

**ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна**

д-р мед. наук, професор,
ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи
та моніторингу наркотиків МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0003-0358-7786

ХАУСТОВА Олена Олександрівна

д-р мед. наук, професор,
Національний медичний університет
ім. О. О. Богомольця
ORCID ID: 0000-0002-8262-5252

СИНІЦЬКА Тетяна Віталіївна

канд. психол. наук,
ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи
та моніторингу наркотиків МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0001-9575-2878

САЛДЕНЬ Вікторія Ігорівна

д-р філос. з медицини,
ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи
та моніторингу наркотиків МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0001-9485-0329

ЗДОРИК Ірина Федорівна

канд. мед. наук,
ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи
та моніторингу наркотиків МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0002-1595-929
Україна

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

Війна – одна з найтрагічніших подій у житті будь-якого суспільства, наслідки якої відчуються не тільки населенням, що залучено до військових подій, але й наступними поколіннями (нащадками жертв), які, в свою чергу, успадковують війсьну травму¹.

¹ Нестайко І. Вплив воєнних конфліктів на психіку людини (польський досвід) / Нестайко І. // Збірник тез І Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки» (до 35 роковин аварії на Чорнобильській АЕС), 22-23 квітня 2021 року. – Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2021. С. 44–46. (Психологічна і соціальна адаптація та реабілітація жертв воєнних конфліктів і техногенних катастроф).

Вплив війни на державу й громадян є стресовим, багаторівневим, трагічним та надскладним (рис. 1).

До стресових факторів воєнного впливу на державу та суспільство відносять:

Біологічні:

- власне поранення (зокрема, поранення, яке призвело до втрати кінцівки);
- свідок трагічних подій;
- масова загибель учасників воєнних подій;
- поява нових та загострення хронічних психічних і соматичних захворювань;
- тривале перебування в екстремальних умовах (відсутність умов для нормальної життєдіяльності, депривація сну, екстремальні середовищні температурні режими, відсутність або нестача води, їжі тощо);
- полон, катування.

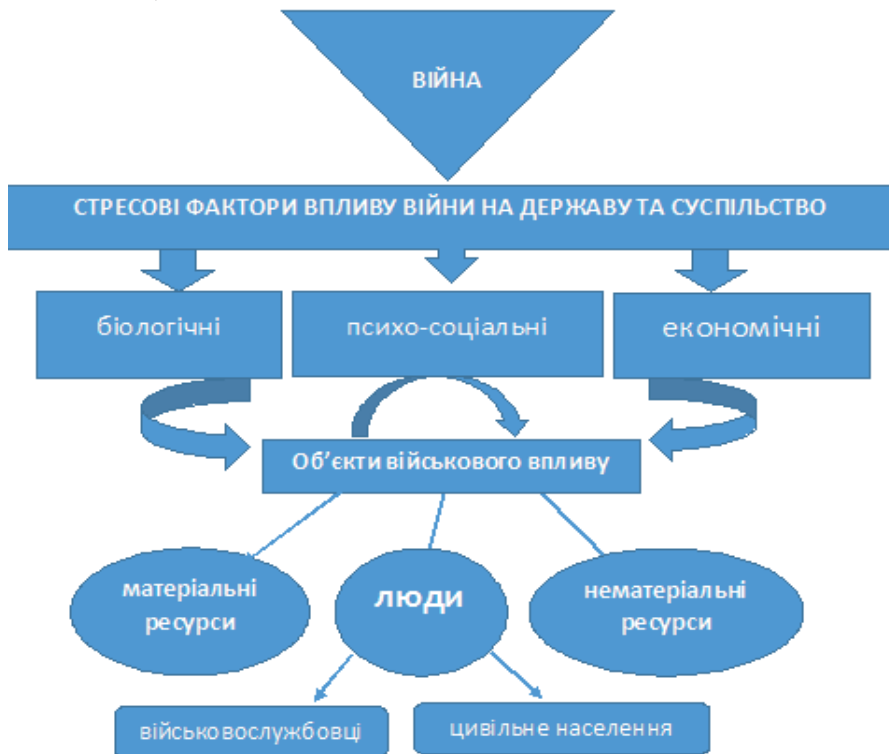


Рис. 1 Вплив війни на державу та суспільство

Психосоціальні:

- постійне відчуття жаху, тривоги, безпорадності;

- неможливість вплинути на ситуацію;
- зниження якості життя й комунікаційних ресурсів упродовж тривалого часу;
- тривала розлука з родиною;
- невизначення майбутнього;
- вимушене переміщення.

Економічні:

- втрата житла, заощаджень;
- втрата роботи, державної підтримки;
- руйнування медичного, соціального, логістичного забезпечення тощо².

Дуже важливо зазначити негативні демографічні наслідки як прояв багаторівневого воєнного впливу на суспільство. По-перше, війни збільшують рівень інвалідизації зі зростанням кількості людей, які зазнали постійної фізичної та психологічної шкоди. По-друге, конфлікти ведуть до порушень статево-вікової структури населення, сприяючи значним змінам у процесі його відтворення. По-третє, конфлікти є причиною значних масштабів внутрішнього й зовнішнього переміщення людей, які змушені залишати свої домівки з метою уникнення прямих (втрата життя, шкода здоров'ю) та опосередкованих (бідність, голод та хвороби) наслідків збройного насилля. Водночас, міграції, спричинені збройною агресією, набувають великих масштабів. Окрім того, за статистикою понад половину (51 %) біженців становлять люди віком до 18 років, тобто діти і молодь³. У відповідності до матеріалів Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй (УВКБ ООН) у справах біженців, станом на 02 серпня 2022 р. з України виїхало 10 350 489 осіб. Транскордонні переміщення, які не можуть вважатись підтвердженням стійкого повернення, склали 3 793 403 особи. Водночас, за даними УВКБ ООН і Міжнародної організації з міграції, 4 272 233 особи станом на 02 серпня 2022 р. стали внутрішньо переміщеними особами, а постійну роботу втратили до 15 млн наших співвітчизників⁴. Тобто, війна призводить до постійних негативних змін у житті та психіці як військових, так і цивільного населення, які зазнали руйнівної психічної та/або фізичної шкоди й змушені приймати нову реальність.

2 Н.В. Коваленко, О.С. Осуховська, О.О. Хаустова (2021). Структурований феноменологічний аналіз розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. Scientific trends: modern challenges. California, USA, (GS publishing services Sherman Oaks). Vol. 1, 107-114. DOI: 10.51587/9781-7364-13302-2021-003-107-114

3 Pawłowski K., Konflikty zbrojne w późnowestfalskim środowisku międzynarodowym, [w:] Późnowestfalski ład międzynarodowy, M. Pietraś, K. Marzęda (red.), Lublin 2008.

4 Код доступу: https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine#_ga=2.125334026.1875361295.1659978308-1101540044.1659978308

До розповсюджених психофізіологічних реакцій людини на воєнні події як надпотужний стресорний фактор, належать:

- тривога, страх;
- гнів, роздратованість;
- фізичне збудження, плач;
- втрата контролю над власним станом, емоціями, поведінкою;
- зниження концентрації уваги;
- відчуття провини, сорому.

Безумовно, все населення потенційно знаходиться у зоні ризику погіршення психічного здоров'я в умовах воєнних дій. Однак, науковці підкреслюють, що війна чинить виражений негативний вплив більше на жінок, ніж на чоловіків, які значною мірою схильні до таких короточасних проблем із психічним здоров'ям, як шок, тривога та порушення сну, що у перспективі може стати тригером емоційних розладів, депресій та посттравматичного стресового розладу⁵. Особливо чутливими до вищенаведених порушень є жінки, що мають дітей, а також підлітки та вагітні⁶. Жінки із менш розвинених країн є більш вразливі до воєнних подій, у порівнянні з тими, що проживають у країнах з більш високим рівнем розвитку.

Вельми важливою постала в Україні з 24 лютого 2022 р. проблема психічного здоров'я населення, зокрема комбатантів, в умовах активних бойових дій внаслідок вторгнення росії на територію нашої країни. Питання психічних порушень і розладів, викликаних трагічним впливом війни на людей, є предметом вивчення психіатрів, медичних психологів не одно десятиріччя. Так, психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20–70 % осіб, які беруть участь в збройних конфліктах та в 3–4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади у військових, порівняно з цивільним населенням. Зокрема, близько 50 % військових національної гвардії США, які повернулись із зон бойових дій, страждають на психічні розлади. Згідно з даними, опублікованими в «U.S.Army military News» у 2009 р., третьою за частотою серед причин смерті діючих комбатантів був суїцид. При цьому близько 70 % суїцидальних дій асоціюються з проблемами міжособистісних відносин колишніх військовослужбовців з оточуючими після повернення

5 Syadani Riyad Fatema, Md. Shahidul Islam, Leah East, Kim Usher Women's health-related vulnerabilities in natural disasters: a systematic review protocol. 2019. №9(12): e032079 P. 1-5. DOI:10.1136/bmjopen-2019-032079.

6 Céline M Goulart, Amber Purewal, Humaira Nakhuda, Anita Ampadu, Amanda Giancola, Jean-Luc Kortenaar, Diego G Bassani Tools for measuring gender equality and women's empowerment (GEWE) indicators in humanitarian settings. 2021. № 39. P. 1-16. doi: 10.1186/s13031-021-00373-6.

із зони бойових дій – «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісний значущий чинник і фактор, який зумовлює втрати громадського здоров'я»⁷.

В свою чергу, до найбільш часто діагнованих психопатологічних наслідків впливу воєнних дій на населення належать (за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям XI перегляду (МКХ-11)):

- гостра реакція на стрес F43.0;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) F43.1 (гострий або хронічний перебіг);
- депресивний розлад;
- тривожний розлад;
- розлади адаптації;
- психосоматичні розлади;
- загострення існуючих психічних хвороб;
- розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин⁸.

Такими, що найчастіше діагностуються у жертв війни є гостра реакція на стрес (F43.0) і ПТСР (F43.1).

Під час гострої реакції на стрес (ГРС) симптоми зберігаються до одного, а під час ПТСР – більше одного місяця. Щодо відстроченої реакції на стрес (відстрочений ПТСР) симптоми з'являються після трьох, шести місяців, іноді через кілька років.

Гостра реакція на стрес (F43.0) відноситься до розвитку минулих емоційних, когнітивних і поведінкових симптомів у відповідь на винятковий стрес (такий, як надзвичайний травматичний досвід), який тягне за собою серйозну шкоду або загрозу безпеці та фізичної цілісності людини, або близьких йому людей (наприклад, природні катастрофи, нещасні випадки, воєнні дії, розбійні напади, зґвалтування); а також несподівані і небезпечні зміни в соціальному становищі та/або оточенні індивіда (втрата своєї сім'ї в результаті стихійного лиха тощо). Симптоми розглядаються як нормальний спектр реакцій, викликаних крайньою тяжкістю стресора, та зазвичай виявляються протягом періоду від декількох годин до декількох днів від

7 С.І. Шкробот, О.П. Венгер / Психічні розлади, асоційовані з когнітивними порушеннями у пацієнтів, які пережили надзвичайні ситуації / Архів психіатрії 4 (79)' 2014. – С. 50-53.

8 Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, Н. О. Марута [та ін.]. – Харків: «ДУ ІНПН НАМН України», 2014. – 79 с.

впливу стресових стимулів або подій, і, як правило, починають слабшати протягом тижня після цієї події чи після усунення загрозової ситуації.

Так, до проявів ГРС належать:

- переживання важкого психічного або фізичного стресу;
- розвиток симптомів розпочинається безпосередньо протягом години;
- різні ступені вираженості напруги тривожності та вегетативних проявів, а у більш важких випадках: звуження уваги, очевидна дезорієнтація, гнів, агресія, відчай, безглузда гіперактивність;
- при усуненні стресу симптоми редукуються не раніше, ніж через 8 годин, при збереженні стресу – через 48 годин;
- відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу (крім тривожного).

ГРС пов'язана із впливом фактора несподіваності та раптовості, маючи три періоди розвитку гострої ситуації, кожний з яких потребує різних рівня інтервенцій.

1. Перший гострий період ГРС характеризується загрозою власному та життю близьких, що виникла раптово, триває від початку впливу до організації рятувальних заходів (це можуть бути хвилини або години). Потужний екстремальний вплив стосується в цей момент здебільшого життєвих інстинктів (самозбереження) і зумовлює розвиток неспецифічних, неособистісних психогенних реакцій, в основі яких – страх різної інтенсивності.

2. У другому періоді, перебіг якого припадає на розгортання рятувальних робіт, починається життя за екстремальних умов. У цей час на формування станів дезадаптації та психічних розладів здебільшого впливають особливості особистості постраждалого, а також усвідомлення ним не лише небезпеки, яка ще триває, а й можливості появи нових стресових факторів, зокрема, втрата рідних, дому, майна, розз'єднання сім'ї.

3. У третьому періоді, що починається вже після евакуації постраждалих до безпечних районів, у багатьох з них відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінюються власні переживання та відчуття.

ПТСР (F 43.1) – це розлад, який розвивається після впливу екстремальних загрозливих або жахливих подій чи серії подій. Він характеризується:

1) повторним переживанням травматичної події в теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;

2) уникненням думок і спогадів про подію або уникненням діяльності або ситуацій, що нагадують подію;

3) станом суб'єктивного відчуття збереження загрози у вигляді гіпернастороженості або посилених реакцій переляку. Симптоми повинні тривати не менше декількох тижнів і викликати значне погіршення функціонування.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 8 % чоловіків та 20 % жінок, які пережили важкі події, мають посттравматичні стресові розлади чи порушення⁹. Прояви ПТСР з'являються через щонайменше 4 тижні після травматичної події.

Вони можуть виникати як у військових, котрі беруть участь у бойових діях, так і у цивільних громадян, які стали свідками смертей, руйнувань, поранень та перебували в небезпеці.

Факторами ризику розвинення ПТСР також є втрата на війні рідних, друзів, побратимів, свідчення або участь у вбивствах людей. Особистість з ПТСР може переживати відчуття провини за те, що залишилась живою, несподівані напади люті та агресії, перебувати в постійній депресії та сприймати життя як постійну чорну смугу.

Окрім того, ПТСР може ускладнюватись важкими психічними та\або соматичними наслідками, зокрема:

- посиленням всіх наявних симптомів;
- самотністю;
- алкогольною або наркотичною залежністю;
- деменцією;
- серцево-судинною патологією;
- суїцидом.

Ураховуючи психопатологічні реакції постраждалих від воєнних подій, необхідність проведення психопрофілактичних заходів для попередження подальшого погіршення та ускладнення психічних станів таких осіб й спираючись на досвід як вітчизняних, так і зарубіжних медико-психологічних програм, нами розроблені та впроваджені етапні заходи під час надання медико-психологічної та психіатричної допомоги постраждалим внаслідок війни¹⁰:

⁹ Код доступу: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>.

¹⁰ Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т / Амер.-укр. мед. фундація; пер. з англ.: Т. Охлопкова, О. Брацюк;. – Київ : Наш Формат, 2017. Т. 2. – 2017. – 546 с.

I Загально-фізіологічна підтримка (надається соціальними працівниками, медичними, соціальними або практичними психологами, небайдужими громадянами), яка включає:

- задоволення базових потреб;
- надання першої психологічної допомоги;
- актуальна оцінка психологічного стану;
- моніторинг психологічного стану;
- стимулювання стресостійкості.

II Освітні заходи:

- поширення виключно достовірної інформації
- обмежений доступ до новин вражаючого негативного характеру;
- проведення психологічних консультацій.

III Медико-психологічна й спеціалізована психіатрична допомога:

- первинний розподіл постраждалих із скаргами або наявним патологічним станом
- проведення медичного огляду
- лікування та реабілітація (власне психофармакологічне та психотерапевтичне втручання).

Безумовно, III етап надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги відноситься до компетенції медичних вишів та/або профільних спеціалізованих медичних установ, бригад, відповідних фахівців (психіатрів, психотерапевтів, медичних, соціальних або практичних психологів), до яких направляються постраждалі.

Для диференційованого підходу у наданні медико-психологічної допомоги особам, які потерпають від воєнних дій, доцільно застосовувати їх первинне сортування в залежності від психопатологічних проявів, основні принципи якого зображені у таблиці 1¹¹.

Таблиця 1

Розподіл на групи населення, постраждале через воєнні дії

Група	Назва	Ознаки, які притаманні групі
1	2	3
I	жертви	больовий шок, гострі психічні реакції
II	постраждалі	почуття втрати, стан оглушення, реакція уникнення, психосоматичні прояви, шок (ступор, тремор, рухові порушення), зворотна реакція (приплив сил)

¹¹ Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.

Продовження табл. 1

1	2	3
III	очевидці	афективні реакції, мовна активність, пошук винних у події
IV	спостерігачі	прояв афективних реакцій (рідко)

Психологічної допомоги потребують всі перелічені групи людей. Для III–IV груп постраждалих ефективним є застосування психолого-педагогічного методу – дебрифінгу, який був розроблений американським психологом Дж. Мітчелом в 1983 році для працівників «небезпечних професій» (рятувальники, поліцейські, пожежники, військовослужбовці під час бойових дій, та ін.). Нами було застосовано саме цей метод впливу, як найбільш адекватний в умовах війни, при розробці етапної програми надання допомоги населенню.

Дебрифінг – це ефективна кризова інтервенційна методика, груповий метод дискусії під керівництвом підготовленого професіонала, призначена для того, щоб допомогти учасникам кризового інциденту впоратися з потужними психічними наслідками трагічних ситуацій¹², а також виробити навички¹³, які необхідні в разі повторного зіткнення з подібною кризою. Дебрифінг відноситься до заходів екстреної психологічної допомоги і оптимальний час для його проведення – не пізніше 48 годин після травмивної події¹⁴.

Мета дебрифінгу – мінімізація психологічних страждань.

Завдання:

1. **«Опрацювання»** негативних вражень, реакцій і почуттів.
2. **Когнітивна організація** переживання досвіду: усвідомлення травматичної події, реакцій та симптомів.
3. **Зниження** індивідуального та групового напруження.
4. **Зменшення** уявлень про унікальність та патологічності власних почуттів і реакцій.
5. **Нормалізація** станів (самопочуття): поява можливості обговорити кризову ситуацію та поділитися один з одним своїми переживаннями.

12 Лесков В. О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2006. Т. VIII, вип. 3. С. 191–197.

13 Паронянц Т. П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.06. Х., 2004. 18 с.

14 Хуртенко О. Дебрифінг як метод соціально-психологічної реабілітації учасників воєнних дій / Вісник Національного університету оборони України 3 (46) /2015. С. 333–337.

6. **Мобілізація** внутрішніх і зовнішніх ресурсів та посилення групової підтримки, солідарності і розуміння.

7. **Підготовка** до переживання симптомів або реакцій, які можуть виникнути через кілька днів або тижнів.

8. **Визначення** засобів подальшої допомоги у разі необхідності та інформування учасників групової дискусії, куди і до кого можна звернутися у разі потреби.

Крім того, вкрай актуально й важливо було проводити батькам і медичним психологам серед дітей такі профілактично-підтримуючі заходи для зниження ризику проявів ГРС та ПТСР та сприяння зціленню, якщо ознаки розладу вже мають місце:

- забезпечити (відновити) почуття безпеки;
- залучати дитину до фізичної активності (фізкультура, танці, регулярні прогулянки на свіжому повітрі тощо);
- відновити режим дня, наскільки це можливо (навчання в школі, якщо це доступно; виконання певних завдань; рухова активність; вчасний сон тощо), що відновляє у дітей почуття захищеності, ресурс та надію на повернення до звичайного, мирного життя;
- надавати дитині почуття єдності та підтримки (у першу чергу – з боку батьків або осіб, які їх замінюють): дитина має знати, що близькі люди поруч і вони її люблять; важливими тут будуть також безпечний тілесний контакт – обійми з близькими дорослими, тримання за руку тощо;
- вислуховувати дитину, коли вона хоче поговорити, отримати відповіді на свої запитання;
- дозволити дитині висловлювати свої емоції та почуття (не можна говорити «не згадуй цього» або «забудь про це» – навпаки, важливо надати можливість максимально висловитися та виявити емоції);
- пояснювати дитині те, що сталося: правдива інформація, доступними для віку словами, розуміння ситуації в цілому та причин того, що відбулося, є важливою і працює за для зцілення;
- залучати дитину до соціальної активності: спілкування з однолітками, волонтерської діяльності в громаді, доступної віку тощо;
- скеровувати агресію дитини та формувати здорові поведінкові рамки: попри те, що дитині може бути важко справлятися з емоці-

ями, вона повинна розуміти, що кривдити інших, слабших або тварин – недопустимо;

- надати доступ дитині до професійної психологічної/психотерапевтичної допомоги: фахівці підкажуть дитині та батькам, справлятися з емоціями, навчитися релаксації, контролювати негативні спогади тощо, що допоможе попередити або зупинити розвиток ПТСР¹⁵.

Слід зазначити, що своєчасною стала розробка Міністерством освіти і науки України Методичних рекомендацій «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій», у яких представлені диференційовані Протоколи надання першої психологічної допомоги постраждалим від воєнних подій, що мають різні психопатологічні реакції й стани¹⁶. Зокрема, Методичні рекомендації містять інформацію з наступних питань:

- перша психологічна допомога: загальна характеристика об'єкту, етапів і психологічних заходів;
- порушення психічних процесів та ознаки, надання першої психологічної допомоги;
- протоколи надання першої психологічної допомоги під час переживання негативних психічних реакцій та станів;
- протоколи надання першої психологічної допомоги людині з ознаками:
- агресивної поведінки ступору, апатії, рухового збудження, дезорієнтації, страху, паніки, нервового тремтіння, галюцинацій та марення, плачу, істерики, горя (гострої реакції на загибель близької людини, психогенний шок), незакінченого суїциду;
- алгоритм телефонного консультування;
- інформація про психологічну допомогу в умовах війни обласних центрів психологічної служби.

Впровадження зазначених методичних рекомендацій значно підвищить ефективність підготовки відповідних фахівців для надання первинної психологічної допомоги постраждалим від військових дій.

Аналіз причин формування ГРС та ПТСР дозволяє стверджувати, що розвиток незворотних особистісних змін та затяжних стресових розладів в значній мірі пов'язаний з певними недоліками організації психіатричної допомоги в умовах воєнних дій. Накопичений донині досвід психіатрії вказує на необхідність вдосконалення психіатричної допомоги

15 URL : <https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder>.

16 URL : <https://mon.gov.ua/ua/news/metodichni-rekomendaciyi-persha-psihologichna-dopomoga-algoritm-dij>

в сучасних умовах війни в Україні¹⁷. Загальновідомо, що ефективність медико-психологічної та психіатричної допомоги значно підвищується із застосуванням також і профілактичних заходів, особливо в умовах бойових дій, які повинні включати просвітницьку роботу як серед професіоналів (лікарів, соціальних робітників, психологів, рятувальників тощо), так і усіх верств населення (волонтерів тощо). Тому, проведення заходів первинної психопрофілактики (психоосвіти зокрема) серед постраждалих дозволило забезпечити їх мінімальними психологічними навичками, чим запобігти подальшого розвитку й ускладненню патологічного стану в умовах надзвичайного багатофакторного стресу й направити даних осіб до відповідних спеціалістів. Так, розроблена нами програма складалася з 3-х блоків: 1) психологічний (первинне психологічне консультування, загально-фізіологічна підтримка, психоосвітні заходи щодо реагування на психотравмуючі воєнні події); 2) соціальний (навички отримання медичної, психологічної, соціальної допомоги, формування безпеки тощо); 3) психіатричні (психотерапевтичні, психоосвітні, психопрофілактичні, психофармакологічні заходи). Програма була реалізована за умов безпосереднього звернення населення (104 особи) за психологічною й медичною допомогою до профільних фахівців та сімейних лікарів із застосуванням телемедичних заходів на базі поліклінічного відділення клінічної лікарні Солом'янського району м. Києва. Протягом березня – травня 2022 року 104 пацієнти з ознаками ГРС, адаптаційними, психосоматичними розладами та різного ступеню вираженості ПТСР з чітко визначеною тривогою, пов'язаною з фабулою воєнних подій, без попередніх психіатричних діагнозів отримали психологічну, соціальну, медико-психологічну, психіатричну допомогу, завдяки чому в них були знижені показники ситуативної та особистісної тривоги (як одного з головних проявів діагностованих порушень і розладів), що визначались за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна¹⁸ у порівнянні з пацієнтами, які були поставлені у короткий лист очікування (із застосуванням лише психофармакотерапії). Так, кількість респондентів з клінічними значеннями особистісної тривоги знизилась з 20,5 % до 11,8 % (12 осіб), а ситуативної з 56,8 % до 8,8 % відповідно, що, в свою чергу, дозволило їм адекватно адаптуватися до нових воєнних умов та дещо

17 Davidson J., Kudler H. Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder// American Journal of Psychiatry, 150(7):1024-9, 1993a.

18 Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.– Самара: БАХРАХ-М, 2000. 672 с.

покращити якість життя. Також у більшості випадків відмічалась редукція симптомів психічних порушень і розладів.

Таким чином, застосування розробленої нами програми надання медико-психологічної і психіатричної допомоги постраждалим від воєнних дій громадянам України сприяє запобіганню ускладненню психопатологічних станів, скорішому одужанню та адаптації до нової реальності.

DOI: 10.51587/9781-7364-13395-2022-008-157-169

Valerii BOYKO

MD, professor, academician AMSU,
State Institution «Zaycev V.T. Institute
of general and urgent Surgery National Academy of Medical
Sciences of Ukraine»; Kharkiv National Medical University
(KhNMU).

Vasyl KRITSAK

MD, State Institution «Zaycev V.T. Institute
of general and urgent Surgery National Academy of Medical
Sciences of Ukraine».

Petro ZAMIATIN

MD, professor,
State Institution «Zaycev V.T. Institute
of general and urgent Surgery National Academy of Medical
Sciences of Ukraine», KhNMU.

Denis ZAMIATIN

MD, Kharkiv National Medical University.

Yuriy BUNIN

Military Medical Clinical Center of the Northern Region of the
Ministry of Defense of Ukraine.

CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF PURULOUS POST-TRAUMATIC MEDIASTITIS ON THE BACKGROUND OF FIRE PENETRATING WOUNDS OF THE CHEST

Local wars and armed conflicts that have occurred in the world in recent decades have shown the important role of providing emergency surgical care in the treatment of chest wounds with modern firearms¹.

¹ Selected lectures on military field surgery / Ed. Prof. V. V. Boyka, prof. V. M. Lisovoy, prof. V.V. Makarova – Kharkiv, "NTMT", 2018. 212 p.; Molina D. K. Gunshot wounds: a review of firearm type, range, and location as pertaining to manner of death / J. Forensic Med. Pathol. 2013, No. 34 (4). R. 366-371.