

Характерні риси психічних порушень у потерпілих від насильницьких дій

Сергій Шум

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»

Актуальність. Жертви насильницьких злочинів, незалежно від способу впливу злочину на потерпілу особу – психологічного, фінансового, фізичного та духовного, - можуть довгий час мати значні порушення психосоматичного здоров'я. На небезпеці насильницьких дій, в тому числі як катувань та інших способів неналежного та жорстокого поводження, для психічного здоров'я особи було наголошено у Стамбульському протоколі, що є міжнародним посібником з питань ефективного розслідування і документування фактів катувань та іншого жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання.

Методи та матеріали. Було проведено пілотне дослідження верифікації психічних порушень 22 постраждалих від насильницьких злочинів осіб за даними судово-психіатричних експертиз. Верифікація психічних порушень проводилась відповідно до положень Стамбульського протоколу та критеріїв Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

Результати. Всі обстежені особи, повідомили про травматичні події, які відповідали критерію стресового стану (А-критерій) для ПТСР. 63,6% потерпілих були полоненими на тимчасово окупованих територіях Донбасу, де піддавалися катуванням та іншому нелюдському поводженню; 18,1% були постраждалими від насильницьких дій поліції; 18,1% були жертвами сексуального насильства. Відповідно до критеріїв ПТСР у 100% обстежених відмічались прояви кластеру вторгнення, у 54,5% - прояви кластеру наміну та у 31,8% - прояви кластеру гіперзбудження. 31,8% постраждалих отримали діагноз ПТСР.

У понад 1/3 обстежених осіб були присутні ознаки депресії, але тільки 9,1% відповідали критеріям депресивного розладу середнього ступеню тяжкості. Тривога була наскрізним симптомом, присутнім одночасно з іншими порушеннями у 95,5% випадків. Симптоми соматизації (15 осіб; 68,1%) були представлені переважно хронічним болем різної локалізації. Вживання алкоголю на рівні побутового пияцтва було у 40,9%, епізодичне вживання канабісу – у 27,2%. Психічні порушення внаслідок насильницьких дій можуть як лишатися на рівні фрагментарних або субклінічних проявів психічних розладів, не сягаючи нозологічного рівня та редуватися з часом, так бути ініціальною чи резидуальною фазою перебігу певного розладу психіки та поведінки

Висновки. Рання діагностика психічних порушень у жертв насильницьких злочинів дозволить вчасно застосовувати медико-психосоціальні заходи, що сприятиме прискоренню реабілітації постраждалих осіб та зниженню психічної захворюваності

Актуальність

Відповідно до панівної в сучасній медицині біопсихосоціальної парадигми, здоров'я людини залежить все більшою мірою залежить від антропогенних факторів, а саме агресії соціуму

стосовно людини [1]. Для опису такого непривітного для людини сучасного світу навіть з'явився усталений термін — VUCA: у нашому світі поєднані Volatility (нестабільність), Uncertainty (невизначеність), Complexity (складність), Ambiguity (неоднозначність) [2].

Нажаль у світі попри зусилля міжнародної спільноти дедалі більше розповсюдженими постають прояви агресії, насильства, жорстокого поводження та навіть катування одними особами інших осіб [3]. Варто зазначити, що жорстокими і такими, що ображають людську гідність, вважаються усі дії, які завдають особі особливого фізичного болю, психічних чи моральних страждань. На практиці вони можуть бути реалізовані у протиправному застосуванні спеціальних засобів (наручників, гумові кийки, отруйні гази, водомети тощо), позбавленні людини їжі, води, тепла, залишенні у шкідливих умовах; позбавленні людини будь-якого з її природних почуттів: зору, слуху, просторової або часової орієнтації; приниженні гідності людини (стояння голим біля стіни; одягання мішка на голову, утримання у підвалах, де є щури тощо). Катування, жорстоке нелюдське поводження тощо має місце тоді, коли страждання спричиняється державними посадовими особами чи іншими особами, які виступають як офіційні, чи з їх підбурювання, відома, або мовчазної згоди [4].

Українська сучасність виявляє себе такими реаліями, соціально-економічна напруженість у суспільному житті, зростаюче зубожіння широких мас населення та багаторічні бойових дій на території нашої країни, що у сукупності висуває проблему насильницької злочинності в ряд першочергових проблем державного рівня [5, 6]. Жертви насильницьких злочинів, незалежно від способу впливу злочину на потерпілу особу – психологічного, фінансового, фізичного та духовного, - можуть довгий час мати значні порушення психосоматичного здоров'я [7].

Оцінка наслідків агресивних (жорстоких, нелюдських та принижуючих гідність людини) дій є досить складною та залежить як від тривалості та інтенсивності такого знущання, його наявних та прихованих наслідків для фізичного здоров'я особи, так і від психічного стану та інших індивідуальних особливостей постраждалої особи (вік, стать тощо) [8]. Причому, фізичні травми більшою мірою є наочними, спричиняють погіршення соматичного здоров'я та змушують людину самостійно або за допомогою близького оточення звернутися по медичну допомогу у їх верифікації та подальшому лікуванні.

Особливістю визначення шкоди для психічного здоров'я потерпілої особи є те, що психологічні та психічні травми, які можуть викликати стрес, почуття жаху чи неспокою, відчуття приниження та образи, навіть зломити фізичний чи моральний опір людини, почасти не повністю усвідомлюються або лишаються свідомо чи несвідомо прихованими, продовжуючи руйнування психічного здоров'я людини [9]. Додаткові складності щодо верифікації психічних порушень таких станів спричиняє те, що об'єктивні факти (дії) в оцінках можна довести, а самі суб'єктивні оціночні судження постраждалого, їх правдивість довести дуже складно, іноді майже неможливо.

З іншого боку, саме когнітивний компонент (самостійна оцінка кожної особи, чи є те чи інше поводження з нею таким, що принижує її честь і гідність), а не тільки перцептивний компонент самого знущання визначає подальше афективне реагування та поведінкові зміни людини та започатковує ймовірне формування психічних порушень або розладів [10].

На небезпеці насильницьких дій, в тому числі як катувань та інших способів неналежного та жорстокого поводження, для психічного здоров'я особи було наголошено у Стамбульському протоколі [11], що є міжнародним посібником з питань ефективного розслідування і документування фактів катувань та іншого жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання.

Отже, на особливу увагу з боку медичної науки та практики заслуговують психологічні порушення та психічні розлади особи, які потенційно можуть бути постраждалими внаслідок насильницьких злочинів.

Методи та матеріали

В межах проведення наукового дослідження, а саме розробки інтегративної моделі психолого-психіатричного втручання щодо жертв насильницьких злочинів, що поєднуюватиме стандартизовану судово-психіатричну оцінку та систему специфічних реабілітаційних заходів, нами було проведено пілотне дослідження верифікації психічних порушень 22 постраждалих осіб за даними судово-психіатричних експертиз. Верифікація психічних порушень проводилась відповідно до положень Стамбульського протоколу та критеріїв Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) [11, 12].

Результати та обговорення

Серед обстежених осіб переважали чоловіки (19 осіб, 86,3%), середній вік потерпілих осіб склав $32,7 \pm 12,4$ років. Серед потерпілих від насильницьких дій 14 осіб (63,6%) були полоненими на тимчасово окупованих територіях Донбасу, де піддавалися катуванням та іншому нелюдському поводженню; 4 особи (18,1%) були постраждалими від насильницьких дій поліції; 4 особи (18,1%) були жертвами сексуального насильства. Всі обстежені особи, повідомили про травматичні події, які відповідали критерію стресового стану (А-критерій) для ПТСР.

Нами було визначено, що 20 постраждалих осіб (90,9%) були піддані різним видам депривації: Т73.0 (голодування) – 11 осіб (50,0%), Т73.1 (спрага) – 13 осіб (59,1%), Т73.2 (виснаження наслідок тривалого перебування у несприятливих умовах) – 16 осіб (72,7%), Т73.4 (виснаження внаслідок перенапруги) – 8 осіб (36,4%), Т73.8 (інші прояви депривації) – 17 осіб (77,2%). Причому, в більшості випадків (68,1%) йшлося про поєднання видів депривації. Всі обстежені особи були піддані жорсткому поводженню, а саме: фізичному (Т74.1) – 21 особа (95,5%), сексуальному (Т74.2) – 12 осіб (54,5%), психологічному (Т74.3) – 22 особи (100%).

Найбільш стресогенним чинником 12 осіб (54,4%) вважали фізичне жорстоке поводження, в той час, як на стресогенності психологічного жорсткого поводження наголошували 9 осіб (40,9%). Про недооцінювання стресогенності психологічного насильства повідомляли Vichescu D. зі співавторами [13] при описі довготривалих наслідків тортур у жертв політичних репресій в Румунії, коли 40,7% обстежених осіб найбільш стресовим аспектом тримання під вартою вважали фізичне жорстоке поводження, 19 (32,2%) – психологічне жорстоке поводження, а 6 (10,3%) – ізоляцію.

У 100% обстежених нами жертв насильницьких злочинів відмічалось повторне переживання травми, як прояв кластеру вторгнення з критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР): 14 осіб (63,6%) подумки повертатися до минулих подій; 12 осіб (54,5%) страждати від нав'язливих спогадів, в яких вона знову переживали травматичні події. Про спогади у стані пильнування повідомили 9 осіб (40,9%), а про періодичні нічні жахи з елементами тортур/насилля в достеменній або символічній формі – 13 осіб (59,1%).

Наслідками повторного переживання травми (негативний когнітивний та емоційний дрейф) можна вважати особливості поведінкових реакцій обстежених осіб у вигляді недовіри (15 осіб; 68,2%) і страху (6 осіб; 27,3%) в процесі проведення судово-психіатричної експертизи, що може бути пояснено сприйняттям лікарів та психологів особами, що «наділені владою» і, відповідно, впливом на подальше життя постраждалих.

Окремі прояви уникнення та емоційної загальмованості кластеру наробітків з критеріїв ПТСР, демонстрували 12 обстежених осіб (54,5%). Причому про прагнення уникнути думок та розмов повідомили 10 осіб (45,5%), про нездатність згадати той чи інший важливий аспект травматичної ситуації – 5 осіб (22,7%). Уникнення почасти супроводжувалось відчуттям емоційної скутості особистого відчуженням, що деколи призводило до змін поведінки у

вигляді соціального відсторонення.

Ознаки перезбудження, що представляють кластер поведінкових проявів ПТСР, були виявлені у 7 осіб (31,8%) переважно у вигляді дратівливості (7 осіб; 31,8%), спалахів гніву (5 осіб; 22,7%) та посилення реакції здригання (2 особи; 9,1%). Такі постраждалі особи також відчували загальну тривогу з симптомами веретативного збудження (пришвидшене дихання, пітливість, сухість в роті або запаморочення голови, шлунково-кишкові розлади тощо). За МКХ-10 ознаки перезбудження верифікуватися за допомогою кодів R45.1 (Стурбованість та збудження) та R45.4 (Роздратованість та гнів).

Серед обстежених 22 жертв насильницьких дій за результатами судово-психіатричної експертизи 7 обстежених (31,8%) отримали діагноз ПТСР. Лише у однієї особи з числа обстежених не було симптомів ПТСР, тоді як більшість (16 осіб, 72,7%) повідомили як мінімум шість симптомів ПТСР. В дослідженні Bichescu D. зі співавторами [14] також повідомлялось, що $\frac{3}{4}$ раніше підданих тортурам осіб мали понад шість симптомів ПТСР, а не повідомляли про такі симптоми лише 3% постраждалих. За даними цих авторів, найбільш частими специфічними симптомами у групі тих, хто вижив, були спогади про травму (78%), дистрес, коли нагадували про травму (68%), погані сни або кошмари про травму (64%) та уникнення думок про травму (63%). Найменш поширеними симптомами були обмежений афект (19%) та обмежені очікування щодо майбутнього (22%).

Порушена самооцінка та відчуття обмеженої перспективи, які продемонстрували відповідно 9 осіб (40,9%) та 7 осіб (31,8%), великою мірою залежали саме від особистого сприйняття постраждалими самої психотравмуючої ситуації та особистісних особливостей постраждалої особи. Відомо, що порушена самооцінка та відчуття обмеженої перспективи часто ініціює подальший розвиток психічних розладів, зокрема депресії, загострення хронічних захворювань, і навіть призводить до самогубства [14]. Кодування цих порушень за МКХ-10 акцентувалося насамперед саме на стані деморалізації (R45.3).

У 8 обстежених осіб (36,4%) були присутні ознаки депресії у вигляді гіпотимії (3 особи; 13,6%), ангедонії (31,8%), безсоння (5 осіб; 22,7%) почуття нікчемності та надмірної провини (4 особи; 18,2%), труднощів в зосереджуванні уваги, концентрації або відтворенні з пам'яті (6 осіб; 27,3%), а також суїцидальної налаштованості (2 особи; 9,1%). Серед обстежених з ознаками депресії 2 особи (9,1%) відповідали критеріям депресивного розладу середнього ступеню тяжкості; 2 особи (9,1%) клінічно були верифіковані як R45.3 (Деморалізований стан та апатія); 4 особи (18,2%) – як R45.2 (Почуття нещастя). Bichescu D. зі співавторами при описі довготривалих наслідків тортур у жертв політичних репресій в Румунії також визначали присутність депресії в межах 27% [13]. Також вони наголошували на поширеності зловживання наркотиками (37%), дисоціативних розладах (34%) та наявності симптомів соматизації (48%). Окремо було відмічено сильний позитивний зв'язок між проявами ПТСР та поширеністю дисоціативних порушень, а також ПТСР з депресією.

Серед ознак дисоціації, деперсоналізації та нетипової поведінки найчастіше зустрічалась саме деперсоналізація (4 особи; 18,2%), в той час як про дисоціацію на кшталт спостереження за собою з боку («муха на стелі») повідомили 2 особи (9,1%). Раніше нетипова для обстежених осіб, необґрунтовано ризикована поведінка, була визначена у 3 осіб (13,6%). За даними наукової медичної літератури, найчастіше діагностованим дисоціативним розладом серед колишніх в'язнів також був розлад персоналізації (20,3%) [13].

Більш ранні клінічні дослідження наслідків Голокосту на пізніх стадіях життя підкреслювали зростання тяжкості депресивних та соматичних симптомів як результат невдалої емоційної обробки травми [15]. Дійсно, окремі соматичні симптоми, що часто з'являються у осіб, які зазнали неналежного та жорстокого поводження, зокрема катувань, у вигляді болю або інших фізичних нездужань незалежно від того, чи є для цього об'єктивні підстави [16]. Соматичні симптоми можуть бути спричинені безпосередньо фізичними наслідками катування, але зараз

наразі йдеться про патологічні прояви психологічного генезу. В таких випадках йдеться про соматизацію психічних симптомів на кшталт тривоги, депресії, агресії тощо [16].

У понад ½ обстежених нами осіб були присутні симптоми соматизації (15 осіб; 68,1%), причому 14 осіб (63,6%) скаржились на біль та 3 особи (13,6%) мали псевдоневрологічні симптоми. Важливо, що у 5 осіб (22,7%) біль був єдиним явним симптомом з мінливою локалізацією та відчувався з різною інтенсивністю. Взагалі обстежені особи скаржилися на біль у спині, кістково-м'язовий біль або головний біль, часто від травм голови. Саме головний біль дуже характерний для осіб, що зазнали катування, та часто приводить до появи хронічного посттравматичного болю [17]. За МКХ-10 такі стани можуть верифікуватися як R52 (Біль, не класифікований в інших рубриках).

Особливістю сексуальних порушень у осіб, які зазнали сексуального катування або зґвалтування, є дуже часте намагання їх приховати, тобто агравація симптоматики вважаючи на самостигматизацію та досить часто їх стигматизацію суспільством [18]. Ми також зіткнулися з проблемою часткового приховування, в тому числі несвідомого, коли словесні погрози, образи або глузування сексуального характеру не пов'язувалися постраждалою особою з подальшими проблемами статевого життя (3 особи (13,6%). Також маємо зауважити, що наслідками сексуального катування полонених на тимчасово окупованих територіях Донбасу (удари по статевих органах та вплив на ці органи електричним струмом) у 7 осіб (31,8%) постали не тільки певні проблеми інтимного життя, але й міжособистісних відносин та/або хворобливих змін поведінки, зокрема зловживання ПАР.

Ознаки зловживання алкоголем та ПАР, які часто спостерігається у осіб, що пережили епізоди катування, жорстокого або неналежного поводження, є прикладом вторинного зловживання. Тобто, в таких випадках первинно зловживання алкоголем і наркотиками є методом стирання з пам'яті болісних спогадів, стримування емоційних реакцій та угамування хвилювання [19]. Серед обстежених нами 22 осіб вживання алкоголю на рівні побутового пияцтва було визначено у 9 осіб (40,9%), епізодичне вживання канабісу – у 6 осіб (27,2%); зловживання алкоголем на рівні залежності було зафіксовано у 1 особи (4,5%), залежності від ПАР визначено не було. Невисокий порівняно з даними літератури рівень узалежнених осіб може бути пояснений тим, що жертви насильницьких дій обстежувались нами в ранньому посттравматичному періоді ще до потенційного формування адиктивних розладів [19].

Серед психологічних порушень, що найбільшою мірою обумовлювали поведінкові зміни у обстежених осіб варто відмітити порушення мислення у вигляді нав'язливих або навіть маревних ідей (3 особи; 13,6%), фабула яких пов'язана з травматичною подією та стосувалася втручання, стеження або переслідування. Варто зазначити, що такі ідеї сполучалися з високим рівнем тривоги та не відповідали критеріям психотичних розладів за МКХ-10. Ці хворобливі стани були верифіковані як R46.5 (Підозрілість та помітна ухильність). За думкою Priebe S. та співавторів [20], параноїчні ідеї у сполученні з тривогою вважались найважчими психологічними симптомами, що найбільш часто можуть бути у осіб більш старшого віку з різноманітним досвід війни та більш травматичним досвідом після війни.

Насамкінець тривога була наскрізним симптомом, присутнім одночасно з описаними вище порушеннями у 21 особи (95,5%). За даними нашого дослідження, у осіб більш старшого віку більша тяжкість тривоги мала тенденцію до сполучення з ПТСР та депресивними розладами; подібні кореляції були описані Song S.J. та співавторами [21].

Варто зазначити, що психічні порушення внаслідок насильницьких дій можуть як лишатися на рівні фрагментарних або субклінічних проявів психічних розладів, не сягаючи нозологічного рівня та редукуватися з часом, так бути ініціальною чи резидуальною фазою перебігу певного розладу психіки та поведінки. Hollifield M. зі співавторами [22] наголошували, що тортури не є незалежним предиктором поганого психічного здоров'я, тоді як саме преморбідний рівень психічного благополуччя та особливості особистісного реагування великою мірою

обумовлюють порушення психологічного здоров'я внаслідок насильницьких дій.

Про необхідність вчасного та адекватного діагностування психічних порушень у жертв насильницьких злочинів та подальшого відновлення психічного здоров'я постраждалих осіб вже у ранньому посттравматичному періоді свідчить те, що навіть через 18,5 років понад 80% постраждалих від терористичного акту з в Оклахомі повідомляли про симптоми тривоги та депресії у сполученні з вживанням алкоголю (≥ 5 напоїв), погіршенням психічного здоров'я та соціальної діяльності [23].

Висновки

Вчасна діагностика психічних порушень у жертв насильницьких злочинів дозволить диференційовано та персоніфіковано застосовувати медико-психосоціальні заходи, що сприятиме прискоренню реабілітації постраждалих осіб та зниженню психічної захворюваності

Додаткова інформація

Обмеження дослідження

В статті представлені дані пілотного дослідження з невеликою кількістю обстежених осіб в межах судово-психіатричної експертизи. Заплановане подальше проведення дослідження з більшим контингентом постраждалих дозволить уточнити виявлені патопсихологічні порушення та визначити асоціативні зв'язки між ними.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Pyliahina HІa, Khaustova OO, Chaban OS, et al. Medychna psykholohiia. Vinnytsia: Nova Knyha; 2020:288.
2. Tsymbal IV, Zhovtun AA, Limanska OL. Svit VUCA yak suchasnyi kontekst informatsiinykh i suspilno-politychnykh zmin. Naukovyi chasopys NPU imeni MP Drahomanova. Politychni nauky ta metodyka vykladannia sotsialno-politychnykh dystsyplin. 2015;22(17):43-7.
3. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors, and integrated care. International journal of environmental research and public health. 2019;16(13):2309. DOI: 10.3390/ijerph16132309. PMID: 31261840.
4. Kienzler H, Sapkota RP. The long-term mental health consequences of torture, loss, and insecurity: a qualitative study among survivors of armed conflict in the Dang District of Nepal. Frontiers in psychiatry. 2020;10:941. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00941. PMID: 32009989.
5. Shostko OYu, Podilchak OM. Suchasni sivitovi tendentsii zlochynnosti. Problems of legality. 2020;148:184-200.
6. Batoryhareieva VS. Doslidzhennia rehionalnykh osoblyvostei zlochynnosti v Ukraini (retsenziiia na monohrafiuu Babenka AM «Zapobihannia zlochynnosti v rehionakh Ukrainy: kontseptualno-metodolohichni ta prakseolohichni vymir»). Visnyk asotsiatsii kryminalnoho prava Ukrainy. 2018;1(10):246-53.
7. Alfaro-Beracoechea L, Puente A, Da Costa S, et al. Effects of fear of crime on subjective well-being: A meta-analytic review. European Journal of Psychology Applied to Legal Context. 2018;10(2):89-96. DOI: <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a9>
8. OA Banchuk, IO Dmytrieva, BV Malyshev, ZM Saidova. Vidshkoduvannia poterpylym vid

- nasylnytskykh zlochyniv: yevropejski standarty i zarubizhne zakonodavstvo. Kyiv: Moskalenko. 2015:268.
9. Keten A, Abaci R. Evaluation of medical examination of forensic medicine specialists during/after detention within the scope of Istanbul Protocol. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2020;71:101921. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101921> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32094109>
 10. Kira IA. A critical outlook at torture definition, structure, dynamics, and interventions. *Peace and conflict: journal of peace psychology*. 2017;23(3):328. DOI: <https://doi.org/10.1037/pac0000243>
 11. United Nations. Stambulskyi protokol, Posibnyk z pytan efektyvnoho rozsliduvannia i dokumentuvannia faktiv katuvan ta inshoho zhorstokoho, neliudskoho chy takoho, shcho prynyzhuie hidnist, povodzhennia abo pokarannia. Geneva: OON; 2004:137.
 12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
 13. Bichescu D, Schauer M, Saleptsi E, et al. Long-term consequences of traumatic experiences: an assessment of former political detainees in romania. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1(1):17. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-17> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185364>
 14. Kira I, Barger B, Shuwiekh H, Kucharska J, Al-Huwailah AH. Cumulative stressors and traumas and suicide: A non-linear cusp dynamic systems model. *Psychology*. 2019;10(15):1999-2018. DOI: <https://doi.org/10.4236/psych.2019.1015128>
 15. Dashorst P, Mooren TM, Kleber RJ, de Jong PJ, Huntjens RJ. Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. *European journal of psychotraumatology*. 2019;10(1):1654065. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654065> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31497262>
 16. El-Khoury J, Haidar R, Barkil-Oteo A. Psychological torture: Characteristics and impact on mental health. *International journal of social psychiatry*. 2020;1(1):0020764020961800. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020961800> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985299>
 17. Morina N, Kuenburg A, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, Schick M. The Association of Post-traumatic and Postmigration Stress with pain and other somatic symptoms: an explorative analysis in traumatized refugees and asylum seekers. *Pain Medicine*. 2018;19(1):50-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/pm/pnx005> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28340069>
 18. Barton-Hronešová J. Between Recognition and Oblivion: Victims of Sexual Violence and Torture. Cham: Palgrave Macmillan; 2020:235-94.
 19. Esala JJ, Vukovich MM, Hanbury A, Kashyap S, Joscelyne A. Collaborative care for refugees and torture survivors: Key findings from the literature. *Traumatology*. 2018;24(3):168. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000143>.
 20. Priebe S, Gavrilovic JJ, Bremner S, et al. Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*. 2013;46(1):45-54. DOI: <https://doi.org/10.1159/000338640> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22890384>
 21. Song SJ, Subica A, Kaplan C, Tol W, de Jong J. Predicting the mental health and functioning of torture survivors. *The Journal of nervous and mental disease*. 2018;206(1):33-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000678> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28350563>
 22. Hollifield M, Warner TD, Westermeyer J. Is torture reliably assessed and a valid indicator of poor mental health. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011;199(1):3-10. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182051501> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21206240>
 23. Tucker P, Pfefferbaum B, Nitiéma P, Wendling TL, Brown S. Intensely exposed Oklahoma City terrorism survivors: Long-term mental health and health needs and posttraumatic growth. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(3):203-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000456> PMID:



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26751732>