

К. О. Зеленська

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ
(КОМБАТАНТІВ, ВОЛОНТЕРІВ ТА ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ)**

Е. А. Зеленская

**Клинико-психопатологические и патопсихологические особенности
непсихотических психических расстройств у лиц, пострадавших от боевых действий
(комбатантов, волонтеров вынужденных переселенцев)**

К. О. Zelenska

**Clinical, psychopathological and pathopsychological features
of non-psychotic mental disorders in persons who suffered from combat actions
(combatants, volunteers and internally displaced persons)**

Постстрессові психічні розлади, що їх спричинили воєнні дії на Сході України, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів під час адаптації до умов мирного життя через на шарування на цей субстрат нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією. Проведено комплексне обстеження 299 хворих на непсихотичні психічні розлади, обох статей (середній вік — 30,6 ± 4,7 років). I групу дослідження становили 96 військовослужбовців Збройних Сил України, які безпосередньо брали участь у бойових діях в зоні Операції об'єднаних сил (ООС) (66 чоловіків та 30 жінок); II групу — 98 волонтерів, діяльність яких пов'язана з підтримкою військових в зоні ООС (44 чоловіки та 54 жінки); III групу — 105 вимушених переселенців (52 чоловіки та 53 жінки). Клінічна структура постстресових розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом (F43.1); розладами адаптації (продовжена тривожно-депресивна реакція) (F43.21); тривожними розладами: генералізований тривожний розлад (F41.1); паничний розлад (F41.0). Отримані в процесі роботи дані покладені в основу розроблення комплексної персоналізованої програми корекції непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб постраждалих внаслідок бойового стресу з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Ключові слова: бойові дії, непсихотичні психічні розлади, комбатанти, волонтери, вимушені переселенці

Постстрессовые психические расстройства, вызванные военными действиями на востоке Украины, становятся одним из важных внутренних барьеров при адаптации к условиям мирной жизни из-за наложения на этот субстрат новых стрессов, связанных с социальной дезадаптацией. Проведено комплексное обследование 299 больных непсихотическими психическими расстройствами, обоих полов (средний возраст — 30,6 ± 4,7 лет). I группу исследования составили 96 военнослужащих Вооруженных Сил Украины, непосредственно участвовавших в боевых действиях в зоне Операции объединенных сил (ООС) (66 мужчин и 30 женщин); II группу — 98 волонтеров, деятельность которых связана с поддержкой военных в зоне ООС (44 мужчины и 54 женщины); III группу — 105 вынужденных переселенцев (52 мужчины и 53 женщины). Клиническая структура постстрессовых расстройств у обследованных больных была представлена: посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1); расстройством адаптации (продолжительная тревожно-депрессивная реакция) (F43.21); тревожными расстройствами: генерализованное тревожное расстройство (F41.1); паническое расстройство (F41.0). Полученные в ходе работы данные легли в основу разработки комплексной персонализированной программы коррекции непсихотических психических расстройств и реабилитации пострадавших в результате боевого стресса с дифференцированным использованием методов психофармакотерапии, психотерапии и психообразования.

Ключевые слова: боевые действия, непсихотические психические расстройства, комбатанты, волонтеры, вынужденные переселенцы

Post-stress mental disorders caused by military operations in the east of Ukraine are becoming one of the most important internal barriers during adaptation to peaceful life. Due to the accumulation of new stresses associated with social maladaptation on this substrate. We conducted a comprehensive survey of 299 patients with non-psychotic mental disorders, both sexes (mean age — 30.6 ± 4.7 years). The first study group consisted of 96 servicemen of the Armed Forces of Ukraine who were directly involved in hostilities in the Joint Forces Operation zone (66 men and 30 women); group II — 98 volunteers whose activities are related to the support of the soldiers in the Joint Forces Operation zone (44 men and 54 women); group III — 105 internally displaced persons (52 men and 53 women). The clinical structure of post-stress disorders in the examined patients was presented by: post-traumatic stress disorder (F43.1); adjustment disorders (prolonged anxiety-depressive reaction) (F43.21); anxiety disorders: generalized anxiety disorder (F41.1); panic disorder (F41.0). The data obtained during the study formed basis for the development of a comprehensive personalized program for the correction of non-psychotic mental disorders and rehabilitation of combat stress victims with the differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation.

Keywords: hostilities, non-psychotic mental disorders, combatants, volunteers, internally displaced persons

Воєнні дії чинять значний вплив на особистість та є основною причиною бойових психічних травм, розвитку гострих стресових і посттравматичних стресових розладів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 16 % населення світу страждають від наслідків воєнних конфліктів та війни та близько 12 % мають травмованих війною

членів родини. Бойова психічна травма стає безпосередньою причиною постстресових розладів у 80 % осіб, які пережили бойові дії, а у її віддаленому періоді часто спостерігаються саморуйнівна поведінка, депресія, залежність від алкоголю, тривожні розлади та інші негативні наслідки [1, 2].

Постстрессові психічні розлади, що їх спричинив воєнний збройний конфлікт, стають одним з важливих внутрішніх бар'єрів, що заважають ефективному

виконанню професійних обов'язків нашими комбатантами, а у майбутньому ці фактори впливають на адаптацію в умовах мирного життя, внаслідок нашарування на нього нових стресових чинників, які пов'язані з соціальною дезадаптацією військових [3, 4].

Проведення профілактики розвитку постстресових розладів та реабілітації осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, є дуже вагомими внаслідок проблем у сфері психічного здоров'я та наявних психосоціальних наслідків кризових травматичних подій та міцно пов'язані між собою [5, 6].

Вивчення специфіки клінічної структури, діагностики, лікування та профілактики постстресових розладів у осіб, які пережили бойові дії, безумовно є одним з найважливіших соціальних та медичних питань нашого суспільства. Ця потреба спричинена тим, що постстресові розлади призводять не тільки до страждань хворого, але й перешкоджають його особистому та соціальному функціонуванню [7, 8].

Постстресові психічні розлади, що спричинені воєнними діями на Сході України, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів під час адаптації до умов мирного життя через нашарування на цей субстрат нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією. Тому питання виявлення та аналізу психометричних маркерів стресосоційованих розладів у осіб, які пережили бойові дії, і розроблення ефективних стратегій їх ранньої діагностики та профілактики є актуальними питаннями сьогодення [9].

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у різних категорій осіб, які постраждали від бойових дій (комбатантів, вимушених переселенців та волонтерів).

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології та відповідно до Закону про психіатричну допомогу на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» та Військово-медичного центру Північного регіону проведено комплексне обстеження 299 хворих на неспсихотичні психічні розлади, обох статей, середнім віком 30,6 ± 4,7 років:

I групу дослідження становили 96 військово-службовців Збройних Сил України, які безпосередньо брали участь у бойових діях в зоні Операції об'єднаних сил (ООС) (66 чоловіків та 30 жінок); II групу — 98 волонтерів, діяльність яких пов'язана з підтримкою військових в зоні ООС (44 чоловіки та 54 жінки); III групу — 105 вимушених переселенців (52 чоловіки та 53 жінки).

Усі респонденти, які були залучені в дослідження, дали добровільну згоду на участь в ньому, вільно володіли українською мовою, що дало змогу виконати повноцінне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження.

Як свідчать отримані у процесі роботи дані, найчастіше обстежені хворі висловлювали скарги на пригніченість настрою (83,3 ± 1,8 % обстежених I групи,

81,2 ± 1,8 % — II та 81,5 ± 1,8 % III груп), афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум) (69,3 ± 1,6 % обстежених I групи, 68,5 ± 1,6 % — II групи та 72,3 ± 1,7 % III групи), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу (86,1 ± 1,8 %, 85,2 ± 1,8 % та 87,2 ± 1,8 % обстежених відповідно), внутрішнє напруження із неможливістю розслабитися (73,2 ± 1,7 %, 72,9 ± 1,7 % та 71,2 ± 1,7 %), почуття небезпеки (66,9 ± 1,6 % обстежених I групи, 67,1 ± 1,6 % — II групи та 65,9 ± 1,6 % — III групи), втрати контролю над ситуацією (68,9 ± 1,6 % хворих — I групи, 65,5 ± 1,6 % — II та 53,9 ± 1,5 % III груп) безнадію (42,8 ± 1,4 %, 45,2 ± 1,4 % та 39,9 ± 1,3 % обстежених відповідно), апатію (34,2 ± 1,3 %, 33,9 ± 1,3 % та 35,2 ± 1,3 %), розлади сну (42,3 ± 1,4 % обстежених I групи, 45,2 ± 1,4 % — II та 43,2 ± 1,4 % III груп).

Хворі I та II групи відчували роздратованість (56,9 ± 1,5 % обстежених I та 60,3 ± 1,6 % — II груп), гіперестезії (56,2 ± 1,5 % та 52,2 ± 1,5 % відповідно), нав'язливі спогади бойової стресової ситуації (62,8 ± 1,6 % обстежених комбатантів та 68,2 ± 1,6 % волонтерів).

Хворі III групи скаржилися на труднощі адаптації у новому оточенні (59,2 ± 1,5 %), психотравматичні спогади, страхи та фіксацію на наявній суб'єктивно значущої негативній інформації про події на окупованих територіях (76,5 ± 1,7 %).

Клінічна структура постстресових розладів у обстежених хворих була представлена посттравматичним стресовим розладом (F43.1) — 35,1 ± 1,3 % обстежених I групи, 31,8 ± 1,3 % II групи та 28,9 ± 1,2 % III групи; розладами адаптації (продовжена тривожно-депресивна реакція) (F43.21) — 30,0 ± 1,3 %, 25,9 ± 1,2 % та 20,4 ± 1,2 % обстежених відповідно; тривожними розладами: генералізований тривожний розлад (F41.1) — 19,4 ± 1,1 % обстежених I групи, 22,1 ± 1,2 % II групи та 22,9 ± 1,2 % III групи; панічний розлад (F41.0) — 15,5 ± 1,1 %, 20,2 ± 1,2 % та 27,8 ± 1,2 % відповідно.

Клінічна структура ПТСР була представлена тривожним (35,2 ± 1,3 % обстежених I групи, 37,4 ± 1,3 % — II групи та 42,9 ± 1,4 % — III групи), дисфоричним (39,8 ± 1,3 %, 33,4 ± 1,3 % та 21,4 ± 1,2 % відповідно), астеничним (22,4 ± 1,2 % обстежених I групи, 24,5 ± 1,2 % — II групи, 31,4 ± 1,3 % — III групи) та соматоформним (2,9 ± 0,5 %, 4,7 ± 0,5 % та 4,3 ± 0,5 % відповідно) синдромокомплексами.

За результатами Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, клінічні ознаки ПТСР спостерігаються у 70,1 ± 1,7 % обстежених I групи, 71,1 ± 1,7 % — II групи та 75,2 ± 1,7 % обстежених III групи.

Як показали результати вивчення інтенсивності клінічних проявів ПТСР за шкалою клінічної діагностики ПТСР (CAPS), частота симптомів ПТСР становила 34,0 ± 3,6 балів у обстежених I групи, 33,2 ± 3,5 балів у обстежених II групи та 30,1 ± 2,4 бали у обстежених III групи; інтенсивність симптомів — 32,1 ± 5,3 бали, 32,9 ± 4,8 балів та 33,2 ± 3,6 балів відповідно; загальна важкість симптомів — 66,1 ± 6,9 балів у I групі, 64,2 ± 5,9 балів — у II групі

та $64,0 \pm 6,2$ балів — у III групі, що відповідає стану клінічно виражених проявів ПТСР.

У клінічній картині тривожно-депресивної реакції у обстежених хворих найчастіше відзначали знижений фон настрою ($83,9 \pm 1,8$ % хворих I групи, $72,9 \pm 1,7$ % — II групи та $85,2 \pm 1,8$ % — III групи), почуття тривоги ($86,8 \pm 1,8$ %, $87,1 \pm 1,8$ % та $83,2 \pm 1,8$ % відповідно), внутрішнє напруження, немотивоване занепокоєння ($82,2 \pm 1,8$ %, $80,1 \pm 1,8$ % та $79,6 \pm 1,7$ %), негативне емоційне забарвлення переживань ($59,8 \pm 1,5$ % хворих I групи, $53,9 \pm 1,5$ % хворих II та $62,2 \pm 1,6$ % — III груп), нав'язливі страхи та побоювання ($52,3 \pm 1,5$ %, $50,8 \pm 1,5$ % та $64 \pm 1,6$ % відповідно), сумніви у правильності прийнятих рішень і дій ($32,2 \pm 1,3$ %, $28,6 \pm 1,2$ % та $36,1 \pm 1,3$ %), астенична симптоматика ($66,8 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $63,2 \pm 1,6$ % — II групи та $72,3 \pm 1,7$ % — III групи), підвищена вразливість ($35,8 \pm 1,3$ %, $36,9 \pm 1,3$ % та $41,1 \pm 1,4$ % відповідно).

Тривожні розлади проявлялися немотивованою, стійкою, постійною тривогою або непередбачуваними нападами важкої тривоги, невинуватим занепокоєнням, почуттям небезпеки та загрози, порушеннями циклу сон — неспання переважно у вигляді безсоння.

Хворим з панічним розладом притаманні повторювані непередбачувані напади важкої тривоги (паніки) ($92,6 \pm 1,9$ % обстежених I групи, $93,5 \pm 1,9$ % — II групи та $94,6 \pm 1,9$ % — III групи), відчуття надзвичайного страху ($62,8 \pm 1,6$ %, $65,2 \pm 1,6$ % та $61,8 \pm 1,6$ % відповідно), почуття смертельної загрози, небезпеки ($56,2 \pm 1,5$ %, $55,9 \pm 1,5$ % та $58,3 \pm 1,5$ %), що супроводжуються тахікардією ($89,8 \pm 1,8$ % хворих I групи, $80,9 \pm 1,8$ % — II групи та $81,9 \pm 1,8$ % — III групи), задихом ($69,8 \pm 1,6$ %, $72,9 \pm 1,7$ % та $72,2 \pm 1,7$ % відповідно), кардіалгіями ($49,8 \pm 1,4$ % хворих I групи, $50,1 \pm 1,5$ % — II групи та $49,6 \pm 1,4$ % — III групи), пітливістю ($46,8 \pm 1,4$ %, $49,6 \pm 1,4$ %, $48,5 \pm 1,4$ % відповідно), сенсibiliзація до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну і у процесі засинання ($39,8 \pm 1,3$ %, $37,2 \pm 1,3$ % та $41,1 \pm 1,4$ %). Напад паніки триває до години, між нападами — тривожне очікування повторення.

Клінічна картина генералізованого тривожного розладу була представлена генералізованою стійкою важкою контрольованою тривогою ($96,2 \pm 1,9$ % обстежених I групи, $96,5 \pm 1,9$ % — II групи та $95,8 \pm 1,9$ % — III групи), постійною напруженістю ($89,1 \pm 1,8$ %, $91,1 \pm 1,9$ % та $92,9 \pm 1,9$ % відповідно), постійними немотивованими поганими передчуттями ($66,8 \pm 1,6$ %, $42,1 \pm 1,4$ % та $69,1 \pm 1,6$ % відповідно), полохливістю, постійним невинуватим занепокоєнням ($81,5 \pm 1,8$ %, $79,9 \pm 1,7$ % та $82,5 \pm 1,8$ %), порушенням сну, особливо засинання, спричинене багаторазовим «прокручуванням» в голові подій, що відбулися за день ($59,7 \pm 1,5$ % хворих I групи, $57,3 \pm 1,5$ % — II групи та $61,5 \pm 1,6$ % — III групи), метушливістю, неспокійними рухами ($68,8 \pm 1,6$ %, $71,1 \pm 1,7$ % та $72,2 \pm 1,7$ % відповідно), тремором ($45,8 \pm 1,4$ %, $43,9 \pm 1,4$ % та $45,9 \pm 1,4$ %), постійно напруженим об-

личчям ($66,2 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $67,6 \pm 1,6$ % II групи та $72,2 \pm 1,7$ % III групи), психогенною задихом ($52,6 \pm 1,5$ %, $55,2 \pm 1,5$ % та $61,1 \pm 1,6$ % відповідно).

Аналіз даних, отриманих за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R), показує, що обстеженим хворим притаманні високі рівні соматизації ($46,5 \pm 1,4$ % обстежених I групи, $48,2 \pm 1,4$ % — II групи, $51,1 \pm 1,5$ % — III групи), депресії ($59,1 \pm 1,5$ % обстежених I групи, $68,1 \pm 1,6$ % — II групи та $75,1 \pm 1,7$ % — III групи), тривоги ($82,1 \pm 1,8$ %, $88,2 \pm 1,8$ % та $91,1 \pm 1,9$ % обстежених відповідно), ворожості ($49,2 \pm 1,4$ % обстежених I групи, $50,1 \pm 1,5$ % — II групи та $50,9 \pm 1,5$ % — III групи), обсесивності-компульсивності ($69,8 \pm 1,6$ %, $70,1 \pm 1,7$ % та $70,3 \pm 1,7$ % обстежених відповідно).

Аналіз показників шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) виявив, що вираженість психічних розладів в середньому становила $61,4 \pm 5,2$ бали у обстежених I групи, $63,5 \pm 4,8$ балів — II групи та $64,6 \pm 5,0$ балів у обстежених III групи, що відповідає діапазону тяжких клінічних проявів ПТСР. Водночас високий рівень впливу травматичної події відзначався за шкалами вторгнення ($77,8 \pm 1,7$ % обстежених I групи, $79,1 \pm 1,7$ % — II групи та $80,2 \pm 1,8$ % — III групи), уникнення ($62,9 \pm 1,6$ %, $65,5 \pm 1,6$ % та $68,2 \pm 1,6$ % відповідно) та фізіологічної збудливості ($72,2 \pm 1,7$ % обстежених I групи, $75,4 \pm 1,7$ % — II групи та $77,1 \pm 1,7$ % — III групи).

Як свідчать результати психодіагностичного обстеження, у $67,2 \pm 1,6$ % обстежених I групи, $68,2 \pm 1,6$ % — II групи та $72,2 \pm 1,7$ % обстежених III групи відзначено надвисокий рівень та у $21,1 \pm 1,2$ %, $22,2 \pm 1,2$ % та $24,3 \pm 1,2$ % обстежених відповідно — підвищений рівень соціальної фрустрованості, яка зумовлена факторами бойового стресу: загибель друзів на власних очах, необхідність торкатися загиблих, реальна загроза життю, вимушена зміна життєвого стереотипу.

Отримані у процесі роботи дані покладені в основу розроблення комплексної персоніфікованої програми корекції неспсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, що постраждали внаслідок бойового стресу, з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Список літератури

1. Марута Н. О. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко // Львівський клінічний вісник. 2020. № 1 (29). С. 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.
2. Вербицький Є. Ю. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі неспсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО / Є. Ю. Вербицький, Ю. О. Євтушенко // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16—19. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>.
3. Lennard J. Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. URL: <http://www.internal->

displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf.

4. Глаголич С. Ю. Клініко-соціальні особливості дезадаптивних станів у волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні АТО / С. Ю. Глаголич // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 69—76.

5. Друзь О. В. Методичні рекомендації з удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки, із посттравматичним стресовим розладом : методичні рекомендації / О. В. Друзь, О. Г. Сироп'ятів, М. І. Бадюк. Київ : МП Леся, 2014. 54 с.

6. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112—120.

7. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.

8. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій / В. Ю. Омелянович // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol. 4, No. 2. P. 34—39.

9. Друзь О. В. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій / О. В. Друзь, Ю. Г. Гриневич, І. О. Черненко // European multi science journal. 2018. No. 22. P. 5—11.

References

1. Maruta N. O., Kalenska H. Yu., Fedchenko V. Yu. (2020). Psykholohichni faktory ryzyku vynyknennia psykhiichnykh rozladiv u vnutrishno peremishchenykh osib. Lvivskiy klinichniy visnyk, 1 (29), 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.

2. Verbytskyi Ye. Yu., Yevtushenko Yu. O. (2016). Kliniko-psykhopatolohichni ta patopsykholohichni osoblyvosti reaktivnoi depresii v strukturі nepsykhotychnykh psykhiichnykh stres-asotsiiiovanykh rozladiv u vymushenykh pereselentsiv iz zony ATO. Arkhiv psykhiatrii, 22, No. 2 (85), 16—19. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>.

3. Lennard J. Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. URL: [http://www.internal-](http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf)

displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf.

4. Hlaholych S. Yu. (2016). Kliniko-sotsialni osoblyvosti dezadaptivnykh staniv u volonteriv, diialnist yakykh poviazana z zabezpechenniam viiskovykh v zoni ATO. Psykhiatriia, nevrolohiia, medychna psykholohiia, 3, 2 (6), 69—76.

5. Druz O. V., Syropiatov O. H., Badiuk M. I. (2014). Metodichni rekomendatsii z udoskonalennia likuvannia ta reabilitatsii viiskovosluzhbovtziv Zbroinykh Syl Ukrainy, yaki zaluchaiutsia do uchasti v mizhnarodnykh operatsiiah z pidtrymky myru i bezpeky, iz posttravmatychnym stresovym rozladom: metod. rekomen. K.: MP Lesia. 54.

6. Iurieva L. M., Shusterman T. Y., Likholetov Ye. O. (2019). Nepsykhotychni psykhiichni rozlady v osib, shcho zaznaly psykhosotsialnoho stresu v umovakh viiskovoho konfliktu. Medychni perspektivy, 24, 4, 112—120.

7. Markova M. V., Kozyra P. V. 2015. Poststresovi dezadaptivni stany na tli sotsialnykh zmin: analiz problemy. Medychna psykholohiia, 1 (37), 8—13.

8. Omelianovych V. Yu. (2019). Suspilni ta simeini aspekty diahnozu «posttravmatychny stresovy rozlad» u viiskovosluzhbovtziv pislia povernennia z zony boiovykh dii. Psychosomatics: Science and Practice, 4, 2, 34—39.

9. Druz O. V., Hrynevych Yu. H., Chernenko I. O. (2018). Kompleks metodiv, protsedury ta alhorytm psykhoterapii v strukturі dyferentsiiiovanykh prohram psykhosotsialnoi reabilitatsii staniv dezadaptatsii u uchastnykiv lokalnykh boiovykh dii. European multi science journal, 22, 5—11.

Надійшла до редакції 17.01.2022

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>, e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>, e-mail: zelenskaya135@gmail.com