

DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-10>
УДК: 364.62-47-057.36



Стосовно імплементації зарубіжних психотерапевтичних підходів у систему охорони психічного здоров'я населення України в умовах війни

Некрасова Н.О., <http://orcid.org/0000-0002-0900-4441>, e-mail: limka.nno@gmail.com

Маркова М.В., <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>, e-mail: markova.md.professor@gmail.com

Коростій В.І., <https://orcid.org/0000-0002-9303-8256>, e-mail: vi.korostii@knmu.edu.ua

Дарій І.В., <https://orcid.org/0000-0001-8204-6325>, e-mail: Van.neuro@gmail.com

Харківський національний медичний університет
Міністерства охорони здоров'я України, Харків, Україна

Regarding the implementation of foreign psychotherapeutic approaches in the mental health protection system of the population of Ukraine in conditions of war

Nekrasova N.O., <http://orcid.org/0000-0002-0900-4441>, e-mail: limka.nno@gmail.com

Markova M.V., <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>, e-mail: markova.md.professor@gmail.com

Korostiy V.I., <https://orcid.org/0000-0002-9303-8256>, e-mail: vi.korostii@knmu.edu.ua

Darii I.V., <https://orcid.org/0000-0001-8204-6325>, e-mail: Van.neuro@gmail.com

Kharkiv National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Ключові слова:

ментальне здоров'я, впровадження, психотерапевтичні заходи.

Для кореспонденції:

Некрасова Наталія Олександрівна
Харківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України;
просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022;
e-mail: limka.nno@gmail.com

© Некрасова Н.О., Маркова М.В.,
Коростій В.І., Дарій І.В., 2024

РЕЗЮМЕ

Актуальність. Робота присвячена проблемі збереження психічного здоров'я населення України. Виникнення стрес-асоційованих психічних розладів, включно з посттравматичним стресовим розладом, призводить до негативного ефекту на сім'ї та спільноти, проблем взаєморозуміння, підтримки та відновлення. На цьому фоні необхідність імплементації досвіду західних колег у систему охорони психічного здоров'я на всіх рівнях надання допомоги не викликає сумніву.

Мета роботи – актуалізувати питання імплементації зарубіжних психотерапевтичних підходів у систему охорони психічного здоров'я населення України в умовах війни.

Матеріали та методи. На основі проведеного аналізу літературних джерел та інформаційних ресурсів отримано сучасний огляд проблеми впровадження сучасних психотерапевтичних напрямків у систему охорони ментального здоров'я населення в умовах військового часу.

Результати та їх обговорення. Проведений аналітичний огляд патогенетичних передумов для імплементації досвіду західних лікарів з реабілітаційних заходів та заходів психологічної підтримки. Імплементація стратегій, направлених на попередження психічних захворювань через освіту, зменшення стресу та розвиток психосоціальної підтримки може допомогти зменшити поширення факторів ризику для розвитку психічних проблем. Обґрунтування імплементації західного досвіду є важливим для удосконалення надання допомоги в системі психічного здоров'я в Україні, яка буде відповідати сучасним стандартам та враховувати особливості української культури та суспільства. У той же час забезпечення ефективної реабілітації для постраждалих є актом визнання їхньої гідності та прав на повноцінне життя.

Висновки. На сучасному етапі західні системи охорони здоров'я акцентуються на попередженні психічних захворювань через освіту, зменшення стресу та розвиток психосоціальної підтримки. Імплементація цих стратегій може допомогти зменшити поширення факторів ризику для розвитку психічних проблем. Можливість інтеграції охорони ментального здоров'я у загальному медичному контексті є пріоритетною, оскільки це може покращити виявлення психічних захворювань, забезпечити комплексний підхід до лікування та зменшити стигматизацію в суспільстві. Фокусування на науковому підґрунті є пріоритетним, тому що доказва база західних підходів до питання збереження психічного здоров'я базується на наукових дослідженнях та ефективних методиках.

Для цитування:

Некрасова Н.О., Маркова М.В., Коростій В.І., Дарій І.В. Стосовно імплементації зарубіжних психотерапевтичних підходів у систему охорони психічного здоров'я населення України в умовах війни. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. Т. 11, № 1 (23). С. 84–95. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-10>

Key words:

mental health, implementation, psychotherapeutic approaches.

For correspondence:

Nekrasova Natalia Oleksandrivna
Kharkiv National Medical University of the
Ministry of Health of Ukraine;
4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022;
e-mail: limka.nno@gmail.com

© *Nekrasova N.O., Markova M.V.,
Korostiy V.I., Darii I.V., 2024*

ABSTRACT

Background. The work is devoted to the problem of preserving the mental health of the population of Ukraine. The emergence of stress-related mental disorders, including post-traumatic stress disorder, leads to a negative effect on families and communities, problems of mutual understanding, support and recovery. Against this background, there is no doubt about the need to implement the experience of Western colleagues in the mental health care system at all levels of care provision.

The purpose of the work is to update the issue of the implementation of foreign psychotherapeutic approaches in the system of mental health care of the population of Ukraine in the conditions of war.

Materials and methods. On the basis of the analysis of literary sources and information resources, a modern overview of the problem of introducing modern psychotherapeutic directions into the system of mental health protection of the population in wartime conditions was obtained.

Discussion. An analytical review of pathogenetic prerequisites for the implementation of the experience of Western doctors in rehabilitation measures and psychological support measures was carried out. Implementation of strategies aimed at preventing mental illness through education, stress reduction, and development of psychosocial support can help reduce the prevalence of risk factors for the development of mental health problems. Justification of the implementation of Western experience is important for improving the provision of assistance in the mental health system in Ukraine, which will meet modern standards and take into account the peculiarities of Ukrainian culture and society. At the same time, ensuring effective rehabilitation for victims is an act of recognition of their dignity and rights to a full life.

Conclusions. At the current stage, Western health care systems emphasize the prevention of mental illnesses through education, stress reduction, and the development of psychosocial support. Implementing these strategies can help reduce the prevalence of risk factors for developing mental health problems. The ability to integrate mental health care into the general medical context is a priority, as it can improve detection of mental illness, provide a comprehensive approach to treatment, and reduce stigmatisation in the society. Focusing on the scientific basis is a priority, because the proven base of Western approaches to the issue of maintaining mental health is based on scientific research and effective methods.

For citation:

Nekrasova NO, Markova MV, Korostiy VI, Darii IV. Regarding the implementation of foreign psychotherapeutic approaches in the mental health protection system of the population of Ukraine in conditions of war. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2024;11(1(23)):84–95. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-10>

ВСТУП

Проблема збереження психічного здоров'я населення України, особливо на тлі військової агресії, є актуальною та значущою з кількох ключових причин:

– травматичні події: військова агресія супроводжується травматичними подіями, такими як бойові дії, руйнування, втрати близьких, що може спричинити серйозні травматичні наслідки для ментального здоров'я;

– стрес-асоційовані психічні розлади, включно з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР): військові конфлікти часто призводять до виникнення стрес-асоційованих психічних розладів чи ПТСР серед ветеранів, бійців та цивільного населення, якщо потрапили під вплив подій в зоні конфлікту;

– негативний ефект на сім'ї та спільноти: травматичні події впливають не тільки на тих, хто безпосередньо стикається з ними, але й на їхні сім'ї та спіль-

INTRODUCTION

The problem of preserving the mental health of the population of Ukraine, especially against the background of military aggression, is relevant and significant for several key reasons:

– traumatic events: military aggression is accompanied by traumatic events, such as fighting, destruction, loss of loved ones, which can have serious traumatic consequences for mental health;

– stress-related mental disorders, including post-traumatic stress disorder (PTSD): military conflicts often lead to the emergence of stress-related mental disorders or PTSD among veterans, soldiers, and civilians affected by events in the conflict zone;

– negative impact on families and communities: traumatic events affect not only those who are directly affected, but also their families and communities. Problems of understanding, support and recovery arise;

ноти. Виникають проблеми щодо взаєморозуміння, підтримки та відновлення;

- систематичний стрес: стан постійної напруги, страху та невизначеності, пов'язаний з військовою агресією, може викликати хронічний стрес, що негативно впливає на психічне здоров'я;

- необхідність реабілітації та підтримки: потреба у великому обсязі реабілітаційних заходів та заходів психологічної підтримки стає критичною для постраждалих, адже вони можуть стикатися зі складними проблемами, такими як тяжкі травми та заборгованість;

- зростання психічних розладів: в умовах військової агресії існує збільшений ризик виникнення різних психічних розладів, таких як депресія, тривожність, адаптаційні порушення та інші;

- виклик системі охорони здоров'я: широкомасштабна війна ставить під великий тиск систему охорони здоров'я, яка повинна забезпечити якісну та доступну медичну допомогу у важких умовах;

- специфіка українського контексту: контекст української культури і менталітету та соціально-економічні умови створюють свої виклики для психічного здоров'я, а військова агресія поглиблює ці проблеми.

На цьому фоні необхідність імплементації досвіду [1, 5, 21] західних колег у систему охорони психічного здоров'я на всіх рівнях надання допомоги не викликає сумнівів.

Провідними перевагами цього процесу є:

- глобальний досвід західних країн (Ізраїль, США) [2, 6, 12, 23, 30];

- нормативна підтримка: існуючі міжнародні та національні нормативи – протоколи проведення психотерапевтичної допомоги, які підтримують та регулюють впровадження стандартів у галузі психічного здоров'я [10, 11, 13, 31];

- сучасні технології та інновації, які успішно використовуються в західних країнах для покращення психічного здоров'я [5, 7, 13, 16, 20, 24];

- співпраця та обмін досвідом та, як наслідок, створення партнерств між українськими та західними фахівцями у галузі психічного здоров'я;

- адаптація до українських реалій: безумовно необхідна готовність та здатність адаптувати західний досвід до конкретних потреб та реалій українського суспільства;

- підтримка громадськості у створенні свідомого підходу до психічного здоров'я в українському суспільстві.

- systematic stress: the state of constant tension, fear and uncertainty associated with military aggression can cause chronic stress, which negatively affects mental health;

- the need for rehabilitation and support: the need for a large amount of rehabilitation and psychological support measures becomes critical for victims, as they may face complex problems, such as severe injuries and debt;

- increase in mental disorders: in the context of military aggression, there is an increased risk of various mental disorders, such as depression, anxiety, adaptation disorders, and others;

- challenge to the health care system: a large-scale war puts a lot of pressure on the health care system, which must provide quality and affordable medical care in difficult conditions;

- specifics of the Ukrainian context: the context of Ukrainian culture and mentality and socio-economic conditions create their own challenges for mental health, and military aggression exacerbates these problems.

Against this background, the need to implement the experience [1, 5, 21] of Western colleagues in the mental health care system at all levels of care is undeniable.

The main advantages of this process are:

- global experience of Western countries (Israel, USA) [2, 6, 12, 23, 30];

- normative support: existing international and national norms–protocols for psychotherapeutic care that support and regulate the implementation of standards in the field of mental health [10, 11, 13, 31];

- modern technologies and innovations that are successfully used in Western countries to improve mental health [5, 7, 13, 16, 20, 24];

- cooperation and exchange of experience: and, as a result, the creation of partnerships between Ukrainian and Western mental health professionals;

- adaptation to Ukrainian realities: the willingness and ability to adapt Western experience to the specific needs and realities of Ukrainian society is definitely needed;

- support the public in creating a conscious approach to mental health in Ukrainian society.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

MATERIALS AND METHODS

Спираючись на досвід західних колег, українські фахівці забезпечують підтримку та відновлення фізичного та психічного здоров'я постраждалих від військових конфліктів, які часто стикаються з серйозними травмами як фізичними, так і психічними; спеціалізовану реабілітацію, що сприяє відновленню функцій тіла та допомагає вирішенню проблем психічним здоров'ям [3, 4, 26]. Важливим напрямком є соціальна інтеграція, оскільки реабілітація допомагає постражданим відновити самостійність та навчитися новим навичкам, які можуть бути корисними для їх повернення до нормального життя, що важливо для їх соціальної інтеграції в суспільство [17–19]. Реабілітаційні програми сприяють трудовій адаптації ветеранів, надаючи навички, необхідні для нових

Based on the experience of their Western colleagues, Ukrainian specialists provide support and restoration of physical and mental health of victims of military conflicts, who often face serious trauma, both physical and mental; specialized rehabilitation that helps restore body functions and helps solve mental health problems [3, 4, 26]. An important area is social integration, as rehabilitation helps survivors regain independence and learn new skills that can be useful for their return to normal life, which is important for their social integration into society [17, 18, 19]. Rehabilitation programs contribute to the labor adaptation of veterans by providing the skills necessary for new professions or businesses. Overcoming traumatic stress is a serious task, as military conflicts often lead to severe mental

професій або бізнесу. Подолання травматичного стресу є серйозним завданням, адже військові конфлікти часто призводять до тяжких випробувань для психіки, і отже реабілітація включає програми для подолання травматичного стресу та підтримки психічного здоров'я [38].

Західні фахівці наголошують, що фундаментальною основою в процесі відновлення психічного здоров'я, має поняття життєздатність [2, 14]. Розглядаючи життєздатність як здатність повноцінно функціонувати на всіх етапах життя, ми розуміємо, що життєздатність – це здатність жити, вітальна потреба людини у продовженні життя на всіх її етапах: у дитинстві, юності, зрілості та в старості, разом із наявністю в нього життєвих ресурсів. Травматичні фактори фруструють цю потребу та виснажують життєві ресурси, зокрема, й ресурси подолання наслідків впливу на людину стресорів високої інтенсивності для підтримки життєздатності людини протягом усього її життєвого шляху [3, 8].

У контексті даної проблеми беззастережну актуальність набуває феномен життєстійкості, який уособлює значну психічну стабільність і рівновагу [14]. Високий рівень цієї особистої якості захищає індивіда від розпаду та психічних розладів, забезпечує внутрішню гармонію, стан психічного здоров'я, високу працездатність. На відміну від високого рівня життєстійкості, її недостатня сформованість призводить до втрати організуючої ролі вищого рівня психіки в регуляції поведінки та діяльності, до розпаду ієрархії життєвих смислів, цінностей, мотивів, цілей. Отже, життєстійкість особистості є основою її життєвої сили, психічного і соматичного здоров'я, це «стійкість до життя» [28]. У такому сенсі йдеться фактично про здатність особистості чинити опір і протистояти несприятливим впливам, що загрожують цілісності особистості, що мають значний стресогенний потенціал.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Життєстійкість розцінюється як здатність зберігати віру в себе, бути впевненим у собі, своїх можливостях, як здатність до ефективної психічної саморегуляції і, як наслідок, збереження здатності особистості функціонувати, здійснювати самоврядування, розвиватися, адаптуватися. Отже поняття життєстійкості визначається як психологічне явище: життєстійкість – це особлива система установок і навичок, що дозволяє перетворити зміни у можливості та відображає «психологічну живучість» і розширену ефективність людини, пов'язану з її мотивацією. Вона дозволяє особистості протидіяти життєвим труднощам, несприятливому впливу обставин, зберігати здоров'я та працездатність при різних життєвих випробуваннях [8].

Одним з напрямків підтримки належного рівня життєстійкості є формування конструктивної стресдолаючої поведінки. Така поведінка розглядається як один з проявів життєздатності людини, оскільки подолання труднощів не тільки зберігає життєздатність, але й актуалізує її, апробує і вкорінює [32, 33]. Дане визначення включає певні стилі – проблемно-орієнтований копінг, емоційно-орієнтований копінг, уникнення, що виконують певну роль у подоланні людиною важких життєвих ситуацій [37].

stress, so rehabilitation includes programs to overcome traumatic stress and support mental health [38].

Western experts emphasize that the concept of resilience is fundamental to the process of mental health recovery [2, 14]. Considering resilience as the ability to function fully at all stages of life, we understand that viability is the ability to live, the vital need of a person to continue life at all its stages – in childhood, adolescence, maturity and old age, along with the availability of life resources. Traumatic factors frustrate this need and deplete vital resources, including the resources to overcome the consequences of exposure to high-intensity stressors. to maintain human viability throughout the entire life course [3, 8].

In the context of this problem, the phenomenon of resilience, which embodies significant mental stability and balance, becomes unconditionally relevant [14]. A high level of this personal quality protects the individual from disintegration and mental disorders, ensures inner harmony, mental health, and high performance. In contrast to a high level of resilience, its insufficient formation leads to the loss of the organizing role of the higher level of the psyche in regulating behavior and activity, to the disintegration of the hierarchy of life meanings, values, motives, and goals. Thus, a person's resilience is the basis of his or her vitality, mental and somatic health [28], it is «resilience to life». In this sense, it is actually about the ability of an individual to resist and withstand adverse influences that threaten the integrity of the personality and have a significant stressogenic potential.

RESULTS AND DISCUSSION

Resilience is regarded as the ability to maintain faith in oneself, to be confident in oneself, one's capabilities, as the ability to effective mental self-regulation, and, as a result, to preserve the ability of an individual to function, exercise self-government, develop, and adapt. Therefore, the concept of resilience is defined as a psychological phenomenon: resilience is a special system of attitudes and skills that allows to transform changes into opportunities and reflects the «psychological resilience» and enhanced human efficiency associated with their motivation. It allows an individual to counteract life's difficulties, the adverse effects of circumstances, and to maintain health and performance in various life challenges [8].

One of the ways to maintain an adequate level of resilience is to develop constructive stress-coping behavior. Such behavior is considered as one of the manifestations of human resilience, since overcoming difficulties not only preserves resilience, but also actualizes it, tests and roots it [32, 33]. This definition includes certain styles – problem-oriented coping, emotion-oriented coping, avoidance, which play a role in a person's overcoming difficult life situations [37].

Coping behavior is one of the most important resources of the individual to make up for the lack of vitality

Копінг-поведінка (coping behavior) є одним із найважливіших ресурсів особистості, що заповнюють нестачу життєвих сил у проблемних ситуаціях. Необхідно зазначити, що копінг-стратегії, як способи управління поведінкою у стресових ситуаціях у загальнолюдському плані, є універсальною профілактичною стратегією з формування фрустраційної толерантності та стресостійкості. Вивчення поведінки, спрямованої на подолання травматичних ситуацій, було започатковано в зарубіжній психології в рамках досліджень копінг-поведінки – індивідуального способу взаємодії особистості з ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини та її психологічних можливостей. Спочатку поняття «копінг-поведінка» використовувалося в психології стресу і визначалося як комплекс когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на послаблення впливу стресу на особистість. Під «копінгом» (від англ. «cope» – долати) розуміють когнітивні, емоційні і поведінкові спроби впоратися зі специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами ситуації, що оцінюються особистістю як напружені, і перевищують її адаптивні можливості [25]. У сучасній медичній психології для позначення способів поведінки людини у травмуючих ситуаціях використовуються терміни «coping» («справлятися» з будь-якою, наприклад, з проблемною ситуацією) і «defense» («захист», наприклад, від неприємних переживань, думок або фактів, що загрожують позитивній самооцінці особистості). У концепції психологічного захисту З. Фрейда поняття «defense» позначає функцію захисту еґо від усвідомлення або прийняття неприємного життєвого факту [2, 9].

Відомо, що копінг-стратегія – це раціональна усвідомлена поведінка, спрямована на усунення стресогенної ситуації [33]. Копінг-стратегія, як адаптивна реакція психіки, має усувати ситуації психологічної небезпеки, тобто підтримувати баланс між вимогами середовища та наявними ресурсами, що задовольняють ці умови. Дана стратегія має такі функції: фокусування на проблемі, руйнування стресового зв'язку особистості та середовища та фокусування на емоціях, спрямованих на управління емоційним дистресом. Мета копінг-стратегії – погасити стресову дію факторів зовнішнього та/або внутрішнього середовища.

Травматична ситуація призводить до психічного болю, функція якого проінформувати про психологічне неблагополуччя та запустити механізм зцілення психіки – роботу захисних механізмів, зокрема механізмів витіснення та пригнічення або відповідну реакцію. Відповідна реакція на травматичний вплив проявляється зовнішніми діями або внутрішніми переживаннями. Відповідною реакцією може бути удар, крик, почуття безсилля та плач. Відповідна реакція дає змогу здійснити розрядження надмірного психічного збудження, що виникає під час травматизації [15, 27].

У випадку, коли психічне збудження, яке зросло, не може бути відреаговано (зокрема, вербально, як відомо, слова можуть замінювати не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони трансформують енергію травматичного збудження у тілесні симптоми, отже, розрядження відбувається в соматичній сфері. Відбувається конверсія [18, 22].

in problematic situations. It should be noted that coping strategies, as ways to manage behavior in stressful situations, are a universal preventive strategy for the formation of frustration tolerance and stress resistance. The study of behavior aimed at overcoming traumatic situations was initiated in foreign psychology as part of research on coping behavior—an individual way of interaction between a person and a situation in accordance with its own logic, significance in a person's life, and psychological capabilities. Initially, the concept of «coping behavior» was used in the psychology of stress and was defined as a set of cognitive and behavioral efforts aimed at reducing the impact of stress on the individual. Coping is defined as cognitive, emotional, and behavioral attempts to cope with specific external or internal demands of a situation that are assessed by the individual as stressful and exceeding his or her adaptive capabilities [25]. In modern medical psychology, the terms «coping» («coping» with something, for example, with a problematic situation) and «defense» («defense», for example, against unpleasant experiences, thoughts or facts that threaten a person's positive self-esteem) are used to describe ways of human behavior in traumatic situations. In Freud's concept of psychological defense, the term «defense» refers to the function of protecting the ego from the realization or acceptance of an unpleasant fact of life [2, 9].

It is known that a coping strategy is a rational conscious behavior aimed at eliminating a stressful situation [33]. The coping strategy, as an adaptive reaction of the psyche, should eliminate situations of psychological danger, that is, maintain a balance between the requirements of the environment and the available resources that meet these conditions. This strategy has the following functions: focusing on the problem, destroying the stressful connection between the individual and the environment, and focusing on emotions aimed at managing emotional distress. The goal of the coping strategy is to extinguish the stressful effects of external and/or internal environmental factors.

A traumatic situation leads to psychic pain, the function of which is to inform about psychological distress and trigger the mechanism of mental healing – the work of defense mechanisms, in particular, the mechanisms of displacement and suppression or the appropriate response. The response to traumatic exposure is manifested by external actions or internal experiences. A response may include hitting, screaming, feeling powerless, and crying. The response allows for the discharge of excessive mental arousal that occurs during traumatization [15, 27].

If the increased mental arousal cannot be responded to (in particular, verbally, as it is known that words can replace not only actions but also experiences), the defense mechanisms of the mental system begin to work. They transform the energy of traumatic arousal into bodily symptoms, and thus discharge occurs in the somatic sphere. Conversion takes place [18, 22].

Since somatization helps to discharge mental tension, a specific «mental core» or «switching point» is formed in the mental system, which is associated with all the «attributes» of the trauma. This «mental core» will begin to activate whenever the situation resembles traumatic experiences, simultaneously triggering pathological response mechanisms. The scientist called this process

Оскільки соматизація сприяє розрядженню психічного напруження, у психіці формується специфічне «ментальне ядро» або «пункт перемикання», асоціативно пов'язаний з усією «атрибутикою» отриманої психічної травми. Це «ментальне ядро» почне активізуватися щоразу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування. Вчений називав цей процес феноменом «нав'язливого повторення». Таким чином, психічна травма має надзвичайно «хорошу пам'ять», а її жертви страждають переважно від спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо [3, 34].

У даному контексті провідну роль відіграє пам'ять. Виділення імпліцитної та експліцитної пам'яті має свої особливості, а саме: імпліцитна пам'ять – це первинна пам'ять. Її наявність зумовлює «швидке», первинне сприйняття подій (наприклад, у разі небезпеки) та генерування певних реакцій у відповідь на подію: емоційних (наприклад, страх), поведінкових (біжи/нападай/завмирай) та вегетативних (наприклад, активація симпатичної системи, приведення тіла у «бойову готовність»). Дані реакції є складовою так званої швидкої нейрональної мережі оцінки ситуації та первинної підкіркової оцінки та реакції у відповідь на ситуацію, що призводить до формування відповідних ментальних моделей (в результаті формування зв'язків між певними характеристиками середовища і реакціями на них). Ця пам'ять не має суб'єктивного відчуття спогаду, тобто минулого часу, подія переживається так, ніби вона відбувається зараз. За рахунок регуляції мигдалеподібним тілом, це наша швидка, автоматична, когнітивно необроблена реакція на події [35].

Експліцитна пам'ять – пов'язана з дозріванням певних структур мозку та розвитком мови – з'являється після двох років, це нарративна пам'ять, організована за допомогою мови. Вона реалізується, зокрема, за допомогою залучення лобної кори та гіпокампу. Формуючись з фактичної та автобіографічної пам'яті, вона є складовою так званої повільної нейрональної мережі оцінки ситуації – коли інформація аналізується, порівнюється з минулим досвідом, накопиченими знаннями і, як результат, генерується свідомо кіркова реакція на подію. Спогади у цьому випадку контрольовані, складові спогадів інтегровані, є суб'єктивне відчуття минулого. Експліцитна пам'ять вимагає свідомої уваги та піддається активній реорганізації у процесі життя. Роль гіпокампу дуже важлива, бо це інтеграція фрагментів пам'яті, їх взаємозв'язки, їх архівація, організація з нарративним автобіографічним контекстом (у цьому процесі інтеграції задіяно також фронтальний та інші відділи мозку) [36].

Отже, враховуючи, що реакція людини, яка перебуває в стресовій ситуації, формується за участю лімбічної системи головного мозку, а саме: мигдалеподібне тіло розпізнає значущість подразника, структури гіпокампу, відповідають за «когнітивну карту світу» та таламус, як центру включення сенсорної інформації, що активізується. Перш ніж емоції виявляться лише на рівні кори мозку, інформація від зовнішніх рецепторів обробляється лише на рівні гіпоталамуса, гіпокампу, досягаючи поясної звивини.

Система гіпоталамуса та мигдалини забезпечує реакцію організму лише на рівні найпростіших, базових форм поведінки [29]. Отримана нами сенсорна інформація спочатку надходить у таламус, який діє

the phenomenon of «obsessive repetition». Thus, psychological trauma has an extremely «good memory» and its victims suffer mainly from memories and pathological patterns of response, realized unconsciously [3, 34].

In this context, memory plays a leading role. The distinction between implicit and explicit memory has its own peculiarities, namely: implicit memory is the primary memory. Its presence determines the «quick», primary perception of events (for example, in case of danger) and the generation of certain reactions in response to the event: emotional (for example, fear), behavioral (run/attack/freeze) and autonomic (for example, activation of the sympathetic system, putting the body on «alert»). These reactions are part of the so-called fast neural network of situation assessment and primary subcortical assessment and response to the situation, which leads to the construction of appropriate mental models (as a result of the development of links between certain environmental characteristics and reactions to them). This memory does not have a subjective sense of recollection, i.e., past tense; the event is experienced as if it were happening now. Due to the regulation of the amygdala, it is our fast, automatic, cognitively unprocessed reaction to events [35].

Explicit memory – associated with the maturation of certain brain structures and the development of language – appears after the age of two, it is a narrative memory organized through language. It is realized, in particular, through the involvement of the frontal cortex and hippocampus. Formed from factual and autobiographical memory, it is a component of the so-called slow neural network of situation assessment – when information is analyzed, compared with past experience, accumulated knowledge, and, as a result, a conscious cortical reaction to an event is generated. In this case, memories are controlled, the components of memories are integrated, and there is a subjective sense of the past. Explicit memory requires conscious attention and is subject to active reorganization in the course of life. The role of the hippocampus is very important because it integrates memory fragments, their interconnections, their archiving, and organization with a narrative autobiographical context (this integration process also involves the frontal and other parts of the brain) [36].

So, given that the reaction of a person in a stressful situation is formed with the participation of the limbic system of the brain, namely: the amygdala recognizes the significance of the stimulus, the hippocampus structures responsible for the «cognitive map of the world» and the thalamus as the center for the inclusion of activated sensory information. Before emotions are manifested only at the level of the cerebral cortex, information from external receptors is processed only at the level of the hypothalamus, hippocampus, reaching the cingulate gyrus.

The hypothalamus and amygdala system ensures the body's response only at the level of the simplest, most basic forms of behavior [29]. The sensory information we receive first enters the thalamus, which acts as a relay station for the brain. The thalamus transmits this information to the neocortex. From there, the information is sent to the amygdala (the «emotional brain»), which triggers an emotional reaction in response. However, in the case of a stressful threatening situation, the thalamus sends sensory information to both the neocortex and the amygdala. If the amygdala is in danger, it decides

як ретрансляторна станція мозку. Таламус передає цю інформацію у неокортекс. Звідти інформація вирушає в мигдалину («емоційний мозок»), що викликає емоційну реакцію у відповідь. Однак у разі стресової загрозової ситуації таламус відправляє сенсорну інформацію як у неокортекс, так і до мигдалини. Якщо мигдалеподібне тіло зазнає небезпеки, воно в частки секунди вирішує ініціювати реакцію «бий або біжи, замри», перш ніж неокортекс встигне її скасувати [8]. Враховуючи, що мигдалеподібне тіло призначене для захисту нас від небезпек, вплив на нього шляхом оволодіння копінг-стратегіями, необхідний для подолання стресових ситуацій.

Опанування копінг-стратегією особистістю є індивідуальним способом її взаємодії з ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини та її психологічних можливостей. У формуванні процесу опанування значну роль грає мезокортикальний шлях. Відомо, що мигдалеподібне тіло і парагіпокампальна звивина активуються у відповідь на негативний і сумний настрій. Тоді як дофамін синтезується в середньому мозку та передається в префронтальну кору. Враховуючи, що дофамін активує систему винагороди, префронтальна кора збуджує гіпокамп, а подальша активація гіпокампу сприяє консолідації пам'яті (переходу пам'яті з короткострокової до довгострокової) [35]. Тому, за умови позитивного емоційного підкріплення копінгу стратегій, стає можливим опанування дистресом.

Одним із напрямків щодо зберігання життєстійкості, який використовується у Ізраїлі є протокол «4 стихій» – перший протокол, що може застосовуватися під час стресу, кризи чи травми: ситуаціях, коли втрачається контроль над тілом, емоційними та поведінковими реакціями [9]. Отже, першим завданням є повернення контролю над тілом та зниження напруги нервової системи. Протокол складається з чотирьох простих вправ за назвами стихій:

1. Стихія «Повітря» – керування диханням за допомогою техніки «Дихання за квадратом»

Глибоко видихніть через рот все повітря, рахуючи до чотирьох: один, два, три, чотири. Затримайте видих, рахуючи до двох: один, два.

Повільно вдихніть повітря через ніс, рахуючи до двох: один, два. Затримайте дихання, рахуючи по два: один, два.

Глибоко видихніть, можна рахувати до шести або навіть десяти, поки не вийде все повітря.

Головне – зберігати послідовність і робити спочатку видихи, а потім вдихи та видихи робити довше в два і більше разів, ніж вдихи. Уповільнення видиху знижує інтенсивність стресової реакції, тому спочатку має бути довгий видих.

2. Стихія «Вода» – поповнення водного балансу

У стресі ми не відчуваємо, як наші слизові пересихають. Стрес спричинює зневоднення, а зневоднення може стати причиною стресу. Щоб вийти з цього замкненого ланцюга, потрібно пити більше води. Якщо немає води, то втягуйте щоки або імітуйте жувальні рухи. Це надає заспокійливу дію.

3. Стихія «Вогонь» – повернення здатності мислити

Під час стресу людина має тунельний зір – не може бачити широко, помічати те, що відбувається навколо, і не може приймати відповідальних рішень. У такі

in a split second to initiate the «fight or flight, freeze» response before the neocortex has time to cancel it [8]. Given that the amygdala is designed to protect us from danger, influencing it by mastering coping strategies is necessary to overcome stressful situations.

Mastering a coping strategy by a person is an individual way of interacting with a situation in accordance with its own logic, significance in a person's life, and psychological capabilities. The mesocortical pathway plays a significant role in shaping the process of mastery. It is known that the amygdala and the parahippocampal gyrus are activated in response to negative and sad moods. Whereas dopamine is synthesized in the midbrain and transmitted to the prefrontal cortex. Given that dopamine activates the reward system, the prefrontal cortex excites the hippocampus, and further activation of the hippocampus promotes memory consolidation (the transition of memory from short-term to two-term memory) [35]. Therefore, with positive emotional reinforcement of coping strategies, it becomes possible to master distress.

One of the areas of resilience used in Israel is the «4 Elements» protocol, which is the first protocol that can be used during stress, crisis, or trauma: situations when control over the body, emotional and behavioral reactions are lost [9]. So, the first task is to regain control over the body and reduce the tension of the nervous system. The protocol consists of four simple exercises named after the elements:

1. Element of Air – breath control using the Breathing by Square technique

Exhale all the air deeply through your mouth, counting to four: one, two, three, four. Hold the exhalation, counting to two: one, two.

Inhale slowly through your nose, counting to two: one, two. Hold your breath, counting to two: one, two.

Exhale deeply, you can count up to six or even ten, until all the air is out.

The main thing is to keep the sequence and exhale first, and then inhale and exhale for two or more times longer than the inhalations. Slowing down the exhalation reduces the intensity of the stress response, so a long exhalation should be the first.

2. Element «Water» – replenishing the water balance

When we are stressed, we do not feel our mucous membranes drying out. Stress causes dehydration, and dehydration can cause stress. To get out of this vicious cycle, you need to drink more water. If you don't have water, then pull in your cheeks or mimic chewing movements. This has a calming effect.

3. Element «Fire» – restoring the ability to think

When stressed, a person has tunnel vision – they cannot see widely, notice what is happening around them, and cannot make responsible decisions. At such

моменти у власних очах «горить вогонь». Тому необхідно поглянути навкруги, подивитися на якийсь великий (зелений) предмет з різних боків і назвати його.

4. Стихія «Земля» –

ВІДНОВЛЕННЯ КОНТРОЛЮ НАД ТІЛОМ

У момент травматичних подій тіло дуже напружується, стискається, тому необхідно дати йому розслаблення та керованість. Вправа полягає в тому, щоб по черзі напружувати та розслаблювати м'язи.

Це називається комплекс м'язової релаксації за Джейкобсоном (<https://www.youtube.com/watch?v=-EZD0ZHW0BU>).

У польових умовах є армійська вправа під назвою «насос» – ви піднімаєте плечі, напружуєтеся і розслаблюєтеся. Або можна стискати руки в кулаки, напружувати і потім різко скидати їх вниз, немов скидаючи напругу.

Безумовно адекватність стратегій поведінки зумовлюється адаптивними можливостями особистості, особливостями сприйняття та оцінки значимої для неї ситуації. Визначальним чинником у структурі суб'єктивного простору відображення ситуації є суб'єктивне почуття контролю, а специфічність реагування під час дистресу визначається не тільки зовнішньої стимуляцією, а й психічними особливостями суб'єкта. Серед яких: локус-контроль, психологічна витривалість та самооцінка. Саме локус-контроль визначає, наскільки ефективно людина може контролювати довкілля. Екстернали бачать більшість подій як результат випадковостей, не підвладних людині. Інтерналі, навпаки, вважають, що все продумано людиною. Вони, спираючись на когнітивну систему, більшу частину своєї енергії витрачають на отримання інформації, що дозволяє адекватно реагувати на значні події та успішно справлятися зі стресовими ситуаціями. Але у будь-якому разі, необхідно зосереджуватись на досягненні успіху. Плідно запам'ятовування своїх досягнень, а не невдач. Не можна будувати життя на невдачах. Найкращим варіантом є концентрація на своїх досягненнях, любити та хвалити себе.

moments, there is a «fire burning» in your own eyes. Therefore, it is necessary to pay attention around, look at a large (green) object on each side and name it.

4. Element «Earth» –

regaining control over the body

At the time of traumatic events, the body is very tense, compressed, so it is necessary to give it relaxation and control. The exercise is to alternately tense and relax the muscles.

This is called the Jacobson Muscle Relaxation Complex (<https://www.youtube.com/watch?v=-EZD0ZHW0BU>).

In the field, there is an army exercise called «pump» – you lift your shoulders, tense and relax. Or you can clench your hands into fists, tense them up and then bring them down sharply, as if releasing tension.

Of course, the adequacy of behavioral strategies is determined by the adaptive capabilities of the individual, the peculiarities of perception and assessment of the situation that is important to him or her. The determining factor in the structure of the subjective space of reflecting the situation is the subjective sense of control, and the specificity of the response during distress is determined not only by external stimulation but also by the mental characteristics of the subject. These include locus control, psychological endurance, and self-esteem. It is locus of control that determines how effectively a person can control the environment. Extroverts see most events as the result of accidents beyond their control. Internals, on the other hand, believe that everything is designed by humans. Relying on their cognitive system, they spend most of their energy on obtaining information that allows them to respond adequately to significant events and successfully cope with stressful situations. But in any case, you need to focus on achieving success. It is fruitful to remember your achievements, not your failures. You cannot build a life on failures. The best option is to focus on your achievements, love and praise yourself.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи вказане вище, врахування патогенетичних передумов для імплементації досвіду західних лікарів щодо збереження психічного здоров'я є перспективною за рахунок низки факторів:

– зосередження на попередженні: західні системи охорони здоров'я акцентують на попередженні психічних захворювань через освіту, зменшення стресу та розвиток психосоціальної підтримки. Імплементація цих стратегій може допомогти зменшити поширення факторів ризику для розвитку психічних проблем;

– інтеграція охорони ментального здоров'я у загальний медичний контекст: західні системи нерідко працюють над інтеграцією психічної охорони із загальною медичною допомогою. Це може покращити виявлення психічних захворювань, забезпечити комплексний підхід до лікування та зменшити стигматизацію;

– використання сучасних технологій у даному напрямку, а саме: телемедицина для дистанційної консультації, мобільні додатки для самомоніторингу та інші інновації;

CONCLUSIONS

Summarizing the above, taking into account the pathogenetic prerequisites for implementing the experience of Western doctors in maintaining mental health is promising due to a number of factors:

– focusing on prevention: Western healthcare systems emphasize the prevention of mental illness through education, stress reduction, and the development of psychosocial support. Implementing these strategies can help reduce the spread of risk factors for mental health problems;

– integrating mental health care into the general medical context: Western systems often work to integrate mental health care with general medical care. This can improve the detection of mental illness, provide a comprehensive approach to treatment, and reduce stigma;

– use of modern technologies in this area, namely: telemedicine for remote consultation, mobile applications for self-monitoring and other innovations;

– focusing on the scientific basis: Western approaches to mental health are based on scientific research and effective methods.

– фокусування на науковому підґрунті: західні підходи до психічного здоров'я базуються на наукових дослідженнях та ефективних методиках.

Таким чином, обґрунтування імплементації західного досвіду є важливим для удосконалення надання допомоги в системі психічного здоров'я в Україні, яка буде відповідати сучасним стандартам та враховувати особливості української культури та суспільства. У той же час забезпечення ефективної реабілітації для постраждалих є актом визнання їхньої гідності та прав на повноцінне життя, навіть після важких випробувань.

Thus, justifying the implementation of Western experience is important for improving the provision of care in the mental health system in Ukraine, which will meet modern standards and take into account the peculiarities of Ukrainian culture and society. At the same time, ensuring effective rehabilitation for victims is an act of recognizing their dignity and rights to a full life, even after severe trials.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

REFERENCES

1. Charles H.W., Castro C.A., Messer S.C., et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. P. 13–22. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
2. McCaig M.S.W., Kubany M., Edward S. Healing the Trauma of Domestic Violence: A Workbook for Women. Vol. 13. 9781572243699 p.
3. Levine P.A. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. *North Atlantic Books*. 2010.
4. Bremner J.D. Posttraumatic Stress Disorder: From Neurobiology to Treatment. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118356142.ch1>
5. Post-traumatic Stress Disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. National Institute of Clinical Excellence (NICE). London: Gaskell and the British Psychological Society, 2005.
6. Roberts N.P., Kitchiner N.J., Kenardy J., Robertson L., Lewis C. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019. Vol. 2019(8). CD006869 p. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858>
7. Cox C.E., Hough C., Jones D., Ungar A., Reagan W., Key M.D. et al. Effect of a self-directed mobile app mindfulness program for ICU survivors: a pilot RCT. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2018. Vol. 197. A6185 p.
8. Guest R., Tran Y., Gopinath B., Cameron I.D., Craig A. Psychological distress following a motor vehicle crash: preliminary results of a randomised controlled trial investigating brief psychological interventions. *Trials*. 2018. Vol. 19(1). 343 p. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2716-2>
9. Online psychoeducation for the prevention of PTSD. URL: <https://www.clinicaltrials.gov/show/NCT03496714>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Lewis C., Roberts N.P., Bethell A., Robertson L., Bisson J.I. Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Vol. 12. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>
12. Wilson L.C. A systematic review of probable posttraumatic stress disorder in first responders following man-made mass violence. *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 229(1–2). P. 21–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.015>
13. World Health Organization Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event. URL: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/other_complaints_q5.pdf?ua=1
14. Abu-Alhaja R. Critical Clinical Events and Resilience Among Emergency Nurses in Trauma Hospital-Based Emergency Departments: A Cross-Sectional Study. *Journal of Emergency Nursing*. 2022. Vol. 48(5). P. 525–537. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.05.001>
15. Stileman H.M., Jones C.A. Revisiting the debriefing debate: does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 21. 1248924 p. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248924>
16. Lomax J., Meyrick J. Systematic Review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. *Journal of Health Psychology*. 2022. Vol. 27(2). P. 305–331. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105320950799>
1. Charles HW, Castro CA, Messer SC et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *The New England Journal of Medicine*. 2004;351:13–22. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
2. McCaig MSW, Kubany M, Edward S. Healing the Trauma of Domestic Violence: A Workbook for Women. 13:9781572243699. (In English).
3. Levine PA. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. *North Atlantic Books*. 2010. (In English).
4. Bremner JD. Posttraumatic Stress Disorder: From Neurobiology to Treatment. 2016. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118356142.ch1>
5. Post-traumatic Stress Disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. National Institute of Clinical Excellence (NICE). London: Gaskell and the British Psychological Society, 2005. (In English).
6. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L., Lewis C. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019;2019(8):CD006869. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858>
7. Cox CE, Hough C, Jones D, Ungar A, Reagan W, Key M.D et al. Effect of a self-irected mobile app mindfulness program for ICU survivors: a pilot RCT. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2018;197:A6185. (In English).
8. Guest R, Tran Y, Gopinath B, Cameron ID, Craig A. Psychological distress following a motor vehicle crash: preliminary results of a randomised controlled trial investigating brief psychological interventions. *Trials*. 2018;19(1):343. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2716-2>
9. Online psychoeducation for the prevention of PTSD. (In English). URL: <https://www.clinicaltrials.gov/show/NCT03496714>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2013. (In English).
11. Lewis C, Roberts NP, Bethell A, Robertson L, Bisson JI. Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;12. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>
12. Wilson LC. A systematic review of probable posttraumatic stress disorder in first responders following man-made mass violence. *Psychiatry Research*. 2015;229(1–2):21–26. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.015>
13. World Health Organization Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event. (In English). URL: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/other_complaints_q5.pdf?ua=1
14. Abu-Alhaja R. Critical Clinical Events and Resilience Among Emergency Nurses in Trauma Hospital-Based Emergency Departments: A Cross-Sectional Study. *Journal of Emergency Nursing*. 2022;48(5):525–37. (In English).DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.05.001>
15. Stileman HM, Jones CA. Revisiting the debriefing debate: does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma?A meta-analysis.*FrontiersinPsychology*.2023;21:1248924. (In English). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248924>
16. Lomax J, Meyrick J. Systematic Review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. *Journal of Health Psychology*. 2022;27(2):305–31. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105320950799>

17. Curtis J.R., Treece P.D., Nielsen E.L., Gold J., Ciechanowski P.S., Shannon S.E. et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016. Vol. 193(2). P. 154–162. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>
18. Jensen J., Egerod I., Bestle M.H., Christensen D.F., Elklit A., Hansen R.I. et al. The effectiveness of a recovery program aimed at improving quality of life and sense of coherence in post intensive care patients: a pragmatic multicenter randomized controlled trial, the recovery and aftercare of post intensive care patients (RAPIT) study. *Annual Congress of the European Society of Intensive Care Medicine*. 2016. P. Vol. 1–5. A38 p. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40635-016-0098-x>
19. Wang X., Lan C., Chen J., Wang W., Zhang H., Li L. Creative arts program as an intervention for PTSD: a randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2015. Vol. 8(8). P. 13585–13591.
20. Ben-Zion Z., Fine N.B., Keynan N.J., Admon R., Green N., Halevi M. et al. Cognitive flexibility predicts PTSD symptoms: observational and interventional studies. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. 477 p. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00477>
21. Fine N.B., Achituv M., Etkin A., Merin O., Shalev A.Y. Evaluating web-based cognitive-affective remediation in recent trauma survivors: study rationale and protocol. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9(1). 1442602 p. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1442602>
22. Shalev A.Y., Ankri Y., Gilad M., Israeli-Shalev Y., Peleg T., Adessky R. et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. Vol. 77(5). P. 580–587. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09932>
23. Shapiro E., Laub B., Rozenblat O. Early EMDR Intervention following intense rocket attacks on a town: a randomised clinical trial. *Clinical Neuropsychiatry*. 2018. Vol. 15(3). P. 194–205.
24. Zatzick D., O'Connor S.S., Russo J., Wang J., Bush N., Love J. et al. Technology-enhanced stepped collaborative care targeting posttraumatic stress disorder and comorbidity after injury: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28(5). P. 391–400. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22041>
25. Cheng C., Lau Hi-Po B., Chan Man-Pui S. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2014. Vol. 140(6). P. 1582–1607. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037913>
26. Dunkley D.M., Mandel T., Ma D. Perfectionism, neuroticism, and daily stress reactivity and coping effectiveness 6 months and 3 years later. *Journal of Counseling Psychology*. 2014. Vol. 61(4). P. 616–633. DOI: <https://doi.org/10.1037/cou0000036>
27. Eisma M.C., Stroebe M.S., Schut H.A.W., Stroebe W., Boelen P.A., van den Bout J. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. Vol. 122(4). P. 961–970. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0034051>
28. Gil S., Weinberg M. Coping Strategies and Internal Resources of Dispositional Optimism and Mastery as Predictors of Traumatic Exposure and of PTSD Symptoms: A Prospective Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015. Vol. 7(4). P. 405–411. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000032>
29. Isenberg N. et al. Linguistic threat activates the human amygdala. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1999. Vol. 96. P. 10456–10459. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.96.18.10456>
30. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi scale for combat-related PTSD: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, № 1. P. 85–90. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>
31. Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*. 1987. Vol. 43. P. 32–43. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x)
32. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among schoolage Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015. Vol. 85(1). P. 72–79. DOI: <https://doi.org/10.1037/ort0000039>
33. Morimoto H., Shimada H. The relationship between psychological distress and coping strategies: their perceived acceptability within a socio-cultural context of employment, and the motivation behind their choices. *International Journal of Stress Management*. 2014. (In English).
17. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Gold J, Ciechanowski PS, Shannon SE et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016;193(2):154–62. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>
18. Jensen J, Egerod I, Bestle MH, Christensen DF, Elklit A, Hansen RI et al. The effectiveness of a recovery program aimed at improving quality of life and sense of coherence in post intensive care patients: a pragmatic multicenter randomized controlled trial, the recovery and aftercare of post intensive care patients (RAPIT) study. *Annual Congress of the European Society of Intensive Care Medicine*. 2016;1–56A38. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40635-016-0098-x>
19. Wang X, Lan C, Chen J, Wang W, Zhang H, Li L. Creative arts program as an intervention for PTSD: a randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2015;8(8):13585–91. (In English).
20. Ben-Zion Z, Fine NB, Keynan NJ, Admon R, Green N, Halevi M et al. Cognitive flexibility predicts PTSD symptoms: observational and interventional studies. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:477. (In English). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00477>
21. Fine NB, Achituv M, Etkin A, Merin O, Shalev AY. Evaluating web-based cognitive-affective remediation in recent trauma survivors: study rationale and protocol. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018;9(1):1442602. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1442602>
22. Shalev AY, Ankri Y, Gilad M, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(5):580–7. (In English). DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09932>
23. Shapiro E, Laub B, Rozenblat O. Early EMDR Intervention following intense rocket attacks on a town: a randomised clinical trial. *Clinical Neuropsychiatry*. 2018;15(3):194–205. (In English).
24. Zatzick D, O'Connor SS, Russo J, Wang J, Bush N, Love J et al. Technology-enhanced stepped collaborative care targeting posttraumatic stress disorder and comorbidity after injury: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(5):391–400. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22041>
25. Cheng C, Lau Hi-Po B, Chan Man-Pui S. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2014;140(6):1582–607. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037913>
26. Dunkley DM, Mandel T, Ma D. Perfectionism, neuroticism, and daily stress reactivity and coping effectiveness 6 months and 3 years later. *Journal of Counseling Psychology*. 2014;61(4):616–33. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/cou0000036>
27. Eisma MC, Stroebe MS, Schut HAW, Stroebe W, Boelen PA, van den Bout J. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(4):961–70. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/a0034051>
28. Gil S, Weinberg M. Coping Strategies and Internal Resources of Dispositional Optimism and Mastery as Predictors of Traumatic Exposure and of PTSD Symptoms: A Prospective Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015;7(4):405–11. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000032>
29. Isenberg N et al. Linguistic threat activates the human amygdala. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1999;96:10456–9. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.96.18.10456>
30. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi scale for combat-related PTSD: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85–90. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>
31. Keane TM, Wolfe J, Taylor KL. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*. 1987;43:32–43. (In English). DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x)
32. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among schoolage Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015;5(1):72–9. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/ort0000039>
33. Morimoto H, Shimada H. The relationship between psychological distress and coping strategies: their perceived acceptability within a socio-cultural context of employment, and the motivation behind their choices. *International Journal of Stress Management*. 2014. (In English).

34. Ogle Ch.M., Rubin D.C., Siegler I.C. The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology*. 2013. Vol. 49(11). P. 2191–2200. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031985>
35. Osaka M., Yaoi K., Minamoto T., Osaka N. When do negative and positive emotions modulate working memory performance? *Scientific reports*. 2013. Vol. 3. 1375 p. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep01375>
36. Rushworth M.F., Kolling N., Sallet J., Mars R.B. Valuation and decision-making in frontal cortex: one or many serial or parallel systems? *Current opinion in neurobiology*. 2012. Vol. 22(6). P. 946–955. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.04.011>
37. Schnider K.R., Elhai J.D., Gray M.J. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*. 2007. Vol. 54(3). P. 344–350.
38. Sørensen S., Hirsch J.K., Lyness J.M. Optimism and planning for future care needs among older adults. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2014. Vol. 27(1). P. 5–22. DOI: <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000099>
34. Ogle ChM, Rubin DC, Siegler IC. The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology*. 2013;49(11):2191–200. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031985>
35. Osaka M, Yaoi K, Minamoto T, Osaka N. When do negative and positive emotions modulate working memory performance? *Scientific reports*. 2013;3:1375. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1038/srep01375>
36. Rushworth MF, Kolling N, Sallet J, Mars RB. Valuation and decision-making in frontal cortex: one or many serial or parallel systems? *Current opinion in neurobiology*. 2012;22(6):946–55. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.04.011>
37. Schnider KR, Elhai JD, Gray MJ. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*. 2007;54(3):344–50. (In English).
38. Sørensen S, Hirsch JK, Lyness JM. Optimism and planning for future care needs among older adults. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2014;27(1):5–22. (In English). DOI: <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000099>

Перспективи подальших досліджень

Prospects for further research

Запровадження зарубіжних психотерапевтичних підходів у систему охорони психічного здоров'я населення України в умовах війни може бути корисним в аспекті розширення можливостей лікування постраждалих та ефективної сучасної підготовки місцевих фахівців із психотерапії за зарубіжними методиками. Це дозволить створити базу кваліфікованих спеціалістів, які зможуть надавати психічну допомогу населенню, особливо в умовах сьогодення.

The introduction of foreign psychotherapeutic approaches into the system of mental health care of the population of Ukraine in the conditions of war can be useful in the aspect of expanding the possibilities of treatment of victims and effective modern training of local specialists in psychotherapy according to foreign methods. This will create a base of qualified specialists who will be able to provide mental assistance to the population, especially in today's conditions.

Конфлікт інтересів

Conflict of interest

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

The authors state no conflict of interest.

Інформація про фінансування

Funding information

Фінансування видатками Державного бюджету України. Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри неврології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України «Динаміка когнітивних та психоемоційних розладів у пацієнтів з демієлінізуючими захворюваннями в умовах дії хронічного стресу», державний реєстраційний номер 0123U104329, термін виконання 2027 рік, керівник – доктор медичних наук, професор О.Л. Товажнянська.

Financed by the state budget of Ukraine. The article is a fragment of the planned scientific-research work of the Neurology Department of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine «Dynamics of cognitive and psychoemotional disorders in patients with demyelinating diseases under the influence of chronic stress» state registration number 0123U104329, code KPKVK 2301020, completion date 2027, supervisor – Doctor of Medical Sciences, Professor O.L. Tovazhnyanska.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Некрасова Наталія Олександрівна – доктор медичних наук, професор кафедри неврології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022; e-mail: limka.nno@gmail.com
моб.: +38 (050) 615-45-80

Nekrasova Natalia Oleksandrivna – Doctor of Medical Sciences, Professor of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022; e-mail: limka.nno@gmail.com
tel.: +38 (050) 615-45-80

Внесок автора: актуалізація та пошук літературних та інформаційних ресурсів за даною темою.

Author's contribution: search and update for literary and informational resources on this topic.

Маркова Маріанна Владиславівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022; e-mail: markova.md.professor@gmail.com
моб.: +38 (050) 606-81-45

Markova Marianna Vladislavivna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022; e-mail: markova.md.professor@gmail.com;
моб.: +38 (050) 606-81-45

Внесок автора: аналіз та корегування виконаної роботи.

Author's contribution: analysis and correction of the performed work.

Коростій Володимир Іванович – доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; медичний директор Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, керівник Центру психічного здоров'я Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022;

e-mail: vi.korostii@knmu.edu.ua

моб.: +38 (099) 960-48-66

Внесок автора: коментування та редагування тексту, експертна оцінка.

Дарій Іван Володимирович – доктор філософії, асистент кафедри неврології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; старший лейтенант медичної служби збройних сил України, старший ординатор неврологічного відділення Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022;

e-mail: Van.neuro@gmail.com

моб.: +38 (063) 308-09-20

Внесок автора: участь у написанні тексту, аналіз отриманих результатів.

Korostiy Volodymyr Ivanovych – Doctor of Medicine, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Medical Director of the Educational and Scientific medical center «University Clinic» of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Head of the Mental Health Center of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022;

e-mail: vi.korostii@knmu.edu.ua

tel.: +38 (099) 960-48-66

Author's contribution: commenting and text editing, expert evaluation.

Darii Ivan Volodymyrovych – MD, PhD, Assistant of the Neurology Department of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Senior lieutenant of the Armed Forces of Ukraine, Senior doctor of the neurological department of the Military Medical Clinical Center of the Northern Region; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022;

e-mail: van.neuro@gmail.com

tel.: +38 (063) 308-09-20

Author's contribution: participation in writing the text, analysis of the obtained results.

Рукопис надійшов
Manuscript was received
15.12.2023

Отримано після рецензування
Received after review
18.01.2024

Прийнято до друку
Accepted for printing
19.01.2024

Опубліковано
Published
29.03.2024