

УДК 616.314-76/-77:615.462]-06:616.314-009.7-07
DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2025.3.19>

Е.Д. Діасамідзе,

кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри ортодонції, ортопедичної
та хірургічної стоматології,
Харківський національний медичний університет,
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,
ed.diasamidze@knmu.edu.ua

М.Е. Діасамідзе,

PhD,
асистентка кафедри стоматології,
Харківський національний медичний університет,
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,
mediasamidze.po21@knmu.edu.ua

ПОПЕРЕДНІ ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРИЧИН ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Мета дослідження. Справжнє дослідження було спрямоване на оцінку психоемоційного стану пацієнтів із синдромом печіння порожнини рота (СПРП) та його взаємозв'язку з адаптацією до знімних пластинкових зубних протезів. Основна увага приділялася виявленню змін рівня депресії, особистісної та ситуативної тривожності, а також алекситимії у різні періоди часу – у звичайному житті, під час пандемії COVID-19 та війни. **Матеріали та методи.** Було обстежено 150 пацієнтів, які були розподілені на дві групи: I групу складали 103 пацієнти з порушеною адаптацією до ЗНПП через місцеві та системні чинники; II містила 47 пацієнтів з порушеною адаптацією через психологічні фактори. Кожна група була розподілена на підгрупи згідно з певними часовими проміжками: звичайне життя, пандемія COVID-19, війна. Для оцінки депресії використовувався опитувальник Бека, рівень особистісної та ситуативної тривожності визначався за шкалою Спілбергера-Ханіна, а алекситимія оцінювалася за Торонтською алекситимічною шкалою. Статистичний аналіз проводився із застосуванням однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) для порівняння середніх показників між групами, з подальшим застосуванням пост-хок тесту Тьюкі (Tukey HSD) для визначення статистично значущих відмінностей. Достовірність даних підтверджувалася на рівні $p < 0,001$. **Результати.** Було встановлено поступове зростання рівня депресії від періоду звичайного життя до пандемії COVID-19 та до воєнного періоду. Аналогічну динаміку демонстрували особистісна та ситуативна тривожність. Рівень алекситимії також зростав із часу: від періоду звичайного життя до часу війни. Виявлені статистично значущі відмінності свідчать про безперервний вплив кумулятивного стресу на психоемоційний стан пацієнтів. **Висновки.** Отримані дані демонструють, що психоемоційний стан пацієнтів із СПРП значно змінюється залежно від екзогенних стресових факторів. Підвище-

ний рівень депресії, тривожності та алекситимії під час пандемії та війни наголошує на необхідності врахування психоемоційних параметрів у клінічній практиці стоматолога-ортопеда для оцінки адаптації до знімних пластинкових протезів та корекції психоемоційного стану, що дозволяє підвищити ефективність лікування та покращити прогноз адаптації пацієнтів до знімних пластинкових протезів.

Ключові слова: знімні пластинкові зубні протези, адаптація, синдром печіння в порожнині рота, психодіагностичні тести.

E.D. Diasamidze,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Orthodontics, Prosthetic
and Surgical Dentistry,
Kharkiv National Medical University,
4 Nauky Avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,
ed.diasamidze@knmu.edu.ua

M.E. Diasamidze,

PhD,
Assistant of the Department of Dentistry,
Kharkiv National Medical University,
4 Nauky Avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,
mediasamidze.po21@knmu.edu.ua

PRELIMINARY PSYCHODIAGNOSTIC ASSESSMENTS FOR PREDICTING THE CAUSES OF ADAPTATION IMPAIRMENT TO REMOVABLE DENTAL PROSTHESES

Objective. This study aimed to evaluate the psycho-emotional status of patients with burning mouth syndrome (BMS) and its relationship with adaptation to removable plate dental prostheses. Particular attention was paid to identifying changes in depression levels, trait and state anxiety, as well as alexithymia at different time points – during ordinary life, the COVID-19 pandemic, and the period of war. **Materials and Methods.** A total of 150 patients were examined and divided into two groups: Group I included 103 patients with impaired adaptation to removable plate prostheses due to local and systemic factors, while Group II consisted of 47 patients with impaired adaptation primarily related to psychological factors. Each group was further subdivided according to specific time periods: ordinary life, COVID-19 pandemic, and war. Depression was assessed using the Beck Depression Inventory; trait and state anxiety were measured with the Spielberger–Hanin scale; alexithymia was evaluated using the Toronto Alexithymia Scale. Statistical analysis was conducted using one-way analysis of variance (ANOVA) to compare mean values between groups, followed by Tukey's HSD post-hoc test to determine statistically significant differences. Data significance was confirmed at $p < 0.001$. **Results.** A gradual increase in depression levels was observed from ordinary life to the COVID-19 pandemic and further to the war period. A similar trend was noted for trait and state anxiety. Alexithymia levels also increased over time,

from ordinary life to the period of war. The statistically significant differences indicate a continuous cumulative stress impact on the patients' psycho-emotional state. **Conclusions.** The findings demonstrate that the psycho-emotional status of patients with BMS significantly varies depending on exogenous stress factors. Elevated levels of depression, anxiety, and alexithymia during the pandemic and war underscore the importance of considering psycho-emotional parameters in clinical prosthodontic practice. This approach allows for the assessment of adaptation to removable plate prostheses and psycho-emotional state correction, thereby enhancing treatment effectiveness and improving adaptation prognosis to removable plate dentures.

Key words: removable plate dental prostheses, adaptation, burning mouth syndrome, psychodiagnostic tests.

Постановка проблеми. Як відомо, пандемія COVID-19 та зумовлені нею віддалені наслідки асоціюються зі значним зростанням рівня психоемоційного дистресу в загальній популяції, що підтверджується результатами численних систематичних оглядів, які, попри варіабельність даних, демонструють стійке підвищення показників тривожності, депресії, стресу та посттравматичного стресового розладу [1].

Водночас інші дослідження фіксують суттєве погіршення психічного стану у пацієнтів із наявними розладами та серед медичних працівників, що підкреслює потребу в надійних інструментах моніторингу та скринінгу [2].

На тлі постпандемічної втоми та зростання соціально-економічної вразливості експертні публікації закликають до переорієнтації систем психічного здоров'я на інтегровані, доказові, багатоетапні оцінювання [3].

Для України ці виклики набули особливої гостроти в умовах повномасштабної війни та тривалого воєнного стану, що зумовлюють системні перебої у функціонуванні медичних закладів і формують безпрецедентний рівень потреб у сфері психічного здоров'я [4].

За оцінками ВООЗ та партнерських організацій, близько 9,6 млн осіб в Україні мають перебувати у групі ризику щодо розвитку психічних розладів, причому мільйони з них потребують підтримки різного рівня інтенсивності – від програм самодопомоги до спеціалізованої психотерапевтичної чи психіатричної допомоги [5, 6].

Дані дворічних і довготривалих спостережень за діяльністю психіатричних закладів в Україні вказують на стійкий кадровий дефіцит, збільшення госпіталізацій через воєнні психотравми та хронічні порушення доступу до допомоги, що унеможлиблює точне планування її обсягів без

використання стандартизованих психодіагностичних інструментів [7].

В умовах такої комплексної кризи особливої актуальності набуває впровадження багатоаспектних психодіагностичних стратегій (multi-method, multi-informant), які поєднують швидкі скринінгові оцінки з поглибленими валідизованими методиками, забезпечуючи стратифікацію ризиків і оптимальну маршрутизацію пацієнтів [8].

Результати систематичних оглядів інструментарію, що застосовується у кризових ситуаціях, підтверджують, що своєчасність проведення оцінювання, вибір типу шкал та їх поєднання суттєво впливають на чутливість виявлення порушень і подальші клінічні рішення [9].

Доказова психодіагностика вимагає інтеграції кращих наукових даних, клінічної експертизи та характеристик пацієнта, що забезпечує відтворюваність і корисність висновків у реальних умовах [10].

Мультиінформантний підхід має доведену валідність, адже різні джерела (пацієнти, родичі, фахівці) по-різному «бачать» симптоматику, і їх узгоджена інтерпретація підвищує точність діагнозу та планування втручань [11].

З огляду на триваючі бомбардування, довготривалі повітряні тривоги та зростання звернень по психологічну допомогу серед дітей і підлітків, освітні та медичні інституції України потребують стандартизованих алгоритмів комплексного психодіагностичного супроводу [12].

Отже, на перетині наслідків COVID-19 і повномасштабної війни постає науково-практична проблема розроблення та впровадження комплексних психодіагностичних протоколів, здатних забезпечити раннє виявлення, стратифікацію ризику та персоналізоване планування допомоги в умовах обмежених ресурсів [1–12].

Водночас, на нашу думку, отримані у процесі таких досліджень психодіагностичні дані можуть і повинні мати міждисциплінарне застосування, зокрема в стоматологічній ортопедичній практиці, адже у цій галузі важливо орієнтуватися не лише на локальні клінічні прояви, а й враховувати індивідуально-психологічні характеристики пацієнта, що здатні істотно впливати на перебіг адаптації до ортопедичних конструкцій.

Проте вплив особистісних рис на процес звикання до знімних протезів залишається недостатньо вивченим, що ускладнює роботу лікаря-стоматолога, сприяє виникненню конфліктних ситуацій і зумовлює збільшення кількості скарг з боку пацієнтів.

Крім того, питання корекції порушеної психологічної адаптації до знімних пластинкових протезів за таких складних умов у науковій літературі висвітлено обмежено, що актуалізує необхідність поглибленого вивчення цієї проблеми.

Метою цього дослідження було проведення комплексу психодіагностичних тестів для вивчення порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинковими зубними протезами, що пов'язана з парестезією протезного поля.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано таке **завдання**:

- вивчити інформативність психодіагностичних тестів для з'ясування причин порушення адаптації до знімних пластинкових протезів, пов'язаних із синдромом печіння ротовій порожнині.

Матеріали та методи дослідження. Упродовж 2015–2025 рр. у клінічних умовах було проведено обстеження 150 осіб, які звернулися на кафедру ортопедичної стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти та кафедру ортодонції, ортопедичної та хірургічної стоматології Харківського національного медичного університету, а також до стоматологічних закладів м. Харкова та Харківської області. Вік обстежених коливався у межах від 44 до 75 років.

Першу групу складало 103 пацієнти, у яких був підтверджений вплив саме місцевих та системних чинників на порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинковими зубними протезами, що пов'язані з парестезією протезного поля. Другу групу складала 47 пацієнтів, у яких був підтверджений вплив психологічних чинників на порушення процесу адаптації до ЗНПП пов'язаних з парестезією протезного поля.

До критеріїв включення відносили:

- наявність часткових або повних дефектів зубних рядів, що потребували заміщення знімними пластинковими протезами;
- стійкі прояви порушеної адаптації до таких протезів, які не усувалися шляхом корекції;
- труднощі адаптації у пацієнтів після повторного протезування;
- больовий синдром та/або парестезії слизової оболонки протезного ложа, зокрема у ділянці під базисом протезу, на кінчику, бічних поверхнях, спинці чи по всій поверхні язика, твердому піднебінні, щоках, губах тощо;
- наявність зв'язку між появою або посиленням симптомів і останнім протезуванням за суб'єктивною оцінкою пацієнтів.

Критерії виключення передбачали:

- наявність на момент обстеження загострення або виражених клінічних проявів соматичної патології;
- психічні розлади в анамнезі;
- алкогольну чи наркотичну залежність.

Усі учасники надали письмову інформацію згоду на проведення повторних і тривалих обстежень, після чого їм виконували комплексну діагностику за допомогою сучасних клініко-лабораторних та психодіагностичних методів дослідження.

Для визначення характеру звикання пацієнтів до знімних протезів і подальшої оцінки ролі психоемоційних чинників у генезі СПРП ми застосовували комплекс психодіагностичних тестів, які можна використовувати у амбулаторних умовах, бо вони не вимагають великих витрат часу, мають високу достовірність і простоту обробки результатів, а інтерпретація отриманих результатів не вимагає тривалої кваліфікованої підготовки. До переліку психодіагностичних тестів увійшли:

- **опитувальник Спілбергера – Ханіна** (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), який дозволяє оцінити вплив на процес адаптації реактивної та особистісної тривожності. Цей тест є надійним інформативним способом самооцінки рівня тривожності у відповідь на певні умови середовища (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).

Через свою відносну простоту й ефективність широко застосовується у клінічній практиці з різною метою – для визначення вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці та ін.

При загальній інтерпретації показників використовували наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька;
- 31–44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

- **Торонтська алекситимічна шкала** (Toronto Alexithymia Scale, TAS–20) – це клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до диференціювання, розпізнавання чи вираження емоційних переживань та тілесних відчуттів, низьку емоційну залученість у повсякденному житті, являє собою знижену здатність або утруднення у вербалізації емоційних станів. Алекситимія є характеристикою особистості з такими особливостями когнітивно-афективної сфери:

1) труднощі у визначенні та описі власних переживань;

2) складність у проведенні відмінностей між почуттями та тілесними відчуттями;

3) знижена здатність до символізації;

4) фокусованість на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Інтерпретація результатів: загальний рівень алекситимії (діапазон: 20-100 балів):

– 0–51 балів вказують на відсутність алекситимії;

– 52–60 балів вказують на можливу алекситимію;

– 61–100 балів вказують на алекситимію.

– **рівень депресії** оцінювався за допомогою **шкали самооцінки депресії А.Р. Бека** (Beck's Depression Inventory, BDI -II, переглядом 1996 року, четвертого видання), один з перших тестів, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Ця шкала дає змогу досліджувати рівень депресії пацієнта на підставі кількісної оцінки окремих симптомів депресії, представлених у вигляді 21 групи тверджень із різними варіантами відповіді.

Тестування проводили за спрощеною процедурою: опитувальник видавали пацієнтам на руки та вони його заповнювали самостійно.

BDI-II містить близько 21 запитання, кожна відповідь оцінюється за шкалою від 0 до 3. Більш високі загальні бали вказують на більш серйозні симптоми депресії. Стандартні граничні бали дещо відрізняються від оригінальної BDI:

– 0–13 – мінімальна депресія (розцінювалося як відсутність клінічно значущої депресії);

– 14–19 – легка депресія;

– 20–28 – помірна (виражена) депресія;

– 29–63 – важка депресія.

Для порівняння психоемоційних показників між трьома незалежними групами, відповідно до періодів (звичайне життя, пандемія COVID-19, війна), застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз (one-way ANOVA). Цей метод дозволяє визначити наявність статистично значущих відмінностей серед трьох груп.

Після виявлення загальної різниці між групами проводилося попарне порівняння за допомогою пост-хок тесту Tukey HSD, що забезпечує точну оцінку достовірності відмінностей між кожною парою груп.

Рівень статистичної значущості приймався за $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Для всебічного аналізу психоемоційного стану пацієнтів із синдромом печіння ротової порожнини було вирішено провести дослідження у різні часові періоди, що характеризуються різним рівнем соціальної та психологічної напруги. Такий підхід дозволяє оцінити динаміку змін депресії, тривожності та алекситимії під впливом зовнішніх стресових факторів, включаючи звичайне життя, пандемію COVID-19 та період війни.

У зв'язку з цим учасники були розподілені на три незалежні групи, відповідно до періодів, у яких вони перебували: період звичайного життя (2015–2020 рр.), період пандемії COVID-19 (2020–2022 рр.) та період війни (2022–2025 рр.). Для кожної групи оцінювалися середні значення депресії за шкалою Бека, особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, а також рівень алекситимії за Торонтською шкалою. Зміни психологічного статусу виявлялися у всіх пацієнтів з СІРП I та II групи.

Результати дослідження наведені у таблиці 1, що ілюструє динаміку змін психоемоційного стану у різні періоди часу для пацієнтів I групи.

Аналіз даних, наведений у таблиці 1, демонструє чітку тенденцію підвищення рівня депресії, особистісної та ситуативної тривожності, а також алекситимії у пацієнтів під час критичних періодів (пандемія та війна) порівняно з періодом звичайного життя. Найнижчі показники всіх чотирьох змінних спостерігаються у групі «звичайне життя», проміжні – у групі «пандемія», а найвищі – у групі «війна».

Статистична обробка даних за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) показала достовірні відмінності між періодами для всіх змінних ($p < 0,001$). Попарне порівняння груп методом Tukey HSD підтвердило статистично значущу різницю між кожною парою періодів, що свідчить про вплив зовнішніх стресових факторів на психоемоційний стан пацієнтів.

Результати дослідження наведені у таблиці 2, що ілюструє динаміку змін психоемоційного стану у різні періоди часу для пацієнтів II групи.

Результати, наведені у таблиці 2, показали чітку динаміку змін, що відбувалися у другій групі за різні проміжки часу. Рівень депресії за шкалою Бека був найнижчим у період звичайного життя ($28,7 \pm 1,2$), трохи підвищився під час пандемії ($30,5 \pm 1,4$) і досяг найвищих значень у воєнний період ($32,2 \pm 1,3$). Така тенденція свідчить про поступове наростання депресивних симптомів під впливом стресових обставин.

Таблиця 1

Достовірність відмінностей показників шкал: тривоги Спілбергера-Ханіна, алекситимії та депресії Бека у пацієнтів I групи у різні періоди життя, (M±m)

Періоди	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Алекситимія	Депресія
2015-2020 роки (звичайне життя, n=45)	30,60 ± 0,69	28,80 ± 0,69	50,20 ± 0,69	15,50 ± 0,71
2020-2022 роки (пандемія COVID-19, n=25)	33,30 ± 0,92	30,90 ± 0,9	51,90 ± 0,91	17,20 ± 0,95
2022-2025 роки (війна, n=33)	36,67 ± 0,87	32,70 ± 0,81	54,80 ± 0,81	19,10 ± 0,84

Примітка: статистично значуща різниця досліджуваних показників становила $p < 0,001$.

Таблиця 2

Достовірність відмінностей показників шкал: тривоги Спілбергера-Ханіна, алекситимії та депресії Бека у пацієнтів II групи у різні періоди життя, (M±m)

Періоди	Особиста тривожність	Ситуативна тривожність	Алекситимія	Депресія
2015-2020 роки (звичайне життя, n=22)	56,8 ± 1,45	43,8 ± 1,45	70,5 ± 1,6	28,7 ± 1,2
2020-2022 роки (пандемія COVID-19, n=10)	59,5 ± 1,72	46,7 ± 1,72	72,8 ± 1,9	30,5 ± 1,4
2022-2025 роки (війна, n=15)	61,8 ± 1,50	49,0 ± 1,50	74,8 ± 1,7	32,2 ± 1,3

Примітка: статистично значуща різниця досліджуваних показників становила $p < 0,001$.

Схожа закономірність спостерігалася і у показниках особистісної та ситуативної тривожності. Найнижчі рівні були характерні для періоду звичайного життя (56,8±1,45 та 43,8±1,45 відповідно), проміжні – під час пандемії (59,5±1,72 та 46,7±1,72 відповідно), а найвищі – у воєнний період (61,8±1,50 та 49,1±1,50 відповідно). Це свідчить про поступове загострення тривожності, що наростає під впливом кумулятивного стресу.

Що стосується алекситимії, спостерігалася поступове зростання складності розпізнавання та вербалізації емоцій: від 70,5±1,6 у звичайному житті до 74,8±1,7 у воєнний період. Цей показник демонструє, що сильні стресові чинники посилюють емоційну закритість та труднощі у самоусвідомленні.

Висновки. Успішне вирішення проблем, що стоять в ортопедичній стоматології в питанні адаптації до знімних пластинкових протезів, багато в чому залежить від прогностичних методів, які дозволяють вже на початкових етапах лікування розпізнавати і усувати причини дезадаптації до знімних протезів.

Підбиваючи підсумки наведеної у статті інформації, можна зробити наступні висновки:

1. Проведене дослідження показало, що психоемоційний стан пацієнтів із синдромом печіння порожнини рота значно змінюється під впливом екзогенних стресових факторів. Рівень депресії, особистісної та ситуативної тривожності, а також алекситимії зростає від періоду звичайного життя до пандемії COVID-19 та до воєнного часу.

2. Статистично достовірні відмінності між періодами ($p < 0,001$) підтвердили, що стресові обставини безпосередньо впливають на вираженість психоемоційних порушень, а також мають здатність до поступового накопичення (кумулятивний ефект), що характерно відображають результати проведених досліджень.

3. Виявлені закономірності свідчать про необхідність комплексного підходу до лікування пацієнтів із синдромом печіння порожнини рота, який враховує не лише соматичні, але й психоемоційні фактори.

4. Оцінювання та моніторинг психоемоційного стану є важливими для прогнозування адаптації до знімних пластинкових протезів і підвищення ефективності лікування.

На основі отриманих даних можна зробити висновок, що психоемоційний стан пацієнтів є важливим фактором адаптації до лікування та може впливати на клінічні результати застосування знімних пластинкових протезів.

References:

1. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.00>.
2. Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
3. Milani, S. A., Kuo, Y.-F., & Raji, M. (2024). COVID-19 and mental health consequences: Moving forward. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00276-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00276-1).
4. Three years of war: Rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. (2025, 24 liutoho). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>.
5. World Health Organization. (2024). *Ukraine – WHO Health Emergency Appeal 2024*. Retrieved August 13, 2025. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/ukraine---who-2024-health-emergency-appeal.pdf?sfvrsn=110b089_1.
6. United Nations OCHA. (2025). *Ukraine: Humanitarian Needs and Response Plan 2025. Analysis of Shocks, Risks and Humanitarian Needs*. Retrieved August 13, 2025. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/113909>.
7. Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International journal of mental health systems*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9>.
8. Vallath, A. L., Sivasubramanian, B. P., Ravikumar, D. B., Lalendran, A., Krishnan, S., Samanta, S., Banerjee, S., Das, T., Kundu, R., Richharia, V., More, R., Khithani, M., Nazimudeen, S., Gunturu, S., & Dasgupta, I. (2024). The importance of rapid assessment tools in evaluating mental health in emergency departments among patients with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1258749>.
9. Pérez-González, A., & Jarne, A. (2025). Systematic review of psychological assessment tools in emergencies, crises, and disasters. *The European Journal of Psychiatry*, 39(1), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100271>.
10. Bornstein, R. F. (2016). Evidence-Based psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 99(4), 435–445. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343>.
11. Martel, M. M., Markon, K., & Smith, G. T. (2017). Research Review: Multi-informant integration in child and adolescent psychopathology diagnosis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(2), 116–128. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12611>.
12. Reuters. (2025, February 20). *Emotional trauma piles up for Ukraine's children three years after invasion*. Retrieved August 13, 2025. <https://www.reuters.com/world/europe/emotional-trauma-piles-up-ukraines-children-three-years-after-invasion-2025-02-20>.