

*Г. М. Кожина, В. А. Сухарева*

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, СПЕЦИФІЧНО ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ВІЙНИ, В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

*Н. М. Kozhyna, V. A. Sukharieva*

### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A COMPREHENSIVE PERSONALIZED TREATMENT PROGRAM FOR WAR-RELATED MENTAL DISORDERS IN COMBATANTS

**Ключові слова:** учасники бойових дій, госпіталь, стрес, психічні розлади, персоналізована психотерапевтична підтримка, фармакологічне лікування

**Keywords:** combatants, military hospital, stress, mental disorders, personalized psychotherapeutic support, pharmacological treatment

В роботі наведені особливості психічних розладів, які пов'язані зі стресом війни, в учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в терапевтичному, неврологічному та хірургічному відділеннях госпіталю. Клініко-психопатологічне обстеження військовослужбовців на момент ушпиталення і ретельний аналіз виявлених у них симптомів дали змогу виявити у пацієнтів, які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні, тривожно-інсомнічний, посттравматичний та соціально-дезадаптивний синдромокомплекс. У пацієнтів неврологічного відділення діагностовано унікаючий, депресивно-тривожний та інсомнічно-соціальний синдромокомплекс. Під час аналізу симптомів у пацієнтів хірургічного відділення виявлено гострий травматичний, тривожно-депресивний та нав'язливо-унікаючий синдромокомплекс.

Базуючись на отриманих даних, ми розробили й апробували комплексну персоналізовану програму психотерапевтичної та фармакологічної її підтримки.

У результаті використання розробленої програми у більшості військовослужбовців поліпшилися загальний фізичний стан та працездатність (серед пацієнтів терапевтичного відділення — на 36 %, серед пацієнтів неврологічного відділення — на 20 %, а серед пацієнтів хірургічного — на 18 %). Достовірно більша кількість військовослужбовців після лікування вказали на поліпшення психічного здоров'я, а саме емоційного стану та психологічного благополуччя (на 20,9 %, 24,6 %, 26,1 % відповідно). Сон поліпшився у 78 % пацієнтів терапевтичного відділення, у 72 % — неврологічного і у 93 % — хірургічного. Після закінчення терапії у військовослужбовців усіх трьох відділень зменшилися рівень тривожності та вираженість депресивних проявів, рідше виявлялися ознаки ПТСР та знизилась їх інтенсивність.

Отже, індивідуалізація терапевтичного підходу до військових, які проходять лікування в госпіталі, в межах кожного відділення, з урахуванням специфіки проявів психічного розладу пацієнтів, дає змогу досягти максимальної ефективності лікувальних заходів. За допомогою комплексної персоналізованої програми лікування ефективно відновлюється фізичне здоров'я і психічна рівновага в учасників бойових дій, зменшуються ознаки тривоги, депресії та ПТСР, вони ефективно готуються до повернення у бойовий підрозділ.

Раннє та комплексне лікування психічних розладів, які пов'язані зі стресом війни, в учасників бойових дій може допомогти зменшити величезні суспільні витрати на відновлення їхнього психічного здоров'я як під час війни, так і після її закінчення.

This study presents the features of mental disorders associated with war-related stress in combatants undergoing treatment in therapeutic, neurological, and surgical departments of a military hospital. Clinical-psychopathological examination of military personnel during hospitalization allowed for the diagnosis of distinct syndrome complexes in different departments: therapeutic department — anxiety-insomnia, post-traumatic and social-maladaptive syndrome complexes; neurological department — avoidant, depressive-anxious, and insomnia-social syndrome complexes; surgical department — acute traumatic, anxious-depressive, and obsessive-avoidant syndrome complexes.

Based on these findings, a comprehensive personalized psychotherapeutic and pharmacological support program was developed and tested. As a result of the program, most combatants experienced improved physical health and work capacity (by 36 % in the therapeutic department, 20 % in the neurological department, and 18 % in the surgical department). A significantly larger proportion of military personnel reported improved mental health, including emotional state and psychological well-being (by 20.9 %, 24.6 %, and 26.1 %, respectively). Sleep quality improved in 78 % of patients in the therapeutic department, 72 % in the neurological department and 93 % in the surgical department. Upon completion of therapy, all three groups exhibited reduced anxiety levels, decreased severity of depressive symptoms, and a lower intensity of PTSD manifestations.

Thus, the individualization of the therapeutic approach for hospitalized military personnel, taking into account the specifics of their mental disorders within each department, allows for the highest effectiveness of treatment interventions. The implementation of a comprehensive personalized treatment program effectively restores both physical health and psychological stability in combatants, reducing symptoms of anxiety, depression, and PTSD, and facilitating their readiness to return to active duty.

Early and comprehensive treatment of war-related mental disorders in combatants can significantly reduce the societal costs of restoring their mental health both during and after the war.

Після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася. Перебування у зоні бойових дій та участь у бойових діях належать до такої екстремальної ситуації, коли людина постійно зазнає найсильніший психоемоційний стрес, для подолання якого застосовує надмірні вольові зусилля. Все це має надто високу ціну: майже в усіх учасників бойових дій неминуче спостерігаються зміни у фізичному і психічному стані того чи іншого ступеня, що призводить до психологічних проблем [1]. Військові та ветерани є унікальними за своїми травмами, рівнем психічних і супутніх захворювань, а також реакцією на лікування [2]. У період виконання обов'язків, покладених на Збройні Сили, військовослужбовці зазнають виснажливих стресових навантажень. У деяких військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, може виявитись низка порушень психіки та поведінки: депресії, тривожні розлади, порушення контролю, психогенні розлади, спалахи агресії, зловживання психоактивними речовинами тощо [1]. Згідно з результатами теоретичного огляду Коструби Н. (2023), найбільшу небезпеку для психічного здоров'я військовослужбовців становлять посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні розлади, моральні травми, комплекс горя, почуття провини, суїцидальні нахили. Основними чинниками стресу у військовій професії є моральні дилеми, умови постійної небезпеки та загрози життю, надмірне навантаження, відносна ізоляція, невизначеність, втрати та спостереження за стражданнями інших людей [3].

Збереження психічного та фізичного здоров'я військовослужбовців у сучасних умовах є одним із найбільш значущих завдань із забезпечення боєздатності та керованості військових підрозділів. Деякі військовослужбовці можуть подолати наслідки таких чинників самостійно, інші не можуть цього зробити і потребують допомоги психологів та інших спеціалістів. Більшість учасників бойових дій, незалежно від того, чи зазнали травм та контузій, чи ні, мають чітко виражені наслідки пережитої психоемоційної травми [4]. Подібний стан потребує правильної діагностики та своєчасного надання кваліфікованої психологічної допомоги [5]. Важливо пам'ятати, що психологічна допомога ветеранам має бути системною. В реабілітаційних центрах для ветеранів має бути налагоджена система надання медично-відновної допомоги: лікування ран і одночасно з цим допомога в знятті стресу. Потрібно «допомогти повернутися» з війни, пояснити, навчити сприйняти свій фізичний стан після поранення [4].

На сьогодні відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) здійснюється в обмежених умовах (у скорочені терміни) через характерні особливості війни: велика протяжність фронту, інтенсивність бойових дій, великі обсяги залучених ресурсів. У таких умовах потрібно шукати оптимальні підходи

до регулювання психоемоційного стану активних військовослужбовців.

Психотерапія першої лінії, яку найчастіше рекомендують для посттравматичного стресового розладу, складається в основному з «орієнтованої на травму» психотерапії, яка передбачає зосередження уваги на обставинах травми або пов'язаних з нею когнітивних і емоційних ефектах [6]. Фармакотерапія також є важливим варіантом лікування. Психоделічно асистована терапія сьогодні досліджується як потенційний варіант лікування різноманітних психічних станів, зокрема і посттравматичного стресового розладу [7; 8].

Керівництва з клінічної практики (CPG) для посттравматичного стресового розладу містять практичні рекомендації щодо лікування посттравматичного стресового розладу для клініцистів. Фармакотерапевтичні засоби першої лінії включають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну — венлафаксин. Засоби другого ряду мають менше доказів щодо їх корисності при ПТСР і несуть потенційно більший тягар побічних ефектів, це — нефазодон, міртазапін, трициклічні антидепресанти та інгібітори моноаміноксидази. Празозин корисний при нічних кошмарах. Бензодіазепіни та нейролептики як монотерапія або як допоміжні засоби не рекомендовані для лікування посттравматичних стресових розладів. Лікування супутніх розладів, а саме: великий депресивний розлад, розлади вживання психоактивних речовин і черепно-мозкові травми, має важливе значення для максимізації результатів лікування ПТСР. CPG містить засновані на доказах рекомендації щодо лікування посттравматичного стресового розладу з такими супутніми розладами та без них [8]. Оскільки кожна сполука забезпечує унікальні властивості для лікування посттравматичних стресових розладів, їх можна використовувати як для швидкого усунення симптомів, так і як допоміжні засоби для полегшення психотерапевтичного лікування [9]. Вони можуть потенційно бути каталізатором для психотерапевтичного лікування посттравматичного стресового розладу [10].

Як у зарубіжних дослідженнях, так і у вітчизняних наголошується, що успішність подолання негативних психологічних впливів психотравматичного бойового стресу залежить від своєчасного їх виявлення у того чи того військовослужбовця та втручання на ранній стадії в осіб із цими факторами ризику [11; 12]. Комплексне розуміння бойових травм є критично важливим для поліпшення медичної допомоги та розробки лікувальних стратегій для військових. На сьогодні існує потреба в удосконаленні наявних методів лікування бойової психічної травми, а також у розробленні та тестуванні нових методів лікування.

Викладене вище зумовлює актуальність цієї роботи, метою якої було розробити й апробувати комплексну персоналізовану програму лікування психічних

розладів, специфічно пов'язаних зі стресом війни, в учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у різних відділеннях госпітала.

У дослідженні брали участь 242 активні військовослужбовці ЗСУ, чоловічої статі віком 25—45 років, які брали безпосередню участь у бойових діях з 2023 р. до 2024 р. та перебували на лікуванні в різних відділеннях Сумського обласного клінічного госпітала ветеранів (м. Суми). Залежно від виявлених у них соматичних діагнозів, пацієнтів було поділено на три групи: I група — 86 чоловіків (терапевтичне відділення), II група — 110 чоловіків (неврологічне відділення), III група — 46 чоловіків (хірургічне відділення). Дослідження проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Усі учасники дослідження підписали інформовану згоду на участь в ньому.

У роботі використані такі методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження, що базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного та наркологічного обстеження за допомогою інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Психодіагностичне обстеження проводили з використанням короткого опитувальника ВОЗ-26 для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF), опитувальників з генералізованої тривоги (GAD-7), з депресії (PHQ-9), посттравматичного стресового розладу (PCL-5) та шкали симптомів посттравматичного стресового розладу — версії для самооцінки (PSS-sr).

Пацієнти усіх трьох відділень протягом двох тижнів отримували персоналізовану психотерапевтичну підтримку (10 психотерапевтичних занять тривалістю 1,5 години) і диференційоване фармакологічне лікування. Після закінчення лікування проведено повторне психодіагностичне обстеження з метою оцінення ефективності терапії.

Для обробки та аналізу даних використано програмне забезпечення IBM SPSS Statistics, версія 29.0.2 (IBM Corporation, Армонк, Нью-Йорк, США). У рамках дослідження застосовані такі статистичні методи: описова статистика (середнє значення  $\pm$  похибка репрезентативності при рівні вірогідності  $p < 0,05$ ).

Клініко-психопатологічне обстеження військовослужбовців на момент ушпиталення і ретельний аналіз виявлених у них симптомів дали змогу діагностувати у них низку різних синдромокомплексів. Зокрема, у пацієнтів, які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні, спостерігалися три основні синдромокомплекси: тривожно-інсомнічний, посттравматичний та соціально-дезадаптивний. У пацієнтів неврологічного відділення діагностовано такі синдромокомплекси: унікаючий, депресивно-тривожний та інсомнічно-соціальний. Під час аналізу симптомів у пацієнтів хірургічного відділення виявлено такі синдромокомплекси: гострий травматичний, тривожно-депресивний та нав'язливо-унікаючий.

Базуючись на отриманих даних щодо клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів, що діагностували у пацієнтів різних відділень госпітала, розроблено й апробовано комплексну програму персоналізованої психотерапевтичної та фармакологічної їх підтримки. Особливу увагу зосереджували на індивідуалізації терапевтичного підходу в межах кожного відділення, з урахуванням специфіки проявів розладу та особистісних особливостей пацієнтів. Це дало змогу досягти максимальної ефективності лікувальних заходів та забезпечити стійкість досягнутих результатів після закінчення програми.

Програма лікування складалася з двох основних компонентів: базового курсу спільних занять для пацієнтів усіх відділень та спеціалізованих терапевтичних комплексів, адаптованих під конкретні синдромокомплекси.

Базовий психотерапевтичний комплекс включав шість основних занять.

Психоосвітнє заняття — спрямоване на розуміння реакцій психіки на війну, роботу з бойовими тригерами та проведення групових дискусій про пережитий досвід. Особливу увагу надавали інформуванню про механізми формування стрес-асоційованих розладів.

На другому занятті розглядали питання першої психологічної допомоги. Воно було зосереджене на навчанні методам саморегуляції, освоєнні дихальних технік, практиці заземлення та відпрацюванні навички «Стоп» для кризових ситуацій.

Третє заняття — ресурсний модуль — включав аналіз особистісних ресурсів, створення персонального списку підтримки та освоєння техніки «Ресурсний стан».

Четверте заняття було присвячене арттерапії, на якому використовували роботу з глиною та повітряним пластиліном, малювання тістом та аквареллю, а також музикотерапевтичні техніки для вираження та опрацювання емоцій.

П'яте та шосте заняття були присвячені EMDR-терапії, яку застосовували для роботи з травматичними спогадами за техніками IG-TEP і Flash 2.0, що спрямовували на нейтралізацію травматичних переживань та роботу з тригерами.

Наступні чотири заняття відрізнялися у кожному відділенні. Для терапевтичного відділення, де проходили лікування пацієнти з тривожно-інсомнічним, посттравматичним і соціально-дезадаптивним синдромокомплексом, було розроблено такі чотири спеціалізовані заняття. Сьоме заняття присвячували контролю бойової напруги з використанням специфічних дихальних технік (4–7–8, квадратне дихання), методу прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном та комплексу вправ на заземлення. На восьмому занятті фокусувалися на роботі з травматичними спогадами через візуалізацію «Безпечне місце», з використанням техніки «Сейф» для спогадів та техніки переспрямування уваги під час флешбеків. Дев'яте та десяте заняття спрямовували на ро-

боту з тривожно-інсомнічним та посттравматичним синдромокомплексом відповідно.

У неврологічному відділенні, де у військовослужбовців частіше виявляли депресивно-тривожний, інсомнічно-соціальний та уникаючий синдромокомплекс, спеціалізовані заняття (7—10) включали: поліпшення когнітивної активності за допомогою вправ на концентрацію та мнемонічних технік; роботу з депресією та втратою мотивації завдяки філософії «Маленьких кроків» та ведення «Журналу досягнень»; специфічну роботу з депресивно-тривожним та інсомнічно-соціальним синдромокомплексом.

У хірургічному відділенні, де у пацієнтів частіше діагностували гострий травматичний, тривожно-депресивний та нав'язливо-уникаючий синдромокомплекс, 7—10 заняття включали контроль над суїцидальними думками зі створенням персонального плану безпеки; роботу з почуттям провини та агресією; специфічну роботу з гострим травматичним та нав'язливо-уникаючим синдромокомплексом.

Крім психотерапевтичного лікування пацієнти отримували фармакотерапію, яка теж була диференційованою. Військовослужбовцям, які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні, при тривожно-депресивному синдромі застосовували Сертралін 50 мг з Кветироном 25 мг; при розладах адаптації — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг у комбінації з Кветироном 25 мг; при астеноневротичному синдромі — Гідазепам 20 мг; при ПТСР — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг або Велаксин 75 мг з Кветироном 25—50 мг; при депресії — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг з Гідазепамом 20 мг. Пацієнтам неврологічного відділення при тривожно-депресивному синдромі призначали Есциталопрам 10 мг з Кветироном 25 мг; при розладах адаптації — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг з Кветироном 25 мг; при астеноневротичному синдромі — Кветирон 50 мг; при ПТСР — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг або Велаксин 75 мг з Кветироном 25—50 мг; при депресії — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг з Кветироном 25—50 мг. Пацієнтам хірургічного відділення при тривожно-депресивному синдромі використовували Есциталопрам 10 мг з Гідроксизином 25 мг або Дулоксетин 30 мг з Прегабаліном 75 мг; при розладах адаптації — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг з Кветироном 25 мг; при астеноневротичному синдромі — Прегабалін 150 мг; при ПТСР — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг або Велаксин 75 мг з Кветироном 25—50 мг; при депресії — Есциталопрам 10 мг або Сертралін 50 мг з Гідазепамом 20 мг.

Критеріями ефективності використання розробленої програми психотерапевтичної підтримки визначено: фізичне та психічне здоров'я, сон, показники тривоги та депресії, ознаки ПТСР.

На тлі використання розробленої програми відзначено позитивну динаміку психічного стану,

швидко редуцію афективної симптоматики у військовослужбовців, які проходили лікування в госпіталі (у  $81,4 \pm 4,22$  % обстежених терапевтичного відділення, у  $86,4 \pm 3,29$  % — неврологічного відділення та у  $89,1 \pm 4,64$  % обстежених хірургічного відділення). Сон поліпшився у 78 % пацієнтів терапевтичного відділення, 72 % — неврологічного і 93 % — хірургічного.

У більшості військовослужбовців поліпшилися показники фізичного та психічного здоров'я. Зокрема, унаслідок лікування питома вага пацієнтів із нормальним загальним фізичним станом та працездатністю збільшилася серед пацієнтів терапевтичного відділення на 36 % (до лікування —  $54,7 \pm 5,4$  %, після лікування —  $90,7 \pm 3,15$  %,  $p < 0,001$ ), серед пацієнтів неврологічного відділення — на 20 % (з  $66,4 \pm 4,53$  % до  $86,4 \pm 3,29$  % відповідно,  $p < 0,01$ ), а серед пацієнтів хірургічного — на 18 % ( $60,9 \pm 7,28$  %,  $89,1 \pm 4,64$  % відповідно,  $p < 0,01$ ).

Достовірно більша кількість військовослужбовців після лікування вказала на поліпшення психічного здоров'я, а саме емоційного стану та психологічного благополуччя. Зокрема, серед пацієнтів терапевтичного відділення психологічно краще стали почуватися на 20,9 % більше пацієнтів (до лікування —  $60,5 \pm 5,30$  %; після лікування —  $81,4 \pm 4,22$  %;  $p < 0,01$ ), серед пацієнтів неврологічного — на 24,6 % ( $64,5 \pm 4,58$  %;  $89,1 \pm 2,99$  % відповідно;  $p < 0,001$ ), а серед пацієнтів хірургічного відділення — на 26,1 % ( $56,5 \pm 7,39$  %;  $86,2 \pm 5,65$  % відповідно;  $p < 0,01$ ).

Рівень тривожності за результатами опитувальника з генералізованої тривоги GAD-7 в учасників бойових дій знизився до слабкого: у пацієнтів терапевтичного відділення — з  $10,24 \pm 5,898$  балів до  $4,1 \pm 2,371$  балів, неврологічного — з  $12,3 \pm 5,898$  балів до  $7,6 \pm 3,372$  балів і хірургічного — з  $9,8 \pm 5,898$  балів до  $3,9 \pm 2,639$  балів.

Після закінчення терапії у пацієнтів госпіталю значно зменшилася вираженість депресивних проявів за результатами опитувальника PHQ-9: до лікування в усіх військовослужбовців відзначався середній рівень депресії (10—14 балів), з найвищими показниками у пацієнтів неврологічного відділення ( $14,5 \pm 5,81$  балів), то після лікування він знизився до легкого (5—9 балів): у 69 (80 %) пацієнтів терапевтичного відділення, 76 (69 %) — неврологічного відділення і 38 (83 %) — хірургічного відділення.

Ознаки ПТСР за шкалою PDS-5 діагностували достовірно рідше після лікування у військовослужбовців усіх трьох відділень: у пацієнтів терапевтичного відділення — до лікування — у  $59,3 \pm 5,3$  %, тоді як після лікування — у  $38,4 \pm 5,3$  % ( $p < 0,01$ ); серед пацієнтів неврологічного відділення цей показник знизився з  $72,7 \pm 4,3$  % до  $49,9 \pm 4,7$  %, ( $p < 0,001$ ), у хірургічному відділенні — з  $73,9 \pm 6,5$  % до  $41,3 \pm 7,3$  % ( $p < 0,01$ ).

Водночас самостійна оцінка наявності та тяжкості симптомів ПТСР також показала як зменшення

кількості симптомів, так і зниження інтенсивності симптомів ПТСР. Результати опитування за шкалою PCL-5 показали такі результати: у пацієнтів I групи показники зменшилися з  $33,6 \pm 20,014$  балів до  $18,4 \pm 13,101$  балів; у пацієнтів II групи — з  $36,2 \pm 20,014$  балів до  $17,5 \pm 11,015$  балів; у пацієнтів III групи — з  $30,5 \pm 20,014$  балів до  $6,3 \pm 4,201$  балів. Опитування за шкалою симптомів посттравматичного стресового розладу (PSS-sr) продемонструвало також зменшення показників: у пацієнтів I групи вони зменшилися з  $13,91 \pm 10,021$  балів до  $8,4 \pm 3,200$  балів; у пацієнтів II групи — з  $16,15 \pm 9,860$  балів до  $9,115 \pm 6,201$  балів; у пацієнтів III групи — з  $13,33 \pm 8,111$  балів до  $6,3 \pm 3,301$  балів.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Індивідуалізація терапевтичного підходу до військових, які проходять лікування в госпіталі, в межах кожного відділення, з урахуванням специфіки проявів психічного розладу пацієнтів, дає змогу досягти максимальної ефективності лікувальних заходів. За допомогою комплексної персоналізованої програми лікування ефективно відновлюється фізичне здоров'я і психічна рівновага в учасників бойових дій, зменшуються ознаки тривоги, депресії та ПТСР, вони ефективно готуються до повернення у бойовий підрозділ.

Раннє та комплексне лікування психічних розладів, які пов'язані зі стресом війни, в учасників бойових дій може допомогти зменшити величезні суспільні витрати на відновлення їхнього психічного здоров'я як під час війни, так і після її закінчення.

### Список літератури

1. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко [та ін.]. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
2. A meta-analysis of internet-based cognitive behavioral therapy for military and veteran populations / Liu, J.J., Ein, N., Forchuk, C. [et al.]. // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 23(1). Article number: 223. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04668-1>.
3. Коструба Н. Психічне здоров'я військовослужбовців // Психологічні перспективи. 2023. Вип. 41. С. 120—132. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kos>.
4. Вишньовський В. Система психодіагностики та психокорекції посттравматичних розладів у учасників бойових дій / В. Вишньовський, Н. Левицька // Соціально-економічні проблеми і держава. 2021. Вип. 2 (25). С. 558—563. DOI: <https://doi.org/10.33108/sep2022.02.558>.
5. Андрушко Я. Історія уявлень про посттравматичний стресовий синдром // Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни : матеріали міжнародного круглого столу 28 квітня 2022 р. Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2022. С. 5—6. URL: <https://science.lpnu.ua/ntsa-2022>.
6. Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials / [Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W., Marmar C. R.] // *JAMA*. 2015. Vol. 314(5). P. 489—500. DOI: 10.1001/jama.2015.8370.

7. Henner R. L. Review of potential psychedelic treatments for PTSD / Henner R. L., Keshavan M. S., Hill K. P. // *J Neuro Sci*. 2022. Vol. 439:120302. DOI: 10.1016/j.jns.2022.120302.

8. Jeffreys M. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications / Jeffreys M., Capehart B., Friedman M. J. // *J Rehabil Res Dev*. 2012. Vol. 49(5). P. 703—715. DOI: 10.1682/jrrd.2011.09.0183.

9. Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD / E. Krediet, T. Bostoen, J. Breeksema [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020. Vol. 23(6). P. 385—400. DOI: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa018>.

10. Psychedelica bij de behandeling van PTSS [Psychedelics in the treatment of PTSD] / E. Vermetten, E. Krediet, T. Bostoen [et al.] // *Tijdschr Psychiatr*. 2020. Vol. 62(8). P. 640—649. (Article in Dutch). PMID: 32816292.

11. Post-traumatic stress disorder and associated factors among inpatients at Eastern Command Referral Hospital in Dire Dawa, Eastern Ethiopia / D. Adugna, T. A. Yadeta, J. Dereje [et al.] // *Front Psychiatry*. 2024. Vol. 15:1373602. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1373602.

12. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі // Психологічний журнал. 2019. Вип. 3. С. 9—21. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/psj\\_2019\\_3\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/psj_2019_3_3).

### References

1. Kokun, O. M., Agayev, N. A., Pishko, I. O., et al. (2017). *Psychologichna robota z viyskovosluzhbovtstamy — uchasnykamy ATO na etapi vidnovlennya: metodychnyi posibnyk* [Psychological work with military personnel — ATO participants at the recovery stage]. Kyiv: NDC GP ZSU. 282 p. (In Ukrainian).
2. Liu, J. J., Ein, N., Forchuk, C., et al. (2023). A meta-analysis of internet-based cognitive behavioral therapy for military and veteran populations. *BMC Psychiatry*, 23, 223. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04668-1>.
3. Kostruba, N. (2023). Psykhichne zdorov'ya viyskovosluzhbovtstiv [Mental health of military personnel]. *Psychologichni perspektyvy* [Psychological perspectives], 41, 120–132. doi:<https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kos>. (In Ukrainian).
4. Vyshniovskyi, V., & Levytska, N. (2021). Systema psykhodiahnostyky ta psykho-korektsii post-travmatychnykh rozladiv u uchasnykiv boyovykh diy [System of psycho-diagnostics and psycho-correction of post-traumatic disorders in combatants]. *Sotsialno-ekonomichni problemy i derzhava* [Social and economic problems and the state], 2(25), 558–563. doi:<https://doi.org/10.33108/sep2022.02.558>. (In Ukrainian).
5. Andrushko, Ya. (2022). Istoriia uiaavlennia pro post-travmatychnyi stresovyi syndrom [History of concepts about post-traumatic stress disorder]. In *Multydystsyplinarni pidkhody do analizu suspilno-politychnykh problem v umovakh rosiiskoy-ukrainskoyi hibrydnoi viiny: materialy mizhnarodnoho kruhloho stolu: 28 kvitnia 2022*. [Multidisciplinary approaches to the analysis of socio-political problems in the context of the Russian-Ukrainian hybrid war: materials of the international roundtable: April 28, 2022]. Lviv: Vydavnytstvo Lvivskoi Politekhniky. pp. 5–6. Available at: <https://science.lpnu.ua/ntsa-2022>. (In Ukrainian).
6. Steenkamp, Maria & Litz, Brett & Hoge, Charles & Marmar, Charles. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA The Journal of the American Medical Association*. 314. 489–500. doi:10.1001/jama.2015.8370.

7. Henner RL, Keshavan MS, Hill KP. Review of potential psychedelic treatments for PTSD. *J Neurol Sci.* 2022;439:120302. doi:10.1016/j.jns.2022.120302.

8. Jeffreys, Matthew & Capehart, Bruce & Friedman, Matthew. (2012). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Review with clinical applications. *Journal of rehabilitation research and development.* 49. 703-16. doi:10.1682/jrrd.2011.09.0183.

9. Krediet, E., Bostoen, T., Breeksema, J., et al. (2020). Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*, 23(6), 385–400. doi:https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa018.

10. Vermetten E., Krediet E., Bostoen T., et al. Psychedelica bij de behandeling van PTSS [Psychedelics in the treatment of PTSD]. *Tijdschr Psychiatr*, 2020;62(8):640-649. Dutch. PMID: 32816292.

11. Adugna, D., Yadeta, T. A., Dereje, J., et al. (2024). Post-traumatic stress disorder and associated factors among inpatients at Eastern Command Referral Hospital in Dire Dawa, Eastern Ethiopia. *Front Psychiatry*, 15, 1373602. doi:10.3389/fpsy.2024.1373602.

12. Aleshchenko, V. (2019). Psykhologichna rehabilitatsiya uchasnykiv boyovykh diy: Teoretyko-metodolohichne obgruntuvannya modeli [Psychological rehabilitation of combatants: Theoretical and methodological substantiation of the model]. *Psykhologichniy zhurnal* [Psychological journal], 3, 9–21. doi:http://nbuv.gov.ua/UJRN/psj\_2019\_3\_3. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 1.03.2025

Відомості про авторів:

**КОЖИНА Ганна Михайлівна**, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

**СУХАРЄВА Вікторія Анатоліївна**, аспірант кафедри нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії та наркології, медичної психології, професійних хвороб Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6556-864X>; e-mail: vitasukhareva25@gmail.com

Information about the authors:

**KOZHINA Hanna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

**SUKHARIEVA Viktoriia**, Postgraduate Student of the Department of Neurosurgery and Neurology with courses in Psychiatry and Narcology, Medical Psychology, Occupational Diseases of the Educational and Scientific Medical Institute of Sumy State University, Sumy, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6556-864X>; e-mail: vitasukhareva25@gmail.com