

Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно врахувати при наданні медичної допомоги?

О.С. Чабан, О.О. Хаустова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Анотація. Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відмічається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я. Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й в поєднанні з ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади. У середньому поширеність посттравматичних стресових розладів (ПТСР) і депресії як серед біженців, так і серед населення, яке залишилося в зоні конфлікту, зіставна та сягає до 30%. ПТСР зазвичай співіснує з іншими формами психопатології, і 90% тих, хто пережив ПТСР, мають принаймні одне супутнє захворювання протягом життя. Найбільш поширеними супутніми захворюваннями є депресія, зловживання алкоголем або залежність, інші тривожні розлади, а також психосоматичні порушення. Значущими є міжпоколінні дистресові наслідки війни, коли особливо уразливими контингентами стають жінки та діти, що свідчить про необхідність тривалого родинного медико-психологічного супроводу та реабілітації постраждалих родин. Перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація. Ранні діагностичні та лікувальні втручання можуть знизити поширеність ПТСР серед тих, хто зазнав психічної травматизації. Саме тому найбільший тягар та найбільша відповідальність знову лягають на плечі первинної ланки медичної допомоги. При зверненні за первинною медичною допомогою з будь-якого приводу рекомендовано проводити оцінювання наявності ознак ПТСР для всіх, хто пережив травматичну подію (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо). Ведення станів, пов'язаних із гострим стресом, ПТСР і горем, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я проводиться відповідно до спеціального посібника з надання такої допомоги (Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, v. 1.0), розробленого в рамках Програми дій Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я. Пошук можливих ранніх предикторів виникнення ПТСР та ефективних стратегій ранніх втручань одразу після дії психічної травми є одним із ключових аспектів сучасної психіатрії та медичної психології. Однією з останніх розробок є запобігання ПТСР за допомогою короткострокового психологічного втручання в перші кілька годин після травми, а саме «когнітивна блокада» травматичних образів. В Україні має застосовуватися цілісна система трансдіагностичних медико-психологічних травмофокусованих методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації постраждалого від дистресу війни населення, що включають управління проблемами плюс інтегральний підхід до подолання стресу. Нагальним питанням постало навчання медиків усіх рівнів медичної допомоги виявленню та ефективній роботі з постраждалими і особливо — ефективній реабілітації.

Ключові слова: дистрес війни, цивільне населення, стресорні розлади, посттравматичний стресовий розлад, медична допомога, комплексна реабілітація.

Актуальність проблеми

Понад 170 млн людей у всьому світі нині постраждали від збройних конфліктів. Серед них понад 70 млн тих, які примусово переміщені в межах своїх країн як внутрішньо переміщені особи або в інші країни як біженці [1–5]. У цій ситуації особливого характеру для постстресового реагування та розладів набувають колективні травми. Наразі у світі відбулася зміна у воєнних діях від традиційних транскордонних воєн під проводом військ до воєн, зосереджених на місцевих громадах і цивільних особах, роблячи їх більш вразливими та залученими у війну [3–6]. Значно зросла тотальність військових конфліктів за кількістю країн, які беруть у них участь, залученого у війни населення та охопленої війнами території. Тренд Індексу інтенсивності війн (інтегральний показник, розрахований Питиримом Сорокіним*) з кожним століттям зростає (табл. 1).

Таблиця 1. Індекс інтенсивності війн за П. Сорокіним

Століття	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
Індекс інтенсивності війн	18	24	60	100	180	500	370	120	3080

*Питирим Сорокін, який емігрував після революції до США, розробив «Індекс інтенсивності воєн» для 8 європейських держав за 9 століть (з 1100 до 1925 р.). Індекс обчислювався з урахуванням таких даних, як тривалість воєн, обсяги застосування збройних сил, кількість убитих і поранених, залучених у війну країн тощо.

Як наслідок, відбулося збільшення кількості загиблих серед цивільного населення з 5% на рубежі XIX ст. до 15% під час Першої світової війни, 65% до кінця Другої світової війни і до понад 90% у війнах 1990-х років, уражаючи більше дітей, ніж солдатів [4, 5]. За аналізом даних 193 країн, війни, найінтенсивніша форма зброй-

них конфліктів, були пов'язані з підвищенням стандартизованої за віком смертності цивільного населення від усіх причин у середньому на 81,5 на 100 тис. населення, що дорівнювало близько 29,4 млн випадків смерті в період 1990–2017 рр. Інфекційні, материнські, неонатальні хвороби, розлади харчування (21,0 млн випадків смерті), неінфекційні захворювання (6,0 млн) та травми (2,4 млн) зумовили збільшення кількості випадків смерті серед цивільного населення, пов'язаних із війнами. Оцінки ефекту були непропорційно вищими для дітей віком до 5 років, незалежно від причини смерті. Після початку війни підвищення смертності зберігалося протягом 2 років для смертності від усіх причин і 3 років для смертності від травм [7].

Збройні конфлікти, примусове переміщення та пов'язані з ними негаразди, такі як бідність, безробіття та соціальна ізоляція, значно підвищують уразливість до психосоціального стресу та поширеність психічних розладів (включаючи депресію, тривогу, постстресові розлади тощо) серед населення, що постраждало від конфлікту, що перевищує 20% [8–11]. Відповідно до аналізу наслідків стресу війни, який охоплював військові конфлікти у світі за період 1989–2015 рр., співвідношення вимушено переміщених осіб та глобальної чисельності тих, хто пережив війну, становило 60:1. Автори зробили висновок, що абсолютна кількість тих, хто пережив війну, які не мігрують і мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресію, у багато разів більша за таку біженців, у яких відмічають ці розлади [12].

На відміну від традиційних воєн, у сучасних збройних конфліктах відмічається постійне нехтування Міжнародним гуманітарним правом та Женевською конвенцією [13], що створює ситуації загальної недовіри та розуміння ненадійності сучасних міжнародних гарантій безпеки. Ми пересвідчилися в тому на власному прикладі, коли ціль бойових дій російських військ не обмежується військовими, а масово включає цивільних осіб. Гібридні військові стратегії, дистанційна війна та використання безпілотних літальних апаратів, проксі-винищувачів, масивна пропаганда та дезінформація, спрямована на створення панічного настрою, розгубленості, страху та недовіри тощо, являють собою обличчя сучасної війни [13], що загрожує, калічить та забирає життя цивільного населення України.

Індивідуальна та колективна психотравма

Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду». Для окремих груп українців ця ситуація є гіперекстремальною: внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку і дії, можуть спричиняти небезпечні наслідки. Гіперекстремальними можна вважати несподівану втрату близької людини, полон, тортури, насильство (особливо якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи травмуванні тощо [1, 2, 21].

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. Колективна травма — це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Причини колективних травм: війни; геноцид у різних ви-

явах; катастрофи (техногенні та гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороти (державні та військові); депортація або вигнання великих груп людей (наприклад за етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні та інші репресії; терористичні акти, що викликали суспільний резонанс; вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів [14]. Колективна травма не обмежена в просторі, розтягнута в часі й охоплює як прямих, так і непрямих учасників подій травматизації, але об'єднаних єдиною територією, культурою, ментальністю та міжінституціональними взаємодіями. Ряд досліджень колективної травми свідчить про її велике значення не лише для покоління, яке пережило цю травму, але і для наступних поколінь. Так, за даними П.П. Горностай (2015):

- *Вамік Волкан (Volkan, 1997)* створив психологічну концепцію «вибраної травми», досліджував трансгенерацію травми, розробив терапевтичний підхід до феноменів примітивних психічних станів, розкрив соціально-психологічні корені тероризму, які пов'язані з такими груповими характеристиками, як групова гордість, груповий нарцисизм та іншими груповими проявами;
- *Гілард Хірчбергер (Hirschberger, 2018)* вивчав концепцію колективних травм у зв'язку з концепцією *смисли*, які дозволяють соціальним групам перевизначати, хто вони і куди вони йдуть. Розводив смисли, які є значущими для жертви, і смисли агресора, що полягають у загрозі втрати ідентичності, яка долається шляхом заперечення історії, мінімізації відчуття провини; систематично окреслював процес, який починається з колективної травми, трансформується в колективну пам'ять, яка включає систему смислів;
- *Маркус Брунер (Brunner, 2011)* вивчав проблематику колективних травм з урахуванням психосоціальної реальності до, під час і після травматичної події, яка завжди формує травму. Пробував вийти з дискурсу жертви в описі людських страждань після воєн, геноцидів і переслідувань, розуміючи всі процеси травматизації в суспільному контексті;
- *Маріанна Хірц (Hirsch, 2008)* вивчала постпам'ять, у роботі, присвяченій темі постпам'яті стосовно інформації про Голокост, описала ставлення другого покоління до травматичних переживань, які передували їх народженню, але які, однак, були передані їм настільки глибоко, що перетворилися на спогади. Це дослідження висвітлило генерацію постпам'яті та її опору на *фотографію* як основний засіб міжпоколінної передачі травми, визначаються «тропи», які найсильніше мобілізують роботу постпам'яті, вивчала роль сім'ї як простору передачі та функцію гендеру як ідіоми спогадів;
- *Джой ДеГру (DeGruy, 2005)* однією з перших дослідила історичну травму рабства й описала явище, що отримало назву «*посттравматичний рабський синдром*» (ПТРС). У роботі детально проаналізовано багатопокілінну травму, яку переживали і переживають особи афроамериканського походження (перше покоління та їх нащадки). У цій популяції можна спостерігати ознаки ПТСР, який ніхто не виявляв і не лікував. Підкреслюється, що ПТРС має не клінічний, а швидше соціальний характер. Щоб подолати цей синдром, потрібні глибокі соціальні зміни в людях та організаціях,

численні суспільно-політичні заходи щодо подолання нерівності та несправедливості стосовно осіб афро-американського походження. Дослідженню проблеми ПТРС присвячено цілий ряд наукових публікацій (Burrowes, 2019).

Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я. До особливостей сучасної колективної травматизації населення України варто віднести:

- значну соціальну фрустрацію, тому що міжлюдська взаємодія значно більш значима, ніж природні та техногенні чинники;
- необмеженість у просторі (охоплює все населення незалежно від безпосередньої причетності до травматичних подій через механізм віртуалізації);
- неможливість швидкого реагування, його розтягнутість у часі (сучасні події накладаються на 8-річний період війни та додатково підсилюються через міжпоколінну травматичну пам'ять);
- глибоке та колективне відчуття несправедливості того, що відбулося, з усвідомленням невинуватості жертв та неможливістю протистояти, коли об'єктами травматизації стали соціальні групи, а не тільки окремі люди, причому травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, хто встиг евакуюватися, кого особисто не торкнулася трагедія (Буча, Гостомель, Ірпінь, Мощун, Маріуполь тощо);
- тривалий характер травматизації (війна продовжується, отже, не настає період опрацювання травми, а в неопрацьованих травмах є багато прихованих психосоматичних наслідків).

Причому індивідуальні та колективна травми потенціуються в суспільстві. А рівень травмування, у свою чергу, посилюється через глибоке групове переживання несправедливості того, що причинами цього стали свідомі чи навмисні дії російських військових (страсти, катування, вигнання тощо), що загинули невинні люди, які навіть не могли чинити опору (загибель на полі бою не така травматична для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі чи окупації). Отже, ми вже можемо спостерігати певні наслідки поєднання колективної та індивідуальної травматизації населення України, а саме високий рівень соціальної фрустрації з проявами групоцентризму та схильності до ідеалізації власної соціальної групи; зростання кількості психологічних проблем; порушення психосоматичного здоров'я (посттравматичні стресові порушення та розлади, збільшення числа соматичних хвороб, екзацербация хронічних психічних та/або соматичних розладів).

Одночасно слід розуміти, що психічна травма — поняття значно ширше і варіабельніше, ніж реакція на стрес чи ПТРС, тому що ПТРС — яскравий представник наслідків травми, але він є на диво нечастим (до 20%), проте індивідуальна травма «розчиняється» в мікро- та макротравмах, хімічних та нехімічних адикціях, розладах поведінки, особистості, харчування, дисоціативних станах, тривозі та депресії, паніці, навіть у біполярному афективному розладі, а також у колективній травмі.

В Україні ще немає достатнього розуміння та вивчення впливу саме колективної травми такого масштабу на психічне здоров'я нації. Вже зараз можна започаткувати на-

уково-практичну дискусію на таку тему: «Якщо колективна травма — це аналог лінійної залежності від великої кількості ПТРС, то чи можна вважати суїцидальність та інші варіанти аутоагресії, опосередкованої ПТРС, як лінійну залежність для колективної травми?»

Тоді формула, наприклад, очікуваної суїцидальності для наслідків колективної травми буде мати такий лінійний характер:

$$\text{Колективна травма} = n \wedge \text{ПТРС} = \text{суїцид},$$

де n — кількість сумарного (\wedge) ПТРС.

Але все ж колективна травма відрізняється від індивідуальної за багатьма факторами, а саме: домінуючим архетипом у певній культурі; культурально-ментальним сприйняттям та вихованням на момент травми; видом інформаційних джерел (гротескність картин у першу чергу) та залежністю від швидкості та інтенсивності поширення інформації; культивуванням у соціумі психологічної стійкості чи гнучкості; рівнем соціальної амортизації; символізацією колективної травми в культурі народу тощо.

Тягар дистресу війни для населення

Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні з ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягара для громадського здоров'я через психічні розлади [13, 15–18]. Такі потужні складні поєднані фактори негативно впливають на психічне здоров'я, одночасно розтягаючи психіатричні послуги до межі та знижуючи нашу здатність реагувати через руйнування інфраструктури та економічний спад. Економічний спад сам по собі створює ризик збільшення числа психічних розладів та рівня самогубств. Цілком імовірно, що рівень розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, також зростає [19–22]. Такий каскад подій робить дуже ймовірним те, що попит на послуги щодо психічного здоров'я перевищить наявні можливості системи охорони здоров'я. Ми повинні зараз підготуватися до вирішення цього виклику, ретельно проаналізувавши досвід постраждалих від війн країн.

Нещодавнім прикладом, який дозволяє оцінити вплив дистресових наслідків війни на цивільне населення, є Сирія [23, 24]. Воєнний конфлікт у Сирії поставив населення під великий ризик психічного розладу: за даними проведеного опитування 1951 особи віком 19–25 років, у 44% виник ймовірний тяжкий психічний розлад; у 27% — як ймовірний тяжкий психічний розлад, так і всі симптоми ПТРС; у 36,9% — усі симптоми ПТРС і лише у 10,8% не відмічено ані позитивних симптомів ПТРС, ані психічного розладу. Отже, близько 60% населення повідомили про симптоми середнього та важкого психічного розладу. Близько 86,6% респондентів зазначили, що війна була основною причиною їх психічних розладів, 46% вважали, що потребують психічної підтримки [23]. Дослідження показало, що 49,9% змушені були змінити місце проживання через війну, а 27,6% — ≥ 3 разів. Крім того, 64,3% втратили близьких через війну, а 85,4% мали родича чи близького друга, якому загрожувала війна.

Найбільший внесок у високі показники ПТРС зафіксовано для кількості разів зміни місця проживання через війну, рівень освіти та страждання від звуків війни [23, 24]. Близько 60% студентів у Сирії мають ПТРС та/або проблемний гнів. Переживання ≥ 2 травматичних подій значно підвищує ризик ПТРС, а частка жінок із ПТРС була в 4 рази вищою, ніж у чоловіків. Метааналіз 29 дослі-

джень дорослих, які зазнали травми, свідчить, що вплив травматичної події в молодшому віці був важливим фактором ризику ПТСР [24]. Наслідками психологічного навантаження сирійських біженців були боязливість, гнівливність, нервозність, розлади сну, відсутність надії на майбутнє, періоди жаху чи паніки. Інші дослідження в Сирії виявили, що здоров'я зубів і геніталій пов'язане з ПТСР та іншими психічними розладами; висока поширеність ларингофарингеального рефлюксу також зумовлена змінними війни; близько 50% населення мали алергічний риніт, спричинений прямими чи непрямими наслідками війни [24].

Хоча біженці є головною проблемою для всіх приймаючих країн, чисельно вони становлять лише невелику частку всіх тих, хто пережив війну у світі. На глобальному рівні набагато більше тих, хто пережив війну, не хочуть або не можуть знайти притулок, а натомість продовжують жити в зоні колишнього або поточного конфлікту. Для цих людей не існує спеціального агентства ООН, як і для біженців, і немає офіційної статистики. Незважаючи на дуже різноманітні висновки щодо поширеності психічних розладів серед біженців, у середньому поширеність ПТСР і депресії не є вищою, ніж серед населення, яке залишилося в зоні конфлікту [25].

Велика кількість випадків ПТСР та/або депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для відповідних суспільств [12]:

- ПТСР і депресія можуть мати хронічний перебіг і призвести до значних страждань постраждалих осіб, а також їхніх партнерів і сімей;
- розлади, пов'язані з функціональними порушеннями, впливають на ширші міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і спричиняють значні загальні втрати на здоров'я;
- дослідження вказує на зв'язок між гнівом, на який не відреагували, і ПТСР, що може бути причиною подальшого домашнього насильства, посилити бажання помститися і таким чином підвищити ймовірність майбутніх конфліктів.

ПТСР зазвичай співіснує з іншими формами психопатології, і 90% тих, хто пережив ПТСР, мають принаймні одне супутнє захворювання протягом життя [26]. Найбільш поширеними супутніми захворюваннями є депресія, зловживання алкоголем або залежність, а також інші тривожні розлади, і є все більше доказів поєднання супутніх захворювань із межовим розладом особистості [27].

У довгостроковому дослідженні (1993–2004 рр.) оцінено психосоматичні скарги та депресивні симптоми у цивільних осіб, біженців та солдатів під час війни та в післявоєнний період у Хорватії. Для біженців і солдатів тривала стресова ситуація зумовила довгострокові наслідки для здоров'я, в основному пов'язані з психосоматичними скаргами. Психосоматичні скарги були домінуючими у солдатів і біженців у всі моменти часу оцінки ($F=210,30$; $p<0,001$). Найвищий рівень депресивної симптоматики в цілому виявили у біженців ($F=4,17$; $p=0,016$). Рівень психосоматичних і депресивних симптомів змінювався з часом. У солдатів зафіксовано значне збільшення психосоматичних скарг з часом, тоді як у біженців — зниження соматизації психічних проявів [28].

Окремо слід наголосити на міжпоколінних дистресових наслідках війни [29–31]. Так, матері, які в дитинстві зазнали тривалого військового конфлікту, повідомили

про нижчий рівень диференціації себе та батьківської самоефективності, ніж їхні колеги. Матері відчули, що досвід дитинства негативно вплинув на їх виховання та батьківську самоефективність, що призвело до тривоги, труднощів у боротьбі зі стресом й іноді посттравматичними симптомами, а також батьківських моделей надмірної опіки, тривоги розлуки та передачі тривоги з покоління в покоління [29]. Такі дані свідчать про необхідність тривалого родинного медико-психологічного супроводу та реабілітації постраждалих родин.

Взагалі у жінок, що пережили чи стали свідками стресових подій, відмічають вдвічі вищий ризик розвитку ПТСР порівняно з чоловіками [32–35]. Дослідження з раннього передбачення виникнення ПТСР свідчить, що поєднання статі з іншими факторами, а саме у жінок із незавершеним середнім рівнем освіти, що мають виражену тяжкість симптомів гострої реакції на стрес та досвід минулих міжособистісних травм, мали на 34% вищу ймовірність розвитку ПТСР [35]. А обидва типи участі у збройному конфлікті — активна (військові в зоні бойових дій) і пасивна (цивільні особи в зоні конфлікту), викликають високий рівень стресу та є додатковими факторами ризику розвитку ПТСР у жінок.

ПТСР характеризується наявністю 4 основних та в той самий час взаємозалежних груп симптомів: повторне переживання травматичних спогадів, активне уникання зовнішніх чи внутрішніх нагадувань про травматичну подію, зміни в когнітивній та емоційній сферах, симптоми надмірного збудження (роздратованість, спалахи гніву, саморуйнівна поведінка, порушення сну), що тривають більше ніж 1 міс після травматичної події [36]. Тягар, який відчуває жінка у зв'язку із симптомами ПТСР, може бути викликаний порушеннями одночасно в декількох сферах — соціальні зв'язки та забезпечення якості життя сім'ї. Порушення психічного здоров'я жінки залишається важливим прогностичним фактором розвитку проблемної поведінки у дітей. Безперервний та резистентний перебіг ПТСР матері є предиктором затримки психічного розвитку, порушень у поведінці та конструктивній комунікації з оточенням у дитини, що чинитиме негативний вплив на її подальше життя [37]. Виявлення матерів з підвищеним ризиком розвитку ПТСР та втручання на ранніх етапах може знизити ймовірність виникнення у їхніх дітей психологічних проблем та психічних порушень [38], така мета знаходиться на межі двох дисциплін — гінекології та психіатрії.

Ризик виникнення психічної патології у дитини є вищим, якщо у матері діагностовано ПТСР. У 7-річному дослідженні ($n=300$ матерів і 300 дітей) виявлено, що у матерів із депресією і тривогою діти мали подібні проблеми в 7 разів частіше, а у матерів з агресією і ворожістю діти в 4,5 раза частіше мали схожі проблеми із зовнішніми поведінковими проявами. Також діти матерів з ПТСР піддаються вищому ризику затримки розвитку і виникнення поведінкових порушень [37]. Виявлення матерів з найвищим ризиком розвитку ПТСР і проведення ранніх втручань може знизити ймовірність того, що їхні діти зіткнуться з психічними та поведінковими проблемами протягом життя. Виділено певні предиктори для прогнозування ризику ПТСР у матерів [38]: травми в дитинстві; відсутність емоційної підтримки; порушення опанування стресу й адаптації після стресових життєвих подій; загальна кількість симптомів ПТСР після травми.



Гормональний статус жінки також істотно впливає на її стрес-реакцію. Фаза менструального циклу та застосування оральних контрацептивів (ОК) чинять значний вплив на інтенсивність психологічної реакції у відповідь на гострий стрес у здорових жінок опосередковано через гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь [39]. Вплив травматичних подій асоціюється з дисрегуляцією цієї осі, що найчастіше відображається у зміні чутливості до кортизолу та в розвитку ПТСР, obsесивно-компульсивного розладу або депресії. Підвищений рівень кортизолу, як правило, пов'язаний з хронічним стресом, а поява та тяжкий перебіг ПТСР часто корелюють зі зниженим рівнем вивільнення кортизолу одразу після травматичної події [40, 41].

Прийом ОК може впливати на адренкортикальну відповідь на психологічний стрес та, як наслідок, має розглядатися як важлива досліджувана змінна [42]. Літературні дані щодо рівня кортизолу у тих, хто застосовує ОК, після впливу гострого стресу все ще є неоднозначними. В одному з досліджень науковці припустили, що ОК знижують рівень кортизолу у слині (естроген підвищує рівень кортикостероїдв'язувальних глобулінів) і, таким чином, знижують вплив стресу на автономну нервову систему в разі дії хронічного стресу [42]. Пізніші дослідження виявили, що у жінок, які приймали ОК, відмічали вищий рівень сироваткового кортизолу порівняно з жінками, які не приймали ОК [43]. Загалом кортизол першочергово пов'язують із суттєвим погіршенням запам'ятовування (відновлення, відтворення спогадів). Виявлено, що в обох групах жінок, що мають природний менструальний цикл (не приймають ОК), кортизол призвів до суттєвого погіршення запам'ятовування, тоді як у жінок, що приймали ОК, достовірно не виявлено такого впливу [43].

Фаза менструального циклу, в якій знаходиться жінка під час травматичної події, статеві гормони, зокрема стероїдні гормони яєчників, мають велике значення в опрацюванні травматичних спогадів. Порушення процесу консолідації травматичних спогадів може бути значним фактором у стресостійкості, а низька кортикостероїдна відповідь на вплив гострого стресу підвищує ризик виникнення ПТСР. Одне з досліджень показало, що у жінок, швидше за все, виникнуть флешбеки, якщо вони були в лютеїновій фазі під час травми. Підвищене вивільнення глюкокортикоїдів, пов'язане з лютеїновою фазою менструального циклу, може зумовити закріплення пам'яті про травматичну подію [44, 45]. Існують дані, які дозволяють припустити, що естроген може відігравати захисну роль у регуляції тривоги. Низький вміст естрогену може бути пов'язаний з підвищеним ризиком виникнення тривожних розладів через нерегульовані реакції страху [46].

Ранні діагностичні та лікувальні втручання можуть знизити поширеність ПТСР серед тих, хто зазнав психічної травматизації. Велике значення мають генетичні та епігенетичні фактори схильності, ранній дитячий досвід перитравматичного дистресу, та певні патогенні механізми, що діють під час травми та у віддалений період. Останні включають психологічні фактори (оцінка типу травми, середовище, в яке потрапляє людина) та ймовірні нейробиологічні механізми, що лежать в основі патогенезу ПТСР [35, 36]. Чим більше предикторів буде відомо науковцям, тим більш специфічні та клієнтоорієнтовані втручання можна буде використовувати. Дійсно, осно-

вними факторами та умовами формування медико-психологічних наслідків військового стресу в Україні є особливості самої травматичної події, наявність негативних «професійних» чинників, певних соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних щодо психосоматичного здоров'я, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей [47].

Так, для військовослужбовців основними чинниками психічної травматизації є реальна загроза життю, яка виникла при пересуванні на позиції без відповідного захисту; загроза підриву на вибухових пристроях; загроза загибелі під вогнем снайперів; постійне очікування загострення ситуації; необхідність бачити тіла загиблих та торкатися до них; спілкування з тяжкопораненими. У полонених виявляють інші психотравматичні чинники у вигляді стану невизначеності та невідомості, відсутності вірогідної інформації; небезпеки непередбачуваних дій терористів, тяжких побутових умов, відсутності їжі, води, можливостей задовольнити природні потреби; чуток про значну кількість загиблих у полоні; загроз, що спричиняли думки про розправу та загибель. У біженців психотравматичну дію зумовлювали наступні чинники: невизначеність стану та відсутність достовірної інформації про ситуацію в місті, помешканні; побоювання втрати майна, що залишилося без нагляду; побутова невлаштованість, нестача грошей; відсутність роботи, труднощі влаштування дітей до дитячих садків та шкіл; занепокоєння відносно родичів, які залишилися в місцях бойових дій. Для родичів військовослужбовців патогенними виступають такі фактори: побоювання за життя близьких, які безпосередньо беруть участь у бойових діях; інформація про поранених та загиблих бійців, що несли службу разом з їх родичами [47–50].

Окремою проблемою, з якою стикаються постраждалі від війн країни та яку вже відчула на собі Україна, є велика кількість вибухонебезпечних предметів на територіях, які постраждали від бойових дій. Так, у систематичному огляді проаналізовано велику когорту досліджень щодо прямого психологічного впливу вибухонебезпечних наслідків війни: наземні міни, боєприпаси, що не розірвалися, і покинуті вибухонебезпечні боєприпаси, визнані загрозою для здоров'я з 1990-х років, а прямий психологічний вплив протипіхотних мін або нерозірваних боєприпасів визнано є значущим. Виявлено коморбідність тривоги та депресії у жертв наземних мін або нерозірваних боєприпасів, підвищення рівня ПТСР, особливо у жінок, а також тривоги та депресії. Поширеність ПТСР серед жертв наземних мін або нерозірваних боєприпасів становила 73,0–100%, поширеність тривоги та депресії — 71–82% [51].

Протипіхотні міни та нерозірвані боєприпаси чинили негативний вплив на внутрішньо переміщене населення та біженців, які повертаються, щодо фізичної безпеки та психологічного здоров'я. Через ефект реверберації виявлено, що забруднення наземними мінами або нерозірваними боєприпасами негативно впливає на соціально-економічний розвиток, продовольчу безпеку, здоров'я та рівень освіти дітей у дослідженнях 7 країн [51]. Разом ці висновки дають картину впливу наземних мін і нерозірваних боєприпасів, яка виходить далеко за рамки поширеності травм і смертності, що робить розмінування та розірвання боєприпасів важливою державною проблемою, яка потребує вирішення.

Психогенні розлади при воєнних діях, соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Російська військова агресія в Україні призвела до значної кількості загиблих і поранених, а також осіб, які змушені залишити свої домівки та стати біженцями. Ще більше людей, які мешкають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за себе, своїх дітей, родичів, напруженого очікування поганих новин [49, 50]. Цим визначається необхідність вчасної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів. Існує нагальна потреба в медико-психологічній реабілітації постраждалого від дистресових наслідків війни населення України.

Надання медико-психологічної допомоги

Отже, перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація. «Один з уроків управління всіма кризами — війнами, пандеміями, терористичними атаками, стихійними лихами — полягає в тому, що наша здатність реагувати буде залежати від нашої здатності підтримувати великі популяції в хорошому психічному здоров'ї та зменшувати паніку, поки вщухне буря» [52].

Але попри велику потребу постраждалого внаслідок дистресу війни населення в медико-психологічній реабілітації, наявність таргетної соціальної реклами та великої кількості спеціалізованих чат-ботів, слід відмітити, що потерпілі часто звертаються не до фахівця в галузі психічного здоров'я, а до когось іншого, наприклад, до працівника соціальної служби, закладу первинної медичної допомоги чи у відділення невідкладної допомоги. Одним із симптомів ПТСР є уникання, що утримує людей від візиту до психолога, психотерапевта чи психіатра, і стресорний розлад залишається невиявленим. Саме тому найбільший тягар та найбільша відповідальність знову лягають на плечі первинної ланки медичної допомоги.

Таким чином, при звертанні за первинною медичною допомогою з будь-якого приводу рекомендовано проводити оцінювання наявності ознак ПТСР в осіб з групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, особи, які постраждали внаслідок травматичної події); з поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР; з ознаками тривалих/поточних утруднень або психологічного виснаження (наприклад під час ротації військовослужбовців). Найкращий варіант — організація скринінгу для всіх, хто пережив травматичну подію (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо).

Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення основних симптомів ПТСР; типу травматичної події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежать від тривалості та інтенсивності травматичного досвіду); оцінювання впливу травматичної події на людину (наскільки глибоко вона її переживає). Зручний для застосування опитувальник для скринінгу ПТСР наведений в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної, (спеціалізованої)

та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121) [53], де ≥ 4 позитивних відповідей свідчать про ймовірність ПТСР та є підставою для уточнення ступеня порушення психічного стану та/або направлення на консультацію до фахівця в галузі психічного здоров'я (табл. 2).

Таблиця 2 Опитувальник для скринінгу ПТСР

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Чи уникаєте ви нагадувань про травматичну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?	Так Ні
2	Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так Ні
3	Чи стали ви відчувати себе відділеним або ізольованим від інших людей?	Так Ні
4	Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так Ні
5	Чи почали ви думати, що немає жодного сенсу будувати плани на майбутнє?	Так Ні
6	Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?	Так Ні
7	Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так Ні

Багато лікарів в Україні пройшли спеціальні навчальні цикли з оцінки та ведення станів, пов'язаних із гострим стресом, ПТСР і горем, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я відповідно до спеціального посібника з надання такої допомоги (Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, v. 1.0), розробленого в рамках Програми дій Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я [54, 55]. Основні рекомендації при звертанні за медичною допомогою потенційно постраждалої від дистресу війни особи наступні [54]:

- запропонуйте першу психологічну допомогу. Слухайте, але НЕ примушуйте людину говорити; проведіть оцінку її потреб і побоювань. Допоможіть вирішити її найнагальніші базові фізичні потреби (наприклад знайти притулок, де вона може переночувати) та отримати необхідні послуги та точну інформацію (зв'язатися з родиною та/або службами соціальної допомоги);
- розгляньте можливість навчити постраждалу особу основам управління стресом. Допоможіть їй визначити, які існують позитивні методи копіювання й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх;
- проведіть психоедукацію. Поясніть, що люди часто переживають гострий стрес унаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. Втім, у більшості людей симптоми гострого стресу послаблюються з часом. Не призначайте курсове лікування бензодіазепінами, які перешкоджають опрацюванню та/або дезактуалізації травматичних подій. Запропонуйте особі повернутися для проведення повторного огляду, якщо вираженість симптомів збільшиться або якщо в неї не покращиться стан упродовж 1 міс після події. Під час повторного огляду проведіть оцінку щодо ПТСР та інших розладів психіки;

- зверніть увагу на додаткові стратегії ведення таких станів: безсоння, нічний енурез, гіпервентиляція, значущі медично незрозумілі соматичні скарги тощо;
- під час курації безсоння як симптому гострого стресу застосуйте вищенаведені загальні стратегії ведення цих симптомів. Також доцільно виключити зовнішні причини безсоння (наприклад шум) та пролікувати можливі фізичні причини (наприклад фізичний біль), навіть якщо безсоння розпочалося одразу ж після стресової події. Надайте поради щодо гігієни сну (в тому числі щодо уникнення застосування психостимуляторів, наприклад кави, нікотину, алкоголю). Поясніть, що в людей часто з'являються такі проблеми внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. У виняткових випадках, коли недоступне психологічне втручання (наприклад техніки релаксації, дихання тощо), можна розглянути можливість короткострокового лікування (3–7 днів) дорослих сподійними засобами. Якщо проблема залишається протягом більше ніж 1 міс, проведіть повторну оцінку з метою виявлення супутнього психічного розладу та його лікування, проконсультуйтеся з профільним спеціалістом;
- при виявленні нічного енурезу як симптому гострого стресу в дітей також застосуйте загальні стратегії ведення таких симптомів. Зберіть анамнез для підтвердження того, що ця проблема з'явилася тільки після стресової події. Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини (наприклад інфекція сечовивідних шляхів), навіть якщо нічний енурез розпочався упродовж 1 міс після потенційно травматичної події. Обов'язково проведіть оцінку психічних розладів і поточних стресогенних чинників батьків/опікунів дитини та запропонуйте відповідне їх ведення. Проведіть психоедукацію: поясніть, що не можна карати дитину за нічний енурез, тому що нічний енурез є звичайною реакцією дітей на пережитий стрес, а покарання є додатковим стресом. Поясніть важливість того, аби батьки залишалися спокійними та емоційно підтримували дитину; навчіть не звертати надто багато уваги на симптом та приділяти дитині позитивну увагу в інший час. Також варто навчити батьків використовувати прості поведінкові втручання (наприклад нагороду дитини, коли вона уникає надмірного вживання напоїв перед сном або ходить у туалет перед сном). Такими винагородами можуть бути додатковий час на ігри, зірочки у спеціальній таблиці тощо. Якщо проблема не зникає упродовж 1 міс, проконсультуйтеся зі спеціалістом;
- коли пацієнт звертається з ознаками гіпервентиляції, зазвичай застосовуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу. Втім, обов'язково виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини, навіть якщо гіпервентиляція виникла одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення її можливих фізичних причин. У межах психоедукації поясніть, що в людей часто з'являється така проблема внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. Зберігайте спокійне ставлення до пацієнта, за можливості усувайте джерела тривоги та навчайте правильному диханню (тобто заохочуйте дихати нормально, не глибше і не швидше, ніж зазвичай). Щодо поширеної при панічних атаках техніки дихання з використанням паперового пакета, вона не є вибором для пацієнтів із серцевими захво-

руваннями або бронхіальною астмою. Також не варто заохочувати дітей повторно дихати в паперовий пакет. Якщо проблема зберігається упродовж 1 міс, проконсультуйтеся зі спеціалістом.

Інколи в практиці лікаря первинної ланки медичної допомоги зустрічаються пацієнти з ознаками сенсомоторної дисоціації (значущі медично незрозумілі соматичні скарги, не пояснюваний медично параліч, медично непояснювана неспроможність говорити або бачити тощо) внаслідок гострого стресу. При таких станах застосовують загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу. Але завжди необхідно провести базове медичне обстеження для виявлення, лікування або виключення можливих фізичних причин проблеми, навіть якщо вона з'явилася одразу ж після стресової події. Потрібно запитати у пацієнта його пояснення причин таких симптомів, визнати його страждання, але водночас важливо уникати підтримки будь-яких підсвідомих переваг, які особа може отримувати внаслідок цих симптомів.

Досить часто, на жаль, стикаємося з пацієнтами, які втратили когось з близьких людей. Витіснення переживань або «заборона на переживання» досить часто призводить до своєрідного оніміння емоційно-почуттєвої сфери, тому багато людей спочатку не відчувають усієї глибини цієї втрати. Така реакція — нормальна в умовах війни, коли на людину одночасно впливає кілька травматичних подій, і вона може тривати упродовж тижнів або навіть місяців. Якщо людина не може конструктивно пройти стадію горювання, то це не тільки призводить до витіснення переживань, а може стати причиною психосоматичної хвороби. Не саме по собі горе, але горе, що не було відпущене, пов'язане з розвитком більш серйозних психологічних проблем; вони можуть містити патологічні реакції на горе, депресії та ПТСР. Такі серйозні психологічні проблеми особливо виражені в умовах складних надзвичайних ситуацій, де масштаб руйнувань і соціального безладу створюють ризик накопичення, адже в осіб, які вижили, немає можливості провести процес жалоби своєчасно і належним чином.

Серед патологічних проявів кризи життєвих втрат можна виділити психічні, соматичні та поведінкові: тривале переживання горя (до кількох років); відсутність виявлення страждань упродовж 2 і більше тижнів; слабо виражені емоції; різкі перепади настрою від страждань до самовдоволення впродовж коротких проміжків часу; дратівливість; тяжка депресія, що супроводжується безсонням; постійне напруження, самозвинувачення; поява хвороб психосоматичного характеру, таких як виразковий коліт, ревматичний артрит, бронхіальна астма тощо; зміна чутливості, іпохондрія; надмірна активність як захист від болю втрати; ворожість, спрямована проти конкретних людей; повна зміна стилю життя; стійкий брак ініціативи; зміна ставлення до друзів і родичів; небажання контактувати, відхід від соціальної активності; схильність до самоізоляції; розмови про суїцид, бажання з усім покінчити. Такі стани потребують допомоги профільного фахівця, обізнаного зі специфічними методами допомоги [56].

У формуванні негативних медико-психологічних наслідків дистресу війни, як наголошувалося вище, провідна роль належить травматичній пам'яті [10, 57–60]. Нам важко абстрагуватися від наших почуттів у теперішній ситуації. Коли пацієнти з хронічним головним болем описують його інтенсивність, вони, як правило, покла-

даються на свої відчуття попереднього дня, а не оцінюють силу болю загалом. Те ж саме відбувається з душевними переживаннями та спогадами про травми. Оцінка їх сьогодні відбувається за піковим переживанням вчора. При цьому спрацьовує «ефект зворотної дії»: мозок приймає рішення не на основі реальності, а звертається до попереднього досвіду (пам'яті), з оцінкою його за піковим переживанням [57]. Коли ми обмірковуємо події, наш розум надає перевагу найбільш екстремальному і найпершому досвіду. Це називається «упередженням впливу». Воно також змушує нас зосередитися на головних особливостях будь-якої події та змушує ухвалювати неправильні рішення [10].

Травматична пам'ять складається з трьох компонентів: побаченого — 80–90%, почутого — 10–20%, відчутого — 5–10%. Пам'ять на травматичні події формується не так, як на радісні події: пам'ять на стрес дуже деталізована в предметах, обставинах та фіксації реакції інших людей у момент травматичної події (табл. 3) [10, 57].

Таблиця 3 Загальні характеристики фізіологічної та травматичної пам'яті

Фізіологічна пам'ять	Травматична пам'ять
Запам'ятовування	Миттєве запам'ятовування або витіснення
Зберігання	Тривале утримання
Відтворення	Настирливе відтворення Приховане відтворення
Забування	Відтерміноване забування
Функціональна (оперативна, короткотривала, довготривала)	Довготривала, дифузна
Органічна, адаптивна	Деадаптивна

Дослідження щодо медико-психологічних наслідків воєнного стресу дійшли загального висновку про відтерміновані психогенні реакції на психотравму війни: мозок після завершення психотравматичних подій часто починає «карати» себе стражданнями. Оскільки інтрузивні спогади є одним з основних клінічних симптомів ПТСР, вони пов'язані з високим рівнем дистресу

у постраждалого. Поняття про подвійні інтерференційні завдання та механізми повторної консолідації спогадів пропонують новий погляд на опрацювання нав'язливої травматичної пам'яті [10]. Згідно з теорією консолідації пам'яті існує часове вікно — кілька годин після травми, протягом яких травматична пам'ять піддається змінам (рисунок).

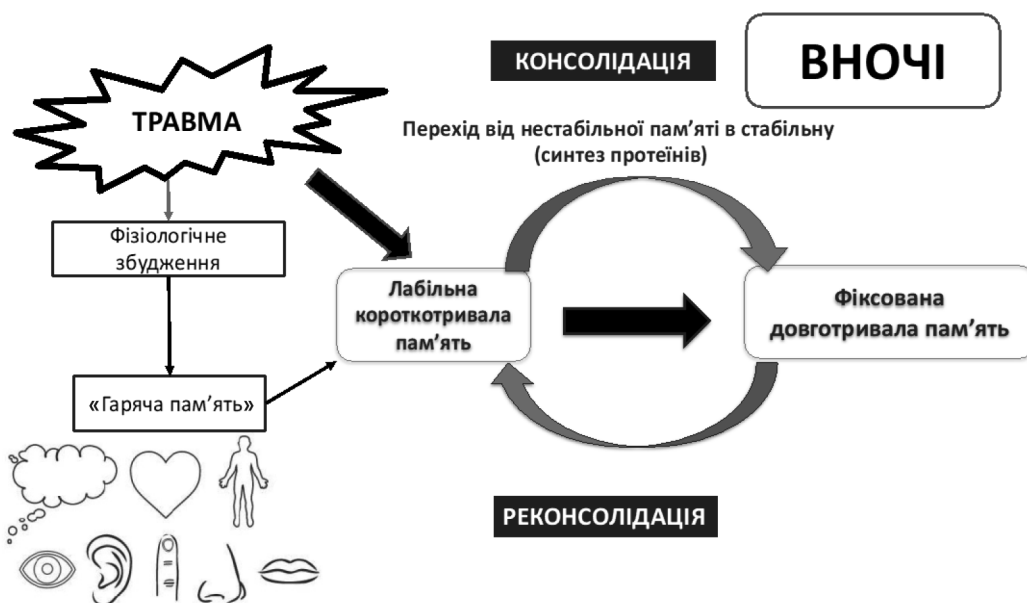
Однією з останніх розробок є запобігання ПТСР за допомогою короткострокового психологічного втручання в перші кілька годин після травми [10, 58–60]. За допомогою візуально-просторових завдань, що активують уяву, під час консолідації пам'яті (в перші години після травми) відбувається конкуренція за ресурси робочої пам'яті, і це перешкоджає формуванню нав'язливих спогадів про травму (інтрузій). Одна доза втручання використовується в якості «когнітивної блокади» травматичних образів, займає близько 25 хв комп'ютерної гри «Тетріс». Загалом інтервенція неодноразово показала свою ефективність — кількість нав'язливих спогадів зменшилася, й аналіз часових рядів показав, що частота інтрузій знижується швидше [59, 60].

Варто додати, що, хоча на цей час травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія є однією з найбільш дієвих при лікуванні ПТСР [10, 14, 53, 61, 64], вона не враховує гетерогенності характеристик осіб, постраждалих від стресу (вік, стать, тип травми, генетичні предиктори, минулий досвід тощо) [32, 33]. Саме тому має застосовуватися цілісна система трансдіагностичних медико-психологічних травмофокусованих методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації постраждалого від дистресу війни населення, що включає управління проблемами плюс інтегральний підхід до подолання стресу [61–65].

Висновки

Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я. Війна, яку зараз переживає наше суспільство,

Рисунок Травматична пам'ять як основа формування постстресових розладів



ще й в поєднанні з ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади.

Перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація. Ранні діагностичні та лікувальні втручання можуть знизити поширеність ПТСР серед тих, хто зазнав психічної травматизації. Саме тому найбільший тягар та найбільша відповідальність знову лягають на плечі первинної ланки медичної допомоги.

В Україні має застосовуватися цілісна система трансдіагностичних медико-психологічних травмофокусованих методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації постраждалих від дистресу війни населення, що включає управління проблемами плюс інтегральний підхід до подолання стресу. Нагальним постало питання навчання медиків усіх рівнів медичної допомоги виявленню та ефективній роботі з постраждалими і особливо — ефективній реабілітації.

Список використаної літератури

- The International Institute For Strategic Studies, «Armed Conflict Database». acdi.iss.org/.
- Peace and Security. Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36 p.
- Khorram-Manesh A. (2016) Europe on fire; medical management of terror attacks—new era and new considerations. *Bull. Emerg. Trauma*, 4: 183–185.
- Burkle F.M. (2019) Revisiting the battle of solferino: the worsening plight of civilian casualties in war and conflict. *Disaster Med. Public Health Prep.*, 13: 837–841. doi: 10.1017/dmp.2019.77.
- Phelan P. (2011) Fourth generation warfare and its challenges for the military and society. *Defence Stud.*, 11: 96–119. doi: 10.1080/14702436.2011.553105.
- Arakelian M., Bekhrus K., Yarova L. (2020) Prohibited means and methods of armed conflicts. *Amazonia Investiga*, 9: 349–355. doi: 10.34069/AI/2020.26.02.40.
- Jawad M., Hone T., Vamos E.P. et al. (2020) Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990–2017. *BMC Med.*, 18: 266. doi.org/10.1186/s12916-020-01708-5.
- Roberts B., Fuhr D.C. (2019) Scaling up mental health interventions in conflict zones. *The Lancet Public Health*, 4(10): e489–e490.
- Маркова М.В. (ред.) (2019) Постстрессова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків, Друкарня «Мадрид», 492 с.
- Vermetten E., Frankova I., Carmi L. et al. (Eds.) (2020) Risk management of terrorism induced stress: NATO Science for Peace and Security Series, Sub-series E: Human and Societal Dynamics, 148. IOS Press. The Netherlands.
- Пінчук І.Я., Табачников С.І., Чабан О.С. (2015) Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період. *Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології МОЗ України, ДП Укр. НДІ медицини трансп. М-ва охорони здоров'я України. Одеса, Фенікс*, 109 с.
- Morina N., Hoppen T.H., Priebe S. (2020) Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 179.
- Khorram-Manesh A., Burkle F.M., Goniewicz K., Robinson Y. (2021) Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts — A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9. doi.org/10.3389/fpubh.2021.765261
- Климчук В.О. (2020) Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 125 с.
- Дем'яненко Б.Л., Дем'яненко В.М. (2020) Соціально-стресові розлади у контексті національної безпеки України. Домбровська Я.М.; Бр. ДУ.
- Türközler H.B., Öngür D. (2020) A projection for psychiatry in the post-COVID-19 era: potential trends, challenges, and directions. *Mol. Psychiatry*, 25(10): 2214–2219.
- Galea S., Merchant R.M., Lurie N. (2020) The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern. Med.*, 80: 817–818.
- Pfefferbaum B., North C.S. (2020) Mental health and the Covid-19 pandemic. *N. Engl. J. Med.*, doi.org/10.1056/NEJMp2008017.
- Katikireddi S.V., Niedzwiedz C.L., Popham F. (2012) Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010 health surveys of England. *BMJ Open.*, 2: e001790.
- Bainbridge J., Carrizales T. (2017) Global homelessness in a post-recession world. *J. Public Manag. Soc. Policy*, 24: 6.
- Coope C., Gunnell D., Hollingworth W. et al. (2014) Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001–2011. *Soc. Sci. Med.*, 117: 76–85.
- Clay J.M., Parker M.O. (2020) Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5: e259.
- Kakaje A., Al Zohbi R., Hosam Aldeen O. et al. (2021) Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry* 21: 2. doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3.
- Mahmood H.N., Ibrahim H., Goessmann K. et al. (2019) Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict Health*, 13(1): 1.
- Priebe S., Giacco D., El-Nagib R. (2016) WHO Health Evidence Network Synthesis Report 47: Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region (HEN Report). Copenhagen: WHO.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 52: 1048–1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
- Pagura J., Stein M.B., Bolton J.M. et al. (2010) Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *J. Psychiatr. Res.*, 44: 1190–1198.
- Prorokovic A., Cavka M., Cubela Adoric V. (2005) Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993–2004 longitudinal study in Croatia. *Croat. Med. J.*, 46(2): 275–281.
- Hadar E., Sagron M., Peleg O. (2020) Parenting among mothers exposed to ongoing military conflict in childhood: An exploratory study. *Int. J. Psychol.*, 55(5): 789–800.
- Sveshnikov S., Vocharnikov V. (2022) (Воєнні аспекти протидії гібридній агресії: досвід України) (Military Aspects Of Counteracting Hybrid Aggression: The Experience of Ukraine).
- Droždek B., Rodenburg J., Moyene-Jansen A. (2020) «Hidden» and diverse long-term impacts of exposure to war and violence. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 975. doi.org/10.3389/fpsy.2019.00975.
- Франкова І., Чабан О., Бурлака О. та ін. (2019) Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 4(3): e0403–04214.
- Breslau N., Anthony J.C. (2007) Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *J. Abnorm. Psychol.*, 116(3): 607–611.
- McLean C.P., Asnaani A., Litz B.T., Hofmann S.G. (2011) Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J. Psychiatr. Res.*, 45(8): 1027–1035.
- Shalev A.Y., Gevonden M., Ratanatharathorn A. et al. (2019) Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 18(1): 77–87.
- Bryant R.A. (2019) Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3): 259–269.
- McFarlane J., Symes L., Binder B.K. et al. (2014) Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. *Matern. Child Health J.*, 18(9): 2236–2243.

38. Symes L., McFarlane J., Fredland N. et al. (2016) Parenting in the Wake of Abuse: Exploring the Mediating Role of PTSD Symptoms on the Relationship Between Parenting and Child Functioning. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 30(1): 90–95.
39. Kirschbaum C., Kudielka B.M., Gaab J. et al. (1999) Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosom. Med.*, 61(2): 154–162.
40. Yehuda R., Southwick S.M., Nussbaum G. et al. (1990) Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178: 366–369.
41. Delahanty D.L., Raimonde A.J., Spoonster E. (2000) Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biol. Psychiatry*, 48: 940–947.
42. Bouma E.M., Riese H., Ormel J. et al. (2009) Adolescents' cortisol responses to awakening and social stress; effects of gender, menstrual phase and oral contraceptives, the trails study. *Psychoneuroendocrinology*, 34(6): 884–893.
43. Walsh K., Nugent N.R., Kotte A. et al. (2013) Cortisol at the emergency room rape visit as a predictor of PTSD and depression symptoms over time. *Psychoneuroendocrinology*, 38(11): 2520–2528.
44. Kajantie E., Phillips D.I. (2006) The Effects of Sex and Hormonal Status on the Physiological Response to Acute Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2): 151–178.
45. Bryant R.A., Felmingham K.L., Silove D. et al. (2011) The association between menstrual cycle and traumatic memories. *J. Affect. Disord.*, 131(1): 398–401.
46. Glover E.M., Jovanovic T., Norrholm S.D. (2015) Estrogen and extinction of fear memories: implications for posttraumatic stress disorder treatment. *Biol. Psychiatry*, 78(3): 178–185.
47. Цимбалюк В.І. (ред.) (2021) Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія. ВСВ «Медицина», 256 с.
48. Chaban O.S., Frankova I.A. (2019) Guilt, shame and social withdrawal in the context of post-traumatic stress disorder. *Likars' ka sprava*, 1–2: 83–92. DOI: doi.org/10.31640/JVD.1-2.2019(12).
49. Маркова М.В., Марков А.Р. (2019) Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення (монографія). Харків, «Друкарня Мадрид», 248 с.
50. Марута Н.О., Маркова М.В. (2015) Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. *Укр. вісн. психоневрол.*, 23, вип. 3(84): 21–28.
51. Frost A., Boyle P., Autier P. et al. (2017) The effect of explosive remnants of war on global public health: a systematic mixed-studies review using narrative synthesis. *The Lancet Public Health*, 2(6): e286–e296.
52. Manderscheid R.W. (2007) Preparing for pandemic avian influenza: ensuring mental health services and mitigating panic. *Arch. Psychiatr. Nursing*, 21(1): 64–67.
53. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf.
54. Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом: Модуль посібника mhGAP з надання допомоги. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250136/9789241505932-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
55. Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0). apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85623/9789241505932_eng.pdf.
56. Юр'єва Л.М., Носов С.Г., Мамчур О.Й. та ін. (2017) Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. repo.dma.dp.ua/4062/1/%D0%9A%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D1%96%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%20%D0%B2%20%D1%81%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%85.pdf
57. Bierbrauer A., Fellner M.C., Heinen R. et al. (2021) The memory trace of a stressful episode. *Current Biology*, 31(23): 5204–5213.
58. Iyadurai L., Blackwell S.E., Meiser-Stedman R. et al. (2018) Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Mol. Psychiatry*, 23(3): 674–682.
59. Kessler H., Schmidt A.C., James E.L. et al. (2020) Visuospatial computer game play after memory reminder delivered three days after a traumatic film reduces the number of intrusive memories of the experimental trauma. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 67: 101454.
60. Frankova I., Vermetten E., Shalev A.Y. et al. (2022) Digital psychological first aid for Ukraine. *The Lancet Psychiatr.*, 9(7): e33.
61. Forneris C.A., Gartlehner G., Brownley K.A. et al. (2013) Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.*, 44(6): 635–650.
62. Богомолец О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В., Хаустова О.О. (2014) Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: Методичні рекомендації. Київ, 46 с.
63. Хаустова О.О. (2015) Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *Архів психіатрії*, 21(2): 36–42.
64. Qi W., Gevonden M., Shalev A. (2016) Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Curr. Psych. Rep.*, 18(2): 20.
65. Асонов Д., Хаустова О. (2019) Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Psychosom. Med. Gen. Pract.*, 4(4): e0404219.

Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be taken into account when providing medical aid?

O.S. Chaban, O.O. Khaustova

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. For the population of Ukraine, in the current conditions of full-scale Russian military aggression, the parallel formation of both individual and collective traumatization takes place, which, accordingly, hurts the level of both individual psychosomatic and public health. The war our society is currently experiencing, combined with the post-Covid situation, is the perfect incubator for the growing public health burden of mental disorders. On average, the prevalence of post-traumatic stress disorders (PTSD) and depression both among refugees and among the population that remained in the conflict zone is comparable and reaches up to 30%. PTSD commonly co-exists with other forms of psychopathology, and 90% of PTSD survivors have at least one co-morbid condition during their lifetime. The most common comorbidities are depression, alcohol abuse or dependence, other anxiety disorders, and psychosomatic illnesses. The intergenerational distress consequences of the war are significant when women and children become particularly vulnerable contingents, which indicates the need for long-term family medical and psychological support and rehabilitation of the affected families. Before the triangle of medical, psychological, and social assistance, the task of a comprehensive restoration of the psychosomatic and psychosocial health of the population of Ukraine appears, where rehabilitation is the most difficult and long-lasting stage. Early diagnostic and treatment interventions can reduce the prevalence of PTSD among trauma survivors. That is why the biggest burden and the biggest responsibility again falls on the shoulders of the primary health care unit. When applying for primary medical care for any reason, it is recommended to assess the presence of signs of PTSD for all survivors of a traumatic event (combatants, displaced persons, refugees, released from captivity, etc.). Man-

agement of conditions related to acute stress, PTSD, and grief in non-specialized health care facilities is carried out by a unique guide for providing such care (Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, v. 1.0), developed within the framework of the WHO Action Program in the field of mental health. One of the key aspects of modern psychiatry and medical psychology is the search for possible early predictors of the occurrence of PTSD and effective early intervention strategies immediately after the impact of mental trauma. One of the latest developments in the prevention of PTSD is through a short-term psychological intervention in the first

few hours after the trauma, namely «cognitive blockade» of traumatic images. In Ukraine, a holistic system of transdiagnostic medico-psychological trauma-focused methods of diagnosis, treatment, prevention, and rehabilitation of the population affected by war distress should be applied, including problem management plus an integrated approach to overcoming stress. An urgent issue has become the training of doctors at all levels of medical care in identifying and effective work with victims and especially effective rehabilitation.

Key words: war distress, civilian population, stress disorders, post-traumatic stress disorder, medical care, complex rehabilitation.

Відомості про авторів:

Чабан Олег Созонтович — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Хаустова Олена Олександрівна — доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Чабан Олег Созонтович
01601, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13

Information about the authors:

Chaban Oleg S. — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Khaustova Olena O. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Oleg Chaban
01601, Kyiv, Taras Shevchenko ave., 13

Надійшла до редакції/Received: 10.08.2022

Прийнято до друку/Accepted: 12.08.2022