значну фрагментарність доказової бази. Найбільш вивченими та відносно доказовими є протоколи, побудовані на засадах когнітивно-поведінкової терапії, доповнені холістичними, інтерперсональними, сімейними, нейроповедінковими підходами, а також окремими формами терапії (EMDR, арт-терапія, тренінги соціальних навичок тощо). Водночас ефективність цих втручань істотно залежить від їх адаптації до когнітивного дефіциту, емоційної й поведінкової симптоматики, особливостей сімейної та професійної ситуації пацієнтів, а також від узгодженості роботи мультидисциплінарної команди. Розмаїття протоколів, відсутність уніфікованих критеріїв оцінки результатів, труднощі у довготривалому спостереженні та обмеженість досліджень щодо PCS бойового генезу не дозволяють сьогодні говорити про сформовану, стандартизовану систему психологічної реабілітації цієї категорії хворих.

У контексті російсько-української війни контузія та постконтузійний синдром є одними з найпоширеніших наслідків бойової травми, а кількість осіб, які вже мають або матимуть ці наслідки, вимірюється десятками, а ймовірно, – сотнями тисяч випадків. На сьогодні в Україні відсутні повні та валідні дані щодо епідеміології, клінічних і параклінічних особливостей перебігу ПКС у військовослужбовців та ветеранів, що істотно ускладнює планування системи допомоги.

Медико-соціальне значення ПКС визначається не лише стійкими неврологічними та когнітивними порушеннями, а й вираженою психосоціальною дезадаптацією, ризиком антисоціальної поведінки та аутоагресії, втратою професійного статусу, деструкцією сімейних і соціальних зв'язків. Особливо недостатньо вивченими залишаються питання поєднаної (комбінованої) контузії та бойової психічної травми у вигляді ПТСР, розладів адаптації та інших стрес-асоційованих порушень, а також можливості цілеспрямованої психотерапії ПКС як в ізольованій формі, так і в коморбідності з іншими розладами ментального здоров'я.

Таким чином, результати теоретико-методологічного аналізу, проведеного в першому розділі, дозволяють: обґрунтувати постконтузійний синдром як одну з ключових проблем медико-психологічного забезпечення учасників бойових дій та ветеранів російсько-української війни; виявити розрив між високою поширеністю ПКС та недостатньою розробленістю його епідеміологічних, клініко-параклінічних і психосоціальних характеристик в українських реаліях; засвідчити відсутність уніфікованої, доказово обґрунтованої та контекстуально адаптованої моделі медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПКС; уточнити зміст базових понять «медико-психологічний супровід» та «специфіка медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом».

Основні положення розділу висвітлено в публікаціях:

1. Стеблюк В. В., Проноза-Стеблюк К. В. Травма та травмотерапія: історія та сьогодення. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4 (97). С. 83–87. URL: <http://uvnnpn.com.ua/arkhiv-nomeriv/2018/tom-26-vipusk-4-97/travma-ta-travmaterap-ya-stor-ya-ta-sogodennya>
2. Стеблюк В. В., Швець А. В., Проноза-Стеблюк К. В. Організація медико-психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. Медична психологія. 2019. Т. 14, № 3. С. 79–84. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2019/3/16>
3. Проблеми немедичного вживання психоактивних речовин : навч.-метод. настанова / за ред. В. В. Стеблюка. Харків : Юрайт, 2018. 149 с.
4. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / за заг. ред. О. В. Друзя, В. С. Гічуна. Київ : УВМА, 2018. 102 с.
5. Типовий протокол надання медико-психологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України. Київ : УВМА, 2019. 154 с.
6. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика : монографія / за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Київ : Медицина, 2021. 254 с.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ

2.1. Структура вибірки та розподіл учасників дослідження

Організація емпіричного етапу дослідження медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом ґрунтувалася на принципах доказової медицини та клінічної психології, передбачаючи поєднання скринінгових, діагностичних і реабілітаційно-терапевтичних процедур. Важливим завданням стало, з одного боку, виявлення контингенту учасників бойових дій з анамнезом легкої травматичної черепно-мозкової травми (mTBI) та можливими проявами ПКС, а з іншого – формування валідних для порівняння клініко-психологічних груп (основної, контрольної та групи порівняння) з урахуванням критеріїв включення, виключення та діагностичних підходів МКХ-10.

Дизайн дослідження було побудовано як природний клініко-психологічний експеримент із залученням пацієнтів, які зверталися по допомогу до профільних медичних, психіатричних та психотерапевтичних закладів, що забезпечує високу екологічну валідність отриманих даних. Відбір респондентів здійснювався з дотриманням етичних норм, принципів добровільної інформованої згоди та гарантій конфіденційності, що є принципово важливим у роботі з військовослужбовцями та ветеранами бойових дій.

Особливу увагу приділено тому, щоб сформована вибірка відображала реальну клінічну картину наслідків бойових травм у різні періоди російсько-української війни, що підвищує можливості узагальнення результатів і їх застосування в практиці медико-психологічної допомоги. З цією метою застосовано поетапну процедуру первинного та вторинного скринінгу, яка дозволила виокремити пацієнтів із контузією в анамнезі, ідентифікувати випадки постконтузійного синдрому та забезпечити раціональний розподіл респондентів

відповідно до запланованих методів терапевтичного впливу. Узагальнену схему формування вибірки дослідження та структуру сформованих груп подано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Структура вибірки та розподіл учасників дослідження

Група / етап формування вибірки	Характеристика групи	Кількість, n
Первинна вибірка	Усі учасники бойових дій в АТО, які звернулися по медичну та/або психологічну допомогу та були включені до первинного скринінгу	369
Особи з контузією (mTBI) в анамнезі	Пацієнти, які в період 2014–2018 рр. перенесли контузію / легке травматичне ушкодження головного мозку внаслідок мінно-вибухових травм, падіння з висоти, потрапляння стороннього предмета в голову чи ДТП	231
Особи з mTBI без ознак постконтузійного синдрому	Пацієнти з mTBI, у яких за результатами вторинного скринінгу не виявлено критеріїв F07.2 «Постконтузійний синдром» (група порівняння)	154
Особи з постконтузійним синдромом (ПКС)	Пацієнти з mTBI, які за результатами вторинного скринінгу відповідали критеріям діагнозу F07.2 «Постконтузійний синдром» за МКХ-10 (основна група)	77
Дослідна група	Пацієнти з ПКС, включені до дослідної групи для отримання запропонованого комплексу терапевтичних медико-психологічних втручань	49
Контрольна група	Пацієнти з ПКС, включені до контрольної групи для порівняння ефективності запропонованих втручань зі стандартною терапією	28

В рамках проведеного дослідження до первинного скринінгу було залучено 369 осіб, учасників бойових дій в АТО, що зверталися по медичну та психологічну допомогу.

Після **первинного** опитування встановлено, що з них 231 отримали (в анамнезі) контузію (легке травматичне ушкодження ГМ) в період 2014–2018 рр. внаслідок мінно-вибухових травм, падіння з висоти, потрапляння стороннього предмета в голову чи дорожньо-транспортної пригоди (ДТП).

Відповідно до дефініції mTBI вони мали короткочасну втрату свідомості і порушення пам'яті. У них одразу після отримання травми або в найближчий час були такі симптоми: порушення сну, орієнтації, рівноваги, зору, головний біль, слезотеча, нудота, блювання, дратівливість, зниження розумової працездатності та уваги, проблеми з концентрацією уваги і пам'яттю.

Вторинний скринінг був спрямований на виявлення осіб з ПКС. З 231 особи було виявлено 77, що склали **основну групу** та відповідали критеріям діагнозу F07.2 «Постконтузійний синдром» за МКХ-10. Основними скаргами у них були: головний біль – у 75 (97,4%), запаморочення – у 61 (79%), швидка втомлюваність – у 53 (68,8%), дратівливість – у 55 (71,4%), труднощі в зосередженні і вирішенні розумових завдань – у 58 (75,3%), зниження пам'яті – у 67 (87%), безсоння – у 62 (80,5%), зниження стійкості до стресу, емоційного збудження і алкоголю – у 76 (98,7%).

Відповідно до методів терапевтичного впливу цих 77 пацієнтів з ПКС розділили для участі в дослідженні на **дослідну** (49 осіб) та **контрольну** (26 осіб) **групи**. Решта (154 пацієнти) з первинної вибірки увійшла до **групи порівняння** (mTBI без ознак ПКС).

Учасників бойових дій (військовослужбовці: за мобілізацією, за контрактом, строкової служби), добровольців, працівників правоохоронних органів, волонтерів згідно з даними, що вказують на бойову травму голови (документально підтверджене чи анамнестично), розділили таким чином (рис. 2.1):

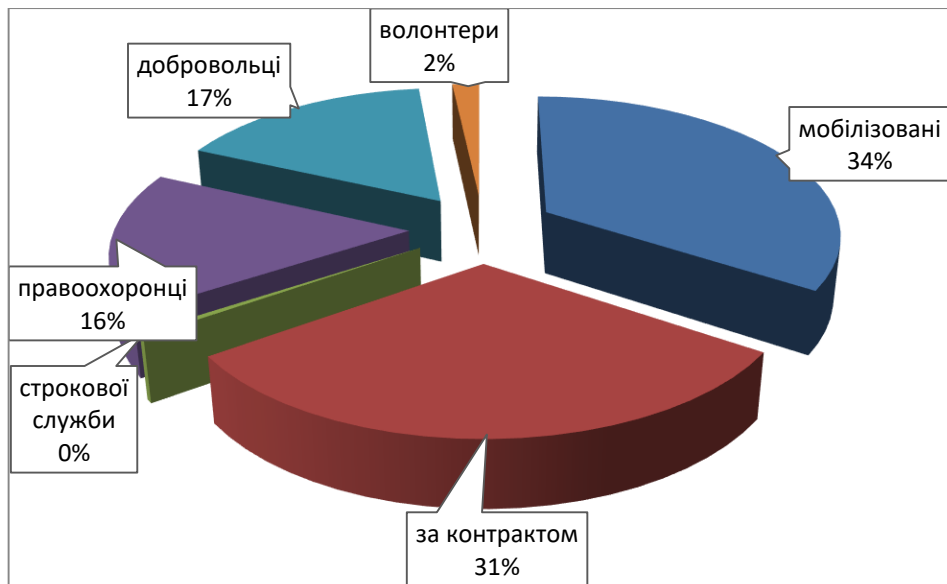


Рис. 2.1. Розподіл обстежених за відношенню до військової служби

Середній вік обстежених становив $38,29 \pm 7,09$ року (в основній групі $39,47 \pm 9,76$, в групі порівняння – $37,33 \pm 4,98$ року; різниця недостовірна; $p > 0,05$).

Серед категорій, що були обстежені, найбільшу частку становили мобілізовані в усіх вибірках та одружені (рис. 2.2). Середня тривалість перебування в зоні АТО становила $13,6 \pm 6,21$ міс у всіх обстежених.

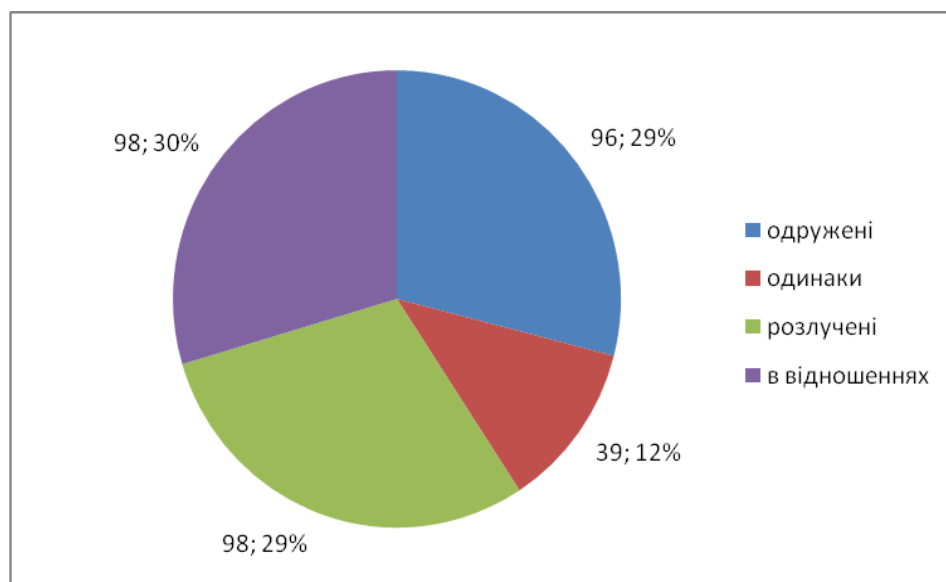


Рис. 2.2. Розподіл обстежених за сімейним станом

ЧМТ стала наслідком: вибухової травми (розрив міни, снаряду на відстані менше ніж 50 м) у 171 (74,03%) особи із загальної вибірки та у 63 (81,82%) з

ПКС, потрапляння стороннього предмету (осколку, цегли, каміння тощо) в голову, що була захищена каскою, – в 11 (4,76%) та у 3 (3,90%) відповідно, ДТП – у 9 (3,90%) та в 1 (1,30%) відповідно, падіння з висоти – у 13 (5,63%) та у 4 (5,19%) відповідно. Дані свідчать про найвищий відсоток вибірки тих, в кого ЧМТ стала наслідком вибухової травми (рис. 2.3).

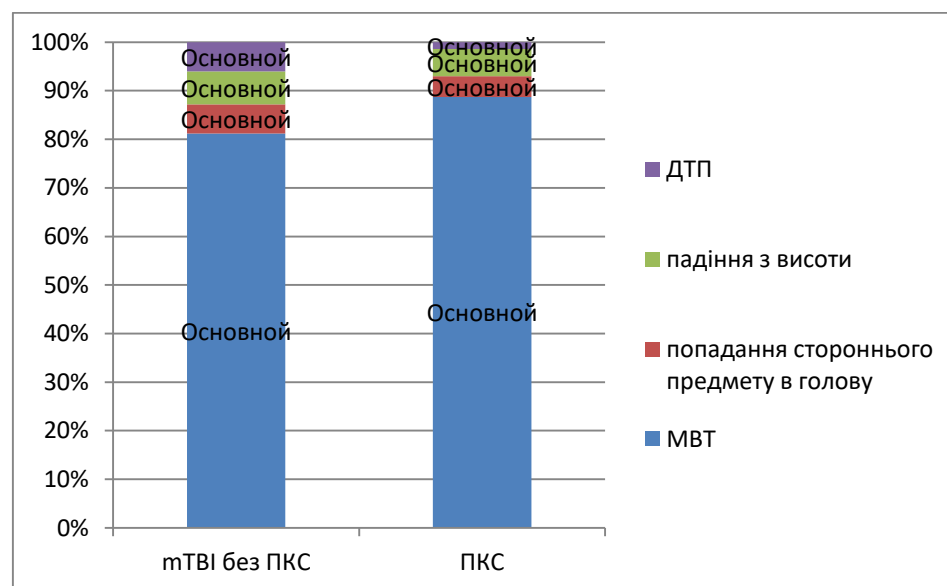


Рис. 2.3. Причини контузії (mTBI) в обстежених

Пацієнти дослідної групи та групи спостереження за показниками віку, причин травми чи терміну перебування в АТО не мали розбіжностей, тобто групи були статистично порівнюваними.

2.2. Дизайн дослідження

Дослідження було проведено на наступних клінічних базах: Національний військово-медичний клінічний центр (Головний військовий клінічний госпіталь), Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗСУ, військові мобільні госпіталі в зоні проведення АТО, де було виконано основні скринінгові методики), відкрите, без застосування сліпого контролю та плацебо.

Дослідження проводили із забезпеченням прав та свобод пацієнтів, згідно з Правилами етичних принципів наукових медичних досліджень за участю людини, що передбачені Гельсінською декларацією («Declaration of Helsinki») міжнародної конференції з гармонізації («International Conference on Harmonisation» – ICH) в редакції останнього перегляду 2007 р. та з дотриманням стандартів Належної клінічної практики (GCP), зокрема:

1. До початку проведення дослідження було визначено співвідношення ризику, що передбачається, і незручностей з очікуваною користю для суб'єкта дослідження і суспільства. Нові препарати та неапробовані методики в дослідженні не використовували. Очікувана користь переважала мінімальний ризик небажаних явищ, які могли виникнути при використанні методик психотерапії.

2. Права, безпека і благополуччя суб'єктів дослідження є важливішими за інтереси науки і суспільства. Дотримання цього правила забезпечувалося безпосереднім спілкуванням з пацієнтом, оцінкою всіх нових суб'єктивних та об'єктивних явищ, виявлених під час дослідження, бажанням та доброю волею учасників (суб'єктів) дослідження.

3. Дане дослідження є науково обґрунтованим, детально і чітко описаним в протоколі, не містить невивчених ризиків і методик.

4. Саме дослідження проведено відповідно до затвердженого протоколу, відносно якого заздалегідь отримано позитивне рішення Етичного комітету.

5. До включення в дослідження проведено інформування пацієнта (суб'єкта) про мету дослідження, права особи (пацієнта), отримано його добровільну інформовану згоду.

6. Забезпечено цілковиту конфіденційність документів, що дозволяють встановити особу суб'єкта, з дотриманням прав на недоторканість приватного життя і конфіденційність згідно з вимогами регуляторних органів.

7. При оцінці результатів та статистичній обробці використано систему методик, що забезпечують валідність та достовірність результатів.

Критерії включення в вибірку:

1. Повнолітність та дієздатність чоловіків та жінок, вік від 18 до 55 років.
2. Наявність отриманої добровільної інформованої згоди на участь в дослідженні.
3. Наявність контузії, легкого травматичного ушкодження ГМ в анамнезі (підтверджено чи не підтверджено медичною документацією) в період не менш ніж 1 міс до початку дослідження.
4. Відповідність критеріям легкого травматичного ушкодження ГМ:
 - втрата свідомості на будь-який період, але не більше 30 хв;
 - амнезія на події, пов'язані з травмою, але не більш ніж на 24 год;
 - зміни свідомості у момент травми.
5. Готовність пацієнта до співпраці та бажання виконувати всі умови протоколу.

Критерії виключення з вибірки:

1. Важкі органічні наслідки ЧМТ.
2. Гострі порушення мозкового кровообігу та їхні наслідки.
3. Декомпенсовані та клінічно значущі захворювання внутрішніх органів.
4. Алкогольна чи наркотична залежність, а також залежність від прийому психотропних препаратів.
5. Клінічно значущі психічні захворювання, не пов'язані з контузією.

Дослідження передбачало первинний скринінг: встановлення факту отриманої контузії; вторинний скринінг – встановлення (підтвердження) діагнозу ПКС, клініко-параклінічне визначення базового рівня, обстеження відповідно до протоколу за наслідками терапії, статистична обробка результатів.

2.3. Методи дослідження

Для оцінки ефективності медико-психологічного супроводу було застосовано багаторівневу систему обстеження, що поєднувала скринінгові, психодіагностичні та клініко-інструментальні методи і дозволяла одночасно врахувати суб'єктивні скарги, об'єктивні нейропсихологічні показники та соматоневрологічний статус пацієнтів. *Скринінг психологічного компонента здійснювали за допомогою трикомпонентного опитувальника, який включав інформаційно-діагностичний блок, реконструкцію історії травматичної події та опитувальник теперішнього часу за К. D. Cicerone [162; 163]. Така структура дала змогу одночасно фіксувати характеристики травматичної події, її суб'єктивне переживання та наявні на момент обстеження наслідки, що принципово важливо для верифікації постконтузійного синдрому.*

Стан вегетативної регуляції оцінювали за опитувальником суб'єктивної оцінки вегетативної дистонії [164], у якому підраховували кількість відповідей «так» / «ні»; сума ≥ 15 балів інтерпретувалася як наявність синдрому вегетативної дисфункції [164]. Для базового психодіагностичного обстеження обрано Шкалу впливу подій (IES-R) та опитувальник PCL-т як валідні інструменти скринінгу посттравматичних стресових проявів [165]. Додатково оцінювали когнітивні функції за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (MoCA), емоційний стан і депресивну симптоматику за Шкалою депресії Бека, Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), Шкалою депресії Монтгомері–Асберга (MADRS), а якість сну – за Пітсбургським опитувальником якості сну (PSQI) [166]. Фізикальний та неврологічний огляд, а також клінічну оцінку вегетативної регуляції проводили лікарі – члени мультидисциплінарної команди, що забезпечувало інтеграцію психологічних та медичних даних. Дослідження електричної активності головного мозку здійснювали на приладі «Тредекс-Експерт» із застосуванням 16-канального запису, комп'ютерної обробки сигналу, поліфакторного аналізу та побудови графічних моделей функціонального стану мозку. Як первинні критерії

ефективності терапії було визначено суб'єктивну оцінку пацієнтом позитивної динаміки власного стану, як вторинні – зміни психоемоційних і когнітивних показників за стандартизованими шкалами. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакетів Microsoft Office Excel та «Statistica 6.0»; параметричні методи застосовували за умови нормального розподілу кількісних змінних, а при порівнянні більш ніж двох груп використовували поправку Бонферроні [167].

Окремо варто підкреслити, що добір методик та процедур, узагальнених у табл. 2.2, здійснювався з урахуванням сучасних принципів доказової медицини та евіденційно обґрунтованої клінічної психології. Використані опитувальники й шкали належать до інструментів, чия надійність, валідність, чутливість і специфічність неодноразово підтверджені у міжнародних дослідженнях, зокрема в популяціях військовослужбовців та ветеранів.

Поєднання кількох засобів оцінювання одних і тих самих конструктів (наприклад, ПТСР, депресії, когнітивного дефіциту) відповідає мультиметодному підходу, рекомендованому клінічними гайдами, та дозволяє мінімізувати ризики вимірювальних похибок, суб'єктивних викривлень і діагностичних хиб. Включення до протоколу дослідження не лише психодіагностичних інструментів, але й неврологічного огляду, оцінки вегетативного статусу та ЕЕГ-показників створює підґрунтя для інтеграції психічних, нейрофізіологічних і соматичних даних в єдину модель аналізу, що підсилює внутрішню валідність результатів та їхню придатність для формування практичних рекомендацій щодо медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом.

З огляду на запропоноване в дослідженні розуміння медико-психологічного супроводу як системного, міждисциплінарного та тривалого процесу, спрямованого на відновлення соматичного, неврологічного й психічного функціонування пацієнта, вибір діагностичних інструментів мав на меті операціоналізувати цей концепт у вимірюваних показниках.

**Психодіагностичні методики та клініко-інструментальні процедури,
застосовані в дослідженні**

Напрямок оцінювання	Методика / процедура	Коротка характеристика та цільові показники
Скринінг психотравматичного досвіду	Трикомпонентний скринінговий опитувальник (інформаційно-діагностичний блок, історія події, опитувальник теперішнього часу за K. D. Cicerone)	Виявлення факту mTBI, параметрів травматичної події та її актуальних психічних наслідків
Вегетативна регуляція (скринінг)	Опитувальник суб'єктивної оцінки вегетативної дистонії (А. М. Вейн)	Сума балів ≥ 15 – синдром вегетативної дисфункції
Посттравматичні стресові прояви	Impact of Event Scale – Revised (IES-R)	Оцінка інтенсивності симптомів, пов'язаних із травматичною подією
Посттравматичні стресові прояви (модифік.)	PCL-m (PTSD Checklist – military version)	Скринінг симптомів ПТСР у військовослужбовців і ветеранів
Когнітивні функції	Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA)	Глобальний скринінг когнітивних порушень
Депресивна симптоматика (самозвіт)	Шкала депресії Бека	Оцінка вираженості депресивних симптомів
Тривожність і депресія (клінічний скринінг)	Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Оцінка рівня тривоги та депресії в клінічній популяції
Депресія (клінічний інтерв'ю-орієнтований підхід)	Шкала депресії Монтгомері–Асберга (MADRS)	Деталізована оцінка депресивної симптоматики
Якість сну	Пітсбургський опитувальник якості сну (PSQI)	Індекс якості та порушень сну
Соматичний та неврологічний статус	Фізикальний і неврологічний огляд, клінічна оцінка вегетативної регуляції	Об'єктивна оцінка неврологічного, соматичного та вегетативного стану
Електрофізіологічні показники мозку	ЕЕГ-дослідження на приладі «Тредекс-Експерт» (16-канальний запис з комп'ютерною обробкою, поліфакторний аналіз)	Оцінка електричної активності ГМ, виявлення функціональних порушень
Оцінка ефективності терапії	Суб'єктивна оцінка динаміки стану, зміни показників за психодіагностичними шкалами	Первинні (суб'єктивні) та вторинні (психометричні) критерії терапевтичної ефективності

Медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом неможливо адекватно оцінити, фокусуючись лише на окремих симптомах чи вузьких клінічних параметрах; він потребує цілісної картини, що охоплює рівні

«тіло – функції – активність – участь» (у термінах МКФ), а також суб'єктивне переживання травми й її наслідків. Саме тому до протоколу були включені інструменти, які дозволяють кількісно фіксувати зміни в когнітивній сфері, емоційно-вольовому стані, якості сну, вегетативній регуляції, психотравматичних реакціях і нейрофізіологічному статусі, створюючи таким чином емпіричну основу для подальшого аналізу ефективності різних моделей медико-психологічного супроводу в контексті постконтузійного синдрому.

Окремо варто підкреслити, що добір методик та процедур, узагальнених у табл. 2.2, здійснювався з урахуванням сучасних принципів доказової медицини та евіденційно обґрунтованої клінічної психології. Використані опитувальники й шкали належать до інструментів, чия надійність, валідність, чутливість і специфічність неодноразово підтверджені у міжнародних дослідженнях, зокрема в популяціях військовослужбовців та ветеранів. Поєднання кількох засобів оцінювання одних і тих самих конструктів (наприклад, ПТСР, депресії, когнітивного дефіциту) відповідає мультиметодному підходу, рекомендованому клінічними гайдами, та дозволяє мінімізувати ризики вимірювальних похибок, суб'єктивних викривлень і діагностичних хиб. Включення до протоколу дослідження не лише психодіагностичних інструментів, але й неврологічного огляду, оцінки вегетативного статусу та ЕЕГ-показників створює підґрунтя для інтеграції психічних, нейрофізіологічних і соматичних даних в єдину модель аналізу, що підсилює внутрішню валідність результатів та їхню придатність для формування практичних рекомендацій щодо медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом.

Висновки до другого розділу

У розділі обґрунтовано логіку організації емпіричного дослідження медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом та охарактеризовано досліджуваний контингент. До первинного скринінгу було залучено 369 учасників бойових дій в АТО, які зверталися по медичну та/або психологічну допомогу. На підставі чітко визначених критеріїв включення та виключення сформовано клініко-психологічні групи: 231 особу з анамнезом легкої ЧМТ (mTBI), з яких 77 із діагнозом F07.2 «Постконтузійний синдром» (основна популяція дослідження), 154 пацієнти з mTBI без ПКС (група порівняння), а 77 осіб з ПКС були додатково розподілені на дослідну (49) та контрольну (26) групи відповідно до застосованих терапевтичних підходів. Така структура вибірки забезпечує можливість коректного клініко-психологічного порівняння та аналізу ефективності медико-психологічного супроводу.

Визначено та описано критерії включення та виключення, які забезпечують внутрішню валідність дослідження: вікові та юридично-дієздатні межі (18–55 років), наявність добровільної інформованої згоди, анамнестично підтверджена або ймовірна контузія / легке травматичне ушкодження головного мозку, відповідність міжнародним критеріям mTBI, а також виключення пацієнтів з тяжкими органічними ураженнями ЦНС, гострими порушеннями мозкового кровообігу, декомпенсованою соматичною патологією, залежностями та тяжкою немедико-психогенною психічною патологією. Це дозволило сформувати відносно однорідні групи, релевантні меті дослідження постконтузійного синдрому бойового генезу.

Запропонований комплекс методів обстеження відображає міждисциплінарну природу медико-психологічного супроводу та відповідає принципам доказової медицини й клінічної психології. Використано поетапний скринінг (трикомпонентний опитувальник із залученням підходу K. D. Cicerone, оцінка вегетативної регуляції за опитувальником А. М. Вейна) [164], стандартизовані психодіагностичні інструменти для оцінки посттравматичних

реакцій (IES-R, PCL-m), когнітивних функцій (MoCA), депресивної та тривожної симптоматики (BDI, HADS, MADRS), якості сну (PSQI), а також фізикальний та неврологічний огляд, клінічну оцінку вегетативного статусу і ЕЕГ-дослідження на сучасному апаратному комплексі. Така багаторівнева модель оцінювання створює емпіричну основу для операціоналізації поняття «медико-психологічний супровід».

Підхід до формулювання первинних і вторинних критеріїв ефективності (суб'єктивна оцінка пацієнтом власного стану та об'єктивні психометричні зміни за стандартизованими шкалами) інтегрований із застосованими статистичними процедурами (аналіз із використанням Microsoft Excel та Statistica 6.0, залучення параметричних методів за умови нормального розподілу, використання поправки Бонферроні при порівнянні більше двох груп). Це забезпечує достатній рівень статистичної надійності, дає змогу виявити як клінічно значущу, так і субклінічну динаміку стану пацієнтів у процесі терапії.

Сукупність описаних організаційних рішень, вибірки, критеріїв включення/виключення, діагностичних інструментів і статистичних методів дозволяє розглядати другий розділ як методологічний каркас усього емпіричного дослідження. Вона забезпечує можливість подальшого обґрунтованого аналізу клініко-психологічних особливостей постконтузійного синдрому бойового генезу, оцінки ефективності різних моделей медико-психологічного супроводу та формулювання практичних рекомендацій для системи охорони психічного здоров'я військовослужбовців і ветеранів.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ

3.1. Вираженість ознак (симптомів), характерних для контузії

У загальної кількості опитаних були зміни свідомості через різного роду відчуття: дзвін в голові – у 164 (71,00%), серед пацієнтів з ПКС – у 63 (81,82%). Зміни свідомості через відчуття різного роду звуків виявлено у 56 (24,24%) осіб, з ПКС – у 24 (31,17%) з вибірки із підтвердженим емпіричним діагнозом відповідно. Ті, в кого були зміни свідомості через різного роду відчуття (голоси), становили 8 (3,46%), тоді як серед пацієнтів з ПКС — 8 (7,79%). Зміни свідомості через різного роду відчуття (музика) відчували 13 (5,63%) осіб із загальної вибірки та 7 (9,09%) пацієнтів з діагнозом F 07.2 (табл. 3.1).

Короткочасна (до 1 доби) втрата пам'яті на події, що пов'язані безпосередньо з травмою, була у 97 (41,99%) осіб загальної вибірки, у всіх 77 (100%) пацієнтів з ПКС, що підтверджує правильність встановленого діагнозу, та у 20 (25,97%) осіб вибірки без ПКС. Негайно після отримання травми або найближчим часом спостерігали: порушення орієнтації – у 127 (54,98%) осіб із загальної вибірки та у 54 (70,13%) – вибірки з ПКС; головний біль – у 149 (64,50%) та у 54 (70,13%) відповідно; порушення рівноваги (хиткість ходи) – у 114 (49,35%) та у 48 (62,34%) відповідно; слъозотечу – у 47 (20,35%) та у 25 (32,47%) відповідно; порушення зору – у 93 (40,26%) та у 46 (59,74%) відповідно, нудоту – у 92 (39,83%) та у 44 (57,14%); блювання – у 61 (26,41%) та у 35 (45,45%) відповідно; дратівливість – у 100 (43,29%) та у 45 (58,54%) відповідно; порушення сну – у 136 (58,87%) та у 51 (66,23%) відповідно; зниження розумової працездатності та уваги – у 80 (34,63%) та у 36 (46,75%) відповідно; проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю – у 110 (47,62%) та у 45 (58,44%) відповідно.

Таблиця 3.1.

**Наявність ознак контузії за опитувальником в обстежених групах
(загальна кількість та відсоток у групі)**

Ознака	Пацієнти з контузією без ознак ПКС		Пацієнти з ПКС		p
	n=154	%	n=77	%	
Одразу після отримання травми або найближчим часом спостерігали:					
порушення орієнтації	71	46,10	54	70,13	<0,05
головний біль	93	60,39	54	70,13	<0,05
порушення рівноваги (хиткість ходи)	64	41,56	48	62,34	<0,05
сльозотечу	23	14,94	25	32,47	<0,05
порушення зору	45	29,22	46	59,74	<0,05
нудоту	49	31,82	44	57,14	<0,05
блювання	27	17,53	35	45,45	<0,05
дратівливість	55	35,71	45	58,44	<0,05
порушення сну	83	53,90	51	66,23	<0,05
зниження розумової працездатності та уваги	42	27,27	36	46,75	<0,05
проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю	63	40,91	45	58,44	<0,05

Доля вираженості балів (інтенсивності прояву симптомів) в осіб з ПКС серед опитаних, що не мають такого діагнозу за опитувальником Цицерона блок «Сьогодення» у середньому, переважав на 19,68% (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

**Інтенсивність проявів симптоматики за опитувальником Цицерона
(M±m)**

Ознака	Основна група (mTBI +ПКС), n=77	Контрольна група (mTBI) n=129	p
Запаморочення	1,8831±0,00245	1,6356±0,0049	<0,05
Втрата рівноваги	1,5324±0,0021	1,2093±0,0045	<0,05
Погана координація рухів, незграбність	1,5714±0,0023	1,2248±0,0043	<0,05
Головний біль	2,5324±0,0051	2,5581±0,0024	
Нудота	0,9220±0,0050	0,8992±0,0039	
Порушення зору, розмитість	2,2467±0,049	1,8682±0,0038	<0,05
Висока чутливість до світла	1,7792±0,0044	1,5038±0,0029	<0,05
Утруднення слуху	2,1948±0,0053	2,0310±0,0021	
Висока чутливість до шуму	2,2727±0,0050	2,0310±0,0028	
Оніміння чи поколювання в тілі	1,9740±0,0032	1,6976±0,0040	<0,05
Зміни смаку або нюху	1,1168±0,050	0,9379±0,0052	
Втрата апетиту чи його підвищення	1,4805±0,0034	1,4263±0,0027	<0,05
Погана концентрація уваги	2,0649±0,0050	1,9147±0,0029	
Забудькуватість, неможливість згадати певні речі	2,6753±0,0011	2,1550±0,0041	<0,05
Труднощі у прийнятті рішень	1,7272±0,0013	1,3643±0,0032	<0,05
Сповільнення думок, утруднення щодо самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця	1,8441±0,0013	1,5116±0,0029	<0,05
Швидка стомлюваність, зниження енергійності	2,2857±0,0050	2,3023±0,0023	
Відчуття занепокоєння, нервово-емоційне напруження	2,2207±0,0050	2,0930±0,0021	
Проблеми із засинанням та зі сном	2,4155±0,0050	2,5038±0,0040	
Депресія чи відчуття пригніченості	1,9220±0,0050	1,7054±0,0034	
Виражена дратівливість	2,1948±0,0050	2,1782±0,0031	
Відчуття розчарування від дрібниць	1,8831±0,0050	1,6589±0,0037	

Отримані результати за опитувальником К. D. Ciccone демонструють, що навіть у межах вибірки осіб з легкою ЧМТ (mTBI) пацієнти з постконтузійним синдромом мають суттєво більш обтяжений профіль гострих та віддалених симптомів. Практично всі показники, що характеризують стан одразу після травми (порушення орієнтації, головний біль, порушення рівноваги, слезотеча, порушення зору, нудота, блювання, дратівливість, порушення сну, зниження працездатності та уваги, проблеми з концентрацією та пам'яттю), статистично

частіше реєструвалися у групі пацієнтів з ПКС порівняно з особами з mTBI без ПКС ($p < 0,05$). Показовим є факт, що короткочасна амнезія на події, пов'язані з травмою, була у 100 % пацієнтів з ПКС і лише в чверті (25,97 %) осіб без діагнозу F07.2, що додатково підтверджує клінічну валідність виділення цієї групи та коректність діагностичної верифікації.

Аналіз інтенсивності проявів симптоматики за блоком «Сьогодення» опитувальника Сісероне (табл. 3.2) показує, що в осіб з ПКС сумарна вираженість симптомів у середньому на 19,68 % перевищує показники у пацієнтів без такого діагнозу. Найбільш різюча різниця спостерігається у сфері вестибулярних і сенсорних порушень (запаморочення, втрата рівноваги, погана координація рухів, порушення зору, підвищена чутливість до світла та шуму, оніміння та поколювання в тілі), а також у когнітивно-виконавчому домені (забудькуватість, труднощі у прийнятті рішень, сповільнення мислення, утруднення самоорганізації). Саме за цими шкалами зафіксовано статистично значущі відмінності ($p < 0,05$), що дозволяє розглядати їх як більш специфічні маркери постконтузійного синдрому, на відміну від головного болю, нудоти, тривоги, депресивних проявів чи порушень сну, які, хоча й часто зустрічаються, але не завжди диференціюють групи й мають більш неспецифічний, «фоновий» характер для всього контингенту осіб з mTBI.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що пацієнти з постконтузійним синдромом відрізняються не лише більшою частотою, а й більшою інтенсивністю сенсорно-вестибулярних, когнітивних та емоційно-вольових порушень порівняно з особами, які перенесли легку ЧМТ без формування ПКС. Це відповідає уявленням про ПКС як про хронічний стан зі стійкою нейрокогнітивною вразливістю, де симптоми підтримуються поєднанням органічних змін, дисфункції вегетативної нервової системи та психотравматичних чинників. Такий профіль симптоматики задає чіткі орієнтири для медико-психологічного супроводу: пріоритетними мають бути цільові інтервенції, спрямовані на корекцію когнітивного дефіциту, вестибулярної дисфункції, сенсорної гіперчутливості й емоційної регуляції, що

узгоджується з розробленою в дисертації концепцією комплексної реабілітації пацієнтів з постконтузійним синдромом.

3.2. Оцінка симптоматики ПТСР в осіб, що зазнали контузії

Вираженість симптоматики ПТСР за Шкалою самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) в основній та контрольній групах вказує на те, що мінно-вибухова травма є значущим стрес-фактором, а її наслідки – психотравмуючою подією. Втім, в осіб з ПКС вираженість симптоматики мала більшу інтенсивність (табл. 3.3), а середня сума балів в основній групі становила $52,09 \pm 5,35$ проти $39,38 \pm 2,17$ в групі порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця 3.3.

**Кількісна оцінка проявів ПТСР (за опитувальником PCL-M),
розподіл відповідно балам***

Шкала самооцінки ПТСР PCL-M	Особи з МВТ без ПКС (n=132)					Пацієнти з ПКС (n=77)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Найменування	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?	23	50	34	10	15	6	21	24	19	7
Повторювані сни, що турбують, про травматичний досвід з минулого?	20	35	35	24	18	8	27	20	11	11
Чи часто Ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєте, ніби Ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?	20	43	35	19	15	15	28	15	10	9
Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує Вам	28	32	22	29	21	12	25	14	15	10

травматичну ситуацію минулого? 3										
Фізично реагуєте (сильне серцебиття, проблеми з диханням або рясне потіння), коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого?	50	33	10	34	5	8	22	16	18	13
Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?	40	43	20	20	9	7	15	9	20	26
Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують Вам травмуючу ситуацію з минулого?	69	22	13	14	14	22	11	9	22	13
Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?	56	21	20	20	15	13	11	16	22	15
Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?	37	35	30	16	14	12	11	17	16	21
Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?	31	47	25	15	14	7	20	6	21	23
Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?	40	55	14	13	10	22	19	14	12	10
Відчуття, що Ваше майбутнє «обрізане»?	78	20	14	9	11	28	10	14	8	17
Труднощі із засинанням або	17	21	25	29	40	9	2	10	30	26

переривчастий поверхневий сон?										
Відчуття роздратування або вибухи гніву?	12	46	30	21	23	4	18	11	24	20
Труднощі з концентрацією уваги?	26	44	34	16	12	7	10	21	17	22
Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?	23	45	30	18	16	10	7	18	23	19
Відчуваєте себе знервованим (смиканим) або легко лякаєтесь?	36	34	23	18	21	9	16	17	18	17

*Примітка: 1 – не було зовсім; 2 – інколи; 3 – помірно; 4 – часто; 5 – дуже часто.

Підсумовуючи, можемо говорити про різний ступінь проявів вираженості симптомів за методом самооцінки ПТСР (pcl-m), а саме: у загальній вибірці превалювала відповідь «не було зовсім», що може свідчити про низький ступінь прояву травматизації в сфері ментального здоров'я, як зв'язок між фізичним і ментальним ступінь кореляції знижується, тоді як у вибірці пацієнтів з ПКС превалювала відповідь «часто» при виборі ступеня прояву симптому, що може свідчити про прямий зв'язок фізичної та психічної травматизації та умови отримання такої (наявність подій психотравмуючого характеру).

В групі порівняння лише 48 (39,83%) з 132 осіб мали показник більше 50 балів, що свідчить про можливість встановлення діагнозу ПТСР, у той час як в групі пацієнтів з ПКС 44 (57,14%) з 77 осіб мали показник вище 50, що становить вибірки осіб з ПКС (рис. 3.3.1).

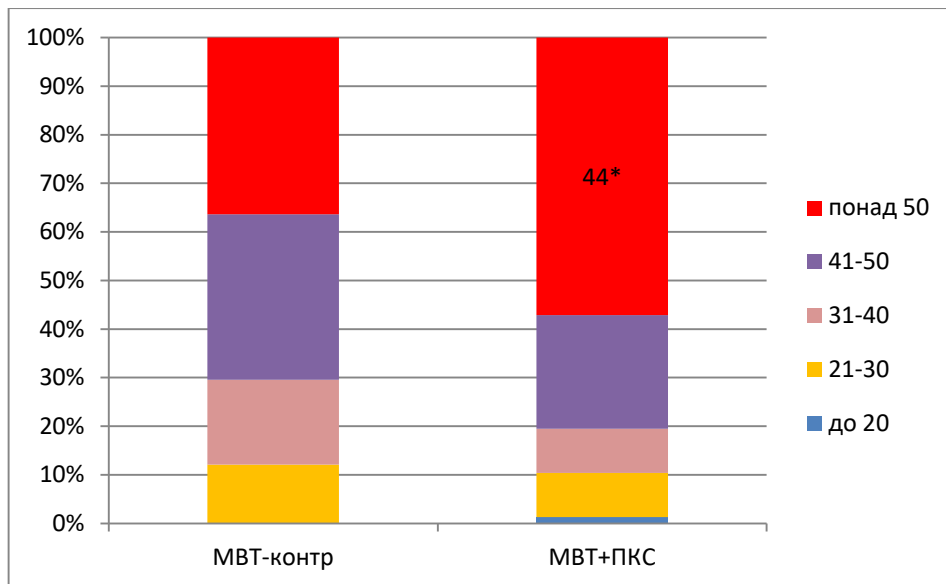


Рис. 3.3.1. Розподіл в групах за сумою балів PCL-m

*Примітка: різниця між показниками «понад 50 балів» достовірна ($p < 0,05$).

Враховуючи етіопатогенез ПТСР та mТБІ і досліджуючи анамнез травми, ми отримали дані, що у решти (42,8%) пацієнтів раптова контузія призводила до втрати свідомості, яка набувала якості захисного механізму від формування бойової психологічної травми і подальшого розвитку ПТСР. Отже, трохи більше половини всіх пацієнтів з ПКС мають супутній ПТСР. Вочевидь, ці дві патології є комбінованими, а не сполученими, що необхідно враховувати при плануванні медико-психологічного супроводу.

Отримані дані за шкалою PCL-M дозволяють розглядати ПТСР не як додатковий, «другорядний» компонент до постконтузійного синдрому, а як один із ключових чинників, що модифікує клінічну картину ПКС. Вища середня сума балів у групі пацієнтів з ПКС та більша частка осіб, які перетинають порогове значення >50 балів, свідчать про те, що у значної частини комбатантів відбувається нашарування двох травмувальних рівнів — фізичного (нейротравма) і психічного (бойова психотравма). У такому разі PCS постає не лише як наслідок механічного ушкодження головного мозку, а й як стан, клінічна вираженість якого істотно посилюється наявністю інтенсивних симптомів ПТСР (інтрузії, уникання, гіперзбудження, емоційна відчуженість тощо). Інакше

кажучи, ПТСР у частини пацієнтів відіграє роль «підсилювача», що стабілізує й хроніфікує соматоневрологічні та когнітивні скарги, характерні для ПКС.

Водночас зіставлення розподілу відповідей у групах показує важливу клінічну деталь: в осіб без ПКС відносно частіше трапляються низькі та помірні показники за PCL-M, що формують контингент пацієнтів із субклінічним або «приглушеним» ПТСР. Для цієї групи більш типовими є окремі симптоми уникання, ізольовані епізоди інтрузій або порушення сну, які можуть не сягати діагностичних порогів, але впливають на якість життя. Натомість для пацієнтів з ПКС характерні не лише більш високі сумарні бали, а й «зміщення» відповідей в бік частих та дуже частих проявів за багатьма пунктами шкали. Це дає підстави виокремити принаймні три клінічно значущі підгрупи: mTBI без значущих ПТСР-симптомів, mTBI з ПТСР без сформованого ПКС, та комбінований варіант mTBI+ПКС+ПТСР. Саме остання група, за отриманими даними, демонструє найбільш обтяжений профіль та потребує пріоритетного, диференційованого медико-психологічного супроводу.

Особливого обговорення потребує феномен втрати свідомості як можливого «парадоксального» захисного механізму від формування повноцінної травматичної пам'яті й, відповідно, класичного ПТСР. У частини пацієнтів раптове відключення свідомості в момент вибуху чи травми фактично блокує фіксацію цілісного епізоду в автобіографічній пам'яті, що може знижувати інтенсивність інтрузивних спогадів, флешбеків і нічних кошмарів. Водночас це зовсім не означає «меншої тяжкості» їхнього стану: відсутність яскравих спогадів може співіснувати з вираженими когнітивними порушеннями, вегетативною нестабільністю, емоційною відчуженістю й поведінковими розладами, які пацієнт сам не пов'язує з травмою. Таким чином, співіснування ПТСР і ПКС у частини військовослужбовців має розглядатися не як проста сума двох діагнозів, а як комбінований патопсихологічний стан із власною логікою розвитку, що вимагає комплексного, поетапного і міждисциплінарного медико-психологічного супроводу з урахуванням як травматичного досвіду, так і наслідків нейротравми.

3.3. Оцінка вираженості симптоматики вегетативної дисфункції в обстежених

За Опитувальником ознак вегетативної дисфункції [164] у 204 (88,3%) з 231 особи загальної вибірки показник перевищував 15, середнє значення становило 38,31 бала, що свідчить про значно високий показник вегетативних порушень у всіх осіб, що зазнали легкого травматичного ушкодження ГМ (табл. 3.2.1). У 74 (96,1%) із 77 осіб вибірки з ПКС показник був вищим за 15; 32,5% — в групі порівняння ($p < 0,01$).

Аналіз даних опитувальника вегетативної дистонії (табл. 3.4) показує, що у пацієнтів з постконтузійним синдромом загальний рівень вегетативної дисфункції є вищим, ніж у групі порівняння. Статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) простежуються насамперед за показниками, які відображають гіперактивацію серцево-судинної та дихальної систем (часті відчуття серцебиття, «зупинки серця», утруднення дихання, схильність до неприємності), а також за ознаками порушення терморегуляції та потовиділення (підвищена пітливість) і функції травного тракту. Вищі середні бали щодо зниження працездатності та швидкої стомлюваності в основній групі також узгоджуються з загальною клінічною картиною ПКС, де астения та вегетативна нестійкість виступають провідними компонентами психовегетативного синдрому. Такий профіль дозволяє розглядати вегетативну дисфункцію не як фоновий феномен, а як один із структурних елементів постконтузійної енцефалопатії.

Водночас таблиця демонструє низку більш тонких і неоднорідних тенденцій. Зокрема, окремі показники (почервоніння обличчя, нападоподібний головний біль) мають дещо вищі середні значення у групі порівняння, хоча обидві групи перебувають у зоні клінічно значущих проявів.

Таблиця 3.4

**Вираженість симптоматики вегетативної дисфункції в обстежених
($M \pm m$, бали)**

Показник	Група порівняння (n=133)	Основна група (n=77)	p
Почервоніння обличчя	1,880±0,045	1,535±0,002	<0,05
Збліднілість обличчя	0,656±0,045	0,675±0,032	
Чи буває у Вас оніміння чи похолодання:			
а) пальців кистей, стоп	2,0962963±0,002	1,8961039±0,003	<0,05
б) всієї кисті, стопи	1,362963±0,001	1,8441558±0,003	<0,05
Чи бувають у Вас зміни забарвлення (збліднілість, почервоніння, синюшність):	0,0124±0,005	0,0649351±0,003	
а) пальців кистей, стоп	1,6888889±0,005	1,8831169±0,002	
б) всієї кисті, стопи	1,0518519±0,005	1,0779221±0,003	
Чи відмічаєте Ви підвищену пітливість? У випадку відповіді «так» підкресліть слово «постійна» чи «при хвилюванні»	2,637037±0,003	2,961039±0,001	<0,05
Чи часто у Вас бувають відчуття серцебиття, «замирання», «зупинки серця»?	4,1555556±0,003	4,7272727±0,002	<0,05
Чи часто у Вас буває відчуття утруднення при диханні: відчуття нестачі повітря, часте дихання? У випадку відповіді «так» уточніть: при хвилюванні, в задушному приміщенні (підкресліть потрібне)	4,3037037±0,002	4,987013±0,003	<0,05
Чи характерно для Вас порушення функції травного тракту: схильність до закрепів, проносів, «вздуття» живота, болю?	3,2888889±0,003	3,6753247±0,002	<0,05
Чи бувають у Вас випадки непритомності (раптова втрата свідомості чи відчуття, що можете знепритомніти)? Якщо «так», то уточніть умови: задушне приміщення, хвилювання, довгий час перебування у вертикальному положенні (підкреслити потрібне)	3,0814815±0,001	4,0909091±0,003	<0,05
Чи бувають у Вас нападоподібний головний біль? Якщо «так», уточніть: дифузний чи тільки в половині голови, «в усій голові», тиснучий чи пульсуючий (потрібне підкреслити)	6,2222222±0,003	5,8831169±0,001	<0,05
Чи Відмічаєте Ви на даний час зниження працездатності, швидку стомлюваність?	3,8962963±0,001	4,1558442±0,003	<0,05
Чи відмічаєте Ви порушення сну? У разі відповіді «так» уточніть: а) труднощі засинання; б) поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями; в) відчуття невиспаності, втоми при пробудженні вранці	4,3777778±0,005	4,3246753±0,006	

Це свідчить про те, що не всі вегетативні симптоми є специфічними маркерами ПКС: частина з них (особливо головний біль, окремі цереброваскулярні скарги) відображає загальний наслідок легкої ЧМТ і може зберігатися як у пацієнтів із сформованим постконтузійним синдромом, так і в осіб без нього. Натомість більш показовими для PCS є саме «системні» прояви дисавтономії, поєднання кардіореспіраторних, вазомоторних, гастроінтестинальних і ортостатичних скарг із вираженою астеною, що у пацієнтів основної групи формує більш цілісний, «нашарований» вегетативний синдром.

З клініко-методологічного погляду, виявлені особливості вегетативної дисфункції підтверджують доцільність включення оцінки вегетативного статусу до обов'язкової програми медико-психологічного супроводу пацієнтів з постконтузійним синдромом. Поєднання вищої вираженості вегетативних порушень з даними про когнітивний дефіцит, емоційно-вольові розлади та ПТСР формує підґрунтя для розуміння PCS як мультисистемного розладу, в якому психічні, нейрокогнітивні та вегетативні компоненти взаємно підсилюють один одного. Це, у свою чергу, обґрунтовує необхідність комплексних реабілітаційних програм, що включають не лише психотерапевтичні й нейропсихологічні інтервенції, а й цілеспрямовану корекцію вегетативної регуляції (дихальні та релаксаційні техніки, біофідбек, дозоване фізичне навантаження, навчання саморегуляції), інтегровану в загальну модель медико-психологічного супроводу ветеранів з ПКС.

Як видно з наведених даних, вегетативна дисфункція є невід'ємною складовою ПКС, що потрібно враховувати при призначенні лікувального комплексу.

Частоту виявлення симптомів дистонії наведено на рис. 3.3.

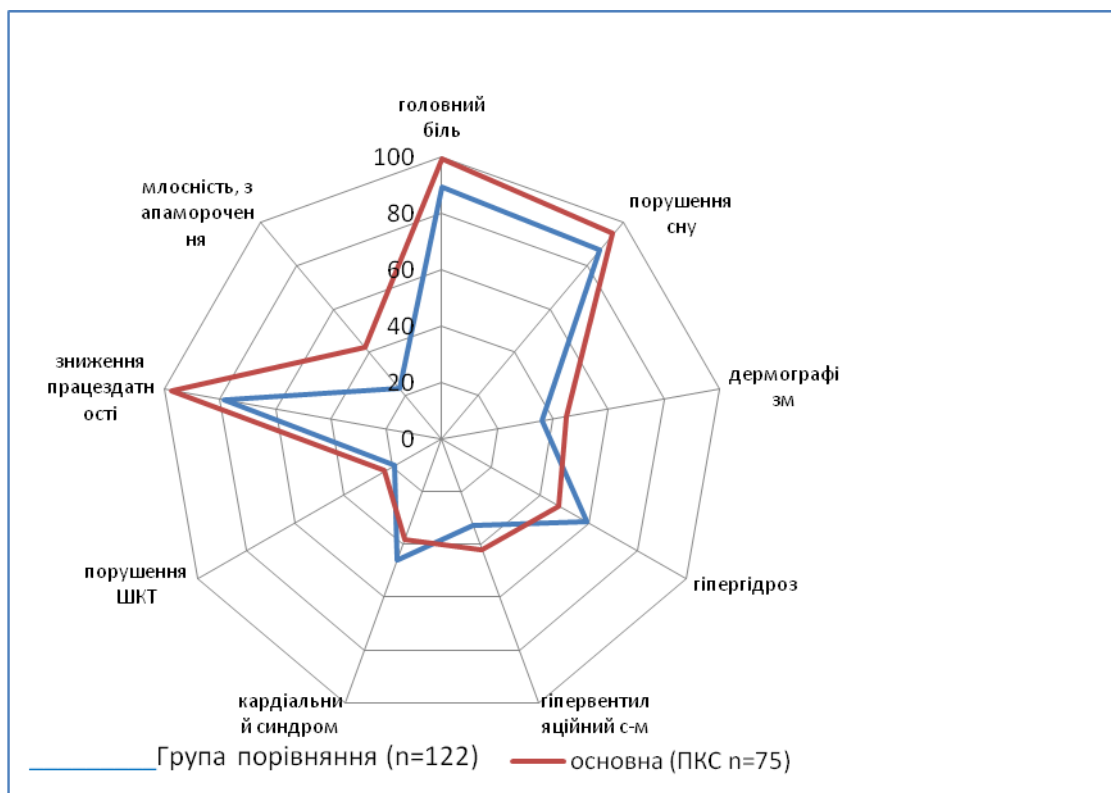


Рис. 3.3. Частота виявлення симптомів дистонії в обстежених (в %)

3.4. Дослідження за Шкалою астеничних станів (ШАС)

За цією шкалою обстежено 59 осіб основної групи та 38 – контрольної.

Середнє значення за ступенем вираженості симптоматики у балах становить $78,7 \pm 5,98$ у вибірці пацієнтів з ПКС та $54,41 \pm 4,22$ у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Найбільша інтенсивність проявів симптоматики у пацієнтів з ПКС складає найвищий бал вибору для опису симптоматики (4), в той час як в осіб без такого прояву лідером вибору є найнижчий (1). Можна зробити висновок про прямий зв'язок симптомів ПКС з психастеничними проявами, що можуть свідчити про вплив психологічних факторів на критерій вибору (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Розподіл частоти проявів за ступенем вираженості ознаки в ШАС (%)

ШАС	Бал							
Найменування	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Працюю зі значним напруженням	8	14	6	4	19,51%	34,15%	14,63%	9,76%
2. Важко зосередитися на чому-небудь	7	14	8	3	17,07%	34,15%	19,51%	7,32%
3. Статеве життя не задовольняє мене	17	10	2	2	41,46%	24,39%	4,88%	4,88%
4. Очікування нервує мене	5	14	9	4	12,20%	34,15%	21,95%	9,76%
5. Відчуваю м'язову слабкість	6	13	5	10	14,63%	31,71%	12,20%	24,39%
6. Не хочеться ходити в кіно або театр	12	6	5	8	29,27%	14,63%	12,20%	19,51%
7. Я забудькуватий	2	9	5	16	4,88%	21,95%	12,20%	39,02%
8. Відчуваю себе втомленим	2	12	6	12	4,88%	29,27%	14,63%	29,27%
9. Очі втомлюються при тривалому читанні	2	8	15	7	4,88%	19,51%	36,59%	17,07%
10. Руки тремтять	7	16	2	7	17,07%	39,02%	4,88%	17,07%
11. Поганий апетит	15	7	6	4	36,59%	17,07%	14,63%	9,76%
12. Важко бути на вечірці або в галасливій компанії	9	6	4	15	21,95%	14,63%	9,76%	36,59%
13. Не так добре розумію прочитане	13	6	9	6	31,71%	14,63%	21,95%	14,63%
14. Руки і ноги холодні	15	10	2	6	36,59%	24,39%	4,88%	14,63%
15. Мене легко зачепити	8	4	10	11	19,51%	9,76%	24,39%	26,83%
16. Болить голова	3	1	14	14	7,32%	2,44%	34,15%	34,15%
17. Прокидаюся вранці втомленим	4	9	7	13	9,76%	21,95%	17,07%	31,71%
18. Бувають запаморочення	5	8	9	9	12,20%	19,51%	21,95%	21,95%
19. Бувають посмикування м'язів	4	7	14	8	9,76%	17,07%	34,15%	19,51%
20. Шумить у вухах	2	7	8	16	4,88%	17,07%	19,51%	39,02%
21. Турбують статеві питання	20	8	3	2	48,78%	19,51%	7,32%	4,88%
22. Відчуваю тяжкість в голові	6	6	10	8	14,63%	14,63%	24,39%	19,51%
23. Працюю з великим напруженням	6	8	13	6	14,63%	19,51%	31,71%	14,63%
24. Важко зосередитися на чому-небудь	11	4	7	11	26,83%	9,76%	17,07%	26,83%
25. Статеве життя не задовольняє мене	11	10	4	8	26,83%	24,39%	9,76%	19,51%

26. Очікування нервує мене	9	11	7	3	21,95%	26,83%	17,07%	7,32%
27. Відчуваю м'язову слабкість	7	8	7	10	17,07%	19,51%	17,07%	24,39%
28. Не хочеться ходити в кіно або театр	7	8	10	7	17,07%	19,51%	24,39%	17,07%
29. Забудькуватість	11	10	8	3	26,83%	24,39%	19,51%	7,32%
30. Відчуваю себе втомленим	3	7	12	11	7,32%	17,07%	29,27%	26,83%

Примітка: 1 – ні, зовсім не так; 2 – мабуть, так; 3 – так точно; 4 – зовсім не так.

Аналіз результатів за Шкалою астенічних станів (ШАС) (табл. 3.5) засвідчує, що для пацієнтів з постконтузійним синдромом характерний виражений астенічний профіль із поєднанням соматичної, психічної та когнітивної втомлюваності. У низці пунктів модальними відповідями є варіанти «так точно» та «зовсім так» (3–4 бали) щодо відчуття постійної втоми, прокидання вранці втомленим, напруженої праці, труднощів із зосередженням, забудькуватості, нападів головного болю, запаморочень, м'язової слабкості, що свідчить про стійкий астенічний стан, а не про ситуативне виснаження. Важливо, що високі оцінки отримали не лише соматичні (головний біль, м'язова слабкість, холодні кінцівки, посмикування м'язів, шум у вухах), а й «поведінкові» та когнітивні показники (небажання брати участь у дозвілльєй активності, зниження інтересу, труднощі зі сприйняттям і запам'ятовуванням прочитаного), що відображає глобальне зниження енергетичного та мотиваційного потенціалу.

Звертає на себе увагу поєднання високих частот відповідей, які відображають емоційну крихкість («мене легко зачепити», «очікування нервує мене», труднощі перебування в галасливій компанії), із когнітивно-виконавчими труднощами («я забудькуватий», «важко зосередитися», «не так добре розумію прочитане»). Такий клінічний патерн добре корелює з уявленнями про астенічний варіант посткомоційної енцефалопатії, де астенія виступає «перехрестям» органічних, вегетативних і психогенних чинників. Фактично, ШАС у даному дослідженні фіксує не лише рівень суб'єктивної втомлюваності, а й ширший комплекс психоорганічних проявів, що посилюють соціальну

дезадаптацію: від уникання соціальної активності до зниження професійної продуктивності.

З позицій медико-психологічного супроводу отримані результати підкреслюють необхідність цілеспрямованої корекції астенічного компонента як одного з ключових синдромів PCS. Астенія в цьому контексті не може розглядатися як «другорядний» симптом, оскільки вона є фоном, на якому розгортаються ПТСР-прояви, вегетативна нестійкість і когнітивний дефіцит.

Це вимагає включення до реабілітаційних програм спеціальних інтервенцій, спрямованих на енергозбереження та відновлення ресурсів (поступове дозування навантажень, навчання технік саморегуляції, робота з порушенням сну, мотиваційна та когнітивна підтримка), а також мультидисциплінарної координації між неврологом, психіатром, клінічним психологом і фахівцем з реабілітації.

3.5. Дослідження за Шкалою впливу подій

Показник «уникнення»: середнє значення в групі пацієнтів з ПКС становило $1,79 \pm 0,12$ проти $1,098 \pm 0,05$ в контрольній групі ($p < 0,05$).

Максимальне значення за показником «уникнення» за Шкалою впливу подій у загальній вибірці становило 3,875. Серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником - 3. Максимальне значення за показником «уникнення» за Шкалою впливу подій у вибірці осіб з ПКС становило 3,75, серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником – 1.

Показник «інтрузія»: середнє значення в групі пацієнтів з ПКС – $2,06 \pm 0,22$ проти $1,321 \pm 0,12$ у групі порівняння ($p < 0,05$).

Максимальне значення за показником «інтрузії» за Шкалою впливу подій у загальній вибірці становило 4,5, серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником – 1, три показника – 3,75, середнє значення – 1,764. Максимальне значення за показником «інтрузії» за Шкалою впливу подій у

вибірці пацієнтів з ПКС становило 4, серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником – 1.

Показник «гіперзбудження»: середнє значення в групі пацієнтів з ПКС становило $1,775 \pm 0,072$ проти $1,18 \pm 0,15$ в групі порівняння ($p < 0,05$).

Максимальне значення за показником «гіперзбудження» за Шкалою впливу подій у загальній вибірці становило 3, серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником – 3, середнє значення – 1,496. Максимальне значення за показником «гіперзбудження» за Шкалою впливу подій у вибірці пацієнтів з ПКС становило 3, серед усіх опитаних загальна кількість осіб з таким показником – 2.

Вираженість проявів симптомів травматизації свідчить про превалювання вибірки ПКС, завдяки чому можна говорити про лінійний зв'язок між фізичною та психічною травмою (рис. 3.5).

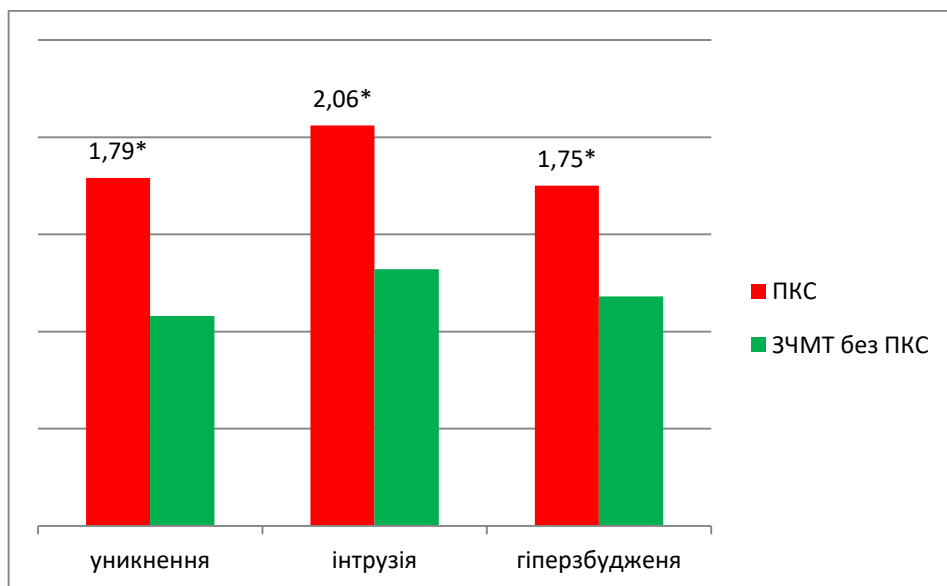


Рис. 3.5. Показник Шкали впливу подій в основній та контрольній групах

*Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$).

Аналіз результатів за Шкалою впливу подій (IES-R) засвідчує, що у пацієнтів з постконтузійним синдромом значно вираженіші всі три ключові кластери посттравматичної симптоматики – уникнення, інтрузії та гіперзбудження – порівняно з особами з mTBI без ПКС. Вищі середні значення за показниками «уникнення», «інтрузії» та «гіперзбудження» в основній групі

свідчать про те, що пережита травматична подія зберігається як актуальний психотравмуючий чинник, який не інтегрувався у автобіографічний досвід, а продовжує «працювати» у формі нав'язливих спогадів, емоційної та соматовегетативної реактивності. Наявність поодиноких максимальних значень (3,75–4,5 бала) як у загальній, так і, особливо, в PCS-вибірці відображає контингент пацієнтів із клінічно значущими проявами травматизації, для яких бойова подія залишається центральною, малопереробленою в осмисленні життєвою подією.

Поєднання зростання показників інтрузії та уникнення в пацієнтів з ПКС є принципово важливим із клініко-психологічної точки зору. З одного боку, інтрузивні спогади, сновидіння, флешбеки підтримують високий рівень психофізіологічного напруження, що відображається у підвищених значеннях за шкалою гіперзбудження. З іншого боку, уникнення нагадувань про травму (ситуацій, розмов, внутрішніх переживань) позбавляє пацієнта можливості поступового «опрацювання» події, фіксуючи його в стані хронічної психотравматизації. У випадку PCS це набуває особливого значення: уникнення може поширюватися не лише на «бойові» контексти, а й на будь-які ситуації, де актуалізуються соматичні прояви (запаморочення, втома, головний біль), що посилює соматичну настороженість і сприяє формуванню замкненого кола «тіло – симптом – тривога – уникнення».

Отримані дані підтверджують гіпотезу про лінійний і водночас взаємопідсилювальний зв'язок між фізичною та психічною травмою у пацієнтів з постконтузійним синдромом. Механічне ушкодження головного мозку створює нейробіологічне підґрунтя для підвищеної вразливості, тоді як психотравматичні події бойового досвіду наповнюють цю вразливість конкретним змістом – інтрузивними образами, сценаріями небезпеки, фіксованими очікуваннями загрози. Для системи медико-психологічного супроводу це означає, що робота з пацієнтами з ПКС не може обмежуватися лише корекцією когнітивного дефіциту чи соматичних скарг: обов'язковим компонентом мають бути цільові травма-орієнтовані інтервенції (КПТ, експозиційні та наративні методи, EMDR тощо),

спрямовані на зниження інтенсивності інтрузій, модифікацію патернів уникнення і нормалізацію рівня гіперзбудження.

3.6. Дослідження для виявлення клінічно значущої депресії

Під час інтерв'ю у певної частини пацієнтів було виявлено ознаки депресії, що потребувало проведення додаткових досліджень за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

Загальна кількість опитаних – 41 особа, з них 10 осіб належать до вибірки з ПКС. За оцінкою рівня тривоги середній бал становив 9,39, що є достатньо високим показником та найбільш високим за ступенем вираженості є відповідь на питання «Я відчуваю напруження, мені не по собі». Середнє значення балів за шкалою депресії становило 8,95, що є також високим показником, та найбільш високою за ступенем вираженості є відповідь «Мені здається, що я став все робити дуже повільно». За кількістю балів щодо інтенсивності проявів страждань, які належать до тривожних, найбільшу кількість становили відповіді, що дорівнювали 1, за шкалою депресії – 2.

У 10 пацієнтів з ПКС за кількістю балів щодо інтенсивності проявів страждань, які належать до тривожних та депресивних, найбільшу кількість становили відповіді, що дорівнювали 2, середнє значення балів за шкалою тривоги – $12,57 \pm 0,18$, що є значно вищим показником, ніж у загальній групі ($9,23 \pm 1,03$; $p < 0,05$), за шкалою депресії – $17,09 \pm 1,43$, що майже вдвічі відрізнялось від аналогічних показників у загальній вибірці ($8,98 \pm 0,87$; $p < 0,05$) (рис. 3.6).

Аналіз результатів обстеження за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) показує, що навіть у загальній вибірці (41 особа, незалежно від наявності ПКС) рівень емоційного дистресу є клінічно значущим: середні значення як за тривогою, так і за депресією наближаються до «проблемної» зони. Домінування відповідей типу «Я відчуваю напруження, мені не по собі» та «Мені здається, що я став все робити дуже повільно» відображає поєднання підвищеної

тривожності з типовою для астенічно-депресивних станів психомоторною загальмованістю. Важливо враховувати, що сама по собі HADS застосовувалася до вже відібраного контингенту пацієнтів з підозрою на афективну симптоматику, тож виявлені показники радше характеризують «групу ризику» щодо розвитку клінічно значущих тривожно-депресивних розладів серед осіб із бойовою травмою, ніж загальну популяцію ветеранів.

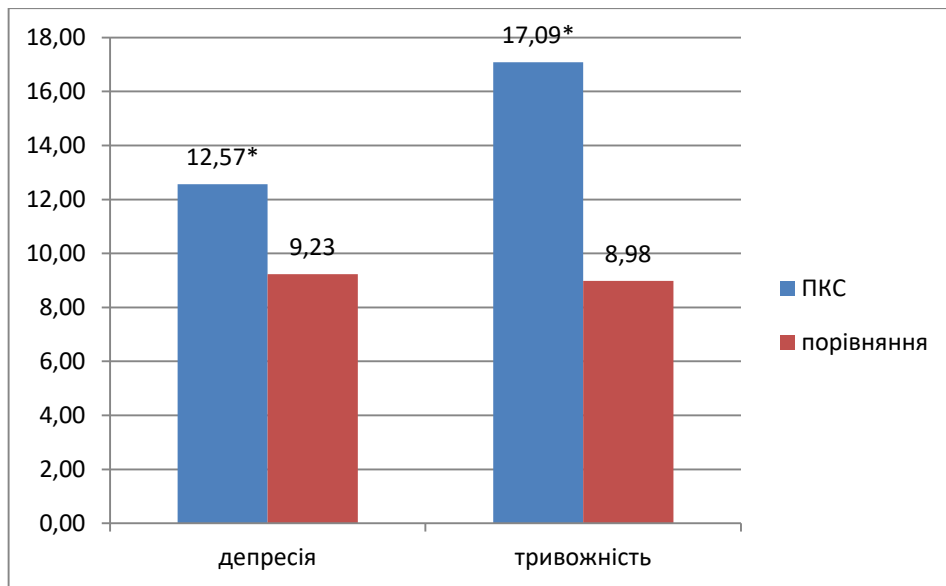


Рис. 3.6. Показники депресії та тривоги в основній та контрольній групах

*Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$).

Особливо показовими є результати підгрупи пацієнтів з постконтузійним синдромом (10 осіб). У них середні значення за шкалою тривоги та депресії суттєво перевищують показники загальної групи, причому за депресією – майже вдвічі. Домінування відповідей із балом «2» (а не «1») свідчить не про поодинокі чи ситуативні прояви, а про стійке, суб'єктивно виражене переживання симптомів – від відчуття внутрішнього напруження і «нервовості» до втрати енергії, уповільненості дій, редукції ініціативи. У клінічному плані це дозволяє говорити про високий ризик формування повноцінних тривожних і депресивних розладів у структурі PCS, причому депресивний компонент тісно нашаровується

на вже наявні астенічні та когнітивні порушення, ускладнюючи як диференційну діагностику, так і планування реабілітаційних заходів.

З позицій медико-психологічного супроводу ці дані підтверджують необхідність систематичного скринінгу тривоги та депресії у всіх пацієнтів з постконтузійним синдромом, а не лише в осіб з очевидними скаргами на «пригніченість» чи «поганий настрій». Поєднання PCS-симптоматики (когнітивне сповільнення, втомлюваність, порушення сну, соматичний дискомфорт) із клінічно значущим рівнем тривоги та депресії створює додаткові ризики – від соціальної дезадаптації до суїцидальних намірів – і вимагає інтегрованого підходу: поєднання фармакотерапії (за потреби), психотерапевтичних втручань (насамперед КПТ- та травма-фокусованих підходів) та цілеспрямованої роботи з астенією й вегетативною дисфункцією. Таким чином, результати за HADS підкріплюють уявлення про PCS як про комплексний біопсихосоціальний синдром, у структурі якого афективні розлади посідають не периферійне, а центральне місце.

3.7. Дослідження електричної активності ГМ в обстежених

За основними характеристиками КЕЕГ:

Частота альфа-ритму (Гц) в осіб загальної вибірки – середнє значення. Частота альфа-ритму (Гц) – 10, 57 (мін. 8,5, макс. 12,5). У пацієнтів з ПКС: середнє значення – 10,36 (мін. 8,5, макс. 12,5). Амплітуда альфа-ритму (мкВ) в осіб загальної вибірки: середнє значення – 49,02, у пацієнтів з ПКС – 50 (мін. 30, макс. 80). Ступінь вираженості в превалюючій більшості мав регулярний характер в обох виборках.

Організація альфа-ритму в основному носила організований характер в обох виборках. Зональні відмінності виявлено у обох виборках. Зональні відмінності: в основному тім'яні, асиметрія альфа-ритму: є 1 до 1 та 1 до 2 порівну в обох вибірках.

Повільно-хвильова тета- та дельта-активність: значно переважала дифузна в обох виборках. Ступінь вираженості: окремі хвилі – 100% в обох виборках.

Пароксизмальна активність відсутня на 100% в обох групах досліджуваних. Реакція активації: чітка (1), послаблена (2) – 1–39, 2–22.

При фотостимуляції: зміни (6), без змін (53) – дані загальної виборки і таке саме співвідношення у виборці осіб з ПКС.

Засвоєння ритму наявне у 100% осіб обох груп. Діапазон засвоєння ритму: альфа переважала в обох виборках.

Ознаки подразнення кори: дифузне переважало у загальній вибірці та регіонарне та дифузне порівну – у вибірці з ПКС.

Гіпервентиляція: зміни (16 осіб), без змін (42 особи) у загальній вибірці та у 17 опитаних з ПКС: зміни – 13, без змін – 4. Подразнення і сповільнення: переважали регіонарне.

Пароксизмальна та епілептиформна активність переважала в обох виборках при фотостимуляції. Амплітуда ГВ – переважно до 175 мкВ.

Когнітивні викликані потенціали Р300: в межах вікової норми (9 осіб), відхилення показників від норми (49 осіб) у загальній вибірці та 1 і 16 відповідно у вибірці пацієнтів з ПКС.

Статистичні показники КЕЕГ наведено в табл. 3.7. Наявність значущої міжпівкульної асиметрії у загальній вибірці: так (23 особи), ні (35 осіб) та 14 та 3 відповідно у пацієнтів з ПКС. Когнітивні порушення: у загальній вибірці є (18 осіб), немає (40 осіб) та 14 та 3 відповідно у пацієнтів з ПКС. Така сама кількість за показниками зниження об'єму оперативної пам'яті і порушення уваги за обома виборками.

Аналіз результатів КЕЕГ та когнітивно викликаних потенціалів (Р300) свідчить, що у переважної більшості обстежених фонова електрична активність головного мозку формально залишається в межах вікової норми: частота та організація альфа-ритму, зональні відмінності, відсутність пароксизмальної активності у стані спокою не дають підстав говорити про грубу епілептиформну чи вогнищеву патологію. Водночас дифузна тета-дельта-активність та ознаки подразнення кори (дифузні у загальній вибірці й поєднання регіонарних і дифузних феноменів у PCS-групі) відображають легку, але стійку дисфункцію

корково-підкіркових систем, характерну для наслідків mTBI. Більш часті зміни при гіпервентиляції, а також більша частка випадків міжпівкульної асиметрії саме у пацієнтів з ПКС свідчать про підвищену вразливість мозкових мереж регуляції до функціонального навантаження.

Таблиця 3.6

Статистичні показники КЕЕГ в обстежених

Показник	Загальна вибірка			Вибірка осіб з ПКС		
	мін.	макс.	середнє значення	мін.	макс.	середнє значення
Латентність:						
- права півкуля						
P1	31,2	152	77,66207	31,2	152	84,35294
N1	66,9	202	127,3431	76,1	202	131,9882
P2	124	279	189,2241	124	271	190,2353
N2	198	345	259,8966	208	318	269,4118
P3	288	468	360,1207	292	468	381,6471
N3	346	534	432,3793	351	534	456,2353
- ліва півкуля						
P1	28,5	149	75,80517	28,5	149	75,64706
N1	60,3	202	124,4	60,3	202	128,2294
P2	115	281	191,8276	115	264	195
N2	191	339	259,0172	210	339	268,1765
P3	299	469	363,6379	299	469	386,3529
N3	350	538	432,6379	351	538	459,6471
Амплітуда:						
- права півкуля						
P1-N1	0,146	15	4,872966	0,568	11,8	4,933412
N1-P2	1,92	17,4	6,993966	1,92	14,5	7,038235
P2-N2	0,149	11,7	4,541672	0,308	11,7	4,207588
N2-P3	1,73	18,1	6,324828	2,61	18,1	5,964118
P3-N3	0,265	26,3	5,586466	1,61	12,6	5,334706
- ліва півкуля						
P1-N1	1,27	19,9	5,177414	1,27	10,3	4,85
N1-P2	1,73	22	7,358276	1,73	14,2	6,600588
P2-N2	0,054	10,4	4,147724	0,054	10,2	4,123941
N2-P3	1,71	18,7	6,136034	1,74	18,7	6,267059
P3-N3	1,19	15,3	4,98569	2,03	7,59	4,518824

Особливої уваги заслуговують дані дослідження когнітивних викликаних потенціалів Р300. У загальній вибірці лише незначна частина обстежених продемонструвала значення в межах вікової норми, тоді як у більшості, а особливо у пацієнтів з ПКС, зафіксовано подовження латентності компонентів Р3 та відхилення амплітудних характеристик. Це інтерпретується як електрофізіологічний маркер уповільнення процесів розпізнавання значущих стимулів, переробки інформації та оновлення робочої пам'яті. Кореляція між відхиленнями Р300, наявністю виразної міжпівкульної асиметрії та клінічними проявами когнітивного дефіциту (зниження оперативної пам'яті, порушення уваги) у пацієнтів із PCS додатково підтверджує органічний компонент постконтузійної енцефалопатії, який не може бути зведений лише до «суб'єктивних скарг».

Узагальнюючи, дані КЕЕГ і Р300 дозволяють розглядати PCS як стан із переважно дифузною, субклінічною, але функціонально значущою дисфункцією мозку, що проявляється поєднанням легких порушень кортикальної збудливості, асиметрією міжпівкульових взаємодій та уповільненням когнітивної обробки інформації. Для системи медико-психологічного супроводу це має дві важливі наслідкові площини: по-перше, об'єктивує скарги пацієнтів на втому, «заторможеність», проблеми з увагою і пам'яттю; по-друге, обґрунтовує необхідність цілеспрямованих нейропсихологічних реабілітаційних програм (тренінг уваги, робочої пам'яті, виконавчих функцій), які мають поєднуватися з медичною корекцією та психотерапевтичними втручаннями в рамках інтегрованого підходу до наслідків постконтузійного синдрому.

3.8. Звертання по медичну та психологічну допомогу

По допомогу до медичних працівників звертались одразу після отримання травми 110 (47,62%) осіб загальної вибірки та 48 (62,34%) – вибірки з ПКС. З них отримали допомогу 103 (44,59%) та 61 (79,22%) відповідно. Відчували потребу в психологічній допомозі, пов'язаній з наслідками ЧМТ, 98 (42,42%) та 45

(58,44%) відповідно. З них були проконсультовані психіатром 110 (47,62%) та 52 (67,53%), проконсультовані психологом 106 (45,89%) та 52 (67,53%), а також отримали відповіді на питання щодо ЧМТ 76 (32,90%) та 41 (53,25%) відповідно. Потребують психологічної допомоги на сьогодні 101 (43,72%) та 41 (53,25%), готові до спілкування з психологом 70 (30,30%) та 45 (58,44%) відповідно. Отже, потреба у психологічній допомозі в осіб загальної вибірки перевищує готовність до її отримання на 13,72%, тоді як у вибірці з ПКС майже на 5% готовність вища за потребу, що може свідчити про наявний досвід спілкування з фахівцями в галузі психічного здоров'я та/або реальне розуміння такої доцільності. Згідно з нашими даними, кількість тих, хто отримав допомогу від медиків, психіатрів, психологів на момент травми, у пацієнтів з ПКС становила в середньому 50,49%: звертались по допомогу до медичних працівників 43,64%, отримали медичну допомогу з приводу ЧМТ 59,22%, відчували потребу в психологічній допомозі, пов'язаної з наслідками ЧМТ, 45,92%, були проконсультовані психіатром 47,27%, психологом 49,06%, отримали відповіді на питання щодо ЧМТ 53,95%.

Представлені дані щодо звернень по медичну та психологічну допомогу демонструють як певні позитивні зрушення, так і системні прогалини в організації опіки над пацієнтами з наслідками ЧМТ бойового генезу. З одного боку, у вибірці пацієнтів з постконтузійним синдромом спостерігається вищий відсоток своєчасних звернень по медичну допомогу та фактичного її отримання, а також більша частка осіб, які мають досвід контакту з психіатром і психологом та декларують готовність до подальшої взаємодії з фахівцями психічного здоров'я. Це може свідчити про часткове усвідомлення зв'язку між перенесеною травмою, наявною симптоматикою та необхідністю комплексного медико-психологічного супроводу, а також про певний рівень довіри до системи допомоги з боку цієї групи пацієнтів.

З іншого боку, у загальній вибірці осіб з ЧМТ спостерігається виразний розрив між потребою в психологічній допомозі та реальною готовністю її отримувати: частка тих, хто потребує підтримки, суттєво перевищує частку тих, хто готовий до спілкування з психологом. Цей дисбаланс може відображати як

стигму щодо психіатричної та психологічної допомоги, так і недостатню поінформованість про роль психолога в реабілітації після ЧМТ, недовіру до ефективності немедикаментозних підходів або негативний попередній досвід. Те, що у групі з ПКС готовність до психологічної допомоги навіть дещо перевищує задекларовану потребу, додатково підкреслює важливість раннього інформування, психоедукації та включення елементів психологічної підтримки вже на етапі соматичного лікування, коли формується ставлення пацієнта до подальшого супроводу.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що результати дослідження не лише описують клініко-психологічний профіль постконтузійного синдрому, але й виявляють критичну ділянку організаційного характеру – недостатню інтеграцію медичної та психологічної допомоги, особливо на ранніх етапах після травми. Незважаючи на те, що приблизно половина пацієнтів з ПКС мають досвід контакту з фахівцями в галузі психічного здоров'я, значна частина потреб залишається нереалізованою або задоволеною фрагментарно. Це обґрунтовує необхідність розробки структурованих маршрутів медико-психологічного супроводу, де оцінка потреб у психологічній допомозі, психоедукація, скринінг тривожно-депресивних, посттравматичних та когнітивних розладів, а також подальші інтервенції є не факультативним, а обов'язковим компонентом системи реабілітації ветеранів з наслідками контузії.

Висновки до третього розділу

Постконтузійний синдром у комбатантів має виразний клінічний профіль, відмінний від «звичайної» легкої ЧМТ. У пацієнтів з ПКС вірогідно частіше та інтенсивніше реєструються як гострі (порушення орієнтації, рівноваги, зору, нудота, блювання, порушення сну, зниження працездатності, проблеми з увагою та пам'яттю), так і віддалені симптоми за опитувальником Cicerone. Це підтверджує, що ПКС не є «варіантом норми після струсу», а якісно відмінним станом зі стійким неврологічним і психічним дефіцитом.

Постконтузійний синдром у значної частини пацієнтів поєднується з клінічно значущими симптомами ПТСР, що формують комбіновану психотравматичну картину. За PCL-M більше половини осіб з ПКС досягають порогового рівня, достатнього для діагнозу ПТСР, тоді як у групі без ПКС таких меншість. Дані за IES (інтрузії, уникнення, гіперзбудження) демонструють стабільно вищу вираженість травматичної симптоматики у PCS-групі, що свідчить про взаємне підсилення соматичної (нейротравма) та психічної (бойова психотравма) складових. ПКС у цьому разі постає як комбінований, а не просто «сполучений» розлад.

Вегетативна дисфункція є структурним компонентом клінічної картини ПКС. Пацієнти з постконтузійним синдромом демонструють більш виражені прояви кардіореспіраторної, вазомоторної, гастроінтестинальної та ортостатичної нестійкості (серцебиття, утруднене дихання, непритомність, підвищене потовиділення, розлади ШКТ, швидка стомлюваність) порівняно з особами з mTBI без ПКС. Це дозволяє трактувати вегетативну дисфункцію не як фоновий феномен, а як ключовий елемент психовегетативного синдрому в структурі постконтузійної енцефалопатії.

Астенічний синдром є одним із провідних психопатологічних «ядр» ПКС. За Шкалою астенічних станів (ШАС) у хворих з ПКС фіксується виражене поєднання соматичної втомлюваності (м'язова слабкість, головний біль, запаморочення, холодні кінцівки, шум у вухах), когнітивної виснаженості (забудькуватість, труднощі з концентрацією, гірше розуміння прочитаного) та мотиваційно-емоційного виснаження (небажання брати участь у дозвіллевій активності, зниження інтересу, підвищена вразливість). Астенія в цьому контексті виступає базовим синдромом, на якому нашаровуються ПТСР, тривога, депресія та соціальна дезадаптація.

У значної частини пацієнтів з ПКС виявляються клінічно значущі тривожно-депресивні розлади. Дані за HADS свідчать, що у PCS-підгрупі середні показники тривоги та депресії суттєво перевищують відповідні значення загальної групи, наближаючись до рівня, характерного для клінічно виражених

афективних розладів. Це підтверджує, що афективний компонент не є периферійним чи реактивним, а займає центральне місце у структурі ПКС, істотно впливаючи на якість життя, рівень функціонування та ризики суїцидальної поведінки.

Електрофізіологічні дослідження (КЕЕГ та Р300) об'єктивують органічний компонент постконтузійного синдрому. Попри формальну «нормальність» основних параметрів фонові ЕЕГ (організований альфа-ритм, відсутність пароксизмів), у більшості пацієнтів, особливо з ПКС, виявлено дифузні ознаки подразнення кори, зміни при функціональних навантаженнях (гіпервентиляція, фотостимуляція), виражену міжпівкульну асиметрію та відхилення латентності й амплітуди когнітивних потенціалів Р300. Це свідчить про субклінічну, але функціонально значущу дифузну дисфункцію мозку, що корелює із когнітивним дефіцитом (зниження оперативної пам'яті, порушення уваги).

Клініко-психологічний профіль пацієнтів з постконтузійним синдромом має чітко мультисимптомний та мультисистемний характер. Для PCS характерне стає поєднання когнітивних порушень (уповільнення мислення, труднощі прийняття рішень, проблеми пам'яті та уваги), вегетативної дисфункції, астенії, тривожно-депресивних та ПТСР-проявів, що підтримуються виявленими нейрофізіологічними змінами. Така конфігурація підтверджує доцільність розуміння ПКС як біопсихосоціального синдрому з органічним ядром та вираженою психотравматичною й психосоціальною надбудовою.

Існує розрив між реальною потребою в психологічній допомозі та доступністю/прийнятністю медико-психологічного супроводу, особливо на ранніх етапах після травми. Хоча у пацієнтів з ПКС частіше реєструється досвід звернення до психіатрів і психологів та вища готовність до подальшої взаємодії, значна частина як загальної вибірки, так і PCS-групи не отримала повноцінної системної психореабілітації. Потреба у психологічній допомозі в загальній вибірці перевищує готовність до її отримання, тоді як у PCS-групі готовність дещо переважає задекларовану потребу, що вказує на значний ресурс для розгортання структурованих програм медико-психологічного супроводу.

Отримані результати створюють емпіричне підґрунтя для розробки цільових програм медико-психологічного супроводу ветеранів з постконтузійним синдромом. Виявлена структура симптомів, поєднання органічних, психопатологічних і психосоціальних чинників та специфіка допомогою-звернень обґрунтовують необхідність інтегрованих, міждисциплінарних, травма-орієнтованих реабілітаційних протоколів, що поєднують нейропсихологічну корекцію, психотерапію (зокрема травма-фокусовану), роботу з астенією та вегетативною дисфункцією, а також системну психоедукацію та підтримку ветеранів і їхніх сімей.

Основні положення розділу висвітлено в публікаціях:

1. Stebliuk V., Pronoza-Stebliuk K. Post-concussion Syndrome in Ukrainian Veterans: Physical and Mental Manifestations. Journal of Education, Health and Sport. 2018. Vol. 8, No. 2. P. 349–354. URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5285>
2. Stebliuk V., Gan R., Pronoza K. Particularities of physical and mental injuries for Ukrainian-Russian war victims. Journal of Education, Health and Sport. 2016. Vol. 6, No. 4. P. 458–465. URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3495>
3. Типовий протокол надання медико-психологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України. Київ: УВМА, 2019. 154 с.
4. Чеботарьова Л. Л., Солонович О. С., Каджая М. В., Третьякова А. І., Солонович А. С., Проноза-Стеблюк К. В., Стеблюк В. В. Предиктори когнітивних порушень у постраждалих з черепно-мозковою травмою легкого ступеня внаслідок мінно-вибухового ураження. Ukr Neurosurg J. 2019. Vol. 25, No. 4. P. 16–24. URL: <http://theunj.org/article/view/174610>
5. Проноза-Стеблюк К. В. Психодіагностика постконтузійного синдрому. У: XXIX Міжнародна науково-практична інтернет-конференція

«Тенденції та перспективи розвитку науки та освіти в умовах глобалізації»: тези доповідей. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 413–415.

6. Проноза-Стеблюк К. В. Посттравматичний стресовий розлад та коморбідності: особливості психотерапії. У: XXXI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Тенденції та перспективи розвитку науки та освіти в умовах глобалізації»: тези доповідей. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 430–433.

7. Стеблюк В. В., Проноза-Стеблюк К. В., Попадюк О. В. Вегетативні порушення та особливості ЕЕГ при постконтузійному синдромі: Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»: тези доповідей. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 482–486.

8. Соколова І. М., Проноза-Стеблюк К. В. Психологічні аспекти постконтузійного синдрому: Міжнародний конгрес з медичної та психологічної реабілітації: тези доповідей. Київ, 2017. С. 68–70.

9. Спосіб оцінки ступеню тяжкості постконтузійного синдрому: патент України на корисну модель № 140495. Заявл. U2019 09419; опубл. 25.02.2020.

10. Камінський В. В., Суслікова Л. В., Сербенюк А. В., Проноза-Стеблюк К. В. Особливості гормональної регуляції у жінок-ветеранок репродуктивного віку, що зазнали контузії. Репродуктивне здоров'я жінки. 2020. № 4. С. 36–40. URL: <http://repro-health.com.ua/article/view/222143>

РОЗДІЛ 4

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ

4.1. Загальна характеристика пацієнтів, яким було проведено дослідну терапію

Як було зазначено в попередніх розділах, 77 осіб, що відповідали критеріям діагнозу F07.2 «Постконтузійний синдром» за МКХ-10, увійшли до **основної групи**. У них були відпрацьовані та оцінені методики психологічного супроводу.

Обстежених розділили на **дослідну** (49 пацієнти) та **контрольну** (28 осіб) групи. Ні в кого з них не було загострення фізичних ознак хвороби. Вони перебували на амбулаторному спостереженні. Їм призначали препарати соматичного спрямування відповідно до терапевтичних та неврологічних діагнозів (гіпотензивні засоби, нейропротектори, вітамінотерапія). Психофармакотерапію (нейролептики, антиконвульсанти, антидепресанти, транквілізатори, тимолептики) не застосовували щонайменше протягом 3 міс до початку та після психотерапевтичного втручання.

Особи контрольної групи отримували медикаментозну терапію (за призначенням лікаря) та стандартизований комплекс психологічного впливу з використанням протоколів КПТ відповідно до проблематики та показань.

Медико-психологічний супровід пацієнтів дослідної групи окрім базисних методик включав застосування авторської моделі МАК «КСП» у тих випадках, коли застосування виключно протоколів КПТ було недостатнім для досягнення максимального терапевтичного ефекту з огляду на специфіку проблематики, що є суміжною з основним діагнозом.

Середній вік обстежених – $38,29 \pm 7,09$ року (в дослідній групі – $39,47 \pm 9,76$, в контрольній – $37,33 \pm 4,98$), різниця недостовірна ($p > 0,05$). Середня тривалість перебування в зоні АТО становила $13,6 \pm 6,21$ міс.

Середня кількість балів (інтенсивності прояву симптомів) у пацієнтів з ПКС серед опитаних за опитувальником наслідків mTBI сьогодення (Цицерон, 1995): в дослідній – $54,67 \pm 8,03$, в контрольній – $56,09 \pm 9,21$ ($p > 0,05$).

Вираженість симптоматики ПТСР за Шкалою самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія): в дослідній групі – $52,09 \pm 5,35$, в контрольній – $53,38 \pm 7,17$ ($p > 0,05$).

За опитувальником вегетативної дисфункції [164] середнє значення: в дослідній групі – $26,18 \pm 3,28$, в контрольній – $25,29 \pm 6,21$ ($p > 0,05$).

За ШАС середнє значення за ступенем вираженості симптоматики (у балах): в дослідній групі – $78,7 \pm 5,98$, в контрольній – $74,41 \pm 4,22$ ($p > 0,05$).

За Шкалою впливу подій показник «уникнення»: середнє значення в дослідній групі – $1,79 \pm 0,12$, в контрольній – $1,98 \pm 0,05$ ($p > 0,05$).

Показник «інтрузія»: середнє значення в дослідній групі – $2,06 \pm 0,22$, в контрольній – $1,921 \pm 0,12$ ($p > 0,05$).

Показник «гіперзбудження»: середнє значення в дослідній групі – $1,775 \pm 0,072$, в контрольній – $1,681 \pm 0,25$ ($p > 0,05$).

За опитувальником HADS середнє значення балів за шкалою тривоги в дослідній групі – $12,57 \pm 0,18$, в контрольній – $11,89 \pm 0,21$.

За шкалою депресії: в дослідній групі – $17,09 \pm 1,43$, в контрольній – $16,98 \pm 0,62$ ($p > 0,05$).

Ні в кого з обстежених не виявлено явно виражених когнітивних порушень, пізнавальні процеси були в межах відносної норми, що не завадило адекватній когнітивній обробці під час терапії. Перцептивна функція – в межах здатності сприйняття та подальшого засвоєння і відтворення.

Кожному пацієнту було детально описано метод із ходом терапії, на який він погодився, підписавши терапевтичну згоду.

З метою оцінки ефективності психотерапевтичного втручання, спершу необхідно зазначити, що дослідна й контрольна групи є клінічно порівнянними за основними показниками постконтузійного синдрому, ПТСР, вегетативної

дисфункції, астенії та афективних розладів. Узагальнені характеристики пацієнтів наведено в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Загальна клініко-психологічна характеристика пацієнтів дослідної та контрольної груп перед початком терапії

Показник	Дослідна група (n = 49) M±m	Контрольна група (n = 28) M±m	p
Вік, роки	39,47±9,76	37,33±4,98	>0,05
Кількість пацієнтів з діагнозом F07.2 (ПКС)	42	30	—
Опитувальник наслідків mTBI (Cicerone, блок «Сьогодення»), сума балів	54,67±8,03	56,09±9,21	>0,05
PCL-M (військова версія), сума балів	52,09±5,35	53,38±7,17	>0,05
Опитувальник вегетативної дисфункції (А. М. Вейн), сума балів	26,18±3,28	25,29±6,21	>0,05
Шкала астеничних станів (ШАС), сума балів	78,70±5,98	74,41±4,22	>0,05
Шкала впливу подій: «уникнення»	1,79±0,12	1,98±0,05	>0,05
Шкала впливу подій: «інтрузія»	2,06±0,22	1,92±0,12	>0,05
Шкала впливу подій: «гіперзбудження»	1,78±0,07	1,68±0,25	>0,05
HADS: тривога, сума балів	12,57±0,18	11,89±0,21	—
HADS: депресія, сума балів	17,09±1,43	16,98±0,62	>0,05

Як видно з табл. 4.1, дослідна та контрольна групи виявилися однорідними за віком та вираженістю ключових клінічних і психологічних показників: тяжкістю симптоматики постконтузійного синдрому, рівнем ПТСР-проявів, вегетативної дисфункції, астеничного синдрому, травматичного стресу за субшкалами «уникнення», «інтрузії» та «гіперзбудження», а також за депресивною симптоматикою. Це дозволяє інтерпретувати подальші міжгрупові відмінності переважно як результат застосованих терапевтичних підходів, а не як наслідок початкової нерівномірності вибірок.

Окремо слід наголосити, що в обох групах не було виявлено грубих когнітивних порушень: пізнавальні процеси знаходилися в межах відносної норми, перцептивні функції забезпечували адекватне розуміння, засвоєння та відтворення терапевтичного матеріалу. Усі пацієнти були поінформовані про зміст і етапи медико-психологічного супроводу, надали добровільну терапевтичну згоду, що створює етичне й методологічне підґрунтя для подальшого аналізу ефективності стандартних КПТ-протоколів та авторської моделі МАК «КСП» у структурі психологічного супроводу при постконтузійному синдромі.

4.2. Базові методи психологічних інтервенцій в терапії пацієнтів з ПКС, застосовувані в контрольній групі

За ознаками провідної симптоматики і відповідно до програми втручання пацієнтів контрольної групи розділили на такі підгрупи:

- з вираженими ознаками ПТСР та розладів адаптації – 13;
- з вираженими ознаками генералізованого тривожного розладу (ГТР) – 10;
- з вираженими ознаками депресії – 7.

Базовою методикою в першій підгрупі був **протокол травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ при ПТСР) (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>)**. Протокол включав такі фази:

1. Попереднє обстеження: оцінка ризику, ризик ретравматизації, психіатрична безпека, загальна психічна стабільність, оцінка спроможності до психотерапевтичних інтервенцій.

2. Збір травмаспецифічного анамнезу із спостереженням за реакціями психіки з оцінкою спроможності людини говорити про психотравмуючі події, емпатичне слухання, підтримка.

3. Загальне клінічне обстеження, соціально-психологічний компонент, складання карти травм та ресурсів, заповнення та обговорення опитувальників з подальшою психоедукацією, соціалізація в модель КПТ.

4. Формування терапевтичного стосунку та терапевтичного поля.

5. Фаза стабілізації (відновлення/набуття ресурсів, дистанціювання від травми):

- вирішення нагальних проблем (психосоціальний фактор);
- психоедукація про симптоми ПТСР, озвучення плану та мішеней терапії, рефреймінг симптомів, видача самонавчальної літератури;
- коупінг із симптомами ПТСР з використанням відповідно до проблематики технік дистанціювання, заземлення, майндфулнес, роботи з позитивною уявою, менеджменту та дискримінації тригерів, когнітивної реструктуризації, поведінкової активації, «дерево прийняття рішень», прийняття невизначеності, робота з флеш-беками та іншими специфічними симптомами за потреби тощо.

6. Підготовка до опрацювання травматичного досвіду.

7. Повторне переживання травматичного досвіду в уяві:

- заплющити очі і описати (вголос) травматичну подію в теперішньому часі від першої особи від початку і до завершення;
- по завершенні – стабілізація, визначення рівня дистресу.

8. Побудова наративу та когнітивна реструктуризація (написання від руки з ідентифікацією емоційно заряджених фрагментів та тілесних відчуттів і когнітивні оцінки в них з подальшим переписанням наративу з адаптивними когнітивними оцінками).

9. Повторне пережиття події в уяві з додатковим опрацюванням «гарячих точок» та вплітанням адаптивних когніцій.

10. Виконання домашнього завдання, формування основ для подальшого доопрацювання.

11. Інтеграція травматичного досвіду:

- оплакування втрат;
- винесення уроків для подальшого життя;
- адаптація до змін.

За умов переважання ознак депресії було використано протокол КПТ при депресії (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>), що включав такі фази:

1. Обстеження і формулювання.
2. Психоедукація і соціалізація. Рекомендації щодо самодопомоги.
3. Встановлення цілей і планування терапії згідно з наявними симптомами-мішенями і підтримувальними циклами:

а) «ранні» когнітивні техніки – відволікання уваги, ігнорування, думки, «що допомагають»;

б) поведінкова активація (моніторинг активностей, «поведінкові рецепти», градуйоване визначення завдань та ін.);

в) вирішення проблем, прийняття рішень;

г) когнітивна інтервенція (включаючи поведінкові експерименти): негативні актоматичні думки (НАД), помилки мислення, когнітивні спотворення;

ґ) інтерперсональні інтервенції;

д) екзистенціональні інтервенції – сенс життя і т.п.;

е) навчання навичкам (наприклад, інтерперсонально);

є) моніторинг симптомів депресії і суїцидального ризику;

ж) робота з негативними глибинними переконаннями і дисфункційними «правилами життя».

4. Робота із супутніми проблемами і коморбідними розладами:

а) робота на попередження рецидиву;

б) інструменти самодопомоги «КПТ»;

в) майндфулнес;

г) важливі зміни в житті.

Використання протоколу КПТ при ГТР (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>)

- Формулювання.

- Психоедукація. Соціалізація в модель КПТ.

Модуль 1: розпізнавання продуктивного/непродуктивного переживання.

Модуль 2: підвищення толерантності до невизначеності майбутнього.

Модуль 3: розвиток позитивної орієнтації щодо проблем.

Модуль 4: подолання когнітивного уникнення.

Модуль 5: зменшення часу на переживання (майнфулднес, «час переживань» тощо).

Модуль 6: Попередження рецидиву.

Розглянемо детальніше.

Модуль 1 – розпізнавання переживання

- психоедукація про ГТР
- впровадження ідеї континууму переживань і пояснення амбівалентності переживань «користь?», «збитки?», «коли переживання є корисними? коли немає?», «як відрізнити?»;
- тренування здатності розпізнавати переживання, їхній характер, тематику і корисність;
- виявлення метакогніцій про користь переконань;
- когнітивна реструктуризація метакогніцій (вербальні та поведінкові техніки);
- обмеження непотрібних переживань.

Модуль 2 – підвищення толерантності до невизначеності

- впровадження ідеї «непереносимості невизначеності»;
- зв'язок з минулим і схемою очікування катастрофи;
- зв'язок з поведінкою уникнення ситуацій, де є невизначеність;
- впровадження ідеї збільшення переносимості невизначеності;
- позитивне сприйняття невизначеності і тих змін життя, які може принести підвищення толерантності до невизначеності.

Модуль 3 – розвиток позитивної орієнтації щодо проблем

- розвиток установки прийняття і сприйняття проблем як можливостей, а не лише як загроз;

- розвиток вміння ідентифікувати проблеми і як найшвидше їх вирішувати;
- скласти список проблем і план дій;
- розвиток і застосування навичок вирішення проблем.

Модуль 5 – зменшення часу на негативні переживання і тривоги

Модуль 6 – попередження рецидиву

- планування подальшої самостійної роботи;
- планування ситуацій, які можуть бути тригерами нових переживань;
- складання плану дій;
- «ящик інструментів» – чого навчився пацієнт;
- бустерні сесії.

Для ілюстрації перелічених методик, застосованих в психологічному супроводі пацієнтів контрольної групи, наводимо клінічні приклади:

Пацієнт І., 29 років. Виражені ознаки ПТСР. Код пацієнта ПШ01801

Показники первинного тестування: опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К.Д., 1995) – 48 балів, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 58 балів, Шкала впливу подій: уникнення – 1,25 бала, інтрузії – 1,5 бала, гіперзбудження – 1 бал, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 45 балів, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 7 балів.

Скарги: головний біль, порушення сну, стан постійного емоційного напруження, нічні флешбеки, уникнення спогадів про травматичні події.

План психологічної допомоги:

Сесія 1

- 1). Знайомство, пояснення мети візиту, встановлення терапевтичного поля, визначення мішеней, складання плану терапії та формулювання.
- 2). Психоедукація.
- 3). Соціалізація в СРТ.

4). Обговорення порядку терапії: визначення основних мішеней.

5). Протипоказання до терапії відсутні.

Унікаюча поведінка пацієнта носить природний, але небажаний характер, що спровоковано звичайним способом власного коупінгу, а саме небажанням відчувати страждання.

Наші цілі для терапії: 1) допомогти прийняти реальність події; 2) відчути свої емоції про це; 3) розробити збалансовані та реалістичні уявлення про подію, себе та інших.

Сесія 2

Валідизація почуттів, спростування реалістичності переконань, що виникли після військових подій.

Робота з наративом з точками застрягання в його переживанні (узагальнені твердження, генералізації, самозвинувачення).

Сесія 3

1). Визначення думок та емоцій, які виникають у відповідь на події: зазвичай будь-яка поведінкова активація призводить до виникнення негативних автоматичних думок агресивного та самозвинувачувального характеру.

2). Внесена гіпотеза, що зміна думок може змінити інтенсивність або тип емоцій, була адекватно сприйнята пацієнтом.

3). Розпочато конфронтацію із самозвинуваченням та деструктивним переживанням пацієнта через сократівські питання.

4). Написання пацієнтом детального звіту-розповіді про події, що носять, за його уявленнями, деструктивний характер.

Сесія 4

1). Перечитування запису про подію призвело до повторного переживання пацієнтом цієї події та винаходження нових сенсів досвіду, що зумовило зменшення інтенсивності емоційних проявів у момент пригадування.

2). Зміна точки зору пацієнта на події.

3). Початок конфронтації із самозвинуваченнями та іншими асиміляційними поглядами із використанням сократівських запитань.

4). Доповнення наративу більшою кількістю деталей.

В процесі сесії відбулась розповідь пацієнтом та занурення в його емоційний простір. Запропоновано обговорити точки застрягання, які не увійшли в розповідь (оціночні судження, самозвинувачення тощо), та опрацювати їх сократівськими питаннями.

Домашнє завдання: повторно описати всю подію, свої автоматичні думки та внести це до ABC-таблички.

Сесія 5

1). Спонування пацієнта перечитати і обговорити оновлену версію історії події.

2). Обговорення нових доповнень та вилучень.

3). Перевірка емоційного вираження та його змін.

4). Продовження когнітивної терапії точок застрягання щодо події.

5). Навчання пацієнта самостійно використовувати конфронтаційні питання.

Домашнє завдання:

Будь-ласка, виберіть на кожен день один пункт застрягання і відповідайте на конфронтаційні запитання щодо цього пункту. Напишіть свої відповіді на окремому листі. Також Ви можете зберегти список питань для подальшого використання. Якщо Ви ще не закінчили свої записи про травматичні події, продовжуйте працювати. Прочитайте їх до наступного сеансу і принесіть всі Ваші бланки і записи на наступний сеанс.

Сесія 6

1). Перегляд списку конфронтаційних питань та обговорення можливих питань щодо них.

2). Допомога пацієнту з тими питаннями, на які є труднощі у відповідях.

3). Продовження когнітивної терапії щодо точок застрягання.

4). Початок роботи із бланком проблемного мислення.

Домашнє завдання: «Розгляньте точки застрягання, які Ви вже визначили, і віднайдіть у кожній із них приклади проблемної моделі мислення (когнітивних

викривлень) з тих, які перераховані на аркуші. Шукайте конкретні способи, як саме Ваші реакції на травматичну подію зазнали впливу цих викривлень. Продовжуйте читати свою історію, якщо вона викликає у Вас сильні емоції».

Сесія 7

- 1). Перегляд патернів проблемного мислення.
- 2). Допомога пацієнту у визначенні, чи особливо сильно проявлені ці патерни у контрпродуктивних моделях.
- 3). Представлено робочий аркуш конфронтації із проблемними переконаннями.

Домашнє завдання: «Використовуйте робочі бланки і зміни переконань, щоб проаналізувати і конфронтувати хоча б з однією з Ваших точок застрягання щодня. Будь ласка, прочитайте модуль про безпеку та подумайте про те, як Ваші попередні уявлення змінилися після події. Використовуйте інші бланки для інших точок застрягання».

Сесія 8

1. Опрацювання робочих бланків «Проблемні вірування» із пацієнтом та допомога йому, коли це потрібно, із заповненням листів.
2. Переглянутий модуль.

Домашнє завдання: «Прочитайте про модуль довіри та подумайте про свої переконання, які були змінені через подію. Використовуйте робочі аркуші зміни переконань для продовження аналізу Ваших точок застрягання, які стосуються питань довіри до себе та інших людей, та питань, якщо вони залишаються актуальними для Вас».

Сесія 9

- 1). Перегляд робочих листів про довіру до себе та інших.
- 2). Введено модуль та концепції стосовно влади і контролю.

Домашнє завдання: «Використовуйте робочі аркуші зміни переконань, щоб продовжувати опрацьовувати точки застрягання. Після прочитання інформаційних матеріалів з модуля про владу і контроль подумайте про них і заповніть робочі аркуші на цю тему.

Сесія 10

1. Переглянути робочі листи пацієнта, що викликають труднощі щодо питань контролю і влади.
2. Запровадити модуль самооцінки та оцінки інших для вирішення питань самооцінки та поваги до інших.
3. Призначити вести бланк позитивних активностей та приємностей кожного дня.

Домашнє завдання: «Після прочитання модулю самооцінки використовуйте робочі аркуші, щоб змінити точки застрягання щодо самооцінки і самоповаги та оцінки і поваги до інших. Додатково практикуйте говорити та отримувати компліменти і похвалу, робіть для себе одну хорошу річ щодня. Вкажіть це у відповідному бланку».

Сесія 11

1. Перегляд компліментів і хороших речей, які пацієнт зробив для себе.
2. Перегляд робочих аркушів «Проблемні переконання» щодо поваги та інших тем.
3. Введення понять власної та чужої інтимності.
4. Призначено бланк роботи із проблемними переконаннями щодо інтимності.

Домашнє завдання: використовуйте модуль «Інтимність» та бланк «Зміна переконань», щоб протистояти точкам застрягання, які стосуються близькості з іншими. Продовжуйте заповнювати робочі аркуші із попередніх тем, які все ще викликають у Вас проблеми. Будь ласка, напишіть принаймні одну сторінку про те, що Ви зараз думаєте про те, чому ця подія сталась. Крім того, подумайте про те, у що Ви зараз вірите: про себе, інших людей та світ».

Сесія 12

1. Переглянути труднощі про вірування про близькість і роботу над вирішенням будь-яких точок застрягання, які могли б заважати життю та розвитку чи стосункам з іншими.
2. Порівняти стару і нову мотивації до змін.

Показники після завершення сесії: опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 36 балів, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 18 балів, Шкала впливу подій: уникнення – 0,75 бала, інтрузії – 1 бал, гіперзбудження – 0,5 бала, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 40 балів, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 4 бали. Суб'єктивно пацієнт відмічає покращення самопочуття, поліпшення сну, зникнення відчуття напруженості. Спогади про травматичну подію не турбують.

Пацієнт О., 37 років. Виражені ознаки порушення адаптації. Код пацієнта НОО18811

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 42, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 44, Шкала впливу подій: уникнення – 2,25 бала, інтрузії – 2,5 бала, гіперзбудження – 2,5 бала, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 18 балів, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 7 балів.

Запит: скарги на нічний головний біль, нічні жахіття, поверхневий сон із частими пробудженнями, періодичні спалахи немотивованої агресії, неможливість самоопанування. В анамнезі – здатність до деструктивних засобів коупінгу (періодичне вживання алкоголю у великих дозах, що не носить системного характеру), періодичні депресивні стани (неможливість валідизувати власні почуття, необґрунтоване занепокоєння), самозвинувачення себе, протиставлення оточуючим, вороже ставлення до них. Протягом дня переважання пригніченого стану, неможливість зайти себе (відмова від старої роботи, небажання працевлаштуватись на нову), замкнутість, іноді плаксивість, що межує із раптовою дратівливістю. Збережена критичність, самооцінка не ушкоджена, мотивований на терапію.

Хід роботи:

Перша сесія

Обґрунтування програми методу засноване на доведенні доказовості і проясненні покрокових втручань, що передують прийняттю рішення про терапію.

Психоедукація щодо терапевтичних інтервенцій: що таке експозиція в реальності та експозиція в уяві. Чому їх треба застосовувати, яким чином відбуватиметься звикання до події, про яку пацієнт згадує як про деструктивну, та як буде змінюватись надане значення до цих подій. «Не так страшна подія, як думка про неї». Яким чином відбувається уникнення, чому воно відбувається (як спосіб зменшення емоційного болю), чому треба будувати градацію.

Що таке заспокоююче заземлення та що відбувається в той момент з нашим мозком, коли ми його застосовуємо. Дихальні техніки, їхнє впровадження.

Рефреймінг (переформулювання) та його вплив на глибинні переконання. Що таке глибинні переконання та як вони впливають на уявлення про себе і світ. Що треба робити, щоб вони були реалістичними.

Симптоми, що турбують сьогодні: чому вони є та що означають.

Навчання дихальним технікам, призначення домашнього завдання: дихальні техніки (дихання за квадратом та із затримкою перед видихом, що вдвічі довший за вдих), література для самостійного опрацювання.

Друга сесія. Експозиція в реальності

Перегляд домашнього завдання (пацієнт не системно, але пробував використовувати дихальні техніки, книгу починав читати, але «не пішло»).

Уточнення загальних реакцій на травму. Обґрунтування терапії та експозицій (основною реакцією є уникнення, але події нікуди не зникають).

Побудова ієрархії для експозиції в реальності: написання списку ситуацій, які оцінені від 0 до 100 за шкалою ?

Побудова ієрархії ситуацій уникнення (уникання речей: військовий рюкзак – 100, ситуацій: зустріч з побратимами – 70, образів: перегляд ТВ-передач, де демонструється військова техніка, – 50, думок та спогадів, намагання відкинути, що спричиняє ще більший прояв – 40–30).

Вибір ситуацій для домашнього завдання (обрано прослуховування військового радіо та перегляд фото з передової. На момент обрання оцінка – 40).

Видача бланка для домашнього завдання для опису експозицій.

Третя сесія. Початок експозицій в уяві

Перегляд домашнього завдання (пацієнт впорався із бланком).

Обґрунтування втручань.

Початок експозиції в уяві.

Емоційний процесинг:

Домашнє завдання: продовження дихальних практик.

Четверта, п'ята, шоста, сьома сесії. Опрацювання «гарячих точок»

Перевірка домашнього завдання (пацієнт почав серйозніше ставитися до виконання дихальних технік, аргументуючи це можливістю самозаспокоїтися за їхньою допомогою).

Експозиція в уяві (30–45 хв) – весь спогад, специфічні «гарячі точки», найбільш емоційні чи значущі частини спогаду.

Емоційний процесинг – 10–15 хв.

Продовження та контроль експозицій в реальності покроково відповідно до попередньо вибудованої градації.

Призначення домашнього завдання.

Остання сесія

Перегляд домашнього завдання (пацієнт вправно виконує заплановані експозиції).

Остання експозиція в уяві.

Перегляд всієї терапії

Обговорення можливості подальшої підтримки (домовленість про бустерні зустрічі).

Показники тестування після закінчення курсу (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 33, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 32, Шкала впливу подій: уникнення – 1,25, інтрузії – 1,5, гіперзбудження – 0,755, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 15, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 6. Суб'єктивно: покращення загального самопочуття. Став спокійнішим, знизився рівень напруження та роздратування. Влаштувався на роботу. Алкоголь не вживає. Бажає продовжувати психологічну підтримку.

Пацієнт Є., 23 роки. Виражені ознаки депресії. Код пацієнта: НЄВ09781

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 20, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 59, Шкала впливу подій: уникнення – 2,25, інтрузії – 2,25, гіперзбудження – 2,75, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 20, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 16.

Запит: головний біль, запаморочення, стан постійної агресії, що зумовлює неможливість облаштувати нові стосунки у родинному колі (нещодавно одружився після повернення). Основні життєві переконання щодо небезпечності світу ускладнюють процес реінтеграції та працевлаштування (усюди вбачає ворожу налаштованість, гіперпильність). Сни намагається купірувати переглядом серіалів, але це мало допомагає. Періодично з'являється на зустрічі з побратимами, але приходить звідти зовсім понурий та напідпитку. Бачення сенсів майбутнього обрізане, подумками більше перебуває у минулому. Нemoжливiсть працевлаштування за спеціальністю погіршує емоційний стан. Нemoжливiсть побудувати стосунки поза середовищем побратимів. Зниження поведінкових корисних активностей, редукція власних попередніх професійних досягнень.

КПТ в індивідуальному форматі, перші 6 тиж. в режимі 1 раз на тиждень, потім 1 раз на 2 тиж., потім останні кілька сесій в бустерному форматі 3–4 рази на 2 тиж.

Кількість сесій – 10.

За етапами:

1. Психоедукація і соціалізація в КПТ.
2. Техніка дистанціювання від думок.
3. Поведінкова активація (видано список поведінкових активностей).
4. Тестування НАДів.
5. Основні та проміжні цілі терапії.
6. Техніка вирішення проблем та список корисних активностей.

7. Тестування НАДів самостійно та за допомогою поведінкових експериментів.
8. Відпрацювання корисних навичок.
9. Тренінг соціальних навичок.
10. Поведінкова активація з акцентом на розширенні соціальної взаємодії.
11. Псіхоедукація щодо базових потреб, глибинних переконань і правил життя. Перегляд формулювання.
12. Когнітивне тестування глибинних переконань.
13. Експериментальна робота з низькою самооцінкою.
14. Написання флешкарти.
15. Когнітивне тестування дисфункціонального правила життя. Розвиток адаптивного правила життя.
18. Навички асертивного мислення та поведінки.
19. Менеджмент рецидивів і резилієнсу. «Валізка самодопомоги».

ХІД РОБОТИ

Перша сесія. Вступна сесія

Знайомство. Прояснення мети сесії. При дослідженні проблеми, з якою звернувся пацієнт, його розкриття було можливо виключно на відкриті запитання. Вільне висловлювання пацієнта більше полягало у констатації факту «сірості» буття та неможливості опанувати себе.

Подальше спільне з пацієнтом дослідження його проблематики дало змогу сумісно побудувати простий підтримувальний цикл депресії, де зваження поведінкових активностей призводить до укріплення негативних уявлень про себе та, навпаки, далі по колу. Дослідження історії розвитку та динаміки в бік «занурення в себе» протягом останніх 2 тиж проблеми призвело до бачення пацієнтом причинно-наслідкового зв'язку. Тригерами слугували перегляди соціальних мереж з успішними історіями знайомих у працевлаштуванні за фахом та фото з місць роботи. Пацієнт почувався розгубленим та відчував ще більший головний біль. Надані симптоми погіршували його стан та, як наслідок,

негативно впливали на все соціальне життя, зниженням поведінкових та корисних активностей, призводили до замикання в собі. Будь-які спроби уникнення перегляду призводили до погіршення стану від уяви про потенційний успіх інших.

Оцінка суїцидального ризику дала негативні результати: попри відсутність сенсів майбутнього, пацієнт не демонстрував бажання припинити життя.

Дослідження минулого пацієнта дало змогу побачити біологічні фактори схильності по лінії матері (бабуся часто не виходила на двір декілька діб, але потім швидко поверталася до звичного способу життя). Оцінка особистості і теперішньої життєвої ситуації підтвердила зв'язок із теперішнім станом та поточною життєвою ситуацією.

Фокусування на ресурсах та сильних сторонах пацієнта допомогло трохи підбадьорити його разом з інсталяцією через метафори.

Сесія 2. Скринінг, психоедукація та побудова плану терапії

Психоедукація присвячена проясненню нейробіологічних процесів, які пацієнт добре зрозумів та сам додатково підтвердив деякі закономірності. Додаткових доказів не виявлено. Дослідження минулого у сімейному контексті підтвердило наявність негативних модифікуючих факторів. До війни стресових ситуацій майже не було, з огляду на вік пацієнта. Критичний випадок стався на війні, коли командир висловив незадоволення пацієнтом під час виконання ним бойового завдання та сумнів щодо доцільності подальшого виконання ним подібних завдань. Відсутність підтримки побратимів ще більше дала розвитку формуванню негативного переконання про себе як про фахівця.

Саме тому було прийнято рішення про короткотермінову модель КПТ через відсутність хронічності проблеми, наявність мотивації до змін (самозвернення), прийняття відповідальності, готовність бути зосередженим на завданнях терапії.

Завершенням сесії була сумісна побудова плану терапії. Видано допоміжну літературу для самостійного опрацювання.

Сесія 3. Поведінкова активація та когнітивні техніки

Огляд попереднього тижня. Місток з попередньою сесією. Видано зошит для самостійного керування симптомами та їхнього відстежування, список можливих корисних активностей та «поведінкові рецепти».

Психоедукація про НАД, правила життя та глибинні переконання. Навчання технікам перевірки НАД та за бланком тестування НАД. Тестування НАД методом соратівських питань. Обґрунтування доцільності цієї роботи. Сумісне відпрацювання технік роботи з думками: дистанціювання від думок та переключення уваги. Техніка вирішення проблем.

Домашнє завдання: кожного ранку складати ТОП-10 негативних думок (вправа: радіо «Голос депресії»).

Сесія 4. Робота з негативними глибинними переконаннями та дисфункційними правилами життя

Пояснення ідеї схем-переконань, прояснення неправдивості переконань про себе «я невдаха», «я не маю права на помилку» і про світ «світ небезпечний».

Використання метафори підсилило розуміння проблематики.

Психоедукація про незадоволені базові емоційні потреби.

У пацієнта наявна схема некомпетентності та покинутості і нестабільності стосунків. Прояснені підтримувальні процеси, можливості змін.

Видано бланк тестування схем.

Сесія 5. Продовження роботи з думками та переконаннями

Місток з попередньою сесією. Аналіз домашнього завдання.

Робота з низькою самооцінкою – техніка протидії руйнівній самокритиці. Робота з надвисокими стандартами – планування поведінкових експериментів.

Сесія 6. Робота на попередження рецидиву

Спільне використання техніки майндфулнесу. Прояснення доцільності усвідомленості. Їхні переваги. Практичні вправи. Домашнє завдання.

Визначення подальших можливих змін в житті.

Сесії 7–10. Бустерні

Після проведеного курсу психогічної допомоги відмічає стабілізацію настрою, зниження тривоги, напруженості. Покращився настрій, бачить сенс у

майбутньому житті. Поліпшилися стосунки в найближчому оточенні. Відновилося лібідо, активнішим стало статеве життя.

Показники тестування після завершення курсу (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 20, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 38, Шкала впливу подій: уникнення – 1,25, інтрузії – 0,75, гіперзбудження – 0,75, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 20, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 9.

Пацієнт О., 30 років. Виражені ознаки ГТР. Код пацієнта ПОВ02791

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 42, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 30, Шкала впливу подій: уникнення – 2,125, інтрузії – 2,0, гіперзбудження – 2,5, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 17, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 11.

Запит: скарги на нічні пробудження, які часто мають усвідомлений характер, і пацієнт нібито бажає сам скоріше прокинутися, бо цьому передують відчуття, що повинно статися щось погане. Часто турбують власні реакції навіть на дрібну несправедливість, що трапляється в побуті (дружина подала меншу тарілку для борщу, ніж батькові, без зміни кількості порції), у соціальній сфері (неввічливість молодих людей у транспорті щодо осіб похилого віку) тощо. Часто із сумом пригадує загиблих, завжди відмічає пам'ятні дати. Має проблеми у спілкуванні з оточуючими (проявляє агресивність до незнайомих, не може довіряти співробітникам, вважає їх недоброчесними, а чому – не знає). До терапії ставиться скептично, але мотивований на зміни. Страх за майбутнє, власну професійну самореалізацію, тривожні думки щодо власної дефективності і некомпетентності, що підтримуються ранніми дисфункційними схемами, але більше спрямовані, на тривожні відчуття небезпеки, ніж на самооцінки.

КПТ в індивідуальному форматі 1 раз на тиждень, далі – бустерні зустрічі.

Тривалість – 15 сесій.

Етапи терапії:

1. Психоедукація на тему тривожності та соціалізація у КПТ.

2. Усвідомлення переживань.

✓ «Це корисне чи некорисне переживання»?

✓ Метакогніції переживань.

✓ Когнітивна реструктуризація.

✓ Обмеження переживань

3. Плекання толерантності до невизначеності.

Психоедукація про схеми, правила життя, дисфункціональні глибинні переконання.

Планування та експозиція нейтралізуючої поведінки.

Схема очікування катастрофи.

Підвищення толерантності до невизначеності.

Навички асертивного мислення та поведінки.

4. Когнітивне уникнення та його здолаття.

Психоедукація та техніка реалізації найгіршого сценарію.

Експозиція в уяві.

ХІД РОБОТИ. РЕЗУЛЬТАТИ

Сесія 1. Вступна сесія. Психоедукація та залучення в модель КПТ

Формулювання та прояснення мети. Первинний скринінг: оцінка симптомів, оцінка впливу на якість життя, визначення динаміки, тематики і ступеня переживань. Видача опитувальників. Первинна психоедукація про переживання та еволюційні закономірності їх виникнення. Під час психоедукації пацієнт зміг розгледіти основні закономірності перебігу тривожних станів та зрозуміти причини їхнього виникнення. Соціалізація в модель КПТ шляхом прояснення впливу думок на емоційні процеси.

Видано літературу для самостійного опрацювання.

Сесія 2. Розпізнавання переживань

Психоедукація про ГТР. Пояснення, як працює система тривоги з її роллю «служби безпеки».

Ідея континууму: корисні та некорисні переживання. Тренування у розпізнаванні. У пацієнта більшість переживань спрямована на страх заявити про себе, що зумовлено відчуттям небезпеки, корінням якого – у дитячих переживаннях та критичному випадку під час виконання бойового завдання, де пацієнт мав сумнів у власній компетентності.

Під час тестування переконань про корисність переживань пацієнт виявив, що все життя вважав переживання мотивуючим компонентом змін. Визначення переважання доцільності обмеження некорисних переживань.

Психоедукація про усвідомленість та техніки майндфулнесу. Тренінг усвідомлення переживань з побудовою таблички, побудовою «каталогу переживань».

Сесія 3. «Дерево прийняття рішень»

Місточок з попередньою сесією. Перевірка домашнього завдання.

Визначення основних переживань щодо професійної самореалізації та прийняття рішення про переключення уваги.

Застосування техніки зменшення часу на переживання з використанням техніки майндфулнесу. Під час її виконання рівень тривожності трохи знизився, але пацієнт продовжував відчувати тривожність, тому додатково було застосовано техніку «сейф».

Сесія 4–6. Робота над непереносимістю невизначеності та схемою очікування на катастрофу

Місточок з попередньою сесією. Перевірка домашнього завдання.

Формулювання і психоедукація – про схему, її походження, пов'язане з нею правило життя та непереносимість невизначеності. Когнітивне тестування схеми очікування на катастрофу та генерування альтернативної моделі відношення. Опрацювання імагінативними техніками неінтегрованої травматичної пам'яті (за потреби). Когнітивне тестування правил життя. Поведінкові дії на життя за новим правилом та розвиток більш високої толерантності до невизначеності.

У схемі очікування на катастрофу пацієнт вважав, що неминучість непрофесійного занепаду обов'язково має статись, її наслідки будуть жахливими

і він з ними не впорається, тому правилами життя було відпрацювання всього, що пов'язано з роботою в повному вдосконаленні, що було майже неможливим, виходячи зі специфіки його роботи, і унеможлиблювало подальше розслаблення.

Пацієнт усвідомив проблемність системи коупінгу, де сам зміг відстежити запуск «системи безпеки». Він почав розуміти нереальність стандарту і неможливість його досягнення. Також значною проблемою був постійний фокус на проблемах, сканування.

В побудові толерантності до невизначеності було складено список ситуацій, які виступають тригерами, та моделей поведінки. Підготовка до впровадження експозиції. Розгляд можливих сценаріїв. Покрокова експозиція (з відмовою від нейтралізуючої поведінки). Рефлексія над досвідом, висновки, подальші експозиції. Видано бланк моніторингу експозицій до невизначеності як домашнє завдання.

Сесія 7–9. Розвиток позитивної орієнтації до проблем

Місточок з попередньою сесією. Перевірка домашнього завдання.

Розвиток настанови на прийняття проблем (замість нарікання-переживання-перебільшення наслідків) та сприйняття проблем як можливостей, а не лише як загроз. Розвиток уміння чим швидше ідентифікувати проблеми і вирішувати їх (замість безкінечних переживань, не пов'язаних з діями). Скласти список проблем і план дій для розвитку і застосування навичок вирішення проблем.

Під час виконання вправ пацієнт усвідомив, що тривалий час думав про те, що в житті не має бути проблем, та він не вміє давати собі ради. У новому підході пацієнт зміг зрозуміти, що проблеми є частиною життя, і для того, щоб почуватися краще, потрібно їх спокійніше сприймати. Життєві кредо змінилися на «я можу це здолати».

Сесія 10–11. Прийняття проблем та життя таким, як воно є

Місточок з попередньою сесією. Перевірка домашнього завдання.

Дослідження коупінгу з проблемами за програмами «А» і «В», когнітивне тестування недоліків і переваг кожної програми. Відпрацювання на сесії можливих появ проблем та нових технік їхнього вирішення.

Розвиток вміння ідентифікувати проблеми та обговорення попереднього досвіду їх вирішення з використанням «техніки вирішення проблем».

Відпрацювання техніки вирішення проблем «мені відмовили у продовженні робочого контракту» (визначено можливі способи, зважено ЗА та ПРОТИ, обрано кращий варіант та його втілення).

Дано домашнє завдання з вирішення проблем у новий спосіб.

Сесія 12–13. Подолання когнітивного уникнення та розвиток життєвої мужності

Місточок з попередньою сесією. Перевірка домашнього завдання.

Зібрано основні засоби уникнення пацієнта. Найбільш значущим з них є уникнення образів.

Психоедукація щодо ролі когнітивного уникнення та дослідження теми найгіршого сценарію, його написання і доопрацювання з першою експозицією на терапевтичній сесії. Під час роботи пацієнту вдалося дійти до його найгіршої точки – відмови у професійному зростанні без застосування нейтралізуючих дій.

Видано бланк для домашнього завдання, продовження самостійної експозиції (30–60 хв).

Сесія 14. Попередження рецидиву

Планування подальшої самостійної праці та ситуацій, що можуть бути тригерами нових переживань. Складання плану дій.

Використання «Коробки інструментів».

Сесія 15–16. Бустерні

З огляду на однорідність дослідної та контрольної груп за клініко-психологічними показниками (табл. 4.1), доцільно доповнити кількісний опис якісною ілюстрацією перебігу стандартного психологічного супроводу в контрольній групі. Узагальнені дані щодо динаміки показників у типових клінічних випадках пацієнтів, яким проводилась КПТ-орієнтована терапія без застосування авторської моделі МАК «КСП», подано в табл. 4.2; розгорнуті клінічні віньєтки наведено після неї.

Таблиця 4.2

Динаміка клініко-психологічних показників у пацієнтів контрольної групи (клінічні приклади стандартного КПТ-супроводу)

Код пацієнта, провідний синдром	Опитувальник наслідків mTBI (Cicerone), бали (до/після)	PCL-M, бали (до/після)	IES-R: уникнення (до/після)	IES-R: інтрузії (до/після)	IES-R: гіперзбудження (до/після)	Вегетативна дисфункція (Вейн), бали (до/після)	HADS, бали (до/після)
ПІВ01801, ПТСР	48 / 36	58 / 18	1,25 / 0,75	1,50 / 1,00	1,00 / 0,50	45 / 40	7 / 4
НОО18811, розлад адаптації	42 / 33	44 / 32	2,25 / 1,25	2,50 / 1,50	2,50 / 0,76	18 / 15	7 / 6
НЄВ09781, депресивний розлад	20 / 20	59 / 38	2,25 / 1,25	2,25 / 0,75	2,75 / 0,75	20 / 20	16 / 9

Як видно з табл. 4.2, у всіх трьох проілюстрованих пацієнтів відзначається виразне зниження вираженості посттравматичної симптоматики за шкалою PCL-M (зменшення сумарного бала орієнтовно від 1,3 до 3 разів), а також показників «уникнення», «інтрузії» і «гіперзбудження» за Шкалою впливу подій. Це відповідає цільовій логіці когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на опрацювання травматичного наративу, редукцію унікальної поведінки та модифікацію дисфункційних переконань, що підтримують симптоми ПТСР, депресії чи порушень адаптації.

Паралельно спостерігається помірне зниження рівня тривожно-депресивної симптоматики за HADS, при тому що соматовегетативні порушення (опитувальник А. М. Вейна) [164] та суб'єктивні наслідки mTBI редукуються

менш виражено й частково зберігаються, особливо в пацієнта з провідною депресивною симптоматикою. Це підкреслює характерну для постконтузійного синдрому суперпозицію органічних і психогенних компонентів: стандартні КПТ-протоколи ефективно знижують інтенсивність психічного страждання та змінюють патерни coping-поведінки, проте не повністю нівелюють стійкі нейросоматичні скарги.

Таким чином, наведені клінічні приклади демонструють, що стандартний медико-психологічний супровід на основі доказових КПТ-модулів забезпечує суттєву позитивну динаміку у пацієнтів з різними провідними синдромами (ПТСР, розлади адаптації, депресивний розлад) на тлі ПКС. Водночас часткова резистентність окремих симптомокомплексів (вегетативних, соматичних, частини когнітивних) обґрунтовує доцільність пошуку доповнюючих інтервенцій і створює концептуальне підґрунтя для впровадження авторської моделі МАК «КСП» у структурі розширеного медико-психологічного супроводу.

4.3. Авторська модель МАК «КСП» та програма психологічного супроводу з їхнім використанням

Для підвищення ефективності психодіагностики та психотерапевтичного впливу нами було запропоновано використання нової авторської моделі метафоричних асоціативних карт (МАК) «КСП».

МАК – це набір зображень завбільшки з гральну карту або листівку, що зображають людей, їхню взаємодію, життєві ситуації, пейзажі, тварин, предмети побуту, абстрактні зображення. МАК можуть сприяти взаєморозумінню між терапевтом та пацієнтом, особливо у випадках, коли важко обговорити певну проблему. Вони допомагають висловити думки, сформулювати їх і конкретизувати повідомлення.

Представлені на картах образи стають видимою метафорою цінностей, страхів, бажань особи пацієнта (клієнта) або

пов'язаних асоціативно з його внутрішнім досвідом. Важливо, що кожен пацієнт може уявити і відчувати щось своє. МАК відносять до проєктивних методик, що піднімають з глибини підсвідомості несвідомі враження, які визначають реакцію особи на ті чи інші життєві ситуації.

МАК є помічниками на різних етапах роботи психолога: встановлення контакту з пацієнтом; зняття бар'єрів, захисту; звернення до підсвідомого; актуалізація проблем; пошук нових варіантів рішення.

МАК сприяють взаєморозумінню між терапевтом та пацієнтом, особливо у випадках, коли важко обговорити певну проблему, допомагають висловити думки, формулювати їх і конкретизувати повідомлення. Це інструмент професійного психолога, психотерапевта та коуча, який застосовують для діагностики, корекції та розвитку можливостей пацієнта [3, с. 4–19].

Метафоричні карти бувають різними. Значення кожної колоди залежить від тематики. Є більш цілеспрямовані, а є універсальні, але всі вони дуже ресурсні. Найпопулярнішими серед психологів є карти «Персона/Persona» – набір карт з обличчями людей, що відображають різні емоції і стани; «Тандем/Tandu» – асоціативні карти для опрацювання стосунків в парі; «Еко/Ессо» – розкриття творчого потенціалу; «Коуп/Core» – робота з травмами; «Сага/Saga» – розвиток уяви і творчого потенціалу; «О-карти/Oh-cards» – для самоаналізу і полегшення соціальних взаємодій; «Морена/Morena» допомагає побачити ресурс; «Вона» – жіноча, дуже ресурсна колода; «Вікна і двері» – робота зі станами, пошук ресурсів, нових рішень; «Зі скрині минулого» – опрацювання дитячих травм, неврозів, установок.

Найбільш близькими до розробленої моделі є колоди «Персона» – карти із зображеннями облич, що відображають різні емоції і стани, та «Коуп».

Колода карт «Персона», де зображені приклади людських відносин, дозволяє нам зрозуміти самих себе, тобто оточення. Вона виконує функцію дзеркала. У грі з картами «Персона» теж проявляється як об'єктивне, так і суб'єктивне розуміння людини.

«Персона» закликає до того, щоб задуматися і розповісти про людей, їхнє походження, зв'язки і почуття. На 77 портретних картах художник Елі Раман по-різному зобразив людей різного віку і з різних культурних шарів. Деякі портрети майже абстрактні. Різноманіття образотворчих прийомів і широкий спектр зображених характерів дозволяють глядачеві у різний спосіб відчуті цих людей, наділити їх силою своєї фантазії і уяви, почуттями, бажаннями і діями і представити усілякі відносини між ними. «Персона» вчить толерантності.

Темою сесії в колоді «Персона» можуть стати відносини між поколіннями, тобто між молодими і літніми людьми, між національностями і народами. Це свого роду виклик – подивитися очима іншої людини, взяти на себе невластиву роль і відчуті переплетення відносин, які не мають з тобою нічого спільного, де ми можемо ідентифікувати себе з яким-небудь персонажем [6].

Однак саме це і є негативною стороною, тому що під час роботи з ними ми орієнтовані на розуміння себе через призму міжособистісних відносин, що, наприклад, в роботі з розладами тривожно-депресивного спектра є неприйнятним, оскільки там відбувається катастрофічна інтерпретація будь-яких нових символів (тривога) і виникають негативні уявлення про себе і про світ (депресія). З огляду на це «КПС» в такому випадку може краще впоратися з даною проблемою, тому що в арсеналі цієї колоди особи більше представлені не для ототожнення з ними своїх міжособистісних відносин, а спрямовані всередину фокусом уваги і пошуком вільних асоціацій.

Авторська модель МАК «КПС»

Художницею моделей є авторка проєкту для людей з розладами ментального спектра (*#мы_другие* та *#БАР_история*) Настя Кліменко, амбасадорка з психічного здоров'я. Авторка та розробниця методики – дисертант, магістр психології Катерина Проноза-Стеблюк [2]. В результаті їхньої спільної роботи було створено колоду (набір) МАК «КПС» – за першими буквами прізвищ авторів.

Як зазначають автори, «...нами було поставлено завдання створити колоду (набір) метафоричних асоціативних карт, що будуть застосовуватись як

допоміжний метод для встановлення первинного контакту і зміцнення терапевтичного поля на будь-якому етапі». Вони можуть бути допоміжним методом для первинного скринінгу та при застосуванні інших психодіагностичних методик, розвивати мотиваційний компонент у пацієнта, відображати наочно проблематику, що є малозрозумілою під час психоедукації пацієнту з унікаючою поведінкою (структурою особистості), пацієнту з органічними захворюваннями, що можуть проявлятися у помірно вираженому когнітивному дефіциті, де допускається застосування проєктивних методик, у тих випадках, коли в особи є порушення пізнавальних процесів. При цьому МАК позбавлені недоліків аналогів та прототипів». Колоду (набір) МАК створено за принципом аналогів, що є фотографічними зображеннями, які оброблені за допомогою комп'ютерних графічних редакторів.

Передумовою розробки МАК «КПС» стали результати науково-дослідної роботи ДУ «Інститут кібернетики імені Глушкова НАН України» ІК 2019/1 «Впровадити технологію об'єктивного контролю та корекції процесу реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом та іншими видами бойової психічної травми» відповідно до цільової науково-технічної програми Національної академії наук України «Дослідження і розробки з проблем підвищення обороноздатності і безпеки держави».

Комплексне міжгалузеве пілотне одноцентрове відкрите дослідження включало в себе комбінацію тестового опитування та апаратної діагностики стану серцево-судинної системи і вегетативної регуляції методом визначення варіабельності серцевого ритму. Його метою було виявлення особливостей суб'єктивного сприйняття власного хворобливого стану та вегетативної регуляції у пацієнтів з наслідками легкого травматичного ушкодження ГМ. Отримано відомості щодо існування розбіжностей між даними тестових опитувальників та результатами апаратного дослідження, що потребувало ретельного вивчення патології. Тобто в учасників були різні результати під час дослідження одних і тих самих рівнів проблематики з використанням різних методів. Важливо зазначити, що застосований метод оцінки варіабельності

серцевого ритму в частині показника порушень оперативного контролю вегетативної регуляції та стресорного напруження об'єктивізує суб'єктивні скарги пацієнта, що підтверджує їхню валідність для оцінки клінічної картини захворювання, а динаміка його показників може бути критерієм оцінки ефективності реабілітації. За наявності вторинної вигоди та «прихованих інтересів» було б очевидним отримати подібні дані, але даний чинник нами було виключено ще до початку дослідження.

Саме тому команда дослідників висловила припущення про відсутність об'єктивного відчуття у досліджених власного суб'єктивного стану, що може бути зумовлене природою самого порушення та сповільнювати/унеможливити корекційний/терапевтичний процес через відсутність валідних мішеней в роботі та як наслідок або окремо – відсутність мотивації до подальшої роботи.

Наукова проблема полягає в тому, що різноманіття психологічних проблем клієнтів (пацієнтів) і відсутність чітких меж норми та патології субклінічних форм розладів ментального (поведінкового) здоров'я спонукають до пошуку нових форм невербальної комунікації для проведення психодіагностики та психокорекції.

Розроблену корисну модель внесено до галузей медицини та психології. Також її можна використовувати як метод первинного психологічного скринінгу, як мотиваційний компонент на початку психологічної роботи, що здатен наочно відобразити проблематику та можливі шляхи її вирішення (завдяки можливості самостійно скомпіювати в ході роботи наочний кінцевий результат психологічної роботи), як допоміжний метод психокорекційної/психотерапевтичної роботи для усунення розладів поведінкового здоров'я.

МАК «КПС» відрізняються від аналогів та прототипів тим, що колода (набір) складається з 74 МАК, що є фотографічними зображеннями, обробленими за допомогою комп'ютерних графічних редакторів, які розподілені за кластерами та за асоціативними рядами, що відображають 8 елементарних та 4 базові емоції; внутрішню картину хвороби (прийняття людиною власного

захворювання) при психосоматичних хворобах; стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях; базові потреби самозбереження; базові потреби емоційного спектра взаємодії. Карти (зображення лицьової та зворотної сторін та назви) викладено в Додатку № 1.

1. Вираженість 8 елементарних (Карл Ізард) та 4 базових емоцій:

Задоволення – радість (приклад рис. 1, 2); інтерес – збудження; подив – переляк; горе – страждання; гнів – лють; страх – жах; відраза – огида; сором – приниження; радість (достаток); печаль; страх [7, с. 23–30].

2. Внутрішня картина хвороби (прийняття людиною власного захворювання) при психосоматичній патології: артеріальна гіпертензія; ерозії гастродуоденальної ділянки (виразки); синдром подразнення товстого кишечника; бронхіальна астма; тиреотоксикоз; ідіопатичні больові м'язово-суглобові синдроми, нейродерміт при психосоматичних захворюваннях. Це органічні соматичні захворювання, що виникають в результаті дії психогенних чинників, до яких належать захворювання внутрішніх органів і систем організму внаслідок впливу психічних та емоційних факторів. Це хвороби, про які кажуть «від нервів».

3. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях

Змагання (конкуренція) – прагнення домогтися свого на шкоду іншому.

Пристосування – принесення в жертву власних інтересів заради іншого.

Компроміс – угода на основі взаємних поступок; пропозиція варіанта, що усуває виникле протиріччя.

Уникнення – відсутність прагнення до кооперації і тенденції до досягнення власних цілей.

Співпраця – учасники ситуації знаходять альтернативу, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

4. Базові потреби самозбереження: тепло, захист, їжа, безпека.

5. Категорії базових емоційних потреб людини, незадоволеність яких у подальшому може зумовити формування ранніх дисфункційних схем та глибинних переконань, що можуть бути наслідками як відсутності повноцінного

психічного благополуччя, так і призводити до розвитку інших більш виражених психічних розладів [8, с. 35–52].

Техніка використання моделі МАК «КПС»

Під час консультації психолог (психотерапевт) демонструє пацієнтові (клієнтові) колоду карт та подає наступну інформацію:

«Перед Вами колода метафоричних асоціативних карт з 74 одиниць. Ці карти не мають однозначного трактування, а отже, за ними неможливо ані встановити діагноз, ані виключно ними вилікувати. Наша задача – представити наочне відображення проблематики та сформувані мотиваційний компонент до подальшої роботи з проблемою. Вашою задачею є обрання після швидкого перегляду карт, які відповідають Вашому поточному емоційному стану (в одну колонку) та таких, що подобаються (але можуть не відповідати емоційному стану) – в іншу. Якщо карта не відповідає жодному кластеру, то ми її просто не беремо до уваги».

Далі пацієнт обирає карти, після чого психолог (психотерапевт) питає: «Розкажіть, чим Ви керувалися при виборі саме цих карт? Яку інтерпретацію Ви б хотіли надати кожній карті? Чи бачите Ви консолідацію з Вашими проблемами сьогодення, що стала першопричиною звернення? Чи бажаєте змінити конфігурацію після прояснення? Чи змінився у Вас запит, з яким Ви прийшли?»

Після отримання відповіді далі спеціаліст пропонує: «Опишіть труднощі у трактуванні карт». Що становить для Вас найбільшу проблему сьогодення? Як Ви самі бачите консолідацію описаної Вами проблематики із результатами тестових опитувальників?»

Найбільш вагомими результатами, що досягаються завдяки запропонованим рішенням, є підвищення ефективності первинного скринінгу до тестових методик, можливість пацієнта самостійно скомпільовати в ході роботи наочний кінцевий результат психологічної роботи, і як наслідок – підвищення ефективності психотерапевтичної допомоги при розладах поведінкового здоров'я.

Доведення спроможності новоствореної моделі. Дизайн проведеного дослідження

Метод роботи з картами був застосований з пацієнтами, які звертались з наслідками пережитого стресу, що на момент звернення (первинного скринінгу, збору анамнезу) здебільшого проявлявся симптомами підвищеної тривожності та когнітивної тріади Бека (погані уявлення про себе, про навколишнє життя, про майбутнє) або ж самостійними симптомами без встановлення причинного зв'язку із наслідками стресу. Саме тому методами обраного подальшого тестового дослідження були:

I. Первинне інтерв'ювання, спрямоване на збір анамнезу, визначення психосоціального статусу, виявлення передумов для формування ранніх дисфункційних схем при дослідженні дитинства, наявності соматичних захворювань та ставлення до них, переважаючий емоційний стан, суб'єктивний рівень задоволеності базовими потребами тощо.

II. Опитувальник депресії, анкети стану здоров'я (PHQ-9).

Для встановлення початкового діагнозу:

1. Пацієнтові проводять швидку оцінку наявності депресії PHQ-9.
2. За наявності щонайменше 4 позначок у «сірій» ділянці (зокрема для запитань 1 і 2) висловлюється припущення про вірогідність депресивного розладу. Додається показник для визначення ступеня його тяжкості.

Можливо, пацієнт страждає на великий депресивний розлад.

3. За наявності щонайменше 5 позначок у «сірій» ділянці (одна з яких належить запитанням 1 або 2), можливо, пацієнт страждає на інший депресивний розлад.

4. За наявності 2–4 позначок у «сірій» ділянці (одна з яких належить запитанням 1 або 2).

Примітка: оскільки пацієнт самостійно заповнює анкету, точний діагноз встановлюють на підставі клінічних даних, враховуючи те, наскільки добре він розуміє запитання, а також іншої інформації, отриманої від нього.

Діагнози великого депресивного розладу або іншого депресивного розладу також передбачали порушення соціальної, професійної та інших важливих сфер діяльності (запитання № 10), а також потребували виключення звичайної

скорботи після втрати, маніакального епізоду (біполярного розладу) в минулому, фізичного порушення, прийому лікарських засобів або інших препаратів, що могли стати біологічною причиною депресивних симптомів.

III. Госпітальна шкала тривоги і депресії YFLS. Шкала, розроблена A. S. Zigmond і R. P. Snaith в 1983 р., належить до суб'єктивних і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичних стаціонарів. Шкала відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта). Рекомендована до використання в загальноомедицинській практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу). Шкала складена з 14 тверджень і включає дві частини: тривога (I частина) і депресія (II частина).

Для інтерпретації необхідно підсумувати бали по кожній частині окремо:

0–7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії).

8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

IV. Анкета сприйняття дефіциту (PDQ) – опитувальник для оцінки суб'єктивного дефіциту.

Опитувальник PDQ забезпечує оцінку пацієнтами міри когнітивної дисфункції і дозволяє оцінювати домени когнітивного функціонування, включаючи увагу, проспективну пам'ять, організацію, ретроспективну пам'ять, планування. Був застосований скорочений варіант, що включає 5 запитань.

Задачі: дане дослідження спрямоване на емпіричне доведення доцільності застосування запропонованої проєктивної методики за обраними у дослідженні критеріями на відповідних етапах.

Опції дослідження:

Відповідність запиту результатам діагностичних критеріїв дослідження (тестів, інтерв'ювання) (рівень достовірності даних), %:

відповідає (В) – 100–80% здатності людини інтерпретувати симптоми як такі, що потребують корекції;

відповідає здебільшого (3B) – 80–60% здатності людини інтерпретувати симптоми як такі, що потребують корекції;

відповідає у середньому наближенні (60–40%) здатності людини інтерпретувати симптоми як такі, що потребують корекції;

майже не відповідає (нижче 40%) здатності людини інтерпретувати симптоми як такі, що потребують корекції.

Діагностичні критерії дослідження за потенційними асоціативними рядами карт відповідно до симптомів (рівень достовірності співвідношення, %) дає можливість зрозуміти, наскільки досліджуваний відчуває свій стан (відчуття власного тіла, валідація емоцій, легітимізація почуттів), а також, залежно від власної коупінг-стратегії та типу особистості, може свідчити про унікаючий тип поведінки за відсутності адекватної інтерпретації власних відчуттів, та запропоновані у даному дослідженні до наступного ранжування:

відповідає (B) – 100–80% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні симптоми;

відповідає здебільшого (3B) – 80–60% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні симптоми;

відповідає у середньому наближенні – 60–40% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні симптоми;

майже не відповідає – нижче 40% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні симптоми.

Відповідність асоціативно обраних уподобань усвідомленню необхідності задоволення незадоволених потреб запропонованого у дослідженні спектра, що витікає з розуміння та власної інтерпретації людиною свого стану (відчуття власного тіла, валідація емоцій, легітимізація почуттів), відображено у наступному ранжуванні:

відповідає (B) – 100–80% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні потреби;

відповідає здебільшого (3B) – 80–60% здатності наближено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні потреби;

відповідає у середньому наблизенні – 60–40% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні потреби;

майже не відповідає – нижче 40% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні потреби.

Відповідність внутрішніх репрезентацій власного емоційного стану діагностичним критеріям дослідження за потенційними асоціативними рядами карт відображено у наступному ранжуванні:

відповідає (В) – 100–80% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні емоційні процеси (афекти);

відповідає здебільшого (ЗВ) – 80–60% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні емоційні процеси (афекти);

відповідає у середньому наблизенні – 60–40% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні емоційні процеси (афекти);

майже не відповідає – нижче 40% здатності наблизено до діагностичних критеріїв інтерпретувати власні емоційні процеси (афекти).

Результати дослідження

I. В табл. 4.3 наведено максимальні та мінімальні показники патопсихологічного тестування при апробації МАК «КПС».

Таблиця 4.3

Показники патопсихологічного тестування (бали)

Значення (N=30)	PHQ-9	HASD T	HASD Д	Сприйняття когнітивного дефіциту при депресії
Максимальне	20	17	14	16
Мінімальне	3	3	1	1
Середнє	10,66	9,52	6,21	7,79

II. Результати за опціями

1. Відповідність запиту результатам діагностичних критеріїв дослідження (тестів, інтерв'ювання) (рівень достовірності даних), %: відповідає (В) – 100–80% у 100% вибірки досліджених.

2. Діагностичні критерії дослідження за потенційними асоціативними рядами карт відповідно до симптомів (рівень достовірності співвідношення): відповідає (В) – 100–80% у 100% вибірки досліджених.

3. Відповідність асоціативно обраних уподобань усвідомленню необхідності задоволення незадоволених потреб: відповідає (В) – 100–80% у 100% вибірки досліджуваних.

4. Відповідність внутрішніх репрезентацій власного емоційного стану діагностичним критеріям дослідження за потенційними асоціативними рядами карт: відповідає (В) – 100–80% у 100% вибірки досліджених.

5. Здатність застосовувати унікаючу поведінку – більше 40% вибірки, як основна коупінг-стратегія – більше 10% вибірки.

Під час створення вищезазначеної моделі розробники часто зверталися до відомої праці К. Г. Юнга «Синхроністичність: акаузальний, сполучний принцип», більшість цитат з якої наведені нижче.

Синхроністичність (нім. Synchronizität) – термін, уведений швейцарським психологом К. Г. Юнгом в однойменній статті [9]. Юнг протиставляє синхроністичність фундаментальному фізичному принципу причинності і описує її як постійно діючий в природі творчий принцип, що упорядковує події «нефізичним» шляхом, тільки на підставі їхнього змісту.

Юнг виділяє у феномені синхроністичності такі фактори: образ, що знаходиться в несвідомому, проникає в свідомість у формі сновидіння, думки, передчуття або символу, а об'єктивна фізична ситуація збігається з цим образом. В результаті аналізу Юнг робить висновок про наявність в природі самоіснуючих об'єктивних смислів, які не є продуктом психіки, але наявні одночасно як всередині психіки, так і в навколишньому світі.

Попри те, що термін «синхроністичність», на перший погляд, передбачає одночасність, Юнг використовує його в набагато ширшому сенсі, відносячи до будь-якого «нефізичного» взаємозв'язку подій незалежно від їхньої роздільності в часі і просторі. Введення синхроністичності Юнг застосовує при розгляді

різних спірних з точки зору сучасної академічної науки явищ і теорій, що пояснюють ці явища.

Далі наведено цитати, які достеменно наближено допомагають зрозуміти деякі філософські та аналітичні принципи, що були покладені в основу змісту при розробці моделі колоди.

Наш мозок так влаштований, що будь-яка інформація пов'язана з набором різних візуальних образів, з нюхом, відчуттями в тілі і емоціями. Для тестування цієї гіпотези Ви можете пройти тест «16 асоціацій» Юнга, результати якого дозволять зрозуміти, що впливає на Вас і Вашу підсвідомість, і як Ви насправді до цього ставитеся.

«"Смислові збіги" цілком мислимі як чиста випадковість. Але чим більше вони множаться і чим більш значним і більш точним є збіг, тим меншою представляється їх імовірність (...), до тих пір, поки вони вже не можуть вважатися чистою випадковістю, але через брак причинного пояснення про них доводиться думати, як про "смислові збіги"» (Юнг К. Г. «Синхроністичність: акаузальний, сполучний принцип»).

«"Est homo totus medius piscis ab imo" (людина є цілісна риба, витягнута з глибини). Одного дня одна з моїх колишніх пацієнток, яку я не бачив вже кілька місяців, продемонструвала мені декілька вражаючих картин із зображеннями риб, які вона намалювала за той час, що ми не бачилися. Увечері мені показали шматок гобелена із зображеними на ньому рибоподібними чудовиськами. Вранці 2-го квітня інша пацієнтка, з якою я не бачився вже кілька років, розповіла мені сон, в якому вона стояла на березі озера і побачила велику рибу, яка попливла прямо до неї і викинулася з води до її ніг. В цей час я займався вивченням історії символів риби. Тільки одна зі згаданих мною тут осіб знала про це» (Юнг К. Г. «Синхроністичність: акаузальний, сполучний принцип»).

«Всі події в житті людини знаходяться в двох типах зв'язку, що фундаментально відрізняються один від одного: перший тип – об'єктивний причинний зв'язок природного процесу; другий тип – суб'єктивний зв'язок, який існує тільки для відчуття індивіда, і так само суб'єктивний, як і його сновидіння...

Ці два типи зв'язку існують одночасно, хоча і є ланкою двох абсолютно різних ланцюгів, проте підпорядковуються і тому, й іншому типу, так що доля одного індивіда незмінно відповідає долі іншого, і кожен індивід є героєм своєї власної п'єси, одночасно з цим граючи і в п'єсі іншого автора – це недоступно нашому розумінню і може бути визнано можливим тільки на підставі переконаності в існуванні заздалегідь встановленої дивовижної гармонії» (Артур Шопенгауер «Про очевидний візерунок в долі людини»).

Письменник Вільгельм фон Штольц зібрав велику кількість історій про дивне повернення загублених або вкрадених предметів до своїх господарів. У нього є історія про жінку, яка сфотографувала свого маленького сина в Чорному Лісі. Вона залишила плівку в Страсбурзі для проявлення. Але почалася війна, вона не могла її забрати і змирилася з цією втратою. У 1917 р. у Франкфурті вона купила плівку, щоб сфотографувати свою дочку, яку народила за цей час. Коли плівка була проявлена, з'ясувалося, що вона вже використовувалася: під фотографією дочки була фотографія сина, зроблена в 1914 р.! Стара плівка не була проявлена і якимось чином знову надійшла в продаж разом з новими плівками. Автор приходить до очікуваного висновку, що все тут вказує на «взаємне тяжіння пов'язаних один з одним об'єктів» або на «виборчу спорідненість». Він передбачає, що ці події виглядають так, немов є сновидінням «більш масштабним і ширшим, аніж свідомість, яке є непізнаваним».

З психологічного боку до питання випадковості підійшов Герберт Сільберер. Він показує, що зовнішні «сміслові збіги» є частково несвідомими та впорядкованими і частково несвідомими довільними тлумаченнями.

«Емоція створює часткове *abaissement du niveau mental* (...) Через обмеження, які емоція накладає на свідомість протягом своєї дії, відбувається відповідне ослаблення орієнтації, яке, своєю чергою, створює несвідомому сприятливі умови для проникнення в спорожнілий простір (Юнг К. Г. «Синхроністичність: акаузальний, сполучний принцип»).

Усі прихильники Платона єдині в думці, що «в архетипному світі всі речі знаходяться у всіх речах». Древні казали: «Всі речі сповнені богів». Ці боги були

«розсіюванням в речах божественними силами», а Сінесій – «символами-приманками».

Останнє тлумачення є дуже близьким до ідеї архетипних проєкцій в сучасній психології.

Стародавні мудрі «як вихідну точку брали той стан, коли існування речей ще не почалося». «Спочатку слова не мали фіксованого сенсу. Відмінності виникають тільки тоді, коли на речі дивляться суб'єктивно» (Чжуан-цзи).

Ханна Сігал [10], працюючи в один і той самий час з особами, що мали психотичні розлади, і художниками, які переживали творчу кризу, звернула увагу на загальну притаманну їм рису – труднощі у формуванні та використанні символів. Процес символізації прямим чином залежить від здатності, з одного боку, виносити відсутність об'єкта (а значить, пов'язаний зі скорботою, розлукою і депресією відповідно до теорії депресивної позиції М. Кляйн), а з іншого – може цю здатність зміцнити (формули Ч. Морріса «символ-яка символізується річ-людина»).

«Трагічний елемент в естетичному переживанні полягає не в скороминущості, але в загадковому характері об'єкта (...) Естетичний конфлікт відрізняється від романтичних мук ось в якому відношенні: його центральне переживання болю полягає в невизначеності, що схиляє до невіри і межує з підозрою» (Мельтцер «Естетичний конфлікт»).

Найважливішою функцією символу Х. Сігал вважала налагодження нашої комунікації із самими собою, з власним несвідомим (Бріттон Р. відводить цю роль метафори).

Все вищевикладене склало гіпотетичну базу для роботи з МАК «КПС», а практика їхнього застосування довела ефективність методу.

Запропонована авторська модель МАК «КСП» концептуально вписується в логіку медико-психологічного супроводу пацієнтів із постконтузійним синдромом як інструмент, що одночасно виконує діагностичні, мотиваційні та психокорекційні функції. Вона адресує ключову проблему, виявлену в попередніх клініко-нейрофізіологічних дослідженнях, – розрив між

об'єктивними показниками органічного ураження (зокрема даними ВСР та ЕЕГ) та суб'єктивною здатністю пацієнта адекватно усвідомлювати, вербалізувати й інтерпретувати власний стан. Для групи осіб із ПКС, де типові уникання, часткова алекситимія, ригідні копінг-стратегії й помірні когнітивні дефіцити, введення структурованого візуально-асоціативного матеріалу є не просто «проективною технікою», а засобом відновлення зв'язку між тілесними відчуттями, емоційними процесами та смисловою інтерпретацією симптомів.

Структура колоди «КСП» побудована таким чином, щоб максимально «прошити» ті зони, які є критичними для клініки постконтузійного синдрому та супутніх розладів поведінкового здоров'я. Кластери, що відображають базові й елементарні емоції (у дусі диференціальної теорії емоцій), внутрішню картину хвороби при психосоматичних станах, типові стратегії поведінки в конфлікті та спектр базових потреб (зокрема в логіці ранніх дизфункційних схем), фактично задають багатовимірну матрицю: «тіло – емоції – потреби – поведінка – хвороба». На відміну від класичних колод на кшталт «Persona» чи «Core», де акцент робиться на міжособистісних сюжетах, «КСП» спрямована на інтерналізовану репрезентацію – не стільки про стосунки «я – інші», скільки про «я – власний стан», що методологічно важливо саме при тривожно-депресивних і соматоформних варіантах ПКС.

Емпірична апробація моделі, проведена на вибірці $N=30$, демонструє високу узгодженість асоціативно обраного матеріалу з результатами стандартизованих психодіагностичних опитувальників (PHQ-9, HADS, PDQ). За всіма чотирма аналітичними «опціями» – відповідність запиту клініко-діагностичним критеріям, збіг асоціативних рядів із симптомним профілем, відповідність вибору карт спектру незадоволених потреб та внутрішнім емоційним репрезентаціям – зафіксовано максимальний рівень збіжності («відповідає», 80–100 %) у 100 % досліджуваних. Це свідчить про високу конвергентну валідність моделі: візуально-символічні вибори пацієнтів виявляються не випадковими, а системно пов'язаними з їхнім клінічним станом, зафіксованим через валідизовані шкали.

Узагальнені результати апробації моделі МАК «КСП»

Показник / опція оцінювання	Категорія відповідності	Частка вибірки, %
Відповідність запиту результатам тестування та інтерв'ювання	В (100–80 %)	100
Відповідність асоціативних рядів карт клінічній симптоматиці	В (100–80 %)	100
Відповідність вибору карт усвідомленню незадоволених потреб	В (100–80 %)	100
Відповідність внутрішніх емоційних репрезентацій діагностичним критеріям	В (100–80 %)	100
Наявність унікаючої поведінки як значущої копінг-стратегії	> 40 % вибірки	понад 40
Домінування унікаючої стратегії у структурі копіngu	> 10 % вибірки	понад 10

Як показано в табл. 4.4, модель «КСП» дозволяє виявити феноменологічно важливі, проте часто неусвідомлювані компоненти клінічної картини – насамперед унікаючі копінг-стратегії, дефіцит валідизації власних емоцій та потреб. Для пацієнтів із постконтузійним синдромом і коморбідними тривожно-депресивними розладами це принципово, оскільки саме уникнення, редукція поведінкової активності та розрив між тілесними відчуттями й усвідомленими емоціями є тим «вузлом», який сповільнює або блокує ефективність стандартних КПТ- та психоедукаційних протоколів.

З методологічного погляду використання МАК «КСП» у структурі медико-психологічного супроводу може розглядатися як спосіб операціоналізації процесу символізації та смислотворення, про який йдеться в юнгіанській традиції (синхроністичність, архетипні образи) та у психоаналітичних концепціях символуотворення (К. Г. Юнг, Х. Сігал, М. Кляйн, Д. Мельцер). Однак у даній роботі цей теоретичний вимір не використовується як спроба «містичного» пояснення, а радше як метатеоретична рамка для конструювання структурованої, кластерифікованої колоди, яка дозволяє поєднати клінічне мислення, доказову

нейропсихологічну діагностику (ЕЕГ, ВСР, патопсихологічні шкали) та проєктивно-асоціативний рівень роботи. Інакше кажучи, «КСП» працює не всупереч принципам доказової медицини, а як проміжна ланка між «жорсткими» біологічними маркерами та суб'єктивним досвідом пацієнта, дозволяючи останньому краще усвідомити власний стан і включитися в терапевтичний процес як активний суб'єкт.

Узагальнюючи, авторська модель МАК «КСП» може бути концептуалізована як інструмент підвищення «інтероцептивно-метакогнітивної прозорості» пацієнта: вона посилює здатність помічати, називати й узгоджувати тілесні, емоційні й смислові компоненти переживання. Отримані емпіричні дані свідчать про високу узгодженість картин, які обирає пацієнт, із його формальними діагностичними профілями, що дозволяє розглядати «КСП» як перспективний допоміжний метод первинного скринінгу, уточнення психотерапевтичних мішеней і підвищення мотивації до участі в програмі медико-психологічного супроводу при постконтузійному синдромі. Подальші дослідження з більшими вибірками та контрольними групами можуть бути спрямовані на формалізацію показників надійності й валідності методики, а також на порівняння її ефекту з іншими інструментами проєктивної й напівструктурованої діагностики в контексті тривалої реабілітації ветеранів.

4.4. Методики психологічного супроводу пацієнтів з використанням МАК «КПС»

Відповідно до провідної психосимптоматики 42 пацієнти дослідної групи були розподілені на три підгрупи: із вираженими ознаками ПТСР та розладів адаптації (n=17), із вираженими ознаками генералізованого тривожного розладу (n=13) та з вираженими ознаками депресивного розладу (n=12). Для кожної підгрупи застосовувалися стандартизовані протоколи доказової психотерапії (ТФ-КПТ, КПТ при депресії, КПТ при ГТР), у які інтегровано авторську модель МАК «КПС» як допоміжний інструмент медико-психологічного супроводу.

Карти не замінювали структурованих протоколів, а використовувалися у тих точках терапевтичного процесу, де вербальна репрезентація симптомів, емоцій та потреб була обмеженою, а також за наявності вираженої унікаючої поведінки.

Протокол травма-фокусованої КПТ при ПТСР реалізовувався у три послідовні фази: стабілізації, опрацювання травматичного досвіду та відновлення/повернення до життя. До початку власне терапевтичної роботи здійснювалися клініко-психологічне обстеження, оцінка ризиків (у тому числі суїцидального, ризику самошкідливої поведінки), збір травмоспецифічного анамнезу та формування терапевтичного альянсу. На цьому етапі МАК «КПС» застосовувалися у разі вираженої унікаючої поведінки, труднощів із розкриттям травматичного досвіду чи недостатньої здатності пацієнта описати власний емоційний і тілесний стан.

Фаза стабілізації була спрямована на дистанціювання від травматичних спогадів, нормалізацію симптомів та формування базових навичок саморегуляції. Здійснювалася психоедукація щодо ПТСР, рефреймінг симптомів та корекція дезадаптивних переконань (насамперед самозвинувачення) й поширених міфів про ПТСР. Особливий акцент робився на поясненні внутрішньої та зовнішньої динаміки травми, шляху зцілення й інсталяції надії, а також на наданні літератури для самодопомоги. Застосування МАК «КПС» на цьому етапі було доцільним у випадках, коли пацієнт не міг самостійно побудувати причинно-наслідковий зв'язок між подією, своїми реакціями та поточними симптомами: візуально-асоціативний ряд дозволяв наочно відобразити власні емоційні процеси, полегшити їхню вербалізацію та сприяв глибшому розумінню. У блоці «коупінгу із симптомами ПТСР» (менеджмент інтрузивних спогадів, формування більш адаптивних способів емоційної регуляції, вирішення нагальних проблем, накопичення ресурсів) МАК «КПС» використовувались для конкретизації й «предметизації» переживань, які інакше залишалися розмитими або дифузними.

Фаза опрацювання травматичного досвіду включала підготовку до експозицій, переживання травматичних подій в уяві, побудову наративу та

когнітивну реструктуризацію «точок застрягання». На цьому етапі пацієнт послідовно відтворював травматичну подію в уяві, з подальшим фокусуванням на «гарячих точках» – найбільш емоційно насичених фрагментах. Паралельно проводилася ситуативна (*in vivo*) експозиція у безпечних, контрольованих умовах. МАК «КПС» інтегрувалися переважно в моменти «застрягання» під час складання травматичного наративу, коли пацієнт виявляв труднощі з описом окремих епізодів, переживань або значень події. Вибір карт дозволяв актуалізувати приховані смисли, розширити емоційний словник та полегшити когнітивну реструктуризацію.

На фазі відновлення («створення нової сторінки життя») основна увага приділялася інтеграції досвіду, винесенню уроків із пережитого, адаптації до змін у житті та формуванню нових перспектив. Йшлося про переосмислення життєвих ролей, відновлення соціальної активності, переорієнтацію на цінності, несумісні з життям «лише у минулому». Застосування МАК «КПС» було доцільним у разі збереження унікаючої поведінки, ригідної фіксації на травматичних сценаріях чи труднощів із уявленням майбутнього: карти використовувалися для візуалізації бажаних станів, ресурсів, нових ролей і можливих траєкторій життя, що сприяло формуванню більш гнучких і реалістичних життєвих уявлень.

У пацієнтів із провідною депресивною симптоматикою застосовувався стандартний протокол КПТ, у який МАК «КПС» інтегрувалися на тих етапах, де депресивна когнітивна тріада (негативні уявлення про себе, світ і майбутнє) ускладнювала формулювання запиту, визначення цілей терапії чи уявлення про бажані зміни. На етапі первинного обстеження й формулювання клініко-психологічного випадку карти використовувалися у випадках, коли пацієнт не міг чітко вербалізувати запит або тенденційно знецінював власні труднощі. Вибір образів, що «відгукувалися», дозволяв конкретизувати проблематику, окреслити провідні теми (безнадія, втрата, провина, відчуття «сірості» буття), а також уточнити внутрішню картину хвороби.

Під час психоедукації та соціалізації в модель КПТ МАК «КПС» виконували роль наочного засобу для побудови «власної історії» депресії: через послідовний добір карт пацієнт конструював візуальний наратив розвитку симптомів, тригерів, типових реакцій і наслідків. Це полегшувало розуміння взаємозв'язку між ситуаціями, думками, емоціями й поведінкою та сприяло прийняттю когнітивної моделі як релевантної до власного досвіду. На етапі постановки цілей і завдань терапії карти використовувалися для візуалізації бажаного кінцевого результату: пацієнт обирав зображення, які асоціювалися з більш адаптивним станом, життєвою активністю, відновленими стосунками, що дозволяло перетворити абстрактні формулювання («хочу, щоб було краще») на більш конкретні й операціоналізовані цілі.

Подальші етапи протоколу – техніки поведінкової активації, вирішення проблем, прояснення негативних автоматичних думок (НАДів) і когнітивних спотворень, моніторинг симптомів депресії та оцінка суїцидального ризику, а також робота з негативними глибинними переконаннями і дисфункціональними «правилами життя» – реалізовувалися відповідно до стандартів КПТ. МАК «КПС» при цьому могли використовуватись для додаткової ілюстрації розриву між дисфункційними переконаннями та альтернативними поглядами (наприклад, через добір різних карт до одного й того ж життєвого сценарію), а на етапі попередження рецидиву – як засіб візуального оформлення «особистої валізки самодопомоги», тобто набору символічних «якорів», які нагадують пацієнту про набуті навички й досвід подолання депресивних станів.

У пацієнтів із провідною симптоматикою генералізованого тривожного розладу КПТ будувалася поетапно: формулювання випадку, психоедукація й соціалізація в модель, а далі – модульна робота з ключовими процесами (надмірним переживанням, непереносимістю невизначеності, когнітивним уникненням, негативними метапереконаннями про тривогу, профілактикою рецидиву). На етапі формулювання МАК «КПС» застосовувалися для відображення причинно-наслідкового зв'язку між поточним станом і закономірностями його виникнення: пацієнт, обираючи відповідні зображення,

конкретизував «сюжети» тривоги (здоров'я, безпека близьких, професійна неспроможність тощо) та типові сценарії, що їх підтримують. Під час психоедукації і соціалізації в модель КПТ карти використовувалися для ілюстрації об'єктивного перебігу симптомів ГТР, відмінності між продуктивними й непродуктивними переживаннями та ролі «служби безпеки» (системи тривоги) в еволюційному плані.

У модулі 1 («розпізнавання переживань») основний акцент робився на навчанні пацієнта розрізняти продуктивні й непродуктивні переживання, визначати їхню тематику, інтенсивність і функцію, а також ідентифікувати метакогніції щодо користі «постійного переживання». Проводилася психоедукація про ГТР, впроваджувалася ідея континіуму переживань («користь/шкода»), здійснювалося тренування у фіксації змісту й тривалості переживань, когнітивна реструктуризація метакогніцій (словесні й поведінкові техніки) та обмеження непотрібних переживань.

Модуль 2 («підвищення толерантності до невизначеності») був спрямований на роботу з непереносимістю невизначеності як ядром тривожного процесу. Тут МАК «КПС» застосовувалися як засіб візуалізації ситуацій невизначеності та можливих варіантів їхнього переживання. Психоедукація включала пояснення концепції «непереносимості невизначеності», її зв'язку з минулим досвідом і схемою очікування катастрофи, а також роль поведінки уникнення у підтриманні тривоги. Разом із пацієнтом аналізувалися ситуації, де він систематично уникає невизначеності, і впроваджувалася ідея поступового підвищення переносимості невизначеності та позитивнішого сприйняття тих життєвих змін, які може принести така зміна настанов.

У модулі 3 («розвиток позитивної орієнтації до проблем») завданням було змінити ставлення до проблем: від нарікання й катастрофізації – до сприйняття проблем як неминучої частини життя і потенційних можливостей. МАК «КПС» використовувалися для наочного відображення альтернативних способів інтерпретації проблемних ситуацій. Пацієнт навчався ідентифікувати проблеми, якнайшвидше їх формулювати та складати конкретні плани дій, розвиваючи

навички ефективного вирішення проблем, а не «застрягання» в безкінечних переживаннях.

Модуль 4 був присвячений подоланню когнітивного уникнення (зокрема уникнення образів, думок і сценаріїв, пов'язаних із тривогою) через техніки експозиції в уяві та експериментальне моделювання «найгірших сценаріїв» із подальшою їхньою реалістичною переоцінкою. Модуль 5 зосереджувався на дослідженні негативних переконань про самі переживання і тривогу (наприклад, віра в те, що «якщо я не переживаю – станеться щось погане» або «якщо я перестану контролювати, то втратю над собою владу»), з подальшою когнітивною реструктуризацією цих переконань.

Модуль 6 («попередження рецидиву») передбачав планування подальшої самостійної роботи, ідентифікацію потенційних тригерів нових хвиль переживань, розробку конкретного плану дій у разі загострення симптомів та формування «ящика інструментів» – індивідуалізованого набору технік і стратегій, опанованих у процесі терапії. На цьому етапі узгоджувалися формат і частота бустерних сесій. МАК «КПС» могли використовуватися для символічного оформлення цього «ящика інструментів», допомагаючи пацієнту утримувати візуальну й емоційну «карту» опанованих умінь і ресурсів, що є важливим компонентом медико-психологічного супроводу в довготривалій перспективі.

Клінічні приклади:

Пацієнт В. Виражені ознаки ПТСР. Код пацієнта НВП03781

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 46, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 45, Шкала впливу подій: уникнення – 2, інтрузії – 1,25, гіперзбудження – 1, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 25, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 14.

Скарги: головний біль, порушення орієнтації, в'язкість, застрягання, що мають періодичний характер, неможливість впоратись зі звичними справами побуту (керування автомобілем, зварювання металу в гаражі тощо),

дратівливість через гучні звуки, страх раптово знепритомніти. Часто подумками повертається на лінію зіткнення, сні носять здебільшого турбуючий характер (характер важко запам'ятовує, але прокидається із відчуттям тривоги).

Хід роботи:

Сесія 1

1) знайомство, встановлення мети візиту, визначення терапевтичного поля і мішеней, складання плану терапії та формулювання; 2) пояснення пацієнту основних нейрофізіологічних особливостей, пускових механізмів, симптоматики наслідків контузії, усвідомлення їхнього процесу та закономірностей; 3) соціалізація в модель: як можна протистояти травматичним наслідкам; 4) обговорення порядку терапії: визначення основних мішеней; 5) протипоказання до терапії відсутні.

Наші цілі для терапії: 1) допомогти прийняти реальність події та закономірність наслідків у вигляді симптомів; 2) відчувати свої емоції про це; 3) допомогти розробити збалансовані та реалістичні уявлення про подію, себе та інших, нормалізувати свій стан, вміти впоратись з неминучими симптомами та послаблювати їхні прояви.

Сесія 2

Формулювання включало визначення біологічних факторів схильності (приналежність пацієнта до генетично схильної категорії), які в даному випадку були виключені, негативні модифікуючі фактори, в які пацієнт включає нерозуміння його проблематики родиною та відсутність підтримувального середовища (побратими).

Визначення «точок застрягання». Початок роботи із цими твердженнями методом сократівських запитань. Визначення впливу точок застрягання на емоційний стан, який у випадку пацієнта є негативним циклом самозвинувачень.

Робота над поясненням зв'язку подія-думка-емоція та АВС-бланками. Спільне заповнення пробного бланка: пацієнту видано бланк із попередньо проведеною психоедукацією, в якій відбулося пояснення щодо власне думки та

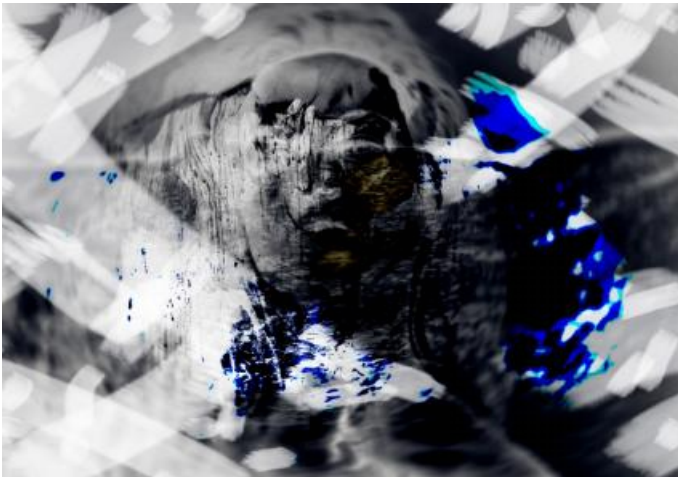
наданого значення, формування правил життя з елементами унікаючої поведінки та застрягання на глибинних переконаннях.

Домашнє завдання: заповнення ABC-таблички.

Використання карт «КПС» під час формулювання допомогло пришвидшити процес розуміння причинно-наслідкового зв'язку за допомогою побудування асоціативних рядів між минулим і теперішнім.

Описання «подобається»

Подобаються квіти та обличчя. На якомусь обличчі пацієнт знайшов риси, подібні до своїх. Помітив на карті голуба та розсміявся: «Я – голуб». В його трактуванні – товстий та лінивий. Після проведеного діалогу вдалося надати символічно нових значень, а саме: голуб, такий, який він є, не може з'їсти більше, ніж може (валідизація почуттів, що спричиняють напади компульсивного переїдання як коупінгу з непереносимими симптомами). Він не може набрати такої ваги, щоб не міг злетіти (валідизація почуттів до власного тіла). Отже, голуб може і повинен бути голубом (легітимізація власних проявів).





Сесія 3

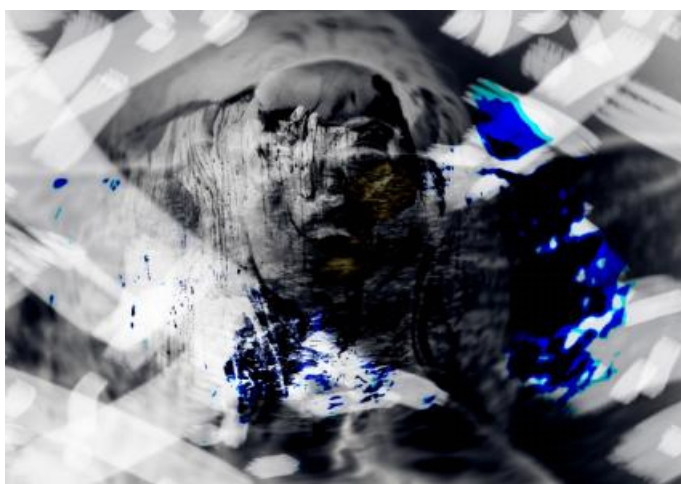
1) обговорення АВС-бланків з подальшою емпатійною конфронтацією. В пацієнта в основному переважають думки про власну неспроможність, що виникають у разі незадоволення собою при виконанні повсякденної роботи; 2) обговорення написання наративу: які можуть бути складнощі і застереження щодо можливої ретравматизації та бажання вдатись до деструктивних способів коупінгу: пацієнт уникає такого завдання, адже в його випадку це можуть бути

спалахи агресії, що виникають у відповідь на незадоволеність собою (гра з дитиною у гучні ігри, неможливість завершити їх). В результаті виникає думка «я відтепер ні нащо не здатен», яку пацієнт компенсує відкиданням та незавершенням алгоритмічних дій, що викликає обурення з боку рідних. Пацієнтові запропоновано детально описати травматичну подію (в його випадку відсутня саме визначена травматична подія, але наявні вторинні, спричинені наслідками усвідомленості про власну неспроможність, щоденні переживання, які розпочались після встановлення діагнозу та усвідомлення його наслідкових закономірностей). Рекомендовано читати собі описання щодня. Проведено психоедукацію щодо місії даного заходу, а саме: зниження емоційного заряду спогадів та віднаходження нових поглядів на подію.

Використання МАК «КПС» під час написання наративу допомогло концептуалізувати основні кроки.

Описання «відповідність емоційному стану»

Ті карти, що відповідають емоційному стану, пацієнт описує як обличчя, які в основному обирають люди, тому що це образи, які вони пізнають. Для пацієнта ці процеси є ознакою відсутності тривожності, а отже, на сьогодні все, що відбувається, є для нього прийнятним: «Навколо образи, щось відбувається, парочка, раптовість».



Описання проведення

В якийсь момент погіршилась увага, виникло бажання краще проаналізувати, хотілось відчувати кожну карту. Всі карти були для нього схожі, вони зливались, а хотілось знайти докази, чому саме вони відповідають емоційному стану. Це підкреслює потребу пацієнта у внутрішньому контролі. Про колоду карт, що сподобалась і відповідає його емоційному стану, пацієнт говорить як про одне й те саме, що може бути ознакою її відповідності стану

відносного психічного благополуччя («Були карти, в яких я впізнав минулі емоційні стани, але зараз не про це...»)

Сесія 4

Перечитування розповіді без емоційного відключення. Дається можливість пережити емоції до кінця. В пацієнта дуже сильне пригнічення емоцій. Заохочення до прояву емоцій та висловлюванню думок. Запропоновано обговорення точки застрягання. Пропозиція їхнього опрацювання сприйнята пацієнтом досить вороже, тому на цьому етапі прийнято рішення їх не проводити.

Домашнє завдання: «Повторно опишіть весь інцидент з моменту усвідомлення себе «калікою», «неспроможним ні до чого», як і коли це усвідомлення прийшло, Ваші первинні реакції на нього». Важливу роль під час описання відіграють не тільки Ваші думки, які є негативними твердженнями, а й їхнє емоційне забарвлення. Фіксуйте супутні емоції, що виникають, пишіть свої поточні думки та почуття. Читати новий запис треба щодня. Також продовжуйте працювати з аркушами АВС кожен день».

Використання МАК «КПС» під час перечитування розповіді дало можливість протидіяти застряганням на етапі появи емоцій.

Сесія 5

Перечитування та переживання нової версії описаного наративу.

Продовження використання «конфронтаційних запитань» для роботи над асиміляцією та іншими викривленнями.

Обговорення і затвердження списку конфронтаційних запитань для самостійної роботи, що спрямовано на спростування попередніх негативних уявлень щодо нового себе, зниження їхнього значення для пацієнта.

Сесія 6

1. Повторна оцінка рівня прояву симптомів. На жаль, вони знизилися мінімально, але наявні деякі зміни в інтенсивності прояву спалахів агресії.

Значно знижені симптоми саме інтенсивності первинних спогадів перебування у зоні конфлікту, ставлення до подій як до наслідку неминучих втрат.

2. Перегляд домашнього завдання, відзначення прогресу відповідей на конфронтаційні запитання.

3. Навчання пацієнта ставити конфронтаційні запитання самому собі.

4. Обговорення основних когнітивних викривлень та можливостей роботи з ними. Під час сесії разом з пацієнтом виявлено:

- фокус на негативному/тунельне бачення – помічає лише негативне (діагноз, прогнози) і не бачить усього позитивного – в собі, в життєвій ситуації тощо (можливість у подальшому використовувати цей досвід як принцип «рівний рівному» тощо);
- перебільшення/переменшення – негативного роду інформація перебільшується (думки про погане самопочуття), а інша – недооцінюється (шляхи до видужання, корисність терапії);
- знецінення позитивного – паралельно фокусу на негативному – «те, що я успішно заповнив АВС-табличку, то просто мені пощастило...»;
- катастрофічне, фаталістичне мислення – схильність будувати негативні прогнози і вбачати катастрофічні наслідки: «те, що я успішно заповнив АВС-табличку, то просто мені пощастило... (згодом я не буду здатен і до цього)».

Сесія 7

Перегляд домашнього завдання. Розпочато роботу над патернами проблемного мислення.

Презентація модулю роботи із почуттям безпеки. Доходимо висновку, що проблемні переконання вплинули на якість життя, в тому числі на відчуття безпеки, і необхідно працювати над цим.

Сесія 8

1) опрацювання бланків «Проблемні вірування»; 2) переглянуто модуль безпеки із фокусом на питаннях самозахисту; 3) розпочато модуль довіри до себе та світу.

Сесія 9

1) переглянуто робочі листи про довіру до себе та інших; 2) введено модуль стосовно влади і контролю.

Сесія 10

1) переглянуто робочі листи пацієнта, які спричиняють труднощі щодо питань контролю і влади; 2) запроваджено модуль самооцінки та оцінки інших, запропоновано заповнити ?; 3) обговорено результати і можливості запровадити в повсякденну практику компліменти собі та іншим та робити хоча б одну хорошу річ для себе кожен день.

Сесія 11

1) перегляд компліментів і хороших речей, які пацієнт зробив для себе; 2) перегляд робочих аркушів «Проблемні переконання» щодо поваги та інших тем.

Сесія 12

1) перегляд труднощів у віруванні, у близькості і робота над вирішенням будь-яких точок застрягання, які могли б заважати життю та розвитку чи стосункам з іншими; 2) порівняння старої і нової мотивації до змін; 3) визначення цілей на майбутнє.

Показники тестування після проведеного курсу (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 26, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 25, Шкала впливу подій: уникнення – 0,75, інтрузії – 0,25, гіперзбудження – 0,5, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 22, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 8.

Суб'єктивно; покращився сон, останнім часом не турбують флешбеки. Може спокійно згадувати травматичну ситуацію, які більше не викликає паніки, страху, тривоги.

Пацієнтка А, 27 років. Ознаки порушення адаптації. Код пацієнтки ПАВ21671

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 45, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 40, Шкала впливу подій: уникнення – 2, інтрузії – 1,25, гіперзбудження – 1,5, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 45, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 14.

Запит: скарги на постійний головний біль, шум у вухах, оніміння в кінцівках, метеозалежність (особливо на істотну зміну погоди), порушення сну, що відображається у частих нічних прокиданнях. Під час прокидань згадує нічні жахіття або травматичні події минулого (за 4 міс до моменту звернення). Часто турбують спогади минулого (контузія, під час якої ледве залишилася живою, поранення побратима). Протягом дня емоційний стан постійно змінюється (від повного знесилення до яскравої експресії та агресивних проявів). Скарги на запаморочення (переважно вранішні). Поведінка переважно уникаюча зі спалахами гіперкомпенсації у разі несправедливості з боку цивільного населення, неможливість будувати нормальні стосунки, співзалежність, страх покинення.

Хід роботи:

Перша сесія

Програма методу ґрунтується на доведенні доказовості і проясненні покрокових втручань, що передують прийняттю рішення про терапію та підписання терапевтичної угоди.

Психоедукація щодо терапевтичних втручань:

«Експозиція в уяві – це друга ключова техніка нашої роботи». Перший крок ми вже з Вами зробили. Починається із оцінки того, які саме спогади провокують симптоми – це те, з чим Ви до нас звернулись, але ж є також симптоми, що виникли як наслідок переживання Вами наслідків контузії. Після того, як ми змінимо надане значення речам, які асоціюються у Вас із травмою, яких Ви

здебільшого уникаєте, перейдемо до Вашої уяви та спробуємо інакше трактувати думки. Будемо разом, а потім самостійно в уяві відображати ті речі, які зараз здаються Вам нестерпними. Але спочатку давайте спробуємо ранжувати за 100-бальною шкалою інтенсивність Ваших переживань. Чи завжди так було?

Описання «подобається».

пацієнтці сподобалася тільки одна карта, і те тільки з художньої точки зору (білий колір та око). Також дану карту пацієнтка ототожнює із собою: частина тіла закрита, але є сяяння в очах. Дану карту пацієнтка інтерпретує як чистоту та справедливість і дозволяє собі її «відстоювати». Дана інтерпретація дуже гарно описує реальну модель уникнення пацієнтки, її надії про чистоту світу та власну: «при закритій частині тіла можна досягти сяяння в очах».



Описання «відповідність емоційному стану»

За словами пацієнтки, вона не пам'ятає, як саме обрала ці карти, але на 100% вона на них, з її слів, зреагувала. Тільки одну інтерпретацію карти вона може назвати із цілковитою впевненістю, а саме: голова з телефоном символізує для неї перевантаженість життям. Отже, дуже символічно, що пацієнтка не бачить дороги до тієї ситуації, в якій опинилася.



Відповідність картам («подобаються»), безпека.

Відповідність картам («відповідають емоційному стану»), тепло, цікавість, збудження, радість, задоволення.

Описання проведення

За описанням пацієнтки власного ставлення до всіх карт під час виконання завдання – суцільна хвороба. Всі карти вона ототожнює із собою (власними проявами), на них пацієнтці не хотілося дивитись – моторошно, ворожо,

агресивно. Це дуже влучно відображає внутрішню картину хвороби пацієнтки: інтерпретація світу як ворожого, нездатного зрозуміти її хворобу, а отже, потреба в уникненні будь-яких зіткнень із нагадуванням хвороби, адже це ні до чого хорошого не призведе (репрезентація моделі уникаючої поведінки).

Карта травм. При складанні карти травм (роки та ступінь вираженості подій) названо: смерть матері (100 балів), отримання контузії (90–80 балів), події перших днів на передовій (80–70 балів), загроза потрапити в полон (70–60 балів), загроза поранення (60–50 балів).

Навчання дихальним технікам, призначення домашнього завдання: дихальні техніки (дихання за квадратом та дихання із затримкою перед видихом, що вдвічі довший за вдих), література для самостійного опрацювання.

Друга сесія. Експозиція в реальності

Перегляд домашнього завдання (пацієнтка намагалася читати книгу та виконувати дихальні практики).

Уточнення загальних реакцій на травму, обґрунтування терапії та експозицій (в пацієнтки, як тільки починається головний біль, одразу виникають спогади про травматичні події).

Побудова ієрархії для експозиції в реальності:

Написання списку ситуацій, які оцінені від 0 до 100 (найвищі показники – розмова з цивільним населенням про військові дії, коли важко уникати запитань про наслідки контузії, найнижчі – перегляд відео, що надсилають побратими).

Вибір ситуацій для домашнього завдання (обраний початок – перегляд усіх відео- та телепередач).

Видача бланка для домашнього завдання з метою описання експозицій.

Третя сесія. Початок експозицій в уяві

Перегляд домашнього завдання (пацієнтка впоралася з бланком).

Початок експозиції в уяві:

Пригадування травматичної події (страх, паніка). В кінці відкрити очі, зробити кілька глибоких вдихів. Емоційний процесинг:

Домашнє завдання: продовжувати дихальні практики.

Четверта, п'ята, шоста, сьома сесії. Опрацювання «гарячих точок»

Перевірка домашнього завдання (бланки експозицій, виконання дихальних практик, для чого пацієнтка завела щоденник).

Експозиція в уяві (30–45 хв) – весь спогад, специфічні «гарячі точки», найбільш емоційні чи значущі частини спогаду.

Емоційний процесинг (10–15 хв).

Продовження та контроль експозицій в реальності. Призначення домашнього завдання.

Остання сесія

Перегляд домашнього завдання (пацієнтка справно виконує заплановані експозиції).

Остання експозиція в уяві до всіх травматичних спогадів.

Перегляд усієї терапії.

Обговорення можливості подальшої підтримки (домовленість про бустерні зустрічі).

Показники тестування по завершенні курсу (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 28, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 35, Шкала впливу подій: уникнення – 1,25, інтрузії – 0,75, гіперзбудження – 0,5, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 25, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 11.

Суб'єктивно: покращення загального самопочуття, зниження частоти та інтенсивності нападів головного болю, запаморочень. Хороший сон, відчуття відпочинку після сну. Сновидіння травматичного характеру відсутні. Не боїться говорити про травматичну подію. Готова продовжувати спілкування з психологом.

Пацієнтка О., 37 років. Виражені ознаки депресії. Код пацієнтки ООВ29711

Показники первинного тестування (в балах): опитувальник наслідків mTBI сьогодення (Цицерон К. Д., 1995) – 42, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M

(військова версія) – 51, Шкала впливу подій: уникнення – 2,5, інтрузії – 2,25, гіперзбудження – 3,75, оцінка вегетативної дисфункції [164] – 35, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) –14.

Запит: скарги на порушення зору, особливо у світлий час доби, надчутливість до світла, оніміння кінцівок, порушення орієнтації у просторі після виконання силових навантажень, у вечірній час доби надмірно турбують травматичні спогади, що викликає страх перед засинанням, вдень – сонливість, поведінка за типом роздратованої слабкості (спалахи гніву межують з абсолютною астенизацією). Перед невдачами, що зазвичай виникають після виконання важкої праці, чинить супротив у вигляді агресивної поведінки, що відображається на стосунках в родині. Описує свій стан як стабільно неспокійний, тривога перед власними невдачами, що спричинені наслідками контузії (страх запаморочення в людному місці зумовлює обмеження поведінкових активностей). Перед будь-якими активностями постійно поринає думками у стан передбачення неминущих невдач, що запускає спогади, які передували виникненню деяких обмежень з боку здоров'я (неможливість довго бути в людних місцях, частково виконувати хатні обов'язки тощо). Більшість часу перебуває в депресивному стані, зумовленому відсутністю позитивних активностей, не має нових сенсів до життя, часто пригадує минулі події як такі, що призвели до неминучості втрати здоров'я. Настрій пригнічений.

1. На першому етапі основну увагу зосереджено на зменшенні вираженості симптомів депресії.

До когнітивно-поведінкових технік додано техніку МАК «КПС» на момент соціалізації та прояснення основних циклів депресії.

2. На другому етапі основним завданням було паралельно з продовженням роботи над депресією зосередитись на основних життєвих проблемах на даний час (незадоволеність роботою і самотність).

Під час прояснення доцільності використання методів КПТ техніка МАК «КПС» стала в нагоді як мотиваційний компонент до змін.

3. На третьому етапі – робота з низькою самооцінкою і дисфункціональним правилом життя.

4. На завершальному етапі – планування подальшого життя і розвитку навичок щодо попередження рецидивів і формування стресостійкості.

Описання сесії із застосування МАК «КПС» (сесії 1, 2, 12, 13)

Описання «подобається».

пацієнтка обрала карти, що подобаються саме за «фарби, метелики, посмішки». Слово, яким вона охарактеризувала свій вибір: «симпатично». На даний момент пацієнтка виховує 3 дитини, і їй в принципі подобається роль матері саме за ці атрибути. Це є її ресурсом в тих моментах, коли життя здається нестерпним. Нагадування про обрані ресурси є хорошим мотиваційним компонентом у роботі.



Описання «відповідність емоційному стану».

В картах пацієнтка знайшла відповідність слову «торнадо». Вітер, прострація, багато рук, зображені на картах, на її думку, це ті речі, які ускладнюють її життя з чоловіком. Пацієнтка змогла роздивитись в картах свою реальну проблему в стосунках з чоловіком («торнадо» – це те, що відбувається з нею під час сварки), багато рук символізують її бажання все встигнути, однак в реаліях це є розладами тривожного спектра – страх, що не встигне, бажання кудись рухатись, непосидючість.



4



6



9



14



16



27



58



61



66



68



70



71

Відповідність картам («подобуються»):

автономія, безумовна любов, уникнення, захист, гіпертонія, межі, гнів, лютість, зв'язок, ревматоїдний артрит, безпека, страх, жах, тиреотоксикоз, цікавість, збудження.

Відповідність картам («відповідають емоційному стану»):

безумовна любов, захист, цікавість, збудження, компроміс, пристосування, виразкова хвороба, змагання, співробітництво, задоволення, спонтанність, гра, тепло, нейродерміт, компроміс, задоволення, радість.

Описання проведення.

Під час виконання вправи пацієнтка звертала увагу більше не на центральний образ, а на зображення «заднього плану». За її словами, вони надихали її на асоціації про себе. Це також може свідчити про неможливість сфокусуватися через постійні нав'язливі тривожні думки, страх обрати щось одне та зробити неправильний вибір, уникнення тригерів, що можуть бути пов'язані з реальним тригером (катастрофічне надане значення уявним проблемам), що також є характерним для уникаючої поведінки.

Описання КПТ-сесій

КПТ в індивідуальному форматі 1 раз на тиждень, потім в бустерному форматі 1 раз на 2 тиж, місяць, два.

Загальна кількість сесій – 15.

Кількість сесій із застосування МАК «КПС» – 4.

Сесія 1–4. Зменшення вираженості симптомів депресії

Психоедукація про нейромеханізми виникнення депресії і соціалізація в КПТ. Пацієнтка одразу включилася в процес. Додаткове опрацювання літератури допомогло пришвидшити процес соціалізації.

Техніка дистанціювання від думок і майндфулнес-практики на подальших етапах сприяли розвитку усвідомленості, що допомогло краще відстежувати процеси неусвідомленого генерування негативних автоматичних думок. Дистанціюванням обрано техніку зміни фокусу уваги та перенесення її на процес дихання.

Поведінкова активація зі збільшенням ресурсних активностей відбулася завдяки самотійній роботі пацієнтки за зошитом керування депресією і списком корисних активностей.

Тестування НАДів і розпізнавання когнітивних фільтрів, типових для депресії, відбулися за бланками тестування НАДів.

Сесія 5–9. Продовження коупінгу із симптомами депресії

Робота над переформулюванням сприйняття.

Робота з негативними твердженнями «Я – невдаха» та «Я не варта любові».

Вербальне тестування та поведінковий експеримент відносно думок «До мене будуть погано ставитись як до фахівця». Тренування навичок комунікації та асертивності під час «незручних питань» в інтерв'ю. Поведінкова активація та реєстрація у соціальних мережах, зміна ставлення до професійних досягнень шляхом опитування у соціальних мережах, ставлення громадськості до своїх професійних здібностей. Когнітивна праця над формуванням позитивної ідентичності себе як спеціаліста. Прийняття себе як «достатньо доброго спеціаліста». Початкова робота з прийняття себе.

Тестування думок відносно майбутнього. Допомога у формуванні «позитивної філософії життя».

Сесія 10–11. Початок роботи із самооцінкою

Когнітивна робота: реатрибуція вини за відсутність повної професійної досконалості та позитивного образу «достатньо хорошого партнера».

Тестування переконань про «достатню хорошість», розвиток більш реалістичних, заснованих на об'єктивних чинниках, адаптивних переконань про професійні навички та їхнє вдосконалення. Робота з цінностями стосунків у парі.

Сесія 12–13. Робота з правилами життя

Психоедукація щодо базових емоційних потреб та їхнього задоволення.

Сумісне будівництво історії розвитку глибинних переконань та, відповідно до них, правил життя. Видано бланк тестування глибинних переконань. Експериментальна робота з використанням техніки крісел та імагінативної рескрипції, складання флешкарти.

Тренування навичок асертивності.

Сесія 14–15. Робота на попередження рецидиву

Менеджмент рецидивів та плекання резилієнсу. Тренування нових навичок.

Пацієнт О. Виражені ознаки ГТР. Код пацієнта КОБ19751

Показники первинного тестування: ОПИТУВАЛЬНИК (Цицерон К. Д., 1995) – 39, Шкала самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) – 30, Шкала впливу подій: уникнення – 2,125, інтрузії – 2,25, гіперзбудження – 1,75, Опитувальник для виявлення ознак вегетативних порушень [164] – 34, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – 11.

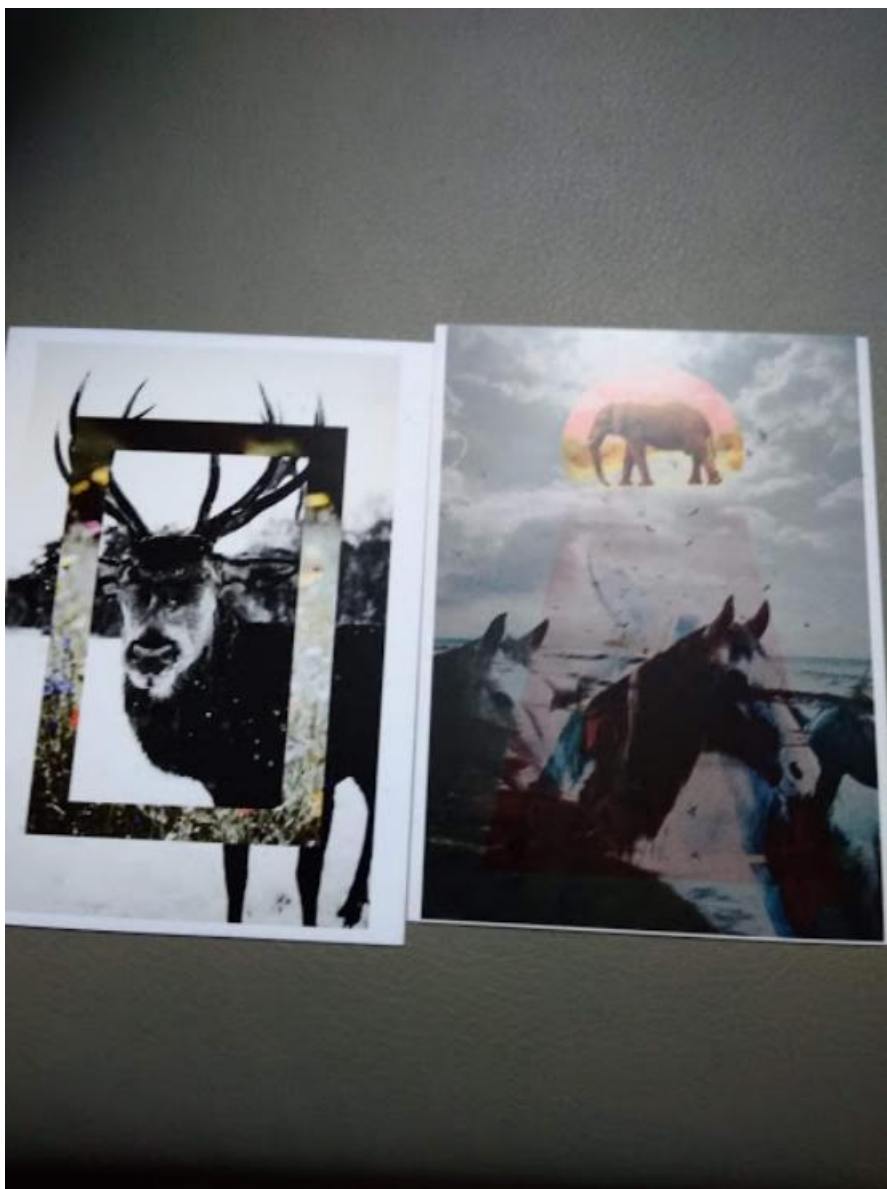
Запит: скарги на постійні запаморочення, порушення зору, головний біль. Вночі часто прокидається та намагається винайти вихід (нічні флешбеки), сни про події у зоні бойових дій не згадує, часто відмахується, коли розпитують навіть дріб'язкові речі, поводить себе відлюдкувато. Підвищена тривожність щодо майбутнього, яка характеризується невизначеністю.

Реалізація задачі: побудова стосунків зі світом за принципом рівності, життя без тривоги та обмежень, можливість побудови здорових кордонів та намагання відчувати себе повноцінним членом суспільства.

Описання сесій з використанням МАК «КПС» (сесії 1, 2)

Описання «подобається».

Пацієнт обрав карту, яка, на його думку, виражала спокій, аж допоки він не побачив медузу, що символізує тривогу, але сам фон пацієнту продовжував подобатися. Після цієї інтерпретації дана карта була перенесена до кластера тих, що відповідають на даний момент його емоційному стану. Натомість обрано нові карти, які раніше були віднесені до кластера «відповідають емоційному стану». На сьогодні вони стали такими, «що подобаються»: «тому що там тварини, вони й зображені як тварини, без інверсії, що занадто». Пацієнт наголосив, що обрав дані карти за візуальними уподобаннями на протигагу іншим, які, на його думку, не мають композиції та викликають тривогу («ці тварини мені знайомі, за ними нічого немає»).



Описання «відповідність емоційному стану».

Карта, що обрана як та, що відповідає емоційному стану, із самого початку була обрана як така, що подобається, аж допоки пацієнт не побачив в ній зображення медузи. За його словами, це те, що може порушити стан спокою («коли я плавав у морі, то був розслабленим, аж допоки не подумав про медуз, що здатні порушити стан спокою»). Пацієнтові притаманний постійно підвищений рівень тривоги із когнітивним викривленням очікування катастрофи, саме тому він постійно дотримується уникаючого способу коупінгу.



Відповідність картам («подобаються»):

турбота, безумовна любов, сором, приниження.

Відповідність картам («відповідають емоційному стану»):

турбота, безумовна любов, сором, приниження.

Описання проведення

Із самого початку інтервенції з картами пацієнт охоче поставився до виконання завдання та обрав карти, що розклав на три «кучки» з таким формулюванням: мені подобається, як вони виконані, але саме таких, що подобаються, замало, тут небагато самих картинок і багато облич. Пацієнт, що має комплексну травму, часто виявляє ознаки дисоціації та застосовує ті самі

засоби коупінгу, як і у шоккових ситуаціях, — уникання болю за попереднім завмиранням. Уникання тривожних симптомів простежується також і при контакті із зображеннями, що мають для нього загрозливий травматичний характер, а це означає, що обрані карти з їхньою співпадаючою за ознаками інтерпретацією були застосовані влучно.

Обрано карту № 1 ТРИВОГА (минуле + сьогодення).

К.: Уникнення, але воно неповне, я намагаюся туди заглядати... Блік схожий на кульову блискавку: якщо дати цьому волю, відкритися страху і спогадам, то це не зупинити. Воно наздожене. Коли я від цього закриваюся, то бачу чорно-білий світ, відкриваюся – трохи фарб. Але кульова блискавка поруч, це швидко, боляче.

Сильний явний символ – закриті очі. Не хочу бачити, але іноді «відкриваю одне око» – змішані почуття.

Т.: Коли відкрите одне око, у Вас змінюється вираз обличчя? Воно є звичайним для Вас? Який Ви за закритими очима?

К.: Такий самий. А ось коли відкрите одне око, я насторожі. Так, я блокую контакт зі спогадами.

Обрано карту № 2 МРІЇ (справжню).

К.: Сталося щось хороше. Щоб це не злякати, я просто закриваю очі, я на кордоні, сполохи щастя, але я не в ньому. Позаду комфорт (темрява – це зазвичай повсякденно, вона більше подобається).

Обрано карту № 3 СТАБІЛЬНІСТЬ (майбутнє).

К.: Мені це фото дуже подобається. Тут невелика вуаль. Це той, ким я хочу бути: спокійний, самодостатній, є всередині баланс, гармонія. Тихе щастя, у мене не сумний погляд.

Т.: Але Ви там один, і це не відповідає Вашим уявленням про щастя.

К.: Так, я самодостатній, всередині змінена стабільність і спокій, незалежно від того, один я чи ні.

Описання

Наочна інтерпретація істинності бажань тривожного пацієнта від бажання залежати і контролювати, займати унікаючу стратегію поведінки, не дивитися небезпеці в очі, катастрофічної інтерпретації всього нового і непереносимості невизначеності до реальної інтерпретації власних бажань, готовності розділяти істинність власних бажань і необхідність підтримувати схему. Методика і використання МАК, виготовлених після первинної діагностики та визначення мішеней в роботі (робота з тривогою), є відмінним доповненням до психоедукації, що дозволяє наочно відобразити картину внутрішніх інтерпретацій пацієнта власних проявів патологічної симптоматики і сформувати досить сильний мотиваційний компонент до подальшої роботи. Бачення можливих результатів майбутньої роботи допомогло краще зрозуміти реальність терапевтичного впливу на мішені.

Описання КПТ-сесій

КПТ в індивідуальному форматі 1 раз на тиждень, далі – в підтримувальному режимі – 1 раз на 2 тиж, місяць, два.

Загальна кількість сесій – 10.

Сесія 1. Вступна

Соціалізація в модель КПТ. Психоедукація на тему тривожності, пояснення підтримувальних циклів.

Сесії 2–3. Робота з когніціями

Прояснення про корисні та некорисні переживання. Робота над розпізнаванням. Визначення метакогніцій про корисність переживань, когнітивна реструктуризація. Визначено, що пацієнт весь час був впевнений у їхній мотивуючій корисності. Обмеження некорисності переживань.

Сесії 4–5. Робота з толерантністю до невизначеності

Формулювання та психоедукація. Прояснення етіології схеми та закономірностей її активації. Прийняття рішення про відмову від нейтралізуючої поведінки. Планування подальшого покрокового експерименту. Тестування схеми очікування катастрофи.

Когнітивне тестування правил життя. Розвиток толерантності до невизначеності.

Сесії 4–5. Зміна вектора орієнтації до проблем

Робота зі сприйняттям проблем та їхньою ідентифікацією.

Дослідження ставлення до проблем за програмами «А» і «Б» та їхнє когнітивне тестування. Експериментальна вправа. Відпрацювання навичок вирішення проблем.

Сесії 6–7. Робота з когнітивним уникненням

Психоедукація щодо виникнення проблематики. Відпрацювання «реалізації найгіршого сценарію». Експозиція.

Сесія 8–10. Робота на попередження та бустерні зустрічі

4.5. Порівняльний аналіз ефективності запропонованих методик медико-психологічного супроводу

Критеріями ефективності обраних методик були динаміка показників за тестами (вихідний рівень – прикінцеве тестування) та описова характеристика змін психоемоційного стану.

В результаті проведеного курсу психологічного втручання показник знизився в обох групах, при цьому достовірна різниця між показниками наприкінці курсу вказує на більш високу ефективність запропонованої методики поєднання базових технік із застосуванням МАК «КПС» (табл. 4.5).

Таблиця 4.5.

Динаміка показників інтенсивності проявів наслідків mTBI сьогодення, в балах ($M \pm m$)

Дослідна група (n=49)		Контрольна група (n=28)		p
Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії	Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії	
54,67±8,03	37,52±1,24	56,09±9,21	46,2±3,32	<0,05

Наведено діаграму (рис. 4.1).

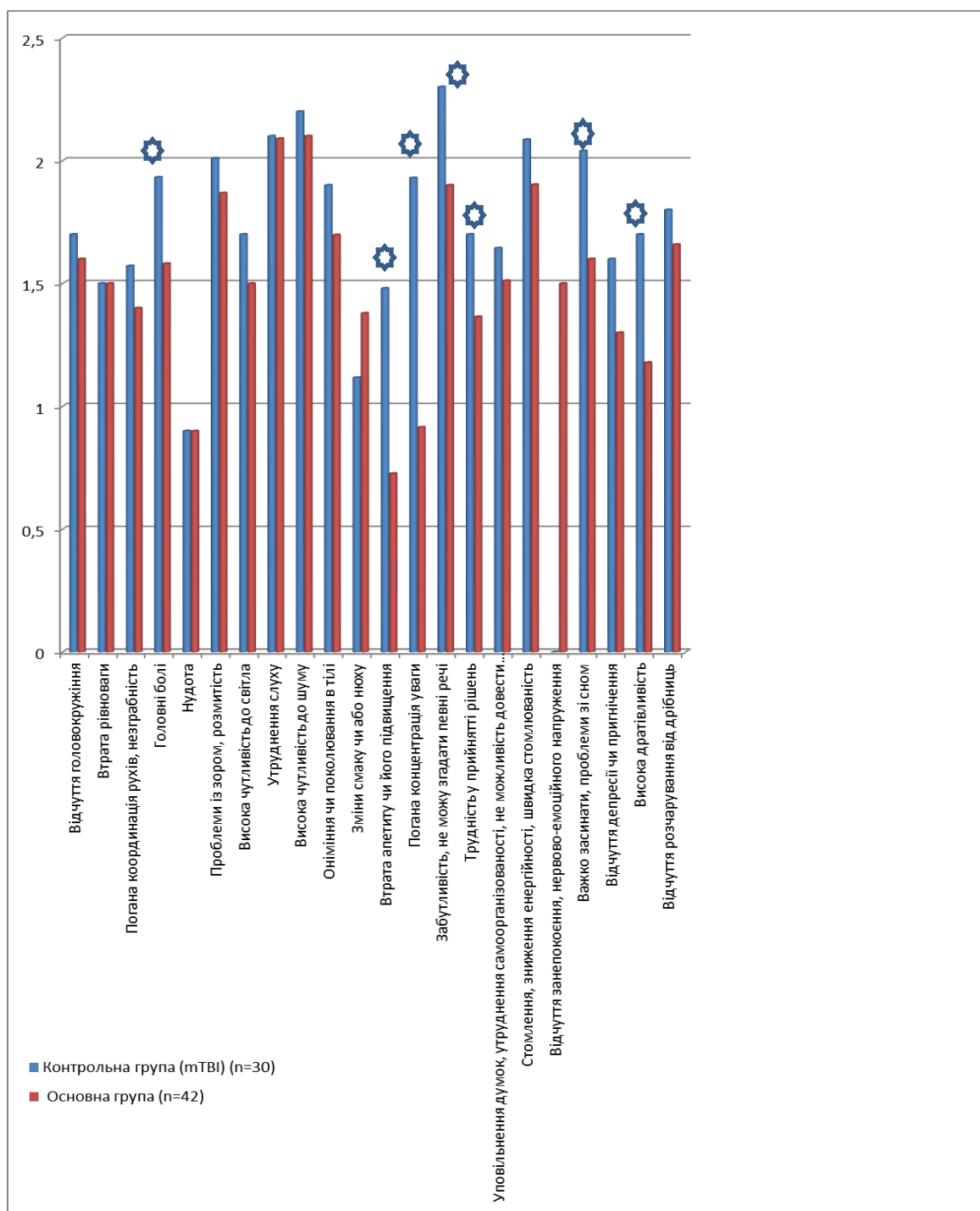


Рис. 4.1. Порівняння показників за шкалою Цицерона в групах після проведеного курсу терапії.

*Примітка: різниця між показниками контрольної та основної (дослідної) груп достовірна ($p < 0,05$).

Як видно з наведеної діаграми, достовірно нижчими після проведеного курсу терапії з використанням МАК «КПС» порівняно зі стандартною схемою терапії були показники інтенсивності головного болю, порушень апетиту, проблем з концентрацією уваги, утрудненим засинанням та дратівливістю.

Аналогічну динаміку показників спостерігали за опитувальником вираженості ПТСР PSL-m (рис. 4.2).

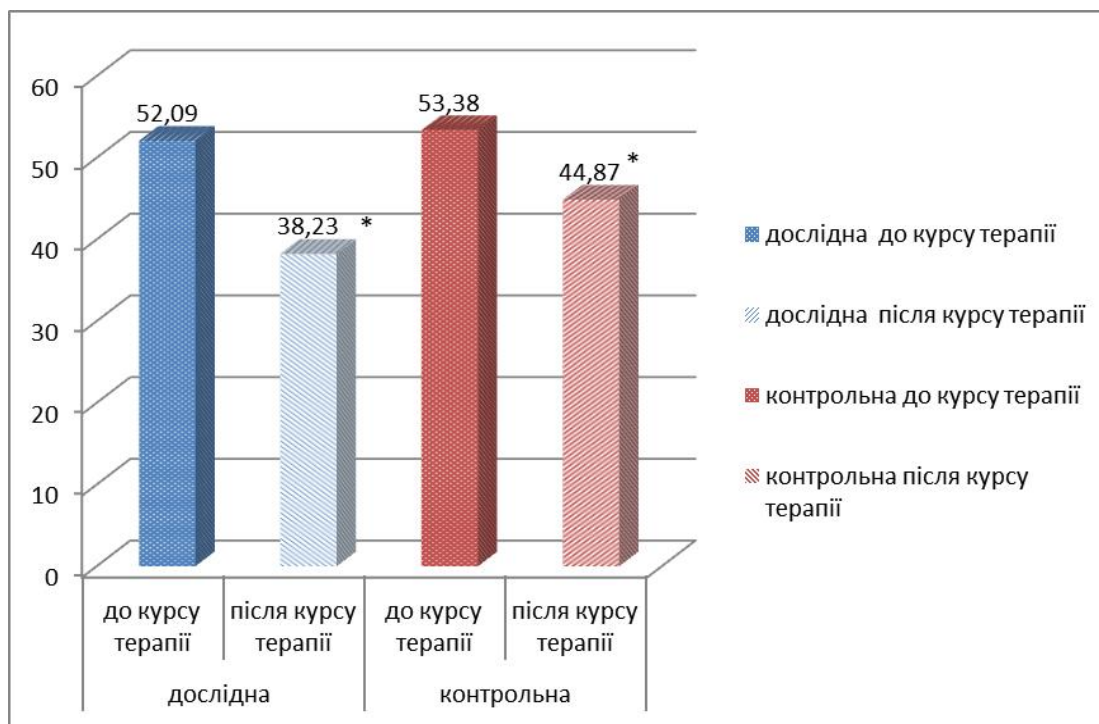


Рис. 4.5.2. Динаміка показників за опитувальником PSL-m

* Примітка: різниця між показниками дослідної та контрольної груп після завершення курсу терапії достовірна ($p < 0,05$).

За опитувальником вегетативної дисфункції [164] не виявлено достовірної різниці як між показниками до та після курсу терапії, так і між групами: у пацієнтів дослідної групи середнє значення показника до курсу було $26,18 \pm 3,28$, після – $20,6 \pm 5,21$; в контрольній – відповідно $25,29 \pm 6,21$ і $21,23 \pm 4,21$ ($p > 0,05$).

При оцінці за ШАС в обох групах отримано позитивну динаміку показника: різниця між показниками до та після курсу терапії достовірна,

($p < 0,05$), при цьому різниця між показниками дослідної та контрольної груп статистично недостовірною ($p > 0,05$) (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Динаміка показника по ШАС в балах ($M \pm m$)

Дослідна група (n=49)		Контрольна група (n=28)	
Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії	Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії
78,7 $\pm$ 5,98	46,72 $\pm$ 11,02	74,41 $\pm$ 4,22	53,29 $\pm$ 9,71

Найбільш показовою щодо ефективності запропонованого курсу терапії з використанням МАК «КПС» є динаміка за Шкалою впливу подій (рис. 4.3). Зокрема показник «уникнення»: середнє значення в дослідній групі до курсу терапії становив 1,79 $\pm$ 0,12, після – 0,85 $\pm$ 0,08 проти 1,98 $\pm$ 0,05 і 1,25 $\pm$ 0,11 в контрольній групі ($p < 0,05$). Показник «інтрузія»: середнє значення в дослідній групі до початку терапії становило 2,06 $\pm$ 0,22; після – 1,02 $\pm$ 0,07 проти 1,92 $\pm$ 0,12 і 1,43 $\pm$ 0,01 в контрольній групі ($p < 0,05$). Показник «гіперзбудження»: в дослідній групі динаміка показника відбулася від 1,775 $\pm$ 0,072 до 0,88 $\pm$ 0,17 проти від 1,681 $\pm$ 0,25 до 1,21 $\pm$ 0,25 в контрольній групі: різниця між показниками груп до та після курсу терапії достовірною ($p < 0,05$), між показниками в групах після курсу терапії – недостовірною ($p > 0,05$).

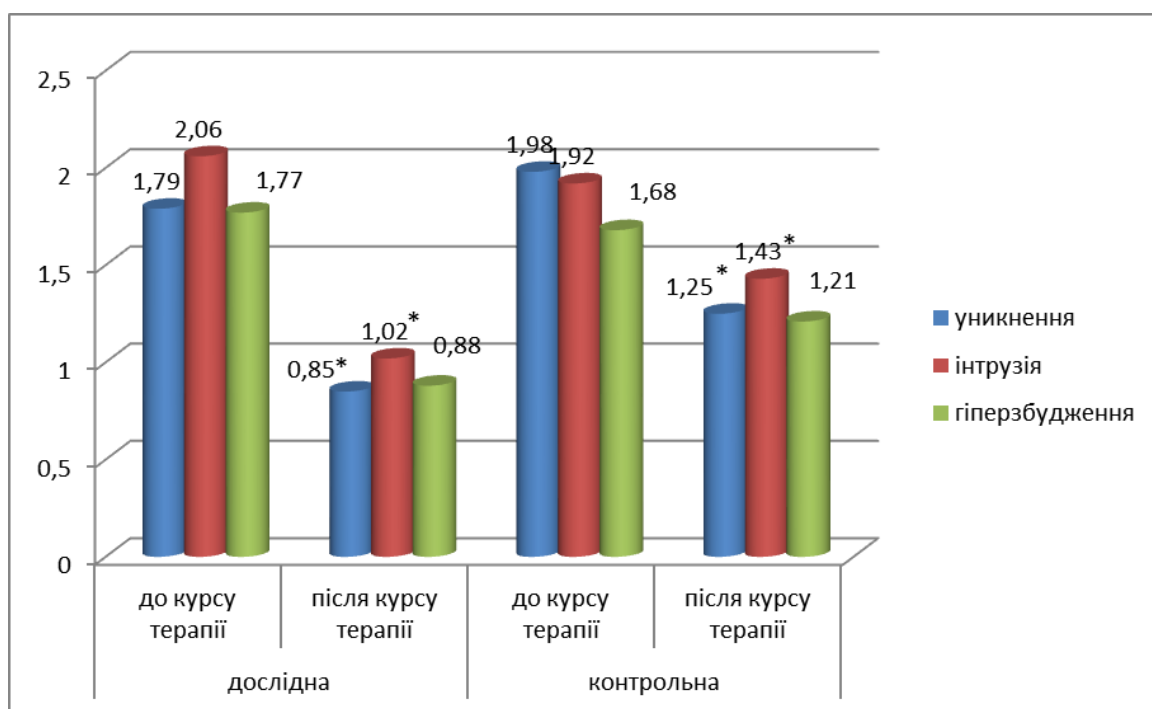


Рис. 4. 3. Динаміка показників за Шкалою впливу подій

*Примітка: різниця між показниками дослідної та контрольної груп достовірна ($p < 0,05$).

Використання методики МАК «КПС» значно підвищило ефективність терапії щодо ознак тривоги та депресії, що відображалось в динаміці показників за опитувальником HADS (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Динаміка показників за опитувальником HADS в балах, ($M \pm m$)

Показник	Дослідна група (n=49)		Контрольна група (n=28)	
	Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії	Вихідні показники	Показники по завершенні курсу терапії
Тривога	12,5±0,18*	5,23±1,08**	11,89±0,21*	8,01±1,03**
Депресія	17,09±1,43*	7,17±3,29**	16,98±0,62*	12,21±0,76**

Примітки: * різниця між показниками до та після курсу терапії достовірна ($p < 0,05$);

** різниця між показниками дослідної та контрольної груп після курсу терапії достовірна ($p < 0,05$); середнє значення балів за шкалою тривоги: в дослідній групі, в контрольній; за шкалою депресії – в дослідній групі, в контрольній ($p > 0,05$).

Отримані дані порівняльного аналізу дають змогу розглядати впроваджену програму медико-психологічного супроводу з використанням МАК «КПС» як модифікацію психотерапевтичної роботи з постконтузійним синдромом. По-перше, зниження інтенсивності проявів наслідків mTBI за опитувальником Цицерона в обох групах засвідчує базову ефективність когнітивно-поведінкових втручань, але статистично значуще нижчі підсумкові показники в дослідній групі ($37,52 \pm 1,24$ проти $46,2 \pm 3,32$ бала; $p < 0,05$) вказують на додатковий терапевтичний ефект саме комбінованої методики.

Аналогічний характер має динаміка за шкалою PSL-m та HADS: в експериментальній групі спостерігається більш виражене редукування тривоги й депресії, при тому, що вихідні рівні в обох групах були порівнянні. Водночас відсутність міжгрупових відмінностей за показниками вегетативної дисфункції та близька за структурою позитивна динаміка за ШАС свідчать про те, що метафоричні інтервенції не замінюють соматичної терапії і не «знімають» астеничний компонент безпосередньо, а діють насамперед у полі когнітивно-емоційної організації досвіду травми. Іншими словами, «додана вартість» МАК «КПС» локалізується не на рівні неспецифічного покращення самопочуття, а на рівні переосмислення, структурування та інтеграції травматичного й депресогенного змісту.

У цьому контексті особливо показовою є динаміка за Шкалою впливу подій. Значуще зниження показників «уникнення», «інтрузії» та «гіперзбудження» в дослідній групі (з 1,79 до 0,85; з 2,06 до 1,02; з 1,775 до 0,88 відповідно) порівняно з контрольними значеннями дозволяє інтерпретувати МАК «КПС» як засіб цілеспрямованого впливу на травматичний контур пам'яті й пов'язані з ним захисні патерни. Саме тут «працює» механізм метафоризації: інтенсивні, часто неусвідомлювані афективні стани, які раніше підтримували інтрузивні феномени й уникнення, переводяться у площину символічних образів і вербалізованих наративів. Метафоричне зображення симптомів, базових емоцій та потреб виконує функцію проміжної ланки між тілесно-вегетативними і когнітивно-рефлексивними рівнями, сприяючи побудові більш зв'язної

«внутрішньої історії» хвороби та травми. У результаті змінюється не лише інтенсивність симптомів, а й сам спосіб їхнього переживання: від «непереносимого» й «хаотичного» до інтегрованого, символізованого, вписаного в життєвий контекст.

Отримані результати емпірично підтверджують два введені нами теоретичні конструкти щодо МАК «КПС», передусім те, що метафоричне картування внутрішньої картини хвороби та метафоричне картування незадоволених базових потреб. Перше відображає ступінь відповідності асоціативно обраних образів клініко-психологічним діагностичним критеріям – фактично, це показник того, наскільки суб'єкт здатний через метафору репрезентувати власний соматичний і психічний стан. Друге стосується відповідності карт об'єктивно виявленому спектру незадоволених емоційних і екзистенційних потреб. Відповідність на рівні 80–100% у всіх опціях, зафіксована під час апробації, свідчить про високу метафоричну репрезентативну валідність колоди: вона не нав'язує пацієнтові зовнішні інтерпретації, а підсилює його здатність до аутопсихічної рефлексії, тонкого розмежування афектів, тілесних відчуттів і потреб. В рамках медико-психологічного супроводу це означає перехід від «вербально бідного», часто формального заповнення опитувальників до багатшарового, контекстуалізованого опису стану, де тестові шкали, ЕЕГ/ВСП-дані й метафоричні образи взаємно «калібрують» один одного.

З позицій сучасної психотерапевтичної метатеорії запропонована модель може бути розглянута як інструмент цілеспрямованого посилення символізаційної та менталізаційної функцій психіки у пацієнтів із постконтузійним синдромом і супутніми розладами тривожно-депресивного спектра. У цієї категорії пацієнтів ми маємо справу з подвійним розривом: між органічним ушкодженням і його суб'єктивним відображенням та між травматичною подією і можливістю наділити її витримуваним смислом. МАК «КПС», будучи структуровано організованим асоціативним простором (8 елементарних і 4 базові емоції, конфліктні стратегії, внутрішня картина хвороби,

базові та емоційні потреби), створює своєрідну «метафоричну матрицю», в якій ці розриви можуть бути подолані. Пацієнт не просто «обирає картинку», а здійснює акт смислового узгодження між тілесними, емоційними і когнітивним вимірами свого досвіду, що й зумовлює більш виражене зниження інтрузивності, уникнення, гіперзбудження та афективної дистресності порівняно зі стандартними протоколами.

Принциповою перевагою колоди «КПС» над існуючими є її внутрішньо орієнтована метафорична архітектура. Якщо більшість класичних МАК (типу «Persona», «Tandu» тощо) фокусуються на міжособистісних ролях і відносинах, що потенційно підсилює катастрофічне тлумачення соціальних сигналів у пацієнтів з ПТСР, ГТР і депресією, то «КПС» структурована навколо внутрішніх емоційних станів, тілесних відчуттів і базових потреб. Це мінімізує ризик вторинної травматизації через інтерперсональне перевантаження та водночас підсилює адресність роботи саме з поведінковим здоров'ям, де ключовими є не стільки «ролі» й «маски», скільки спосіб обробки власних афектів та соматичних сигналів. Іншими словами, МАК «КПС» функціонують як метафоричний інтерфейс між медичною діагностикою, психометрією та суб'єктивним досвідом хвороби, роблячи медико-психологічний супровід більш інтегрованим, адресним і чутливим до тонких змін у структурі травматичного й депресивного переживання.

Таким чином, зіставлення кількісних показників (динаміка за Цицероном, PSL-m, IES, HADS) і якісних характеристик змін психоемоційного стану дозволяє стверджувати, що впровадження метафоризованого виміру у структуру стандартних КПТ-протоколів є не лише методичним розширенням, а й концептуальним посиленням моделі медико-психологічного супроводу. МАК «КПС» забезпечують не просто «ілюстрацію» симптомів, а запуск процесів символізації, переозначення і реконфігурації травматичного досвіду, що, своєю чергою, відображається у більш вираженому зниженні постконтузійної, тривожної й депресивної симптоматики. Отримані результати дозволяють розглядати авторську колоду як перспективний інструмент для модифікації

реабілітаційних протоколів у сфері поведінкового здоров'я військовослужбовців та ветеранів, а поняття метафоричного картування внутрішньої картини хвороби й незадоволених потреб – як продуктивні теоретико-методологічні осі подальших досліджень у цій галузі.

Висновки до четвертого розділу

Проведений аналіз медико-психологічного супроводу пацієнтів із постконтузійним синдромом засвідчив, що структурована програма медико-психологічного супроводу, побудована на поєднанні стандартних протоколів когнітивно-поведінкової терапії з авторською моделлю МАК «КПС», є результативною та клінічно доцільною. Дослідну та контрольну групи було сформовано із дотриманням принципу еквівалентності за віком, тривалістю перебування в зоні бойових дій, вираженістю постконтузійної, посттравматичної, астеничної та афективної симптоматики, що дає підстави вважати виявлені відмінності результатом саме застосованих психотерапевтичних підходів, а не вихідних розбіжностей між пацієнтами.

Результати порівняльного аналізу показників за опитувальником наслідків mTBI (Цицерон), шкалами ПТСР, впливу подій та HADS переконливо свідчать, що включення МАК «КПС» до структури психотерапевтичних втручань дозволяє досягати більш вираженого зниження інтенсивності симптомів головного болю, розладів сну, труднощів концентрації уваги, дратівливості, тривоги та депресії порівняно зі стандартними схемами терапії. Найбільш показовими виявилися зміни за показниками «уникнення», «інтрузії» та «гіперзбудження», що опосередковано відображають редукцію травматичного перероблення досвіду та зменшення частоти й емоційної насиченості травматичних спогадів.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що застосування МАК «КПС» підсилює ефективність базових КПТ-протоколів передусім завдяки введенню метафоризованого рівня опрацювання травматичного, депресивного

та тривожного досвіду. Авторська колода, структурована за кластерами емоцій, внутрішньої картини хвороби, стратегій поведінки та базових потреб, виявилася дієвим інструментом для актуалізації й уточнення суб'єктивних переживань, підвищення мотивації до терапії, зниження унікаючої поведінки та розширення рефлексивних можливостей пацієнтів із постконтузійним синдромом. МАК «КПС» посилюють здатність пацієнта до символізації й вербалізації стану, що, у свою чергу, забезпечує більш адресне прицілене втручання в рамках КПТ.

Важливим практичним результатом виявилась демонстрація того, що медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом потребує не лише корекції симптомів ПТСР, тривоги й депресії, а й роботи з внутрішньою картиною хвороби, базовими емоційними потребами, стратегіями копіngu та координації психотерапевтичних інтервенцій із соматичною та неврологічною терапією. Включення МАК «КПС» виявилось найбільш доцільним на етапах формулювання запиту, стабілізації, опрацювання травматичних спогадів, подолання когнітивного й поведінкового уникнення та планування подальшої самодопомоги.

Узагальнюючи результати всіх рівнів дослідження, слід підкреслити, що запропонована модель медико-психологічного супроводу з використанням МАК «КПС» може розглядатися як перспективний напрям удосконалення реабілітаційних програм для ветеранів та військовослужбовців із постконтузійним синдромом. Вона поєднує доказові когнітивно-поведінкові підходи з інструментами метафоричної репрезентації та дозволяє більш тонко інтегрувати органічні, психотравматичні і особистісно-поведінкові виміри порушень. Водночас отримані результати потребують подальшої перевірки в ширших вибірках, із залученням контрольованих дизайнів і довготривалого катамнестичного спостереження для оцінки стійкості терапевтичних ефектів.

Основні положення розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Проноза-Стеблюк К. В. Нова авторська модель асоціативних метафоричних карт. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 4, т. 1. С. 84–89. URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2019/part_1/18.pdf
2. Stebliuk V., Pronoza-Stebliuk K. Mild traumatic brain injury and post-concussion syndrome for Ukrainian veterans: directions of medical-psychological rehabilitation. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2019. № 1–2. С. 26–31. URL: <http://www.ujprm.com/index.php/rehabilitation/announcement/view/3>
3. Pronoza-Stebliuk K. Family's approach for medical psychological rehabilitation of Ukrainian veterans with post-concussion syndrome. Inter Collegas. 2020. Vol. 7, No. 1. P. 45–48. <https://doi.org/10.35339/ic.7.1.45-48>
4. Кожина Г. М., Стеблюк В. В., Зеленська К. О., Проноза-Стеблюк К. В. Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО. Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, вип. 1 (106). С. 29–31. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-5>
5. Кожина Г. М., Стеблюк В. В., Зеленська К. О., Проноза-Стеблюк К. В. Сучасна методологія корекції та превенції стрес-асоційованих розладів у жінок-ветеранів. Експериментальна і клінічна медицина. 2021. Т. 90, № 1. URL: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.1.ksz>
6. Kozhyna H. M., Stebliuk V. V., Asieieva Yu. O., Zelenska K. S., Pronoza-Stebliuk K. V. A comprehensive approach to medical–psychological support for service women in modern Ukraine. Wiadomości Lekarskie. Medical Advances. 2023. Vol. LXXVI, iss. 1. P. 131–135. URL: <https://wiadlek.pl/wpcontent/uploads/archive/2023/WiadLek2023i1>
7. Проноза-Стеблюк К. В. Підвищення ефективності психотерапевтичного впливу на пацієнтів з постконтузійним синдромом шляхом використання метафоричних асоціативних карт «КПС». Перспективи та інновації науки.

Серія: Психологія. 2024. № 7 (21). С. 859–865. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-7(41)-859-865

8. Спосіб лікування постконтузійного синдрому : пат. на корисну модель № 140925, Україна. № U 2019 09829 ; опубл. 10.03.2020.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Питання лікувально-реабілітаційних заходів при наслідках легкого травматичного ушкодження ГМ, а саме ПКС, набуває в сучасній вітчизняній медицині особливого значення в період гібридної війни. За різними статистичними даними, у структурі бойової травми частота ушкоджень голови становить від 33 до 45%, при цьому саме легке травматичне ушкодження посідає перше місце – до 88% усіх ушкоджень ГМ.

Як свідчать результати останніх досліджень, в середньому у двох із трьох пацієнтів (це приблизно 50–80% спостережень), які мали в анамнезі закриту ЧМТ, через різні проміжки часу виникають віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, перебіг яких пов'язаний з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, нерідко – з подальшою інвалідизацією. Відсутність своєчасного лікування та реабілітації пацієнтів даної категорії призводить до прогресування мнестично-когнітивної недостатності, фактичного руйнування ядра особистості та психосоціальної деградації суб'єкта. В поєднанні зі швидкою алкоголізацією, афективними розладами з проявами агресії (в тому числі аутоагресії), антисоціальною девіантною поведінкою розлади ментального здоров'я осіб з ПКС стають реальною загрозою для соціуму та суспільства в цілому.

В лікуванні ПКС застосовують переважно методи психофармакотерапії (антидепресанти, анксиолітики, седативні препарати), засоби нейропротекторної та нейрорегенеративної дії, фізіотерапію. В той же час недостатньо використовуються методи психотерапевтичного впливу. Все це обумовило мету роботи – розробити методики медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПКС, винайти нові підходи та інструменти для підвищення ефективності цього супроводу, зокрема, діючих військовослужбовців та ветеранів війни.

Відповідно до мети були визначені завдання дослідження та обрані найбільш адекватні поставленим завданням методи.

Дослідження було проведено відповідно до норм та правил біоетики з дотриманням усіх стандартів належної клінічної та психологічної практики.

На первинний скринінг було запрошено всіх осіб, які під час участі в бойових діях Антитерористичної операції зазнали мінно-вибухової травми чи іншого впливу, який, на їхню думку, спричинив порушення здоров'я. Таких осіб було 369. З них після первинного обстеження у 231 було встановлено факт отримання легкого травматичного ушкодження ГМ внаслідок мінно-вибухових травм, падіння з висоти, потрапляння стороннього предмета в голову чи ДТП.

З 231 було обрано **77 (33,3%) осіб**, які за даними обстеження відповідали критеріям діагнозу F07.2 «Постконтузійний синдром» за МКХ-10. Основними скаргами у них були: головний біль (75–97,4%), запаморочення (61–79%), швидка втомлюваність (53–68,8%), дратівливість (55–71,4%), труднощі в зосередженні і вирішенні розумових завдань (58–75,3%), зниження пам'яті (67–87%), безсоння (62–80,5%), знижена стійкість до стресу, емоційного збудження і алкоголю (76–98,7%).

Отже:

Висновок 1. *Серед учасників російсько-української війни, які зазнали легкого травматичного ушкодження ГМ, близько третини (33,3%) у віддалений період спостерігають ознаки ПКС, серед яких головне місце посідають порушення психоемоційної сфери.*

Дослідження стану соматичного, ментального і поведінкового здоров'я виявило статистично достовірну різницю (**у середньому на 19,68%**) між інтенсивністю проявів у пацієнтів з ПКС порівняно з показниками в осіб, що одужали після перенесеного легкого травматичного ушкодження ГМ без формування ПКС, зокрема за такими симптомами, як запаморочення ($1,8831 \pm 0,00245$ проти $1,6356 \pm 0,0049$; $p < 0,05$); втрата рівноваги ($1,5324 \pm 0,0021$ проти $1,2093 \pm 0,0045$; $p < 0,05$); погана координація рухів, незграбність ($1,5714 \pm 0,0023$ проти $1,2248 \pm 0,0043$; $p < 0,05$); проблеми із зором, розмитість ($2,2467 \pm 0,049$ проти $1,8682 \pm 0,0038$; $p < 0,05$); висока чутливість до світла ($1,7792 \pm 0,0044$ проти $1,5038 \pm 0,0029$; $p < 0,05$); оніміння чи поколювання в тілі

($1,9740 \pm 0,0032$ проти $1,6976 \pm 0,0040$; $p < 0,05$); втрата апетиту чи його підвищення ($1,4805 \pm 0,0034$ проти $1,4263 \pm 0,0027$; $p < 0,05$); забудькуватість, «неможливість згадати певні речі» ($2,6753 \pm 0,0011$ проти $2,1550 \pm 0,0041$; $p < 0,05$); труднощі у прийнятті рішень ($1,7272 \pm 0,0013$ проти $1,3643 \pm 0,0032$; $p < 0,05$); уповільнення думок, утруднення самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця ($1,8441 \pm 0,0013$ проти $1,5116 \pm 0,0029$; $p < 0,05$).

Пацієнти з ПКС мають виражену патологію психоемоційної сфери, на що вказують результати психометричних обстежень (патопсихологічне дослідження):

за ШАС середнє значення за ступенем вираженості симптоматики (у балах) становило $78,7 \pm 5,98$ у пацієнтів з ПКС та $54,41 \pm 4,22$ в осіб групи порівняння ($p < 0,05$).

При тестуванні за Шкалою впливу подій пацієнти основної та контрольної груп показали такі результати «уникнення»: середнє значення в групі осіб з ПКС становило $1,79 \pm 0,12$ проти $1,098 \pm 0,05$ в контрольній групі ($p < 0,05$); «інтрузія»: середнє значення в групі пацієнтів з ПКС становило $2,06 \pm 0,22$ проти $1,321 \pm 0,12$ в групі порівняння ($p < 0,05$); показник «гіперзбудження»: середнє значення в групі пацієнтів з ПКС становило $1,775 \pm 0,072$ проти $1,18 \pm 0,15$ в групі порівняння ($p < 0,05$).

При дослідженні за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) у пацієнтів з ПКС середнє значення балів за шкалою тривоги становило $12,57 \pm 0,18$, що є значно вищим показником, ніж в контрольній групі ($9,23 \pm 1,03$; $p < 0,05$), за шкалою депресії – $17,09 \pm 1,43$, що майже вдвічі відрізнялось від аналогічних показників у контрольній групі ($8,98 \pm 0,87$; $p < 0,05$).

Пацієнти з ПКС порівняно з особами, що зазнали mTBI без формування ПКС, мають виражені ознаки вегетативної дисфункції. За Опитувальником ознак вегетативної дисфункції [164] 74 (96,1%) із 77 пацієнтів з ПКС мають показник

вище 15 балів при 32,5% в групі осіб, що зазнали mTBI без формування ПКС ($p < 0,01$).

Висновок 2. *Пацієнти з ПКС порівняно з особами, що одужали після легкого травматичного ушкодження ГМ, мають у середньому на 19,68% більшу інтенсивність як соматичних, неврологічних розладів, так і порушень психоемоційної сфери, що пов'язані з травмою, на 63,6% більш високу частоту вегетативної дисфункції.*

Багатокомпонентність патогенетичного ланцюга та поліморфність проявів ПКС потребують комплексного підходу до реабілітації, участі в процесі мультидисциплінарної команди фахівців та обов'язкового медико-психологічного супроводу.

Враховуючи, що всі пацієнти є учасниками бойових дій, важливо було дослідити у них такий наслідок війни, як ПТСР.

Вираженість симптоматики ПТСР за Шкалою самооцінки ПТСР PCL-M (військова версія) в основній та контрольній групах вказує на те, що мінно-вибухова травма є значущим стрес-фактором, а її наслідки – психотравмуючою подією. Втім у пацієнтів з ПКС вираженість симптоматики мала більшу інтенсивність, а середня сума балів в основній групі становила **52,09±5,35** проти **39,38±2,17** в групі осіб з mTBI без ПКС ($p < 0,05$). Однак варто зазначити, що незважаючи на подібність симптоматики (за окремими симптомами – розладами психоемоційної сфери), в контрольній групі лише 39,83% мали показник PSL-M більше 50 балів (можливість встановлення діагнозу ПКС), у той час як в групі ПКС відсоток таких осіб був **57,14**. Враховуючи етіопатогенез ПТСР і mTBI та досліджуючи анамнез травми, ми виявили, що у решти (42,8%) пацієнтів раптова контузія призводила до втрати свідомості, яка набувала якості захисного механізму від формування бойової психологічної травми і подальшого розвитку ПТСР. Отже, трохи більше половини всіх пацієнтів з ПКС мають супутній ПТСР. Вочевидь, ці дві патології є комбінованими, а не сполученими, що необхідно враховувати при плануванні медико-психологічного супроводу.

Висновок 3. *Серед пацієнтів з ПКС, що розвинувся внаслідок бойового легкого травматичного ушкодження ГМ, лише 57,14% мають діагностично-вагомі ознаки ПТСР, що свідчить про наявність комбінованої, а не сполученої патології. Однак інтенсивність проявів ПТСР у пацієнтів з ПКС вища, ніж в осіб аналогічної групи (ПТСР) з травматичним ушкодженням ГМ ($52,09 \pm 5,35$ проти $39,38 \pm 2,17$; $p < 0,05$), що потребує застосування травмофокусованих методів психотерапії.*

З огляду на неоднорідність (поліморфність) патопсихологічної картини у пацієнтів з ПКС, за ознаками провідної симптоматики і відповідно до програм втручання пацієнтів дослідної та контрольної груп розділили таким чином:

- з вираженими ознаками ПТСР та розладів адаптації;
- з вираженими ознаками ГТР;
- з вираженими ознаками депресії.

Базовою методикою в першій підгрупі був протокол травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ при ПТСР) (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>).

При переважанні ознак депресії використовували протокол КПТ при депресії (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>).

Використання протоколу КПТ при ГТР (з навчальних програм УІКПТ <https://i-cbt.org.ua>).

Водночас для підвищення ефективності психодіагностики та психотерапевтичного впливу нами було запропоновано використання нової авторської моделі АМК «КСП». Художницею моделей є авторка проєкту для людей з розладами ментального спектра (*#мы_другие* та *#БАР_история*) Настя Кліменко, амбасадорка з психічного здоров'я. Авторка та розробниця методики – дисертант, магістр психології Катерина Проноза-Стеблюк. Назва карт «КПС» – пеші літери прізвищ авторів.

Авторами було поставлено завдання створити колоду (набір) МАК для застосування як допоміжного методу з метою встановлення первинного контакту і зміцнення терапевтичного поля на будь-якому етапі. Вони мають бути

допоміжним методом для первинного скринінгу та при застосуванні інших психодіагностичних методик, розвивати мотиваційний компонент у пацієнта, відображати наочно проблематику, що є малозрозумілою під час психоедукації пацієнту з унікаючою поведінкою (структурою особистості), пацієнту з органічними захворюваннями, що можуть проявлятися у помірно вираженому когнітивному дефіциті, де допускається застосування проєктивних методик, у тих випадках, коли в особі є порушення пізнавальних процесів.

МАК «КПС» відрізняються від аналогів та прототипів тим, що колода (набір) складається з 74 МАК, що є фотографічними зображеннями, обробленими за допомогою комп'ютерних графічних редакторів, які розподілені за кластерами та за асоціативними рядами, відображаючи 8 елементарних та 4 базові емоції; внутрішню картину хвороби (прийняття людиною власного захворювання) при психосоматичних хворобах; стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях; базові потреби самозбереження; базові потреби емоційного спектра взаємодії.

Найбільш вагомими результатами, що досягаються завдяки застосуванню МАК «КПС», є підвищення ефективності первинного скринінгу до тестових методик, можливість пацієнта самостійно скомпіювати в ході роботи наочний кінцевий результат психологічної роботи, і як наслідок – підвищення ефективності психотерапевтичної допомоги при розладах поведінкового здоров'я.

Висновок 4. *Дана методика є валідним доповненням до діагностичних інструментів, що якісно відображає поточний стан пацієнта, розуміння природи своєї проблематики, а саме здатність інтерпретувати власні симптоми, власні потреби, власні емоційні процеси.*

За результатами дослідження дана методика може бути рекомендована як доповнення до психотерапевтичних та психокорекційних методів, що застосовують у пацієнтів з розладами тривожного спектра та за наявності депресивного компонента (в тому числі самостійного), які можуть бути як самостійними, так і наслідками пережитого стресу (стрес-асоційованих розладів) та інших рубрик за МКХ-10 (F, Z). Крім того, дана методика може бути

застосована як мотиваційний компонент до роботи на початку лікування і на будь-якому її етапі при впровадженні нових методів у роботу, а також при унікаючій поведінці, підходить для роботи з пацієнтами із синдромом емоційного вигорання (Z73.0).

Для підвищення ефективності медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПКС було застосовано комбінацію безових методів психотерапії та МАК «КПС».

Використання протоколу ТФ-КПТ при ПТСР із застосуванням МАК «КПС» складалось з таких фаз:

1. Фаза стабілізації: психоедукація, активація ресурсів та навчання технік коупінгу із симптомами травми. На цьому етапі застосування МАК «КПС» є доцільним з метою полегшення інтерпретації власних симптомів та об'єктивнішого прийняття їхніх проявів.

2. Фаза опрацювання травми за допомогою експозиції до травматичних спогадів та ситуативної експозиції.

Застосування МАК «КПС» є доцільним з метою підвищення мотиваційного компонента до аналізу травматичних спогадів, інтенсивність проявів яких може підвищитися під час роботи з ними.

3. Фаза відновлення, повернення до життя. У цій фазі застосування МАК «КПС» є доцільним у разі унікаючої поведінки.

Використання протоколу КПТ при ГТР із допоміжним методом МАК «КПС» складалось з таких фаз:

1. Формулювання. Застосування МАК «КПС» на етапі формулювання доцільно для відображення причинно-наслідкового зв'язку між поточним станом та закономірностями його виникнення.

2. Психоедукація. Соціалізація в модель КПТ. Застосування МАК «КПС» є доцільним з метою розуміння об'єктивного перебігу симптомів.

Модуль 1: розпізнавання продуктивного/непродуктивного переживання.

Модуль 2: підвищення толерантності до невизначеності майбутнього.

Застосування МАК «КПС» є доцільним для наочного відображення результату, що має бути досягнутий в процесі терапії.

Модуль 3: розвиток позитивної орієнтації до проблем.

Застосування МАК «КПС» є доцільним для наочного відображення результату, що має бути досягнутий в процесі терапії.

Модуль 4: подолання когнітивного уникнення.

Модуль 5: зменшення часу на переживання (майнфулднес, «час переживань» тощо).

Модуль 6: Попередження рецидиву.

Використання протоколу КПТ при депресії із допоміжним методом МАК «КПС»

1. Обстеження і формулювання. Застосування МАК «КПС» є доцільним при унеможливленні формулювання запиту.

2. Психоедукація і соціалізація в КПТ. Застосування МАК «КПС» є доцільним з метою наочного відображення та складання власної історії.

3. Цілі і задачі терапії. Застосування МАК «КПС» є доцільним з метою наочного відображення бажаного кінцевого результату.

4. Техніки поведінкової активації і вирішення проблем. Прояснення НАДів, когнітивних спотворень тощо.

5. Моніторинг симптомів депресії, прояснення суїцидального ризику.

6. Робота з негативними глибинними переконаннями і дисфункціональними «правилами життя».

7. Робота з метою попередження рецидиву.

Використання методики МАК «КПС» в комплексі психотерапевтичних заходів дозволило підвищити ефективність медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПКС, що підтверджено достовірною різницею динаміки показників психоемоційного стану та рівня вегетативної дисфункції.

Зокрема про це свідчить динаміка показників інтенсивності проявів наслідків mTBI сьогодення, що проявилось зниженням в групі, де застосовували

МАК «КПС», на $17,15 \pm 3,21$ проти $9,81 \pm 1,11$ бала ($p < 0,05$). Середній бал за шкалою самодіагностики ПТСР – PSL-m – в групі, де застосовували МАК «КПС», зменшився на $13,86 \pm 2,21$ проти $8,51 \pm 0,12$ в контрольній групі ($p < 0,05$). Однаково ефективно знижувалися показники вегетативної дисфункції та за ШАС достовірної різниці динаміки не виявлено.

Найбільш показовою щодо ефективності запропонованого курсу терапії з використанням МАК «КПС» є динаміка за Шкалою впливу подій. Показник «уникнення»: середнє значення в дослідній групі до початку курсу терапії становило $1,79 \pm 0,12$, після – $0,85 \pm 0,08$ проти $1,98 \pm 0,05$ і $1,25 \pm 0,11$ в контрольній групі ($p < 0,05$). Показник «інтрузія»: середнє значення в дослідній групі до початку курсу терапії становило $2,06 \pm 0,22$, після – $1,02 \pm 0,07$ проти $1,921 \pm 0,12$ і $1,43 \pm 0,01$ в контрольній групі ($p < 0,05$). Показник «гіперзбудження»: в дослідній групі динаміка показника – від $1,775 \pm 0,072$ до $0,88 \pm 0,17$ проти $1,681 \pm 0,25$ і $1,21 \pm 0,25$ в контрольній. Різниця між показниками груп до та після курсу терапії достовірна ($p < 0,05$), між показниками в групах після курсу терапії – недостовірна ($p > 0,05$).

Результати дисертаційного дослідження дозволили не лише з'ясувати нові дані щодо особливостей стану психоемоційної сфери пацієнтів – екс-комбатантів з ПКС, а й запропонувати нові теоретично обґрунтовані та клінічно доведені ефективні методики медико-психологічного супроводу пацієнтів цієї категорії.

Розроблені в процесі виконання роботи МАК «КПС» є дієвим допоміжним інструментом для використання як на діагностичному етапі, так і в процесі терапії, що сприяє підвищенню ефективності психологічного впливу.

ВИСНОВКИ

У межах першого завдання здійснено комплексний теоретичний аналіз клініко-психологічних особливостей постконтузійного синдрому (ПКС) у ветеранів бойових дій і на цій основі концептуалізовано медико-психологічний супровід пацієнтів із ПКС як цілісну багаторівневу систему. Доведено, що ПКС є не лише неврологічним наслідком мінно-вибухового ушкодження головного мозку, а складним біопсихосоціальним синдромом з провідною роллю ментальних і поведінкових порушень, які визначають тривалість дезадаптації, ризику аутоагресії та соціально небезпечної поведінки. Уточнено структурно-динамічну модель ПКС, яка поєднує соматоневрологічні, вегетативні, емоційно-когнітивні та поведінкові компоненти, і обґрунтовано необхідність поетапного медико-психологічного супроводу синдрому – від раннього скринінгу й клініко-психологічної діагностики до тривалої психотерапевтичної та реабілітаційної підтримки.

У рамках другого завдання встановлено, що серед осіб із мінно-вибуховою травмою головного мозку постконтузійний синдром формується у значній частки постраждалих (близько третини випадків ЛТУ ГМ), причому перебіг ПКС принципово відрізняється від перебігу ізольованого легкого травматичного ушкодження ГМ без синдрому. Доведено, що пацієнти з ПКС мають в середньому на $\approx 20\%$ більшу інтегральну вираженість соматичних, неврологічних та психоемоційних симптомів, а також істотно вищу частоту і тяжкість вегетативної дисфункції, що відображає стійке порушення вегетативної регуляції. Охарактеризовано структуру ментальних і поведінкових змін: поєднання симптомів ПТСР (з домінуванням уникнення, інтразій та гіперзбудження), генералізованої тривоги, депресивних проявів і суб'єктивних когнітивних порушень, які виступають основними мішенями медико-психологічного супроводу. Показано, що лише частина осіб із ПКС відповідає повним діагностичним критеріям ПТСР, що дозволяє трактувати ПКС як

комбінований синдром із власною патопсихологічною структурою, а не як просту суму травматичного ушкодження мозку та ПТСР.

Щодо третього завдання теоретично обґрунтовано, розроблено й апробовано програму медико-психологічного супроводу пацієнтів із постконтузійним синдромом, яка інтегрує стандартизовані протоколи когнітивно-поведінкової та травмофокусованої терапії з механізмами аперцептивно-метафоричної переробки травматичного досвіду. Сформовано поетапну модель супроводу, що включає: клініко-психологічний скринінг; структуровану психоедукацію; стабілізаційні інтервенції та навчання коупінг-стратегій; травмофокусовану експозицію (в уяві й *in vivo*); когнітивну реструктуризацію негативних переконань; модулі роботи з депресією та генералізованою тривогою; профілактику рецидиву й підтримувальні (бустерні) сесії. У програму інтегровано аперцептивно-метафоричний компонент, який забезпечує опосередковане опрацювання травматичних переживань, підвищення усвідомленості емоційних і потребових станів, зниження уникаючої поведінки та зміцнення терапевтичного альянсу. Програма чітко регламентує показання, протипоказання, цільові синдромальні мішені та критерії ефективності медико-психологічного супроводу ПКС.

У межах четвертого завдання за допомогою валідованих психодіагностичних методик і методів математичної статистики переконливо доведено ефективність розробленої програми медико-психологічного супроводу у порівнянні зі стандартними підходами. У дослідній групі, де застосовували інтегровану програму з аперцептивно-метафоричним компонентом, зафіксовано статистично значуще ($p < 0,05$) більш виражене зниження інтенсивності наслідків mTBI, симптомів ПТСР (за PCL-M та Шкалою впливу подій), тривоги й депресії (за HADS), а також частоти й інтенсивності ключових постконтузійних проявів – головного болю, порушень сну, дратівливості, труднощів концентрації уваги – порівняно з контрольною групою, яка отримувала лише медикаментозну терапію та базові протоколи КПП. Показано, що вегетативні й астеничні симптоми демонструють позитивну динаміку в обох групах, однак саме показники

травматичного дистресу, тривоги та депресії є найбільш чутливими до розробленої програми медико-психологічного супроводу. Сукупність отриманих даних дає підстави вважати запропонований підхід доказово обґрунтованою та клінічно ефективною моделлю медико-психологічного супроводу пацієнтів із постконтузійним синдромом, придатною для впровадження в систему реабілітаційної допомоги ветеранам бойових дій.

На підставі теоретичного аналізу й емпіричних результатів чітко визначено зміст ключових понять дослідження та окреслено перспективи подальших наукових розвідок. Медико-психологічний супровід пацієнтів з постконтузійним синдромом обґрунтовано як інтегрований, поетапний процес, що поєднує клінічну діагностику, психометричне оцінювання, соматоневрологічну терапію, травмофокусовані психотерапевтичні інтервенції та тривале реабілітаційне спостереження, спрямоване одночасно на синдромальні прояви ПКС і на відновлення соціального функціонування. Уточнено поняття медико-психологічного супроводу постконтузійного синдрому як спеціалізованої форми супроводу, фокусованої на взаємодії мінно-вибухового ушкодження головного мозку, вегетативної дисрегуляції, ПТСР-подібної симптоматики, тривожно-депресивних та когнітивних порушень, що формують специфічну клініко-психологічну конфігурацію ПКС. Введено та змістовно розкрито категорію аперцептивно-метафоричної переробки травматичного досвіду як механізму, що забезпечує опосередковане усвідомлення, символізацію й інтеграцію бойової травми в особистісну історію ветерана та слугує теоретичною основою для розробки метафоризованих форматів психотерапії.

Перспективами подальших досліджень визначено: розширення апробації запропонованої програми супроводу на інші когорти (жінки-ветеранки, цивільні постраждалі, особи з поєднаною травмою); проведення багатоцентрих рандомізованих досліджень з тривалим катамнестичним спостереженням; поглиблене вивчення нейробіологічних маркерів ефективності (ЕЕГ, варіабельність серцевого ритму, нейровізуалізаційні показники); цифрову адаптацію аперцептивно-метафоричних інструментів (онлайн-модулі,

телемедичні формати) та інтеграцію концепції медико-психологічного супроводу ПКС у національні клінічні протоколи й стандарти реабілітаційної допомоги ветеранам.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Денисюк М., Дубров С., Черняєв С., Серeda С., Заїкін Ю. Структура травматичних ушкоджень та досвід лікування поранених внаслідок бойових дій в перші дні нападу росії на Україну. PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE. 2022. № 1(98). С. 7–12. DOI: 10.25284/2519-2078.1(98).2022.256092.
2. Хоменко І. П., Король С. О., Халік С. В. та ін. Клінічно-епідеміологічний аналіз структури бойової хірургічної травми при проведенні антитерористичної операції/операції об'єднаних сил на сході України. Український журнал військової медицини. 2021. Т. 2, № 2-005. С. 5–13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukrjmm_2021_2_2_3.
3. Зброя російсько-української війни (з 2022). Вікіпедія — вільна енциклопедія : електронний ресурс. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki>.
4. Shvets A. V., Horishna O. V., Deputat Y. M., Rychka O. V., Zhaldak A. Y., Kikh A. Y. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України на основі даних структури їх бойової травми. UJMM. 2022. Т. 3, № 3. С. 110. DOI: 10.46847/ujmm.2022.3(3)-110.
5. Гриценко С., Гаврилюк В., Брік Б. Вибухова травма, анестезія та інтраопераційна інтенсивна терапія на ранньому госпітальному етапі (попереднє повідомленн). PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE. 2023. № 4(105). С. 52–56. DOI: 10.25284/2519-2078.4(105).2023.295012.
6. Fong A., Johnson K. Responding to the war in Ukraine. CJEM. 2022. Vol. 24, No. 5. P. 471–472. DOI: 10.1007/s43678-022-00319-8.
7. Ретроспективний аналіз поширеності симптомів характерних для акубаротравми у поранених та хворих військовослужбовців-учасників АТО (ООС) / А. М. Галушка та ін. Військова медицина України. 2019. Т. 19, № 2. С. 17–24.

8. Особливості бойового травмування, що супроводжувалося акубаротравмою у військовослужбовців-учасників бойових дій / А. М. Галушка та ін. Військова медицина України. 2019. Т. 19, № 3. С. 56–66.
9. Miller A. R., Martindale S. L., Rowland J. A., Walton S., Talmy T., Walker W. C. Blast-related mild TBI: LIMBIC-CENC focused review with implications commentary. *NeuroRehabilitation*. 2024. Vol. 55, No. 3. P. 329–345. DOI: 10.3233/NRE-230268. PMID: 39093081. PMCID: PMC11612977.
10. Mortimer D. S. Military Traumatic Brain Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2024. Vol. 35, No. 3. P. 559–571. DOI: 10.1016/j.pmr.2024.02.008. PMID: 38945651.
11. Забенько Є. Ю., Атамас А. В., Півнева Т. А. Легка черепно-мозкова травма: загальна характеристика, нейродегенеративні наслідки та моделювання. *Фізіологічний журнал*. 2017. Т. 63, № 3. С. 80–89.
12. Lefevre-Dognin C., Cogné M., Perdrieu V., Granger A., Heslot C., Azouvi P. Definition and epidemiology of mild traumatic brain injury. *Neurochirurgie*. 2021. Vol. 67, No. 3. P. 218–221. DOI: 10.1016/j.neuchi.2020.02.002. PMID: 32387427.
13. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги «Черепно-мозкова травма». *Стоматолог Інфо*. 2015. № 12 (спец. вип.). С. 72–78.
14. Кас Ю. В., Коршняк В. О., Поліщук В. Т. Особливості гострої закритої черепно-мозкової травми, зумовленої вибуховою хвилею, в учасників бойових дій на сході України. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 2. С. 41–44.
15. Самінін Я. Г., Соколова Л. І. Когнітивні та емоційно-афективні розлади в учасників бойових дій із черепно-мозковою травмою (огляд літератури). *Український неврологічний журнал*. 2023. № 1–4. С. 28–44.
16. Melinosky C. Post-concussion syndrome. WebMD : електронний ресурс. URL: <https://www.webmd.com/brain/post-concussion-syndrome>.
17. Салій З. В. Особливості перебігу віддалених наслідків черепно-мозкової травми. *Вісник наукових досліджень*. 2016. № 1. С. 92–95.

18. Особливості відновлення порушення просторової стійкості у військовослужбовців з наслідками закритої черепно-мозкової травми та акубаротравми / А. В. Швець та ін. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. 2020. Vol. 1, № 1. С. 40–49. DOI: 10.46847/ujmm.2020.1(1)-040.
19. Швець А. В., Подолян Ю. В., Голінько М. І. Особливості відновлення функціонального стану військовослужбовців після черепно-мозкової травми, що поєднана з акубаротравмою. Запорозький медичний журнал. 2020. Т. 22, № 3. С. 329–337. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2020_22_3_9.
20. Комплексне отоневрологічне оцінювання вестибулярної симптоматики при бойовій черепно-мозковій травмі легкого ступеня тяжкості внаслідок вибухової дії / О. Є. Скобська та ін. Патологія. 2019. № 1. С. 9–15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pathology_2019_16_1_4.
21. Аналіз виразності симптоматичних проявів акубаротравми у військовослужбовців-учасників бойових дій / А. М. Галушка та ін. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. 2020. Vol. 1, № 3. С. 102–103. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/54>.
22. Cancelliere C., Verville L., Stubbs J. L., Yu H., Hincapié C. A., Cassidy J. D. et al. Post-Concussion Symptoms and Disability in Adults With Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Neurotrauma. 2023. Vol. 40, No. 11–12. P. 1045–1059. DOI: 10.1089/neu.2022.0185. PMID: 36472218.
23. Lackner P. Предикторы исходов черепно-мозговой травмы — детерминанты и перспективы на будущее. Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 8. С. 80–82.
24. Romeu-Mejia R., Giza C. C., Goldman J. T. Concussion Pathophysiology and Injury Biomechanics. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2019. Vol.

- 12, No. 2. P. 105–116. DOI: 10.1007/s12178-019-09536-8. PMCID: PMC6542913.
25. Stępniewska E., Kałas M., Świdorska J., Siemiński M. mTBI Biological Biomarkers as Predictors of Postconcussion Syndrome — Review. *Brain Sciences*. 2024. Vol. 14, No. 5. P. 513. DOI: 10.3390/brainsci14050513. PMCID: PMC11119822.
26. Посттравматичний стресовий розлад і легка черепно-мозкова травма – поширені наслідки війни: питання патогенезу та диференційної діагностики (Огляд) / Л. Л. Чеботарьова та ін. *Сімейна медицина. Європейські практики*. 2023. № 2. С. 64–72. DOI: 10.30841/2786-720X.2.2023.282496.
27. Broshek D. K., De Marco A. P., Freeman J. R. A review of post-concussion syndrome and psychological factors associated with concussion. *Brain Injury*. 2015. Vol. 29, No. 2. P. 228–237. DOI: 10.3109/02699052.2014.974674.
28. Cancelliere C., Verville L., Stubbs J. L., Yu H., Hincapié C. A., Cassidy J. D. et al. Post-Concussion Symptoms and Disability in Adults With Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Neurotrauma*. 2023. Vol. 40, No. 11–12. P. 1045–1059. DOI: 10.1089/neu.2022.0185.
29. Mavroudis I., Ciobica A., Luca A. C., Balmus I. M. Post-Traumatic Headache: A Review of Prevalence, Clinical Features, Risk Factors, and Treatment Strategies. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. Vol. 12, No. 13. P. 4233. DOI: 10.3390/jcm12134233. PMCID: PMC10342432.
30. DePalma R. G., Hoffman S. W. Combat blast related traumatic brain injury (TBI): Decade of recognition; promise of progress. *Behavioural Brain Research*. 2018. Vol. 340. P. 102–105. DOI: 10.1016/j.bbr.2016.08.036.
31. Lu Y. C., Wu M. K., Zhang L., Zhang C. L., Lu Y. Y., Wu C. H. Association between suicide risk and traumatic brain injury in adults: a population based cohort study. *Postgraduate Medical Journal*. 2020. Vol. 96, No. 1142. P. 747–752. DOI: 10.1136/postgradmedj-2019-136860.

32. Monsour M., Ebedes D., Borlongan C. V. A review of the pathology and treatment of TBI and PTSD. *Experimental Neurology*. 2022. Vol. 351. P. 114009. DOI: 10.1016/j.expneurol.2022.114009.
33. Друзь О. В., Гриневич Є. Г., Черненко І. О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2. С. 37–43.
34. Skjeldal O. H., Skandsen T., Kinge E., Glott T., Solbakk A. K. Long-term post-concussion symptoms. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2022. Vol. 142, No. 12. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0713.
35. Leddy J. J., Haider M. N., Noble J. M., Rieger B., Flanagan S., McPherson J. I. et al. Management of Concussion and Persistent Post-Concussive Symptoms for Neurologists. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2021. Vol. 21, No. 12. P. 72. DOI: 10.1007/s11910-021-01160-9.
36. Goodwin G. J., Salva C. E., Rodrigues J., Maietta J., Kuwabara H. C., Ross S. et al. Characterizing the Network Structure of Post-Concussion Symptoms. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2023. Vol. 38, No. 5. P. 690–698. DOI: 10.1093/arclin/acad001.
37. Moret N. E., Bennion L. D. Personalised medicine: a healing application within comorbid PTSD and mTBI military patient sample with a particular focus on special operators. *BMJ Military Health*. 2024. Vol. 170, No. 5. P. 380–383. DOI: 10.1136/military-2023-002356.
38. Tate L. L., Paxton Willing M. M., French L. M., Law W. A., Bennion L. D., Sullivan K. W. et al. The effect of mTBI and PTSD symptoms on computerized cognitive performance: Results from a sample of treatment-seeking active duty US service members. *Military Psychology*. 2020. Vol. 33, No. 1. P. 23–28. DOI: 10.1080/08995605.2020.1842037.
39. Davenport N. D., Lim K. O., Sponheim S. R. Personality and neuroimaging measures differentiate PTSD from mTBI in veterans. *Brain Imaging and Behavior*. 2015. Vol. 9, No. 3. P. 472–483. DOI: 10.1007/s11682-015-9371-y.

40. Jak A. J., Jurick S., Hoffman S., Evangelista N. D., Deford N., Keller A. et al. PTSD, but not history of mTBI, is associated with altered myelin in combat-exposed Iraq and Afghanistan Veterans. *The Clinical Neuropsychologist*. 2020. Vol. 34, No. 6. P. 1070–1087. DOI: 10.1080/13854046.2020.1730975.
41. Theeler B., Lucas S., Riechers R. G. 2nd, Ruff R. L. Post-traumatic headaches in civilians and military personnel: a comparative, clinical review. *Headache*. 2013. Vol. 53, No. 6. P. 881–900. DOI: 10.1111/head.12123.
42. Mattson E. K., Nelson N. W., Sponheim S. R., Disner S. G. The impact of PTSD and mTBI on the relationship between subjective and objective cognitive deficits in combat-exposed veterans. *Neuropsychology*. 2019. Vol. 33, No. 7. P. 913–921. DOI: 10.1037/neu0000560.
43. Rau H. K., Hendrickson R. C., Roggenkamp H. C., Peterson S., Parmenter B., Cook D. G. et al. Fatigue — but not mTBI history, PTSD, or sleep quality — directly contributes to reduced prospective memory performance in Iraq and Afghanistan era Veterans. *The Clinical Neuropsychologist*. 2018. Vol. 32, No. 7. P. 1319–1336. DOI: 10.1080/13854046.2017.1381277.
44. Lowery-Gionta E. G., May M. D., Taylor R. M. et al. Modeling trauma to develop treatments for posttraumatic stress. *Translational Issues in Psychological Science*. 2019. Vol. 5, No. 3. P. 243–275. DOI: 10.1037/tps0000199.
45. Lai C., Kostas-Polston E. A., Engler M. B., Capple K. A., Froelicher E. S. Prevalence of PTSD in Active Duty Members with Mild Traumatic Brain Injury: Systematic Review and Meta-analysis. *Military Medicine*. 2024. Vol. 189, No. 7–8. P. e1454–e1461. DOI: 10.1093/milmed/usae272.
46. French L. M., Brickell T. A., Lippa S. M., Rogers A. A., Cristaudo K. E., Walker T. T. et al. Clinical relevance of subthreshold PTSD versus full criteria PTSD following traumatic brain injury in U.S. service members and veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2024. Vol. 358. P. 408–415. DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.015.

47. Bomyea J., Flashman L. A., Zafonte R., Andaluz N., Coimbra R., George M. S. et al. Associations between neuropsychiatric and health status outcomes in individuals with probable mTBI. *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 272. P. 531–539. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.021.
48. Clark J. M. R., Keller A. V., Maye J. E., Jak A. J., O’Neil M. E., Williams R. M. et al. Neuropsychological Correlates of PTSD and Depressive Symptom Improvement in Compensatory Cognitive Training for Veterans With a History of Mild Traumatic Brain Injury. *Military Medicine*. 2024. Vol. 189, No. 5–6. P. e1263–e1269. DOI: 10.1093/milmed/usad442.
49. de Souza N. L., Lindsey H. M., Dorman K., Dennis E. L., Kennedy E., Menefee D. S. et al. Neuropsychological Profiles of Deployment-Related Mild Traumatic Brain Injury: A LIMBIC-CENC Study. *Neurology*. 2024. Vol. 102, No. 12. P. e209417. DOI: 10.1212/WNL.00000000000209417.
50. Gitaari M., Mikolic A., Panenka W. J., Silverberg N. D. Diagnostic Accuracy of Mental Health Screening Tools After Mild Traumatic Brain Injury. *JAMA Network Open*. 2024. Vol. 7, No. 7. P. e2424076. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.24076.
51. Черненко І. І., Чухно І. А. Медико-соціальні наслідки перенесеної бойової черепно-мозкової травми. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2018. № 1(5). С. 26–29. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/19143>.
52. Ma H. P., Ou J. C., Yeh C. T., Wu D., Tsai S. H., Chiu W. T., Hu C. J. Recovery from sleep disturbance precedes that of depression and anxiety following mild traumatic brain injury: a 6-week follow-up study. *BMJ Open*. 2014. Vol. 4, No. 1. P. e004205. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004205.
53. Webb T. S., Whitehead C. R., Wells T. S., Gore R. K., Otte C. N. Neurologically-related sequelae associated with mild traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2015. Vol. 29, No. 4. P. 430–437. DOI: 10.3109/02699052.2014.989904.

- 54.Черненко І. О. Психофармакотерапія в структурі диференційних індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій. Архів психіатрії. 2018. Т. 24, № 4. С. 182–186. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2018_24_4_5.
- 55.Kim K., Priefer R. Evaluation of current post-concussion protocols. Biomedicine & Pharmacotherapy. 2020. Vol. 129. P. 110406. DOI: 10.1016/j.biopha.2020.110406.
- 56.Register-Mihalik J. K., DeFreese J. D., Callahan C. E., Carneiro K. Utilizing the Biopsychosocial Model in Concussion Treatment: Post-Traumatic Headache and beyond. Current Pain and Headache Reports. 2020. Vol. 24, No. 8. P. 44. DOI: 10.1007/s11916-020-00870-y.
- 57.Hadanny A., Efrati S. Treatment of persistent post-concussion syndrome due to mild traumatic brain injury: current status and future directions. Expert Review of Neurotherapeutics. 2016. Vol. 16, No. 8. P. 875–887. DOI: 10.1080/14737175.2016.1205487.
- 58.Rytter H. M., Graff H. J., Henriksen H. K., Aaen N., Hartvigsen J., Hoegh M. et al. Nonpharmacological Treatment of Persistent Postconcussion Symptoms in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis and Guideline Recommendation. JAMA Network Open. 2021. Vol. 4, No. 11. P. e2132221. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.32221.
- 59.Друзь О. В., Черненко І. О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1. С. 45–48. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_11.
- 60.Dhandapani T. P. M., Garg I., Tara A., Patel J. N., Dominic J. L., Yeon J. et al. Role of the Treatment of Post-Concussion Syndrome in Preventing Long-Term Sequela Like Depression: A Systematic Review of the Randomized Controlled Trials. Cureus. 2021. Vol. 13, No. 9. P. e18212. DOI: 10.7759/cureus.18212.

61. Maksymenko S., Blinov O., Shatilo Y., Timkin I. Psychodiagnostic toolkit of combat stress for aviation specialists. *E3S Web of Conferences*. 2021. Vol. 258. P. 10001. DOI: 10.1051/e3sconf/202125810001.
62. Блінов О. А. Особливості прояву бойового стресу і посттравматичних стресових розладів у різних категорій військовослужбовців. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. № 3(56), т. 2. С. 77–88. DOI: 10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-77-88.
63. Leddy J. J., Baker J. G., Willer B. Active Rehabilitation of Concussion and Post-concussion Syndrome. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2016. Vol. 27, No. 2. P. 437–454. DOI: 10.1016/j.pmr.2015.12.003.
64. Leddy J. J., Wilber C. G., Willer B. S. Active recovery from concussion. *Current Opinion in Neurology*. 2018. Vol. 31, No. 6. P. 681–686. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000611.
65. Leddy J. J., Haider M. N., Ellis M., Willer B. S. Exercise is Medicine for Concussion. *Current Sports Medicine Reports*. 2018. Vol. 17, No. 8. P. 262–270. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000505.
66. Snyder A. R., Greif S. M., Clugston J. R., FitzGerald D. B., Yarrow J. F., Babikian T. et al. The Effect of Aerobic Exercise on Concussion Recovery: A Pilot Clinical Trial. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2021. Vol. 27, No. 8. P. 790–804. DOI: 10.1017/S1355617721000886.
67. Mollica A., Safavifar F., Fralick M., Giacobbe P., Lipsman N., Burke M. J. Transcranial Magnetic Stimulation for the Treatment of Concussion: A Systematic Review. *Neuromodulation*. 2021. Vol. 24, No. 5. P. 803–812. DOI: 10.1111/ner.13319.
68. Miller C. P., Prener M., Dissing S., Paulson O. B. Transcranial low-frequency pulsating electromagnetic fields (T-PEMF) as post-concussion syndrome treatment. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2020. Vol. 142, No. 6. P. 597–604. DOI: 10.1111/ane.13300.

- 69.Harch P. G., Andrews S. R., Rowe C. J., Lischka J. R., Townsend M. H., Yu Q., Mercante D. E. Hyperbaric oxygen therapy for mild traumatic brain injury persistent postconcussion syndrome: a randomized controlled trial. *Medical Gas Research*. 2020. Vol. 10, No. 1. P. 8–20. DOI: 10.4103/2045-9912.279978.
- 70.Meek B. P., Hill S., Modirrousta M. Accelerated repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of post-concussion symptoms due to mild traumatic brain injury: a pilot study. *Brain Injury*. 2021. Vol. 35, No. 1. P. 48–58. DOI: 10.1080/02699052.2020.1857837.
- 71.Oakley P. A. Low-Dose Ionizing Radiation Therapy: A Novel Treatment for Post-Concussion Syndrome? Dose-Response. 2021. Vol. 19, No. 4. P. 15593258211044341. DOI: 10.1177/15593258211044341.
- 72.Блінов О. А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 6(64). С. 5–18. DOI: 10.33099/2617-6858-2021-64-6-5-18.
- 73.Блінов О. А. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих хто лікується в госпіталі. *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 85–99. DOI: 10.33989/2226-4078.2022.1.252055.
- 74.Блінов О. А. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 1(25). С. 16–22. DOI: 10.31108/2.2022.1.25.2.
- 75.Блінов О. А. Арт-терапія в психологічній реабілітації поранених комбатантів в умовах госпіталю. *Проблеми сучасної психології*. 2021. № 4(23). С. 22–28. DOI: 10.26661/2310-4368/2021-4-3.
- 76.Блінов О. А. Арт-терапія в психологічній реабілітації поранених комбатантів в умовах госпіталю. *Проблеми сучасної психології*. 2021. № 4(23). С. 22–28. DOI: 10.26661/2310-4368/2021-4-3.
- 77.Марута Н. О., Чабан О. С. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2. С. 14–20.

78. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український медичний часопис. 2022. № 4. С. 8–18. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
79. Грись А. М., Максименко С. Д. Практика роботи психологів із військоослужбовцями, що повернулися із зони АТО: досвід та перспективи. Актуальні проблеми психології. 2017. № 15(11). С. 102–113. ISSN 2072-4772.
80. Панок В. Г., Максименко С. Д., Слюсаревський М. М., Прохоренко Л. І. та ін. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді : монографія. Київ : НАПН України, 2024.
81. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія / за ред. П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В., 2016. 500 с.
82. Основи загальної і медичної психології : підручник / І. С. Вітенко та ін. ; за ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. 344 с. ISBN 966-673-041-3.
83. Медична психологія : підручник : у 2 т. Вінниця : Нова Книга, 2020.
84. Медична психологія. Т. 1 : Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 281 с. ISBN 978-966-382-850-3.
85. Медична психологія : підручник для студентів ВНЗ. Т. 1 / С. Д. Максименко та ін. ; за заг. ред. С. Д. Максименка. 3-тє вид., дороб. і допов. Київ : Людімила, 2023. 511 с. ISBN 978-617-555-097-7.
86. Clinician's Guide to Cognitive Rehabilitation in Mild Traumatic Brain Injury: Application for Military Service Members and Veterans : електронний ресурс. URL: http://www.asha.org/uploadedFiles/ASHA/Practice_Portal/Clinical_Topics/Traumatic_Brain_Injury_in_Adults/http://www.asha.org/uploadedFiles/ASHA/Practice_Portal/Clinical_Topics/Traumatic_Brain_Injury_in_Adults/Clinicians-Guide-to-Cognitive-Rehabilitation-in-Mild-Traumatic-Brain-Injury.pdf.

87. Silverberg N. D., Duhaime A.-C., Iaccarino A. Mild Traumatic Brain Injury in 2019–2020. *JAMA*. 2020. Vol. 323, No. 2. P. 177–178. DOI: 10.1001/jama.2019.18134.
88. McInnes K., Friesen C. L., MacKenzie D. E., Westwood D. A., Boe S. G. Correction: Mild Traumatic Brain Injury (mTBI) and chronic cognitive impairment: A scoping review. *PLOS ONE*. 2019. Vol. 14, No. 6. P. e0218423. DOI: 10.1371/journal.pone.0218423.
89. Karr J. E., Areshenkoff C. N., Garcia-Barrera M. A. The neuropsychological outcomes of concussion: A systematic review of meta-analyses on the cognitive sequelae of mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*. 2014. Vol. 28, No. 3. P. 321–336. URL: <https://psycnet.apa.org/buy/2013-39207-001>.
90. Bayley M., Ponsford J. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part IV: Cognitive-Communication and Social Cognition Disorders. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2023. Vol. 38, No. 1. P. 65–82. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000835.
91. Lee M. J., Zhou Y., Greenwald B. D. Update on Non-Pharmacological Interventions for Treatment of Post-traumatic Headache : электронный ресурс. DOI: 10.3390/brainsci12101357.
92. Chen C.-L., Lin M.-Y., Huda M. H., Tsai P.-S. Effects of cognitive behavioral therapy for adults with post-concussion syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020. Vol. 136. P. 110190. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110190.
93. Cancelliere C., Verville L., Stubbs J. L. та ін. Post-Concussion Symptoms and Disability in Adults With Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Neurotrauma*. 2023. Vol. 40, No. 11–12. P. 1045–1059. DOI: 10.1089/neu.2022.0185.
94. Hellewell S. C., Beaton C. S., Welton T., Grieve S. M. Characterizing the Risk of Depression Following Mild Traumatic Brain Injury: A Meta-Analysis of the Literature Comparing Chronic mTBI to Non-mTBI Populations. *Frontiers in Neurology*. 2020. Vol. 11. P. 350. DOI: 10.3389/fneur.2020.00350.

95. Guo R., Qingya Y., Zhou Y. X., Shining Z. L., Liu Y. Characteristic of clinical trials related to traumatic brain injury registered on ClinicalTrials.gov over the past two decades (2004–2023). *Frontiers in Medicine*. 2024. Vol. 11. DOI: 10.3389/fmed.2024.1435762.
96. Pavlovic D., Pekic S., Stojanovic M., Popovic V. Traumatic brain injury: neuropathological, neurocognitive and neurobehavioral sequelae. *Pituitary*. 2019. Vol. 22. P. 270–282. DOI: 10.1007/s11102-019-00957-9.
97. Howlett J. R., Nelson L. D., Stein M. B. Mental health consequences of traumatic brain injury. *Biological Psychiatry*. 2022. Vol. 91. P. 413–420. DOI: 10.1016/j.biopsych.2021.09.024.
98. Sullivan K. A. Mild traumatic brain injury, cognitive behavioral therapy, and psychological interventions. In: *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder*. 2023. P. 185–194. DOI: 10.1016/B978-0-323-85726-0.00025-9.
99. Young G. Thirty Complexities and Controversies in Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Post-concussion Syndrome: a Roadmap for Research and Practice. *Psychological Injury and Law*. 2020. Vol. 13, No. 6. P. 1–25. DOI: 10.1007/s12207-020-09395-6.
100. Gómez-de-Regil L., Estrella-Castillo D. F., Vega Cauich J. I. Psychological Intervention in Traumatic Brain Injury Patients. *Behavioural Neurology*. 2019. 2019(1). P. 1–8. DOI: 10.1155/2019/6937832.
101. Catarozoli C., Butler E., Parikh K., Kosofsky B. Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Post-Concussive Symptoms in Youth: Adaptations, Treatment Recommendations, and Implementation in Medical Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2024. Vol. 31, No. 3. P. 399–412. DOI: 10.1016/j.cbpra.2023.12.004.
102. McClure J. M., Merk F. L., Anderson J., Aggarwal A., Stark L. J. Expanding Access to Cognitive Behavioral Therapy: A Purposeful and Effective Model for Integration. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2024. Vol. 31, No. 3. P. 286–298. DOI: 10.1016/j.cbpra.2023.09.005.

103. Potter S., Brown R. Cognitive behavioural therapy and persistent post-concussional symptoms: Integrating conceptual issues and practical aspects in treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2011. Vol. 22, No. 1. P. 1–25. DOI: 10.1080/09602011.2011.630883.
104. Smith A., King N. S., Carrigan N., Reed N. What psychological interventions are effective for individuals with prolonged post-concussion symptoms of at least 12 months following mild traumatic brain injury? A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2024. P. 1–31. DOI: 10.1080/09602011.2024.2435283.
105. Ludwig R., Rippee M., D'Silva L., Radel J., Eakman A. M., Beltramo A. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep Outcomes in Individuals With Concussion: A Preliminary Randomized Wait-List Control Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2024. Vol. 39, No. 4. P. 318–327. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000937.
106. McCarty C. A., Hennings T., Zhou C., Law E. F., Zatzick D., Chrisman S. P. D. Concussion Health Improvement Program (CHIP): study protocol for a randomized controlled optimization trial for youth with persistent post-concussive symptoms. *Trials*. 2024. Vol. 25, No. 1. P. 668. DOI: 10.1186/s13063-024-08494-y.
107. Kjeldgaard D., Forchhammer H. B., Teasdale T. W., Jensen R. H. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: a randomized controlled trial. *The Journal of Headache and Pain*. 2014. Vol. 15, No. 1. P. 81. DOI: 10.1186/1129-2377-15-81.
108. Al Sayegh A., Sandford D., Carson A. J. Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010. Vol. 81, No. 10. P. 1128–1134. DOI: 10.1136/jnnp.2008.170092.
109. Al Sayegh A., Sandford D., Carson A. J. Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: a systematic review. *Journal of*

- Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2010. Vol. 81, No. 10. P. 1128–1134. DOI: 10.1136/jnnp.2008.170092.
110. Sullivan K. A., Blaine H., Kaye S. A., Theadom A., Haden C., Smith S. S. A Systematic Review of Psychological Interventions for Sleep and Fatigue after Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*. 2018. Vol. 35, No. 2. P. 195–209. DOI: 10.1089/neu.2016.4958.
111. Ludwig R., Rippee M., D'Silva L. J., Radel J., Eakman A. M., Morris J. et al. Assessing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia to Improve Sleep Outcomes in Individuals With a Concussion: Protocol for a Delayed Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*. 2022. Vol. 11, No. 9. P. e38608. DOI: 10.2196/38608.
112. Лихи Р. Преодоление сопротивления в когнитивной терапии. Санкт-Петербург : Питер, 2021. 352 с.
113. Кларк Д. А., Бек А. Т. Когнитивно-поведенческий подход / пер. с англ. Киев : Диалектика, 2019. 448 с.
114. Сокол Л., Фокс М. Г. Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство / пер. с англ. Н. С. Лавской. Киев : Диалектика, 2021. 384 с.
115. Sherer M., Davis L. C., Sander A. M., Caroselli J. S., Clark A. N., Pastorek N. J. Prognostic importance of self-reported traits/problems/strengths and environmental barriers/facilitators for predicting participation outcomes in persons with traumatic brain injury: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014. Vol. 95, No. 6. P. 1162–1173. DOI: 10.1016/j.apmr.2024.02.006.
116. Експірієнс : клінічні випадки в приватній психіатричній практиці / Романів О. П. та ін. ; Мед. центр «Нейромед». Ужгород : Сабов А. М., 2018. 118 с. ISBN 978-617-7344-61-1.
117. Бек Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям. Санкт-Петербург : Питер, 2018. 416 с. ISBN 978-5-4461-052-6.

118. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. Санкт-Петербург : Питер, 2020. 656 с.
119. Герман Джудіт. Психологічна травмата шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного террору : [текст] / переклад з англійської. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
120. Брієр Джон Н., Скотт Кетрін. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Манускрипт, 2023. 448 с.
121. Коструба Н., Фіщук О. Психічне здоров'я в умовах кризи : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. 183 с. ISBN 978-966-940-461-9.
122. Moser N., Gargoum S., Popovic M. R., Kalsi-Ryan S. Effectiveness of Non-Pharmacological Therapy on Physical Symptoms in Patients With Persistent Concussion Symptoms: A Systematic Review. *Journal of Neurotrauma*. 2024. Vol. 41, No. 13–14. P. 1473–1493. DOI: 10.1089/neu.2023.0474.
123. Al Sayegh A., Sandford D., Carson A. J. Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010. Vol. 81, No. 10. P. 1128–1134. DOI: 10.1136/jnnp.2008.170092.
124. Leddy J. J., Haider M. N., Noble J. M., Rieger B., Flanagan S., McPherson J. I. et al. Management of Concussion and Persistent Post-Concussive Symptoms for Neurologists. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2021. Vol. 21, No. 12. P. 72. DOI: 10.1007/s11910-021-01160-9.
125. Gómez-de-Regil L., Estrella-Castillo D. F., Vega-Cauich J. Psychological Intervention in Traumatic Brain Injury Patients. *Behavioural Neurology*. 2019. 2019. P. 6937832. DOI: 10.1155/2019/6937832.
126. Hunt A. W., Paniccia M., Mah K., Dawson D., Reed N. Feasibility and Effects of the CO-OP Approach™ in Postconcussion Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2019. Vol. 73, No. 1. P. 7301205060p1–7301205060p11. DOI: 10.5014/ajot.2019.027995.

127. Tracey A. J., Bateman A. G., Baez S. E., Covassin T. Effectiveness of interventions for the improvement of mental health and well-being post-concussion: a systematic review. *Brain Injury*. 2023. Vol. 37, No. 10. P. 1135–1158. DOI: 10.1080/02699052.2023.2219901.
128. Mollica A., Dey A., Cairncross M., Silverberg N., Burke M. J. Neuropsychiatric Treatment for Mild Traumatic Brain Injury: Nonpharmacological Approaches. *Seminars in Neurology*. 2022. Vol. 42, No. 2. P. 168–181. DOI: 10.1055/s-0041-1742143.
129. Ludwig R., Rippee M., D'Silva L., Radel J., Eakman A. M., Beltramo A. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep Outcomes in Individuals With Concussion: A Preliminary Randomized Wait-List Control Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2024. Vol. 39, No. 4. P. 318–327. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000937.
130. Tomfohr-Madsen L., Madsen J. W., Bonneville D., Virani S., Plourde V., Barlow K. M., Yeates K. O., Brooks B. L. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Adolescents With Persistent Postconcussion Symptoms. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2020. Vol. 35, No. 2. P. E103–E112. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000504.
131. Ludwig R., Rippee M., D'Silva L. J., Radel J., Eakman A. M., Morris J. et al. Assessing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia to Improve Sleep Outcomes in Individuals With a Concussion: Protocol for a Delayed Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*. 2022. Vol. 11, No. 9. P. e38608. DOI: 10.2196/38608.
132. Smith A., King N. S., Carrigan N., Reed N. What psychological interventions are effective for individuals with prolonged post-concussion symptoms of at least 12 months following mild traumatic brain injury? A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2024. P. 1–31. DOI: 10.1080/09602011.2024.2435283.

133. Bailey M. E. Science catching up: Experiential family therapy and neuroscience. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2022. Vol. 48, No. 4. P. 1095–1110. DOI: 10.1111/jmft.12582.
134. Dodge J., Sullivan K., Grau P. P., Chen C., Sripada R., Pfeiffer P. N. Retention in Individual Trauma-Focused Treatment Following Family-Based Treatment Among US Veterans. *JAMA Network Open*. 2023. Vol. 6, No. 12. P. e2349098. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.49098.
135. Sabey A. K., Lafrance A., Furrow J., Diamond G., Hughes D. A family reunion of “clinical cousins”: Attachment and emotion in four family-oriented therapy models. *Family Process*. 2024. Vol. 63, No. 3. P. 1119–1144. DOI: 10.1111/famp.13001.
136. Reinicke C. A. Aktuelle Ansätze und Methoden Systemischer Therapie und Beratung: KIKOS® verbindet Techniken und Systeme. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2024. Vol. 73, No. 5. P. 432–451. DOI: 10.13109/prkk.2024.73.5.432.
137. Gómez-de-Regil L., Estrella-Castillo D. F., Vega-Cauich J. Psychological Intervention in Traumatic Brain Injury Patients. *Behavioural Neurology*. 2019. 2019. P. 6937832. DOI: 10.1155/2019/6937832.
138. Arbabi M., Sheldon R., Bahadoran P., Smith J. G. Treatment outcomes in mild traumatic brain injury: a systematic review of randomized controlled trials. *Brain Injury*. 2020. Vol. 34, No. 9. P. 1139–1149. DOI: 10.1080/02699052.2020.1797168.
139. van Stolk-Cooke K., Wielgosz J., Hallenbeck H. W., Chang A., Rosen C., Owen J., Kuhn E. The PTSD Family Coach App in Veteran Family Members: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*. 2023. Vol. 7. P. e42053. DOI: 10.2196/42053.
140. Sayde G. E., Stefanescu A., Conrad E., Nielsen N., Hammer R. Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological

- morbidity associated with critical illness. *General Hospital Psychiatry*. 2020. Vol. 66. P. 96–102. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.017.
141. Rando A. A., Thompson-Hollands J. Veteran and romantic partner goals for family involvement in PTSD treatment: A qualitative study of dyads. *Couple and Family Psychology*. 2022. Vol. 11, No. 3. P. 193–204. DOI: 10.1037/cfp0000229.
 142. Elbin R. J., Trbovich A., Womble M. N., Mucha A., Fedor S., Stephenson K. et al. Targeted multidomain intervention for complex mTBI: protocol for a multisite randomized controlled trial in military-age civilians. *Frontiers in Neurology*. 2023. Vol. 14. P. 1085662. DOI: 10.3389/fneur.2023.1085662.
 143. Smith A., King N. S., Carrigan N., Reed N. What psychological interventions are effective for individuals with prolonged post-concussion symptoms of at least 12 months following mild traumatic brain injury? A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2024. P. 1–31. DOI: 10.1080/09602011.2024.2435283.
 144. Belanger H. G., Vanderploeg R. D., Curtiss G., Armistead-Jehle P., Kennedy J. E., Tate D. F. et al. Self-efficacy predicts response to cognitive rehabilitation in military service members with post-concussive symptoms. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2020. Vol. 30, No. 6. P. 1190–1203. DOI: 10.1080/09602011.2019.1575245.
 145. Minen M., Jinich S., Vallespir Ellett G. Behavioral Therapies and Mind-Body Interventions for Posttraumatic Headache and Post-Concussive Symptoms: A Systematic Review. *Headache*. 2019. Vol. 59, No. 2. P. 151–163. DOI: 10.1111/head.13455.
 146. Barela M., Wong A., Chamberlain R. Concussion and Psychological Effects: A Review of Recent Literature. *Current Sports Medicine Reports*. 2023. Vol. 22, No. 1. P. 24–28. DOI: 10.1249/JSR.0000000000001031.
 147. Conder R., Conder A. A. Neuropsychological and psychological rehabilitation interventions in refractory sport-related post-concussive

- syndrome. *Brain Injury*. 2015. Vol. 29, No. 2. P. 249–262. DOI: 10.3109/02699052.2014.965209.
148. Tracey A. J., Bateman A. G., Baez S. E., Covassin T. Effectiveness of interventions for the improvement of mental health and well-being post-concussion: a systematic review. *Brain Injury*. 2023. Vol. 37, No. 10. P. 1135–1158. DOI: 10.1080/02699052.2023.2219901.
149. Belanger H. G., Wortzel H. S., Vanderploeg R. D., Cooper D. B. A model for intervening with veterans and service members who are concerned about developing Chronic Traumatic Encephalopathy (CTE). *The Clinical Neuropsychologist*. 2020. Vol. 34, No. 6. P. 1105–1123. DOI: 10.1080/13854046.2019.1699166.
150. MacNulty W. K., Uomoto J. M., Peterson S. M. A brief mindfulness-based intervention for stress, pain, emotion and attention regulation in military service members with mild traumatic brain injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2024. Vol. 80, No. 8. P. 1876–1900. DOI: 10.1002/jclp.23699.
151. Simpson T. S., Peterson R. L., Patrick K. E., Forster J. E., McNally K. A. Concussion Symptom Treatment and Education Program: A Feasibility Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2021. Vol. 36, No. 2. P. E79–E88. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000592.
152. Hershaw J. N., Hill-Pearson C. A., Arango J. I., Souvignier A. R., Pazdan R. M. Semi-Automated Neurofeedback Therapy for Persistent Postconcussive Symptoms in a Military Clinical Setting: A Feasibility Study. *Military Medicine*. 2020. Vol. 185, No. 3–4. P. e457–e465. DOI: 10.1093/milmed/usz335.
153. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз (EMDR): основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. Д. А. Ключина. Киев : Диалектика, 2021. 832 с.
154. Мюнкер-Крамер Є. Терапія психологічної травми за допомогою EMDR. Львів : ВНТЛ-Класика, 2020. 193 с.
155. Wright S. L., Karyotaki E., Cuijpers P., Bisson J., Papola D., Witteveen A. et al. EMDR and other psychological therapies for PTSD: a systematic review

- and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2024. P. 1580–1588. DOI: 0.1017/S0033291723003446.
156. Wilhelmus B., Marissen M. A. E., van den Berg D., Driessen A., Deen M. L., Slotema K. Adding EMDR for PTSD at the onset of treatment of borderline personality: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023. Vol. 79. P. 101834. DOI: 10.1016/j.jbtep.2023.101834.
 157. Snoek A., Beekman A. T. F., Dekker J., Aarts I., van Grootheest G., Blankers M. et al. A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of EMDR and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub)clinical borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20, No. 1. P. 396. DOI: 10.1186/s12888-020-02713-x.
 158. Keegan L. C., Murdock M., Suger C., Togher L. Improving natural social interaction: Group rehabilitation after Traumatic Brain Injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2020. Vol. 30, No. 8. P. 1497–1522. DOI: 10.1080/09602011.2019.1591464.
 159. Hawley L. A., Newman J. K. Group interactive structured treatment (GIST): a social competence intervention for individuals with brain injury. *Brain Injury*. 2020. Vol. 24, No. 11. P. 1292–1297. DOI: 10.3109/02699052.2010.506866.
 160. Dahdah M., Shafi S. Comparative effectiveness, covariates, complex treatment, and complex outcomes: a response to comments by Sherer, Dijkers, Whyte, and Nickon the above topics. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2014. Vol. 29, No. 5. P. 462–463. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000088.
 161. Paice L., Aleligay A., Checklin M. A systematic review of interventions for adults with social communication impairments due to an acquired brain injury: Significant other reports. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2020. Vol. 22, No. 5. P. 537–548. DOI: 10.1080/17549507.2019.1701082.

162. Cicerone K. D. Participation as an outcome of traumatic brain injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2004. Vol. 19, No. 6. P. 494–501. DOI: 10.1097/00001199-200411000-00006.
163. de Guise E., Bélanger S., Tinawi S., Anderson K., LeBlanc J., Lamoureux J. et al. Usefulness of the rivermead postconcussion symptoms questionnaire and the trail-making test for outcome prediction in patients with mild traumatic brain injury. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2016. Vol. 23, No. 3. P. 213–222. DOI: 10.1080/23279095.2015.1038747.
164. Вейн А. М. (ред.). Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика : руководство для врачей. Москва : Мед. информ. агентство, 2003. 752 с.
165. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.
166. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посібник / О. С. Чабан та ін. ; за заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 3-тє вид., випр. і допов. Київ : Медкнига, 2021. 199 с.
167. Гур'янов В. Г., Лях Ю. Є., Парій В. Д., Короткий О. В., Чалий О. В., Чалий К. О., Цехмістер Я. В. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R–statistics) : навчальний посібник. Київ : Вістка, 2018. 208 с.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Метафоричні асоціативні карти КПС (Клименко, Проноза-Стеблюк)

МАК «КПС», відрізняються тим, що колода (набір) складається з 74 метафоричних асоціативних карт, що є фотографічними зображеннями, обробленими за допомогою комп'ютерних графічних редакторів, які розподілені за кластерами та за асоціативними рядами, що відображають 8 елементарних емоцій та 4 базові емоції; внутрішню картину хвороби (прийняття людиною власного захворювання) при психосоматичних хворобах; стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях; базові потреби самозбереження; базові потреби емоційного спектра взаємодії.

1. Вираженість 8 елементарних емоцій (Карл Ізард, 2000) та 4 базових емоцій:

Задоволення – радість (приклад рис. 1, 2); інтерес – збудження; подив – переляк; горе – страждання; гнів – лють; страх – жах ; відраза – огида; сором – приниження; радість (достаток); печаль; страх

2. Внутрішня картина хвороби (прийняття людиною власного захворювання) при психосоматичних захворюваннях: артеріальна гіпертензія; ерозії гастродуоденальної ділянки (виразки); синдром подразнення товстого кишечника; бронхіальна астма; тиреотоксикоз; ідіопатичні больові м'язово-суглобові синдроми, нейродерміт при психосоматичних захворюваннях. Це органічні соматичні захворювання, що виникають в результаті дії психогенних чинників, до яких належать захворювання внутрішніх органів і систем організму внаслідок впливу психічних та емоційних факторів. Це хвороби, про які кажуть «від нервів».

3. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях

Змагання (конкуренція) – прагнення домогтися свого.

Пристосування – принесення в жертву власних інтересів заради іншого.

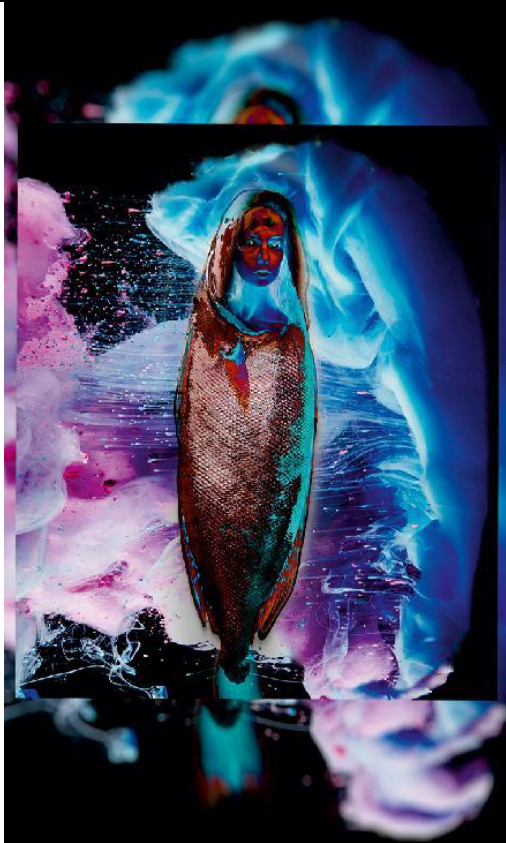
Компроміс – угода на основі взаємних поступок; пропозиція варіанта, що усуває виникле протиріччя.

Уникнення – відсутність прагнення до кооперації і тенденції до досягнення власних цілей.

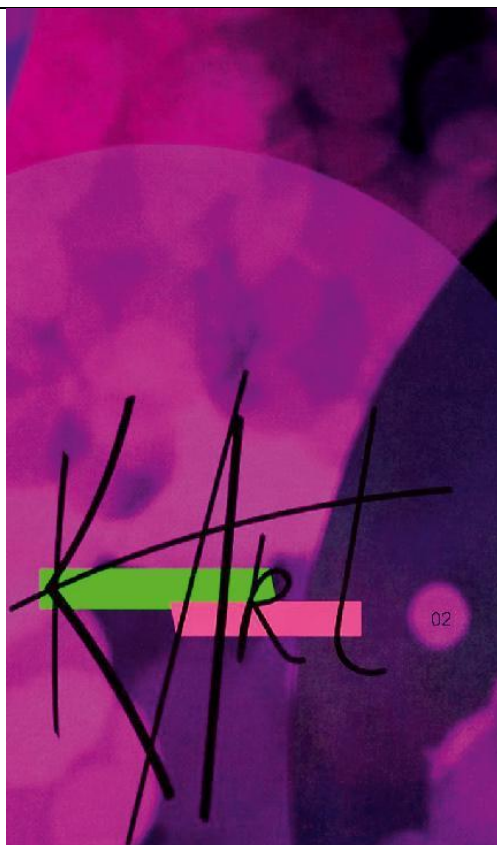
Співпраця – учасники ситуації знаходять альтернативу, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

4. Базові потреби самозбереження: тепло, захист, їжа, безпека.

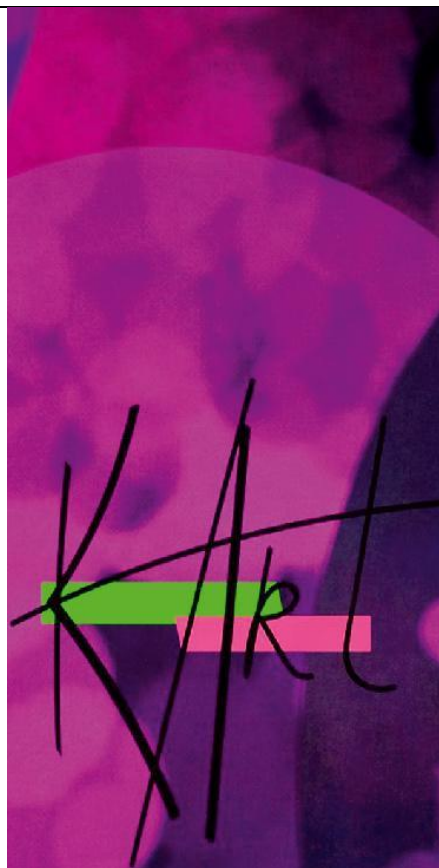
5. Категорії базових емоційних потреб людини (за Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E., 2006), незадоволеність яких у подальшому може зумовити формування ранніх дисфункційних схем та глибинних переконань, що можуть бути наслідками як відсутності повноцінного психічного благополуччя, так і призводити до розвитку інших більш виражених психічних розладів



Їжа



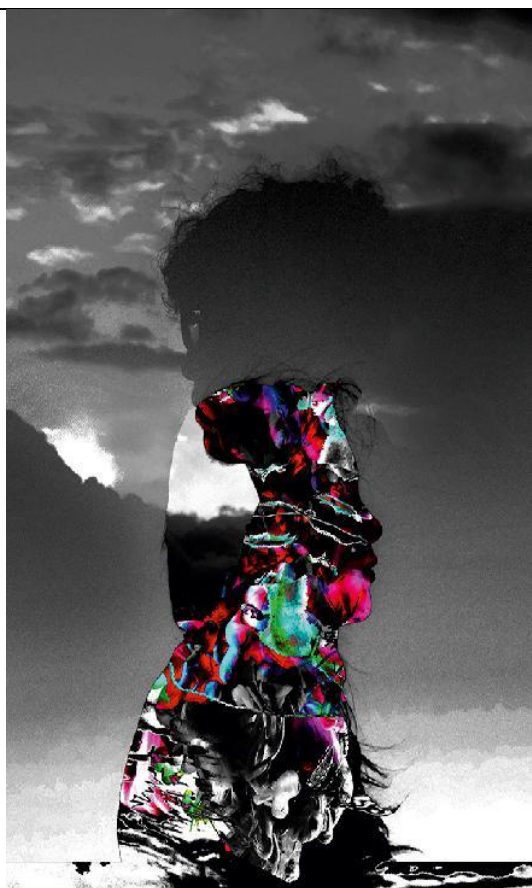
Г
о
р
е
,
с
т
р
а
ж
д
а
н
н
я



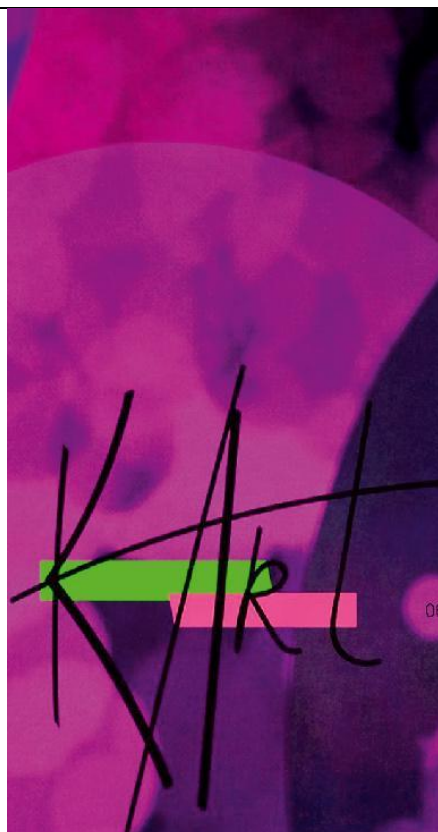
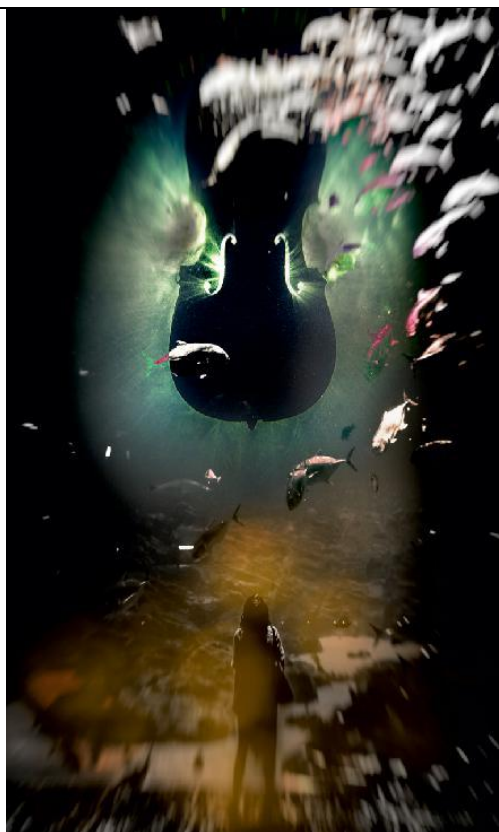
Виразкова хвороба



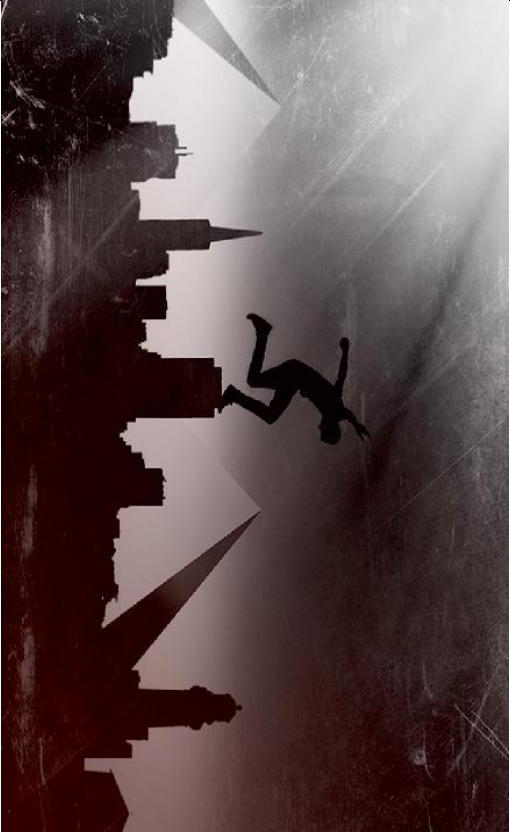
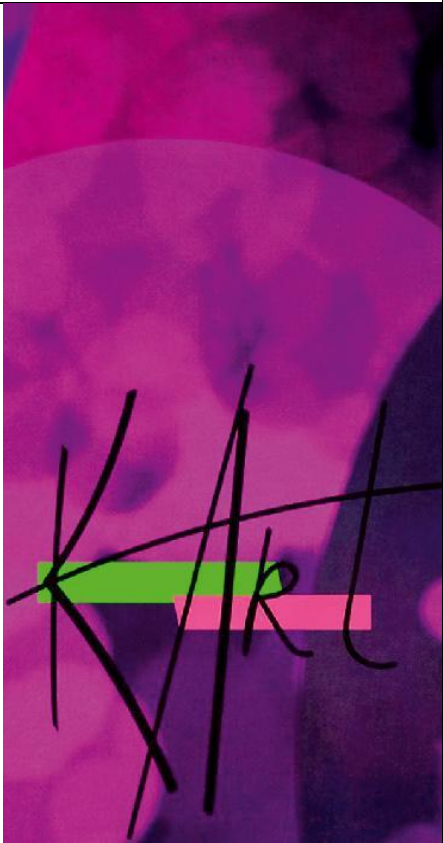
Сором, приниження



Турбота



Інтерес,
збудження

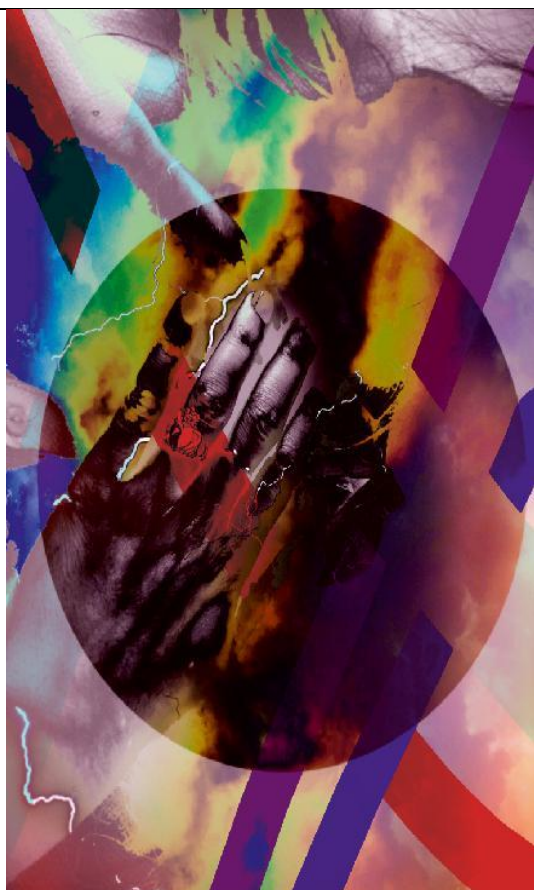
		Уникнення
		Турбота



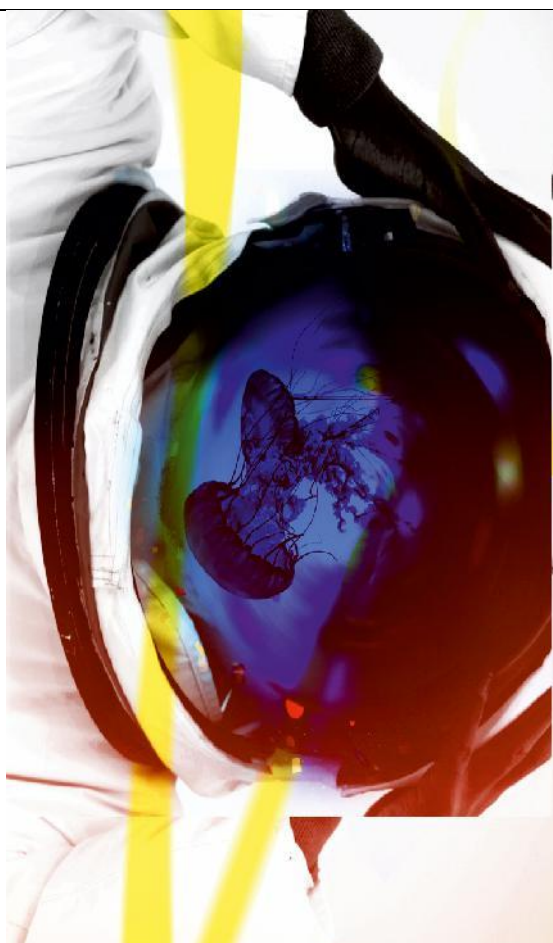
Страх, жах



Страх, жах

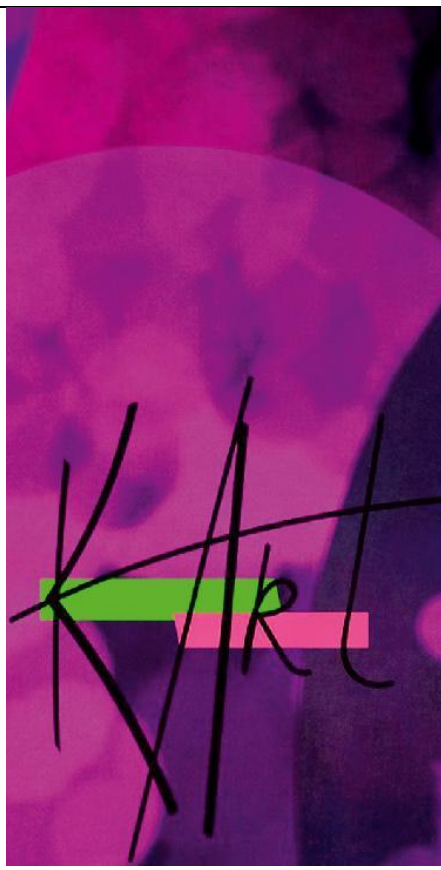


Тіреотоксикоз



Подив, переляк





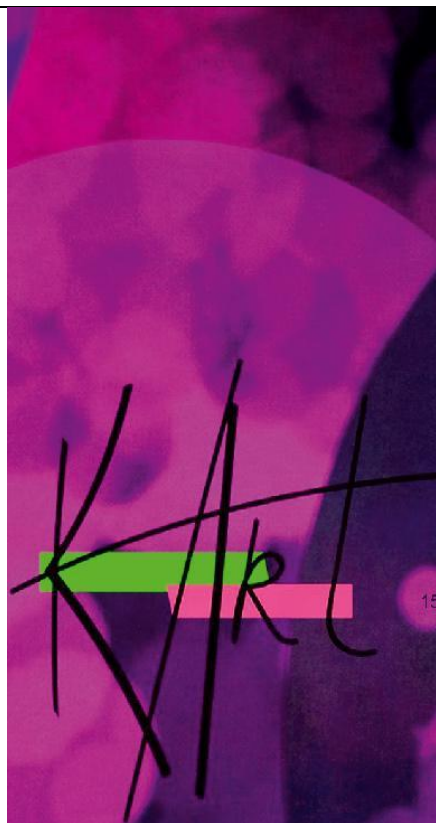
Задоволення



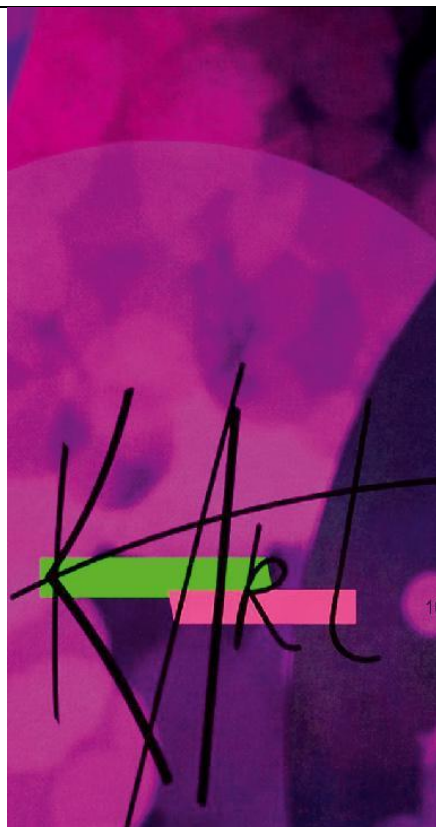
Безумовна любов



Тепло

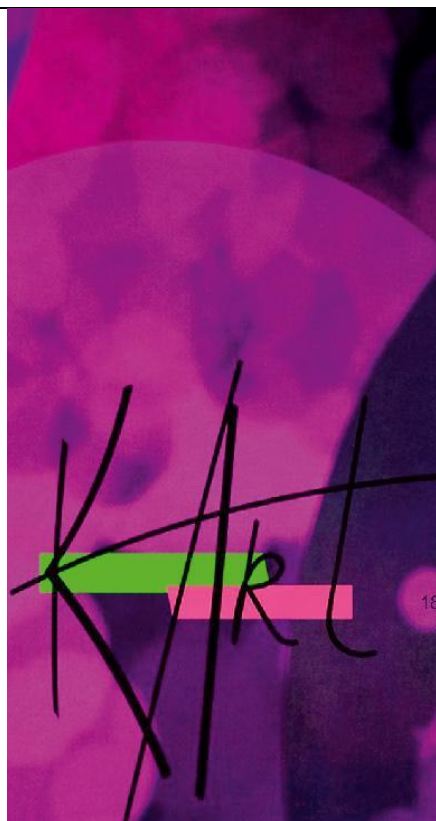


Сором,
принижения





Співробітництво



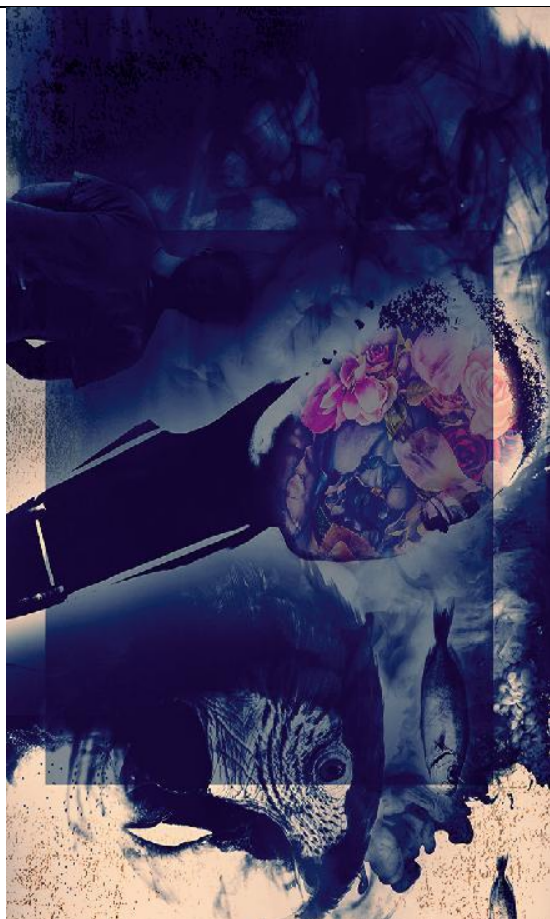
Радість,
вдоволення



Співробітництво



Ітерес, збудження



Пристосування



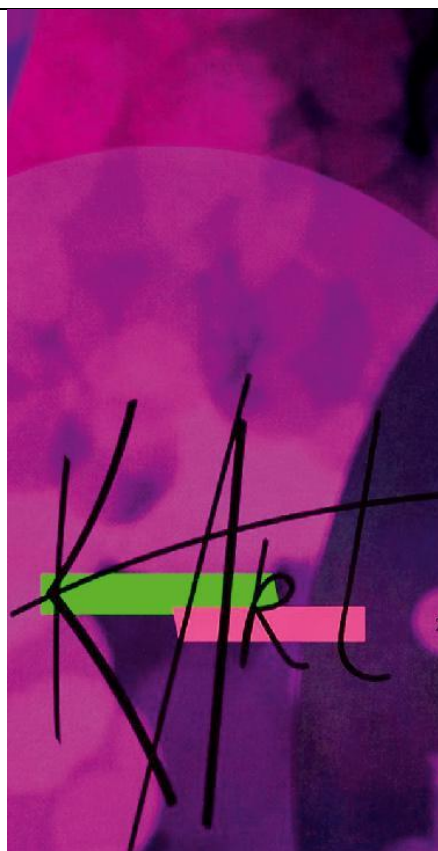
Подив, переляк



Автономія



Радість,
вдоволення





Компроміс



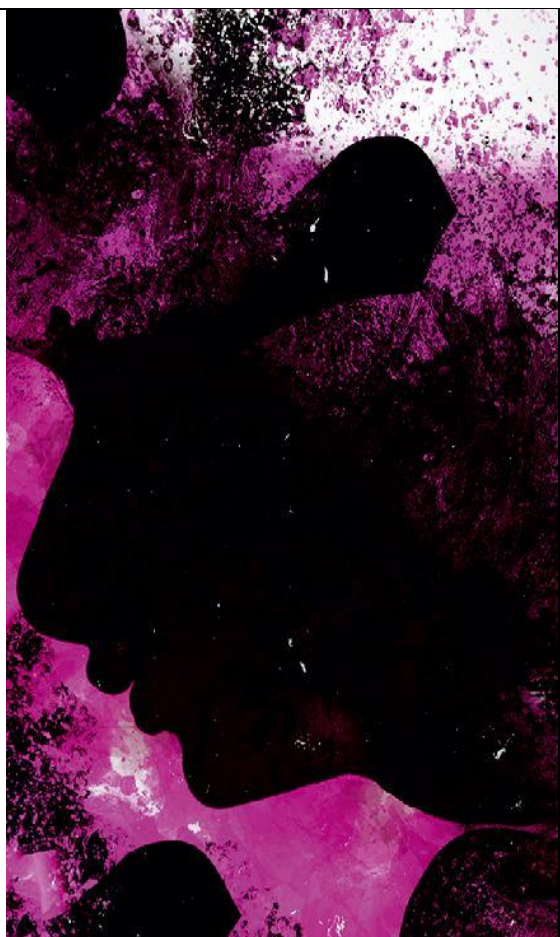
Задоволення,
радість



Захист



Компроміс



Нейродерміт



Безпека



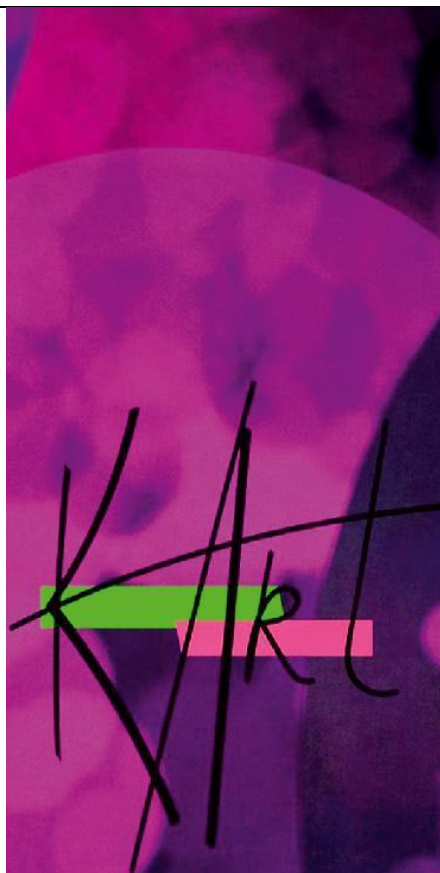
Тепло



Межі



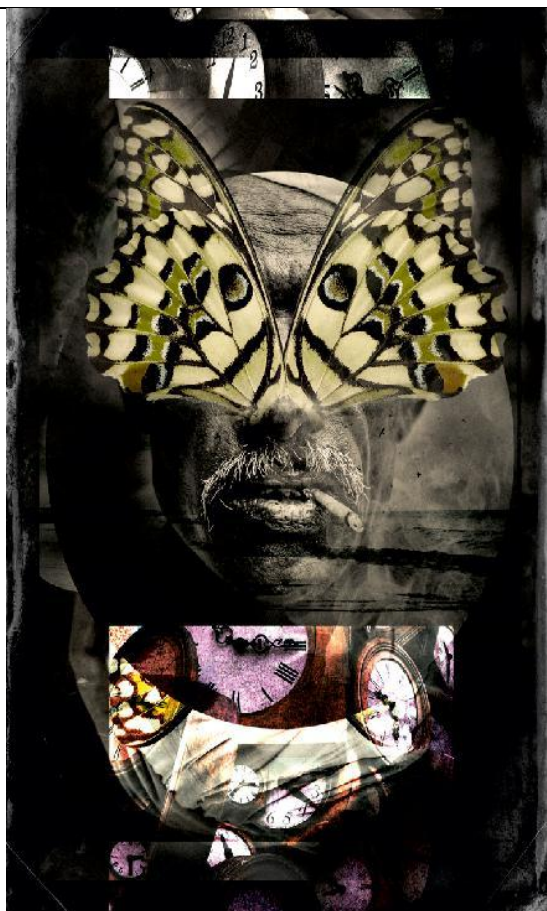
Задоволення



Зв'язок



Безпека



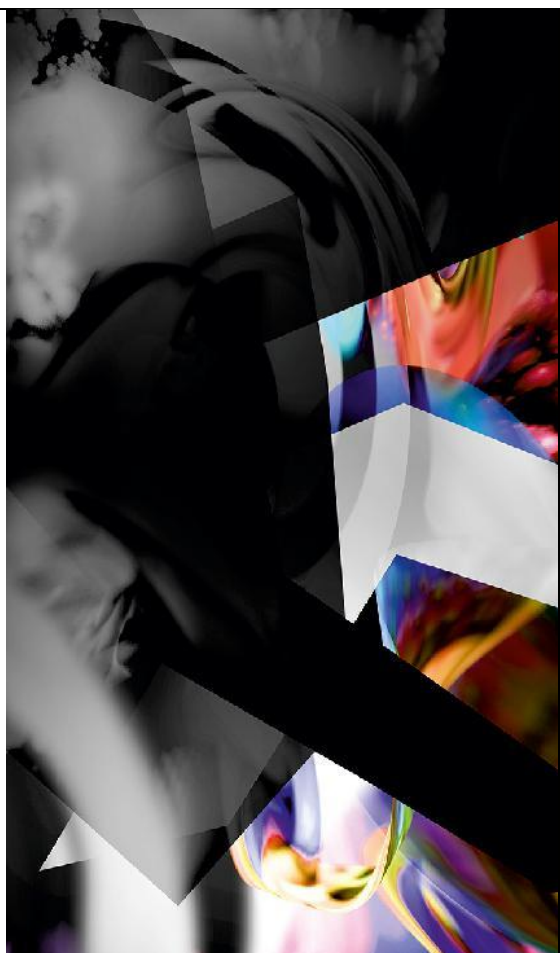
Страх, жах



Безумовна
любов



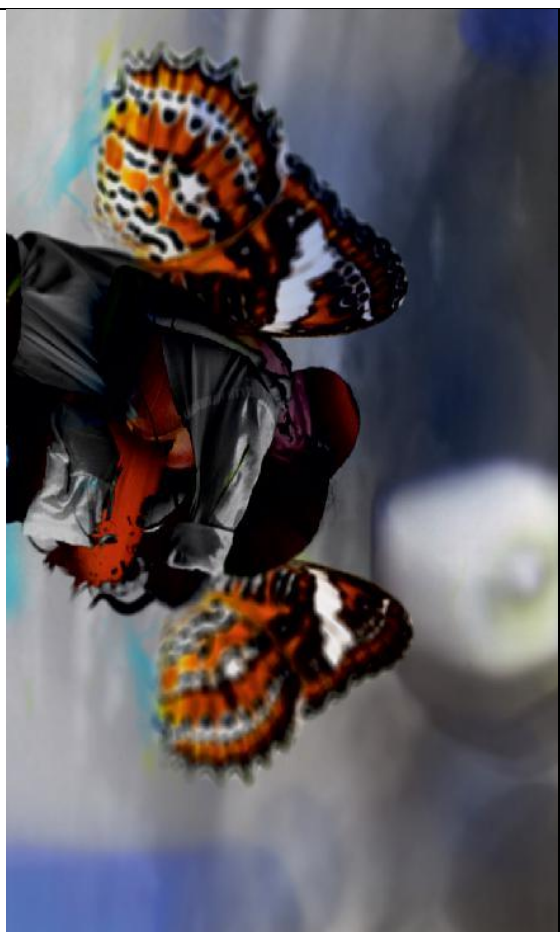
Компроміс



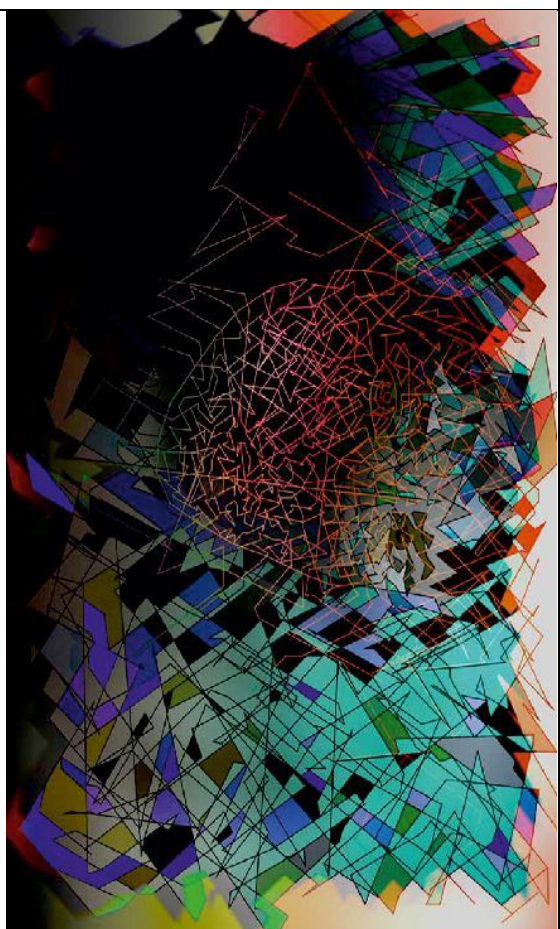
Ревматоїдний
артрит



Ревматоїдний
артрит



Безумовна
любов



Межі



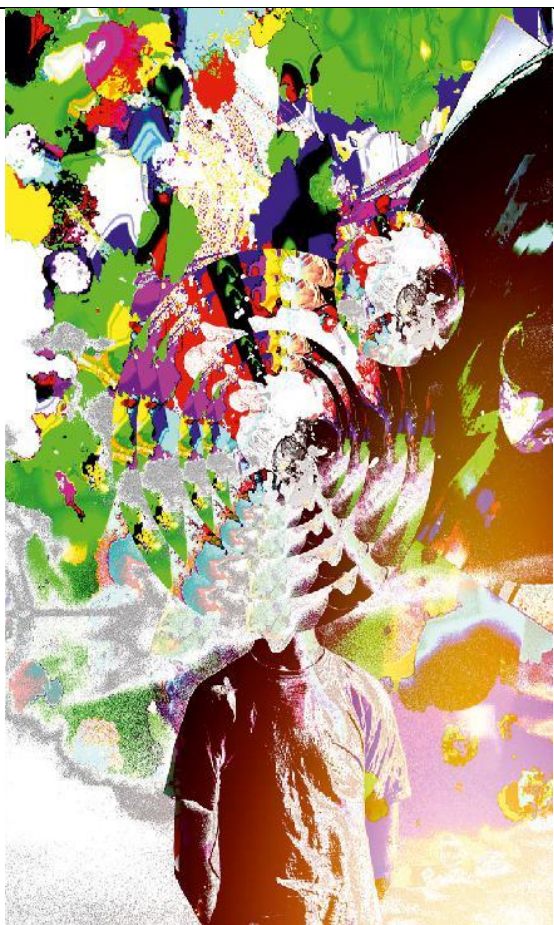
Уникнення



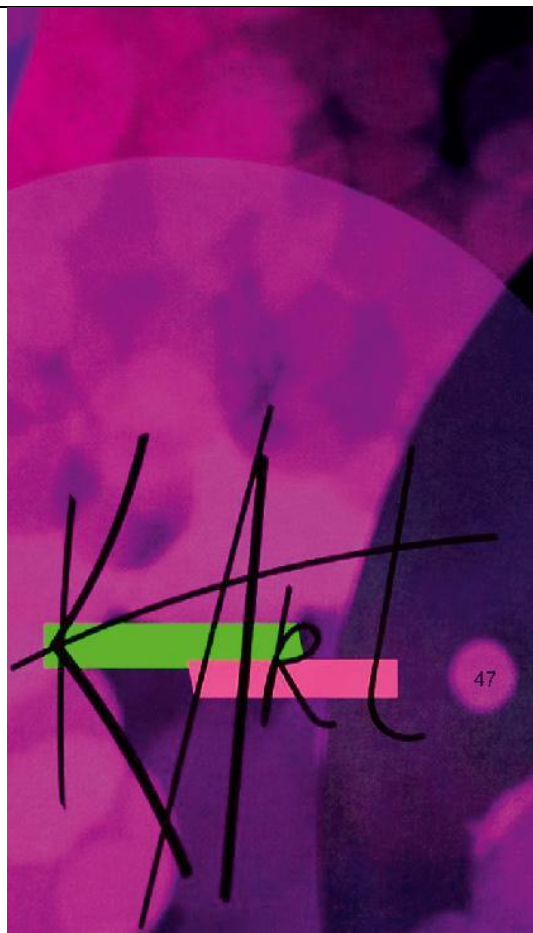
Радість,
вдоволення



Межі



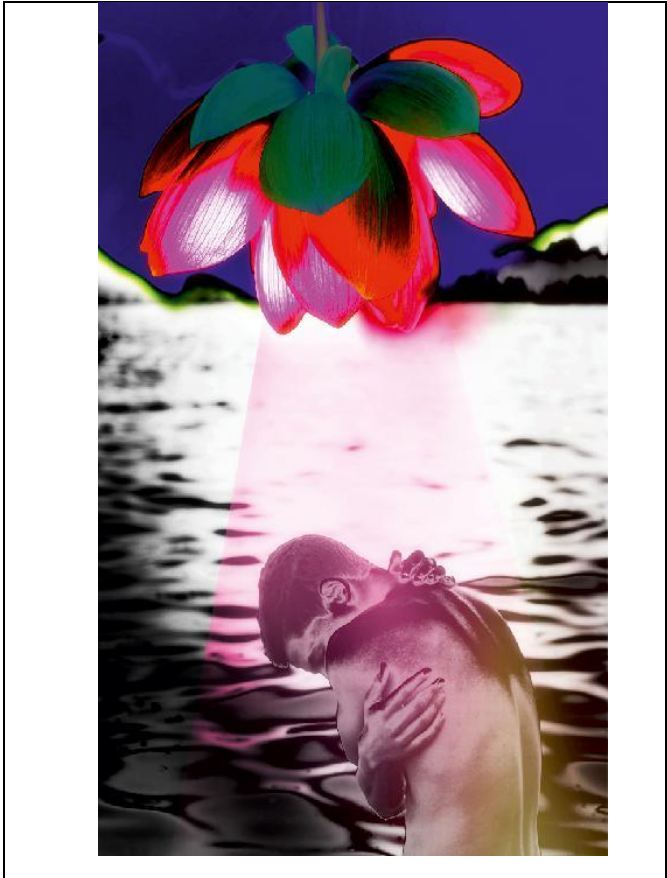
Тіреотоксикоз



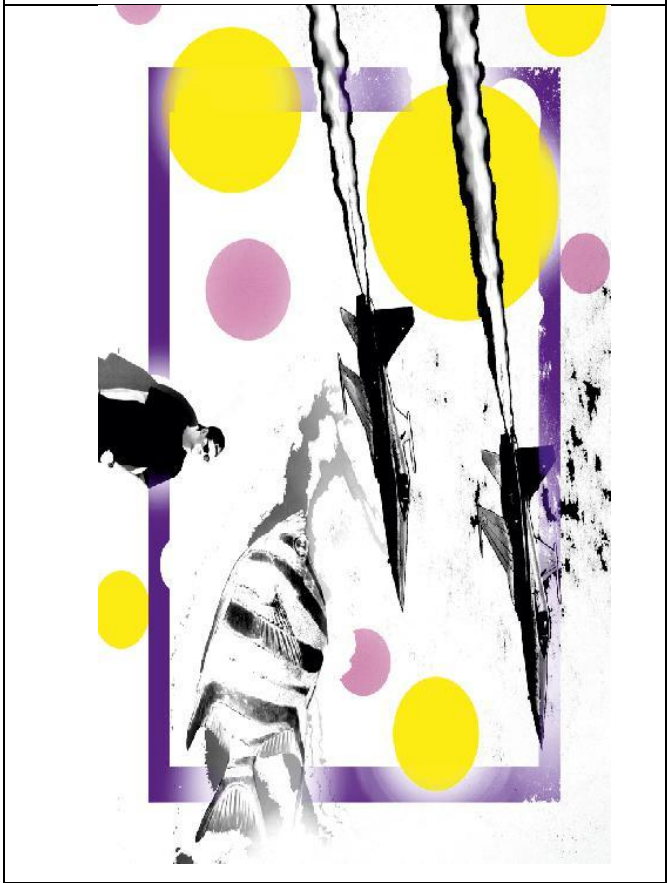
Захист



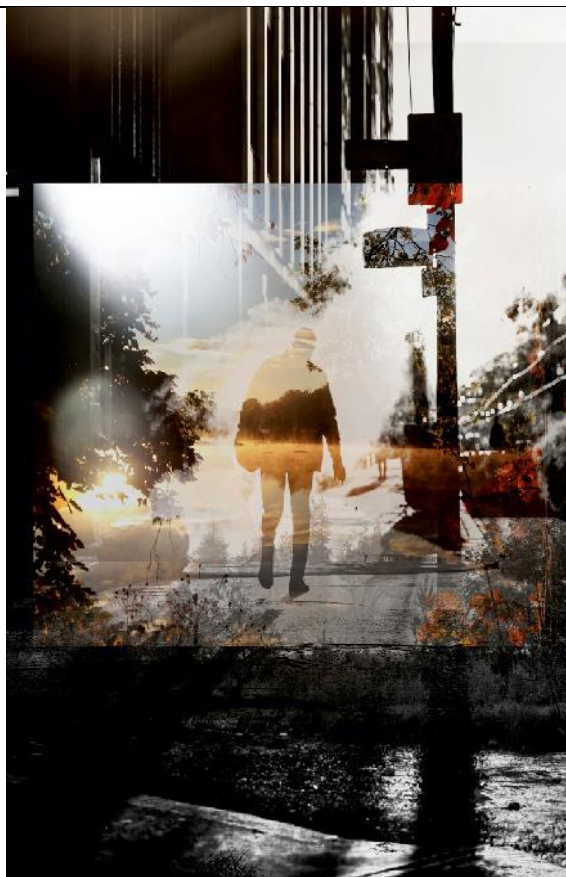
Гнів, лють



Нейродерміт



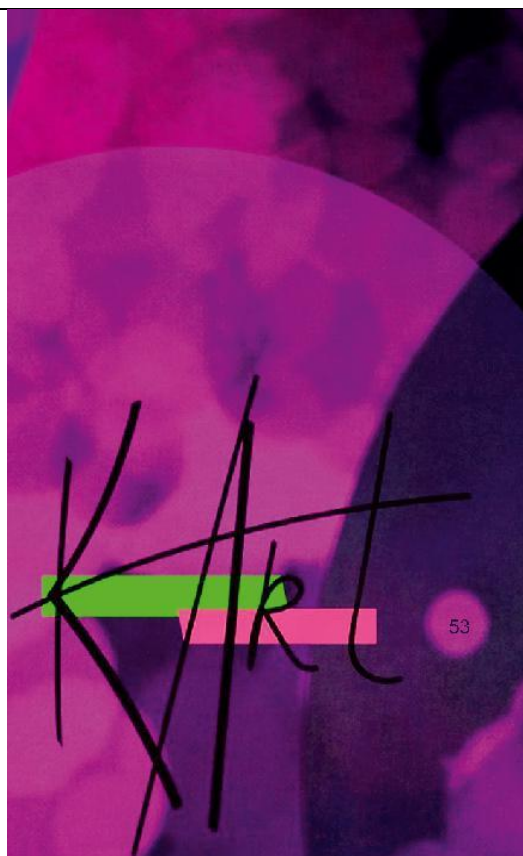
Їжа



Задоволення,
радість



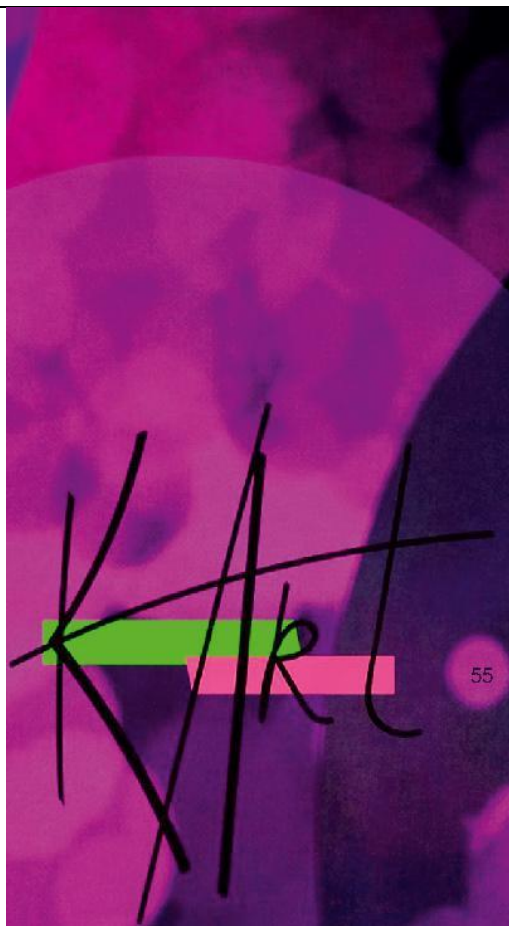
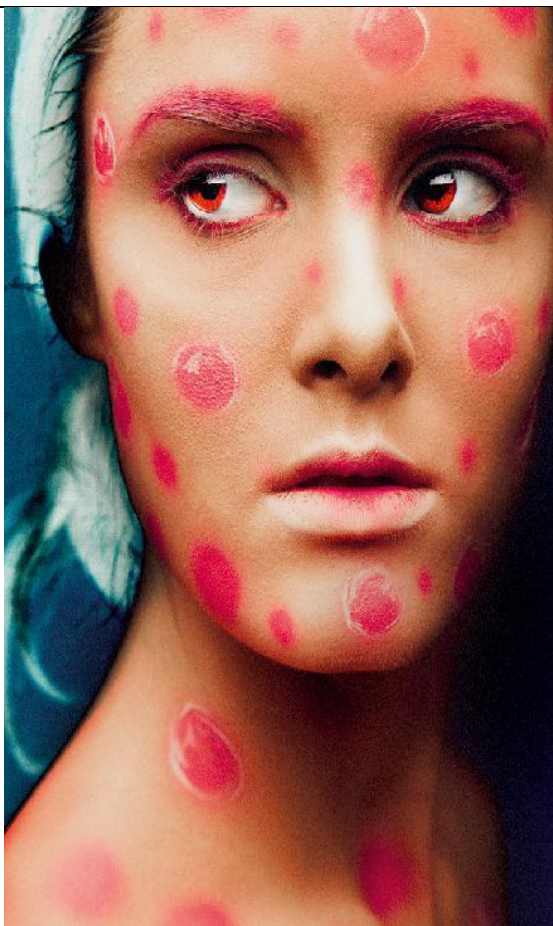
Безумовна
любов



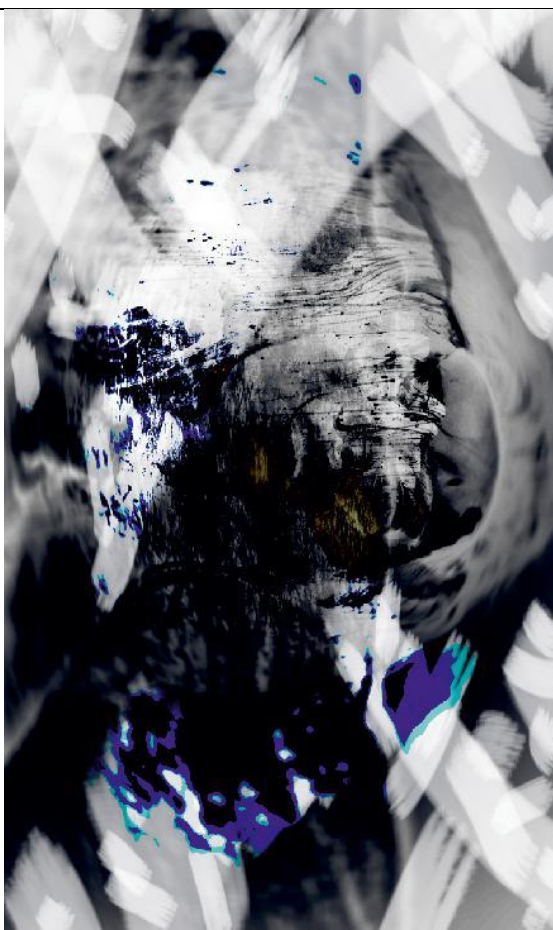
Гнів, лють



Горе,
страждання



Відраза



Горе, стражання



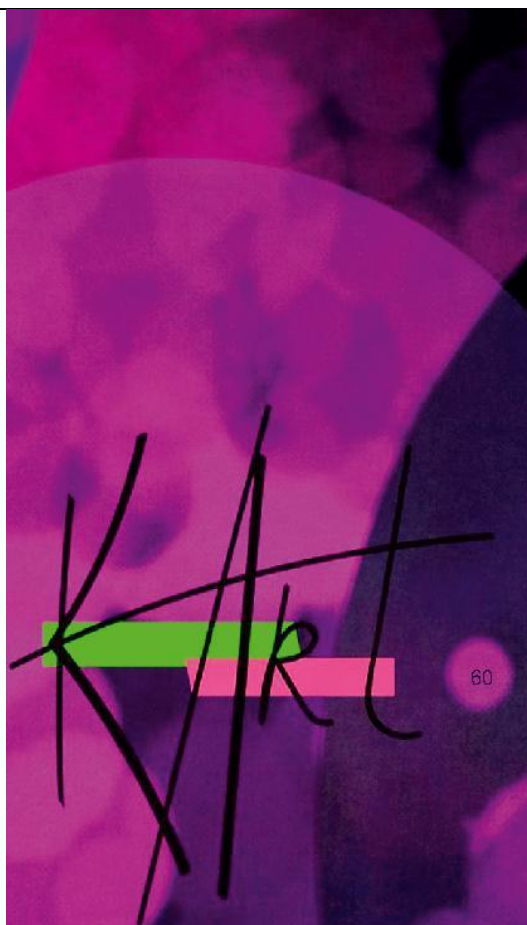
Гіпертонія



Виразкова
хвороба



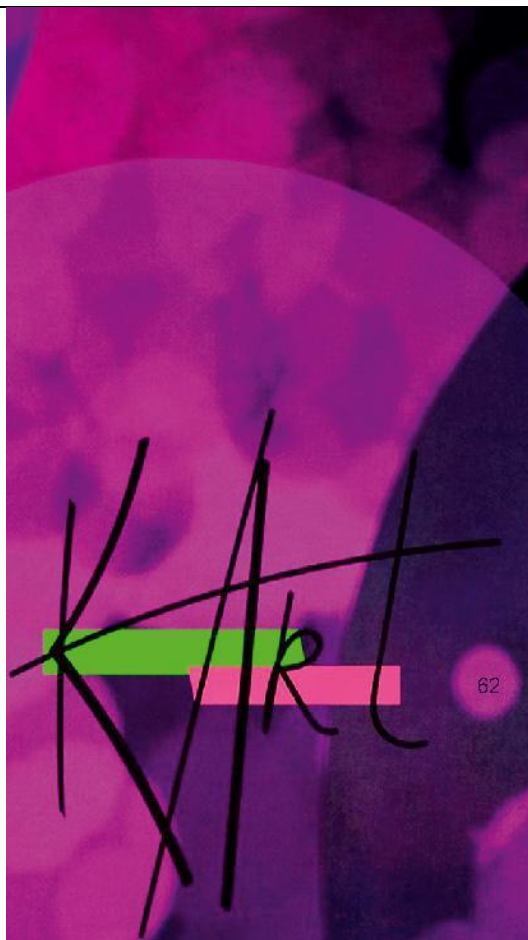
Гіпертонія



Астма



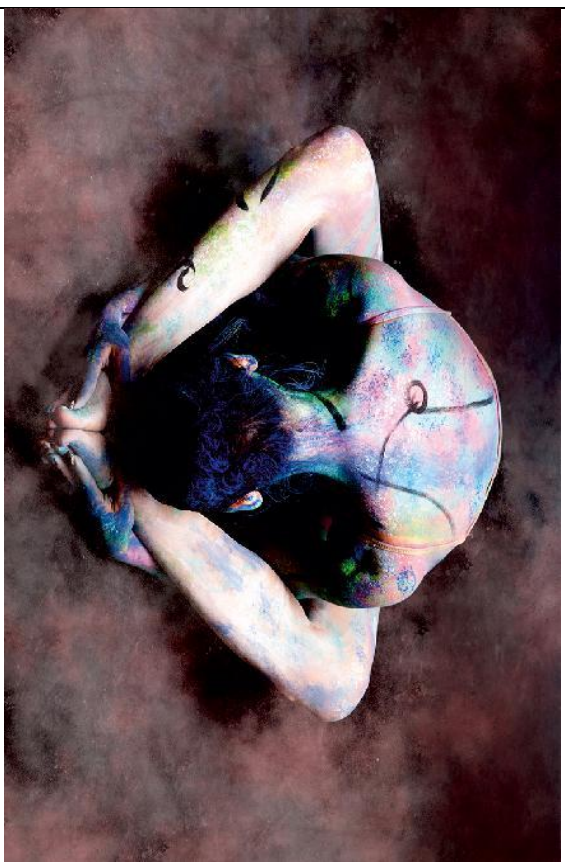
Пристаосування



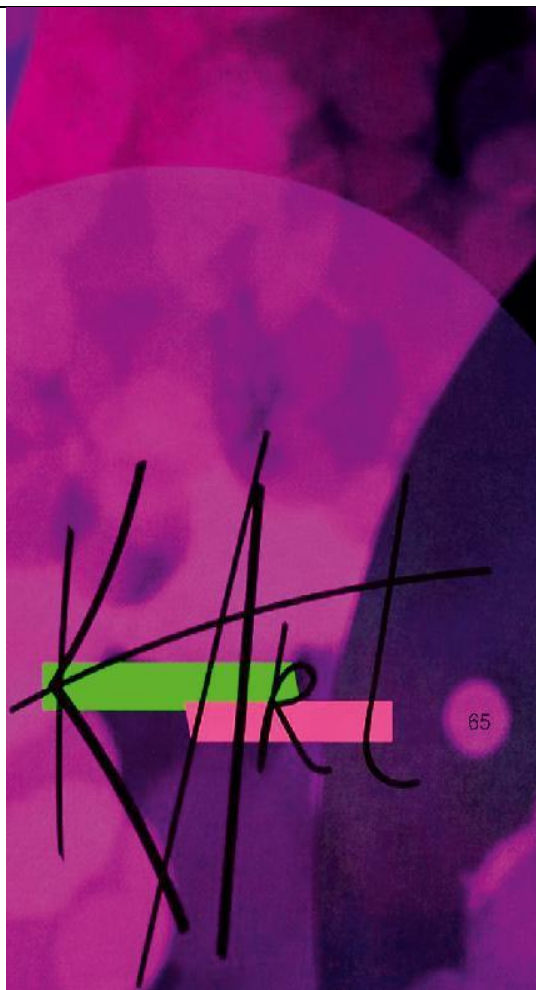
Астма



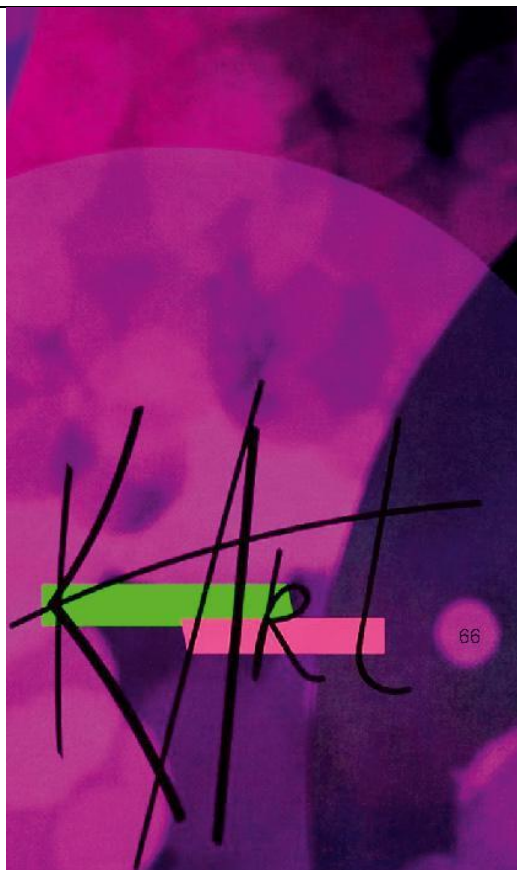
Змагання



Автономія



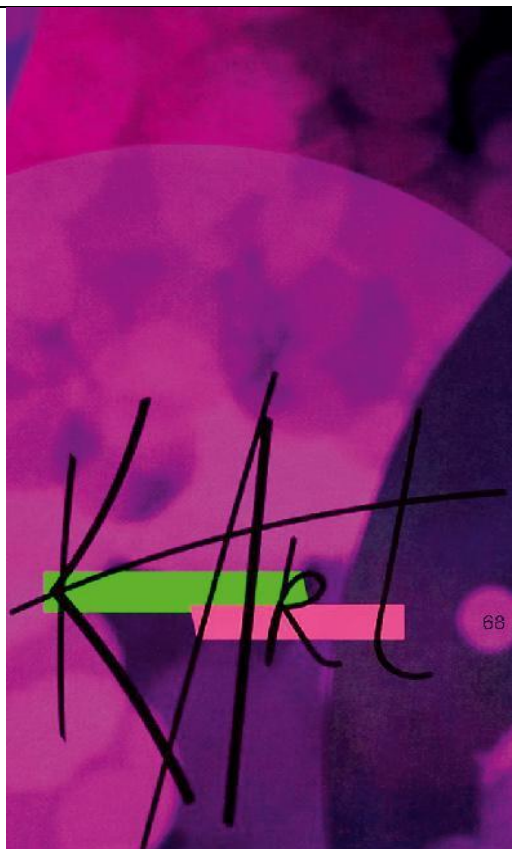
Зв'язок



Зв'язок



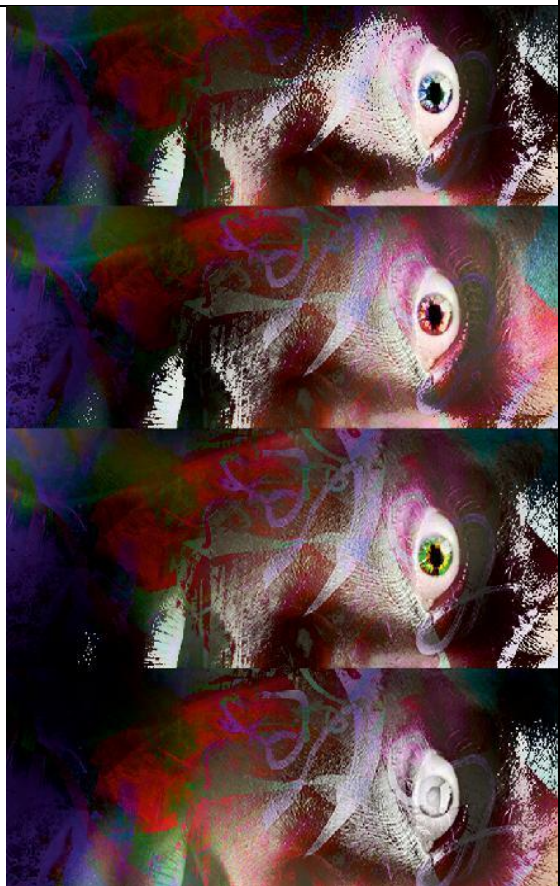
Пристосування



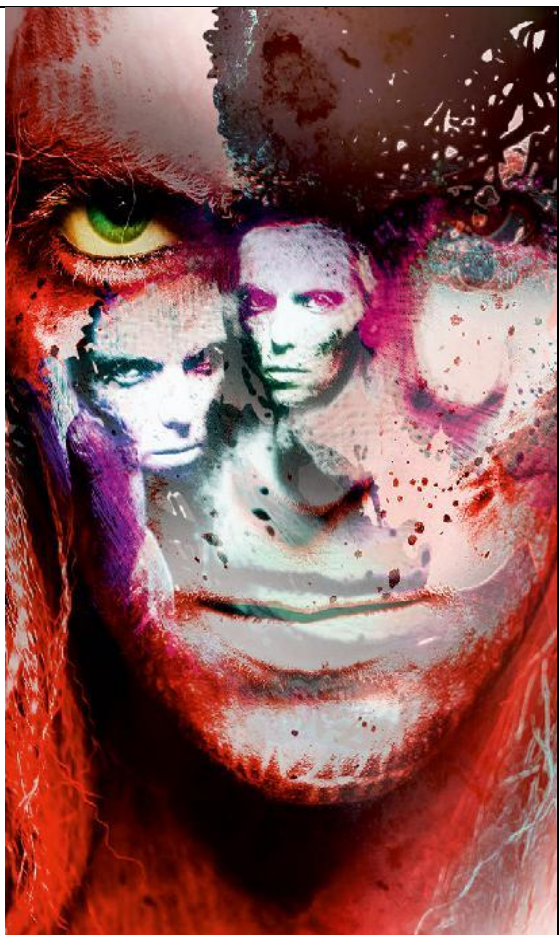
Безпека



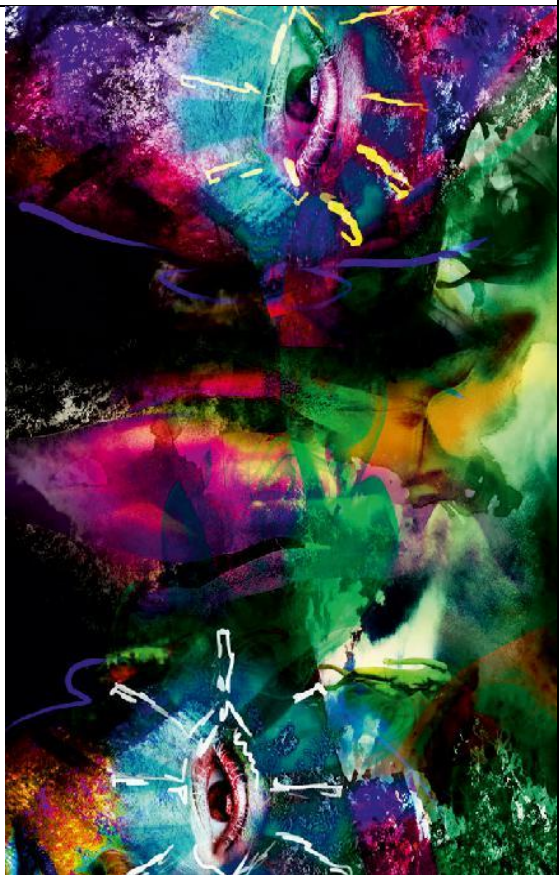
Тіореотокискоз



Спонтаність,
гра

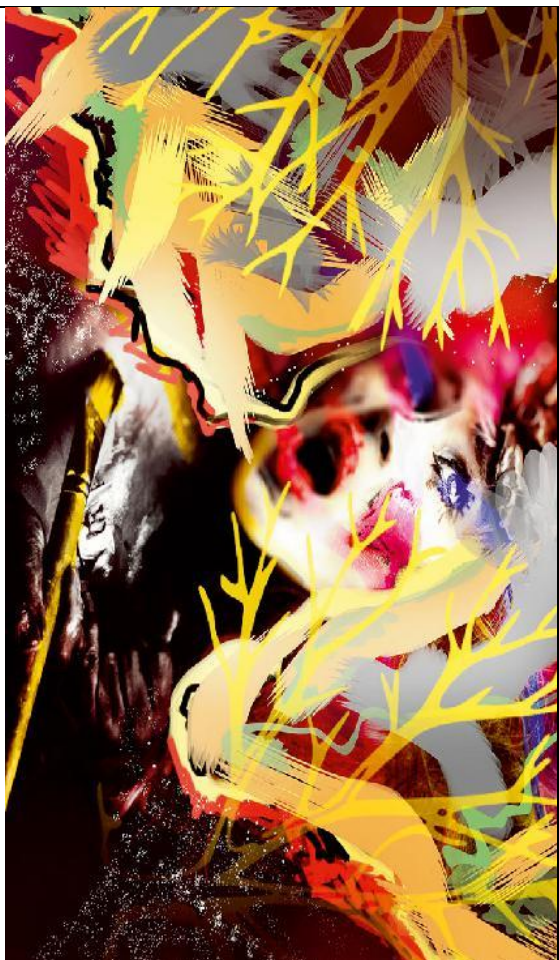


Відраза,
огода



Змагання





Спонтанність,
гра

Додаток 3.

**Акти впровадження результатів дослідження в практику закладів
охорони здоров'я**

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

**Начальник Військово-медичного
клінічного центру професійної
патології особового складу ЗС України**
кандидат медичних наук
полковник медичної служби

Андрій КІХ

« 1 » 20 19 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки. ТИПОВИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СИСТЕМИ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ШВЕЦЬ А.В., ЛАШИН О.І., КЛЕН О.С., ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В.,
2. **Заявник:** Головне військово-медичне управління МО України, Українська військово-медична академія, ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”, Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”
3. **Джерела інформації:** Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації ВМКЦ ПП ОС ЗС України
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 86.

7. Ефективність впровадження

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу ПТСР та коморбідних патологій	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Визначення пріоритетних напрямків терапевтичного впливу.	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Начальник клініки реабілітації ВМКЦ ПП ОС ЗСУ
полковник медичної служби

О.ВОЛЯНСЬКИЙ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Начальник Військово-медичного
клінічного центру професійної
патології особового складу ЗСУ України
кандидат медичних наук
полковник медичної служби



Андрій КІХ

« 1 » 11 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки: СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ
ПОСТКОНТУЗІЙНОГО СИНДРОМУ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ЛАШИН О.І. ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В.,
КАДЖАЯ М.В., ГУК А.П., БОЛЮХ А.С.
2. **Заявник:** Українська військово-медична академія, ДУ «Інститут
нейрохірургії ім. акад. А.П. РОМОДАНОВА НАМН України»,
Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”, ГО
“Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”.
3. **Джерела інформації:** Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(2):
349-354, Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної
академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації ВМКЦ ПП
ОС ЗСУ України
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 39.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу постконтузійного синдрому	Об’єктивізація суб’єктивних показників	Об’єктивізація суб’єктивних показників
Ступенева градація тяжкості патології	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Начальник клініки реабілітації ВМКЦ ПП ОС ЗСУ
полковник медичної служби

О.ВОЛЯНСЬКИЙ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Командир військової частини А4302

Підполковник М.С.

Валентин КИЛИВНИК

20__ р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки: СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ПОСТКОНТУЗІЙНОГО СИНДРОМУ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ЛАШИН О.І. ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В., КАДЖАЯ М.В., ГУК А.П., БОЛЮХ А.С.
2. **Заявник:** Українська військово-медична академія, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. РОМОДАНОВА НАМН України», Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», ГО «Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення».
3. **Джерела інформації:** Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(2): 349-354, Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації ВМКЦ ПП ОС ЗС України
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 24.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу постконтужійного синдрому	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Ступенева градація тяжкості патології	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Заступник командира частини з морально-психологічного забезпечення
майор

С.ТИТАРЕНКО

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар санаторію

«Червона калина»

Заслужений лікар України



Микола Сивий

«___» _____ 20__ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки: СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ПОСТКОНТУЗІЙНОГО СИНДРОМУ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ЛАШИН О.І. ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В., КАДЖАЯ М.В., ГУК А.П., БОЛЮХ А.С.
2. **Заявник:** Українська військово-медична академія, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. РОМОДАНОВА НАМН України», Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», ГО «Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення».
3. **Джерела інформації:** Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(2): 349-354, Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Терапевтичне відділення учасників ООС/АТО ЦМР
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 43.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу постконтужійного синдрому	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Ступенева градація тяжкості патології	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Заступник головного лікаря по лікувальній частині



І.В.Пендела

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру

“Головний військово-медичний клінічний госпіталь”

доктор медичних наук

генерал-майор медичної служби



Анатолій КАЗМІРЧУК

«___» _____ 20__ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки: СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ПОСТКОНТУЗІЙНОГО СИНДРОМУ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ЛАШИН О.І. ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В., КАДЖАЯ М.В., ГУК А.П., БОЛЮХ А.С.
2. **Заявник:** Українська військово-медична академія, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. РОМОДАНОВА НАМН України», Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”, ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”.
3. **Джерела інформації:** Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(2): 349-354, Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ “ГВКГ”
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 39.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу постконтужійного синдрому	Об’єктивізація суб’єктивних показників	Об’єктивізація суб’єктивних показників
Ступенева градація тяжкості патології	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Керівник відділення медико-психологічної реабілітації
КАД НВМКЦ “ГВКГ”

Олександр КЛЕН

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Директор Центру медичної реабілітації та санаторного лікування "Пуща-Водиця"

Валентин ЛИСЕНКО

«___» _____ 20___ року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки. **ТИПОВИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СИСТЕМИ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ**

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ШВЕЦЬ А.В., ЛАШИН О.І., КЛЕН О.С., ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В.
2. **Заявник:** Головне військово-медичне управління МО України, Українська військово-медична академія, ГО "Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення", Національний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ"
3. **Джерела інформації:** Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медичної реабілітації учасників ООС/АТО ЦМРСЛ "ПУЩА-ВОДИЦА"
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 43.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу ПТСР та коморбідних патологій	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Визначення пріоритетних напрямків терапевтичного впливу.	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження
Заступник директора ЦМРСЛ "Пуща-Водиця"
з лікувально-профілактичної роботи

Юрій КЛЯЦЬКИЙ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар санаторію

«Червона калина»

Заслужений лікар України



Микола Сивий

20__р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки.ТИПОВИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СИСТЕМИ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ШВЕЦЬ А.В., ЛАШИН О.І., КЛЕН О.С., ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В.,
2. **Заявник:** Головне військово-медичне управління МО України, Українська військово-медична академія, ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”, Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”
3. **Джерела інформації:** Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Терапевтичне відділення учасників ООС/АТО ЦМР
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:**43.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу ПТСР та коморбідних патологій	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Визначення пріоритетних напрямків терапевтичного впливу.	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Заступник головного лікаря по лікувальній частині

I.V. Пендела

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру

“Головний військово-медичний клінічний госпіталь”

доктор медичних наук

генерал-майор медичної служби



Анатолій КАЗМІРЧУК

«___» _____ 20__ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки: СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ПОСТКОНТУЗІЙНОГО СИНДРОМУ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ЛАШИН О.І. ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В., КАДЖАЯ М.В., ГУК А.П., БОЛЮХ А.С.
2. **Заявник:** Українська військово-медична академія, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. РОМОДАНОВА НАМН України», Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”, ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”.
3. **Джерела інформації:** Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(2): 349-354, Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ “ГВКГ”
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 39.
7. **Ефективність впровадження**

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу постконтужійного синдрому	Об’єктивізація суб’єктивних показників	Об’єктивізація суб’єктивних показників
Ступенева градація тяжкості патології	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Керівник відділення медико-психологічної реабілітації
КАД НВМКЦ “ГВКГ”

Олександр КЛЕН

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру

“Головний військово-медичний клінічний госпіталь”

доктор медичних наук

генерал-майор медичної служби



Анатолій КАЗМІРЧУК

20__ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва розробки. ТИПОВИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СИСТЕМИ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

1. **Автори:** СТЕБЛЮК В.В., ШВЕЦЬ А.В., ЛАШИН О.І., КЛЕН О.С., ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК К.В.
2. **Заявник:** Головне військово-медичне управління Збройних Сил України, Українська військово-медична академія, ГО “Інститут медико-соціальних проблем вразливих категорій населення”, Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”
3. **Джерела інформації:** Протокол засідання Вченої ради Української військово-медичної академії №12 від 03.09.2019р.
4. **Впроваджено:** Відділення медико-психологічної реабілітації КАД НВМКЦ “ГВКГ”
5. **Термін впровадження:** 01.11.2019
6. **Загальна кількість спостережень:** 39.

7. Ефективність впровадження

Показник	За даними розробників	Організації, що впроваджує
Точність визначення діагнозу ПТСР та коморбідних патологій	Об'єктивізація суб'єктивних показників	Об'єктивізація суб'єктивних показників
Визначення пріоритетних напрямків терапевтичного впливу.	Визначення оптимальної лікувальної тактики	Визначення оптимальної лікувальної тактики

Відповідальний за впровадження

Керівник відділення медико-психологічної реабілітації
КАД НВМКЦ “ГВКГ”

Олександр КЛЕН