

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, КОМОРБІДНОГО З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ, ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ CAPS-5

© О. Є. Смышна

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Питання діагностичних і лікувальних алгоритмів при коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та черепно-мозкової травми (ЧМТ) є досить суперечливими, оскільки симптоми, властиві для ПТСР, не є специфічними та можуть зустрічатися в рамках інших психогенних розладів.

Мета – вивчення наявності ключових клініко-психопатологічних розбіжностей симптоматичної структури психічного статусу пацієнтів, які страждали на ПТСР, та тих, у яких ПТСР поєднувався з ЧМТ, для розробки системи фокусованих психотерапевтичних заходів.

Матеріал і методи. Матеріал дослідження – 329 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях: 1 група – 109 осіб із ПТСР; 2 група – 112 осіб із наслідками ЧМТ; 3 група – 108 осіб з ПТСР та коморбідними наслідками ЧМТ.

Результати. При порівнянні показників шкал у респондентів груп ПТСР та ЧМТ було встановлено, що у групі ПТСР були значуще ($p \leq 3E-07$) більші показники за усіма шкалами тесту: за комплексним критерієм «Е» така перевага була більш ніж у 4 рази, за критеріями «С» та «G» – більш ніж у 5 разів, за критерієм «В» – більш ніж у 18 разів. При порівнянні результатів, отриманих при обстеженні груп ПТСР та КЧМТ, було встановлено, що усі шкали кластерів «В», «С», «Е», загальний показник кластеру «G», шкала G3 та інтегральний показник «savCAPS», як і у випадку з групою ЧМТ, мали більш високі показники у представників групи ПТСР ($p \leq 0,05$), то між показниками шкал кластерів «D», «dCAPS», а також шкал G1 та G2 у респондентів груп ПТСР та КЧМТ статистично значущих розбіжностей не було ($p \geq 0,1$).

Висновки. Методика CAPS-5 виявила високу чутливість не тільки відносно діагностики ПТСР, а й щодо вивчення особливостей психопатологічної структури коморбідних станів. При цьому значущих відмінностей, які свідчать про перевагу в клінічній картині якоїсь окремої групи психопатологічних симптомів, немає.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: посттравматичний стресовий розлад; черепно-мозкова травма; коморбідний ПТСР; надзвичайні ситуації; бойові дії.

Вступ. Військові дії та пов'язані з ними міграційні процеси обумовлюють значне навантаження на заклади охорони здоров'я. Травми та поранення, отримані в бойових умовах, прогресування хронічних захворювань, ускладнені психотравматичними умовами військового побуту, можуть призводити та уже призводять до появи прогресуючої кількості осіб з інвалідністю та осіб, що потребують медичної реабілітації.

Дослідження різних аспектів взаємозв'язків між черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) набуло особливої актуальності в останні роки, оскільки ці порушення часто співіснують у клінічному аспекті і розглядаються в якості визначних чинників порушення здоров'я у людей, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій. Аналітичні роботи епідеміологічної спрямованості часто демонструють суперечливі дані: з одного боку, вказується, що ЧМТ обумовлює збільшення імовірності виникнення ПТСР, інші дослідження демонструють підвищення частоти ПТСР при коморбідності з ЧМТ [1]. Учасники бойових дій, перебуваючи у надзвичайних умовах існування, зазнають бойового стресу, під яким розуміють багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах, що супроводжуються напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін [2].

Однією з найхарактерніших рис розвитку бойової психічної патології є феномен «запізнілої реактивності». При дослідженні динаміки бойового стресу, обумовленої легкою ЧМТ, дослідники вказують, що на перших етапах захворювання розвивається гострий стресовий розлад, пізніше ПТСР переважно психогенної природи, а потім поступово стають провідними симптоми органічного ураження мозку. Таким чином, ПТСР на певній стадії розвитку набуває рис екзогенно-органічної церебральної патології [3].

Однак досі недостатньо вивчені такі важливі проблеми ПТСР і ЧМТ, як етапи та стадії їх формування, клінічні варіанти та типи перебігу. Питання щодо діагностичних і лікувальних алгоритмів при коморбідності ПТСР та ЧМТ є досить суперечливими і неоднозначними, а симптоми, властиві ПТСР, не є специфічними та можуть зустрічатися в рамках інших психогенних розладів, що, з урахуванням постійного зростання кількості таких пацієнтів, ставить ці питання в розряд першочергових для вітчизняної медичної науки.

Мета – вивчення наявності ключових клініко-психопатологічних розбіжностей симптоматичної структури психічного статусу пацієнтів, які страж-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення дали на ПТСР, та тих, у яких клінічно окреслений ПТСР поєднувався з коморбідною ЧМТ, яке може стати основою подальшої розробки системи специфічних фокусованих психотерапевтичних заходів.

Для досягнення мети було проведено пілотне стандартизоване поперечне одномоментне дослідження випадок-контроль із використанням методики «Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5» (CAPS-5) [4–6].

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження стали результати обстеження 329 службовців Збройних сил, Національної гвардії та добровольчих батальйонів, які брали участь у бойових діях на території Донецької та Луганської областей. Зазначений контингент за результатами зібраних анамнестичних даних, результатів клінічної бесіди та результатів CAPS-5 був структурований у три дослідні групи: 1 – група пацієнтів, у яких був діагностований посттравматичний стресовий розлад (група ПТСР) – 109 осіб (33,1 % обстеженого контингенту); 2 – група пацієнтів з наслідками черепно-мозкової травми (група ЧМТ) – 112 осіб (34,0 %); 3 – група пацієнтів, хворих на ПТСР з коморбідними наслідками ЧМТ (група КЧМТ) – 108 осіб (32,8 %).

Отримані результати були проаналізовані з використанням методу описової статистики, розрахунку ϕ^* -кутового перетворення Фішера, U-тесту Манна – Уїтні, W-тесту Уїлкоксона, тесту Колмогорова – Смірнова для двох незалежних вибірок, дискримінантного аналізу.

Результати й обговорення. Особливості побудови методики CAPS-5, що використовувалась під час нашого дослідження як скринінгова, за допомогою якої формувалися дослідницькі групи, та в якості структурованого клінічного тесту, який надає можливість виявити та описати своєрідність симптоматологічної структури психопатологічного стану пацієнтів, продиктували певні особливості методологічного підходу до самого дослідження.

Критерій А методики CAPS-5 – «Експозиція до загрози життю, тяжкої травми або сексуального

насилля» мав цінність тільки при виділенні окремих дослідницьких груп – ПТСР, КЧМТ та ЧМТ та в подальшому аналізі не використовувався, адже його складові мають описовий характер, а його дихотомічний інтегральний показник у 100 % представників груп ПТСР, КЧМТ та ЧМТ, відповідно, мав значення 1 (так), 1 (так) та 0 (ні). Також не використовувався при аналізі критерій F, який стосується не оцінювання психічного стану пацієнта, а тривалості виявлених симптомів.

Виходячи з побудови методики CAPS-5, показники складових усіх інших інтегральних критеріїв теоретично могли коливатися від «1» (відсутні) до «4» (максимально виражені), при цьому, у зв'язку з нерівністю субшкал, критерій В міг коливатися у діапазоні значень від 0 до 20 балів; критерій С – від 0 до 8 балів; критерій D – від 0 до 28 балів; критерій E – від 0 до 24 балів; критерій G – від 0 до 12 балів, що унеможлиблює використання результатів методики для виявлення переваги тих чи інших груп психопатологічних симптомів у пацієнта чи в середньому в усіх представників дослідницької групи. Зробити це нам видається можливим із використанням перерахунку отриманих результатів шляхом поділу на коефіцієнт, в якості якого виступає мінімально можливе значення критерію («8»), з подальшим отриманням відсоткової частки кожного критерію від максимально можливого значення суми перерахованих показників. Це дасть можливість трансформувати відсоткові значення у радіани та розрахувати коефіцієнт ϕ^* -кутового перекручення Фішера при порівнянні між собою значень критеріїв CAPS-5 у межах кожної окремої дослідницької групи.

У результаті розрахунку ϕ^* -кутового перетворення Фішера трансформованих показників інтегральних критеріїв методики CAPS-5 (табл. 1) було встановлено, що, незважаючи на зовнішні розбіжності отриманих показників у представників усіх дослідницьких груп, не є можливим стверджувати, що якась конкретна група психопатологічних симптомів (яку вимірює той чи інший інтегральний критерій) є провідною ($p > 0,1$; $\phi^* < 0,278$).

Таблиця 1. Результати розрахунку ϕ^* -кутового перетворення Фішера при порівнянні трансформованих показників інтегральних критеріїв методики CAPS-5

Шкали	ПТСР	КЧМТ	ЧМТ	Шкали	ПТСР	КЧМТ	ЧМТ
B-C	0,22	0,203	0,018	C-E	0,2706	0,2351	0,0657
B-D	0,069	0,101	0,043	C-G	0,0642	0,0614	0,0013
B-E	0,06	0,038	0,072	D-E	0,0087	0,0629	0,0411
B-G	0,166	0,15	0,019	D-G	0,2291	0,2426	0,0283
C-D	0,278	0,286	0,029	E-G	0,2213	0,1858	0,0649

Отже, при продовженні дослідження було проведено порівняння показників, отриманих за методикою CAPS-5, у представників різних дослід-

ницьких груп з використанням U-тесту Манна й Уїтні, а також W-тесту Уїлкоксона. Але, враховуючи те, що крім інтегральних шкал методики (B, C, D, E,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення dCAPS, savCAPS), усі інші шкали були порядковими з 5 варіантами можливих значень, для аналізу показників цих шкал був обраний тест Колмогорова – Смірнова для двох незалежних вибірок, як більш математично коректний для цих умов.

При порівнянні показників за шкалами методики CAPS-5, отриманих у респондентів груп ПТСР та ЧМТ (табл. 2), було встановлено, що респонденти, які склали групу ПТСР, мали значуще ($p \leq 3E-07$)

більші показники за усіма шкалами тесту. При цьому показники за окремими шкалами у респондентів групи ПТСР вказували на вираження симптоматики, яка кількісно перевищувала в 2 – 4 рази показники відповідних субшкал у респондентів групи ПТСР, а за комплексним критерієм «Е» така перевага була більш ніж у 4 рази, за критеріями «С» та «С» – більш ніж у 5 разів, за критерієм «В» – більш ніж у 18 разів.

Таблиця 2. Результати розрахунку критеріїв U Манна – Уїтні, W Вілкоксона та Z Колмогорова – Смірнова для показників шкал методики CAPS-5 респондентів груп ПТСР та ЧМТ

Шкала	Група	Середнє	U	W	Z	p
1	2	3	4	5	6	7
B	ПТСР	15,0	1051	6328	-12,99	1,49E-38
	ЧМТ	0,81				
B1	ПТСР	3,15	1162	7490	-11,43	2,89E-30
	ЧМТ	0,18				
B2	ПТСР	3,37	691,5	7019,5	-12,48	9,94E-36
	ЧМТ	0,17				
B3	ПТСР	3,23	970	7298	-11,8	3,74E-32
	ЧМТ	0,18				
B4	ПТСР	2,72	1914,5	8242,5	-10,1	5,32E-24
	ЧМТ	0,14				
B5	ПТСР	2,56	2068,5	8396,5	-9,713	2,66E-22
	ЧМТ	0,13				
C	ПТСР	6,53	15	6343	-13,1	3,39E-39
	ЧМТ	1,53				
C1	ПТСР	3,32	1206	7534	-10,79	3,74E-27
	ЧМТ	0,87				
C2	ПТСР	3,21	1432	7760	-10,22	1,57E-24
	ЧМТ	0,66				
D	ПТСР	17,4	20	6328	-12,93	3,22E-38
	ЧМТ	2,68				
D1	ПТСР	1,76	3958	10286	-5,124	3E-07
	ЧМТ	0,38				
D2	ПТСР	2,81	1836	8164	-9,487	2,37E-21
	ЧМТ	0,43				
D3	ПТСР	2,8	1752	8080	-9,736	2,12E-22
	ЧМТ	0,39				
D4	ПТСР	3,1	1110	7438	-11,04	2,58E-28
	ЧМТ	0,39				
D5	ПТСР	2,98	1341	7557	-10,47	1,19E-25
	ЧМТ	0,41				
D6	ПТСР	2,31	2788,5	9116,5	-7,661	1,85E-14
	ЧМТ	0,32				
D7	ПТСР	1,63	4380	10708	-4,186	2,84E-05
	ЧМТ	0,36				
E	ПТСР	17,1	10	6328	-12,92	3,28E-38
	ЧМТ	4,26				
E1	ПТСР	2,86	2295	8623	-8,366	5,98E-17
	ЧМТ	0,7				
E2	ПТСР	2,74	2715	9043	-7,393	1,43E-13
	ЧМТ	0,8				

1	2	3	4	5	6	7
E3	ПТСР	3,29	1209	7537	-10,66	1,49E-26
	ЧМТ	0,79				
E4	ПТСР	3,09	1760	8088	-9,51	1,9E-21
	ЧМТ	0,66				
E5	ПТСР	2,86	2581	8909	-7,745	9,53E-15
	ЧМТ	0,76				
E6	ПТСР	2,27	3674	10002	-5,447	5,11E-08
	ЧМТ	0,55				
G	ПТСР	8,91	61,5	6389,5	-12,94	2,68E-38
	ЧМТ	1,58				
G1	ПТСР	2,96	1615	7943	-9,754	1,77E-22
	ЧМТ	0,65				
G2	ПТСР	3,04	1155	7483	-10,85	1,89E-27
	ЧМТ	0,46				
G3	ПТСР	2,91	1664,5	7992,5	-9,783	1,34E-22
	ЧМТ	0,47				
dCAPS	ПТСР	1,7	363	6691	-12,9	4,27E-38
	ЧМТ	0,2				
savCAPS	ПТСР	56,1	10	6328	-12,87	6,71E-38
	ЧМТ	9,27				

Виявлені особливості здаються цілком зрозумілими, бо методика CAPS-5 виявляє саме клінічні прояви посттравматичного стресового розладу, повністю підтверджуючи гомогенність складу дослідницької групи ПТСР.

Помітно інші результати були отримані при проведенні аналогічного аналізу порівняння показників, отриманих за методикою CAPS-5 у респондентів груп ПТСР та КЧМТ (табл. 3).

Таблиця 3. Результати розрахунку критеріїв U Манна-Уїтні, W Вілкоксона та Z Колмогорова – Смірнова для показників шкал методики CAPS-5 респондентів груп ПТСР та КЧМТ

Шкала	Група	Середнє	U	W	Z	p
1	2	3	4	5	6	7
B	ПТСР	15,03	4765,5	10652	-2,44	0,015
	КЧМТ	13,99				
B1	ПТСР	3,14	4752	10638	-2,72	0,006
	КЧМТ	2,92				
B2	ПТСР	3,36	4716,5	10603	-2,87	0,004
	КЧМТ	3,15				
B3	ПТСР	3,22	4576,5	10463	-3,14	0,002
	КЧМТ	2,98				
B4	ПТСР	2,72	5046	10932	-1,97	0,048
	КЧМТ	2,55				
B5	ПТСР	2,56	5084,5	10971	-1,84	0,045
	КЧМТ	2,37				
C	ПТСР	6,53	4831	10717	-2,42	0,016
	КЧМТ	6,17				
C1	ПТСР	3,32	4945,5	10832	-2,29	0,022
	КЧМТ	3,13				
C2	ПТСР	3,21	5030	10916	-2,08	0,037
	КЧМТ	3,037				
D	ПТСР	17,39	5518	11513	-0,8	0,425
	КЧМТ	17,52				

1	2	3	4	5	6	7
D1	ПТСР	1,76	5751,5	11747	-0,32	0,751
	КЧМТ	1,78				
D2	ПТСР	2,80	5622	11617	-0,63	0,531
	КЧМТ	2,74				
D3	ПТСР	2,79	5523,5	11519	-0,85	0,394
	КЧМТ	2,80				
D4	ПТСР	3,10	5603,5	11599	-0,68	0,496
	КЧМТ	3,06				
D5	ПТСР	2,98	5275	11270	-1,47	0,143
	КЧМТ	3,03				
D6	ПТСР	2,31	5466	11461	-0,98	0,328
	КЧМТ	2,36				
D7	ПТСР	1,63	5620	11615	-0,64	0,521
	КЧМТ	1,72				
E	ПТСР	17,12	4207,5	10094	-3,65	3E-04
	КЧМТ	15,33				
E1	ПТСР	2,86	4429,5	10316	-3,38	7E-04
	КЧМТ	2,52				
E2	ПТСР	2,74	4701	10587	-2,74	0,006
	КЧМТ	2,48				
E3	ПТСР	3,29	4331	10217	-3,72	2E-04
	КЧМТ	2,99				
E4	ПТСР	3,09	4442,5	10329	-3,41	7E-04
	КЧМТ	2,78				
E5	ПТСР	2,86	4467,5	10354	-3,34	8E-04
	ЧМТ	2,52				
E6	ПТСР	2,26	5045	10931	-1,95	0,05
	КЧМТ	2,01				
G	ПТСР	8,90	4646	10532	-2,74	0,006
	КЧМТ	8,45				
G1	ПТСР	2,96	5183	11069	-1,64	0,1
	КЧМТ	2,81				
G2	ПТСР	3,03	5480	11366	-0,96	0,337
	КЧМТ	2,95				
G3	ПТСР	2,90	4788	10674	-2,56	0,011
	КЧМТ	2,68				
dCAPS	ПТСР	1,69	5848	11843	-0,1	0,918
	КЧМТ	1,70				
savCAPS	ПТСР	56,07	4628	10514	-2,72	0,006
	КЧМТ	53,02				

Якщо усі шкали кластерів «В», «С», «Е», загальний показник кластера «G», шкала G3 та інтегральний показник «savCAPS», як і у випадку порівняння з респондентами групи ЧМТ, мали вищі показники у представників групи ПТСР ($p \leq 0,05$), то між показниками шкал кластерів «D», «dCAPS», а також шкал G1 та G2 у респондентів груп ПТСР та КЧМТ статистично значущих розбіжностей не було ($p \geq 0,1$).

Враховуючи вказане, на додаткову увагу, на наш погляд, заслуговує саме порівняння показни-

ків, отриманих за методикою CAPS-5, у представників груп ПТСР та КЧМТ. Річ у тім, що не зважаючи на виявлену статистичну значущість відмінностей у показниках багатьох шкал CAPS-5, виявлених при порівнянні даних, отриманих в групах ПТСР та КЧМТ (табл. 3), різниця в абсолютних значеннях середніх цих показників майже непомітна ($\Delta \text{savCAPS} = 3,05$; Δ інших шкал $\leq 1,04$), чого не було зафіксовано при порівнянні груп ПТСР та ЧМТ, а також ЧМТ та КЧМТ. Такі особливості дозволяють припустити, що симптоматологічна структура пси-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення хічного статусу пацієнтів, які страждають на ПТСР, та тих, у кого, крім ПТСР, в анамнезі мали місце коморбідні ЧМТ, майже не відрізняється.

У зв'язку з цим для перевірки гіпотези про однорідність симптоматики, яку фіксують зазна-

чені шкали у пацієнтів з ПТСР та у хворих на ПТСР з коморбідною ЧМТ, був проведений дискримінальний аналіз показників шкал кластерів «D» – когнітивні та емоційні симптоми, та «G» – дистрес або погіршення стану (табл. 4–6).

Таблиця 4. Особистісні значення дискримінального аналізу та канонічна кореляція шкал D та G CAPS-5 представників груп ПТСР та КЧМТ

Функція				Критерій для функцій			
особисте значення	% дисперсії	сумарний %	канонічна кореляція	λ Уїлкса	χ^2	df	p
0,008	100	100	0,088	0,992	1,628	9	0,996

Таблиця 5. Коефіцієнти канонічних дискримінальних функцій та матриця структури шкал D та G CAPS-5 представників груп ПТСР та КЧМТ

Шкала	Критерії рівності групових середніх			Коефіцієнти стандартизованої канонічної дискримінальної функції	Матриця структури	Коефіцієнти канонічної дискримінальної функції
	λ Уїлкса	F	p			
				Функція		
D	1	0,029	0,866	-1,143	-0,131	-0,212
D1	1	0,01	0,919	0,095	-0,079	0,052
D2	1	0,09	0,765	0,833	0,232	0,509
D3	1	0,001	0,973	0,231	-0,026	0,144
D4	1	0,037	0,848	0,627	0,149	0,453
D5	1	0,078	0,78	-0,006	-0,216	-0,004
D6	1	0,04	0,843	0,254	-0,154	0,139
G1	0,997	0,601	0,439	0,779	0,6	0,552
G2	0,999	0,224	0,636	0,403	0,366	0,312

Таблиця 6. Результати класифікацій дискримінального аналізу показників шкал D та G CAPS-5 представників груп ПТСР та КЧМТ

Група	Апріорні вірогідності для груп			Результати класифікації				
	апріорна	спостереження, використані при аналізі		передбачена належність до групи				
		незважені	зважені	ПТСР		КЧМТ		всього
ПТСР	0,5	109	109	абс	%	абс	%	
КЧМТ	0,5	108	108	55	50,46	54	49,54	109
				51	47,22	57	52,78	108

За результатами проведеного аналізу було з'ясовано, що особисте значення дискримінаційної функції є вкрай низьким (0,008), а різниця між значеннями дискримінаційної функції відсутня ($p=0,996$). Графічна візуалізація отриманих результатів (рис. 1, 2) також повністю підтверджує відсутність можливості диференціювати дослідницькі групи, базуючись на показниках шкал D та G.

Результати проведеного дискримінального аналізу вказують на те, що правильно були класифіковані тільки 51,6 % первинних згрупованих спостережень, а це, в свою чергу, повністю підтверджує висунуту гіпотезу про відсутність специфічності показників шкал D та G методики CAPS-5

при порівнянні груп пацієнтів з ПТСР та тих, хто страждає на ПТСР із коморбідною ЧМТ.

Указані результати дають можливість стверджувати, що у пацієнтів із ПТСР та коморбідною ЧМТ однаково виражені симптоми порушень когнітивної та емоційної сфер, дисоціативні симптоми, прояви порушень соціального функціонування та відчуття суб'єктивного дистресу, тоді як симптоми «вторгнення», «уникання», гіперактивації, а також порушення професійної діяльності значуще більшою мірою були виражені у пацієнтів із не обтяженим коморбідною патологією ПТСР.

Порівняння показників, отриманих за методикою CAPS-5 у представників груп ЧМТ та КЧМТ

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення (табл. 7) вказує на те, що усі шкали тесту мали значущо ($p \leq 1,5E-05$) більш великі значення у респондентів групи КЧСМ. Отриманий результат є очіку-

ваним і вказує на важливе місце, яке займають постстресові психопатологічні симптоми у пацієнтів з коморбідною ЧМТ.

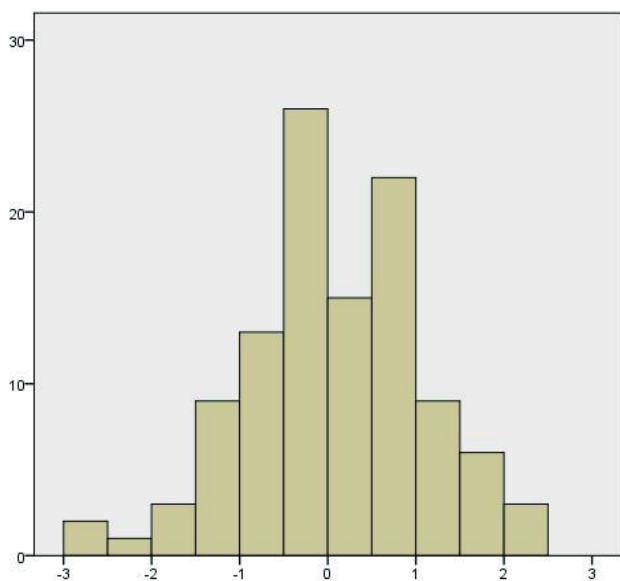


Рис. 1. Канонічна дискримінантна функція для показників шкал D та G методики CAPS-5 групи ПТСР (середнє=0,09; стандартне відхилення=1,011; n=109).

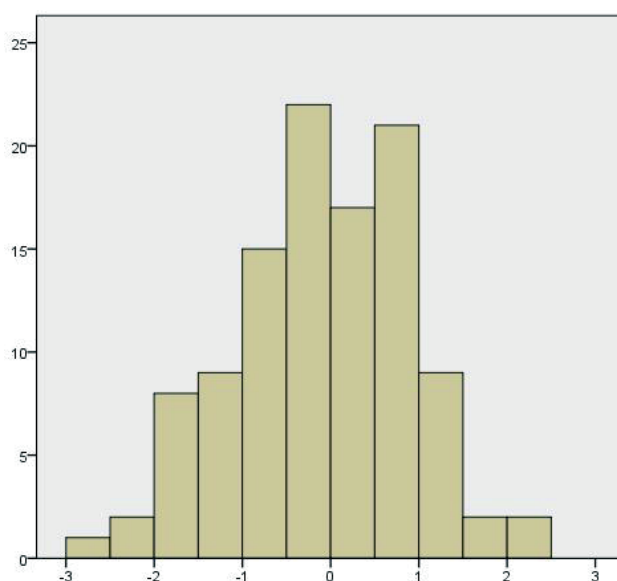


Рис. 2. Канонічна дискримінантна функція для показників за шкалами D та G методики CAPS-5 групи КЧСМ (середнє=-0,09; стандартне відхилення=0,989; n=108).

Таблиця 7. Результати розрахунку критеріїв U Манна – Уїтні, W Вілкоксона та Z Колмогорова – Смірнова для показників шкал методики CAPS респондентів груп ЧМТ та КЧСМ

Шкала	Група	Середнє	U	W	Z	p
	2	3	4	5	6	7
B	ЧМТ	0,81	10	6328	-12,94	2,7E-38
	КЧСМ	13,99				
B1	ЧМТ	0,17	1152	7480	-11,29	1,4E-29
	КЧСМ	2,92				
B2	ЧМТ	0,17	682	7010	-12,33	6,2E-35
	КЧСМ	3,15				
B3	ЧМТ	0,17	960	7288	-11,68	1,7E-31
	КЧСМ	2,98				
B4	ЧМТ	0,14	1845	8173	-10,1	5,6E-24
	КЧСМ	2,55				
B5	ЧМТ	0,13	2006,5	8334,5	-9,729	2,3E-22
	КЧСМ	2,37				
C	ЧМТ	1,52	75	6403	-12,95	2,4E-38
	КЧСМ	6,17				
C1	ЧМТ	0,86	1206	7534	-10,67	1,5E-26
	КЧСМ	3,13				
C2	ЧМТ	0,66	1432	7760	-10,09	6E-24
	КЧСМ	3,03				
D	ЧМТ	2,67	28	6356	-12,84	9,5E-38
	КЧСМ	17,52				
D1	ЧМТ	0,38	3979,5	10308	-4,987	6,1E-07
	КЧСМ	1,78				
D2	ЧМТ	0,42	2028	8356	-9,048	1,5E-19
	КЧСМ	2,74				

1	2	3	4	5	6	7
D3	ЧМТ	0,39	1811	8139	-9,571	1,1E-21
	КЧМТ	2,81				
D4	ЧМТ	0,39	1242	7570	-10,73	7E-27
	КЧМТ	3,06				
D5	ЧМТ	0,41	1401,5	7617,5	-10,35	4,4E-25
	КЧМТ	3,03				
D6	ЧМТ	0,32	2807	9135	-7,568	3,8E-14
	КЧМТ	2,36				
D7	ЧМТ	0,35	4274	10602	-4,325	1,5E-05
	КЧМТ	1,72				
E	ЧМТ	4,25	11	6329	-12,88	5,7E-38
	КЧМТ	15,33				
E1	ЧМТ	0,69	2295	8623	-8,249	1,6E-16
	КЧМТ	2,52				
E2	ЧМТ	0,81	2624,5	8952,5	-7,479	7,5E-14
	КЧМТ	2,48				
E3	ЧМТ	0,78	1209	7537	-10,55	5,1E-26
	КЧМТ	2,99				
E4	ЧМТ	0,66	1760	8088	-9,379	6,7E-21
	КЧМТ	2,78				
E5	ЧМТ	0,75	2581	8909	-7,584	3,4E-14
	КЧМТ	2,52				
E6	ЧМТ	0,55	3674	1002	-5,344	9,1E-08
	КЧМТ	2,01				
G	ЧМТ	1,58	53,5	6381,5	-12,93	3,2E-38
	КЧМТ	8,45				
G1	ЧМТ	0,65	1615	7943	-9,699	3E-22
	КЧМТ	2,81				
G2	ЧМТ	0,45	1155	7483	-10,81	2,9E-27
	КЧМТ	2,95				
G3	ЧМТ	0,47	1638	7966	-9,8	1,1E-22
	КЧМТ	2,68				
dCAPS	ЧМТ	0,19	352	6680	-12,9	4,6E-38
	КЧМТ	1,70				
savCAPS	ЧМТ	9,26	10	6328	-12,84	9,9E-38
	КЧМТ	53,02				

Висновки. Методика CAPS-5 високочутлива не тільки відносно діагностики наявності чи відсутності клінічно окресленого ПТСР, а й дає можливість вивчити особливості психопатологічної структури станів, коли прояви ПТСР поєднуються з коморбідними симптомами перенесеної ЧМТ. При цьому значущих відмінностей, які свідчать про переважання в клінічній картині якоїсь окремої групи психопатологічних симптомів, немає.

Крім того, виявлені під час дослідження особливості клінічної картини дозволяють стверджувати, що у пацієнтів із ПТСР та в тих, у кого ПТСР поєднується з коморбідними проявами перенесеної ЧМТ, вираженість дисоціативних симптомів, симптомів порушень когнітивної та емоційної

сфер майже не відрізняється, тоді як такі специфічні для ПТСР прояви, як то симптоми вторгнення, уникнення, гіперактивації та суб'єктивного дистресу для них є менш характерними. Важливим, на нашу думку, також є той факт, що у пацієнтів з наслідками ЧМТ без коморбідного ПТСР ці симптоми виражені значно меншою мірою.

Перспективи подальших досліджень. Вкрай важливою і, на нашу думку, перспективною для подальшого дослідження особливістю є те, що прояви порушень соціального функціонування як у пацієнтів, що страждають на ПТСР з коморбідною ЧМТ, так і без неї, виражені в рівній мірі, а прояви порушень професійної діяльності є значно більш актуальними для пацієнтів з «необтяженим»

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

черепно-мозковою травмою ПТСР. Можливо це є наслідком більшої фіксації пацієнтів після перенесеної ЧМТ на своєму соматичному стані та житті в майбутньому, на відміну від пацієнтів із ПТСР, які не мають фізичних ушкоджень та не змінили системи пріоритетів і цінностей, в яких професійна діяльність, як і раніше, займає важливе місце.

ЛІТЕРАТУРА

1. Yehuda R. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk / R. Yehuda, L. M. Bierer // *Prog. Brain Res.* – 2008. – Vol. 167. – P. 121–135.
2. Vasterling J. J. Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: perspectives from cognitive neuroscience / J. J. Vasterling, M. Verfaellie, K. D. Sullivan // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – Vol. 29 (8). – P. 674–684.
3. Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review / R. A. Bryant // *J. Clin. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 72 (2). – P. 233–239.
4. The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans / F. W. Weathers, M. J. Bovin, D. J. Lee [et

al.] // *Psychol. Assess.* – 2018. – Vol. 30 (3). – P. 383–395.

5. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції / НЕЙРОNEWS. – 2018. – Т. 3, № 96. – С. 30–31. – Режим доступу: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3\(96\)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3(96)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf).
6. Khaustova O. Mild traumatic brain injury in patients with PTSD / O. Khaustova, O. Smashna // *Eur. Psychiatry.* – 2019 – Vol. 56 (Suppl. 1). – P. 95.
7. Khaustova O. Diagnostic approaches to verification of the mild traumatic brain injury in patients with posttraumatic stress disorder / O. Khaustova, O. Smashna // *Psychiatry Psychother. Clin. Psychol.* – 2019. – Vol. 10 (3). – P. 408–416.

REFERENCES

1. Yehuda, R., & Bierer, L.M. (2008). Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Prog. Brain Res.*, 167, 121-135. DOI: 10.1016/S0079-6123(07)67009-5
2. Vasterling, J.J., Verfaellie, M., & Sullivan, K.D. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: perspectives from cognitive neuroscience. *Clin. Psychol. Rev.*, 29 (8), 674-684. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.08.004
3. Bryant, R.A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry*, 72(2), 233-239. DOI: 10.4088/JCP.09r05072blu
4. Weathers, F.W., Bovin, M.J., Lee, D.J., Sloan, D.M., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., & Marx, B.P. (2018). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol. Assess*, 30 (3), 383-395. DOI: 10.1037/pas0000486

5. Bezsheiko, V.H. (2018). Adaptatsiia shkaly dlia klinichnoi diahnozyky PTSR ta opytuvalnyka "Perelik symptomiv PTSR" dlia ukrainiskoi populiatsii [Adaptation of the scale for clinical diagnosis of PTSD and the questionnaire "List of symptoms of PTSD" for the Ukrainian population]. *НЕЙРОNEWS – NEURONEWS*, 3, 96, 30-31. Retrieved from: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3\(96\)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3(96)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf) [in Ukrainian].
6. Khaustova, O., & Smashna, O. (2019). Mild traumatic brain injury in patients with PTSD. *Eur. Psychiatry*, 56 (1), 95.
7. Khaustova, O., & Smashna, O. (2019). Diagnostic approaches to verification of the mild traumatic brain injury in patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Psychother. Clin. Psychol.*, 10 (3), 408-416.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА, КОМОРБИДНОГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ CAPS-5

©Е. Е. Смашна

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

РЕЗЮМЕ. Вопрос диагностических и лечебных алгоритмов при коморбидности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является достаточно противоречивыми, поскольку симптомы, характерные для ПТСР, не являются специфическими и могут встречаться в рамках других психогенных расстройств.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Цель – изучение наличия ключевых клинико-психопатологических разногласий симптоматической структуры психического статуса пациентов, страдающих ПТСР, и тех, у которых ПТСР сочетался с ЧМТ, для разработки системы фокусированных психотерапевтических мероприятий.

Материал и методы. Материал исследования – 329 военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях: 1 группа – 109 человек с ПТСР; 2 группа – 112 человек с последствиями ЧМТ; 3 группа – 108 человек с ПТСР и коморбидными последствиями ЧМТ.

Результаты. При сравнении показателей шкал у респондентов групп ПТСР и ЧМТ было установлено, что в группе ПТСР были значимо ($p \leq 3E-07$) большие показатели по всем шкалам теста: по комплексному критерию «E» такое преимущество было более чем в 4 раза, по критериям «C» и «G» – более чем в 5 раз, по критерию «B» – более чем в 18 раз. При сравнении результатов, полученных при обследовании групп ПТСР и КЧМТ было установлено, что все шкалы кластеров «B», «C», «E», общий показатель кластера «G», шкала G3 и интегральный показатель «savCAPS», как и в случае с группой ЧМТ, имели более высокие показатели у представителей группы ПТСР ($p \leq 0,05$), то между показателями шкал кластеров «D», «dCAPS», а также шкал G1 и G2 у респондентов групп ПТСР и КЧМТ статистически значимых различий не было ($p \geq 0,1$).

Выводы. Методика CAPS-5 показала высокую чувствительность не только в отношении диагностики ПТСР, но и к изучению особенностей психопатологической структуры коморбидных состояний. При этом значимых различий, которые свидетельствуют о преимуществе в клинической картине какой-то отдельной группы психопатологических симптомов, нет.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: посттравматическое стрессовое расстройство; черепно-мозговая травма; коморбидная ПТСР; чрезвычайные ситуации; боевые действия.

DETERMINING THE PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE'S FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER COMORBID WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY, USING THE CAPS-5 SCALE

©O. Ye. Smashna

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. The issues of diagnostic and treatment algorithms for comorbidity of PTSD and TBI are quite controversial, as the symptoms inherent in PTSD are not specific and can occur in other psychogenic disorders.

The aim – to study of the presence of key clinical and psychopathological differences in the symptomatic structure of the mental status of patients with PTSD and those in whom clinically defined PTSD was combined with comorbid trauma, which may be the basis for further development of a system of specific focused psychotherapeutic measures.

Material and Methods. Material of the study – 329 servicemen who took part in hostilities: 1 group – 109 people (33.1 %) with PTSD; Group 2 – 112 people (34.0 %) with the consequences of trauma; 3rd group of TBI – 108 people (32.8 %) with PTSD with comorbid consequences of TBI.

Results. When comparing the indicators of the scales in the respondents of the PTSD and TBI groups, it was found that the respondents who made up the PTSD group had significantly ($p \leq 3E-07$) higher scores on all test scales: according to the complex criterion "E" such an advantage was more than in 4 times, according to criterion "C" and "G" – more than 5 times, according to criteria "B" – more than 18 times.

When comparing the results obtained in the survey of PTSD and KCHMT groups, it was found that all scales of clusters "B", "C", "E", the total cluster "G", the scale G3 and the integrated indicator "savCAPS", as in the case compared with the respondents of the TBI group, had higher rates in the PTSD group ($p \leq 0.05$), then between the indicators of the cluster scales "D", "dCAPS", as well as scales G1 and G2 in the respondents of the PTSD groups and CSFM statistically significant differences was not ($p \geq 0.1$).

Conclusions. The CAPS-5 technique showed high sensitivity not only to the diagnosis of the presence or absence of clinically delineated PTSD, but also to study the features of the psychopathological structure of conditions when the manifestations of PTSD are combined with comorbid trauma. At the same time there are no significant differences which testify to advantage in a clinical picture of any separate group of psychopathological symptoms.

KEY WORDS: post-traumatic stress disorder; traumatic brain injury; comorbid PTSD; emergencies; combat.

Отримано 26.04.2021