

УДК 616.8-008.615:616-001]:616.8:355.11

DOI <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-4-5>О. С. Фітькало <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>

## НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ПТСР З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

УДК 616.8-008.615:616-001]:616.8:355.11

О. С. Фітькало

### НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ПТСР З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна*

У статті висвітлено особливості впливу травматичного стресу з різним рівнем ризику на психічне здоров'я військовослужбовців. У дослідженні брали участь 280 військовослужбовців, які отримали бойову психічну травму; із них – 230 осіб з ПТСР, ускладненим залежністю від алкоголю, і 50 курсантів. Використано комплекс психодіагностичних методик. Розглядався вплив психотравмуючих чинників у рамках психоемоційної реакції особистості на травматичний стрес, зумовлений виникненням надто сильного психічного напруження, викликаного реальною загрозою життю. Рівень когнітивних порушень пацієнтів становив: у 202 (87,8%) осіб основної групи виявлено легкі когнітивні порушення, у 16 (6,9%) осіб – помірні, у 12 (5,2%) осіб – тяжкі. Доведено, що стресове психоемоційне напруження провокує порушення адаптації, яке супроводжується розладами афективної, когнітивної, особистісної та поведінкової сфери, що впливає на психічне здоров'я.

**Ключові слова:** емоційний стрес, посттравматичний стресовий розлад, психічне здоров'я.

UDC 616.8-008.615:616-001]:616.8:355.11

O. S. Fitkalo

### EFFECTS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS ON THE MILITARY'S MENTAL HEALTH

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine*

The influence of psycho-traumatic factors within the psycho-emotional reactions of an individual to traumatic stress caused by the occurrence of too strong mental stress in the form of a real threat to life was considered.

The article aims to study the impact of combat mental trauma on the mental health of the military with post-traumatic stress disorder and mental and behavioral disorders.

**Materials and methods.** 280 people participated in the study. Based on the results of the MMSE test and the MoCA test, mild cognitive impairment was diagnosed "Moderate cognitive impairment". Deviations from the norm were observed in all patients of the main group compared to the control group ( $p < 0.05$ ). The main value of using the scales was to draw the attention of specialists to the role of cognitive deviations in mental health disorders.

**The results.** In order to objectively assess the results of the research on the presence and impact of the syndrome of mild cognitive decline due to the action of factors of an extreme situation in the presence of symptoms of combat PTSD, cognitive functioning disorders were determined by comparing the obtained results of neuropsychological testing of patients to further use these data in the development of a set of measures for neurocognitive recovery of the relevant group of patients.

According to the MMSE scale, 202 (87.8%) of the main group had mild cognitive impairment, 16 (6.9%) had moderate, and 12 (5.2%) had severe. Control group (50 cadets) – 14 (38.0%) persons had mild impairments, and 3 (6%) persons had moderate cognitive impairments. Quantitative analysis of cognitive function disorders showed that 230 (100%) patients of the main group and 23 (46.0%) of the control group had cognitive function disorders.

The listed cognitive disorders are associated with functional deficiency, a decrease in the level of energy support for mental activity and a change in the general background components of human activity and alcohol abuse, which indicates a mental health disorder.

**Key words:** emotional stress, post-traumatic stress disorder, mental health.

© О. С. Фітькало, 2024

Стаття поширюється на умовах ліцензії



**Вступ.** Війна, яка вже два роки триває в Україні, характеризується застосуванням супротивником технологічно вдосконалених та особливо інтенсивних засобів ураження різного впливу. Якщо раніше найбільш травматичним вважали перебування на «передовій», то нині військові ЗСУ зазнають загрози життю з боку окупаційної армії РФ як по лінії фронту, так і по всій території України. Бойовий стрес, бойова психічна травма, розлади адаптації, маніфестації коморбідної патології, віддалені наслідки – все це увійшло в життя українців [5].

Одним із наслідків повномасштабної війни є порушення психічного здоров'я через екстремальні умови, що призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР формується через комплекс чинників психічної травматизації, до якого належать бойові психогенії (загроза власному життю, смерть товаришів по службі), психогенії, пов'язані з умовами життя (порушений відпочинок, недостатня тривалість сну, погана забезпеченість засобами індивідуального захисту), бойові психогенії (неналежний рівень військової підготовки), а також інформаційні нарративи як інструмент маніпуляцій [5; 8]. Термін ПТСР (Posttraumatic stress disorder – PTSD) введений у науковий обіг 1980 року М. Horowitz, В. Dohrenwend. У ветеранів в'єтнамської війни 1988 року діагностовано 30,6% випадків ПТСР: із них – у 55,8% осіб виявлено нервово-психічні розлади (зміни в емоційній сфері, депресії, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами). За результатами досліджень [13] у 54% військовослужбовців АТО виявлено ПТСР з ознаками вживання алкоголю, кожний четвертий з опитаних уживав наркотики або транквілізатори (переважно це військовослужбовці контрактної служби). Згідно з літературними даними, військові у 2,3 рази частіше ніж цивільні зловживають психоактивними речовинами, зокрема алкоголем, більшість з них – з надією відновити свій психічний стан [2; 6; 9]. Тривожний стан, пов'язаний з переживанням критичних (травматичних) ситуацій у поєднанні з особистісними властивостями, має надзвичайний вплив на психічне здоров'я, який призводить до розвитку не характерної донедавна симптоматики за силою та специфікою прояву (моральна травма, складне горе, почуття провини). Сильні психічні переживання спричиняють найбільші ризики для психічного здоров'я військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, рятувальних операціях та перебувають в умовах постійної небезпеки. У військовослужбовців, які отримали бойову психічну травму, в 3–4 рази частіше спостерігається ураження психіки [10]. Психічні переживання підвищують ризик посттравматичної дезадаптації навіть без наявності фізичних травм. Сильні емоційні стани провокують порушення адаптації, супроводжуються розладами афективної, когнітивної, особистісної та поведінкової сфери [7]. Доведено, що навіть сам страх війни здатний спричинити затяжну тривогу та депресію. Крім того, нині військові стикнулись з новим досвідом, який підриває основне почуття людяності та порушує глобальні людські цінності. Під час бойових дій більшість бійців переживали шоковий стан, коли на очах у них гинули їхні товариші. Наслідком є психологічні симптоми і моральна травма – пере-

важаючи емоції у вигляді почуття провини, що теж має серйозні наслідки для психічного здоров'я.

Емоційний апарат першим включається у стресову реакцію у разі дії екстремальних і травматичних чинників. Емоції спричиняють каскад фізіологічних, поведінкових та когнітивних змін, що безпосередньо шкодять психічному здоров'ю. Звичайно, емоції, стреси і неврози є різними станами, кожному із яких притаманні свої особливості. Однак науковці [11; 12] вважають, що в них багато спільного, а їхнє розмежування є умовним, а все разом узятє є станами психічного напруження, що впливає на психічне здоров'я. Поняття «психічне здоров'я» – стан душевного комфорту (wellbeing), найважливіший складник високого рівня якості життя, який дозволяє людині вважати його повноцінним і значущим, бути активним без хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки. Через порушення стану психічного здоров'я, коли душевний комфорт змінюється душевним дискомфортом, знижується ефективність діяльності самої особистості та наноситься шкода людям, які перебувають поруч [1].

Однією з найважливіших характеристик емоцій є їхній зв'язок з пізнавальними (когнітивними) процесами, тобто єдність «афекту і інтелекту». Патогенне значення за такої умови мають тривалі емоції, які проявляються у вигляді страху, гніву, агресії [12]. Наявність тривалого негативного-емоційного стану викликає когнітивне виснаження [7; 10]. Нині проблема порушення психічного здоров'я через когнітивне виснаження набуває катастрофічних розмірів і тому цілком зрозуміло, що такі розлади вивчаються різними напрямками медицини. Порушення когнітивних функцій знижує можливість концентрувати увагу, уповільнює швидкість сприйняття та обробку інформації зі значними змінами довготривалої пам'яті, характеризується швидкою втомлюваністю. Найчастіше уповільнюються розумові функції, відбувається ослаблення пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення.

Після війни щонайменше кожна п'ята людина буде мати негативні наслідки для психічного здоров'я [3]. Донедавна питанням психічного (ментального) здоров'я постраждалих на війні не приділяли належної уваги. Однак уже нині порушення психічного здоров'я військовослужбовців з діагностованим ПТСР потребують більш ефективних превентивних заходів, спрямованих на мінімізацію відхилень, які є наслідками бойової обстановки. З огляду на вищевикладене констатуємо, що проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася після початку повномасштабної війни Росії проти України. Тому підхід до бойової травми та її наслідків є першочерговим завданням, а підтримка психічного здоров'я повинна бути серед найпріоритетніших напрямів державної політики. 7 травня 2022 р. Кабінет Міністрів України затвердив постанову № 539 про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії РФ проти України, що має вагомe значення для українців нині [4].

**Мета дослідження** – вплив перенесеної бойової психічної травми на психічне здоров'я військових з ПТСР та розладами психіки і поведінки.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 280 військовослужбовців віком від 20 до 56 років; із них основна група нараховувала 230 осіб і контрольна група – 50 осіб. Усі обстежені – особи чоловічої статі. Відбір пацієнтів проводили з дотриманням Конвенції Ради Європи з прав людини та протоколу дослідження № 10 від 16 грудня 2019 р., затвердженого комітетом з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на таких клінічних базах, як:

- кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького протягом 2019–2023 рр.

- наркологічне відділення № 2 Львівського обласного клінічного наркологічного диспансеру – 2019–2023 рр.;

- військово-медичний клінічний центр Західного регіону м. Львова, відділення № 16 – 2019–2023 рр.;

- Національна академія сухопутних військ імені гетьмана Петра Сагайдачного – 2019–2023 рр.

Усі особи основної та контрольної груп надали інформовану згоду на участь у дослідженні, були обізнані з його перевагами та можливими ризиками. Дослідження не передбачало використання під час його проведення інвазивних методів та введення препаратів, які б суперечили медичним показам, а тому не становило загрози для здоров'я і життя його учасників.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, щоб виявити симптоми травматизації психіки у вигляді психологічних розладів, які прогнозовано впливають на психічне здоров'я.

У дослідженні використано комплекс психодіагностичних методик: спостереження, клінічне інтерв'ю, «Шкалу Впливу Подій» для моніторингу таких симптомів ПТСР, як повторне переживання травматичних подій та поведінка уникнення спогадів про події (Horowitz et al., 1979). Діагностику депресивної симптоматики визначали за шкалою депресії Бека, шкалою Спілберга-Ханіна. Оцінку частоти і обсягів споживання алкоголю здійснювали за допомогою трьох перших питань опитувальника AUDIT, більш відомих під назвою AUDIT-C. Застосування такого нескладного опитувальника використано з метою стимулювання пацієнта до комплаєнсного саморозкриття загрозливого вживання алкоголю. Для об'єктивізації когнітивних порушень запропоновано спрощений варіант тесту MMSE (шестикомпонентний скринінговий тест), розпрацьований С. Callahan et al. Для оцінювання стану когнітивних функцій у дослідженні використано також шкалу MoCA (Montreal Cognitive Assessment), яку вважають більш чутливою до виявлення легких та помірних нейрокогнітивних порушень. Шкалу MoCA характеризують також як найчутливіший скринінговий тест, специфічність якого становить 90%, чутливість – 87%, що оцінює різні когнітивні аспекти: увагу, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахування й орієнтацію. Оцінювання психічного статусу за шкалою MoCA відбувалось з розрахунку від 23 до 30 балів, з максимально можливим результатом у 30 балів. Результат у 26 балів вважали критичним.

Під час використання таких шкал звертали увагу на вільне володіння пацієнтами українською мовою, можливі порушення зору та слуху, які б утруднювали розуміння мови і т. п. Обстежувані особи мали достатній рівень освіти для сприйняття інструкцій, вільно читали й писали українською мовою.

Основним завданням дослідження було привернення уваги спеціалістів до ролі когнітивних відхилень та впливу цих порушень на психічне здоров'я.

**Результати дослідження.** На початку дослідження всі скарги пацієнтів були пов'язані переважно із невротичною реакцією (патологічною тривогою). Більшість пацієнтів скаржилась на загальну слабкість – 208 (90,4%) осіб, частий головний біль – 150 (65,2%) осіб, швидку втомлюваність – 198 (86,0%) осіб, емоційну нестійкість – 164 (71,3%) особи, проблеми із запам'ятовуванням – 139 (60,4%) осіб. Внутрішню напруженість, особливо в нічний час з неможливістю розслабитися та заснути, констатували 148 (64,3%) осіб. Невмотивоване занепокоєння спостерігалось у 134 (58,3%) випадках. Під час опитування пацієнтів одними з найпоширеніших були скарги на тривожність. Практично всі 100% учасників дослідження мали пригнічений настрій, відчували тривогу. Стомлюваність – найпоширеніша скарга, яка практично завжди супроводжує тривогу та депресію, була на першому місці в опитуванні пацієнтів. Водночас майже всі пацієнти відзначали порушення сну, болі різної локалізації, емоційну та фізичну напруженість, розлади пам'яті й уваги, шум у голові, знижену працездатність. Всі ці прояви були стійкі та спричиняли у пацієнтів невротичну реакцію у вигляді патологічної тривоги, яка призводить до формування нейровегетативного синдрому.

Відзначено, що у період підвищеної тривожності 220 (95,6%) пацієнтів споживали спиртні напої – починали пити на самоті, невеликими порціями, 10 (4,3%) осіб приймали алкоголь у великих дозах. Виявлено, що 10 осіб зловживали алкоголем протягом усього свідомого життя. У поведінці цих пацієнтів відчувалась суб'єктивна напруга і дратівливість, з часом появлялась невластива їм раніше агресія, озлобленість і недисциплінованість.

Діагностику депресивної симптоматики визначали за шкалою депресії Бека, шкалою Спілберга-Ханіна. Проводячи порівняльний аналіз результатів діагностики психологічних наслідків травматичного стресу та депресії, встановили корелятивну залежність ступеня депресії від рівня бойового стресу: чим вищий прояв бойового стресу, тим суттєвіші були ознаки депресії ( $r < 0,05$ ). Так, у 125 (54,3%) пацієнтів виявлені ознаки середнього та високого ступенів депресії. Виявлено, що депресивний стан та розвиток ПТСР симптоматики корелював зі значними негативними характеристиками психічного стану учасників бойових дій після їхнього повернення, що безпосередньо впливало на якість психічного здоров'я.

Вивчаючи динаміку когнітивних порушень за шкалою MMSE, виявили, що в основній групі ( $n=230$ ) показники становили 25,8 бала, у контрольній групі ( $n=50$ ) – 30,3 бала. Рівень когнітивних порушень за шкалою MMSE мав такий вигляд: у 202 (87,8%) осіб основної групи виявлено легкі когнітивні порушення (26–27 балів), 16 (6,9%) осіб – помірні (24–25 балів), 12 (5,2%) осіб – тяжкі. Контрольна група (50 курсантів) – легкі пору-

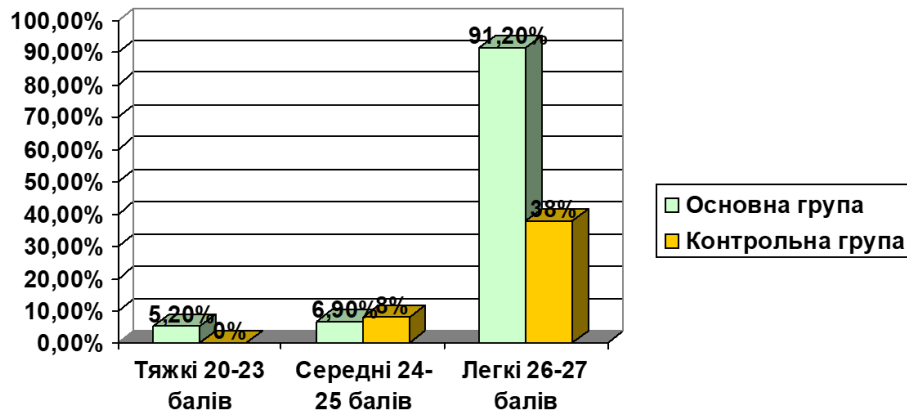


Рис. 1. Результати обстежених досліджуваних груп за рівнем когнітивних розладів за шкалою МоСА

шення були в 14 (38,0%) осіб, у 3 (6%) осіб спостерігали помірні когнітивні порушення; тяжких порушень не було. Кількісний аналіз порушень когнітивної функції показав, що у 230 (100%) пацієнтів основної групи та у 23 (46,0%) осіб контрольної групи виявлено порушення когнітивної функції. Легкі та помірні когнітивні порушення (19+4) осіб контрольної групи пов'язані, в основному, з тривожністю під час сесії та можливістю відраджання у зону бойових дій. 27 (54,0%) курсантів набрали за шкалою MMSE 28–30 балів, тобто їхня інтелектуальна продуктивність була в межах норми.

Згідно з класифікацією МКХ-11, результати MMSE-тесту відповідали легкому когнітивному порушенню та діагностувались як «Помірні когнітивні розлади». Відхилення від норми спостерігались у всіх пацієнтів основної групи, що вказувало на когнітивну дисфункцію легкого ступеня. Пацієнти скаржилися на порушення сну, погіршення пам'яті, недостатню концентрацію уваги.

Когнітивні порушення за шкалою МоСА (менше 26 балів) різного ступеня зафіксовані у 91,2% пацієнтів основної групи. За результатами тесту МоСА виявлено когнітивну дисфункцію в усіх респондентів основної групи порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Аналізуючи детально результати шкали МоСА відповідно до рубрик, найбільші зміни виявили під час дослідження функції уваги, мови, пам'яті (рис. 1). Відзначено зниження стійкості та швидкості запам'ятовування, уповільнення темпу під час виконання дорученої справи, сповільнення засвоєння та переробки інформації з елементами заучування, обмеження під час поточного запам'ятовування, звуження обсягу психічної активності у вигляді одночасного паралельного виконання кількох дій. Більшість пацієнтів демонстрували порушення уваги, пам'яті, швидкості обробки інформації, що є когнітивним ризиком для подальших емоційних труднощів. Отже, отримані дані свідчать, що показник психічного здоров'я військовослужбовців є низьким порівняно з контрольною групою.

Можна припустити, що перелічені когнітивні порушення пов'язані з функціональною дефіцитністю, зниженням рівня енергетичного забезпечення психічної діяльності, зміною загальних фонових складників активності людини та зловживанням алкоголем і вка-

зують на порушення психічного здоров'я. Зловживання алкоголем пацієнти пояснювали спробою позбутись посттравматичних симптомів і можливістю заглушити в такий спосіб почуття провини.

Нині в клініці практично не діагностуються легкі або субклінічні когнітивні розлади та і сама діагностика у пацієнтів з алкогольною адикцією утруднена з огляду на те, що такі хворі менше пред'являють скарг на зниження настрою та психоемоційні порушення; не помічають суттєвих відхилень у їхній емоційній сфері і близькі. Не досить вивчені особливості когнітивних порушень у відповідності до різних змін афективної сфери на початку хвороби залежності.

Тому у світі для підтвердження наявності когнітивних розладів широко використовують так звані скринінгові нейропсихологічні шкали, які дозволяють кількісно та якісно оцінити ці зміни.

Незважаючи на достатню кількість наукових праць щодо особливостей впливу посттравматичного стресу з його основними критеріями, сучасна медична служба потребує розширення симптомів ПТСР, які мають безпосередній вплив на психічне здоров'я постраждалих.

**Висновки.** На сучасному етапі наукових спостережень маловивченими є наслідки впливу ПТСР на психічне здоров'я через порушення когнітивних функцій, які мають прямий корелятивний зв'язок з афективними розладами, що призводять до порушення психічного здоров'я у пацієнтів. Дослідження встановило, що емоційний стрес, який супроводжує бійців під час бойових дій та викликає симптоми ПТСР, спричиняє синдром м'якого когнітивного зниження внаслідок дії чинників екстремальної ситуації.

Тому найактуальнішим завданням під час соціально-психологічної підтримки є реалізація інтегрованої системи збереження психічного здоров'я учасників бойових дій під час переходу від статусу військовослужбовця до статусу ветерана, що передбачає психологічну реабілітацію бійців з бойовою психічною травмою та ПТСР і ветеранів.

Вважаємо за потрібне переглянути діагностичні та лікувальні підходи до осіб, які брали участь у бойових діях, з усіма проявами ПТСР (наявність тривоги, депресії, суїцидальної поведінки, вживання алкоголю зі шкідливими наслідками).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Babaian YuO, Hrishman LO. Osoblyvosti psykholohichnoi hotovnosti viiskovosluzhbovtiv do dii v ekstremalnykh umovakh. *Naukovyi visnyk Mykolaivskoho natsionalnoho universytetu imeni V.O. Sukhomlynskoho. Seriya: Psykholohichni nauky*. 2014; (2.13): 17–21. (in Ukrainian). Available from: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups\\_2014\\_2.13\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2014_2.13_4).
2. Blinov OA. Psykholohichni zakhyst vid boiovooho stresu v zbroinykh sylakh providnykh krain svitu. *Problemy suchasnoi psykholohii*. 2017; (38): 38–52. (in Ukrainian). Available from: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2017\\_38\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_38_6).
3. Voloshyn PV, Maruta NO. Stratehiia okhorony psykhhichnoho zdorovia naseleння Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2015; 23 (1): 5–11. (in Ukrainian). Available from: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2015\\_23\\_1\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_1_3).
4. Kontsepsiia rozvytku okhorony psykhhichnoho zdorov'ia v Ukraini na period do 2030 roku. *NeuroNews*. 2018; 2 (95): 6–10 (in Ukrainian).
5. Nauholnyk LB. Psykholohiia stresu: pidruchnyk. Lviv: Lviv. derzh. un-t vnutr. sprav. 2015. 324 s. Available from: [https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Наугольник\\_психологія\\_стресу.pdf](https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Наугольник_психологія_стресу.pdf) (in Ukrainian).
6. Bondarev HV, Krut PP. Osnovy viiskovoi psykholohii: navchalnyi posibnyk. Kharkiv: Kharkiv. nats. un-t vnutr. sprav. 2020. Pp. 185–190. ISSN 978-966-610-054-5 (in Ukrainian).
7. Suchasne bachennia problemy kohnityvnykh porushen pry depresii. Perspektyvy vyvchennia ta likuvannia. *NeuroNews*. 2016; 10(84): 16–19 (in Ukrainian).
8. Veteran Hub [Internet]. 2022 [tsytovano 2022 cherv. 18]. (in Ukrainian). Available from: <https://veteranhub.com.ua>.
9. Combat and Operational Stress Reactions (COSRs) [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 11]. Available from: <https://health.mil/Military-Health-Topics/Centers-of-Excellence/Psychological-Health-Center-of-Excellence/Psychological-Health-Readiness/Combat-and-Operational-Stress-Control/COSRs>.
10. Shaikhislamov ZR, Kovtun AS. Osoblyvosti vplyvu boiovooho stresu na psykholohichnu pidgotovku viiskovosluzhbovtiv v umovakh boiovykh dii. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriya: Psykholohiia*. 2023; (3): 142–5. doi: 10.32782/psy-visnyk/2023.3.28 (in Ukrainian).
11. Orlovska OA. Osoblyvosti adaptatsii viiskovosluzhbovtiv do umov tsyvilnoho zhyttia. *Molodyi vchenyi. Seriya: Psykholohichni nauky*. 2019; 8(72): 45–49. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-8-72-11> (in Ukrainian).
12. Liashch OP. Osoblyvosti rozvytku afektyvno-kohnityvnoho komponentu v strukturi emotsiinoho intelektu yunakiv. *Tekhnolohii rozvytku intelektu. Laboratorii suchasnykh informatsiinykh tekhnolohii navchannia* [Internet]. 2019; 3 (2) [tsytovano 2024 Liut 22]. Available from: <http://www.psytir.org.ua/upload/journals/3.23/authors/2019/> (in Ukrainian).
13. Tymbaliuk VI, (red). Dosvid okhorony mentalnoho zdorovia ta medyko-psykholohichnoi rehabilitatsii viiskovosluzhbovtiv v umovakh hibrydnoi viiny: monographiya. Kyiv. 2020. 307 s. ISBN 978-617-5058-66-4 (in Ukrainian).

Надійшла до редакції 22.04.2024 р.

Прийнята до друку 28.11.2024 р.

Електронна адреса для листування [avfitkalo@gmail.com](mailto:avfitkalo@gmail.com)