

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

На правах рукопису,  
остаточна версія



\_\_\_\_\_  
/Підпис студента/

**РАТІЙ Олександр Олександрович**

**ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПРОГРАМИ  
ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної психології**

**Науковий керівник**

Аврамчук О.С., доцент кафедри клінічної  
психології УКУ, кандидат психологічних  
наук

\_\_\_\_\_  
/Підпис наукового керівника/

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології**

**Пояснювальна записка**  
до магістерської роботи  
магістр  
на тему:  
«Оцінка результативності державної програми психологічної реабілітації  
військовослужбовців»

**Виконав:**

студент 6 курсу групи ЗПК 22/М  
спеціальності 053 «Психологія»

Ратій О.О.



**Керівник: доцент кафедри клінічної  
психології УКУ, кандидат психологічних  
наук**

Аврамчук О.С.,

**Рецензент:**

Львів – 2024

Ратій О.О. Назва магістерського проекту: «Оцінка результативності державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / О.О. Ратій / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Аврамчук О.С. – Львів: УКУ, 2024. – 71 с.

## **Анотація**

Інтенсивні військові дії в Україні створюють необхідність для клініцистів мати в арсеналі ефективні інструменти для роботи з травмою та стрес-асоційованими розладами. Державна програма психологічної реабілітації військовослужбовців, реалізована в центрі «Лісова Поляна», спрямована на покращення психічного здоров'я військових, що зазнали травматичного впливу в результаті бойових дій.

На сьогодні немає однозначної оцінки щодо результативності застосовуваних державою програм по реабілітації військових. Тому було вирішено дослідити результативність таких програм на прикладі програми центру «Лісова Поляна» з метою оцінки її загального впливу на психічне здоров'я військовослужбовців.

**Методи:** Було проведено статистичний аналіз даних 87 військовослужбовців, які пройшли реабілітацію у центрі «Лісова Поляна». Для аналізу результативності програм досліджувалися зміни на вході та на виході із реабілітації наступних шкал: опитувальник PCL-5, шкала нейроповедінкових змін (NCI) та суб'єктивна оцінка психоемоційного стану (SUB). За допомогою регресійного аналізу було встановлено, що наявність в анамнезі черепно-мозкових травм та суїцидальних інтенцій виступатимуть негативно-модифікуючими факторами на розвиток ПТСР.

**Результати:** Дослідження довело, що програма реабілітації у центрі «Лісова Поляна» є результативною. Участь у програмі сприяє загальному зниженню симптоматичного комплексу проявів стрес асоційованих розладів. Значний позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів підтверджено за шкалами NCI та PCL-5, а також шкали суб'єктивного сприйняття власного психічного стану пацієнтами програми.

**Висновок:** Узагальнений аналіз результатів дослідження підтверджує, що державна програма психологічної реабілітації військовослужбовців у центрі «Лісова Поляна» сприяє покращенню щодо симптомів ПТСР та інших стрес-асоційованих розладів.

**Ключові слова:** психологічна реабілітація, військовослужбовці, посттравматичний стресовий розлад, нейроповедінкові зміни, державна програма реабілітації, результативність реабілітації.

**Abstract:**

Intense military operations in Ukraine create a need for clinicians to have effective tools to work with trauma and stress-related disorders. The state program of psychological rehabilitation for military personnel implemented at the Lisova Polyana Center is aimed at improving the mental health of military personnel who have been traumatized by combat.

To date, there is no unequivocal assessment of the effectiveness of the state's rehabilitation programs for the military. Therefore, it was decided to investigate the effectiveness of such programs on the example of the program of the Lisova Polyana center in order to assess its overall impact on the mental health of military personnel.

**Methods:** A statistical analysis of data from 87 servicemen who underwent rehabilitation at the Lisova Polyana center was conducted. To analyze the effectiveness of the programs, the following scales were studied: PCL-5 questionnaire, neurobehavioral change scale (NCI), and subjective assessment of psychoemotional state (SUB). Using regression analysis, it was found that the presence of a history of traumatic brain injury and suicidal intentions would act as negative modifying factors for the development of PTSD.

**Results:** The study proved that the rehabilitation program at the Lisova Polyana center is effective. Participation in the program contributes to an overall reduction in the symptomatic complex of stress-related disorders. A significant positive impact on the psycho-emotional state of patients was confirmed by the NCI and PCL-5 scales, as well as the scale of subjective perception of their own mental state by the program patients.

**Conclusion:** The generalized analysis of the study results confirms that the state program of psychological rehabilitation of military personnel at the Lisova Polyana center contributes to the improvement of symptoms of PTSD and other stress-related disorders.

**Key words:** psychological rehabilitation, military personnel, post-traumatic stress disorder, neurobehavioral changes, state rehabilitation program, rehabilitation effectiveness.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	9
<b>1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ РОЗЛАДАХ АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ СТРЕСОМ ТА ТРАВМОЮ</b> .....	14
1.1. Нейроповедінкові зміни та психоемоційні порушення серед військовослужбовців .....	14
1.2. Модифікуючі фактори розвитку розладів, які асоціюються з травматичним досвідом бойових дій .....	16
1.3. Особливості реабілітаційного супроводу військовослужбовців з ознаками розладів, які асоціюються з травмою .....	25
<b>Висновки по РОЗДІЛУ 1</b> .....	36
<b>2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	38
<b>Висновки по РОЗДІЛУ 2</b> .....	42
<b>3. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ</b> .....	44
3.1. Порівняння вибірки в залежності від факторів .....	47
3.2. Черепно-мозкова травма як негативний модифікуючий фактор .....	48
3.3. Оцінка результативності програми реабілітації .....	53
3.4. Аналіз впливу модифікуючих факторів на психоемоційні та нейроповедінкові зміни, що засвідчують результативність програми психологічної реабілітації .....	55
<b>Висновки по РОЗДІЛУ 3</b> .....	60
<b>4. ВИСНОВКИ ДО РОБОТИ, АНАЛІЗ ОБМЕЖЕНЬ ТА ОПИС ПОДАЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	62
<b>5. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	65

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
**Завідувача кафедри**

**Аврамчук О.С.**

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**Ратій Олександр Олександрович** \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи

**Оцінка результативності державної програми психологічної реабілітації  
військовослужбовців**

*керівник роботи Аврамчук Олександр Сергійович, канд. психологічних наук,  
доцент кафедри клінічної психології УКУ, затверджені Вченою Радою  
факультету від “30” жовтня 2023 р. № протоколу \_\_\_\_\_*

2. Строк подання студентом роботи 30.05.2024 \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Провести аналіз методики психологічної реабілітації військовослужбовців із фокусом на методи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших стрес-асоційованих розладів на прикладі програми центру ДП «Лісова поляна». Оцінити особливості впливу різних терапевтичних підходів на психічне здоров'я військовослужбовців. Розробити теоретичну модель для проведення дослідження, визначивши основні змінні для порівняння ефективності втручань. Визначити критерії відбору учасників та методи оцінки їх психоемоційного стану. Дослідити результативність державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців на прикладі центру «Лісова Поляна» виконавши статистичний аналіз, описати результати та висновки. Виокремити клінічний вплив різних факторів отримання травматичного досвіду на розвиток картини ПТСР. Визначити основні фактори, що впливають на успішність реабілітації, запропонувати шляхи вдосконалення програм психологічної реабілітації військовослужбовців.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

*Магістерське наукове дослідження містить малюнок 1 «Теоретичная модель дослідження»,*

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір і погодження теми		
2.	Обговорення методології та структури дослідження		
3.	Підготовка обґрунтування актуальності та первинного аналізу літератури		
4.	Опрацювання теоретичної частини роботи		
5.	Представлення теоретичної частини дослідження науковому керівнику		
6.	Опрацювання методології дослідження та розробка дизайну		
7.	Подання первинного протоколу дослідження до Інституційної етичної ради		
8.	Презентація теоретичної моделі та дизайну дослідження		
9.	Проведення емпіричної частини дослідження		
10.	Опрацювання розділу за результатами емпіричної роботи		
11.	Представлення розділу емпіричної частини дослідження науковому керівнику		
12.	Попередній захист магістерської роботи		
13.	Підготовка фінальної версії роботи		

**Студент:**

\_\_\_\_\_ ( підпис )

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

**Керівник роботи:**

\_\_\_\_\_ ( підпис )

**Аврамчук О. С.**  
(прізвище та ініціали)



## ВСТУП

**Актуальність** даного дослідження зумовлена нагальними викликами, продиктованими реаліями російської збройної агресії проти України. За даними державної служби статистики на січень 2022 року загальна кількість населення України складало близько 41 мільйонна осіб [1]. За останніми оцінками наданими президентом України Володимиром Зеленським в інтерв'ю німецькому телеканалу ARD на сьогодні 880 тисяч осіб громадян із зброєю у руках захищають державність та незалежність нашої країни [2].

Оскільки в межах військового стану загальна оцінка впливу травматичних подій на психологічний стан військових не проводилась, ми можемо припустити, що така оцінка психологічного стану цивільного населення України може слугувати опосередкованим маркером загальних викликів щодо психологічного благополуччя нашого суспільства та шкоди заданої йому військовими діями.

Дослідження, яке провели Благодійний фонд адаптації до мирного життя «Майнді» та компанія «Kantar Україна» спільно з Інститутом соціальної та політичної психології НАПН було оприлюднено у вересні 2022 року [3] [4]. Воно охопило осіб віком 18-55 років у містах України з населенням понад 50 тис. осіб. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Загалом в опитуванні прийняло участь 2100 респондентів [5].

За його результатами 71% респондентів засвідчили, що відчувають останнім часом стрес або сильну знервованість. Серед чинників цього стресу більшість респондентів (72%) вказали війну.

Серед аспектів війни на перших місцях були безпека близьких, розлука з рідними, ризик втратити майно, померти чи отримати поранення під час бойових дій тощо.

40% респондентів зазначили наявність загрози власному життю та засвідчили факт того, що вона були безпосередніми свідками таких загроз у зв'язку з перебуванням у зоні бойових дій та/або під обстрілами.

Понад 41% мали родичів або близьких, які перебували, чи перебувають у зоні бойових дій, у тому числі 16% втратили когось із близьких.

6% відсотків респондентів перебували в окупації, зазнавали безпосередньої загрози насильства або були свідками таких загроз.

Кожен двадцятий опитуваний зазначив, що пережив або став свідком усіх зазначених типів травматичних подій одночасно.

Понад 90% опитуваних мали прояви хоча б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а 57% перебували в зоні ризику розвитку ПТСР.

Враховуючи результати дослідження слід зазначити, що серед військових результати впливу травматичних подій будуть ще більш значущими, оскільки, окрім спільних із цивільним населенням факторів впливу війни, особливого значення набувають додаткові негативно модифікуючі фактори, такі як:

- значно сильніші за інтенсивністю та тривалістю травматичні переживання;
- ускладнення, викликані черепно-мозковими травмами вибухового характеру;
- досвід полону та тортурів тощо.

Тож розбудова загальнонаціональної стратегії заходів, спрямованих на збереження та відновлення психологічного здоров'я військових є актуальною та нагальною потребою для нашого суспільства.

**Об'єктом дослідження** є державна програма психологічної реабілітації військовослужбовців на прикладі центру реабілітації «Лісова Поляна»

**Предметом дослідження** є результативність програми психологічної реабілітації військовослужбовців.

**Гіпотеза:** Участь у програмі психологічної реабілітації військовослужбовців призведе до змін нейроповедінкових показників та вплине на симптоматику ПТСР.

Очікується, що учасники продемонструють статистично значущі покращення нейроповедінкових показників і знизять ризик розвитку ПТСР. Ми дослідимо - чи існує зв'язок корекції психофізіологічних показників учасників програми на вході в неї та після її проходження, а також як участь в програмі впливає на суб'єктивну оцінку учасниками програми їх психоемоційного стану.

Також буде піддано аналізу - які саме зовнішні фактори можуть слугувати негативними модифікаторами психологічного стану військовослужбовців.

**Мета:** проаналізувати психоемоційні та нейроповедінкові зміни, що засвідчують результативність державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців на прикладі центру «Лісова Поляна»

**Основні завдання:**

1. Дослідити теоретико-наукову базу досліджень на тему психологічної реабілітації військовослужбовців.
2. Провести аналіз програми психологічної реабілітації військовослужбовців із фокусом на методи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших стрес-асоційованих розладів на прикладі програми центру ДП «Лісова поляна».
3. Розробити теоретичну модель та дизайн дослідження, визначивши основні змінні для порівняння ефективності втручань, критерії відбору учасників та методи оцінки їх психоемоційного стану.
4. Дослідити результативність державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців на прикладі центру «Лісова Поляна» виконавши статистичний аналіз, описати результати та висновки.

5. Виокремити клінічний вплив різних факторів отримання травматичного досвіду на розвиток картини ПТСР.
6. Визначити основні фактори, що впливають на успішність реабілітації, запропонувати шляхи вдосконалення програм психологічної реабілітації військовослужбовців.

**Наукова новизна:** Наукова новизна дослідження полягає в тому, що це перший аналіз ефективності державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах сучасного українсько-російського військового конфлікту.

На відміну від попередніх досліджень, які зосереджувалися на окремих аспектах лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), це дослідження розглядає реабілітацію як багатокomпонентний процес, що враховує нейроповедінкові зміни, суб'єктивну оцінку психоемоційного стану пацієнтів та вплив зовнішніх факторів.

**Практичне значення:** Аналіз результативності програми допоможе встановити напрямку пошуку для вдосконалення методів та підходів до психологічної реабілітації, що може сприяти підвищенню її ефективності.

Вивчення існуючих програм та пошук факторів які тим чи іншим чином впливають на перебіг реабілітації може стати основою для створення нових, більш ефективних методик і підходів до психологічної реабілітації.

Результати цього наукового дослідження також можуть бути використані для розробки та коригування державної політики у сфері соціальної підтримки військовослужбовців, забезпечуючи інтеграцію найкращих практик та науково обґрунтованих підходів.

### **Визначена структура та обсяг роботи**

Робота за структурою представлена вступом, трьома розділами, висновками, та списком літератури. Список використаних джерел складається з 62 джерел (з них 51 - іноземною мовою) та додатками. Кількість сторінок – 71.

# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ РОЗЛАДАХ АССОЦІЙОВАНИХ ІЗ СТРЕСОМ ТА ТРАВМОЮ

## 1.1. Нейроповедінкові зміни та психоемоційні порушення серед військовослужбовців.

Існуючі дослідження найчастіше зазначають, що основними наслідками нейроповедінкових змін та психоемоційних порушень є розлади, які асоціюються із стресом та травмою, зокрема – пост травматичний стресовий розлад.

Визначеним фактором, який часто впливає на перебіг розвитку ПТСР в контексті травматичного досвіду є особливість реагування нервової системи у фазі її вразливості в результаті отримання черепно-мозкових травм, зокрема вибухового характеру. Другий аспект – надмірність травматичного досвіду, що виходить за межі виключно бойового досвіду, наприклад - досвід полону.

Психотравмуюча подія може мати різні прояви у вигляді психоемоційних, когнітивних та фізіологічних явищ. Ці прояви можуть відрізнятися по тривалості, комплексності проявів та інтенсивності (від яскраво виражених, до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих форм, із крайнім проявом у вигляді інгібованих реакцій) [6].

Емоційні реакції зазвичай проявляються у вигляді почуттів страху, горя, депресії. Розповсюдженими фізичними реакціями є нудота, запаморочення, втрата апетиту та порушення сну, зниження або повна відмова від звичних активностей. Тривалість травматичної реакції може коливатися від кількох тижнів до кількох місяців. Якщо ця реакція продовжується більше місяця після завершення травмуючої події або навіть погіршується - це може свідчити про наявність в людини посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [7].

За визначенням Центру контролю та профілактики захворювань США ПТСР — інтенсивна фізична та емоційна реакція на думки та нагадування про подію, які тривають протягом багатьох тижнів або місяців після травматичної події [8].

**Симптоматична картина посттравматичного стресового розладу може бути поділена на наступні групи [9]:**

**Емоційні реакції** можуть включати почуття провини, притуплення емоцій або сильний страх заподіяння шкоди.

**Фізичні реакції** проявлятимуться у неконтрольованому треморі, тахікардії, головних болях, ознобі.

**Когнітивні реакції** – проявлятимуться у вигляді проблем із запам'ятовуванням, негативних думок про світ і своє місце в світі, сильним відчуттям провини, втрата інтересу до повсякденних занять.

Симптоми повторного проживання включатимуть повторювальні спогади, кошмарні сни із обставинами травмуючої події, екстремальні емоційні та фізичні реакції на нагадування про подію.

**Поведінкові реакції** можуть проявлятися у вигляді побудови стратегій уникання нагадувань про травмуючу подію (утримання від діяльності, місць, думок або почуттів, пов'язаних із травмою). Появи та збільшення відчуття відчуженості, ізольованості від інших.

**Симптоми підвищеного збудження та порушень регуляції афекту будуть проявлятися** як підвищена пильність або похливість, чуткий сон, дратівливість, неконтрольовані спалахи гніву.

До 80% людей, яким діагностований ПТСР мають супутні проблеми пов'язані із проявом та впливом симптоматичного комплексу синдрому на

інші аспекти психічного та фізичного здоров'я: тривожність, панічні атаки, коморбідну депресію, суїцидальні думки або спроби суїциду, зловживання психоактивними речовинами, відчуття відчуженості та ізоляції від соціуму та складнощі із виконанням щоденних завдань [10].

Згідно із даними Центру громадського здоров'я МОЗ України симптоми гострої травми виявляють у 60–80% військовослужбовців, що стали свідками загибелі побратимів або цивільного населення (або бачили тіла загиблих). Приблизно у 12–20% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, розвиваються симптоми ПТСР. Тривалість перебування в зоні бойових дій виступає негативним модифікуючим фактором щодо ризику розвитку ПТСР. Загалом від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги [11].

## **1.2. Модифікуючі фактори розвитку розладів, які асоціюються із травматичним досвідом бойових дій.**

Контекст війни в Україні впливає на кожного громадянина відразу на декількох рівнях, тож можна стверджувати, що всі ми набуваємо мультимодального досвіду травми.

Серед додаткових мультиплікаторів варто зазначити наступні рівні впливу травматичних подій війни на військовослужбовців:

### **1. Швидка зміна соціального статусу без належної адаптації.**

Велике вторгнення Росії дало поштовх багатьом громадянам до зміни їх соціального статусу із «цивільних» на «військовослужбовців». Майже миттєво сотні тисяч до цього цивільних осіб стали до лав Збройних сил України. Через раптовість подій багато із них не отримали належної, в тому числі психологічної підготовки та адаптації для нового для себе статусу.



Відсутність органічно напрацьованих адаптаційних механізмів, як фактор, підвищило ризик подальшого розвитку психічних розладів.

## **2. Відсутність чітких рамок закінчення або зменшення травматичного впливу.**

Другий виклик на сьогодні полягає в тому, що діючі військовослужбовці не мають чіткої критерії щодо строків закінчення їх військової служби та повернення до цивільного життя. Цей фактор додатково ускладнює підтримку вже напрацьованих за час війни копінгових стратегій та адаптаційних механізмів.

## **3. Деадаптація до умов цивільного життя після повернення.**

Третім фактором травми може бути розглянутий аспект потенційного закінчення війни, та повернення сотень тисяч ветеранів до свої родин. Ці люди повернуться вже в зовсім іншу країну, за обставин, відмінних ніж ті, за яких вони покидали свої домівки [12]. Існуючі дослідження, проведені серед ветеранів США, демонструють, що окрім психологічних проблем велика кількість ветеранів мають складнощі із поверненням до звичного цивільного життя та не військових соціальних ролей. Цей фактор буде сприяти збільшенню соціальної ізоляції та поилення відчуття втрати сенсу в житті [13].

## **4. Тривога за близьких.**

Оскільки військовослужбовець не є суто статистичною та соціально ізольованою одиницею слід також враховувати, що окрім безпосереднього особистого психологічного травмування, він одночасно є опосередкованим свідком постійної небезпеки та загрози для життя його близьких, які залишись вдома. А також безпосереднім свідком страждань цивільного

населення – як то смерті та руйнування, військові злочини, включно із сексуальним насильством [14].

Водночас члени сім'ї військовослужбовця можуть відчувати високу тривогу, депресію, ПТСР, довгострокові проблеми з психічним здоров'ям та самопочуттям [15]. Таким чином військова служба члена родини є фактором ризику для психічного здоров'я його близьких.

## **5. Свідцтва злочинів проти інших.**

Військові, які заходили на окуповані території стають першими свідками військових злочинів скоєних загарбниками. У березні 2023 року було оприлюднено Звіт Незалежної міжнародної комісії з розслідування порушень в Україні [16].

За результатом відвідування комісією 56 населених було опитано 348 жінок і 247 чоловіків, проведено огляди руйнувань, захоронень, місця ув'язнення і катувань. Задokumentовані комісією злочини включають тортури, вбивства, напади на цивільних осіб, незаконні позбавлення волі, згвалтування, примусове переміщення та депортацію дітей. Багато з цих злочинів прирівнюються до воєнних злочинів.

Всього прокурорами зафіксовано вже 71 147 воєнних злочинів, скоєних російською федерацією [17].

## **6. Особливості психопатологічних розладів в екстремальних умовах.**

Розвиток психічних розладів у звичайних та військових умовах при спільному патогенезі мають ряд суттєвих відмінностей.

По-перше, це одномоментність. Через вплив чисельних раптових травмуючих чинників велика кількість людей одночасно зазнає

психологічної травми, що призводить до одномоментного виникнення психічних розладів у великій кількості людей.

По-друге, відсутність індивідуальної клінічної картини випадку. На відміну від звичайних обставин виникнення психічного порушення, картина випадку переживання катастрофічних травмуючих подій зазвичай зводиться до невеликого числа типових проявів - від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Тяжкість таких проявів буде обумовлена багатьма факторами - від віку та статі до рівня попередньої соціальної адаптації та індивідуальних характерологічних особливостей. Також у випадку війни як травмуючої обставини слід брати до уваги, що вплив екстремальних подій буде складатися не тільки з прямої, безпосередньої загрози, а й опосередкованої - пов'язаної з її очікуванням.

Окрім мультиплікаторів, які роблять загальну картину набуття травмуючого досвіду більш багатовимірною та складною, слід також розглянути негативні модифікуючі фактори, які впливатимуть на тяжкість, розвиток та подальший вплив такого травмування.

Одним із значущих негативно модифікуючих факторів розвитку посттравматичного стресового розладу є наявність в анамнезі пацієнта черепно-мозкових травм. В умовах війни із високою інтенсивністю застосування артилерії такі травми в переважній більшості мають вибухову природу, що вирізняє їх проміж ЧМТ отриманих через забій головного мозку під час «побутового» ударного травмування.

Черепно мозкові травми спричинені дією вибухової хвилі на сьогодні є найпоширенішою проблемою серед усіх інших травматичних впливів від військових дій. На прикладах та досвіді війни у Перській Затоці та у Іраку таке ураження набуло метафоричної назви «автограф війни» [18].

У період з 2000 по 2014 рік серед військовослужбовців США було зафіксовано приблизно 320 000 черепно-мозкових травм, більшість з яких були отримані під час військових операцій [19]. Лише близько 2,8% з них були класифіковані як серйозні травми, більшість випадків – як легкі ЧМТ.

Вважається, що загальна кількість випадків легкої вибухової ЧМТ (ЛВЧМТ) занижена, оскільки її часто не діагностують і не лікують через недосконалість скринінгових інструментів, нечіткість діагностичних критеріїв і відсутність засобів для об'єктивізації або візуалізації травми.

Незважаючи на достатню кількість досліджень щодо черепно мозкових травм вибухової природи, їх впливу, миттєвих та пролонгованих наслідків для військовослужбовців, слід зазначити, що вони проводилися на вибірках, які не мали того ступіню інтенсивності та повторюваності впливу травмуючого фактору, як військовослужбовці збройних сил України періоду великого вторгнення.

Умови війни із Росією непорівнянно відрізняються від попереднього досвіду війн, на прикладі яких досліджувалась природа та вплив ВЧМТ на військовослужбовців. Таких відмінностей існує декілька:

1. Непорівняна інтенсивність застосування артилерійського озброєння.
2. Збільшення мас бойової частини та калібрів основних засобів ураження.
3. Поява нових засобів ураження – дронів камікадзе та frv-дронів.
4. Широке застосування ракетного озброєння.
5. Більша технологічна розвинутість обох сторін конфлікту щодо виробництва, тактики та стратегії застосування та доставки засобів ураження.

Механізми вибухової і «цивільної» черепно-мозкової травми різні. Якщо при звичайних травмах головний мозок ушкоджується обертально-інерційними силами та локалізованими травматичними впливами, то вибухові ушкодження є результатом хвиль тиску, що поширюються по повітрю на відстані [20]. Згідно з класичним визначенням К. Дж. Клемедсона вибухове ураження — це біофізичні та патофізіологічні зміни, що виникають в результаті прямого впливу вибуху або пов'язаної з ним ударної хвилі [21].

Вибухова травма має клінічні симптоми тотожні до легкої ЧМТ і може супроводжуватися значними морфологічними змінами (набряк мозку, нейрозапалення, спазм судин, пошкодження аксонів, загибель нейронів тощо).

Більшість черепно-мозкових травм (ЧМТ) у військовослужбовців виникає внаслідок впливу вибуху: вибухова черепно-мозкова травма серед військових становить приблизно 60% ЧМТ, з яких 80% припадає на лЧМТ [22].

Травми головного мозку можуть мати різні віддалені наслідки, які залежать від специфіки травми [23, 24]. Зростає кількість доказів того, що певна кількість людей має довгострокові когнітивні та поведінкові зміни після легкої травми головного мозку, а також спостерігаються функціональні розлади, які тривають значний проміжок часу [25].

Іншим важливим компонентом розвитку довгострокових наслідків лВЧМТ є повторюваний характер їх епізодів. Дослідження показали, що повторні лВЧМТ мають довгострокові та кумулятивні наслідки [26].

Патофізіологічні зміни, які спостерігаються при ПТСР, збігаються з тими, що спостерігаються у пацієнтів з ЧМТ. Обидва стани можуть включати зміни в таких ділянках мозку, як мигдалеподібне тіло, гіпокамп і пов'язані з ними структури. Як ПТСР, так і ЧМТ супроводжуються нейрофізіологічними змінами, включаючи порушення регуляції осі НРА, дисбаланс

нейротрансмітерів і посилення запальних реакцій. Ці зміни сприяють виникненню та взаємному підсиленню когнітивних та емоційних симптомів, які спостерігаються в обох станах [27].

Наступною особливістю цієї війни є значна кількість людей, які мають досвід полону та перенесли тортури.

Станом на 25 лютого 2024 року згідно інформації оприлюдненої Уповноваженим Верховної Ради з прав людини Дмитром Лубенцем у російському полоні перебуває понад 28 тисяч громадян України [28]. Згідно публікацій Української Гельсінської спілки із прав людини майже всі полонені, які перебували в полоні на території російської федерації або на території тимчасово окупованих територіях піддавались катуванням, сексуальному насильству в контексті воєнних злочинів [29].

Усі звільнені з російської в'язниці українські військові свідчать про тортури. Як засоби знущання окупанти використовують побиття, удушення, тортури електричним струмом, застосування невідомих речовин, погрози розправою, позбавлення доступу до медичної допомоги, голодування, спрагу. Також ув'язнених зобов'язали вчити гімн Росії, історію створення герба і прапора рф.

Після звільнення стан ув'язнених оцінюють як важкий. Кожен випадок свідчить про нелюдські умови перебування військовополонених у Російській Федерації. Майже всі з 215 людей, яких звільнили у вересні 2022 року, мали анорексію. Багато з них мали приховані переломи та підвищену тяжкість різноманітних хронічних захворювань [30].

Українські та міжнародні організації не можуть потрапити на окуповану територію. Але й на вже звільнених територіях України прокуратура задокументувала 54 катівні та зафіксувала 5079 випадків тортур [31].

Ті, хто пережив ув'язнення, катування та сексуальне насильство, можуть мати довготривалі фізичні та психологічні наслідки.

У 1988 році було проведено дослідження серед ветеранів Другої світової війни щодо встановлення зв'язку між тяжкістю досвіду перебування в полоні та наявністю посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [32]. В дослідження взяло участь 817 чоловіків, які були примусово мобілізовані до німецьких збройних сил, потрапили в полон у СРСР і утримувалися у важких умовах. Середня тривалість полону по виборці склала 11,5 місяців (діапазон: 2-28 місяців).

У 1988 році учасникам дослідження було надіслано поштою двомовну анкету зі 117 пунктів, яка охоплювала біографічні дані, бойовий досвід, умови перебування в полоні та поточні симптоми. Наявність ПТСР оцінювали за критеріями DSM-III-R. Тяжкість полону вимірювали за допомогою спеціального індексу, заснованого на поширених стресових факторах, що виникали в таборах.

В результаті дослідження було встановлено, що 71% ветеранів навіть у 1988 році ще відповідали критеріям наявності ПТСР. Поширеність ПТСР зростала зі збільшенням тяжкості пережитого військовополоненими досвіду.

Фактори, що сприяли підвищенню поширеності ПТСР, включали: одиночне ув'язнення, покарання, свідчення смерті, жорстокі допити, недоїдання та безпосередню загрозу життю. Більша тривалість полону (понад дев'ять місяців) корелювала із вищим рівнем поширеності ПТСР. Цікавим для подальшого дослідження моментом у наведеному дослідженні є те, що вплив тривалості перебування в полоні на поширеність ПТСР вирівнювався та виходив на плато через дев'ять місяців полону.

Платоподібний ефект тривалості перебування в полоні на поширеність ПТСР через дев'ять місяців дослідження пояснює кількома факторами:

**Поріг травми.** Існує певний поріг травми, за яким додатковий час перебування в полоні не призводить до значного збільшення ймовірності розвитку ПТСР. Після того, як люди зазнають певного рівня стресу і труднощів, ризик розвитку ПТСР може досягти точки насичення.

**Адаптація та механізми коупінгу.** Деякі люди з часом можуть розвинути механізми подолання або стати дещо десенсибілізованими до травматичних умов. Така адаптація може допомогти їм краще справлятися зі стресом, зменшуючи додатковий вплив тривалого перебування в полоні.

**Ефект того, що вижив.** Ті, хто виживає після дев'яти місяців перебування в суворих умовах, можуть представляти групу з більшою стійкістю або кращими стратегіями подолання стресу. Ефект того, хто вижив, може означати, що у найбільш вразливих осіб ПТСР розвивається раніше або вони не виживають достатньо довго, щоб стати частиною групи, яка перебуває в полоні понад дев'ять місяців.

**Тяжкість початкового досвіду.** Перші місяці перебування в полоні можуть піддавати людей найсильнішим стресам і травматичним подіям. Після цього періоду умови можуть стабілізуватися або стати дещо передбачуваними, навіть якщо вони все ще залишаються суворими, це зменшує відносний вплив тривалого перебування в полоні на розвиток ПТСР.

Кумулятивний стрес від перебування в полоні може різко зростати на початковому етапі, але з часом темпи зростання можуть зменшуватися. На початку перебування в полоні можуть бути найбільш інтенсивні стресові фактори, а з часом інтенсивність нових стресів зменшується, що призводить до плато в поширеності ПТСР.

**Механізми психологічного захисту.** З часом у людей можуть розвинути психологічні захисні механізми, такі як емоційне оніміння, відсторонення або



дисоціація, які можуть зменшити вплив додаткового травматичного досвіду на їхнє психічне здоров'я.

Ці фактори в сукупності можуть пояснюють, чому у наведеному дослідженні поширеність ПТСР не продовжує суттєво зростати після дев'яти місяців перебування в полоні, що свідчить про складний взаємозв'язок між тривалістю та інтенсивністю травматичного досвіду і здатністю людини до стійкості та адаптації.

Результати аналізу кількості днів у полоні між різними групами свідчать про необхідність диференційованого підходу до реабілітації в залежності від клінічної картини, яку демонструють ти чи інші групи.

Важливість мультимодальної реабілітації, підготовка спеціалістів із реабілітації жертв цих злочинів є вирішальною, але й важкою задачею, оскільки вимагає наявності додаткових здібностей.

### **1.3. Особливості реабілітаційного супроводу військовослужбовців з ознаками розладів, які асоціюються із травмою.**

Для лікування ПТСР у військовослужбовців на сьогодні запропоновано кілька психологічних підходів деякі з яких були предметом адекватно контрольованих досліджень результатів лікування [33] [34].

Іншою особливістю існуючих досліджень на тему терапії пост травматичного стресового розладу є те, що більша частина досліджень проводилися на ветеранах В'єтнаму та війни у Перській Затоці, через кілька років або навіть десятиліть після травми, із високим рівнем супутньої коморбідності.

Незважаючи на певні суттєві відмінності російсько-української війни із зазначеними конфліктами (експедиційний характер бойових дій, менше застосування артилерії, можливість відпочинку на військовій базі поза межами виконання місії, більша доступність невідкладної медичної допомоги

у разі поранення, загальна тривалість конфлікту тощо) дослідники виділяють дві наступні особливості реабілітаційного процесу ПТСР [33]:

1. Більшість досліджень результатів лікування за участю військовослужбовці демонструють меншу ефективність застосування на них психологічних інтервенцій ніж цивільні громадяни, які мають такий самий розлад, що був викликаний обставинними поза умов військового конфлікту [35, 36]. Однією з причин такого падіння ефективності терапії може бути непорівняна інтенсивність та комплексність травматичного досвіду, пов'язаного з бойовим стресом у порівнянні із «цивільною» травмою.

2. Наступною особливістю зазначається можливість виникнення специфічної форми ПТСР, резистентного до лікування [33]. Доцільно припустити, що тривалий проміжок знаходження у зоні бойових дій і як наслідок тривале перебування організму людини у стані підвищеної пильності і гіперзбудження може призводити до стійких змін у нейробіологічних механізмах, пов'язаних із загрозою, які складно піддаються корекції. Цей досвід "несприятливого середовища" виявився потужним предиктором подальших складнощів адаптації серед ветеранів В'єтнаму [37].

Враховуючі ці дві компоненти важливою початковою точкою для наукового пошуку та фахової дискусії можуть виступати наступні три питання:

«Як та за якими критеріями ми оцінюємо результативність застосованих програм реабілітації?»

«Що саме ми будемо вважати прийнятним результатом лікування?»

«Яке змістове наповнення має мати програма реабілітації для досягнення таких результатів?»

На початковому етапі пошуку відповідей на цій питання варто розділити наш пошук на певні когорти за військовим статусом нашого пацієнта. Якщо ми говоримо про ветерана збройних сил, головними задачами тут можуть бути – загальне зниження симптоматики розладу, превенція рецидивів та розробка адаптаційних стратегій для подальшого цивільного життя. Але якщо мова йде про діючого військовослужбовця, який після реабілітації має повертатися до виконання бойових завдань - цілі можуть бути зовсім іншими. Хоча зняття симптомів ПТСР, безумовно, є важливим, цього самого по собі може бути недостатньо. Ключовою метою в цьому випадку може бути підвищення стійкості та зменшення ризику рецидиву при майбутньому травматичному впливі (наприклад, під час наступної ротації). За такого сценарію усунення всіх симптомів ПТСР і повернення військовослужбовця до його до травматичного рівня функціонування, ймовірно, є менш реалістичною.

Враховуючи цілі, наявні ресурси та поточну картину розладу, програми реабілітації повинні бути адаптивними і гнучкими, щоб відповідати потребам різних когорт пацієнтів.

На сьогодні ми поки що не маємо достотної кількості даних для проведення такого аналізу та диференціації. Наш пошук буде полягати в загальній оцінці результативності програми реабілітації на прикладі програми ДП «Лісова поляна». На сьогодні така програма реабілітації включає в себе наступні етапи, на кожному із яких можуть бути застосовані ті чи інші методи психологічних інтервенцій.

Першим етапом терапевтичного процесу є стабілізація та залучення. Належна клінічна практика вказує, що першочерговим завданням терапевта має бути стабілізація стану військовослужбовця до початку втручань, спрямованих безпосередньо на ПТСР [38].

Клінічний досвід свідчить про те, що залучення до лікування та розвиток терапевтичних відносин часто є значною проблемою для ветеранів та військовослужбовців [39].

Існує кілька причин, чому це може бути особливо проблематичним для цієї групи населення. По-перше, сама військова служба та пов'язана із нею підготовка та подальша психологічна та соціальна деформація, спрямована на формування ефективних навичок війни сприяє високому рівню емоційної "міцності" та стійкості. Такий досвід може сприяти здатності "вимикати" афективні стани, щоб більш ефективно функціонувати в умовах бойових дій. Ця, безумовно корисна в умовах війни навичка може стати суттєвою перешкодою, коли справа доходить до терапії. По-друге, військовослужбовці звикли існувати в системі жорсткої ієрархії. В цій ієрархічній моделі лікувальний заклад та його працівники можуть сприйматися військовослужбовцем як елементи командної структури, що може впливати на їх ставлення до лікування та взаємодію з медичним персоналом. Це може викликати певний рівень недовіри або обережності, оскільки військовослужбовці можуть відчувати необхідність підтримувати високий рівень дисципліни та підкорятися правилам, навіть у терапевтичному контексті.

Також на процес встановлення терапевтичного альянсу у парі терапевт-військовий буде безумовно впливати брак часу, встановленого стандартними протоколами.

Наступним етапом після стабілізації та залучення виступає психоедукація. Найявний клінічний досвід свідчить про те, що психоедукація щодо стану та запропонованого перебігу лікування може значно зменшити вторинний дистрес (через симптоми) і підвищити довіру до терапевта, а також зміцнити співпрацю в стосунках [38].

В середовищі військових на сьогодні існує певна стигматизація щодо діагнозу ПТСР. Військові часто мають певні переконання про особистісні набуті навички, які мали б захистити їх від травматизації. Отриманий діагноз таким чином свідчить для них про те, що вони "слабкі", «не такі», «психічно хворі» тощо. Психоедукація на початкових етапах із наданням інформації про етіологію та частоту виникнення ПТСР може суттєво вплинути на ефективність терапевтичних втручань та встановлення та зміцнення терапевтичного альянсу.

**Лікування симптомів та управління симптомами загалом і тривогою** зокрема є наступним етапом перебігу реабілітації. Ветерани з ПТСР часто відчуваються наляканими, вразливими та неконтрольованими. Корисним першим кроком у лікуванні є набуття навичок управління такими симптомами, зазвичай у формі тренінгів або групових програм (наприклад, «Менеджмент когнітивних симптомів та реабілітаційна терапія (CogSMART) [40].

Військові операції часто характеризуються постійним відчуттям загрози для себе та інших, що призводить до тривалих періодів вегетативного збудження (часто протягом багатьох місяців поспіль). Ця тривала стресова реакція може сприяти постійному підвищеному збудженню, характерному для хронічного, пов'язаного з бойовими діями, ПТСР. Ця особливість роботи системи реагування на загрози може стати серйозною перешкодою для ефективної реабілітації. Саме тому на ранніх стадіях лікування часто корисно приділяти значний час навчанню стратегіям ефективного зниження збудження. Оскільки більш інтенсивні когнітивні втручання будуть надзвичайно ускладнені, поки не буде досягнуто поліпшення управління збудженням [38].

Загальні стратегії можуть бути також спрямовані на окремі сфери наявного профілю симптомів, включаючи фізичні компоненти (наприклад, релаксація, контрольоване дихання, аеробні вправи), когнітивні компоненти (наприклад,

самодіагностика, відволікання, зупинка думок), поведінкові компоненти (наприклад, поведінкова активація, соціальна реінтеграція).

Хоча описані вище стратегії управління симптомами часто приносять певне полегшення, пролонгований експозиція (ПЕ) на травматичні спогади часто вважається необхідним для довготривалого відновлення після травми. Тому наступним етапом терапії виступає експозиційна обробка та когнітивна реструктуризація. Широко використовується в лікуванні тривожних розладів протягом багатьох років, пролонгована експозиція є центральним компонентом успішного лікування ПТСР, і велика кількість емпіричних досліджень підтверджує ефективність цього підходу як серед цивільного населення, так і серед ветеранів [41].

Основний процес полягає в тому, щоб допомогти людині протистояти тригерним стимулам і продовжувати діяти доти, доки тривога не зменшиться. Зазвичай рекомендується розробити ієрархію об'єктів або ситуацій, яких людина боїться, і поступово пропрацьовувати їх у порядку зростання складності. У контексті експозиційної терапії важливо пам'ятати, що під час тривалої військової служби військовослужбовці можуть пережити низку травматичних подій. Множинна травматизація може впливати на спектр і тяжкість подальших симптомів, а також на відповідь на лікування [42].

Когнітивну реструктуризацію, засновану на оригінальній роботі Бека та його колег з певним успіхом використовувалися для лікування основних симптомів ПТСР у кількох дослідженнях [41] [42]. Когнітивна реструктуризація при ПТСР призначена для того, щоб допомогти клієнту виявити та змінити дисфункціональні думки та переконання про світ, інших людей або себе, які виникли або посилюються внаслідок травматичного досвіду.

Характер військових операцій може поставити під сумнів фундаментальні переконання про себе, світ та інших людей. Особовий склад може стикатися зі смертю та стражданнями, часто серед цивільного населення, в масштабах, які важко собі уявити і до яких людина була мало підготовлена. Акти насильства руйнують раніше сформовані уявлення про себе і мають значний потенційний вплив на самооцінку та самосвідомість. Ці та інші пов'язані з ними питання з великою ймовірністю виникають у контексті ПТСР у ветеранів, і їх найкраще вирішувати за допомогою певної когнітивної реструктуризації.

Особливої актуальності в цьому контексті набуває розробка цілісного підходу до лікування почуття провини, пов'язаного з травмою, за допомогою когнітивної терапії. За визначенням, ті речі, за які ветерани відчують найбільшу провину, є тими, які вони не охоче визнають і розповідають про них іншій людині, в тому числі терапевту. Подібним чином, військова культура може перешкоджати усвідомленню страху. Клінічний досвід свідчить, що багато ветеранів відчують сором за інтенсивність власних реакцій страху і вплив цих реакцій на їхню бойову ефективність. Можливість визнати свою провину, часто вперше, і переглянути самооцінку в контексті терапії може стати поворотним моментом у лікуванні.

Комплексний характер, ступінь травматизації та наявність супутніх медичних захворювань зумовлює необхідність мультидисциплінарного підходу до лікування та психологічної реабілітації військовослужбовців.

Організаційна структура реабілітаційного центру ДП «Ліосва поляна» включає в себе фахівців та лікарів різних напрямків, спільні зусилля яких мають сприяти комплексному лікуванню та реабілітації військовослужбовців. Доказові психологічні методики відіграють роль терапії «першої лінії» у лікуванні ПТСР. Варто зазначити, що існуючі клінічні настанови не виокремлюють роботу з ПТСР, який має походження

від травми військового конфлікту поза пост травматичних стресових розладів іншого походження [43, 44, 45].

ДП Лісова поляна в якості терапевтичних підходів використовує наступні методи психологічних втручань:

### **Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR)**

Метою терапії EMDR є зменшення дистресу та підсилення адаптивних переконань, пов'язаних із травматичним досвідом. Метод був розроблений американським психологом Франсіном Шапіро в кінці 1980-х років, як комплексний та багатокomпонентний психотерапевтичний підхід для опрацювання травматичного досвіду.

На сьогодні більшість клінічних настанов рекомендують цей метод у якості ефективного втручання для лікування ПТСР асоційованого із досвідом бойових травм [46, 47, 48]. EMDR сприяє опрацюванню травматичних спогадів та негативного життєвого досвіду, який викликає інтрузивні думки, негативні емоції та дезадаптивну поведінку, що призводять до дистресу пацієнтів.

Терапевтичний процес включає рухи очима. При роботі у EMDR пацієнт фокусує свою увагу одночасно на образі травмуючої події або спогаді, емоціях або тілесних відчуттях (у разі якщо емоційний або когнітивний досвід заблокований). Терапевт просить пацієнта слідкувати очима за рухами пальців, які здійснюються у полі зору пацієнта з одного його боку до іншого, при цьому пацієнт має згадувати минулий травматичний досвід.

EMDR складається із декількох етапів: збирання анамнезу та оцінка попереднього стану пацієнта, власне проведення десенсибілізації, фіксування позитивних когніцій, перевірка залишкових ефектів травми, завершення сеансу, повторна оцінка стану пацієнта. Один сеанс EMDR триває від 60 до



90 хвилин із повторами сесій до досягнення сталого результату опрацювання травмуючої події.

### **Терапія тривалого впливу (PE)**

Методологія тривалої експозиції була розроблена Едною Фоа для лікування посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років минулого сторіччя. Цей метод представляє собою набір процедур, які допомагають пацієнтам контролювати стимули, асоційовані із травматичним досвідом, що призводять до виникнення тривожних реакцій.

Існує три типи тривалої експозиції, *in vivo* (в дійсності), *in sensu* (в уяві) та інтероцептивна. Експозиція *in vivo* використовується для роботи із некорисними стратегіями уникнення щодо ситуацій та видів активності, які у пацієнта асоційовані із травмою. Імажинативна (*in sensu* – в уяві) техніка застосовується для повторного переживання травматичного досвіду, що має призводити до зміни його негативного впливу на когнітивні та емоційні аспекти психологічного благополуччя пацієнта.

Ревізія та переоцінка травматичного досвіду дозволяє знизити тривожні симптоматику, інтенсивність інтрузивних думок та дозволяє відрегулювати автоматичні афективні реакції які розвиваються у пацієнтів при ПТСР. Дослідження свідчать, що метод пролонгованої експозиції дозволяє досягти клінічно значущого покращення симптоматики у 60% ветеранів, що мають ПТСР [49].

### **Когнітивна терапія (СТ)**

Метод когнітивної терапії направлений на детекцію та виправлення ірраціональних переконань – помилок інтерпретації. Цей метод демонструє значущу ефективність про роботі із травматичними спогадами, які можуть

призводити до спотворення сприйняття навколишнього світу та викривлення переконань щодо власної особистості.

Когнітивна терапія допомагає подолати дезадаптивні коупінги, проблемну поведінку і негативні емоційні реакції. Тривалість когнітивної терапії залежить від тяжкості проблеми, над якою працюють терапевт із пацієнтом [50].

### **Когнітивне опрацювання (СРТ)**

Метод когнітивного опрацювання базується на теоріях, присвячених механізмам обробки людиною когнітивної та емоційної інформації. Він фокусується на впливі травми на роботу цих процесів. Метод був розроблений наприкінці 1980х років для терапії жертв сексуального насилля.

Когнітивне опрацювання спрямоване на заохочення доступу пацієнта до дістресорних думок для конфронтації із ними та їх подальшого опрацювання.

Типовий курс СРТ триває до трьох місяців та складається із 12 щотижневих сесій при тривалості кожного сеансу від 60 хвилин [51].

### **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-СВТ)**

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія є психотерапією короткострокового впливу, що має на меті зменшення симптомів, пов'язаних із травматичною подією. Метод зосереджений на роботі із негативними емоціями, фізичними реакціями та будь-якими іншими психоемоційними дисфункціями, асоційованими із травматичним досвідом. Типова індивідуальна робота за ТФ-СВТ складається із 12-16 сеансів та включає психоедукацію, поступову експозицію, моделювання поведінки, вироблення позитивних копінг-стратегій [52].

У ДП «Лісова Поляна окрім загально розповсюджених методів та підходів до реабілітації також використовуються додаткові методи, які доповнюють наукові підходи і не суперечать один одному - це підходи інтегративної медицини із використанням комплементарних методів та заходи рекреаційної терапії.

Міністерство у справах ветеранів США декларує такий підхід, як насамперед культурний перехід від підходу до лікування, який зосереджується на окремих симптомах, захворюваннях і хворобах ветеранів, до підходу, який зосереджується на цілісному сприйнятті людини.

У Центрі «Лісова поляна» використовуються такі додаткові методи терапевтичного впливу як: травма-базована йога, клінічний гіпноз, тай-чи, медитація, пілатес, міорелаксація, акупунктура, мануальна терапія, нейрофідбек-терапія та ін.

Рекреаційна терапія базується на простій концепції, що відпочинок як такий вже має в собі терапевтичну складову. Рекреаційні програми сприяють фізичному, психічному та емоційному благополуччю людей, які одужують, і намагаються зменшити прояви депресії, стресу та тривоги.

В рамках рекреаційних напрямків терапії в центрі застосовуються: мистецтво та ремесла, водна терапію, адаптивні види спорту, карткові та настільні ігри, майстер-класи з кулінарії та випічки, фізичні вправи та спорт, робота в саду, відпочинок на природі та екскурсії до громадських центрів, активний відпочинок на свіжому повітрі (включно з іграми у дворі), екскурсії з реінтеграції в громаду, РЕТ-терапія, екологічні ініціативи — наприклад, прибирання або сортування сміття, комп'ютерні ігри.

Наявний ряд досліджень, які засвідчують зменшення симптоматичних проявів депресії у разі використання активної рекреаційної терапії;

покращення функціонування роботи мозку завдяки фізичним вправам, соціальному включенню та іграм; покращення самооцінки тощо [53].

За формою роботи усі види терапії поділяються на групові та індивідуальні.

Для досягнення кращих результатів пацієнтам, що проходять реабілітацію рекомендуються відвідувати два індивідуальних заняття на тиждень і принаймні одну щоденну групову програму.

Варто зазначити, що тривалість перебування пацієнтів у реабілітаційному закладі накладає певні обмеження на застосування обраних терапевтичних методів.

Незважаючи на те що існують сталі методологічні рекомендації щодо тривалості тих чи інших видів терапії встановлена тривалість перебування на реабілітації (14 або 21 день) не дозволяє застосувати повний протокол по тим чи іншим методам терапії [54].

## **ВИСНОВКИ ПО 1 РОЗДІЛУ**

У Розділі 1 нами було проаналізовано теоретико-наукову базу досліджень на тему психологічної реабілітації військовослужбовців та особливості розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед них.

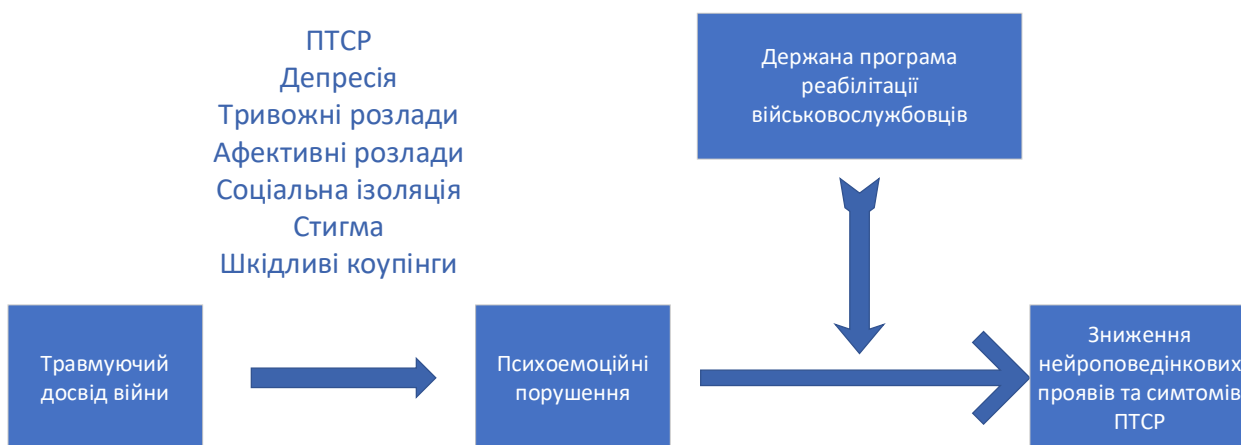
Наукові дослідження засвідчують, що нейроповедінкові зміни та психоемоційні порушення є основними наслідками травматичного досвіду, набутого під час бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад виявляється у вигляді емоційних, когнітивних та фізичних реакцій, які можуть мати тривалий характер і суттєво впливати на якість життя військовослужбовців. Основними факторами, що впливають на розвиток ПТСР, є черепно-мозкові травми, досвід полону та тортур, а також тривала експозиція до бойових умов.

Нами було встановлено, що програми психологічної реабілітації військовослужбовців, зокрема, реалізовані в центрі ДП «Лісова поляна», використовують декілька методів для лікування ПТСР та інших стрес-асоційованих розладів. Ці методи включають такі види психотерапевтичних інтервенцій, як десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR), пролонгована експозиція (PE), когнітивну терапію (СТ), когнітивне опрацювання (СРТ) та травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (TF-CBT).

Наукові дані підтверджують ефективність цих методів у зменшенні дистресу, опрацюванні травматичних спогадів та покращенні загального психічного стану військових.

Розлади, асоційовані зі стресом та травмою серед військовослужбовців, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) мають мультикомпоненту природу та обтяжені чисельними негативними модифікучими факторами. Такий досвід травмування потребує аналогічного мультиmodalного підходу щодо реабілітаційного процесу.

На основі опрацьованого матеріалу ми розробили наступну теоретичну модель нашого дослідження.



**Рис. 1** Теоретична модель дослідження

## **РОЗДІЛ 2 - МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

На сьогодні існує доволі мало контрольованих досліджень щодо лікування ПТСР та стрес асоційованих розладів саме серед військових. Попередні дані свідчать про те, що психологічне лікування посттравматичного стресового розладу може бути для них корисним, хоча і менш ефективним, ніж для цивільного населення [33].

Показники ПТСР після військової служби дуже різняться залежно від різних місій і досліджень, а цифри коливаються в діапазоні від 8% серед миротворців Сомалі до 19% серед ветеранів війни в Перській затоці 1991 року [55] [56]. У половини постраждалих, розлад має хронічний перебіг.

Національне дослідження реадптації ветеранів В'єтнаму, наприклад, показало, що поширеність ПТСР серед них складало 31%, тоді як поточний показник - 15% [57]. Це означає, що половина ветеранів В'єтнаму, які мали коли-небудь мали ПТСР, все ще мають його через 20 або близько того років. Хоча можуть виникнути певні дебати щодо достовірності різних показників поширеності, загальний принцип залишається незмінним: ПТСР - це хронічний і інвалідизуючий стан, від якого страждає значна частина ветеранів.

Українсько-російська війна періоду великого вторгнення має значно вищу інтенсивність та тривалість бойових дій у порівнянні із конфліктами на яких побудований вже існуючі дослідження. Отже і її наслідки для психічного здоров'я задіяних у війні оборонців, а також пошук інструментів для подолання цих наслідків потребує окремого ґрунтового та вичерпного аналізу.

Наше дослідження проводилося на базі ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України» на основі досвіду впроваджених там реабілітаційних програм.

Ми включилися в дослідження оцінки ефективності програми реабілітації на етапі обробки даних, накопичених Центром протягом перших 18 місяців після початку повномасштабного вторгнення.

Ми не були задіяні у зборі даних безпосередньо під час проведення реабілітаційних заходів, а опрацьовували вже фіналізовані медичні картки пацієнтів, що містили анонімізовану інформацію про перебіг їх реабілітації.

На етапі відбору анкет які у подальшому ввійшли до нашого дослідження ми користувалися наступними критеріями включення: у дослідженні брали участь анкети пацієнтів, які мають досвід перебування у полоні, пройшли повний курс реабілітації (14 – 21 день) та мають заповнені опитувальники згідно запропонованих шкал.

Ми виключили із вибірки анкети пацієнтів які з тих чи інших причин були змушені перервати реабілітаційний процес, або таких, хто з тих чи інших причин не заповнював шкали опитувальників на вході або на виході із програми.

Для проведення дослідження була сформована вибірка із медичних карток пацієнтів, які проходили реабілітацію після перебування у полоні. Всі персональні дані, що містилися в особистих картках пацієнтів було попередньо зашифровано і анонімізовано.

У сформованій виборці ми виокремили наступні змінні, які ми хочемо у подальшому дослідити:

**Незалежні змінні:**

- Статус – військовослужбовець, ветеран, цивільна особа.
- Вік.
- Стать.

### **Залежні змінні:**

- Шкала Опитувальника посттравматичного стресового розладу (PCL-5).
- Шкала нейроповедінкових зміни: до/після реабілітації (NCI).
- Шкала суб'єктивної оцінки власного психоемоційного стану.

В якості залежних змін ми використали шкали наступних опитувальників:

Опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) - це опитувальник для самостійного заповнення, призначений для оцінки наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), як визначено в «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання» (DSM-5).

PCL-5 призначений для скринінгу ПТСР, постановки попереднього діагнозу ПТСР та моніторингу змін симптомів ПТСР з плином часу. Він складається з 20 пунктів, кожен з яких відповідає одному з симптомів ПТСР за DSM-5. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою від 1 (зовсім не виражений) до 5 (дуже виражений), де вищі бали вказують на більшу вираженість симптому. 50 балів і вище розглядаються як показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР.

Опитувальник PCL-5 був розроблений «Національним центром ПТСР» при Міністерстві у справах ветеранів США та адаптований для використання в Україні Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології за участі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [58]. Опитувальник широко використовується в системі охорони здоров'я ветеранів для оцінки ПТСР у ветеранів та військовослужбовців на дійсній службі.

Опитувальник NCI був адаптований безпосередньо в межах реабілітаційної програми працівниками ДП «Лісова поляна» відповідно до актуальних



досліджень щодо нейрокогнітивних змін викликаних асоційованими із стресом та травмою розладами [59].

Шкала оцінює зміни за чотирьома кластерами – когнітивним, поведінковим, соматичним та сенсорним. Підрахунок балів за кластерами відбувається за наступною шкалою:

0 – прояв відзначається рідко, на працездатність не впливає,

1 – прояв відзначається часто, веде до порушення працездатності,

2 – прояв відзначається часто, може суттєво порушувати працездатність,

4 – відзначається постійно, працездатність порушена повністю.

За результатами підрахунки балів у кластерах та залежно від суми балів в цілому виділяють такі градації порушень:

1–5 балів – слабкі порушення, не впливають на працездатність,

6–10 балів – помірні порушення, іноді порушують працездатність,

11–15 балів – виразні порушення, порушують працездатність,

16–20 балів – значні порушення, пацієнт не може працювати і потребує допомоги.

Ця шкала слугує для диференційованої оцінки наявності та ступеня тяжкості порушень при посткомоційному синдромі.

Шкала SUB – суб'єктивна оцінка пацієнтом важкості власного психоемоційного стану. Ця оцінка збиралася в форматі індивідуальних бесід при скрінінговому інтерв'юванні під час початку реабілітаційної роботи, а також на виході із реабілітації.

Отримані від пацієнта відповіді переводилися психологом, який супроводжував його під час реабілітації, в умовну шкалу від 0 до 10.

Результати опрацювання анкет було занесені у таблицю Google Sheets. Обрахунок результатів дослідження відбувався у програмі IBM SPSS Statistics 29.0.

Для опрацювання даних були використані описова статистика, кореляційний, порівняльний та регресійний аналізи.

### **Висновок по 2 розділу**

На основі проведеного дослідження методів та процедур лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових, можна зробити наступні висновки:

Незважаючи на існуючу кількість досліджень щодо лікування ПТСР та стрес-асоційованих розладів серед військовослужбовців, зазвичай ці дослідження фокусуються на ефективності окремих напрямків та методів і не розглядаючи процес реабілітації, як багатокomпонентну процедуру.

Також існуючі дослідження хоч і вказують на достатню ефективність психологічного лікування ПТСР серед військових, але водночас зазначають, що його ефективність часто є нижчою, ніж у цивільного населення.

Одним з основних обмежень в цьому та існуючих дослідженнях є складність у визначенні точних причинно-наслідкових зав'язків між досвідом бойової травм та подальшим розвитком ПТСР та впливом реабілітаційних програм.

Також серед обмежень, які ми очікуємо слід зазначити наступні:

1. Пацієнти можуть за тих чи інших причин відмовлятися проходити скрінінгові інтерв'ю та заповнювати опитувальники на вході або на виході із програми.
2. Висока стигматизація ПТСР як стану серед військових може призводити до навмисного викривлення наданих про себе відомостей та заповненню шкал, як у бік навмисного погіршення показників та і в бік їх покращення.
3. Нестабільність тривалості реабілітації. В деяких випадках пацієнтів, що вже знаходяться в процесі реабілітації можуть перевести в інший лікувальний заклад, виписати або припинити програму реабілітації за тих, чи інших причин.
4. Останнім викликом є те, що вхід у наше дослідження відбувався вже на етапі обробки результатів і ми не мали можливості якось впливати на формування початкової вибірки. Серед доступних нам інструментів були лише критерії включення та виключення, що створює ризики формування обмеженої за тими чи іншими критеріями кінцевої вибірки.
5. Вибір методик оцінки, був зумовлений наявними даними та тими психодіагностичними методиками, які запропоновані відповідно до програми. Що також потенційно є обмеженням, оскільки не розкриває усіх можливостей для якісного аналізу даних.

### **РОЗДІЛ 3 ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Для проведення дослідження були використані дані військовослужбовців, ветеранів та цивільних осіб, які проходили психофізіологічну реабілітацію в Центрі «Лісова поляна» (державному закладі управління Міністерства охорони здоров'я, який спеціалізується на лікуванні психотравм, наслідків черепно-мозкових травм, а також допомозі особам, які пережили полон та тортури).

Загалом зведені дані з 87 анкет включали в себе наступні параметри:

Age – абсолютне числове значення віку.

Sex – стать пацієнта, закодована у бінарному форматі (1 – чоловіча, 0 – жіноча).

Status:

AFU (Armed Force of Ukraine) – діючі військовослужбовці;

Veteran – ветерани. Особи, які на момент реабілітації не знаходились в лавах збройних сил України;

Civil – цивільні. Цивільні особи, які за тих чи інших обставин опинились в полоні;

DPOW (Days as prisoner of war) - кількість днів, проведених у полоні, абсолютне значення в днях.

SUIC – кодування наявності суїцидальних інтенцій на рівнях – думок, побудування планів, або здійснених спроб суїциду. Де 0 – відсутність суїцидальних інтенцій, 1 – наявність думок, 2 – наявність планів здійснення суїциду, 3 – наявність в анамнезі спроб суїциду.

TBI (Traumatic brain injury) – наявність контузій та черепно-мозкових травм, де 0 – відсутність у анамнезі, 1 – наявність.

INCOME - вхідні вимірювання, при потраплянні пацієнта на реабілітацію, серед яких:

PCL – результати проходження пацієнтом тестування за шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу. Для тестування було використано опитувальник PCL-5, що складається з 20 пунктів та оцінює 20 симптомів ПТСР за DSM-5. Використовується для встановлення попереднього діагнозу ПТСР [60].

NCI (neuro cognitive impairment) – опитувальник щодо когнітивних, афективних, соматичних та сенсорних скарг.

SUB – суб'єктивна оцінка пацієнтом важкості свого психоемоційного стану по шкалі від 1 до 10, де 10 – вкрай важко, 1 – чудово.

Therapy – кількість сеансів індивідуальної терапії проведеної із пацієнтом.

OUTCOME - вихідні вимірювання, за шкалами та опитувальниками, аналогічними за INCOME.

В дослідження було включено 87 карток із медичною інформацією респондентів. Загальний статистичний розподіл по респондентам:

Статевий: 98% анкет складають чоловіки, 2% - жінки.

Віковий: Середній вік вибірки – 35 років із стандартним відхиленням 10 років.

В залежності від військового статусу розподіл є наступним: у виборці переважають діючі військовослужбовці із загальною кількістю у 93,1%, ветерани (особи, які на момент проходження реабілітації вже не перебували в

статусі діючих військовослужбовців ЗСУ) складають 4,6 %, цивільні (особи, які потрапили в полон, не будучи військовослужбовцями) – 2,3 %.

За тривалістю полону: Середня тривалість перебування в полоні склала 230,9 днів, стандартне відхилення від середнього – 250,1 день. Мінімальна тривалість перебування людини в полоні у виборці склала – 6 днів, максимальна тривалість – 1791 день.

За кількістю сеансів терапії: Середня кількість проведених сесій під час проходження пацієнтами реабілітації складає 4,4.

Найбільш активні психологічні інтервенції в процесі загальної психологічної реабілітації відбувалися під час проведення особистісної роботи з психотерапевтом. Ці психологічні інтервенції були спрямовані на допомогу людям в процесі адаптації до змін та стабілізації їх психологічного стану.

Варто зауважити, що сам процес реабілітації є комплексним та мультимодальним, таким, що включає в себе різні методики, як психологічної так і фізичної реабілітації, але їхній вплив не вимірювався в процесі цієї магістерської роботи. Це дослідження фокусується на вивченні загальної результативності державної програми реабілітації, як такої.

Переважна більшість пацієнтів, які пройшли реабілітацію, надавали позитивний відгук щодо поліпшення власного психоемоційного стану.

Відсоток пацієнтів, що під час проведення опитування за результатами програми суб'єктивно відмічали:

- покращення свого психоемоційного - 71%.
- не відмітили помітних для них покращень – 23%.
- погіршення свого психоемоційного стану – 6% пацієнтів.

Серед позитивних відгуків особливо значущими аспектами для пацієнтів були:

- уважне ставлення до їх потреб з боку персоналу закладу;
- групові та індивідуальні психологічні інтервенції;
- процес відпустки та перебування в безпечному та доброзичливому середовищі протягом тривалого періоду часу, як такий.

### **3.1. Порівняння вибірки в залежності від факторів.**

Ми розпочали аналіз зібраної із карток пацієнтів інформації з пошуку підгруп, які можна сформувати із загального масиву даних. Для цього на першому етапі ми зробили порівняльний аналіз за військовим статусом пацієнта.

Оскільки в початковій вибірці ми маємо три групи поділу за військовим статусом (діючі військовослужбовці, ветерани та цивільні) для порівняльного аналізу ми застосовували однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA).

Ця спроба не дала валідних результатів, оскільки розподіл на групи був занадто диспропорційний по кількості учасників в кожній із груп. Єдиним статистично значущим виявився показник DPOW кількості днів у полоні ( $F = 27,743$ ;  $p = 0,000$ ).

Для того щоб зрозуміти, які саме групи за статусом військової служби по показнику кількості днів перебування в полоні мають між собою значущі відмінності ми застосували post hoc аналіз.

По результатам проведеного розрахунку було виявлено, що статистично значущою була відмінність між групами цивільні та ветерани ( $p = 0.000$ ). Відмінності між групами цивільні та діючі військовослужбовці не виявила достатнього рівня значущості ( $p = 0.994$ ).

Кількість днів у полоні серед ветеранів у порівнянні із цивільними є більшою ніж в інших групах (середня різниця 763,25). Але, нажаль, невелика кількість респондентів у вибірках (цивільні – 2 особи із загальної кількості 87, ветерани – 4 з 87) не дають нам можливості використовувати ці результати.

Оскільки в результаті аналізу було встановлено, що кількість днів проведених у полоні є єдиним статистично значущим показником при груповому порівнянні — це підкреслює важливість цього фактора у контексті можливих подальших досліджень.

Результати аналізу свідчать про необхідність диференційованого підходу до реабілітації в залежності від клінічної картини, яку демонструють ти чи інші групи.

Для покращення валідності подальших досліджень варто зібрати більш рівномірні вибірки або збільшити загальну кількість респондентів у кожній групі.

### **3.2. Черепно-мозкова травма як негативний модифікуючий фактор.**

Наступним етапом дослідження став пошук відмінностей в розподілі по групах в залежності від наявності черепно-мозкової травми.

Вибірка була розділена на дві групи: респонденти, що засвідчували наявність в них черепно-мозкових травм (ЧМТ) та респондентів, хто не мав в анамнезі ЧМТ.

За цим критерієм наша вибірка розділилася наступним чином:

- 61 особа (70%) – зазначила наявність в них від однієї до «декількох» ЧМТ;
- 26 осіб (30%) не зазначили наявності в них черепно-мозкових травм.



Варто зазначити, що точний підрахунок кількості черепно-мозкових травм у військовослужбовців є ускладненим у зв'язку із відсутністю уявлення пацієнтів про наявність чітких медичних критеріїв щодо таких травм. Через брак обізнаності щодо проявів ЧМТ та обмеженості ресурсів медичного персоналу в зоні отримання такої травми, зазвичай відбувається фіксація обмеженої кількості випадків. У переважній більшості фіксуються тільки ті випадки, що мають яскраво виражену симптоматичну картину.

Враховуючі цей аспект, при первинному скринінгу пацієнта який поступає на реабілітацію питання щодо наявності черепно-мозкових травм (ЧМТ) зазвичай формують наступним чином: «Скільки у вас зареєстрованих та незареєстрованих контузій?».

Зареєстрованою вважається контузія, яка зафіксована медичним працівником частини або військового підрозділу по факту її отримання військовослужбовцем та офіційно внесена в його особову картку. Зазвичай у категорію «фіксованих» потрапляють вибухові ЧМТ (ВЧМТ) та акубаротравми, які мають значущу клінічну картину – рвота, тривале порушення координації рухів, значущі когнітивні або сенсорні порушення тощо. В середньому на 1 зареєстровану контузію, про яку повідомляє пацієнт, він може пригадати 2-4 випадків ВЧМТ, які не проходили офіційної реєстрації та не зазначені в супровідних документах.

Це спостереження свідчить про те, що респонденти, які засвідчували відсутність ВЧМТ, могли піддаватися такому травмуванню, але не сповіщати про це. Таким чином наявність хоча б одної зареєстрованої ВЧМТ свідчить про не поодинокий випадок, а радше серію випадків різного ступеню тяжкості, отриманих в різний час, за різних обставин. В той самий час відсутність зареєстрованих ЧМТ не є підставою вважати, що пацієнт не має досвіду таких травмувань.

Існують дослідження, які вказують на наявність тенденції до збільшення загальної кількості симптомів із повторюваними епізодами отримання вибухової черепно- мозкової травми [61].

Дослідження, в якому взяли участь 2 612 морських піхотинців показало, що вони мали більше шансів отримати більш значні наслідки від контузії під час поточної ротації, якщо вони вже мали в анамнезі 1 контузію в минулому (відношення шансів 95%, довірчий інтервал 1,2-2,0).

Симптоматика ПТСР і ВЧМТ помітно збігається, що ускладнює розмежування цих двох станів. Як ЧМТ, так і ПТСР супроводжуються такими симптомами як тривога, дратівливість, безсоння і проблеми з пам'яттю.

Дослідження, проведене на базі аналізу медичних карток понад 49 000 військовослужбовців ВПС США, виявили підвищений ризик розвитку ПТСР невдовзі після ВЧМТ навіть легкого ступеню, а також через кілька місяців після неї [62]. Військовослужбовці з ЧМТ мали підвищений ризик виникнення специфічних нервово-психічних розладів порівняно з контрольною групою з аналогічними травмами, але без ЧМТ. Показники втрати пам'яті/амнезії, когнітивних розладів, ПТСР і депресії були значно підвищеними і залишалися такими протягом щонайменше 6 місяців після отримання черепно-мозкової травми.

Ця схожість у симптоматиці дозволяє зробити припущення щодо того, що ВЧМТ є негативним модифікуючим фактором для психічних змін, включаючи підвищений ризик виникнення посттравматичного стресового розладу.

Для перевірки цієї гіпотези ми провели порівняльний аналіз відмінностей в психічному стані пацієнтів базуючись на показниках опитувальників PCL-5,

NCI та SUB на вході в реабілітацію в залежності від наявності або відсутності в них черепно-мозкових травм.

Аналіз продемонстрував наявність статистично значущих відмінностей у показниках шкал PCL-5, NCI та SUB між групами порівняння ( $p < 0.05$ ).

*Таблиця 3.2.1*

**Порівняльний аналіз змін в психічному стані в залежності від наявності черепно-мозкових травм.**

		F	Sig.	Effect Size (Eta-squared)
PCL до реабілітації	Between Groups	25,269	0,000	0,229
NCI до реабілітації	Between Groups	14,464	0,000	0,220
Sub до реабілітації	Between Groups	7,585	0,007	0,218

Таким чином, ми можемо стверджувати, що пацієнти із досвідом вибухових черепно-мозкових травм статистично відрізняються від людей, які не мають такого досвіду.

**Описова статистика для груп із наявністю/відсутністю ВЧМТ**

		N	Mean	Std. Deviation
PCL до реабілітації	none	26	20,4615	14,68123
	yes	61	40,1311	17,48187
	Total	87	34,2529	18,91795
NCI до реабілітації	none	26	24,3462	16,25778
	yes	61	38,9344	16,42749
	Total	87	34,5747	17,61318
Sub до реабілітації	none	26	4,6154	1,94066
	yes	61	5,7869	1,76177
	Total	87	5,4368	1,88446

Показники опитувальників (PCL-5, NCI та SUB) серед пацієнтів, які мали ВЧМТ є вищими відносно групи, яка не мала досвіду ВЧМТ.

Таким чином, наша початкова гіпотеза про те, що наявність ЧМТ є модифікуючи фактором, який впливає на показники психічного здоров'я, знайшла підтвердження.

Обрахункові значення розміру ефекту засвідчують високу вірогідність отриманих результатів за шкалами NCL та PCI, але середню вірогідність за показниками суб'єктивної шкали.

**Значущість впливу ВЧМТ, як модифікуючого фактору на показники шкал PCL-5, NCI, SUB**

		Point Estimate
PCL до реабілітації	Eta-squared	0,229
NCI до реабілітації	Eta-squared	0,145
Sub до реабілітації	Eta-squared	0,082

Хоча показники суб'єктивної шкали сприйняття (SUB) не дають високого коефіцієнту, але він є значимим і свідчить про вплив наявності черепно-мозкової травми на самооцінку психічного стану пацієнта.

Це може бути пояснене тим, що на перший план у самооцінці пацієнта виходить не вплив самої ВЧМТ, як такої, а скоріше загальний вплив травматичної події в цілому.

Також слід зазначити, що вибухова черепно-мозкова травма впливає не тільки на емоційний контроль та здатність пацієнта до когнітивних процесів, але й на метакогнітивні функції – тобто на усвідомлення і на сприйняття себе.

Таким чином ми можемо вважати, що цей показник може розкривати загальну задоволеність своїм психічним станом в контексті метакогнітивних аспектів. Однак, оскільки цей аспект не є ключовим в нашій роботі, ми не досліджували це питання більш детально.

### 3.3. Оцінка результативності програми.

Враховуючи, що наше дослідження відбувається в межах однієї вибірки, ми використовуємо всі 87 анкет для попарного аналізу в змінах показників опитувальників на вході та на виході із програми реабілітації.

Таблиця 3.3.1

#### Парний аналіз показників опитувальників на вході та на виході із програми реабілітації

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PCL до реабілітації	34,2529	87	18,91795	2,02822
	PCL після реабілітації	30,4253	87	20,08333	2,15316
Pair 2	NSI до реабілітації	34,5747	87	17,61318	1,88833
	NSI після реабілітації	31,3563	87	19,95459	2,13936
Pair 3	Sub до реабілітації	5,4368	87	1,88446	0,20204
	Sub після реабілітації	3,9885	87	1,88318	0,20190

Таблиця 3.3.2

#### Значущість змін показників шкал на вході та на виході із програми реабілітації

Paired Samples Test						
		Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	PCL до/після реабілітації	3,82759	10,30264	3,465	86	0,001
Pair 2	NCI до/після реабілітації	3,21839	11,86006	2,531	86	0,013
Pair 3	Sub до/після реабілітації	1,44828	1,61935	8,342	86	0,000

Ми бачимо, всі дані є статистично значущими ( $p < 0,05$ ). Тобто показники знизились, і знизились не випадково. Щоб довести наявність причино-наслідкових зав'язків цих змін ми зробили оцінку Size Effect (Cohen's D).

Таблиця 3.3.3

### Ступінь впливу програми реабалтації на зниження показників шкал

			Point Estimate
Pair 1	PCL до/після реабілітації	Cohen's d	0,372
Pair 2	NSI до/після реабілітації	Cohen's d	0,271
Pair 3	Sub до/після реабілітації	Cohen's d	0,894

Враховуючи, що критерій d має наступну інтерпретацію:

- $|d| = 0.20$  вказує на малий ефект;
- $|d| = 0.50$  вказує на середній ефект;
- $|d| = 0.80$  вказує на великий ефект;

ми можемо зазначити вплив ближчий до середнього на показники PCL-5 та NCI, і великий вплив на зміни суб'єктивного сприйняття пацієнтами власного психоемоційного стану (SUB).

Відчуття страждання, яке оцінювалося за суб'єктивною шкалою, зменшилося. Пацієнти відчували загальне полегшення і тому цей показник мав більший показник впливу при парному аналізі.

Таким чином, ми можемо стверджувати, що програма психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України на прикладі програми реабілітації у ДП «Лісова Поляна» в контексті впливу такої програми на психоневрологічний аспект є результативною.

Наша гіпотеза підтвердилась.

### **3.4. Аналіз впливу модифікуючих факторів на психоемоційні та нейроповедінкові зміни, що засвідчують результативність програми психологічної реабілітації**

В нашому дослідженні ми спиралися на три залежні змінні, за якими ми вимірювали результативність програми реабілітації, це:

- шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5);
- шкала нейро когнітивних змін (NCI);
- шкала оцінки суб'єктивного сприйняття пацієнтами власного психоемоційного стану (SUB).

Для того, щоб дослідити, які з факторів нашого дослідження мали вплив на зміни цих показників ми скористалися регресійним аналізом.

При проведенні кореляційного пофакторного аналізу було виявлено статистичну значущий вплив на зміни в показниках шкал наступних аспектів:

- наявності черепно-мозкових травм  $r = 0,451$  ( $p = 0,001$ );
- наявності суїцидальних інтенцій  $r = 0,326$  ( $p = 0,000$ ).

Також значущий кореляційний коефіцієнт продемонстрував такий фактор, як кількість днів у полоні (DPOW)  $r = -0,190$  ( $p = 0,039$ ). Але ми не включали цей фактор до нашої регресійної моделі впливу, оскільки вплив цього показнику, хоч і присутній, але у порівнянні із двома іншими коефіцієнтами він істотно малий. Окрім цього він є пропорційно обернутим (-0,190).

Цей парадокс може бути пояснений тим, що люди, які провели більше часу у полоні, повільніше відновлюють контакт із собою та довше встановлюють терапевтичний контакт в процесі реабілітації. Відповідно, їх симптоматична



картина демонструє меншу кількість змін (а інколи навіть і збільшення симптоматики) протягом початкових етапів реабілітації.

Згідно проведеного аналізу ми бачимо, що на нашій моделі є два основних предиктора впливу - це наявність черепно-мозкових травм і суїцидальні інтенції.

*Таблиця 3.4.1*

**Наявність ВЧМТ та суїцидальних інтенцій, як предиктор показників шкали наявності ПТСР (PCL-5)**

Кореляційні показники		Коефіцієнт детермінації	Sig. F Change
ЧМТ	Наявність суїцидальних інтенцій		
0,451	0,326	0,267	0,009
Predictors: (Constant), TBI, Suic_int			
Dependent Variable: PCL			

*Таблиця 3.4.2*

**Наявність ВЧМТ та суїцидальних інтенцій, як предиктор показників шкали нейрокогнітивних змін (NCI)**

Кореляційні показники		Коефіцієнт детермінації	Sig. F Change
ЧМТ	Наявність суїцидальних інтенцій		
0,418	0,278	0,218	0,034
Predictors: (Constant), TBI, Suic_int			
Dependent Variable: NCI			

**Наявність ВЧМТ та суїцидальних інтенцій, як предиктор показників шкали суб'єктивної оцінки психологічного стану пацієнта (SUB)**

Кореляційні показники			
ЧМТ	Наявність суїцидальних інтенцій		Sig. F Change
0,253	0,267	0,115	0,045
Predictors: (Constant), TBI, Suic_int			
Dependent Variable: SUB			

Таким чином за результатами регресійного аналізу було встановлено, що

- 26,7 % змін у показнику PCL
- 21,8 % змін у показнику NCI
- 11,5 % змін у показнику SUB

пояснюється впливом таких факторів як наявність черепно мозкових травм та суїцидальних інтенцій пацієнта, який поступає на терапію.

Таким чином, наявність ВЧМТ та суїцидальні прояви в історії пацієнта будуть обумовлювати вищі показники сприйняття травматичних подій (ПТСР) та нейро-когнітивні прояви наслідків впливу травматичних подій на пацієнта.

Аналізуючи чому ми маємо такі залежності в регресійних моделях для показників PCL-5, NCI та SUB, можна перелічити кілька важливих аспектів:

**1. Вплив черепно-мозкових травм та суїцидальних інтенцій на показники шкал оцінки PCL-5.**

Черепно-мозкові травми призводять до фізичних пошкоджень мозку, що впливають на когнітивні функції, пам'ять та емоційний контроль. Також ці ушкодження впливають на регуляцію емоцій і стрес-реакцій, що спричиняє більш виражені симптоми ПТСР. Це пояснює високі показники по шкалі PCL-5.

Наявність суїцидальних інтенцій свідчить про високий рівень дистресу і відчуття безвиході, які підсилюють симптоматичний комплекс ПТСР. Суїцидальні інтенції також пов'язані з емоційною нестабільністю, що призводить до підвищених показників на шкалі PCL-5.

Цікавим напрямком пошуку для подальших досліджень може стати дослідження ступеню впливу таких інтенцій в залежності від їх інтенсивності – обдумування, планування, спроба та розташування таких переживань у часово-просторовому континіумі відносно досвіду полону, як головної травмуючої події (під час потрапляння в полон, у полоні, після полону тощо).

## **2. Вплив черепно-мозкових травм та суїцидальних інтенцій на показники шкали NCI.**

Черепно-мозкові травми спричиняють значні когнітивні порушення, що пояснює високі показники на шкалі NCI. Травми впливають на пам'ять, увагу та інші когнітивні функції, що підсилює негативні зміни, оцінювані за шкалою NCI.

Пацієнти з суїцидальними інтенціями мають знижену стійкість до стресу, що впливає на когнітивні функції і збільшує показники на шкалі NCI.

Емоційна та когнітивна вразливість, яка пов'язана з суїцидальними інтенціями, додатково підсилює негативні нейрокогнітивні зміни.

## **3. Вплив черепно-мозкових травм та суїцидальних інтенцій на показники шкали SUB.**

Пацієнти з черепно-мозковими травмами відчують емоційну та когнітивну нестабільність, що впливає на їхню здатність об'єктивно оцінювати свій стан. Це може призводити до більш негативних показників по шкалі оцінки власного психоемоційного стану (SUB). Наявність обох негативних модифікуючих факторів ускладнює процес адаптації до нормального життя, що також пояснює зниження показників шкали оцінки власного психоемоційного стану. Постійні симптоми, пов'язані з ЧМТ, можуть викликати відчуття безпорадності та знижену самооцінку, що додатково впливає на негативну оцінку власного психоемоційного стану.

Результати регресійного аналізу свідчать про значний вплив наявності черепно-мозкових травм (ТВІ) та суїцидальних інтенцій (Suic\_int) на показники психоемоційного стану пацієнтів. Ці фактори впливають на всі три шкали оцінки – PCL-5, NCI та SUB, підсилюючи негативні прояви посттравматичного стресового розладу, нейрокогнітивні зміни та суб'єктивне сприйняття психоемоційного стану.

Для подальшої адаптації реабілітаційних програм слід приділяти особливу увагу лікуванню черепно-мозкових травм та підтримці пацієнтів з суїцидальними інтенціями, забезпечуючи їм комплексну і цілеспрямовану допомогу. Необхідно враховувати, що ці фактори значно впливають на тривалість і якість реабілітації, тому їх раннє виявлення та адаптація лікування для роботи у цих напрямках може суттєво покращити результати реабілітаційних програм.

Подальші дослідження можуть зосередитися на вивченні специфічних механізмів впливу ВЧМТ та суїцидальних інтенцій на психоемоційний стан, а також на розробці більш ефективних методик лікування та підтримки таких пацієнтів.

Слід зазначити, що скоріш за все існує багато інших факторів, які не було включено в дослідження через відсутність їх у похідних медичних картках респондентів.

### **Висновки до розділу 3**

У цьому дослідженні оцінювалась результативність програми реабілітації для військовослужбовців, ветеранів та цивільних осіб, які пройшли психофізіологічну реабілітацію в Центрі «Лісова поляна». Вибірка складалася з 87 пацієнтів, що пережили полон. Основні методи аналізу включали описову статистику, кореляційний, порівняльний та регресійний аналізи. Результати дослідження підтвердили результативність програми реабілітації в Центрі «Лісова поляна» в розрізі зниження показників основних застосованих для оцінки стану пацієнтів шкал. Це свідчить про зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу у пацієнтів. Таким чином реабілітаційна програма позитивно впливає на загальний стан пацієнтів.

Регресійний аналіз показав, що 26.7% змін у показниках PCL-5, 21.8% змін у показниках NCI та 11.5% змін у показнику SUB пояснюються наявністю черепно-мозкових травм (ТВІ) та суїцидальних інтенцій (Suic\_int). Цей результат може слугувати вказівником щодо поглиблення та розширення подальших досліджень у галузі реабілітації військовослужбовців.

Дослідження має високу актуальність через значну кількість людей які наразі вже мають стрес асоційовані розлади, будуть мати такі або прямо зараз піддаються впливу стресових подій пов'язаних із військовими діями.

Висновки дослідження можуть бути використані для подальшого вдосконалення реабілітаційних програм, розробки індивідуальних планів лікування та підтримки пацієнтів з урахуванням специфічних потреб кожного.

## **ВИСНОВКИ ДО РОБОТИ, АНАЛІЗ ОБМЕЖЕНЬ ТА ОПИС ПОДАЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВ АКТУАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

Актуальність дослідження результативності державної програми психологічної реабілітації військовослужбовців обумовлена нагальними викликами, пов'язаними з високим рівнем посттравматичних стресових розладів (ПТСР) серед військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

Було проведено аналіз наявних досліджень щодо психологічної реабілітації військовослужбовців. Наукові роботи засвідчують, що нейроповедінкові зміни та психоемоційні порушення, такі як ПТСР, є основними наслідками травматичного досвіду, отриманого під час бойових дій. А супутні черепно-мозкові травми вибухового походження, досвід полону та тривала експозиція до бойових умов є основними факторами, що впливають на подальший розвиток ПТСР.

Використовуючи проаналізовані джерела було представлено теоретичну модель досліджуваного явища, яка розкриває наступну ключову гіпотезу: участь у програмі психологічної реабілітації військовослужбовців призведе до змін нейроповедінкових показників та вплине на симптоматику ПТСР.

Дослідження було проведено на вибірці 87 військовослужбовців, які проходили реабілітацію в центрі «Лісова Поляна». Основні статистичні характеристики вибірки наступні: вік, військовий статус (діючі військовослужбовці, ветерани, цивільні), кількість днів у полоні, наявність черепно-мозкових травм в анамнезі, наявність та актуальність суїцидальних інтенцій та інші релевантні фактори. На цьому етапі відмічено наступні виклики щодо дослідження на базі сформованої вибірки:

1. Вибірка дослідження обмежена кількістю пацієнтів, що може вплинути на узагальнення результатів. Невелика кількість респондентів у деяких

підгрупах (наприклад, цивільні та ветерани) ускладнює виявлення статистично значущих відмінностей між групами.

2. Застосовані у дослідженні опитувальники та шкали, такі як PCL-5 та NCI, хоча і є ефективними інструментами для оцінки симптомів ПТСР, можуть мати обмеження у точності через їх суб'єктивний характер. Це може вплинути на об'єктивність аналізу та висновків.

3. Дослідження охоплює пацієнтів із різним військовим досвідом, що може ускладнювати узагальнення результатів.

4. Вибірка складається з пацієнтів, які можуть знаходитися на різних стадіях реабілітаційного процесу – для когось участь в програмі є лише першим етапом його реабілітації, а хтось проходить програму вже не вперше. Цей аспект може впливати на початкові показники психологічного стану пацієнтів на вході у процес реабілітації.

5. Дослідження проводиться на основі даних з одного реабілітаційного центру, що може обмежувати можливість поширення результатів на інші установи з іншими підходами до лікування.

На основі результатів проведеного дослідження виявлено, що участь у програмі реабілітації має вплив ближчий до середнього на показники опитувальників PCL-5 та NCI та великий вплив на зміни суб'єктивного сприйняття пацієнтами власного психоемоційного стану (SUB). Таким чином наша основна гіпотеза знайшла своє підтвердження.

Отримані результати свідчать про важливість подальших контрольованих досліджень, яку можуть бути спрямовані в першу чергу на поглиблення пошуків щодо впливу негативних модифікуючих факторів – ВЧМТ, актуальних суїцидальних інтенцій та впливу тривалості полону, а також на індивідуалізацію програм в залежності від мети програми реабілітації.

Подальші дослідження повинні враховувати вплив додаткових факторів, таких як тип та інтенсивність пережитих травм, а також індивідуальні психологічні особливості пацієнтів. Важливо також мати можливість пролонгованого спостереження за пацієнтами після завершення реабілітаційної програми, щоб оцінити стійкість отриманих результатів та виявити можливі потреби в додатковій підтримці.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. (N.d.-b). Gov.Ua. Retrieved May 29, 2024, from <https://www.ukrstat.gov.ua/english/x.bmp>
2. України, О. П. [@PresidentGovUa]. (2024, January 28). *Інтерв'ю Президента України Володимира Зеленського німецькому телеканалу ARD*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NnH75tFS96o>
3. 2022 – Прес-реліз – Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни. (n.d.). Org.ua. Retrieved May 29, 2024, from <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovakh-povnomasshtabnoii-vijni/>
4. (N.d.-c). Gradus.App. Retrieved May 29, 2024, from [https://gradus.app/documents/307/Gradus\\_Research\\_\\_\\_Mental\\_Health\\_Report\\_full\\_version.pdf](https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research___Mental_Health_Report_full_version.pdf)
5. (N.d.-d). Gov.Ua. Retrieved May 29, 2024, from <https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentovali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja-->
6. Кальниш, В. В., & Мальцев, О. В. (2020). Вплив психотравмуючих чинників зовнішнього середовища на переживання комбатантів, служба яких проходила в умовах бойових дій | Український Медичний Часопис. *Вплив Психотравмуючих Чинників Зовнішнього Середовища На Переживання Комбатантів, Служба Яких Проходила в Умовах Бойових Дій | Український Медичний Часопис*. <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-191218-vpliv-psihotravyuyuchih-chinnikiv-zovnishnogo-seredovishha-na-perezhivannya-kombatantiv-sluzhba-yakih-prohodila-v-umovah-bojovih-dij>
7. Coping with traumatic events. (n.d.). National Institute of Mental Health (NIMH). Retrieved May 29, 2024, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/coping-with-traumatic-events>
8. 37 Post-Traumatic Stress Disorder. (б.д.). National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

9. *Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту*. (2020, March 30). Національна наукова медична бібліотека України. <https://library.gov.ua/stres-asotsijovani-rozklady-zdorov-ya-v-umovah-zbrojnogo-konfliktu/>
10. Grinage, B. (2003). Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder. *American Family Physician*, 68(12), 2401–2409.
11. В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни до-слідження психологічного стану населення. (2022, 14 September). Ministry of Health of Ukraine. <https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentovali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja-->
13. Elnitsky, C.A., Fisher, M.P., & Blevins, C.L. (2017). Military Service Member and Veteran Reintegration: A Conceptual Analysis, Unified Definition, and Key Domains. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00369>
14. 30 Ukraine war: conflict-related PTSD is putting strain on an already underfunded mental health system. (2023, 22 лютого). The Conversation. <https://theconversation.com/ukraine-war-conflict-related-ptsd-is-putting-strain-on-an-already-underfunded-mental-health-system-199629>
15. Stresses of Military Life on Marriages & Families. (б.д.-б). Centerstone. <https://centerstone.org/our-resources/health-wellness/the-stresses-of-military-life-on-marriages-and-families/#:~:text=Military%20life%20results%20in%20uncertainty,help%20for%20stress%20or%20depression>
16. Доповіді Незалежної міжнародної комісії ООН з розслідування порушень в Україні May 29, 2024, from <https://mfa.gov.ua/mizhnarodni-vidnosini/prava-lyudini/dopovidi-nezalezhnoyi-mizhnarodnoyi-komisiyi-oon-z-rozsliduvannya-porushen-v-ukrayini>
17. Ukrinform. (2023, 14 березня). В Україні вже зафіксували понад 71 тисячу воєнних зло-чинів РФ. Укрінформ — актуальні новини України та світу. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3682265-v-ukraini-vze-zafiksuvali-ponad-71-tisacu-voennih-zlociniv-rf.html>
18. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом | Центр громадського здоров'я. (2022, 10 березня). Центр громадського

19. Elder GA. Update on TBI and Cognitive Impairment in Military Veterans. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2015 Oct;15(10):68. doi: 10.1007/s11910-015-0591-8
20. Kucherov Y, Hubler GK, DePalma RG. Blast induced mild traumatic brain injury/concussion: a physical analysis. *Journal of Applied Physics.* 2012 Nov 15;112(10):104701. doi: 10.1063/1.4765727
21. Benzinger TL, Brody D, Cardin S, Curley KC, Mintun MA, Mun SK, Wong KH, Wrathall JR. Blast-related brain injury: imaging for clinical and research applications: report of the 2008 st. Louis workshop. *J Neurotrauma.* 2009 Dec;26(12):2127-44. doi: 10.1089/neu.2009.0885
22. Bell, R. S., Vo, A. H., Neal, C. J., Tigno, J., Roberts, R., Mossop, C., Dunne, J. R., & Armonda, R. A. (2009). Military Traumatic Brain and Spinal Column Injury: A 5-Year Study of the Impact Blast and Other Military Grade Weaponry on the Central Nervous System. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 66(Supplement), S104–S111. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e31819d88c8>
23. Terrio, H., Brenner, L. A., Ivins, B. J., Cho, J. M., Helmick, K., Schwab, K., Scally, K., Bretthauer, R., & Warden, D. (2009). Traumatic Brain Injury Screening. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(1), 14–23. <https://doi.org/10.1097/htr.0b013e31819581d8>
24. Belanger, H. G., Proctor-Weber, Z., Kretzmer, T., Kim, M., French, L. M., & Vanderploeg, R. D. (2011). Symptom Complaints Following Reports of Blast Versus Non-Blast Mild TBI: Does Mechanism of Injury Matter? *The Clinical Neuropsychologist*, 25(5), 702–715. <https://doi.org/10.1080/13854046.2011.566892>
25. Sayer, N. A. (2012). Traumatic Brain Injury and Its Neuropsychiatric Sequelae in War Veterans. *Annual Review of Medicine*, 63(1), 405–419. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-061610-154046>
26. Agoston, D. V. (2017). Modeling the long-term consequences of repeated blast-induced mild traumatic brain injuries. *Journal of Neurotrauma*, 34(S1), S-44-S-52. <https://doi.org/10.1089/neu.2017.5317>
27. Aliev, G., Beeraka, N. M., Nikolenko, V. N., Svistunov, A. A., Rozhnova, T., Kostyuk, S., Cherkesov, I., Gavryushova, L. V., Chekhonatsky, A.

A., Mikhaleva, L. M., Somasundaram, S. G., Avila-Rodriguez, M. F., & Kirkland, C. E. (2020). Neurophysiology and psychopathology underlying PTSD and recent insights into the PTSD therapies—A comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2951. <https://doi.org/10.3390/jcm9092951>

28. Порошук, Н. (2024, February 25). *Омбудсмен назвал, сколько украинцев переживает в плену в России*. ГЛАВКОМ. <https://glavcom.ua/country/incidents/ombudsmen-nazvav-skilki-ukrajintsv-perebuvaie-u-poloni-rosiji-987797.html>

29. Поліна, А. М. (n.d.). Злочини катування під час збройного конфлікту Росії проти України: міжнародний гуманітарний аспект – Українська Гельсінська спілка з прав людини. Org.ua. Retrieved May 28, 2024, from <https://www.helsinki.org.ua/articles/zlochyny-katuvannia-pid-chas-zbrojnoho-konfliktu-rosii-proty-ukrainy-mizhnarodnyy-humanitarnyy-aspekt/>

30. Звільнені з російського полону військові перебувають у шокуючому стані: майже всі 215 осіб мають крайній ступінь анорексії. (2022, 24 вересня). *Новини України та світу*. Головні й останні новини — NV. <https://nv.ua/ukr/world/geopolitics/bilshist-zvilnenih-z-polonu-viyskovih-mayut-krayniy-stupin-anoreksiji-azov-novini-ukrajini-50272272.html>

31. Собенко, Н. (2022b, 23 грудня). На деокупованих територіях виявили 54 катівні і зафіксували понад 5 тисяч випадків катувань — ОГП. *Суспільне новини*. <https://suspilne.media/345006-na-deokupovanih-teritoriah-viavili-54-kativni-i-zafiksuvali-ponad-5-tisac-vipadkiv-katuvan-ogp/>

32. Crocq, M. A., Hein, K. D., Duval, F., & Macher, J. P. (1991). Severity of the prisoner of war experience and post-traumatic stress disorder. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 6(1), 39–45. <https://doi.org/10.1017/s0924933800000869>

33. Creamer, M., & Forbes, D. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 41(4), 388–398. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.388>

34. Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 539–588. <https://doi.org/10.1023/a:1007802031411>

35. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

36. Goodson, J., Helstrom, A., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Powers, M. B. (2011). Treatment of posttraumatic stress disorder in U.S. combat veterans: A meta-analytic review. *Psychological Reports, 109*(2), 573–599. <https://doi.org/10.2466/02.09.15.16.pr0.109.5.573-599>
37. King, D. W., King, L. A., Gudanowski, D. M., & Vreven, D. L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: Relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 184–196. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.104.1.184>
38. Flack, W. F., Jr, Litz, B. T., & Keane, T. M. (1998). Cognitive-behavioral treatment of war-zone-related posttraumatic stress disorder: A flexible, hierarchical approach. In V. M. Follette (Ed.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp (Vol. 431, pp. 77–99). Guilford Press, xii.
39. Flack, W. F., Jr, & Laird, J. D. (Eds.). (1998). Emotions in psychopathology: Theory and research. *Series in Affective Science., 432*. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1998-07106-000.pdf>
40. Twamley, E., Noonan, S., Savla, G., Schiehser, D., & Jak, A. (2021). Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Traumatic Brain Injury. Treatment manual (ukrainian version). 2nd part: sessions 5-8 (D. Assonov, Y. Ukrainska, Z. Komova, A. Osadchyi, O. Chaban, & O. Khaustova, Trans.). *Psychosomatic Medicine and General Practice, 6*(2), e0602291–e0602291. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i2.291>
41. Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., Lang, D., & Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry, 72*(11), 957–963. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.002>
42. Shalev, A. Y. (1997). *Journal of Traumatic Stress, 10*(3), 415–423. <https://doi.org/10.1023/a:1024889204318>
43. Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., Friedman, M. J., Keane, T. M., Kudler, H. S., & Ursano, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress, 23*(5), 537–552. <https://doi.org/10.1002/jts.20565>
44. *VA/DoD clinical practice guidelines*. (n.d.). Healthquality.va.gov. Retrieved May 22, 2024, from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

45. Benedek, D. M., Friedman, M. J., Zatzick, D., & Ursano, R. J. (2009). Guideline watch (march 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 7(2), 204–213. <https://doi.org/10.1176/foc.7.2.foc204>

46. PTSD: National center for PTSD. (n.d.-b). Ptsd.va.gov. Retrieved May 28, 2024, from [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/emdr\\_pro.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/emdr_pro.asp)

47. Recommendations | Post-traumatic stress disorder | Guidance | NICE. (n.d.). Retrieved May 28, 2024, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>

48. Post-traumatic stress disorder (National Institute for Health and Clinical Excellence). (2018, December 5). EMDR International Association. <https://www.emdria.org/resource/post-traumatic-stress-disorder-nice-guideline/>

49. PTSD: National center for PTSD. (n.d.-c). Ptsd.va.gov. Retrieved May 28, 2024, from [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/prolonged\\_exposure\\_pro.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/prolonged_exposure_pro.asp)

50. PTSD: National center for PTSD. (n.d.-d). Ptsd.va.gov. Retrieved May 28, 2024, from [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/cpt\\_for\\_ptsd\\_pro.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/cpt_for_ptsd_pro.asp)

51. Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898–907. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.5.898>

52. de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(5), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>

53. VA.gov | Veterans Affairs. (2023, 14 лютого). VA.gov Home | Veterans Affairs. <https://www.va.gov/WHOLEHEALTH/professional-resources/IHCC.asp>

54. Посттравматичний стресовий розлад. (n.d.). Gov.ua. Retrieved May 28, 2024, from <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>



55. Litz, B. T., Orsillo, S. M., Friedman, M., Ehlich, P., & Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *The American Journal of Psychiatry*, *154*(2), 178–184. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1997-02753-005.pdf>
56. Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., & Allain, A. N., Jr. (1993). War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shield/Storm (ODS) returnees. *The Journal of Social Issues*, *49*(4), 33–49. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1993.tb01180.x>
57. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *Brunner/Mazel Psychosocial Stress Series, No. 18.*, 322. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1990-97372-000.pdf>
58. Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, *1*(1), e010108–e010108. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
59. Cicerone, K. D., & Kalmar, K. (1995). Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *10*(3), 1. [https://journals.lww.com/headtraumarehab/abstract/1995/06000/persistent\\_postconcussion\\_syndrome\\_the\\_structure.2.aspx](https://journals.lww.com/headtraumarehab/abstract/1995/06000/persistent_postconcussion_syndrome_the_structure.2.aspx)
60. PTSD: National center for PTSD. (n.d.-e). Ptsd.va.gov. Retrieved May 29, 2024, from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
61. Tsao, J. W., Stentz, L. A., Rouhanian, M., Howard, R. S., Perry, B. N., Haran, F. J., Pasquina, P. F., Wolde, M., Taylor, C. E., Lizardo, R., Liu, S., Flores, E., III, Creason, A. H., & Sher, K. (2017). Effect of concussion and blast exposure on symptoms after military deployment. *Neurology*, *89*(19), 2010–2016. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000004616>
62. Miller SC, Whitehead CR, Otte CN, et al.: Risk for broad-spectrum neuropsychiatric disorders after mild traumatic brain injury in a cohort of US Air Force personnel. *Occup Environ Med* 2015; *72*:560–566 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)