

РОЗРОБЛЕННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ І МЕШКАНЦІВ ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ: ВИКЛИКИ ТА ДОСЯГНЕННЯ

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE PROGRAM FOR PRISONERS OF WAR AND RESIDENTS OF TEMPORARILY OCCUPIED TERRITORIES: CHALLENGES AND ACHIEVEMENTS

Стаття присвячена дослідженню розробки та впровадження програм медико-психологічної допомоги для військовополонених та мешканців тимчасово окупованих територій. У сучасних умовах війни в Україні та тимчасової окупації частини її територій, виникає нагальна потреба у забезпеченні комплексної підтримки для постраждалих. Програми повинні включати медичну, психологічну та соціальну реабілітацію, аби ефективно відповідати на виклики, пов'язані з фізичними та психологічними травмами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія.

Управління процесами, пов'язаними з наслідками перебування людей у вимушеній або примусовій ізоляції, зокрема полоні, є новим викликом для державного управління України в контексті відновлення цих осіб. Створення умов для ефективного відновлення військовополонених та осіб які перебували на тимчасово окупованих територіях є актуальним. Сьогодні ця проблема має значну політичну та соціальну важливість. Вона вимагає наукового обґрунтування процесу організації ефективної діяльності державних, громадських та приватних інституцій, спрямованої на системне вирішення питань, пов'язаних із примусовою ізоляцією людей на тимчасово окупованих територіях України та її наслідками, що виникли через війну Росії проти нашої держави. Серед широко поширених діагнозів, пов'язаних із ситуацією полону чи тортур, виділяються: ПТСР, глибока депресія та стійкі зміни особистості. Ця робота аналізує виклики та досягнення у розробці та впровадженні програми медико-психологічної допомоги для військовополонених та мешканців тимчасово окупованих територій. Результати цього дослідження можуть стати основою для розробки ефективних програм підтримки, які забезпечать всебічну допомогу тим, хто пережив воєнні дії та їхні наслідки. Важливо також врахувати соціально-політичний контекст, в якому відбувається впровадження цих програм, для забезпечення їхньої ефективності та стійкості.

Ключові слова: медико-психологічна допомога, військовополонені, реабілітація, психологічна підтримка, ПТСР, депресія.

The article is dedicated to the study of the development and implementation of medical and psychological assistance programs for prisoners of war and residents of temporarily occupied territories. In the current conditions of war in Ukraine and the temporary occupation of part of its territory, there is an urgent need to provide comprehensive support to those affected. These programs must include medical, psychological, and social rehabilitation to effectively address the challenges associated with physical and psychological trauma, such as post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression.

Managing the processes associated with the consequences of people being in forced or involuntary isolation, particularly in captivity, presents a new challenge for Ukraine's public administration in the context of their recovery. Creating conditions for the effective rehabilitation of prisoners of war and those who have been in temporarily occupied territories is a pressing issue. Today, this problem has significant political and social importance. It requires a scientifically grounded approach to organizing the effective activities of state, public, and private institutions aimed at systematically addressing the issues related to the forced isolation of people in temporarily occupied territories of Ukraine and its consequences resulting from Russia's war against our state. Among the widely recognized diagnoses related to the situation of captivity or torture are PTSD, severe depression, and persistent personality changes. This work analyzes the challenges and achievements in developing and implementing medical and psychological assistance programs for prisoners of war and residents of temporarily occupied territories. The results of this study can form the basis for the development of effective support programs that provide comprehensive assistance to those who have experienced military actions and their aftermath. It is also important to consider the socio-political context in which these programs are implemented to ensure their effectiveness and sustainability.

Key words: medical and psychological assistance, prisoners of war, rehabilitation, psychological support, PTSD, depression.

УДК 159.9:616.89]:355.01(477)
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.41>

Клименко І.С.

к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Навчально-науковий інститут психології
та соціальних наук;
виконуючий обов'язки завідувача
кафедри медичної психології
Інститут медичних
та фармацевтичних наук
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»

Вступ. Необхідність вирішення проблем медико-психологічної реабілітації військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій є однією з найактуальніших проблем як у нашій країні, так і за її межами. Цій темі приділяють значну увагу засоби масової інформації, і вона обговорюється на засіданнях урядових комітетів та громадських організацій провідних країн світу. Багатогранність новітніх методів медико-психологічної реабілітації постраждалих потребує ефективного вивчення та функціонування

цієї системи як окремого напрямку в психологічній науці.

У країнах Європи та Америки застосовуються інноваційні методи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. В Австрії психологічна реабілітація здійснюється як із самими військовослужбовцями, так і з членами їхніх сімей. Соціально-психологічна підтримка військовополонених та їхніх сімей вважається запорукою успішного виконання бойових завдань та повної концентрації на бойових завданнях.

Варто зазначити, що у США існує безліч засобів і методів, спрямованих на медико-психологічну реабілітацію колишніх військовополонених, які брали участь у бойових діях та завершили службу у збройних силах та тих хто перебував на тимчасово окупованих територіях. Крім того, Міністерство оборони США та Міністерство у справах ветеранів працюють над створенням мережі реабілітаційних центрів, в яких надається допомога ветеранам, які постраждали від ПТСР та інших психічних захворювань, пов'язаних з перебуванням у зонах бойових дій [16].

Метою статті є дослідження процесу розробки та впровадження програм медико-психологічної допомоги для військовополонених та осіб тимчасово окупованих територій України.

Вирішення психологічних наслідків війни в Україні потребує комплексного підходу, що включає підтримку для військовополонених та їхніх сімей, цивільних осіб, які перебувають на тимчасово окупованих територіях, доступність до психологічної допомоги та терапії, а також розвиток системи медико-психологічної реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Комплексна медико-психологічна допомога для військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій має на меті створення інтегрованої та ефективної підтримки, спрямованої на фізичне, психічне та соціальне відновлення цієї цільової аудиторії. Програма повинна включати різні заходи та етапи, що охоплюють медичну оцінку, яка досліджує фізичний стан, комплексне обстеження для виявлення травм та фізичних ускладнень, оцінку психічного стану, включаючи психіатричний огляд та оцінку рівня стресу, психологічну оцінку за допомогою анкетування для визначення рівня тривоги, депресії та інших психічних симптомів, а також детальне інтерв'ю для обговорення переживань та побажань пацієнта. Наступним етапом є лікування травм для відновлення фізичного здоров'я та психотерапія, спрямована на зменшення стресу і стримування негативних емоцій.

Медико-психологічна реабілітація включає фізіотерапію, реабілітацію за допомогою фізичних вправ та масажу для відновлення фізичної активності, індивідуальну психотерапію та групові сесії для опрацювання переживань за допомогою консультування та групової терапії [1, с. 58-67].

Важливим етапом реабілітації є супровід після завершення програми: безперервна психотерапевтична підтримка, включаючи доступ до індивідуального консультування та групової терапії, а також моніторинг фізичного здоров'я через регулярні медичні огляди та обстеження [11; 8, с. 78-82].

Серед розповсюджених психічних реакцій військовополонених та осіб із тимчасово окупованих територій на етапі невідкладного реагування спостерігаються наступні явища:

1. Військовополонені або особи, які перебували на тимчасово окупованих територіях, можуть повторно пережити травматичні події полону через нав'язливі спогади, які включають повторювані нічні кошмари з елементами реальних або символічних образів минулих подій. Душевний біль, пов'язаний із ситуацією полону, може проявлятися у формі недовіри та страху перед особами, які мають владу, включаючи лікарів і психологів [4, с. 168-179].

2. Уникання та емоційна загальмованість проявляються у бажанні уникати будь-яких думок, розмов, дій, місць чи людей, які нагадують про пережитий полон або тортури. Це супроводжується глибокою емоційною застійністю та особистою відчуженістю, що може призводити до соціальної ізоляції. Також може спостерігатися неможливість згадати певні важливі аспекти перебування в полоні [5, с. 23-25].

3. Перезбудження та загальне занепокоєння: труднощі зі сном, дратівливість або часті спалахи гніву, проблеми з концентрацією уваги, надмірна підозрілість та підвищена чутливість до здригувань, прискорене дихання, пітливість, сухість у роті, запаморочення та розлади шлунково-кишкового тракту [3, с. 19-24].

4. Знижена самооцінка та обмежена перспектива, коли військовополонений може відчувати, що зазнав непоправної шкоди і що його особистість зазнала незворотних змін. Він бачить майбутнє в обмеженій перспективі, позбавлене надії на кар'єрні та сімейні успіхи або на нормальне тривале життя.

5. Дисоціація, деперсоналізація та нетипова поведінка: дисоціація характеризується руйнуванням цілісності свідомості, самосприйняття, пам'яті та вчинків. Колишній військовополонений може втрачати пам'ять про певні події або відчувати роздвоєння особистості, спостерігаючи за собою ніби збоку [10, с. 28-35].

6. Соматичні прояви часто виникають у осіб, які пережили військовий полон або перебували на тимчасово окупованих територіях. Серед поширених симптомів є біль, особливо головний, та інші фізичні нездужання, які можуть не мати чітких об'єктивних причин. Біль може бути основним зовнішнім проявом, змінювати локалізацію та мати різну інтенсивність. Соматичні симптоми можуть бути спричинені фізичними наслідками тортур або мати психологічний характер, пов'язаний із ситуацією полону чи тортур. Наприклад, біль може бути як прямим фізичним наслідком тортур, так і мати психологічні корені. До типових

соматичних симптомів у осіб, що пережили військовий полон або перебували на тимчасово окупованих територіях, відносяться біль у спині, кістково-м'язовий біль і часті головні болі (особливо після травм голови). Головні болі часто характерні для тих, хто пережив катування, і можуть призвести до хронічних посттравматичних головних болів, які посилюються напруженням або стресом від тривалого перебування в полоні [12, 39 с.].

7. Сексуальні розлади часто зустрічаються у колишніх військовополонених або осіб, які перебували на тимчасово окупованих територіях і пережили катування, особливо у тих, хто став жертвою сексуальних тортур або зґвалтування.

8. Зловживання алкоголем та вживання наркотичних речовин. Колишні військовополонені часто зловживають алкоголем як способом заглушити болючі спогади, контролювати емоційні реакції та зменшити тривогу. Вживання наркотиків також може стати частиною цього coping-механізму [2, с. 77-80.].

Етапи медико-психологічної реабілітації військовополонених та осіб із тимчасово окупованих територій включають: підготовчий (діагностичний), основний (психотерапевтичний) та завершальний (рекомендаційний).

Серед широко поширених діагнозів, пов'язаних із ситуацією полону чи тортур, виділяються: ПТСР, глибока депресія та стійкі зміни особистості. Проведемо коротку характеристику кожного діагнозу та проаналізуємо отримані дані. Вибіркова група дослідження включала дві категорії осіб (загальна кількість опитаних – 130 осіб): військовополонені, кількість опитаних після звільнення з полону – 50 осіб. Особи із тимчасово окупованих територій, дослідження включає

вивчення психологічних аспектів, пов'язаних зі стрімкими змінами у житті людей, які опинилися під впливом окупації, кількість опитаних – 80 осіб.

Депресивні розлади. Майже у всіх осіб, які пережили ситуацію військового полону чи перебували на тимчасово окупованих територіях, відзначався депресивний стан. При оцінці наслідків тортур, що застосовувалися до військовополонених чи осіб із тимчасово окупованих територій, складно стверджувати, що ПТСР і глибока депресія є двома різними захворюваннями з чіткою різницею [13, с. 64-66.].

До депресивних розладів належить глибока депресія, яка може проявлятися у вигляді окремих епізодів або періодично повторюваних нападів. Вони можуть супроводжуватися психотичними, кататонічними, меланхолійними або атипovими симптомами, або проходити без них.

Основні ознаки депресивних розладів включають:

- пригнічений настрій;
- значне зниження інтересу або здатності отримувати задоволення від будь-якої діяльності;
- втрата ваги або зміна апетиту;
- безсоння або надмірна сонливість;
- психомоторне збудження або загальмованість;
- втома або відчуття знесилення;
- відчуття нікчемності або надмірної провини;
- зниження здатності до мислення або концентрації;
- нав'язливі думки про смерть або самогубство [15].

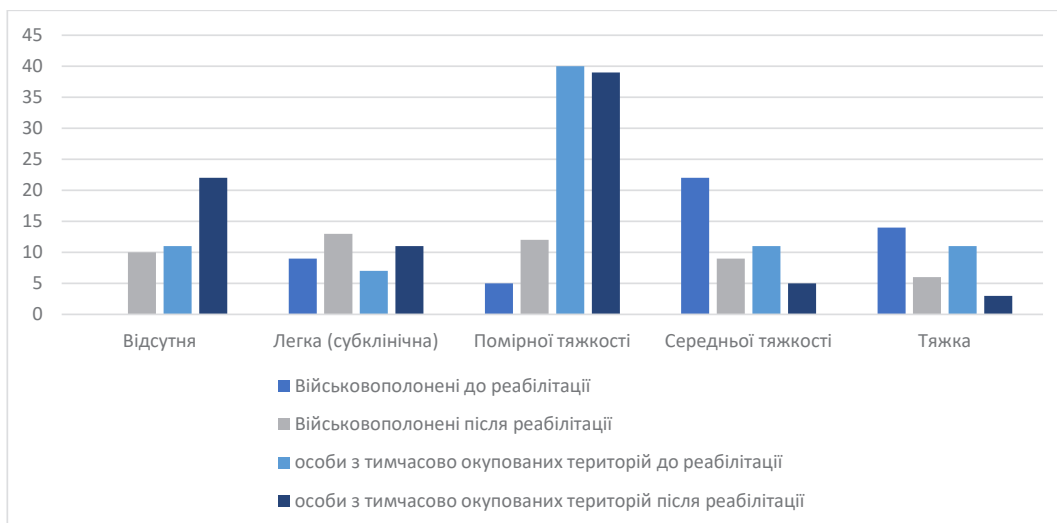


Рис. 1. Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій до та після медико-психологічної допомоги

Динаміку депресії у військовополонених та цивільних осіб визначали за шкалою PHQ-9, отримані дані можна побачити на рисунку 1.

На рисунку можемо побачити, що до реабілітації у військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій переважала депресія середньої та тяжкої форм, а після реабілітації збільшилася кількість постраждалих, які вилікувалися або мали легку та помірну форми депресії.

ПТСР є діагнозом, який часто пов'язаний з психологічними наслідками військового полону. Визначення ПТСР значною мірою базується на виявленні порушень пам'яті, викликаних отриманою травмою, таких як нав'язливі спогади, нічні кошмари та нездатність відтворити важливі аспекти травми. Військовослужбовців або особи що перебували на тимчасово окупованих територіях можуть не точно пригадати конкретні деталі подій, пов'язаних з полонем чи тортурами, пережитими стресовими подіями, але вони можуть пригадати ключові моменти пережитих тортур. Наприклад, постраждалий може пам'ятати, що зазнав сексуального насильства, але не може точно вказати дати, місце та детально описати нападників. У таких випадках нездатність пригадати точні деталі не повинна викликати сумніви щодо достовірності його розповіді, а скоріше, що військовополонені та особи з тимчасово окупованих територій безперервно страждають від наслідків ситуації полону або тортур через одну чи кілька таких форм:

– нав'язливі спогади про військовий полон чи окупацію, що викликають постійний душевний біль;

– постійні тривожні сни, пов'язані з цією подією;

– поведінка або відчуття, ніби подія відбувається знову, включаючи галюцинації, ретроспекції та ілюзії.

Сильний психологічний стрес при згадуванні про полон чи окупацію може супроводжуватися повторенням фізіологічної реакції, що виникла під час катувань, у відповідь на подразники, які нагадують або символізують певні аспекти цієї події [7, с. 136-138].

Ще однією підставою для встановлення діагнозу ПТСР є постійна наявність симптомів підвищеної збудливості, які не спостерігалися до військового полону чи окупації. Це може проявлятися принаймні в двох з наступних аспектів, проблеми із засипанням або сном, дратівливість або постійні спалахи гніву, труднощі під час концентрації уваги, надмірна підозрілість, підвищена чутливість до будь-чого.

У певні періоди клінічної картини можуть переважати симптоми підвищеної збудливості та дратівливості [6, с. 175]. В такі моменти колишні військовополонені часто відзначають посилення нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і епізодів ретроспекції. В інших випадках симптоми можуть бути менш вираженими, а особа може бути емоційно пригніченою і замкнутою.

Прояви ПТСР визначали за методикою PCL-M (військова версія) та PCL-C (цивільна версія)», була створена для оцінки тяжкості поточного ПТСР як упродовж останнього місяця, так і в після травматичному періоді загалом (див. рис. 2).

Важливо розуміти, що відсутність офіційного діагнозу ПТСР медичним персоналом не

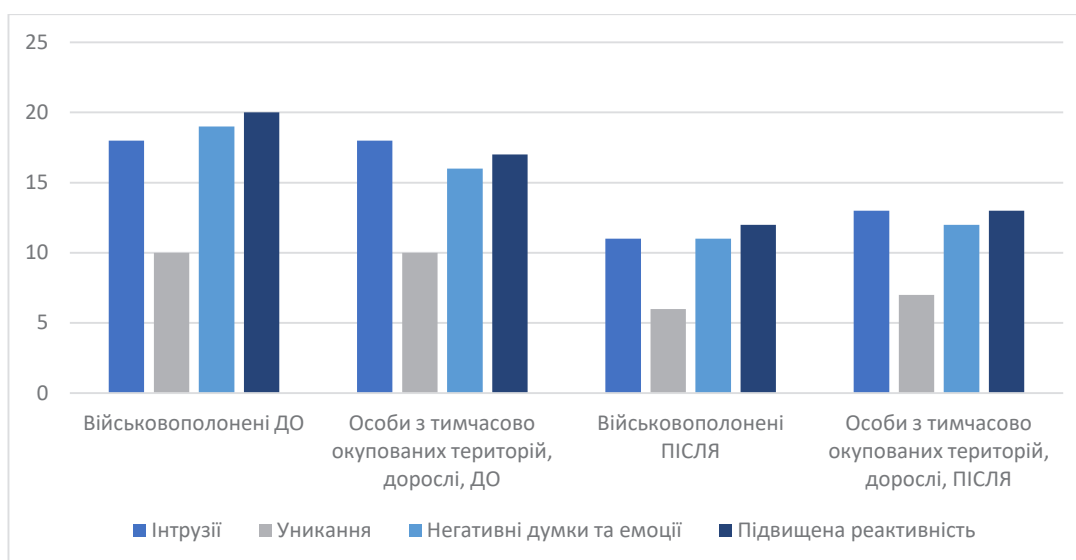


Рис. 2. Порівняння симптомів ПТСР серед військовополонених та цивільного населення до та після медико-психологічної допомоги

означає, що військовополонений чи цивільна особа не постраждали психологічно від отриманої травми полону чи окупації. У деяких випадках, особливо у тих, хто пережив тортури, ПТСР може тривати багато років у хронічній формі і поступово переходити в стійку зміну особистості.

Стійка зміна особистості. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), діагноз «стійка зміна особистості» встановлюється тільки в тих випадках, коли є підтверджені докази значущих та сталих змін у сприйнятті, реакціях чи судженнях особистості щодо навколишнього середовища і себе. Ця зміна супроводжується негнучкою та неадаптивною поведінкою, яка не була характерною до ситуації військового полону [9].

Цей діагноз виключає зміни, що виникають як наслідок інших психічних розладів, залишкових симптомів попередніх розладів, а також зміни особистості та поведінки, спричинені захворюванням, порушенням нормальної діяльності чи пошкодженням головного мозку.

Для встановлення діагнозу «стійка зміна особистості» після пережитої ситуації полону чи тортур, зміни в особистості повинні тривати не менше двох років після стресу.

Згідно з МКХ-11, стрес має бути настільки інтенсивним, що не потребує врахування вразливості конкретної особистості для пояснення його глибокого впливу. Ця зміна особистості проявляється у ворожому або підозрілому ставленні до оточуючих, соціальній замкнутості, відчутті безцільності або безнадійності, постійному відчутті «роздратування» та відчуженості [14, с. 62-73].

Проведено анкетування, яке включало питання про медичний стан та допомогу, яку отримали військовослужбовці після виходу

з полону або цивільні особи після визволення з тимчасово окупованих територій. Результати анкетування вказують на те, що деякі респонденти, які не зазнали серйозних поранень або травм, можуть уникати проходження медичного огляду відразу після визволення.

Однак важливо відзначити, що анкета також виявила серйозну проблему у наданні належної медичної допомоги пораненим особам відразу після визволення.

Таким чином, ми маємо констатувати, що комплексна медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій є необхідною і при її не отриманні виникають випадки серйозних захворювань як фізичних, так і психологічних.

Висновки. Впровадження програми медико-психологічної допомоги є важливим кроком у підтримці психічного здоров'я постраждалих внаслідок війни в Україні, та водночас вимагає подальшої оптимізації для забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх постраждалих груп населення.

Результати аналізу динаміки депресії за шкалою PHQ-9 показали, що програма медико-психологічної допомоги є ефективною для військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій. Після реабілітації спостерігається зменшення кількості випадків тяжкої та середньої депресії, зокрема у військовополонених кількість випадків тяжкої депресії знизилася з 14 до 6, а середньої тяжкості – з 22 до 9. Серед осіб з тимчасово окупованих територій кількість випадків тяжкої депресії зменшилася з 11 до 3, а середньої тяжкості – з 11 до 5. Одночасно збільшилася кількість осіб без ознак депресії та з легкими її формами, що свідчить про успішне зниження симптомів депресії та покращення психічного стану цих груп.

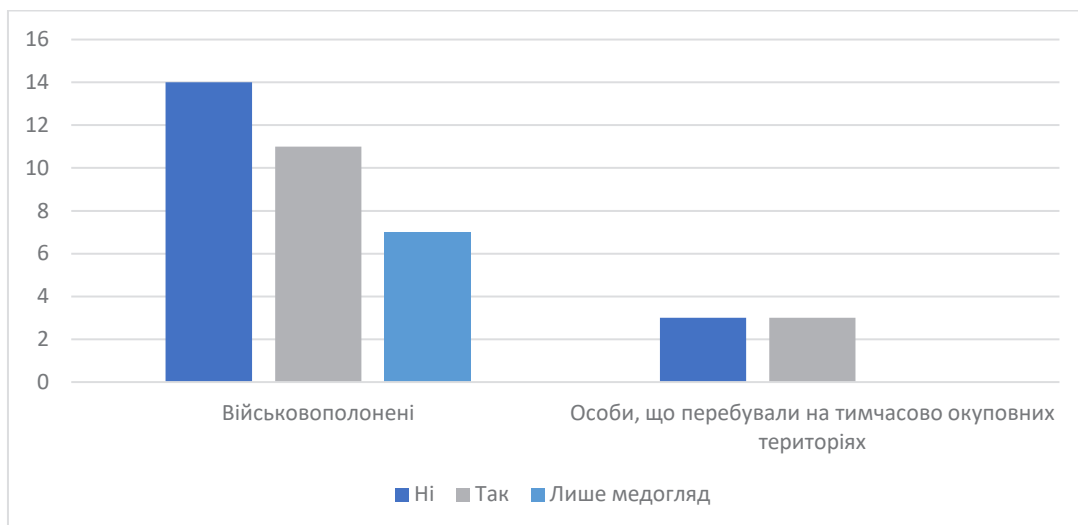


Рис. 3. Отримання комплексної медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій

Порівняння симптомів ПТСР до та після медико-психологічної допомоги вказує на суттєве покращення психічного стану обох груп. Після реабілітації військовополонених спостерігається значне зменшення інтенсивності інтрузій (з 18 до 11), уникання (з 10 до 6), негативних думок та емоцій (з 19 до 11) і підвищеної реактивності (з 20 до 12). Для осіб з тимчасово окупованих територій також відзначено зниження всіх показників: інтрузії зменшилися з 18 до 13, уникання – з 10 до 7, негативні думки та емоції – з 16 до 12, підвищена реактивність – з 17 до 13. Ці результати підтверджують ефективність наданої допомоги в зменшенні симптомів ПТСР у військовополонених та цивільного населення, що проживало на тимчасово окупованих територіях.

Аналіз отримання медичної допомоги в залежності від наявності травм серед військовополонених та осіб, що перебували на тимчасово окупованих територіях, демонструє різницю в доступі до медичних послуг між цими групами. Серед військовополонених 14 осіб не отримували медичної допомоги, 11 осіб отримували повну медичну допомогу, а 7 осіб лише проходили медогляд. У той же час серед осіб з тимчасово окупованих територій 3 особи не отримували медичної допомоги, ще 3 особи отримували повну медичну допомогу, а жодна особа не проходила лише медогляд. Ці дані свідчать про те, що військовополонені мали більший доступ до медичних послуг, включаючи як повну медичну допомогу, так і медогляд, порівняно з цивільними особами з тимчасово окупованих територій, які значно рідше отримували навіть мінімальну медичну допомогу.

Крім того, дослідження показали різницю у доступі до медичних послуг між військовополоненими та особами з тимчасово окупованих територій. Військовополонені частіше мали доступ до медичної допомоги, включаючи медогляд та повну медичну допомогу, що свідчить про потребу в покращенні медичного забезпечення цивільного населення у кризових умовах.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Асонов Д.О. Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: огляд та клінічний випадок. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. Вип. 14. С. 58–67. DOI: 10.26565/2312-5675-2020-14-07 (дата звернення: 12.06.2024).
2. Болточосов С.В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на Сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24. № 2. С. 77–80.
3. Гайдабрус А.В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій у зоні Операції Об'єднаних Сил у ракурсі одинадцятій редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. Вип.

11. С. 19–24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-II-02> (дата звернення: 11.04.2024).

4. Друзь О.В., Черненко І.О. Аналіз бойової психічної травми в учасників локальних бойових дій. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти* : збірник наукових праць. Київ : Пріоритети, 2016. С. 168–179.

5. Коваль І.А. Поведінкові розлади у дітей і підлітків-біженців. *Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи»*, м. Київ, 09–10 листопада 2023 р. Київ, 2023. С. 23–25.

6. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : методичний посібник / О.М. Кокун та ін. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.

7. Корня Л.В. Теоретичний аналіз проблеми бойового стресу. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах*. Київ, 2020. С. 136–138. URL: <https://nuou.org.ua/assets/documents/zbirnyk-conf-gi-05-11-2020.pdf> (дата звернення: 19.04.2024).

8. Маркова М.В., Російський Т.С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. *Український вісник психоневрології*. 2018. Вип. 1. С. 78–82.

9. МОЗ України. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/Національний%20класифікатор%202020/01%2C09%2C2021/Національний%20класифікатор%20НК%202025.pdf>

10. Нейрофізіологічні механізми реалізації асоціативної пам'яті у ветеранів АТО/ООС, які зазнали черепно-мозкової травми / уклад.: С. Корж та ін. *Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Біологія*. 2019. Вип. 2. С. 28–35. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKNU_biol_2019_2_7 (дата звернення: 07.04.2024).

11. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їхніх сімей : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-ХП. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 17.02.2024).

12. Стрес як фактор соматичної патології і коморбідності (сучасні аспекти діагностики, профілактики і лікування) : методичні рекомендації / уклад. : А.О. Несен та ін. Київ; Харків : Стиль-Издат, 2015. 39 с.

13. Ткачук І.М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 1. С. 64–66.

14. Пустовойт М.М., Юрценюк О.С., Іванова Н.М., Пашковський В.М. Теоретико-феноменологічні підходи до вивчення поняття трансформації особистості військовослужбовців внаслідок бойової травми. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2023. Т. 22. № 3(85). С. 62–73. DOI: 10.24061/1727-4338.XXP.3.85.2023.10 (дата звернення: 17.02.2024).

15. Ширококов Ю.М. Психологія військового полону : дисертація. Харків, 2020.

16. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at [ptsd.va.gov](https://www.ptsd.va.gov)