

Є. О. Лихолетов

ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРСОНІФІКАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ЦИВІЛЬНИМ ОСОБАМ З АДАПТАЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ, НА ОСНОВІ ПРОГНОЗУ ТЯЖКОСТІ ЇХ НАСЛІДКІВ

Е. А. Лихолетов

Обоснование персонификации лечебно-реабилитационной помощи гражданским лицам с адаптационными расстройствами, пострадавшим от психосоциального стресса в условиях военного конфликта, на основе прогноза тяжести их последствий

Ye. O. Likholetov

Rationale of personification of treatment and rehabilitation aid of civilians with adaptive disorders who have experienced psychosocial stress under military conflict, based on forecast severity of consequences

Метою роботи було розроблення технології прогнозування тяжкості клініко-психопатологічного перебігу й психосоціальних наслідків розладів адаптації у цивільних осіб, які зазнали впливу психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, як базису для визначення обсягу і змісту лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів.

Обстежено 109 осіб, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту: група 1 — 6 вдов загиблих військовослужбовців; група 2 — матері, батьки і дружини учасників бойових дій, які повернулися до мирного життя, всього 71 особа; група 3 — 32 внутрішньо переміщені особи. В усіх обстежених діагностовано порушення психіки кластера F43.2 — адаптаційні розлади.

В процесі роботи розроблено систему визначення прогнозу, що дає змогу провести різновекторне оцінювання стану індивіда за оцінкою клініко-психопатологічного стану та психосоціального функціонування, а також сформулювати прогнозну оцінку ризику ускладнень як за окремими сферами, так і у комплексній взаємодії клінічних і соціально-психологічних чинників.

Виокремлено три групи для оцінки ризику важкого перебігу захворювання і ускладнень з боку психічної сфери, а також психосоціальної дезадаптації як за окремими кластерами, так і загалом, за інтегральним ризиком: 1) сприятливого прогнозу; 2) умовно сприятливого прогнозу; 3) несприятливого прогнозу. Для кожної з цих груп ми запропонували комплекс діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів.

Запропонована технологія прогнозування ризику перебігу розладів адаптації — проста у застосуванні, інформативна, придатна для використання у практичній охороні здоров'я, для визначення обсягу і змісту заходів лікувально-реабілітаційної допомоги, що дає змогу рекомендувати її до широкого впровадження у клінічну практику.

Ключові слова: адаптаційні розлади, родичі учасників бойових дій, переселенці, прогнозна оцінка, персоніфікація лікувально-реабілітаційних заходів

Целью работы была разработка технологии прогностической оценки тяжести клиничко-психопатологического течения и психосоциальных последствий расстройств адаптации у гражданских лиц, подвергшихся воздействию психосоциального стресса в условиях военного конфликта, как базиса для определения объема и содержания лечебно-реабилитационных мероприятий для данного контингента пациентов.

Обследовано 109 человек, пострадавших от психосоциального стресса в условиях военного конфликта: группа 1 — 6 вдов погибших военнослужащих; группа 2 — родители и жены участников боевых действий, которые вернулись к мирной жизни, всего 71 человек; группа 3 — 32 внутренне перемещенные лица. У всех обследованных были диагностированы нарушения психики кластера F43.2 — адаптационные расстройства.

В ходе работы была разработана система определения прогноза, позволяющая провести разновекторную оценку состояния индивида по оценке клиничко-психопатологического состояния и психосоциального функционирования, а также сформулировать прогнозную оценку риска осложнений как по отдельным сферам, так и в комплексном взаимодействии клинических и социально-психологических факторов.

Выделено три группы для оценки риска тяжелого течения заболевания и осложнений со стороны психической сферы, а также психосоциальной дезадаптации как по отдельным кластерам, так и в целом: 1) благоприятного прогноза; 2) условно благоприятного прогноза; 3) неблагоприятного прогноза. Для каждой из этих групп мы предложили комплекс диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Предложенная технология прогнозирования риска течения расстройств адаптации — проста в применении, информативна, пригодна для использования в практическом здравоохранении для определения объема и содержания мероприятий лечебно-реабилитационной помощи, что позволяет рекомендовать ее к широкому внедрению в клиническую практику.

Ключевые слова: адаптационные расстройства, родственники участников боевых действий, переселенцы, прогнозная оценка, персонификация лечебно-реабилитационных мероприятий

The aim of the work was to develop a technology for predictive assessment of the severity of clinical and psychopathological course and psychosocial consequences of adaptation disorders in civilians affected by psychosocial stress in military conflict, as a basis for determining the scope and content of treatment and rehabilitation measures for this group of patients.

109 people who experienced psychosocial stress in a military conflict were examined: group 1 — 6 wives of fallen servicemen; group 2 — mothers, fathers and wives of combatants who returned to peaceful life, a total of 71 people; group 3 — 32 internally displaced persons. All subjects were diagnosed with mental disorders of the F43.2 cluster — adaptive disorders.

In the course of the work a forecasting system was developed, which allows to conduct a multi-vector assessment of the individual's condition according to the assessment of clinical and psychopathological condition and psychosocial functioning, as well as to form a prognostic assessment of the risk of complications.

Three groups were identified to assess the risk of severe disease and complications from the mental sphere, as well as psychosocial maladaptation for individual clusters and in general, for integrated risk: 1) favorable prognosis; 2) conditionally favorable prognosis; 3) unfavorable prognosis. For each of these groups we have proposed a set of diagnostic, therapeutic, rehabilitation and preventive measures.

The proposed technology for predicting the risk of adaptation disorders easy to use, informative, suitable for use in practical health care, to determine the scope and content of treatment and rehabilitation care, which allows to recommend it for widespread implementation in clinical practice.

Key words: adaptation disorders, relatives of combatants, migrants, prognostic assessment, personification of medical and rehabilitation measures

З огляду на реалії сьогодення, світова спільнота на рівні ООН визнала військові дії однією з найбільш глобальних, масштабних і небезпечних загроз для окремої людини, людського суспільства і людства загалом [1]. Однак, незважаючи на зусилля прогресивних сил людства, на тепер у світі триває понад 80 довгострокових військових конфліктів, один з яких розгортається на території нашої країни [2—4].

Військові дії є одним із чинників з найбільшим негативним суспільним впливом і прикладом поширеного і всеохопного насильства, що неминуче відбивається на суспільних відносинах, економіці, системі охорони здоров'я і соціальній стабільності країни, що втягнута у військовий конфлікт; ситуація ускладнюється недостатньою розробленістю заходів із попередження і зменшення цього негативного впливу [5—7]. Збройний конфлікт справляє масштабний негативний вплив на суспільну психологію, призводячи до розшарування суспільства і формування конфронтаційних соціальних дихотомій: агресор — жертва, військові — цивільні, свої — чужі, що ще більше ускладнює соціально-психологічну ситуацію в країні за механізмом порочного кола, що стає практично універсальним [8, 9].

Серед специфічних груп населення, що мають високу тропність до вразливого впливу психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, є родичі учасників бойових дій (УБД) [10] та внутрішньо переміщені особи (ВПО) [11, 12]. З огляду на сучасний тренд на персоніфікацію лікувально-реабілітаційних впливів, який є головним нині у світовій і вітчизняній медицині, потрібними є вивчення специфіки клінічних проявів неспсихотичних психічних порушень у таких груп пацієнтів, та розроблення специфічних терапевтичних стратегій щодо цього контингенту.

Метою цієї роботи було розроблення технології прогнозу оцінки тяжкості клініко-психопатологічного перебігу й психосоціальних наслідків розладів адаптації у цивільних осіб, які зазнали впливу психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, як базису для визначення обсягу і змісту лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, обстежено 109 осіб, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту — вдови військовослужбовців, які загинули під час участі в бойових діях, референтні родичі учасників бойових дій (УБД), які повернулись до мирного життя, та ВПО. Було сформовано три групи: до групи 1 увійшли 6 вдов загиблих військовослужбовців; до групи 2 було залучено матерів, батьків і дружин УБД — всього 71 особа; до групи 3 — 32 переселенці — ВПО (12 чоловіків і 20 жінок). У всіх обстежених діагностовано неспсихотичні психічні розлади кластера F43.2 — адаптаційні розлади.

Під час обстеження використовували клініко-психопатологічний, психометричний й психодіагностичний методи. Статистичний аналіз виконано з вико-

ристанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoft Inc., USA). Статистичний аналіз містив формування описової статистики, оцінювання характеру розподілу ознак та графічний аналіз одержаних даних. Аналіз розбіжностей виконано з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні.

На ґрунті даних дослідження ми розробили систему визначення прогнозу, придатну для практичного застосування, що дає змогу провести різновекторну оцінку клініко-психопатологічного стану та психосоціального реагування і функціонування індивіда, а також сформуванню прогнозу оцінку ризику ускладнень як за окремими сферами, так і у комплексній взаємодії клінічних і соціально-психологічних чинників.

З урахуванням результатів, одержаних у нашому дослідженні, виокремлено два ключових кластери, відповідно до двох основних сфер, які визначають стан психічного здоров'я, соціального функціонування і психосоціальної адаптації пацієнтів різних соціальних і клінічних груп: клініко-психопатологічний і соціально-психологічний кластери.

Клініко-психопатологічний кластер характеризує поточний стан психічної сфери індивіда і враховує вираженість наявної психопатологічної симптоматики за всіма основними сферами психіки, забезпечуючи різновекторну оцінку психічної діяльності та клініко-психопатологічної симптоматики, що є у цього пацієнта.

Для кількісної оцінки клініко-психопатологічної сфери застосовано комплексний показник, що є арифметичною сумою показників (у балах) за шкалами соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, паранояльних симптомів та психотизму опитувальника Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) та показника депресії за шкалою депресії М. Hamilton (HDRS). З огляду на визначальну роль у емоційному реагуванні індивіда афективної сфери, ми під час розроблення комплексної програми передбачили більший кількісний внесок у загальну прогнозу оцінку за клініко-психопатологічним кластером показників, що характеризують вираженість депресивної симптоматики: показника депресії за HDRS та показника за шкалою депресії SCL-90-R.

Соціально-психологічний кластер характеризує ступінь адаптації індивіда у соціумі, його здатність до застосування конструктивних психологічних моделей поведінки, ефективність взаємодії з оточенням та якість його життя.

Для кількісної оцінки соціально-психологічної сфери застосовано комплексний показник, що є арифметичною сумою показника копінг-поведінки і показника якості життя. Показник копінг-поведінки обчислюють як різницю між сумою показників за шкалами конфронтаційного копіngu, дистанціювання, прийняття відповідальності, втечі-уникнення і показниками за шкалами планування розв'язання проблеми, пошуку соціальної підтримки,

позитивної переоцінки та самоконтролю опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus (1988) в адаптації Т. Л. Крюкової (2002). За умови переважання конструктивних копінгів показник набуває від'ємної величини, у разі переважання неконструктивних — додатної. Показник якості життя обчислюють як різницю 10 балів і оцінки за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н. О. Марути (2001). Такий підхід забезпечує спільномірну оцінку показників за клініко-психопатологічним і соціально-психологічним кластером (погіршення індикаторів психопатологічного стану і психосоціальної дезадаптації збільшує показники за відповідними кластерами; складаючись, вони забезпечують збільшення інтегрального показника, що є індикатором загального психічного і психосоціального неблагополуччя, а поліпшення психоемоційного стану і психосоціального функціонування взаємно зменшують інтегральний показник, що свідчить про більш сприятливий прогноз).

Інтегральний показник психічного стану і психосоціального функціонування обчислюють як суму показників за клініко-психопатологічним кластером і соціально-психологічним кластером.

Відповідно до кількісних характеристик показників за клініко-психопатологічним і соціально-психологічним кластерами, ми виокремили три групи для оцінки ризику важкого перебігу захворювання і ускладнень з боку психічної сфери, а також психосоціальної дезадаптації як за окремими кластерами, так і загалом, за інтегральним ризиком:

1) сприятливого прогнозу;

2) умовно сприятливого прогнозу;

3) несприятливого прогнозу.

Віднесення пацієнта до тієї чи тієї групи проводили за результатами зіставлення фактичної оцінки за кожним із кластерів з нормативними показниками. Величини нормативних показників визначені на ґрунті аналізу показників основної вибірки; за межу сприятливого і умовно сприятливого прогнозу було прийнято величину нижнього квартиля (Q_{25}) показників за цим кластером, а за межу умовно сприятливого і несприятливого прогнозів — величину верхнього квартиля (Q_{75}) (табл. 1).

Таблиця 1. Граничні величини показників за кластерами

Кластери	Граничні величини показників, бали		
	сприятливий	умовно сприятливий	несприятливий
Клініко-психопатологічний	$\leq 10,0$	10,1— 19,5	понад 19,5
Соціально-психологічний	$\leq -9,0$	(-8,9) — 4,3	понад 4,3
Інтегральний показник психічного стану і психосоціального функціонування	≤ 0	0,1— 19,3	понад 19,3

Відповідно до оцінки за окремими кластерами та інтегральної оцінки, ми запропонували комплекс діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів для кожної з груп (табл. 2).

Таблиця 2. Рекомендований обсяг заходів, що варто проводити під час визначення рівня прогнозу за кластерами

Прогноз	Рекомендований обсяг заходів			
	діагностичних	лікувальних	реабілітаційних	профілактичних
Клініко-психопатологічний кластер				
Сприятливий	Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, комплексна психодіагностика	Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Психоосвіта, підтримувальна психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій
Умовно сприятливий	Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, комплексна психодіагностика, оцінка рівня депресії і тривоги, психіатричної і соматичної коморбідності	Терапія антидепресантами групи С133С і С133СiH. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Підтримувальна терапія антидепресантами групи С133С і С133СiH тривалістю не менше як 9 місяців. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). Заходи з соціальної адаптації та ресоціалізації	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій. Профілактика сезонних депресій
Несприятливий	Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, комплексна психодіагностика, оцінка рівня депресії і тривоги, психіатричної і соматичної коморбідності, наркологічного статусу, суїцидального ризику	Терапія антидепресантами групи С133С, С133СiH і мульти-модальної дії. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія)	Підтримувальна терапія антидепресантами групи С133С і С133СiH і мульти-модальної дії тривалістю не менше як 12 місяців, корекція медикаментозної терапії. Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). Заходи з соціальної адаптації та ресоціалізації	Профілактика психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій. Профілактика сезонних депресій. Виявлення коморбідної психічної патології. Генетичне консультування

Прогноз	Рекомендований обсяг заходів			
	діагностичних	лікувальних	реабілітаційних	профілактичних
Соціально-психологічний кластер				
Сприятливий	Комплексна психодіагностика	Надання психологічної допомоги, психокорекція поточних проблем	Психологічне консультування з поточних проблем. Соціальна допомога	Попередження стресів, налагодження продуктивних соціальних відносин
Умовно сприятливий	Комплексна психодіагностика	Психокорекція змін у психоемоційній сфері, психотерапія	Психологічне консультування, психокорекція, психотерапія, соціальна адаптація	Створення сприятливої психологічної атмосфери, профілактика впливу шкідливих чинників
Несприятливий	Комплексна психодіагностика, оцінка ступеня психосоціальної дезадаптації	Психокорекція, психотерапія	Підтримувальна психотерапія, психосоціальна адаптація, і ресоціалізація	Усунення чинників ризику, коморбідної патології, деструктивних психологічних чинників
Інтегральний показник психічного стану і психосоціального функціонування				
Сприятливий	Комплексна психодіагностика	Психоосвіта, психотерапія (КПТ, сімейна терапія). За великої тривалості психопатологічних проявів — медикаментозна терапія	Підтримувальна психотерапія, за потреби — підтримувальна медикаментозна терапія	Попередження стресів, інтоксикацій, нейроінфекцій, налагодження продуктивних соціальних відносин
Умовно сприятливий	Комплексна психодіагностика, аналіз вираженості психопатологічної симптоматики	Медикаментозна терапія Психоосвіта Психотерапія Психокорекція	Підтримувальна медикаментозна терапія протягом 6—9 місяців, підтримувальна психотерапія, заходи з соціальної адаптації	Попередження чинників ризику, контроль соціального функціонування
Несприятливий	Комплексна психодіагностика, аналіз вираженості психопатологічної симптоматики, векторна психіатрична діагностика	Медикаментозна терапія Психоосвіта Психотерапія	Підтримувальна медикаментозна терапія протягом 12 місяців, підтримувальна психотерапія, заходи з соціальної адаптації, психокорекція	Попередження чинників ризику, контроль соціального функціонування, забезпечення ефективного соціального функціонування

Примітки. КПТ — когнітивно-поведінкова психотерапія; СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСІН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну

Приклад 1. Пацієнтка Г., 50 років, мати загиблого УБД. Показник за шкалою депресії М. Hamilton — 6 балів. Показники за шкалами опитувальника SCL-90-R: соматизації — 0,9 балів, obsесивно-компульсивних розладів — 0,6 балів, міжособистісної сензитивності — 0,3 бали, депресії — 0,2 бали, тривожності — 0,1 бали, ворожості — 0,2 бали, фобічної тривожності — 0,1 бали, паранояльної симптоматики — 0,3 бали, психотизму — 0 балів. Показники за шкалами опитувальника «Способи долаючої поведінки»: конфронтаційний копінг — 7 балів, дистанціювання — 3 бали, самоконтроль — 7 балів, пошук соціальної підтримки — 10 балів, прийняття відповідальності — 4 бали, втеча-уникнення — 7 балів, планування розв'язання проблеми — 11 балів, позитивна переоцінка — 16 балів. Показник якості життя за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути: 8,3 бали.

Показник за клініко-психопатологічним кластером дорівнював 8,7 балів, що відповідає сприятливому прогнозу. Показник за соціально-психологічним кластером становив –21,3 бали, що відповідає сприятливому прогнозу. Інтегральний показник дорівнював –12,6 балів, що відповідає сприятливому прогнозу.

Рекомендований обсяг діагностичних заходів: оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, комплексна психодіагностика.

Рекомендований обсяг лікувальних заходів: психоосвіта, психокорекція поточних проблем, КПТ, сімейна терапія.

Рекомендований обсяг реабілітаційних заходів: психоосвіта, психологічне консультування з поточних проблем, соціальна допомога, підтримувальна психотерапія (КПТ, сімейна терапія).

Рекомендований обсяг профілактичних заходів: налагодження продуктивних соціальних відносин, попередження психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій.

Приклад 2. Пацієнтка Р., 20 років, дружина УБД. Показник за шкалою депресії М. Hamilton — 6 балів. Показники за шкалами опитувальника SCL-90-R: соматизації — 0,7 балів, obsесивно-компульсивних розладів — 0,7 балів, міжособистісної сензитивності — 0,7 балів, депресії — 0,7 балів, тривожності — 0,5 балів, ворожості — 1,3 бали, фобічної тривожності — 0 балів, паранояльної симптоматики — 1,5 бала, психотизму — 0,2 бали. Показники за шкалами опитувальника «Способи долаючої поведінки»: конфронтаційний копінг — 11 балів, дистанціювання — 8 балів, самоконтроль — 10 балів, пошук соціальної підтримки — 15 балів, прийняття відповідальності — 8 балів, втеча-уникнення — 14 балів, планування розв'язання проблеми — 12 балів, позитивна переоцінка — 15 балів. Показник якості життя за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути: 7,6 балів.

Показник за клініко-психопатологічним кластером становив 12,3 бали, що відповідає умовно сприятливому прогнозу. Показник за соціально-психологічним кластером дорівнював –8,6 балів, що відповідає умовно сприятливому прогнозу. Інтегральний показник становив 3,7 балів, що відповідає умовно сприятливому прогнозу.

Рекомендований обсяг діагностичних заходів: комплексна психодіагностика, оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, психологічне консультування, оцінка рівня депресії і тривоги, психіатричної і соматичної коморбідності.

Рекомендований обсяг лікувальних заходів: есциталопрам 10 мг на добу, психоосвіта, КПТ, сімейна терапія, психокорекція змін у психоемоційній сфері.

Рекомендований обсяг реабілітаційних заходів: підтримувальна терапія есциталопрамом у добовій дозі 10 мг тривалістю 9 місяців, психотерапія (психоосвіта, КПТ, сімейна терапія), психологічне консультування, психокорекція, заходи з соціальної адаптації та ресоціалізації.

Рекомендований обсяг профілактичних заходів: створення сприятливої психологічної атмосфери, усунення впливу шкідливих чинників, профілактика сезонних депресій, контроль соціального функціонування.

Приклад 3. Пацієнтка Т., 44 роки, вимушена переселенка. Показник за шкалою депресії М. Hamilton 12 балів. Показники за шкалами опитувальника SCL-90-R: соматизації — 1,2 бали, obsесивно-компульсивних розладів — 1,4 бали, міжособистісної сензитивності — 1,3 бали, депресії — 1,2 бали, тривожності — 1,2 бали, ворожості — 0,5 балів, фобічної тривожності — 1,4 бали, паранояльної симптоматики — 0,2 бали, психотизму — 0 балів. Показники за шкалами опитувальника «Способи долаючої поведінки»: конфронтаційний копінг — 9 балів, дистанціювання — 13 балів, самоконтроль — 3 бали, пошук

соціальної підтримки — 12 балів, прийняття відповідальності — 6 балів, втеча-уникнення — 11 балів, планування розв'язання проблеми — 11 балів, позитивна переоцінка — 10 балів. Показник якості життя за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути: 6,0 балів.

Показник за клініко-психопатологічним кластером дорівнював 20,4 бали, що відповідає несприятливому прогнозу. Показник за соціально-психологічним кластером становив 7,0 балів, що відповідає несприятливому прогнозу. Інтегральний показник дорівнював 27,4 бали, що відповідає несприятливому прогнозу.

Рекомендований обсяг діагностичних заходів: оцінка вираженості психопатологічної симптоматики, векторна психіатрична діагностика, комплексна психодіагностика, оцінка ступеня психосоціальної дезадаптації, оцінка рівня депресії і тривоги, психіатричної і соматичної коморбідності, наркологічного статусу, суїцидального ризику.

Рекомендований обсяг лікувальних заходів: венлафаксин 150 мг на добу, психоосвіта, КПТ, сімейна терапія, психокорекція.

Рекомендований обсяг реабілітаційних заходів: підтримувальна терапія венлафаксином у дозі 75 мг на добу тривалістю 12 місяців, корекція медикаментозної терапії, психоосвіта, підтримувальна психотерапія (КПТ, сімейна терапія), психокорекція, заходи з соціальної адаптації та ресоціалізації.

Рекомендований обсяг профілактичних заходів: попередження психоемоційних стресів, нейроінфекцій, інтоксикацій, усунення чинників ризику. Профілактика сезонних депресій. Виявлення й усунення коморбідної психічної патології, деструктивних психологічних чинників. Генетичне консультування. Контроль і забезпечення ефективного соціального функціонування.

Отже, запропонована технологія прогнозування ризику перебігу розладів адаптації як з боку клініко-психопатологічної сфери, так і соціально-психологічного функціонування — проста у застосуванні, інформативна, придатна для використання у практичній охороні здоров'я, для визначення обсягу і змісту заходів лікувально-реабілітаційної допомоги, що дає змогу рекомендувати її до широкого впровадження у клінічну практику.

Список літератури

1. Peace and Security // Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36 p. URL: <https://www.un.org/ru/sections/un-character/preamble/index.html>.
2. Andreouli E., Howarth C. National identity, citizenship and immigration: Putting identity in context // Journal for the Theory of Social Behaviour. 2013. Vol. 43(3). P. 361—382. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2012.00501.x>.
3. Gomez-Suarez A., Newman J. Safeguarding political guarantees in the Colombian peace process: Have Santos and FARC learnt the lessons from the past? // Third World Quarterly. 2013. Vol 34(5). P. 819—837. DOI: <https://doi.org/10.1080/01436597.2013.800747>.

4. Hopkins N., Blackwood L. Everyday citizenship: Identity and recognition // *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2011. Vol. 21. P. 215—227. DOI: <https://doi.org/10.1002/casp.1088>

5. Howarth C., Andreouli E., Kessi, S. Social representations and the politics of participation // In: Dekker, H. *The Palgrave handbook of global political psychology* / Kinnvall, C., Capelos, T., Nesbitt-Larking, P. (Eds.). Basingstoke, United Kingdom : Palgrave Macmillan, 2014. P. 19—38. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-137-29118-9_2.

6. Jovchelovitch S., Priego-Hernandez J. Underground sociabilities: Identity, culture and resistance in the favelas of Rio de Janeiro. Brasilia, Brazil: UNESCO. 2013. 246 p. URL: https://eprints.lse.ac.uk/53678/1/Priego-Hernandez_2013_Underground_sociabilities.pdf.

7. Kaplan O., Nussio E. Community counts: The social reintegration of ex-combatants in Colombia // *Conflict Management and Peace Science*. 2018; 35(2): 132—153. DOI: <https://doi.org/10.1177/0738894215614506>.

8. Ugarriza J. E., Craig, M. J. The relevance of ideology to contemporary armed conflicts: A quantitative analysis of former combatants in Colombia // *Journal of Conflict Resolution*. 2013. Vol. 57(3). P. 445—477. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022002712446131>.

9. Human amygdala engagement moderated by early life stress exposure is a biobehavioral target for predicting recovery on antidepressants / Goldstein-Piekarski A. N., Korgaonkar M. S., Green E. [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2016. Vol. 113. P. 11955—11960. DOI: 10.1073/pnas.1606671113.

10. Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Явдак І. О., Малюта Л. В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2 (95), 68—71.

11. Шпильовий Я. В. Клінічний зміст і вираженість депресивних і тривожних феноменів в структурі невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу у жінок (вимушених переселенців та дружин військовослужбовців — учасників АТО // *Там само*. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 88—91.

12. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // *Там само*. 2018. Т. 26, вип.1 (94). С. 78—82.

Надійшла до редакції 5.05.2021

ЛІХОЛЕТОВ Євгеній Олександрович, аспірант кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-8587-357X>; e-mail: lixlete@gmail.com

LIKHOLETOV Yevhenii, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-8587-357X>; e-mail: lixlete@gmail.com