

УДК 616.89-008.615-008.441.13/.14]-057.36-082-085.851

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.10>

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗСУ ЗА НАЯВНОСТІ ПТСР З ОЗНАКАМИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ (ВЛАСНИЙ ДОСВІД)

Фітькало Олег Степанович,кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
ORCID: 0000-0001-6321-9518

У 80% військовослужбовців, які перенесли бойову психічну травму, зумовлену тривалим стресом та спровоковану індивідуально-психологічними особливостями, виявлено симптоми травматизації психіки. Згідно з отриманими даними, переживання бойової психічної травми визначається насамперед індивідуально-психологічними особливостями військовослужбовця, які провокують можливий подальший розвиток ПТСР, хвороб адаптації (психосоматичних захворювань, неврозів і невротичних станів) та ін.

Мета дослідження – вивчення особливостей психологічного складника посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу (скринінг ПТСР) та використання немедикаментозних ефективних методів лікування для поліпшення якості життя пацієнта.

Під час дослідження опрацьовано науковий комплекс методів, які використано для скринінгу ПТСР з ознаками адиктивної поведінки. В учасників бойових дій під час збору клінічного анамнезу обґрунтовано домінування двох складників: власне невротичних розладів (неврозів та неврозоподібних станів) та клінічних проявів стресових розладів дисфункції вегетативного відділу нервової системи. Вегетативний компонент стресу наявний практично в усіх 90 (92,8%) респондентів. На основі проведеного скринінгу з використанням тесту Alcohol Use Disorders Identification Test у 11 (11,3%) осіб середній бал за AUDIT-тестами становив 18,7, а це небезпечно вживання алкоголю.

Узагальнено досвід вивчення особливостей психологічного компонента посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу у 97 військовослужбовців, надано медико/психологічну допомогу та отримано ефективні результати в даній групі пацієнтів. Щоб попередити порушення психічного здоров'я військовослужбовців та відновити їхній соціально-професійний статус, лікування та реабілітаційні заходи проводили одночасно з усуненням симптомів ПТСР та зловживань, що дало змогу отримати обнадійливі результати.

Ключові слова: ПТСР, адиктивна поведінка, немедикаментозні методи лікування.

Oleg Fitkalo. Features of providing medical and psychological assistance to military servants of the Armed Forces of Ukraine with the presence of post-traumatic stress disorder with signs of addictive behavior (own experience)

80% of military who suffered combat mental trauma, caused by long-term stress and provoked by individual psychological characteristics, showed symptoms of mental trauma. According to the obtained data, the experience of combat mental trauma is determined, first of all, by the individual and psychological characteristics of the military, which provoke the possible further development of post-traumatic stress disorder (PTSD), adaptation diseases (psychosomatic diseases, neuroses and neurotic states), etc.

The aim of the study is to study the features of the psychological component of post-traumatic stress disorder in wartime conditions (PTSD screening) and the use of effective non-pharmacological methods of treatment to improve the patient's quality of life.

During the study, a scientific complex of methods was developed, which were used for screening PTSD with signs of addictive behavior. During the collection of clinical anamnesis, the priority significance of the dominance of two components was substantiated in the participants of hostilities: neurotic disorders (neuroses and neurosis-like states) and clinical manifestations of stress disorders of dysfunction of the autonomic nervous system. The vegetative component is present in almost all 90 respondents (92.8%) as a component of stress. Based on the screening using the Alcohol Use Disorders Identification Test, 11 people (11.3%) had an average AUDIT score of 18.7 points, which is dangerous alcohol use.

The experience of studying the features of the psychological component of PTSD in wartime conditions in 97 military was summarized, medical/psychological assistance was provided and effective results were obtained in this group of patients.

In order to prevent deterioration of the mental health of servicemen and restore their social and professional status, treatment and rehabilitation measures were carried out simultaneously with the elimination of PTSD symptoms and abuse, which made it possible to obtain encouraging results.

Key words: PTSD, addictive behavior, non-pharmacological methods of treatment.

Вступ. Надзвичайні стресові ситуації, пов'язані з бойовими діями, спричиняють найглибші зміни у свідомості, емоціях, поведінці і не зникають зазвичай десятиріччями або й довше [1, с. 430; 2, с. 795]. Сьогоднішня ситуація в Україні призвела до виникнення інтенсивних, потужних, тривалих стресів у населення, психологічні наслідки яких зруйнували відчуття безпеки, стали причиною розвитку патологічної реакції організму на дію сильного стресового чинника у вигляді ПТСР, хвороб адаптації (психосоматичних захворювань, неврозів і невротичних станів) та ін. Причиною цих станів є виснажливі особливі умови, у яких бійці виконують бойові завдання, нервово-психічна напруженість, що зумовлює погіршення функціонального стану, провокує психічні зриви та може призвести до помилок у прийнятті бойових рішень. За даними авторів [3, с. 17; 4, с. 62], бойова психічна травма стає безпосередньою причиною постстресових розладів у 80% осіб, а в більш віддаленому проміжку часу часто спостерігаються депресія, тривожні розлади та інші негативні наслідки з елементами саморуйнівної, адиктивної поведінки, спровоковані індивідуально-психологічними особливостями бійців.

Тому діагностика та реабілітація цих станів із різноманітними клінічними проявами, які важко розмежувати та відділити хворобливий стан від нормальної реакції на стресові події, викликає у науковців низку серйозних суперечок [5, с. 10]. Формально розмежування цих станів відбувається на підставі особливостей клінічної картини, а також з урахуванням часу виникнення і тривалості розладів [6, с. 4]. ПТСР поєднує велику кількість симптомів, має низький діагностичний поріг та високий рівень коморбідності. Часто у цій ситуації коморбідними виявляються зловживання ПАР (алкоголь, наркотики тощо), які заподіюють додаткову шкоду пацієнтам, провокуючи адикцію [7, с. 85]. Процес уживання таких речовин забезпечує зміну психічного стану, супроводжується розвитком патологічних, інтенсивних емоцій, які поступово починають керувати життям людини, позбавляють її волі. Відбувається формування адиктивної поведінки як інтегральної частини особистості, тобто виникає інша особистість, що витісняє і руйнує колишню [8, с. 948; 9; 7, с. 86]. Цей процес супроводжується боротьбою, з'являється відчуття тривоги із включенням захисних механізмів, що зберігають ілюзію психологічного комфорту. Захисні дії супроводжуються самозаспокійливими висловлюваннями: «Я вчиняю так, як мені подоба-

ється», «Якщо я захочу, то все зміниться» тощо. Загалом це адекватна відповідь психіки на межові навантаження під час бойових дій. Коморбідність ПТСР та зловживання алкоголем низка авторів [10, с. 300] пояснює прагненням зняти «гостроту» перенесених стресів, таких поширених сьогодні. Установлено, що маркерами поєднання ПТСР та алкогольної адикції, передусім, є високий рівень особистісної тривожності, надмірний рівень нервово-психічної напруги. Отже, пережитий стрес під час бойових дій є ризиком виникнення ПТСР та його наслідків із наявністю стійких змін особистості [11, с. 49].

Ураховуючи, що за критеріями DSM-IV діагноз ПТСР включає більше 10 тис різних комбінацій із 17-ма симптомами, між науковцями триває серйозна полеміка щодо включення критеріїв ПТСР у проєкт МКБ-11 [12, с. 4].

Сьогодні МКБ-11 нараховує чотири діагностичні критерії ПТСР:

- 1) повторне переживання травматичної події у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, нічними кошмарами в теперішньому часі;
- 2) уникання думок і спогадів про подію чи ситуації, що її нагадують;
- 3) суб'єктивне відчуття загрози у вигляді посилених реакцій страху;
- 4) тривалість симптомів повинна бути не менше кількох тижнів і викликати значне погіршення стану людини.

Згідно з літературними джерелами [13, с. 785; 14], ключовим у діагностиці ПТСР є не велика кількість різноманітних симптомів, а їх тривалість із характерними індивідуальними особливостями, що виявляються в певний момент часу зі зміною емоційного та психологічного стану. Отже, окрім індивідуальних особливостей, велике значення в діагностиці посттравматичного стресового розладу має часовий зв'язок між розвитком симптомів і психотравмувальною подією. Довготривалість перебування у зоні бойових дій, утрата побратимів є особливо сильними чинниками ризику розвитку ПТСР. Клінічними проявами є водночас наявність коморбідних психосоматичних і вегетативних порушень (тривога, підвищена дратівливість, наявність агресії, гніву, злості, нетерплячості), часто наявна депресія [15, с. 397; 14; 11, с. 48]. Отже, перенесений стрес може стати поштовхом розвитку депресії, тривожного розладу, зловживання психоактивними речовинами з подальшою можливістю формування залежності або зривів за вже сформованої залежності.

Водночас виникає потреба в прискіпливому зборі анамнезу, більш ретельному обстеженні з включенням нейропсихологічного аналізу для оцінки збережених і порушених ланок психічної діяльності, що слугує основою для індивідуального підходу у використанні немедикаментозних ефективних методів лікування, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнта [16, с. 110].

Ураховуючи вищевикладене, метою дослідження є вивчення особливостей психологічного складника посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу (скринінг ПТСР) та використання немедикаментозних ефективних методів лікування для поліпшення якості життя пацієнта.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 97 військовослужбовців, які перебували на реабілітації у Національному реабілітаційному центрі «Незламні» м. Львова. Дослідження здійснювали відповідно до Конвенції Ради Європи з прав людини (від 04.04.1997), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини в якості суб'єкта дослідження (1964–2013 рр.) та Протоколу дослідження № 10 від 16 грудня 2019 р., затвердженому комітетом із біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Пацієнтам, які добровільно погодилися взяти участь у дослідженні, гарантували повну анонімність та право відмовитися від співпраці. Під час дослідження опрацьовано науковий комплекс методів: тестування, особистісні бесіди, протоколи лікування, аналіз літературних джерел. Скринінг здійснювали для виявлення прихованих психічних та поведінкових розладів та стану адикції з метою вивчення клінічних особливостей психічних та поведінкових розла-

дів, прогнозування та впровадження ефективних методів лікування.

Спочатку військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, провели диференційну діагностику між ПТСР, гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Розмежування між цими станами проводили на підставі індивідуально-психологічних особливостей.

Результати дослідження. Усі 97 осіб за результатами опитування на момент обстеження були повністю суспільно дезінтегровані: постійне місце працевлаштування становило 8,2% (8) осіб; 18,6% (18) осіб із різних причин були безробітними; 73,2% (71) знаходилися на військовій службі.

Під час збору клінічного анамнезу в учасників бойових дій виявлено домінування двох компонентів: власне невротичних розладів (неврозів та неврозоподібних станів) та клінічних проявів стресових розладів дисфункції вегетативного відділу нервової системи. Вегетативний компонент стресу був наявний практично в усіх 90 (92,8%) респондентів. У 11 (11,3%) осіб, що перебували в реабілітаційному центрі, спостерігали небезпечне вживання алкоголю (середній бал за AUDIT-тестами становив 18,7) із них – висока ймовірність алкогольної залежності (середній бал за AUDIT – 16,9 бали і більше) була у чотирьох (36,4%) осіб. Даній групі пацієнтів притаманна нестійкість психіки у вигляді демонстративності поведінки у п'яти (45,4%) осіб; емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість та агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги відзначено у інших шістьох (54,5%) осіб. Симптоми ПТСР спостерігали в усіх 11 осіб, залежних від алкоголю, що становило 100%.

Для оцінки депресії використано шкалу Гамільтона (HDRS) та шкалу ситуативної осо-

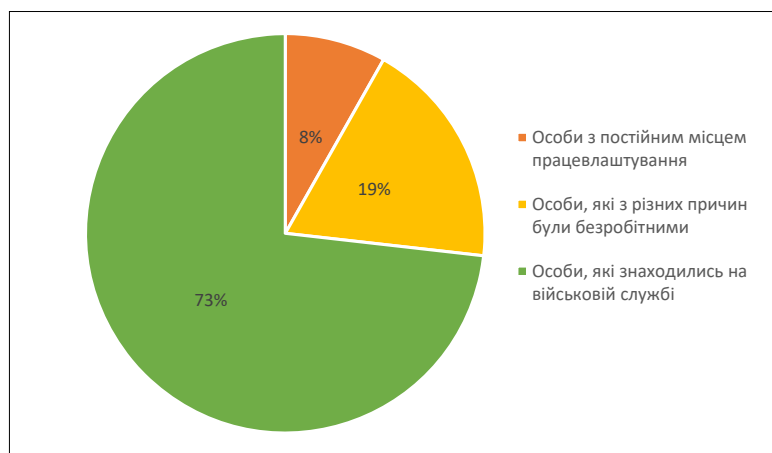


Рис. 1. Соціальна характеристика обстежуваних осіб

бистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера. У високотривожних, а це 56 (57,7%) осіб з особистісною тривожністю, відзначено високий рівень депресії.

За даними аналізу результатів, отриманих під час застосування у пацієнтів методики Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, на підвищену стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, труднощі із засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість позбутися напруги, зокрема тілесної, постійне відчуття небезпеки тощо скаржилися 85 (87,6%) пацієнтів. Скарги на серцебиття, нестачу повітря, запаморочення, часті головні болі, відчуття дискомфорту в ділянці серця надходили від 73 (75,2%) осіб.

Під час бесіди було встановлено психологічний контакт з елементами довіри (комплаєнс) між пацієнтами та медичним працівником, що виявилось важливим елементом у подальшій ефективній роботі з респондентами. У нашому випадку довіру між військовослужбовцем та лікарем підсилювала ситуація, коли сам лікар недавно повернувся з фронту, був поранений і довгий час знаходився на реабілітації, що й полегшило процес спілкування. Для військовослужбовця одним із найважливіших критеріїв оцінки роботи психотерапевта була відповідь на питання: «Чи відчув я полегшення після першої розмови?» та «Чи можливо довіритися людині, яка б зрозуміла, що я пережив?». Уважаємо, що перша зустріч психотерапевта з військовослужбовцем певною мірою виявилася вирішальною під час надання ефективної медичної допомоги.

Водночас не можемо не згадати дослідження науковців США, які під час опитування психіатрів, психологів та ліцензованих соціальних працівників (522 особи) за критерієм «культурна компетентність» виявили, що тільки 13% опитаних готові сприймати армійські сленг та жарти, не реагувати емоційно на недостатній рівень культури потерпілого.

Подальше дослідження полягало у використанні авторського опитувальника скринінгу посттравматичного стресового розладу. Опитувальник використовували як скринінгове дослідження дії бойового стресу у військових з імовірними ознаками ПТСР. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу здійснено за допомогою експрес-методики. Пацієнтам було запропоновано відповісти «так» чи «ні» на сім запитань. У такий спосіб отримано інформацію про ступінь уникнення споминок про травматичну подію, втрату інтересу до мирного життя, відмову від планів на майбутнє тощо. В інструкцію

до опитувальника додатково включено ті відчуття та стани, які військовослужбовці переживали відразу після участі в бойових діях. Так, більшість потерпілих, а це 64 (65,9%) особи, відзначили зміни свого психологічного стану відразу після перенесеної стресової події, пов'язаної безпосередньо з бойовими діями. У інших 33 (34,0%) осіб стресова реакція була відстрочена та розвинулася протягом двох тижнів. Отже, запропонований опитувальник дав змогу ідентифікувати пацієнтів із початковими проявами ПТСР, що важливо для раннього початку проведення реабілітаційних заходів. Завершальним етапом роботи з опитувальником була обробка отриманих результатів та їх аналіз. Після проведеного аналізу за наявності тільки двох позитивних відповідей у 19 (19,6%) осіб проведено додаткове обстеження за допомогою валідизованого опитувальника бойового стресу (ОБСБ) О.А. Блінова (2019) [3]. За наявності чотирьох і більше позитивних відповідей, які становили 78 (80,4%), підтверджено діагноз ПТСР.

Сьогодні, на жаль, не розроблено специфічних фармакологічних методів лікування ПТСР, і за всю історію ПТСР залишилося лише два схвалені FDA (управління з якості та впливу на здоров'я населення лікарських засобів) препарати. Це сертралін та пароксетин, які були зареєстровані для лікування ПТСР у 2001 р. Наявні клінічні настанови загалом визнають, що, крім сертраліну, пароксетину, ефективними є флуоксетин та венлафаксин. Ураховуючи таку ситуацію, деякі клініцисти розглядають клінічні настанови з лікування фармпрепаратами ПТСР як такі, що обмежують використання даної терапії.

Зі свого власного досвіду можемо додати, що медикаментозне лікування ПТСР, як правило, загалом є малоефективним. Клінічна ефективність фармакотерапії ПТСР спостерігається лише під час лікування супутніх захворювань ПТСР або окремих симптомів ПТСР, таких як депресія, тривога та безсоння. Тому вибір препарату та його дози після оцінювання стану пацієнта – на розсуд лікаря. Антидепресанти сертралін і пароксетин використовували у разі усунення таких симптомів ПТСР, як смуток, занепокоєння, гнів і відчуття внутрішнього оніміння. Під час лікування безсоння призначалися снодійні препарати.

Коморбідність ПТСР з уживанням алкоголю значно ускладнювала усунення симптомів ПТСР. Тому вважаємо, що за наявності такої коморбідної патології лікування потрібно спочатку спрямувати на подолання алкогольної залежності.

Наші лікувальні та реабілітаційні заходи з даною групою пацієнтів зводилися до максимально раннього надання комплексу медико-психологічної допомоги.

Основний метод лікування ПТСР, який було використано, – це когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що змогла змінити хід мислення, розвинути навички емоційної саморегуляції та допомогла справитися з кризовими станами. Використовуючи цей метод, потрібно пам'ятати, що учасник бойових дій апіорі – доросла й дієздатна людина, яка з боку лікаря не потребує «батьківської опіки», а прагне отримати кваліфіковану медичну та психологічну допомогу. Тому на початку терапії пацієнту наголошено, що він не отримує від лікаря «чарівних» порад щодо того, як позбутися наявних, пов'язаних із бойовою травмою психологічних проблем. Пацієнт повинен бути готовим узяти відповідальність на себе та здатним упоратися зі стресом, розуміючи, що його психологічна проблема є лише ситуативною, а лікар при цьому створює умови, які допомагають здійсненню бажань.

Специфічний вид когнітивно-поведінкової терапії – терапія когнітивної обробки (когнітивно-процесуальна терапія, *eng* Cognitive Processing Therapy – СРТ), використана з огляду на зарубіжний досвід Kaysen та ін. (2014) лікування ПТСР та зловживання алкоголю, допомогла нашим пацієнтам навчитися змінювати та оскаржувати помилкові переконання, пов'язані з травмою. Наші пацієнти – 61 (62,9%) особа в умовах активного лікування СРТ – продемонстрували значне покращення протягом курсу лікування ПТСР, алкогольної залежності та депресії.

Особливу увагу звертаємо на результати, отримані після проведення терапії тривалого впливу, що є також специфічним видом КПТ, яке базувалося на перегляді травматичної пам'яті за

допомогою повторного переказування пережитої бойової травми по кілька разів уголос. Група пацієнтів з ознаками ПТСР + зловживання алкоголем (11 осіб) показали надзвичайну ефективність даної терапії. Уже після шостого сеансу даної терапії більшість пацієнтів, схильних до вживання алкоголю, спокійно говорили про свої проблеми та відзначали небажання вживати алкоголь. Уважаємо, що за допомогою такої гнучкої терапії можна індивідуально, знаючи потреби пацієнта, допомогти психологічно обробити травматичні події та зменшити психологічні навантаження, викликані травмою.

За наявності емоційного оніміння та депресії пацієнтам рекомендовано зайнятися, наприклад, діяльністю, що приносила свого часу психологічне задоволення та була закинута через втрату інтересу та можливостей її продовжувати.

Висновки. Згідно з результатами скринінгу посттравматичної діагностики опитаних військових, що перебували на реабілітаційному лікуванні, виявлено ознаки травматизації психіки практично у 100% обстежуваних. Змінений психологічний стан досліджуваних проявлявся у порушенні емоційної сфери психіки. Поведінкові зміни зумовлені реакціями на стрес. Уважаємо, що різні види психотерапії можуть бути надзвичайно ефективними під час лікування ПТСР, допоможуть зрозуміти психологічну реакцію на травму та пропрацювати її з різних боків. Фармакотерапія повинна поєднуватися з психотерапією, скерованою на забезпечення комплаєнсу і на формування установки на відновлення після важкої бойової травми та продовження активного й якісного життя.

Надзвичайно важливим під час надання медичної допомоги є розуміння самим пацієнтом його психологічної реакції на бойову травму, яка за допомогою лікаря спрямована на усунення симптомів травматизації психіки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Goodwin L., Jones M., Rona R.J. Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012. Vol. 200, № 5. P. 429–437. doi: 10.1136/oemed-2011-100382.331.
2. Jorge R.E. Posttraumatic Stress Disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2015. Vol. 21, № 3. P. 789–805. doi: 10.1212/01.CON.0000466667.20403.b1.
3. Blinov O. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*. 2018. № 12. С. 9–22. doi: 10.31108/2018vol12iss2pp9-22.
4. Коқун О.М., Агаев Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
5. Чабан О.С., Безшейко В.Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій у зоні Антитерористичної операції. *Український вісник психоневрології*. 2017. Вип. 2. Т. 25. С. 80–84.
6. Блінов О.А., Максименко С.Д., Черненко І.О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР): науково-методичне видання. Київ: Талком, 2019. 23 с.
7. Фітькало О.С. Прогнозування формування алкогольної залежності в осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). *Український медичний часопис*. 2023. № 6. С. 84–86. doi: 10.32471/umj.1680-3051.158.247539.

8. Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B., et al. Anger, hostility and aggression among Iraq War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2007. Vol. 20. № 6. P. 945–954. doi: 10.1002/jts.20258.
9. Уживання алкогольних напоїв і розлади адаптації у комбатантів (результати пілотного дослідження) / І.В. Лінський та ін. *Лікарська справа*. 2019. № 4. С. 16–21. http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2019_4_5.
10. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2(2). С. 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
11. Лінська К.І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера – Ханіна. *Український вісник психоневрології*. 2019. № 27(1). С. 46–56.
12. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. Innovations and changes in the ICD – 11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18. № 1. P. 3–19. doi: 10.1002/wps.20611.
13. Wintermann G.B., Rosendahl J., Weidner K. Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017. Vol. 205. № 10. P. 780–787. doi: 10.1097/NMD.0000000000000714.
14. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. <https://umj.com.ua/uk/novyna-159875-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>.
15. Waller M., Charlson F.J., Ireland R.E.E., Whiteford H.A., Dobson A.J. Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: a retrospective cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016. Vol. 25. № 4. P. 393–402. doi: 10.1017/S2045796015000517.
16. Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

REFERENCES

1. Goodwin L., Jones M., Rona R.J. (2012). Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of nervous and mental disease*, 200 (5), 429–437. doi: 10.1136/oemed-2011-100382.331 [in English].
2. Jorge R.E. (2015). Posttraumatic Stress Disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21 (3), 789–805. doi: 10.1212/01.CON.0000466667.20403.b1 [in English].
3. Blinov O. (2018). Boiovyy stres ta rezultaty yoho empirychnoho doslidzhennia [Combat stress and the results of its empirical research]. *Psykholohichniy chasopys – Psychological Journal*, 12, 9–22. doi: 10.31108/2018vol12iss2pp9-22 [in Ukrainian].
4. Kokun O.M., Ahaiev N.A., Pishko I.O., Lozinska N.S. (2017). Psykholohichna robota z viiskovoslužhbovtsiamy-uchasnykamy ATO na etapi vidnovlennia [Psychological work with servicemen participating in the anti-terrorist operation at the stage of recovery]. *Metodychnyi posibnyk. K.: NDTs HP ZSU – Methodical guide. K.: NDC SE ZSU* [in Ukrainian].
5. Chaban O.S., Bezsheyko V.H. (2017). Symptomy posttravmatychnoho stresu, tryvohy ta depresiyi sered uchasnykiv boyovykh diy v zoni antyterrorystychnoyi operatsiyi [Symptoms of post-traumatic stress, anxiety and depression among combatants in the area of an antiterrorist operation]. *Ukrayinskyy visnyk psykhonevrolohiy i-Ukrainian Herald of Psychoneurology*, 25, 2, 80–84 [in Ukrainian].
6. Blinov O., Maksymenko S.D., Chernenko I.O. (2019). Opytuvalnyk skryninhu posttravmatychnoho stresovoho rozladu (OS PTSR) [Post-traumatic stress disorder screening questionnaire disorder (OS PTSD)]. *Naukovo-metodychne vydannia. Kyiv : Talkom – Scientific and methodical edition. Kyiv: Talkom* [in Ukrainian].
7. Fitkalo O.S. (2023). Prohnozuvannia formuvannia alkoholnoi zalezhnosti v osib iz posttravmatychnym stresovym rozladom (PTSR) [Prediction of the formation of alcohol dependence in persons with post-traumatic stress disorder (PTSD)]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 6, 84–86. doi: 10.32471/umj.1680-3051.158.247539 [in Ukrainian].
8. Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B., et al. (2007). Anger, hostility and aggression among Iraq War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 945–954. doi: 10.1002/jts.20258 [in English].
9. Lynskyi Y.V., Mynko A.Y., Artemchuk A.F., Ovcharenko M.O., Lynev O.M., Yevtushenko Yu.O., ta in. (2009). Systema AUDIT-podobnykh testov dlia kompleksnoi otsenky addyktyvnoho statusa yndyvyda y populatsiyi [Elektronnyi resurs] [A system of AUDIT-like tests for a comprehensive assessment of the addictive status of an individual and a population [Electronic resource]]. *Novosti ukraynskoi psykhyatryi, Kyev; Kharkov – News of Ukrainian psychiatry, Kyiv; Kharkov*. Dostupno: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm> [in Ukrainian].
10. Romanenko Yu., Koliadenko N. (2021). Posttravmatychnyi stresovyy rozlad yak medyko-psykho-sotsialna problema [Post-traumatic stress disorder as a medical-psycho-social problem]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky – Perspectives and innovations of science*, 2 (2), 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304) [in Ukrainian].
11. Linska K.I. (2019). Khronometrychnyi profil khvorykh na depresiiu pry vykorystanni testu Spielberghera-Khanina [Chronometric profile of patients with depression using the Spielberger-Hanin test.]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiy – Ukrainian Herald of Psychoneurology*, 27 (1), 46–56 [in Ukrainian].
12. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. doi: 10.1002/wps.20611 [in English].

13. Wintermann G.B., Rosendahl J., Weidner K. (2017). Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 205 (10), 780–787. doi: 10.1097/NMD.0000000000000714 [in English].

14. Davidenko K. (2019). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: rekomendatsii z profilaktyky ta likuvannia [Posttraumatic stress disorder: recommendations for prevention and treatment]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian medical journal*. Dostupno: <https://umj.com.ua/uk/novyna-159875-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> [in Ukrainian].

15. Waller M., Charlson F.J., Ireland R.E.E., Whiteford H.A., Dobson A.J. (2016). Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: a retrospective cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25 (4), 393–402. doi: 10.1017/S2045796015000517 [in English].

16. Turykina O. (2017). Psykholohiia travmiiuchykh sytuatsii [Psychology of traumatic situations]. *Navchalnyi posibnyk. Kyiv : Personal – Tutorial*. Kyiv: Personnel [in Ukrainian].