

Scientific monograph

2024

TRANSFORMATION
OF MEDICAL SCIENCES
AND EDUCATION
IN THE DIGITALIZATION ERA

ISMA INFORMĀCIJAS
SISTĒMU
ANNO 1994 MENEDŽMENTA
AUGSTSKOLA

ISMA
ANNO 1994

**ISMA University
of Applied Sciences**

**TRANSFORMATION
OF MEDICAL SCIENCES
AND EDUCATION IN THE
DIGITALIZATION ERA**

Scientific monograph



**IZDEVNIECĪBA
BALTIJA
PUBLISHING
2024**

*Recommended for printing and distribution via Internet
by the Academic Council of Baltic Research Institute
of Transformation Economic Area Problems according
to the Minutes № 5 dated 28.05.2024*

REVIEWERS:

Djakons Romans – Dr.sc.ing., Professor, Academician, President, ISMA
University of Applied Sciences;

Deniss Djakons – Doctor of Economics, Professor, Rector of ISMA
University of Applied Sciences;

Antonina Djakona – Doctor of Economics, Professor, ISMA University of
Applied Sciences.

**Transformation of medical sciences and education in the
digitalization era** : Scientific monograph. Riga, Latvia : Baltija
Publishing, 2024. 404 p.

ISBN 978-9934-26-430-6

© ISMA University
of Applied Sciences, 2024

CONTENTS

CHAPTER 1

RESULTS OF BIOCHEMICAL BLOOD ANALYSIS AND MARKERS OF FIBRINOLYSIS IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF LARGE JOINTS REQUIRING ENDOPROSTHETICS

(Bondarenko S. Ye., Vysotskyi O. V., Morozenko D. V.)	9
1. Materials, methods and purpose of research	11
2. Results of laboratory examination of patients with osteoarthritis of large joints who require endoprosthetics	12

CHAPTER 2

PROGNOSTICATING ALTERATIONS IN LIVER FUNCTION INDICATORS AND ASSESSING THE EFFICACY OF COMBINED THERAPY IN INDIVIDUALS WITH STABLE ANGINA PECTORIS ACCOMPANIED BY NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

(Karpyshyn N. V.)	25
1. Research methodology and dynamic analysis of the obtained results	27
2. Analysis of indicators of the liver function in patients with combined pathology after administration of combined therapy	30
3. Prognosticating alterations in liver function indicators among patients with combined pathology following combined therapy	32

CHAPTER 3

PROGNOSTICATING ALTERATIONS IN LIVER FUNCTION INDICATORS AND ASSESSING THE EFFICACY OF COMBINED THERAPY IN INDIVIDUALS WITH STABLE ANGINA PECTORIS ACCOMPANIED BY NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

(Kolesnikov Ye. B., Znaievskyi M. I.)	39
1. Historical aspects of diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction	40
2. Artificial intelligence in diagnoses, predictive analytics and treatment of acute intestinal obstruction	41

CHAPTER 4

NEW PROBLEMS AND CHALLENGES FOR WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH IN UKRAINE AT THE BEGINNING OF THE 21ST CENTURY AND WAYS TO SOLVE THEM

(Ostapiuk L. R.)	49
1. The role of a patient-centred approach in the effective provision of reproductive health reproductive health of the population under conditions of martial law	51
2. The use of modern diagnostic methods as a key to the effective management of reproductive health issues	54

CHAPTER 5

MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF VESICoureTERAL REFLUX IN CHILDREN

(Savitska A. A., Konopliyskyi V. S., Korobko Yu. Ye.)	61
1. Causes of vesico-ureteral reflux.....	62
2. Pathogenesis of vesico-ureteral reflux	63
3. Importance of vesico-ureteral segment in VUR pathogenesis	63
4. Classification of VUR according mechanism	75

CHAPTER 6

PHYSICAL THERAPY OF MYOFASCIAL LOW-BACK PAIN FOR MIDDLE AGED PATIENTS

(Turytska T. H., Vinnyk O. O., Rumilov D. O.)	84
1. The place of physical therapy in the rehabilitation of patients with myofascial pain syndrome	88
2. Physical therapy management of myofascial pain in the lumbar spine ...	91
3. Evaluation of the effectiveness of the physical therapy program and discussion of the obtained research results	98

CHAPTER 7

THE CURRENT STATE OF THE POSSIBILITY OF RESEARCHING KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

(Turytska T. H., Latsynska S. A., Shendrik L. M.)	107
1. Kidney dysfunction in cardiovascular diseases and their consequences	109
2. Pathophysiology of renal dysfunction in cardiovascular diseases and their consequences	115
3. Inflammation as a predictor of coronary heart disease	118
4. Modern possibilities of kidney function research in medical diagnostic institutions of Ukraine and the world.....	120

CHAPTER 8

ANALYSIS OF THE TUBERCULOSIS MEDICATIONS MARKET IN UKRAINE AND DEVELOPMENT OF INFORMATIONAL SUPPORT FOR THE IT PROGRAM ON IMPORT SUBSTITUTION

(Venhryn N. M., Krychkovska A. M., Khomenko O. I.) 136

1. History and current state of tuberculosis morbidity.

Analysis of the Register of Medicinal Products in Ukraine regarding the list of anti-tuberculosis drugs 138

CHAPTER 9

METHODS OF SYNTHESIS OF VITAMIN

K3 (2-METHYL-1,4-NAPHTHOQUINONE) (REVIEW)

(Krvavych A. S.)..... 155

1. Analysis of the current state of science..... 156

2. Chemistry of menadione synthesis process..... 158

3. Application of new selective catalysts in the oxidation of 2-methyl-1,4-naphthoquinone 161

CHAPTER 10

REGIONAL MARKETING ANALYSIS OF THE HOMEOPATHIC MEDICINES MARKET: IN THE CONTEXT OF THE NEW LAW OF UKRAINE “ON MEDICINAL PRODUCTS”

(Krychkovska A. M., Zayarniuk N. L., Romanovska T. V.) 170

1. Homeopathic medicines in the context of the new Law of Ukraine “On Medicinal Products” and regional marketing research of the market of homeopathic medicines of domestic producers 172

CHAPTER 11

APPLICATION OF MALVA SYLVESTRIS L. EXTRACT IN DEVELOPMENT OF COSMECEUTICAL SOAP WITH ANTIOXIDANT PROPERTIES

(Kulakivska A. Ye., Konechna R. T.) 206

1. Malva sylvestris L.: distribution, botanical description, biologically active compounds with antioxidant properties 207

2 Features of obtaining the substance based on medicinal plant and application in medicine 211

3. The importance of packaging in safety of quality of active compounds 214

4. Soap and technology of industrial development 216

CHAPTER 12

DIGITALISATION OF PHARMA: REFORMING OF THE SCIENTIFIC, EDUCATIONAL, MANUFACTURING AND MARKETING LANDSCAPE

(Stasevych M. V., Zvarych V. I.)	223
1. The impact of digital tools on research and development of new medicines .	225
2. Digital transformations in pharmaceutical education: from classroom learning to online courses	226
3. Digital technologies in optimizing pharmaceutical manufacturing and quality control of pharmaceutical products	230
4. Digital marketing in the pharmaceutical industry	233

CHAPTER 13

PATHOLOGICAL BIOMINERALIZATION AS A PROSPECTIVE MARKER FOR THE DIAGNOSIS OF MENINGIOMA

(Denysenko A. P., Moskalenko R. A.)	241
1. Epidemiology, etiology, classification and diagnostics of meningiomas	242
2. Features of pathological biomineralization of meningiomas	245
3. Materials and methods	246
4. Results	249

CHAPTER 14

STUDY OF THE INFLUENCE OF EXPERIMENTAL NUTRIENT SUBSTRATES CONTAINING COMBINATIONS OF BACTERIAL DISINTEGRATES ON SIGNS AND FACTORS OF PATHOGENICITY OF MICROORGANISMS

(Isaienko O. Yu., Bilozersky V. I., Ryzhkova T. M.)	261
1. Study of the influence of combinations of nutrient substrates containing disintegrates of <i>S. epidermidis</i> and <i>S. aureus</i> on individual signs and factors of pathogenicity of microorganisms	263
2. Study of the influence of combinations of nutrient substrates containing biologically active substances of <i>Pseudomonas</i> spp. with <i>Staphylococcus</i> spp. or <i>Escherichia coli</i> on individual signs and pathogenicity factors of microorganisms	266

CHAPTER 15

A NEW DIRECTION OF MODERN VACCINOLOGY DEVELOPMENT

(Volianskyi A. Yu., Smilianska M. V.)	278
1. The main links of the immunopathogenesis of the vaccine response	280
2. Vaccination in Ukraine in wartime and post-war conditions	283
3. The paradigm of personalized vaccinology	286

CHAPTER 16

HYGIENIC ASSESSMENT OF HOUSING AND MEDICAL AND SOCIAL CONDITIONS OF STAY AND FEATURES OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION HIV-INFECTED PERSONS

(Serheta I. V., Dudarenko O. B., Vakolyuk L. M.)	293
1. Peculiarities of housing and medical and social conditions of HIV-infected and practically healthy persons	294
2. Sanitary and hygienic characteristics of the conditions of stay of HIV-infected persons in health care institutions.....	299
3. Clinical features of the course of the disease and features of social and psychological adaptation of HIV-infected persons	300

CHAPTER 17

THE REAL THREAT OF OUR TIME IS POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS A CONSEQUENCE OF A FULL-SCALE WAR

(Chorna V. V., Khomenko I. M., Kolomiets V. V.)	308
1. Historical and psychological peculiarities of post-traumatic stress disorder formation	310
2. Post-traumatic stress disorder in military personnel: consequences of full-scale war	312
3. Post-traumatic stress disorder among children and youth.....	330
4. Post-traumatic stress disorder among students of higher medical and technical education in Ukraine	334
5. Preventive measures regarding the occurrence of PTSD	341

CHAPTER 18

INFORMATION TECHNOLOGY FOR VISUALIZING THE EDUCATIONAL PROCESS OF MEDICAL STUDENTS

(Hnenna V. O., Hovorushchenko O. O., Voichur O. Yu.)	349
1. Analysis of the use of visualization methods and tools in the educational process of medical students	350

2. Information technology for visualizing the educational process of medical students	356
3. Results of using methods and tools of visualization of the educational process of medical students	362

CHAPTER 19

APPLYING OF MODERN EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN THE TRAINING OF A HIGHLY QUALIFIED DENTIST

(Gorb-Gavrylchenko I. V.).....	368
1. Modern innovative educational methods used at the Department of Therapeutic Dentistry	370
2. Characteristics of active methods used as modern educational technologies	373

CHAPTER 20

PROBLEMS OF PHARMACEUTICAL EDUCATION IN UKRAINE: TOPICAL ISSUES AND ELABORATION OF WAYS TO SOLVE THEM

(Krychkovska A. M., Hubytska I. I., Monka N. Ya.).....	383
1. Overview of the formation and development of the specialty 226 “Pharmacy, industrial pharmacy” of the field of knowledge 22 “health care” in Ukraine	385
2. Problems of higher pharmaceutical education and search for ways to solve them.....	390

РЕАЛЬНА ЗАГРОЗА НАШОГО ЧАСУ – ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК НАСЛІДКИ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

Чорна В. В., Хоменко І. М., Коломієць В. В., Хлестова С. С.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-430-6-17>

ВСТУП

Наукові дослідження підтверджують, що від будь яких військових конфліктів у світі молодь часто стикається з когнітивними, емоційними, поведінковими розладами. Проживання в зонах бойових дій, ВПО можуть створити або посилити ризик прямих та непрямих дій на фізичне, психологічне/ментальне здоров'я молоді. Негативні наслідки воєнних дій та міграції часто проявляються у високому рівні поширеності депресії, тривожних розладах та ПТСР. Згідно з досліджень Марцінковський Д., (2020) серед підлітків у віці 15-17 років, які мали травму через військові дії у 53,7% ознаки ПТСР¹.

Від військових дій у Ефіопії за результатами дослідження Касае А. (2022) загальна поширеність ПТСР серед респондентів становила 56,3% (депресія, тривога). Молодь, яка пережила війну, втечу, проявляє широкий спектр можливих реакцій на стрес, дистрес, специфічні страхи, залежна, агресивна поведінка, втрата інтересу до навколишнього середовища, психосоматичні симптоми². Ретроспективний аналіз Бургін Д. (2022) показав, що за період 1989-2015 рр. в країнах, де були воєнні дії серед 22,7% молоді встановлено ПТСР, 15,8% – тривожні розлади, 13,8% – депресії³.

¹ Martsenkovskiy, D, Napryeyenko, O, Martsenkovsky, I. Depression in adolescents exposed to war trauma: Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: Does PTSD matter? Global Psychiatric Association. 2020. Vols. 3(2). P.227-240. Doi: <https://doi.org/10.2478/GP-2020-0018>

² Kassaye, A., Demilew, D., Fanta, B. et al. Post – traumatic stress disorder and its associated factors among war – affected residents in Woldia town, North East Ethiopia, 2022; community based cross – sectional study. Plos One. 2022. Vols. 18(12):e0292848. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292848>

³ Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitillo, B. et al. Impact of war and forced displacement on children's mental health – oriented, and trauma – informed approaches. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022. Vols. 31(6). P. 845-853. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>

У період початку війни в Україні з 2014 р. (АТО/ООС) населення міст Харкова та Львова було піддане ретроспективному аналізу. За даними Джонсон Р. (2022) серед 65% ВПО із них 23% респондентів ВПО, які мешкали у містах виявили високу поширеність симптомів ПТСР. Рівень поширеності спостерігався у різних групах за соціально-демографічними характеристикам⁴.

Російське вторгнення в Україну спричинило раптове збільшення числа вразливих осіб, які піддаються впливу воєнних дій та інших травматичних подій. Ці події призводять до зростання випадків психічних розладів, пов'язаних з травмою, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), серед населення України. Військові конфлікти, втрати рідних і близьких, насильство, внутрішньопереміщення (ВПО) і втрата звичного життя можуть призвести до негативних наслідків порушення громадського (ментального/психічного) здоров'я (ГЗ) населення України, особливо серед молоді та дітей. Постійний стрес, страх та невизначеність сприяють розвитку хронічного ПТСР, який може негативно впливати на їхнє фізичне, психічне та соціальне благополуччя⁵. Дослідники Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М. та ін. (2020) показали, що з 30% осіб, які страждають від ПТСР внаслідок військових дій, 20% потребують спеціалізованої, професійної допомоги, оскільки не можуть самостійно подолати цей розлад⁶.

Молодь, яка постраждала внаслідок війни, становить особливо вразливу групу для переживання травм та розвитку порушення ГЗ. Згідно з дослідженням Марцінковська І. (2020) показники критеріїв ПТСР високі: у 71,6% підлітків спостерігались порушення у емоційно-вольовій сфері; у 62,9% підлітків – у поведінковій сфері, а коефіцієнт зниження успішності, який характеризує розлади когнітивної сфери становить 25,1%⁷. За даними Пфайфер Е. (2024) щодо поширеності ПТСР, травматичних подій серед молоді внаслідок російського вторгнення в

⁴ Johnson, R.J., Antonaccio, O., Botchkovar, E., Hobfoll, S.E. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022. Vol. 57. P. 1807–1816. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>

⁵ Чорна В.В., Бойко В.В., Берга М.А. Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб та чинники, що впливають на його зміни. *Innovations and prospects in modern science: Proceedings of II International scientific and practical conference.* 2023. P. 93–97. Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyq>

⁶ Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та ін.] ; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

⁷ Марцінковська І.П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення: дис. ...канд. пед. наук: 13.01.03 Камянець-Подільський нац. унів. ім. І. Огієнка, 2020. 202 с.

Україну показало, що 68,7% молоді повідомляли про різні травматичні події у їх житті під час військових дій, 39,7% стикались з явищами булінгу, а 38,0% випадками домашнього насильства. У результаті 70% респондентів відповідали критеріям ПТСР (DSM-5), а 31% ПТСР (МКБ-11)⁸. У дослідженні Лоцін А. (2023) серед здобувачів, які навчались і проживали у Києві під час військових дій виявлено ПТСР (МКБ-11) у 12,4% здобувачів⁹. Згідно з даними Павлова Л. (2023) у здобувачів університетів із західної України – 49% зазначили симптоми безсоння, а 27% виявили симптоми ПТСР¹⁰. За дослідженнями Гозак С.В. (2023) 80% здобувачі ЗВО у довоєнний час були ознайомлені щодо важливості здорового способу життя. Однак під час воєнного стану здобувачі ЗВО України відзначили розлади ГЗ здоров'я: депресивні прояви – 33,9-38,1%; тривожність – 30,8-38,9%, ПТСР – 42,2-46,8%. У здобувачів жіночої статі ці показники виявились у 3-4 рази вище у порівнянні із здобувачами чоловічої статі. Було встановлено, що свідками військових подій серед здобувачів були 52,8%, з них ознаки депресивних розладів у порівнянні з 31,5% студентів інших спеціальностей (p<0,001)^{11, 12}.

1. Історичні, психологічні особливості формування посттравматичного стресового розладу

У 1867 році англійський хірург Еріхен Й. Е. у своїй роботі «Залізнична та інші тарвми нервової системи» детально описав психічні розлади, що виникли внаслідок травматуючих подій, унаслідок аварій на залізниці. Він виявив, що серед симптомів, які спостерігались у постраждалих, були нічні кошмари, «душевний дискомфорт»,

⁸ Pfeiffer, E., Garbade, V., Sachser, C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment – seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024. Vol. 18(1). P. 25. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1>

⁹ Lotzin, A., Morozova-Larina, O., Paschenko, S. et al. War-related stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorders in Ukrainian students living in Kyiv during the Russian-Ukrainian war. *Psychiatry Res*. 2023. Vol. 330:115561. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115561>

¹⁰ Pavlova, L., Rogowska, A. Exposure to war, war nightmares, insorder: a network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal Affect Disord*. 2023. Vol. 342. P. 148-156. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.003>

¹¹ Гозак С.В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т.В., Парац А.М., Товкун Л.П. та ін. Адаптаційні процеси у студентської молоді в умовах складних викликів під час війни. *Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи*: Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. 2023. С. 37–42. <http://surl.li/nwjjr>

¹² Гозак С.В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т.В., Парац А.М., Чорна В. В. та ін. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. В *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Том 8. № 4. Doi: <https://doi.org/10.26766/pmgr.v8i4.463>

порушення пам'яті і зниження концентрації уваги. Після чого, Еріхен Й. Е. ввів термін «залізничний спинний мозок» для опису цього симптомокомплексу¹³.

Згодом, у 1889 році невролог Оппенгейм Н. ввів термін «травматичний невроз», приділяючи увагу психологічному та емоційному аспектам психічних травм у військовослужбовців. Багато постраждалих, які не мали травм або поранень, почали демонструвати проблеми зі сном, тремор, амнезію, дзвін у вухах, які ускладнювали їхнє життя в тилу та бойову ефективність. У 1916 році військові медики почали шукати методи лікування таких військовослужбовців. У 1915 році психолог Майєрс С. вперше узагальнив ці симптоми у термін «shell shock» (військовий невроз, «снарядний шок») у своїй статті для журналу «Lancet»¹⁴.

Під час Другої світової війни у 1941 році Кардінер А. провів дослідження щодо вивчення травматичного неврозу та вперше ввів термін «хронічний військовий невроз». Він описав психічні та вегетативні симптоми, викликані стресом під час бойових дій, розширивши уявлення про механізми та вплив цих подій на військовослужбовців, надав перший комплексний опис симптоматики цього порушення, включаючи збудливість і дратівливість, фіксованість на травматичних подіях, агресію і втрату контролю над нею, відокремлення від реальності і гостре реагування на непередбачені подразники¹⁵.

Війна у В'єтнамі спонукала американських психіатрів і психологів активно досліджувати психічні розлади у військовослужбовців. До кінця 1970-х років вони зібрали великий обсяг даних про психопатологічні розлади у військовослужбовців. Схожі симптоми були помічені у людей, що потрапили у подібні тяжкі ситуації. Проте цей комплекс симптомів не підпадав під жодну загальноприйнятну класифікацію хвороб. Тому в 1980 році Горовіц М. запропонував виділити його, як окремий синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом, ПТСР» (posttraumatic stress disorder, PTSD)¹⁶.

Протягом останніх десятиліть відбувся значний прогрес у розвитку концепцій ПТСР та його систематизації завдяки численним дослідженням вітчизняних і зарубіжних науковців щодо різних посттравматичних станів. На сучасному етапі важливо використовувати

¹³ Erichen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System – London, 1867. 103 p.

¹⁴ Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889. 176 p.

¹⁵ Kardiner A. The traumatic Neuroses of war, in Psychosomatic Medicine Monographs. – N.Y. Paul Hoeber. 1941.258 p.

¹⁶ Knowles K.A., Sripada R.K., Defever M. et all. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. №. 4. P. 451-458. Doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>

нові знання для повного розуміння природи і розвитку ПТСР. Також важливо застосовувати комплексний підхід, що базується на психологічних, соціальних та біологічних процесах. Необхідно це для створення ефективної психокорекційної програми, спрямованої на корекцію всіх аспектів функціонування особистості після травматичних подій.

2. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: наслідки повномасштабної війни

Війна, як найсильніший психосоціальний стресовий фактор, суттєво впливає на громадське (психічне і фізичне) здоров'я усіх громадян України. Війна є серйозними випробуванням для нашої країни, і відзначається на психічному та психологічному стані всіх людей. Особливо це актуально для військовослужбовців, членів їхніх сімей та інших цивільних громадян, які можуть стати жертвами тривожно-депресивних розладів, загостритись існуючі психічні розлади, розвинути психосоматичні розлади та інші порушення громадського (ментального) здоров'я (далі ГЗ). Серед тих, хто став свідками надзвичайно травмуючих подій чи були їх учасниками, велика ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР). У зв'язку з цим військовослужбовці є однією з вразливих категорій, які постійно опиняються під загрозою для свого життя унаслідок участі у бойових діях на передовій, що спричиняє високий ризик розвитку ПТСР.

ПТСР – це специфічний психіатричний розлад, який спричинений безпосереднім або непрямим впливом надзвичайної стресової події¹⁷. Цей розлад характеризується чотирма групами проявів – симптоми уникнення, вторгнення, реактивності, а також зміни когнітивності і настрою, що впливають на всі аспекти життя людини. ПТСР виникає в результаті досвіду людини, яка пережила, або була свідком, жертвою травматичної події (психологічної або фізичної) під час бойових дій, терактів, техногенних та природних катастроф, стихійних лих, аварій. Людина, що має ПТСР відчуває труднощі у підтримці міжособистісних стосунків, нав'язливі спогади про травматичні події, розлад сну (лячні сновидіння), надмірна втомленість, дратівливість, головний біль, складність у зосередженні на виконанні поставленої задачі у воєнних умовах. Наслідки прогресування хвороби виявляються у посиленні прояву симптомів, розширенні їх спектру та переході від гострої форми до хронічної. Симптоми ПТСР можуть виникати не лише внаслідок

¹⁷ Чабан О.С. Психічні розлади воєнного часу / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Ю. Омелянович. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.

єдиної, ізольованої травматичної події (психологічної або фізичної), але і після комбінованого, інтенсивного та довготривалого стресу.

Найсерйознішим наслідком війни і прийняття участі у бойових діях є бойова травма, яка має значний психотравмуючий вплив на учасників бойових дій і є головним чинником у виникненні розладу, який буде пов'язаний зі стресом (стресоасоційованим розладом). Перебіг захворювання має різноманітні варіанти розвитку, однак симптоми можуть стати стійкими і тривати місяцями, роками або навіть залишитися протягом усього життя. У зв'язку з цим, виникає нагальна необхідність у проведенні дослідження особливостей перебігу та поширення ПТСР серед військовослужбовців під час найінтенсивніших і повномасштабних з часів другої світової війни бойових дій, які відбуваються на території України¹⁸.

Науковці з різних країн активно проводять дослідження щодо виникнення, тривалості, діагностики та лікування ПТСР, пов'язаного з бойовою травмою. Протягом 2004-2007 рр. Ірако-Афганського конфлікту поширеність ПТСР коливалась від 10,0% до 20,0%, а в період 2014-2016 рр. російсько-української війни від 10,0% до 15,0%. Населення України пережило значну кількість травматичних подій, які спричинені довготривалими військовими діями на Сході країни, анексією територій, а також значними людськими втратами, що торкнулись багатьох родин. Ці події мали негативний вплив на життєдіяльність усіх громадян України, викликаючи постійну тривогу та напругу, як предиктори емоційного вигорання (ПРЕВ), збільшення випадків стресових розладів. Тому, ми провели аналіз наукових праць щодо ПТСР, де визначили тривалість і частоту цього розладу, охарактеризовані чинники, які спричиняють виникнення цих станів під час військового конфлікту з російською федерацією, а також розглянули настанови з діагностики, профілактики і лікування¹⁹.

Згідно з дослідженням «National Center for PTSD» (2021) відсоток військовослужбовців, які страждають на ПТСР незалежно від інтенсивності бойових дій складає від 11% до 20%²⁰. В результаті дослідження Пінчук І. Я. (2016) виявлено, що у зв'язку із збройним конфліктом на Сході України кількість та вираженість стресових розладів у військовослужбовців була досить високою. У 27,7%

¹⁸ Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vols.15, №4. P. 697-704. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>

¹⁹ Luciano M.T., McDevitt-Murphy M.E., Acuff S.F. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol.11. №4. P. 459-465. Doi: <https://doi.org/10.1037/tra000037>

²⁰ PTSD:National Center for PTSD 2021. doi: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp

військовослужбовців було діагностовано ПТСР, які брали участь у антитерористичній операції (АТО)²¹. Під час проведеного аналізу Армента Р. та іншими науковцями за період 2001-2013 рр. в рамках Millennium Cohort Study, які провели за допомогою анкет опитування серед військовослужбовців, використовуючи багатофакторну логістичну регресію для визначення факторів, що впливають на виникнення стійкого ПТСР серед військовослужбовців і ветеранів США, які брали участь у Ірако-Афганських військових конфліктах. Встановили, що вплив цих факторів на стан військовослужбовців з ПТСР оцінювався за допомогою шкали Посттравматичних Стресових Розладів (PCL-L) за 5-ти бальною школою Likert у діапазоні від 1 «not at all/зовсім не впливають» до 5 «extremely/надзвичайно впливають», з урахуванням загального балу від 17 до 85. Шкала PCL-L є корисним інструментом скринінгу, проте не для діагностики ПТСР, оскільки діагноз встановлюється тільки під час особистого спілкування з пацієнтом. ПТСР є одним із найбільш поширених розладів, який призводить до інвалідності серед військовослужбовців і часто переходить у психічні розлади хронічного періоду.

У дослідженні було встановлено при першому зверненні військовослужбовців до 47,0% мали стійкий ПТСР (з них 66,1% – чоловічої статі, а 33,9% – жіночої статі військовослужбовців). Через три роки під час другого етапу дослідження у цій групі пацієнтів були визначені предиктори розвитку ПТСР. Після шести років спостереження цього контингенту виявлено 71,2% з явними ознаками ПТСР. Виявлено, що головним значущим фактором для ризику розвитку ПТСР була інтенсивність бойових дій, в яких військовослужбовець брав участь. Крім того, серед факторів, що значно впливали на розвиток ПТСР даної групи військовослужбовців, було виднесено інвалідність через травми або поранення, а також наявність соматичних захворювань та відсутність соціальної підтримки після демобілізації. Висновки досліджень цих авторів узгоджуються з результатами інших науковців, які демонструють, що інтенсивність бойових дій, порівняно з іншими травматичними факторами, має винятково, великий ризик виникнення стійкого ПТСР. Отже, враховуючи різноманітність факторів, що пов'язані з розвитком ПТСР, дослідження підкреслило необхідність у розробці моделі допомоги, яка враховує взаємозв'язок з супутніми захворюваннями²².

²¹ Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22, № 3. С. 12-15.

²² Armenta R.F., Rush T., LeardMann C.A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol.18. №1. P. 48. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>

Дослідження Мейер Е. було проведено щодо важкості симптомів ПТСР серед військовослужбовців в Іраку та Афганістані після оцінення найсильніших факторів ризику розвитку даного розладу. Важкість симптомів ПТСР оцінювалась за допомогою скринінгової шкали (PCL-5). Отримані результати показали наявність симптомів ПТСР у 23% військовослужбовців²³. За даними дослідження Нассиф Т., Нісстн Л., Соренсен Х. рівень уваги або усвідомленості, мотивація військовослужбовця, бойовий досвід впливає на прояви психопатологічних симптомів. Виявлено, що низький рівень усвідомленості у військовослужбовців пов'язаний з ризикованою поведінкою, такою як домінантність, безтурботність, жорсткість, і супроводжується більш вираженими симптомами ПТСР та порушеннями функцій різних систем організму.

Присутність реакції на внутрішній досвід, тобто здатність відчувати і розрізняти свої думки, емоції та фізіологічні реакції на травматичні події без приховування чи ігнорування, є важливою частиною усвідомленості. Це допомагає військовослужбовцям впоратись з травмою та стресом і підтримувати здоров'я. Уважність, наполегливість, мотивованість сприяє здатності до саморегуляції, що має велике значення для тих, хто пережив травматичні події. Ця стратегія дозволяє регулювати свої емоційні і когнітивні-поведінкові реакції. Відсутність або зниження самоконтролю у військовослужбовців може призвести до проявів агресії, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами з розвитком залежності^{24, 25, 26}.

Основною метою наукових досліджень було дослідити наскільки є поширеними симптоми і часові рамки розвитку ПТСР. Траєкторії або різноманітність симптомів ПТСР серед осіб, що пережили травматичні події, є дуже складними. Ці симптоми ПТСР можуть проявлятися через кілька років і можуть впливати на щоденне життя військовослужбовця. Аналіз щодо симптомів серед військовослужбовців має велике значення для з'ясування тривалого психологічного тягара, який переносять наші

²³ Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established. *Psychol Trauma*. 2019. Vol. 11(4). P. 383-390. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>

²⁴ Nassif T.H., Start A.R., Toblin R.L., Adler A.B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma*: 2019. Vol. 11. № 4. P. 466-474. <https://doi.org/10.1037/tra0000413>

²⁵ Nissen L.R., Karstoft K.I., Vedtofte M.S et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPpsych Open*. 2017. Vol. 3, № 6. P. 274-280. Doi: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005736>

²⁶ Sorensen H J., Andersen S.B., Karstoft K-I., Madsen T. The influence of pre-deployment cognitive ability on post-traumatic stress disorder symptoms and trajectories: The Danish USPER follow – up study of Afghanistan veterans. *Journal Affect Disord*. 2016. Vol. 196. P. 148-153. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.037>

військовослужбовці після завершення бойових дій, виконання складних завдань.

Науковцем Сія Й ван дер Валь (2020) було досліджено чинники ризику, які пов'язані з симптомами ПТСР у військовослужбовців після їх участі у бойових діях, а також особливості прояву цих симптомів. Усі оцінки симптомів ПТСР проводилась за допомогою аналізу шкали самооцінки ПТСР (SRIP) від початкових проявів до 10 років після участі у бойових діях. Було ідентифіковано чотири варіанту розвитку симптомів ПТСР, причому стійкий варіант був зафіксований у 85% військовослужбовців, у яких симптоми зберігались протягом 10 років. З цієї кількості у 6% військовослужбовців стан покращився та спостерігалось полегшення симптомів, у 2% військовослужбовців зникли симптоми повністю, у 7% спостерігався відстрочений початок ПТСР. Іншими словами військовослужбовці намагались підтримувати свою психічну стійкість на протязі певного часу, але згодом симптоми все ж проявлялись. Науковець детально розглянув вплив військової служби на психічне здоров'я. Виявлено групу військовослужбовців, у яких симптоми ПТСР зростали, і не зменшувались під впливом існуючих програм підтримки психічного здоров'я. Варто відзначити, що результати підкреслюють необхідність розробки альтернативних методів лікування для цієї групи військовослужбовців, які можуть вимагати комплексних і індивідуалізованих підходів для підтримки психічного здоров'я²⁷.

У 2013 році Американська психіатрична асоціація провела перегляд діагностичних критеріїв ПТСР у DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Гострий стресовий розлад (ПТСР) із класу «Розлад тривоги» було перенесено до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором», що передбачає «експозиція до травми/стресової події». Ці розлади передбачають наявність сильного стресора, зокрема серйозну загрозу фізичній цілісності або життю. Це означає, що особа пережила або стала свідком травматичної події, такої як бойові дії. Протягом тривалого періоду науковці вивчали основні симптоми, що пов'язані з ПТСР, які можуть стати стійкими, триваючи роками. ПТСР пов'язується з довготривалими змінами нейробіологічними та супутніми захворюваннями, які можуть негативно впливати на ГЗ (психічне, фізичне) здоров'я при умові, якщо особа не отримала або не звернулась своєчасною за медичною допомогою²⁸.

²⁷ Sija J van der Wal, Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2020. Vol. 64. № 1:e10. Doi: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.113>

²⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™) (2013)

Посттравматичний стрес – це комплекс симптомів, психічних розладів, які розвиваються після серйозної травми, яка може бути як психологічною, так і фізичною, включаючи черепно-мозкову травму. Виділяють наступні стани за часовим перебігом:

1. Гостра стресова реакція, що триває від перших хвилин травматичної події до двох діб.

2. Гострий стрес учасника бойових дій та спеціальних операцій, відомий як бойова оперативна стресова реакція (Combat and operational stress reactions COSRs) є порушенням, яке триває до чотирьох діб. Термін COSRs використовується для опису двох різних видів військових стресових реакцій: бойових стресових реакцій (combat stress reactions CSRs), що виникають у бойовому середовищі та реакції на більш стійкі військові оперативні стресори або оперативні стресові реакції (operational stress reactions OSRs)²⁹:

3. Гострий стресовий розлад, що триває від двох днів до одного місяця.

4. Гостра форма ПТСР, що триває від одного місяця до трьох.

5. Хронічна форма ПТСР, що триває більше ніж три місяці.

6. Відтермінований ПТСР, що виникає через 6 місяців після травматичної події.

7. Комплексний ПТСР («complex PTSD»), який виникає через важкі травматичні події, які є загрозливими для життя людини.

У військовослужбовців бойові стресори можуть бути різні: загибель побратима, бойова травма, травми як наслідок втрати кінцівок та інші серйозні поранення, каліцтво.

OSR – це передбачувані тимчасові когнітивні, поведінкові, емоційні і фізичні зміни, що виникають в результаті первинного або повторного впливу одного чи кількох стресорів у воєнних умовах. Приклади оперативних стресорів можуть бути:

– несприятливі умови проживання та участь у бойових діях/завданнях, які є небезпечними, такі як ізоляція, екстремальний клімат або оточення, сенсорні стресори;

– досвід переслідувань, знущань або міжособистісного конфлікту, пов'язаний з бойовими діями;

– велике психологічне навантаження, яке може впливати з тривалого перебування в складних бойових ситуаціях та високих вимогах до виконання бойових завдань;

– повторні психічні та фізичні травми, які можуть виникати в результаті постійних ризиків та небезпек на полі бою;

²⁹ Health.mil. URL: <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Centers-of-Excellence/Psychological-Health-Center-of-Excellence/Psychological-Health-Readiness/Combat-and-Operational-Stress-Control/COSRs>

- участь у бойових діях та важкі умови служби, що порушують режим дня, сон;
- стресові події, які стосуються близьких, друзів, побратимів.

Головною метою програм COSC є:

- своєчасно розпізнати ознаки та симптоми COSR та надавати допомогу військовослужбовцям;
- забезпечити навчання для підвищення впевненості та отримання необхідних навичок з метою запобігання розвитку ПТСР;
- зменшити негативний вплив бойового та оперативного стресу шляхом застосування простих заходів, таких як методи релаксації, відпочинок та забезпечення спокою.

В наукових дослідженнях, що розглядають наслідки дії бойової травми на психічний стан особистості, часто використовуються такі терміни, як «частковий ПТСР» («partial PTSD») та «складний ПТСР» або «комплексний ПТСР» («complex PTSD»)³⁰.

Термін «частковий ПТСР» (іноді відомий як: пресиндромальний ПТСР – «subsyndromal PTSD», підпороговий ПТСР – «subthreshold PTSD» або субклінічний ПТСР – «subclinical PTSD»), використовується клініцистами для опису стану пацієнтів, у яких спостарігаються клінічно значущі прояви ПТСР внаслідок екстремально психотравмуючих подій, але вони не відповідають діагностичним критеріям ПТСР, хоча такі пацієнти потребують лікування^{31,32}.

Під час нашого дослідження було складено загальну характеристику ПТСР, що відображена у таблиці 1³³.

Дослідження, проведене Ноулз К. та ін. (2019) у період 2005-2013 рр. зосереджувалось на аналізі частоти супутніх захворювань серед військовослужбовців, які стояли на обліку з ПТСР. Виявлено, що найпоширенішими супутніми розладами були тривожні, афективні, obsesивно-компульсивні та депресивні розлади. Дослідження показало, що у 64,0% військовослужбовців, які страждали на ПТСР, був принаймі один супутній розлад депресивного або тривожного характеру, тоді як у

³⁰ Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика неспихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ...д-ра філ.н. 222. Харків, 2021. С.158.

³¹ Dalenberg C., Carlson E.B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2016. P. 51-67. <https://doi.org/10.1037/a0027900>.

³² Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50-55.

³³ Чорна В.В., Серебреннікова О.А., Коломієць В.В. та ін. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. – № 12 (124). С. 124–128.

36,0% діагностували лише ПТСР. Це свідчить про те, що наявність супутнього психічного розладу значно впливає на тяжкість симптомів та тривалість лікування ПТСР. Військовослужбовці, у яких виявлено супутні захворювання, демонструють більш серйозні симптоми ПТСР, які оцінювались за допомогою шкали PCL (шкала самооцінки наявності ПТСР). Все більше наукових досліджень, показують що наявність психічних розладів збільшують ризик виникнення супутніх захворювань. Це підкреслює важливість раннього втручання для зниження ризику виникнення ПТСР³⁴.

Таблиця 1

Загальна характеристика посттравматичного стресового синдрому (складено авторами)

Типи перебігу	Гострий розлад	Хронічний розлад	Відстрочений розлад
Тривалість	Протягом перших 6 місяців після травми (але не раніше 1 місяця після події)	Понад 6 місяців	Початок не раніше ніж через 6 місяців після стресової ситуації
Клінічні типи	Тривожний, астенічний, дистрофічний, соматоформний, іпохондричний, змішаний та психотичний тип		
Типи перебігу	Прогредієнтний, стабільний, регредієнтний		
Спонукаючі фактори	Участь в бойових діях, травми (фізичні та психологічні), перебування в полоні, смерть побратимів, відсутність підтримки близьких людей, повторний або екстремальний вплив неприємних деталей травматичної події, сексуальне насильство, порушення у системі підтримки і лікування, труднощі повернення до цивільного життя, страх перед смертю і пораненням, суспільний тиск, тяжкі умови служби.		
Ускладнення	зміни особистості, переоцінка власних ідеалів, заміна старих уявлень, депресія	вживання алкоголю та наркотичних речовин, депресії, ізоляції, комор-бідні розлади, підвищений ризик суїциду, сприяння виникненню хронічних хвороб	виникнення психотичних порушень

Згідно з дослідженнями Волтер К. (2018), виявлено, що психічна коморбідність (наявність одночасно двох або більше психічних розладів) є предиктором поширенню серед осіб з ПТСР. Це включає тривожний розлад, депресію, панічний розлад, алкогольну (АЗ) або

³⁴ Knowles K.A., Sripada R.K., Defever M. et al. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. №. 4. P. 451-458. Doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>

наркотичну залежність (НЗ). Це ускладнює процес діагностики та лікування, оскільки симптоми різних розладів можуть взаємодіяти. За результатами дослідження, найчастіше ПТСР співвідносився з депресивними розладами у 49,0%, розладами адаптації у 37,0%, генералізованими тривожними розладами у 36,1% і розладами пов'язаними із вживанням алкоголю у 26,9%. У всіх випадках військовослужбовців із ПТСР виявлено симптоми коморбідних розладів. Лікування коморбідних розладів і ПТСР потребують комбінованого підходу: психотерапію (когнітивну-поведінкову терапію) і медикаментозне лікування. Співпраця між психотерапевтом та психіатром забезпечує мультидисциплінарний підхід, що допомагає покращити результати лікування військовослужбовців з ПТСР і психологічною коморбідністю³⁵.

Отже, науковці згідно з дослідженнями дійшли висновку, що супутні захворювання, які супроводжують ПТСР, ускладнюють ступінь тяжкості розладу, а наявність алкогольного або наркотичного вживання впливає на тривалість лікування. Врахуванням всіх цих факторів під час лікування ПТСР, інших психічних розладів та всіх супутніх симптомів є значущим. Тому важливо, щоб мультидисциплінарна команда, яка включає медичних психологів, психотерапевтів, психіатрів, проводила оцінку наявності різних психічних розладів та обирала відповідні підходи лікування.

Дослідження Лучано М. (2019) підтвердило, що вживання алкогольних напоїв, загострюють симптоматику ПТСР та з часом призводять до утворення замкненого кола: збільшення вживання алкоголю посилює симптоми ПТСР, що в свою чергу загострює стан пацієнта та терміни лікування збільшуються. Терміни залежать від індивідуальних особливостей та тривалості вживання алкоголю. Додаткові психотерапевтичні сесії або програми відновлення можуть збільшуватись через необхідність для подолання одночасного вживання алкоголю та ПТСР³⁶.

Виявлено, що 20,3% військовослужбовців, які вживали алкоголь, страждали на психічні розлади, мали тяжкий стан і вимагали тривалого лікування, що призводить до наступних ускладнень:

– загострення симптомів ПТСР: дослідження вказує на те, що вживання алкоголю може загострювати симптоми ПТСР. Незважаючи

³⁵ Walter K. H, Levine J. A, Highfill– McRoy R. M, Navarro M. et all. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. №6. P. 837-844. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.22337>

³⁶ Knowles K.A., Sripada R.K., Defever M. et all. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. №. 4. P. 451-458. Doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>

на те, що на перший погляд алкоголь може тимчасово зменшити рівень тривоги та стресу (на думку пацієнта), однак з часом він може призвести до погіршення симптомів ПТСР, таких як відчуженість, тривожність, агресивність і повторні відчуття травми;

– вживання алкоголю як спосіб полегшення симптомів ПТСР (хибна думка пацієнта) може призвести до розвитку алкогольної залежності та інших проблем, пов'язаних із алкогольним вживанням, що ускладнює ситуацію для пацієнтів;

– більшість військовослужбовців стикається з ПТСР-А3 (алкогольна залежність), що є серйозною проблемою для армії, так і для суспільства загалом. Це може негативно впливати на бойову готовність та загрожувати ГЗ (фізичному та психологічному) здоров'ю військовослужбовців;

– лікування ПТСР-А3 представляє складне завдання через потребу одночасного урахування як симптомів ПТСР, так і супутніх захворювань, проблем, пов'язаних із алкогольним або наркотичним зловживанням. Мультидисциплінарний медичний підхід та ефективні заходи профілактики, методи та програми лікування є найбільш ефективними для вирішення цих проблем серед військовослужбовців.

ПТСР охоплює в себе кілька діагностичних критеріїв, які рекомендуються останніми версіями класифікаційних систем. За статистичними і діагностичними критеріями психічних розладів (DSM-5) і Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), яка має впроваджуватись в Україні, діагноз ПТСР зазвичай встановлюється на основі кількох симптоматичних кластерів. Ці класифікаційні системи надають визначення та критерії для діагностики ПТСР.

Ключові критерії діагностики ПТСР в DSM-5 включають:

1. Критерій А (присутність в анамнезі травматичної події):

наявність ризику смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загрози серйозних поранень, загроза сексуального насильства, яке може виявитись одним з наступних способів:

– особисте переживання травматичної події;п

– персональне свідчення події, в яку втягнуті інші особи;

– інформація про подію, що сталася з близькими членами родини або близькими друзями. У разі безпосередньої або потенційної загрози смерті члена родини або друга, подія повинна бути несподіваною або раптовою;

– періодичне або надмірне усвідомлення про певні аспекти травматичної події, що викликає сильну негативну емоційну реакцію. Наприклад, ті, хто першими опинилися на місці події зі загибеллю людей і були залучені до збору тіл і останків тіл загиблих або поліцейські, які повторно ставали свідками безпосередніх наслідків насильства над

дітьми. Надмірна реакція може бути підсилена через дію непрямого впливу (засоби мас-медіа, кінофільми телебачення, новин в соцмережах)³⁷.

2. Критерій В: наявність одного чи кількох симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією, які виникли після травматичної події:

- нав'язливі, мимовільні і нав'язливі спогади травматичної події, які викликають дистрес;
- повторювані сновидіння, що викликають дистрес, де зміст або афект, який пов'язаний з травматичною подією;
- дисоціативні реакції (наприклад, ефекти флеш-беку), в яких особа відчуває або поводить себе так, як ніби травматична подія минулого відбувається зараз. (Ці реакції можуть бути розташовані на континуумі інтенсивності, де найвищим рівнем є стани з повною втратою контакту з навколишньою дійсністю);
- дильний або довготривалий психологічний дистрес при зіткненні з зовнішніми або внутрішніми подразниками, які нагадують або символізують будь які події, пов'язані з травмою;
- виражені фізіологічні реакції при зіткненні з зовнішніми або внутрішніми подразниками, які символізують або подібні до аспектів травматичної події.

Критерій С: симптоми уникнення, що проявляються в уникненні подразників (умов, факторів), пов'язаних з травмою, що спостерігається після завершення травматичної події (принаймні один симптом із наступних симптомів присутній):

- прагнення уникнути або захиститись від спогадів почуттів, думок, які безпосередньо або тісно пов'язані з травматичним подією і викликають дистрес;
- спроби уникнення зовнішніх нагадувань (наприклад, певних місць, людей, ситуацій, об'єктів, видів тривалості, розмов), в результаті якого виникають дистрес спогади, почуття або думки, які стосуються або тісно пов'язані з травматичною подією.

Критерій D: погіршення когнітивних здібностей і настрою, яке спостерігається з травматичною подією, що почалося або посилилося після завершення травматичної події (принаймні два з переліченого нижче):

- неможливість відтворити важливі аспекти травматичної події (через дисоціативну амнезію, яка не пов'язана з факторами, такими як черепно-мозкова травма або вживання алкоголю/наркотиків);

³⁷ Гурлева Т.С. «Розкросний маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. Соціально-психологічні проблеми суспільства: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ: Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського. 2020. С. 148–151.

– стійкі та перебільшені спотворені переконання або очікування негативного характеру про себе самого або оточуючий світ (наприклад, «Світ небезпечний», «Я поганий», «Я втратив свою душу назавжди», «Нікому не можна довіряти», «Моя нервова системи повністю зруйнована»);

– непохитні і перекручені переконання про причини або наслідки травматичної події, на яких засновано звинувачення інших або самозвинувачення;

– постійні негативні емоційні стани, такі як страх, жах, гнів, вина або сором;

– значне зниження інтересу або залученості у види діяльності, які раніше були значимі;

– почуття відчуженості і відстороненості від інших людей;

– стійка неспроможність відчувати позитивні емоції (наприклад, задоволення або почуття любові і прихильності, відсутність радості).

Критерій Е: помітна і суттєва зміна фізіологічної реактивності і збудливості, яка виникла або посилилася після завершення травматичної події (принаймні два з наступних):

– роздратованість або спалахи гніву (що виникають без вагомій причини або з мінімальних приводів) і зазвичай проявляються у вербальній або фізичній агресії по відношенню до об'єктів або людей;

– поведінка самоушкодження або безрозсудна ризикована поведінка;

– збільшена настороженість або підвищена тривожність;

– надмірна стартова реакція, проявляючись у надмірно інтенсивній реакції на навіть незначні подразники;

– порушення сну, так як утруднене засинання або збереження структури сну;

– труднощі зі концентрацією або збереженням уваги.

Критерій F: тривалість збереження симптомів (одночасна маніфестація необхідної за критеріями В, С і D кількості симптомів) – більш ніж одного місяця.

Критерій G: розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або серйозні порушення у професійній, соціальній або інших ключових сферах життєдіяльності.

Критерій H: прояви симптомів, що спостерігаються є спричинені лікарськими препаратами, НЗ чи АЗ або іншою хворобою.

Для точного встановлення діагнозу згідно DSM-5 необхідно враховувати всі доступні дані про пацієнта та його стан³⁸.

³⁸ Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Ю. Омелянович. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 11 перегляду, ПТСП відноситься до розділу «Розлади, що пов'язані зі стресом 6В40» (Post traumatic stress disorder 6В40), що застосовується як для діагностики гострого стресового розладу, так і для ПТСП (МКХ-11) включає в себе три основні кластери симптомів:

- повторне переживання травматичної події, яке виявляється у вигляді нічних кошмарів або яскравих нав'язливих спогадів, які часто супроводжуються сильними емоціями, такими як жах, страх, сильними фізичними реакціями;
- активне уникнення тригерів, дій чи ситуацій, думок, схожих до інциденту;
- надмірна збудливість, постійне відчуття поточної загрози або підвищеної загрози або посиленої реакції на подразники³⁹.

У МКХ-11 вперше введено поняття комплексної ПТСП 6В41 (кПТСП). кПТСП, що включає у себе не лише симптоми, які відповідають критеріям ПТСП, але й додаткові фактори, такі як:

- порушення регуляції афекту;
- відчуття відчуженості, безцільності, які супроводжуються соромом, провинною, пов'язаними з травматичною ситуацією⁴⁰.

Уведення (кПТСП) в 11-му перегляді Міжнародної класифікації захворювань відображає зростаючі докази того, що підгрупа людей із ПТСП також має проблеми з порушень регуляції міжособистісних навичок і самооцінки, емоцій, які разом називаються «порушеннями в самоорганізації» (ПСО). Хоча припускається, що кПТСП зазвичай виникає внаслідок складних (комбінованих) травматичних подій, емоційне нехтування травматичної події може бути ключовим фактором у розвитку цього захворювання⁴¹.

Ми навели порівняльні критерії ПТСП за DSM-V та МКХ-11 в таблиці 2.

³⁹ Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. Et all. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. № 3. P. 198-206. DOI: 10.1002/wps.20057

⁴⁰ First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015. Vol. 14. №1. P. 82-90. DOI: 10.1002/wps.20189

⁴¹ Гайдабрус А.В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2019. № 11. С. 19-24. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>

Порівняльна таблиця критеріїв ПТСП за DSM-V та МКХ-11

Критерії	DSM-V	МКХ-11
Експозиція	+	+
Симптоми переживання	+	+
Симптоми уникнення	+	+
Зміна когнітивного функціонування та настрою	+	-
Зміни реактивності	+	+
Вплив на функціонування	+	+
кПТСП	-	+

Згідно з вимогами DSM-5 і МКХ – 11 діагностичних критеріїв підкреслюють важливість урахування впливу і тривалості травматичних подій, які є фактором розвитку ПТСП і відрізняють від інших захворювань з подібними симптомами, таких як розлад адаптації, тривожний, психічний, розлади особистості і obsесивно-компульсивні розлади. Відомо, що військовослужбовці мають рівень проявів ПТСП вищий порівняно з цивільними особами, і це впливає через участь їх в бойових діях, важких умов служби, стресових ситуацій, з якими вони стикаються. ПТСП становить значну та суспільну вартість/тягар. Особи з ПТСП можуть звертатись до медичних послуг частіше, що може бути пов'язано зі збільшеним ризиком розвитку різних фізичних або супутніх захворювань за даними Гарпель К.Л. (2022)⁴². Щодо лікування ПТСП у військових за клінічними рекомендаціями, пропонується використання психотерапії, яка спрямована на роботу з травматичними подіями. Провідні методи психотерапії, спрямовані на травму, включають prolonged exposure (продовжена експозиція – ПЕ). ПЕ – це метод першої лінії лікування ПТСП, він був широко застосований в Управлінні охорони здоров'я ветеранів США. Терапія поєднує в собі елементи когнітивно-поведінкової та поведінкової терапії, яка включає дві основні процедури лікування – видимим та in vivo впливом. Стандартний курс терапії становить 8-15 сесій, кожна тривалістю 60-90 хвилин. Використання експозиції in vivo спрямоване на роботу з уникненням ситуацій, пов'язаних із травмою. Інтерпретація таких ситуацій змінюється під час цього підходу і пацієнт перестає їх уникати, що зменшує інтенсивність психологічної реакції на травмуючу подію. В одному з досліджень, присвячених ПЕ-терапії, було виявлено, що цей метод призвів до клінічно значного покращення стану у 60% військовослужбовців, які страждали ПТСП.

⁴² Harper K.L., Thompson-Hollands J., Keane T.M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53. № 5:819-827. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.006>

Дослідження Клайн А. (2018) підтвердило ефективність психотерапії для ПТСР, який є хронічним розладом, супроводжується із значним дистресом і функціональними порушеннями, були дієвими. Наслідком тривалого впливу інтенсивних втручань була стійка ремісія⁴³. Ці результати підкреслюють ефективність методу, який базується на певній формі повторного контрольованого нагадування про травму, спрямованого на зменшення страху, уникнення та зміну підходу до негативних думок, які пов'язані з травмою. Позитивні результати цієї терапії виявляються в кількох аспектах:

- довготривала ремісія: симптоми ПТСР зменшуються і не повертаються протягом значного/тривалого періоду часу, що свідчить про стійкий позитивний ефект;
- ефективність у гострій фазі: коли симптоми досягають максимальної виразності та травматичності. Сприяє швидкій підтримці військовослужбовців у найбільш критичні моменти;
- подовжена перспектива лікування та реабілітації: психотерапія сприяє військовослужбовцям вчитися ефективно керувати своїми емоційними, поведінковими, когнитивними симптомами та успішно інтегруватися у щоденне життя.

Серед різних ефективних методів лікування ПТСР, спрямованих на роботу з травмою є :

- десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR). EMDR – це метод терапії, який допомагає переробляти травматичні спогади та інші негативні життєві досвіди, що спричиняють негативні емоції і поведінку, думки. Це дозволяє їм перестати бути обтяжливими для пацієнта;
- когнітивна терапія (КТ) – це ефективний метод для роботи зі спогадами про травматичний досвід, сприйняттям оточуючого світу та переконаннями про власну особистість, які викликають дистрес;
- травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) – це короткострокове втручання, спрямоване на зменшення симптомів, пов'язаних із травматичною подією.

Протягом останніх років проведена низка клінічних досліджень спрямованих на використання фармакологічних методів у лікуванні ПТСР. Серед цих методів використовуються антидепресанти, такі як селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗСН), інгібітори моноаміноксидази (МАО), і деякі антипсихотичні препарати. ПТСР може мати непередбачуваний перебіг, включаючи рецидиви і має

⁴³ Kline A.C., Cooper A.A., Rytwinks N.K., Feeny N.C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2018. Vol. 59. P. 30-40. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>

здатність до переходу у хронічний стан. Тому виникає необхідність у довготривалому фармакологічному лікуванні, що може тривати понад 12 місяців.

Недостатні дози лікарських засобів або недостатня тривалість фармакотерапії є поширеними проблемами в лікуванні ПТСР, які можуть призвести до недосягнення очікуваних результатів та тривалої ремісії. Діагностика і стратегія лікування ПТСР повинні бути індивідуалізованими з урахуванням унікальних особливостей та потреб кожного пацієнта. Оскільки лікування ПТСР може бути складним, важливо ретельно визначати оптимальну дозу та тривалість фармакотерапії для кожного конкретного випадку. Довготривала фармакотерапія може бути необхідною для досягнення стійкої ремісії та покращення якості життя пацієнтів з ПТСР⁴⁴.

Ми розглянемо алгоритм психофармакологічного лікування ПТСР, який містить в себе рекомендації щодо використання психотропних лікарських засобів у таблиці 3.

Таблиця 3

Алгоритм психофармакологічного лікування

ПЕРШИЙ ВИБІР		
СІЗЗС, сетралін, пароксетин флуоксетин		
У разі відсутності ефекту або нестерпних побічних ефектів.	Порушення сну.	У разі збуджених пацієнтів, відсутності симптомів.
ДРУГИЙ ВИБІР		
Інші СІЗЗС венлафаксин	Додаткове лікування, мітразапін	Додаткове лікування, кветіапін, рисперидон
ТРЕТІЙ ВИБІР		
У разі відсутності ефекту або нестерпних побічних ефектів кветіапін, мітразапін, амітриптилін		

У ході систематичного огляду Хоскінс М. (2021) було виявлено п'ять прямих досліджень, в яких порівнювався ефект різних фармакологічних підходів для зменшення важкості симптомів ПТСР. Для мета-аналізу були відібрані лише два з них, які дозволили провести порівняльну оцінку ефективності. Результати дослідження показали, що діючі ліки мають обмежений, але позитивний вплив на зниження тяжкості симптомів ПТСР і можуть бути розглянуті як певні монотерапевтичні

⁴⁴ Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування URL: http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf

засоби. За даними науковця до окремих монотерапевтичних засобів найчастіше додавали антидепресанти: пароксетин, флуоксетин, венлафаксин, сертралін та антипсихотика кветіапін. Додатково два препарати, такі як рисперидон (антипсихотик) і празозин (адреноблокатор), також показали невеликий позитивний ефект, коли їх використовували як допоміжні засоби для підсилення фармакологічної монотерапії⁴⁵.

Наукове дослідження Біссон Дж. (2020) зосереджене на оцінці ефективності непсихологічних і нефармакологічних методів лікування ПТСР. В рамках цього дослідження був проведений систематичний аналіз, в якому детально розглядалися різні підходи та втручання, які не включають використання фармакологічних методів чи психотерапії, з метою визначення їхньої ефективності у лікуванні ПТСР. Отриманні результати можуть бути корисними для клінічних фахівців, психіатрів та лікарів, які займаються лікуванням пацієнтів з ПТСР. Вони надають інформацію щодо того, які методи і підходи, можуть бути ефективними для поліпшення стану та якості життя осіб, які страждають від цього розладу. Дослідження допомагає визначити, які саме нефармакологічні методи можуть бути найбільш ефективними та рекомендованими для використання у клінічній практиці⁴⁶.

Відповідно до рекомендацій Міжнародного товариства по психотравматології та стресових розладах (ISTSS), що є провідною у світі професійною організацією, яка сприяє поширенню та обміну знаннями про травматичний стрес і його наслідки, проводиться оцінка ефективності різних нефармакологічних методів лікування ПТСР.

В ході цього дослідження проводився систематичний аналіз для об'єктивної оцінки різних підходів до лікування ПТСР, які використовують психотерапію або фармакологічні методи. Зазначені методи включають:

– **медитацію**, яка є одним з альтернативних методів лікування ПТСР, спрямованим на психологічне та фізичне відновлення пацієнтів, зменшення стресу та тривожності, розслабленні тіла, що є важливим аспектами у лікуванні;

⁴⁵ Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur Journal Psychotraumatol.* 2021. Vol. 12, № 1:1802920. Doi: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>

⁴⁶ Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal Trauma Stress.* 2019. Vol. 32, № 4. P. 475-483. Doi: <https://doi.org/10.1002/jts.2242145>

– **нервовий зворотній зв'язок:** техніка дозволяє пацієнтам самостійно регулювати фізіологічні процеси і подолати тривожність та стрес;

– **транскраніальне магнітне стимуляції:** цей метод використовує магнітні поля для активації нейронів у мозку та розглядається як потенційний засіб лікування ПТСР;

– **соціальну підтримку:** підтримка від родини, друзів, терапевтів та участь у групових сесіях можуть бути важливими чинниками у лікуванні ПТСР та сприяти поліпшенню психологічного стану пацієнтів.

Отже, результати клінічних та наукових досліджень підтверджують можливість успішного лікування ПТСР за допомогою різних нефармакологічних методів. Ці висновки спонукають до подальших досліджень у сфері додаткових та альтернативних підходів до лікування цього розладу і можуть відкривати нові перспективи для поліпшення якості життя пацієнтів з ПТСР.

Потрібно зазначити, що у нашій державі схвалено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, реакцію на розлади адаптації, важкий стрес і посттравматичний стресовий розлад (Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016 № 121). Протокол містить клінічні рекомендації для діагностики, лікування ПТСР на різних етапах медичної допомоги. Він включає в себе опитувальники, клінічний маршрут пацієнтів, порядок використання різних методів терапії, розроблений відповідно до міжнародних клінічних стандартів.

Однак, досвід останніх років показує, що все ще необхідно проводити подальші наукові дослідження для розробки нових методів лікування та поліпшення доступу до лікування ПТСР. У довгостроковій перспективі ключовим є розвиток можливостей адаптації лікування відповідно до індивідуальних потреб, заснованих на наукових доказах, а також зміцнення роботи із родинами та близьким оточенням осіб із проявами симптомами гострого стресового розладу і ПТСР. Особливою важливою є профілактика ПТСР серед військовослужбовців, оскільки ця категорія осіб може бути піддаватись високому ризику через умови служби. Дослідження та клінічний досвід показують, що впровадження спеціалізованих профілактичних заходів може допомогти зменшити ймовірність розвитку ПТСР серед військових.

Рекомендовані підходи включають:

- **підготовку до військової служби:** інтенсивна передслужбова підготовка може допомогти адаптуватися до складних умов у стресових ситуаціях, з якими вони можуть зіткнутися;
 - **психологічну підготовку:** надання інформації та попередження про можливі травматичні події та їх наслідки;
 - **моніторинг психічного стану кожного військово-службовця:** систематичне відстеження психічного стану військово-службовців дозволяє вчасно виявляти можливі ознаки розвитку стресової реакції і вчасно подолати негативні наслідки, ознаки ПТСР;
 - **соціальну підтримку:** надання можливості військово-службовцям спілкуватися із родиною, друзями і це може допомогти зменшити вплив стресу та підтримати ГЗ (психічне/ментальне) здоров'я;
 - **стресове навчання:** навчання військовослужбовців стратегіям управління стресом, включаючи методи копіngu та релаксаційні техніки, може підвищити їх ефективність у вирішенні стресових ситуацій;
 - **надання післядіяльній підтримки:** після завершення військової служби важливо забезпечити підтримку нашим військовослужбовцям/ветеранам, щоб уникнути розвитку хронічного ПТСР і допомогти їм адаптуватись до цивільного життя;
 - **введення обов'язкового штату військових капеланів,** які пройшли навчання за спеціальною програмою.
- Отже, для ефективної профілактики ПТСР серед військовослужбовців важливо використовувати комплексний підхід за участю мультидисциплінарної команди (психотерапевт, медичний психолог, психіатр, соціальний працівник), яка враховує психологічні, соціальні та професійні аспекти служби. Запровадження ефективних стратегій може сприяти збереженню ГЗ (психічного та ментального) здоров'я військовослужбовців у відповідь на травматичні події.

3. Посттравматичний стресовий розлад серед дітей та молоді

Поширеність ПТСР за світовими науковими даними серед осіб, які перенесли наслідки важкої психічної травми, були учасниками бойових дій, жертвою насильства, перебували в окупації, полоні (важкі фізичні, психологічні знущання, замах, вбивство, згвалтування тощо) досягає 100,0%.

Отже, за науковими даними негативні психофізіологічні зміни стану у ГЗ (психічному/ментальному) здоров'ї осіб, які пережили психотравмуючу травму відмічались ознаки симптомів ПТСР у 56,0% осіб, незначні симптоми через психотравмуючі травми відмічались у 44,0% осіб. За даними закордонних науковців поширеність ПТСР серед

населення світу за останні роки складає від 9,0% до 12,0%. Вразливою групою, щодо дії психотравмуючих ситуацій, є діти та молодь. Через малий рівень вольового контролю емоційних реакцій, несформованість психіки діти та молодь, які постраждали від війни, є особливо вразливою категорією для переживання психотравмуючої травми, відповідно, розвитку порушення у ГЗ (психічному/ментальному) здоров'ї та викликають у них реакції порушення емоційно-вегетативні, когнітивні, поведінкові розлади, високу психічну напруженість, що може призвести до швидкого, стійкого порушення поведінки, дисципліни, конфліктності, у таких дітей відмічається високий рівень агресії, медико-соціальна та психологічна дезадаптація, низька успішність в навчанні. Таким чином, пріоритетним завданням у зменшенні навантаження на ГЗ (психічне/ментальне) здоров'я українців має бути ранні профілактичні заходи у ГЗ (психічному/ментальному) здоров'ї.

У період військових дій діти та молодь стикаються з різними формами насильства, травматичними подіями, а також більшістю факторів, що впливають на їх фізичний, емоційний, соціальний та когнітивний розвиток. Ці випробування можуть становити серйозні загрози ГЗ (психічному/ментальному) здоров'ю дітей та молоді. Діти, які зазнали війни та втечі, внутрішньопереміщення виявляють широкий спектр можливих реакцій на дистрес і стрес, таких як специфічні страхи, залежна поведінка, тривалий плач, порушення сну, відсутність інтересу до навколишнього середовища та психосоматичні симптоми.

За даними Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) за період АТО/ООС (2014-2022 р.р.) українські діти були безпосередніми свідками подій, пов'язаних з війною віком від 7 до 12 років – 40,0%, віком від 13 до 18 років – 50,0% (14,0% – свідки дій військової техніки; 13,0% – свідки наслідків боїв; 2,2% – свідки бойових сутичок; 4,0% та 15,0% – свідки насильства та побиття знайомих; 6,0% та 5% – свідки погроз застосування зброї).

Фактори ризику розвитку ПТСР серед дітей та молоді внаслідок російського вторгнення:

– **прямий досвід травми**, які були свідками або безпосередньо зазнали воєнних подій, підвищує свій ризик розвитку ПТСР. Це може бути обстріл, бомбардування або втрата близьких під час конфлікту;

– **втрата близьких**: втрата членів родини або друзів під час війни може призвести до серйозного стресу та підвищити ризик розвитку ПТСР серед дітей та молоді.

– **вимушене переміщення**: багато дітей, молоді на початку повномасштабної війни та під час загострення ситуації (бомбардування) де вони жили, змушені були залишити свої домівки, що може призвести

до втрати стабільності та безпеки, та у свою чергу, збільшує ризик ПТСР;

– **недостатня підтримка та доступ до послуг здоров'я:** недостатні ресурси та обмежений доступ до психологічної / психотерапевтичної підтримки здоров'я можуть ускладнити процес адаптації та зіткнення з травматичним досвідом для дітей та молоді;

– **навчальна нестабільність:** війна призведе до переривання навчання та навчального процесу для дітей та молоді, що впливає на їх соціальну та емоційну стабільність та збільшує ризик виникнення ПТСР;

– **економічні труднощі:** воєнний конфлікт може призвести до зниження економічного статусу родин та погіршення умов життя дітей та молоді, що може збільшити їх вразливість до стресу та ризик розвитку ПТСР.

Розуміння цих факторів ризику є ключовим для розробки та впровадження ефективних стратегій попередження та управління ПТСР серед дітей та молоді, що пережила і продовжує переживати російське вторгнення. Надання психологічної підтримки, консультації, доступ до якісної медичної/психологічної/психотерапевтичної допомоги та створення безпечного та стабільного середовища є ключовими компонентами реагування на цю проблему.

Діти та молодь, які переживають воєнні конфлікти, стикаються з різкими змінами в соціальних умовах, погіршенням умов життя, загальною невизначеністю та численними втратами. У такому контексті війна є основним ненормативним та екзистенційним стресором.

Чотири підходи для покращення ГЗ підкреслюють необхідність:

- адаптувати допомогу до потреб кожного індивідуума;
- розглядати зусилля з надання допомоги як інтерсуб'єктивні людські зустрічі і сприяти батькам та опікунам у цих зустрічах;
- визнавати втрати та знаходити способи полегшення траурного процесу;
- забезпечувати координацію допомоги та відповідь на потреби, дотримуючись міжвідомчих інструкцій.

Посттравматичний стресовий розлад може проявлятися у дітей та молоді, що пережили війну, у різних формах та проявах, включаючи:

– **відчуття тривоги та страху:** вони можуть почувати постійну тривогу та страх, пов'язані з подіями війни, втратами близьких, а також неспокоєм за майбутнє;

– **відчуття відчуженості:** вони можуть відчувати відчуженість від інших людей, навіть від рідних та близьких, через те, що їхні досвід та емоції можуть бути важко розуміти тими, хто не переживав війну;

– **відчуття гніву та роздратування:** вони можуть відчувати гнів на тих, хто викликав війну, на ситуацію в цілому та навіть на себе за те, що вони не можуть контролювати своє середовище;

– **відчуття патологічного страху:** часто діти, молодь може мати нічні кошмари, спогади або візуальні зображення, що пов'язані з травматичними подіями війни;

– **відчуття відчуженості від свого тіла:** деякі можуть відчувати відчуження від свого тіла або відчуття власної реальності.

Аналіз факторів ризику ПТСР у дітей, молоді свідчить про те, що передтравмові фактори та об'єктивні аспекти, пов'язані з самою подією, мають лише обмежений вплив, викликаючи лише невеликі та середні ефекти. У той час, як багато суб'єктивних факторів, пов'язаних зі сприйняттям, проявляють середні та великі розміри впливу.

Наукові дослідження показують, що ПТСР може мати широкий спектр ускладнень. **Деякі з цих ускладнень включають:**

– **депресію:** ПТСР може викликати депресивний настрій та втрату інтересу до звичних активностей. Це може призвести до відчуття внутрішньої пустоти та безнадійності;

– **тривожні розлади:** діти та молодь з ПТСР може страждати від тривожних розладів, таких як загальний страх, тривожність та панічні атаки. Це може перешкоджати їхній здатності функціонувати в повсякденному житті;

– **психосоматичні симптоми:** ПТСР може призвести до розвитку фізичних симптомів, таких як болі у животі, головні болі та неврологічні проблеми, навіть без очевидних медичних причин;

– **погіршення міжособистісних відносин:** діти та молодь з ПТСР може відчувати відчуженість від інших та важкість у встановленні та підтриманні стосунків. Це може призвести до соціальної ізоляції та відчуття самотності;

– **ризик вживання наркотиків та алкоголю:** шляхом відвернення від власних емоційних та психічних страждань, молодь з ПТСР може шукати втіху у вживанні наркотиків або алкоголю, що може призвести до розвитку залежності та інших проблем зі здоров'ям.

Усі ці ускладнення важливо враховувати при розробці програм та стратегій підтримки для дітей та молоді з ПТСР. Надання комплексної та індивідуалізованої допомоги, яка орієнтована на потреби кожного конкретного випадку, може допомогти зменшити негативні наслідки ПТСР та покращити якість життя молодих людей.

Наразі міжнародні організації, служби психічного здоров'я в країнах Європи, українські фахівці з психічного здоров'я, що самі пережили переміщення, та колективне громадське залучення активно працюють у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (МНПСС).

Ефективна стратегія допомоги дітей та молоді з ПТСР ґрунтується на наукових дослідженнях та враховує комплексний характер цього психічного стану. Нижче розглянуті науково обґрунтовані заходи, спрямовані на полегшення проявів ПТСР серед дітей та молоді:

– **терапевтична підтримка:** дослідження показують, що психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та терапія емоційного розслаблення, може бути ефективною у зменшенні симптомів ПТСР у дітей та підлітків;

– **фармакотерапія:** деякі медикаментозні препарати, такі як анксиолітики та антидепресанти, також можуть використовуватися для лікування симптомів ПТСР, але їх використання варто розглядати у контексті індивідуальних потреб та ризиків;

– **соціальна підтримка:** забезпечення підтримки з боку родини, друзів та спільноти може допомогти дітям та молоді з ПТСР відчувати себе менш відчуженими та підтриманими, що сприяє їхньому емоційному відновленню;

– **реабілітаційні програми:** програми, спрямовані на підтримку учнівства та професійного розвитку, а також на розвиток адаптаційних стратегій, можуть допомогти дітям та молоді з ПТСР знову відчувати себе впевнено та успішно в суспільстві;

– **регулярний моніторинг та оцінка:** важливо проводити систематичний моніторинг симптомів ПТСР та лікування для забезпечення належного контролю над ходом терапії та вчасної корекції стратегій;

– **едукативні програми для громадськості:** розробка та реалізація програм засвічення громадськості про природу та наслідки ПТСР може сприяти підвищенню усвідомленості та зменшенню стигми, пов'язаної з цим психічним розладом.

Ретельне дотримання наукових рекомендацій та використання комплексного підходу до допомоги дітям та молоді з ПТСР може сприяти їхньому ефективному відновленню та покращенню якості їхнього життя.

4. Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої медичної, технічної освіти України

Наше дослідження проводилось під час воєнного стану у 2024 році, яке базувалось на аналізі опитування здобувачів ЗВО України (медичного та технічного профілю), щодо виявлення наявності ознак ПТСР. Участь в анонімному, добровільному анкетуванні/тестуванні за допомогою Google forms проведено у 2 етапи:

1 етап – передбачав «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів» прийняли участь 452 здобувача Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ВНМУ), Запорізького державного медико-фармацевтичного університету та 80 здобувачів Вінницького національного технічного університету (ВНТУ), Київського національного університету ім. Т. Шевченка, з яких 24,6% – особи чоловічої статі і 75,4% – жіночої статі, віком від 15 до 19 років – 65,8%, віком від 20 до 28 років – 21,1%, більше 29 років – 13,1%.

2 етап – передбачав оцінювання наявності симптомів ПТСР по Шкалі PCL-5 «Контрольний список симптомів ПТСР», яка відповідала критеріям DSM-5. Для ПТСР прийняв участь 121 здобувач із них 112 здобувачів з Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (ВНМУ), та 9 з інших медичних університетів, з яких 19,0% – особи чоловічої статі і 81,0% – жіночої статі, віком від 15 до 19 років – 44,6%, віком від 20 до 28 років – 53,7%, більше 29 років – 1,7%.

За результатами 1 етапу анкетування було «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів» та встановлено наступні дані, які представлені в таблиці 4.

У дослідженні серед здобувачів ЗВО України під час воєнного стану встановлено, що 48,6% здобувачів ЗВО технічного профілю (ЗТП) і 32,8% здобувачів ЗВО медичного профілю (ЗМП) були свідками пожежі або вибухів. Серед здобувачів ЗТП до 27,0% були свідками транспортних пригод і 22,4% здобувачі ЗМП. Під час воєнних дій 16,2% здобувачів ЗТП були свідки збройних нападів та перебували у зоні бойових дій 16,2%, як і 7,4% здобувачів ЗМП були свідками збройних нападів, 7,4% перебували у зоні бойових дій. Свідками тяжких стражданій були 27,0% здобувачів ЗТП і 10,4% серед здобувачів ЗМП. Свідками раптової смерті серед здобувачів ЗТП – 16,2%, ЗМП – 9,9%.

Таблиця 4

**Визначення потенційно травматичних подій у житті
серед здобувачів закладів вищої освіти України, (P±Sp)%**

Питання	Заклади вищої освіти медичного профілю (ЗМП)		Заклади вищої освіти технічного профілю (ЗТП)	
	Свідок	Учасник	Свідок	Учасник
1. Стихийне лихо (повінь, ураган, землетрус)	8,9±2,0	7,4±1,9	10,8±5,1	10,8±5,1
2. Пожежа або вибух	32,8±3,3	18,4±2,7	48,6±8,2	29,7±7,5
3. Пригода на транспорті (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)	22,4±2,9	26,8±3,1	27,0±7,3	24,3±7,0
4. Серйозна аварія на роботі, вдома під час відпочинку	9,4±2,0	4,4±1,5	2,7±2,6	10,8±5,1
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)	2,9±1,2	10,9±2,2	2,7±2,6	10,8±5,1
6. Фізичне насильство (напр., на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, побили)	8,9±2,0	44,7±3,5	8,1±4,4	37,8±7,9
7. Збройний напад (напр., по Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрозували ножом, пістолетом, вибухівкою)	7,4±1,8	5,9±1,6	16,2±6,0	2,7±2,6
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)	2,4±1,0	16,9±2,6	5,4±3,7	18,9±6,4
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід	0,5±0,4	25,8±3,0	0	13,5±5,6
10. Бойові дії або перебування у зоні війни (як військового або цивільна особа)	7,4±1,8	24,8±3,0	16,2±6,0	45,9±8,1
11. Полон (напр., як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)	2,5±1,0	0,5±0,4	2,7±2,6	2,7±2,6
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя	7,5±1,8	23,8±3,0	18,9±6,4	27,0±7,3
13. Тяжкі страждання	10,4±2,1	23,4±2,9	27,0±7,3	24,3±7,0
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)	7,0±1,7	2,5±1,0	10,8±5,1	5,4±3,7
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку	9,9±2,1	2,4±1,0	16,2±6,0	2,7±2,6
16. Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні Вами комусь іншому	1,5±0,8	5,4±1,6	2,7±2,6	2,7±2,6

Серед здобувачів ЗТП ЗВО безпосередньо учасниками бойових дій або перебували у зоні війни були 45,9% особи, 24,8% ЗМП. При

дорожно-транспортних пригодах (ДТП) учасниками або, які безпосередньо приймали участь у допомозі склало 26,8%/24,3% здобувачів ЗМП. Молодь/здобувачі завжди приймають участь або надають безпосередньо допомогу постраждалим при надзвичайних ситуаціях, що показує аналіз наших даних. Так, і при пожежі або вибухах участь приймали 29,7% здобувача ЗТП і 18,4% ЗМП. Нажаль фізичне насильство пережили 44,7% здобувача ЗМП і 37,8% серед здобувачів ЗМП. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами) серед здобувачів пережили 18,9% ЗТП і 16,9% ЗМП. Сексуальне насильство в усьому світі дуже поширено і досягає до 11%, але цей показник занижений, бо часто жертва не звертається за допомогою і тому, показник не показує масштабну проблему в усьому світі. Будь яке насильство залишає психологічну, фізичну травму і може призвести до зараження ВІЛ/СНІД інфекцією, смерті в результаті самогубства, з якою потрібно звернутись до фахівців для отримання психологічної допомоги.

За результатами наших досліджень щодо гендерної особливості травматичних подій у житті здобувачів ЗВО України у ролі учасника/жертви високий показник встановлено серед 47,7% чоловіків, які пережили фізичне насильство в порівнянні з жінками – 8,2%. Жінки-здобувачі ЗВО 30,4% перебували у зоні бойових дій, а чоловіки-здобувачі 18,2%. Пережили як учасники небажаний чи неприємний сексуальний досвід 26,8% жінок-здобувачів і 11,4% серед чоловіків-здобувачів ЗВО України. Тяжкі страждання 23,7% пережили жінки-здобувачі і 22,7% серед чоловіків-здобувачів (табл. 5).

Другий етап передбачав проведення анкетувань лише серед учасників/жертв щодо виявлення симптомів/ознак ПТСР.

Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожить, є небажаними серед ЗМП становило $1,6 \pm 0,05$ як і у ЗТП. Мали негативні почуття: страх, гнів, почуття провини, сорому $1,8 \pm 0,06$ серед ЗМП і $1,8 \pm 0,15$ серед ЗТП. При згадуванні негативних подій серед ЗМП склало $1,8 \pm 0,06$ і ЗТП $1,7 \pm 0,15$. Відчуття відчуженості, роздратованості серед ЗМП становило – $1,5 \pm 0,06$. По всіх показниках ми відмітили зміни серед ЗМП в порівнянні з ЗТП.

Щодо змін зі сторони гендерних особливостей під час дослідження встановлено, що симптоми ПТСР більше відмічено у осіб жіночої статі – 33,2%, а у осіб чоловічої статі – 25,0% (табл. 6).

Таблиця 5

**Визначення потенційно травматичних подій у житті серед
здобувачів закладів вищої освіти України, (P±Sp)%**

Питання	Особи чоловічої статі		Особи жіночої статі	
	Свідок	Учасник	Свідок	Учасник
1. Стихийне лихо (повінь, ураган, землетрус)	9,0±4,3	2,3±2,2	9,3±2,0	9,3±2,0
2. Пожежа або вибух	29,5±6,8	18,2±5,8	36,6±3,4	20,6±2,9
3. Пригода на транспорті (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)	22,7±6,3	27,3±6,7	23,2±3,0	26,3±3,1
4. Серйозна аварія на роботі, вдома під час відпочинку	13,6±5,1	6,8±3,7	7,2±1,8	5,2±1,5
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)	6,8±3,7	13,6±5,1	2,1±1,0	10,3±2,1
6. Фізичне насильство (напр., на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, побили)	11,4±4,7	47,7±7,5	0,5±1,9	8,2±3,5
7. Збройний напад (напр., по Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)	11,4±4,7	6,8±3,7	8,2±1,9	5,2±1,5
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)	2,2±2,2	4,5±3,1	3,1±1,2	20,1±2,8
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід	0	11,4±4,7	0,5±0,5	26,8±3,1
10. Бойові дії або перебування у зоні війни (як військовик або цивільна особа)	11,4±4,7	18,2±5,8	8,2±1,9	30,4±3,3
11. Полон (напр., як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)	2,2±2,0	0	2,5±1,1	1,0±0,7
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя	6,8±3,7	29,5±6,8	9,8±2,1	23,2±3,0
13. Тяжкі страждання	13,6±5,1	22,7±6,3	12,8±2,4	23,7±3,0
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)	9,1±4,3	4,5±3,1	7,2±1,8	2,6±1,1
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку	11,4±4,7	6,8±3,7	10,8±2,2	1,5±0,8
16. Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні Вами комусь іншому	2,3±2,2	13,6±5,1	1,5±0,8	3,1±1,2

Таблиця 6

Контрольний перелік питань для оцінки наявності симптомів ПТСР у здобувачів медичної та технічної освіти закладів вищої освіти України між чоловіками і жінками

Питання	Здобувачі чоловічої статі	Здобувачі жіночої статі
1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними?	1,2±0,09**	1,7±0,06
2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними?	0,6±0,08**	1,1±0,06*
3. Раптом Ви почувалися або діяли так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову (ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву)?	0,9±0,09*	1,3±0,06*
4. Ви дуже занепокоїлися, коли щось нагадало Вам про стресову подію?	1,4±0,1**	1,9±0,06
5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію (напр., сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли)?	1,0±0,09**	1,5±0,06*
6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із стресовою подією?	1,5±0,1	1,7±0,06
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	1,1±0,1	1,2±0,06
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	0,9±0,09*	1,2±0,06
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світу в цілому (напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)?	1,4±0,1	1,6±0,07
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї?	1,2±0,1	1,3±0,06
11. Мали різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сорому?	1,5±0,11*	1,9±0,06
12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення?	1,2±0,11	1,4±0,06
13. Відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?	1,3±0,11*	1,6±0,06
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (напр., радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	1,2±0,11	1,0±0,06
15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?	1,3±0,11*	1,6±0,06
16. Свідомо йшли на великий ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди?	0,8±0,1	0,7±0,05*
17. Перебували у стані “надмірної настороженості”, пильності, обережності?	1,3±0,1*	1,5±0,06
18. Нервово реагували, легко лякалися?	1,2±0,1**	1,7±0,06
19. Вам було важко зосередитися?	1,6±0,11	1,8±0,06
20. Було важко заснути або залишатися у стані сну?	1,3±0,12*	1,5±0,06

Примітка. достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$

За результатами дослідження щодо вікового складу, чим більший вік здобувачів ЗВО, тим більше прояви симптомів ПТСР (Таблиця 7).

Таблиця 7

Контрольний перелік питань для оцінки наявності симптомів ПТСР у здобувачів медичної та технічної освіти закладів вищої освіти України

Питання	15-19 р.		20-28 р.		Більше 29 р.	
	ЗМП	ЗТП	ЗМП	ЗТП	ЗМП	ЗТП
1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними?	1,6±0,07	1,6±0,07	1,6±0,07	1,2±0,3	1,6±0,07	1,2±0,03
2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними?	0,9±0,06*	1,1±0,08	0,9±0,06	1,2±0,3	1,1±0,08	1,2±0,03
3. Раптом Ви почувалися або діяти так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову (ніби Ви «знову» там і переживаєте все нанову)?	1,2±0,07	1,2±0,08	1,2±0,07	0,9±0,2	1,2±0,08	0,9±0,2*
4. Ви дуже розстроїлися, коли щось нагадало Вам про стресову подію?	1,7±0,07	1,9±0,08	1,7±0,07	1,5±0,3	1,9±0,08	1,5±0,3
5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію (напр., сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спитали)?	1,4±0,07	1,5±0,09	1,4±0,07	1,1±0,3	1,5±0,09	1,1±0,3
6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із стресовою подією?	1,6±0,07	1,7±0,09	1,6±0,07	0,9±0,1	1,7±0,09*	0,9±0,1*
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмір, дій, предметів, ситуацій)?	1,1±0,07*	1,3±0,09*	1,1±0,07	1,3±0,3	1,3±0,09	1,3±0,3
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	1,1±0,07	1,1±0,08	1,1±0,07	0,6±0,2	1,1±0,08	0,6±0,2
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світу в цілому (напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)?	1,5±0,08	1,6±0,09	1,5±0,08	1,3±0,3	1,6±0,09	1,3±0,3
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї?	1,3±0,08	1,3±0,08	1,3±0,08	1,0±0,2	1,3±0,08	1,0±0,2
11. Мали різко негативні почуття – страх, жак, гнів, почуття провини, сорому?	1,7±0,08	1,8±0,08	1,7±0,08	1,6±0,2	1,8±0,08	1,6±0,2
12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення?	1,3±0,07	1,4±0,08	1,3±0,07	1,5±0,3	1,4±0,08	1,5±0,3
13. Відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?	1,4±0,07*	1,6±0,09	1,4±0,07	1,3±0,3	1,6±0,09	1,3±0,3
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (напр., радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	1,0±0,07	1,1±0,08	1,0±0,07	1,3±0,3	1,1±0,08	1,3±0,3
15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?	1,4±0,07	1,6±0,08	1,4±0,07	1,2±0,2	1,6±0,08	1,2±0,2
16. Свідомо йшли на великий ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди?	0,7±0,06	0,7±0,07	0,7±0,06	0,9±0,3	0,7±0,07	0,9±0,3
17. Перебували у стані «надмірної настороженості, пильності, обережності»?	1,4±0,07	1,5±0,08	1,4±0,07	1,3±0,3	1,5±0,08	1,3±0,3
18. Нервово реагували, легко лякалися?	1,5±0,07	1,7±0,08	1,5±0,07	1,3±0,2	1,7±0,08	1,3±0,2*
19. Вам було важко зосередитися?	1,6±0,07*	1,9±0,08	1,6±0,07	1,5±0,1	1,9±0,08	1,5±0,1*
20. Було важко заснути або залишатися у стані сну?	1,3±0,07*	1,7±0,09	1,3±0,07	1,1±0,2	1,7±0,09	1,1±0,2

Примітка. достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – p<0,05

У такому контексті війна є основним ненормативним та екзистенційним стресором. Молодь, яка переживає воєнні дії, стикається з негативними змінами у соціальних умовах, погіршенням умов життя та соціально-психологічного клімату під час навчання у закладах освіти, загальною невизначеністю та численними втратами.

5. Профілактичні заходи щодо виникнення ПТСР

Профілактичні стратегії у випадку ПТСР повинні бути індивідуалізовані, враховуючи унікальні потреби кожної особи та базуватись на наукових дослідженнях. Важливо підтримувати інтерсуб'єктивні зустрічі та сприяти родинним відносинам у цих взаємодіях, визнаючи важливість управління втратами та сприяння траурному процесу. Крім того, надання координованої допомоги може сприяти зменшенню негативних наслідків ПТСР та покращенню якості життя молодих людей. Впровадження ефективної стратегії допомоги молоді з ПТСР базується на наукових дослідженнях і враховує комплексний характер цього розладу.

Ми розглянемо науково обґрунтовані заходи, спрямовані на полегшення проявів ПТСР (табл. 8):

Таблиця 8

Заходи, спрямовані на полегшення проявів ПТСР

Терапевтична підтримка	дослідження свідчать, що різні методи психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкова терапія і терапія емоційного розслаблення, можуть бути ефективними у зменшенні симптомів ПТСР.
Медикаментозна терапія	деякі лікарські препарати, такі як ансіолітики і антидепресанти, також можуть використовуватися для лікування симптомів ПТСР, проте їх використання варто розглядати уважно, враховуючи індивідуальні потреби та ризики.
Соціальна підтримка	забезпечення підтримки з сторони сім'ї, друзів та спільноти може допомогти особам з ПТСР відчувати себе менш відчуженими та підтриманими, що сприяє їхньому психічному відновленню.
Програми реабілітації	спрямовані на підтримку участі та професійного розвитку, а також на розвиток адаптаційних стратегій, можуть допомогти особам з ПТСР знову відчувати себе впевнено та успішно в суспільстві.
Регулярний моніторинг і оцінка	важливо систематично відслідковувати моніторинг симптомів ПТСР та ефективності лікування для забезпечення належного контролю над терапією та своєчасної корекції стратегій.
Едукаційні програми для громадськості	розробка та впровадження програм засвічення громадськості про природу і наслідки ПТСР можуть сприяти підвищенню свідомості та зменшенню стигми, пов'язаної з цим психічним розладом.

Заходи профілактики наслідків війни серед молоді згідно з результатами досліджень Бургін Д. (2022), мають бути комплексними та

спрямованими на їхнє фізичне та психічне/ментальне здоров'я та благополуччя з особливим урахуванням довгострокових наслідками для їхнього розвитку. Ці заходи повинні бути націлені на індивідуальні потреби осіб з ПТСР, спрямовані на інформовання про травму і орієнтованими на силу та стійкість. Важливим є негайне підтримуюче втручання, яке включає широкий спектр методів від низькопорогових і короткострокових групових втручань до індивідуальної психотерапії, з фокусом на забезпеченні основних емоційних і фізичних ресурсів і догляду за молоддю, щоб допомогти їм відновити як зовнішню, так і внутрішню безпеку².

ВИСНОВКИ

1. Вивчення ПТСР серед населення України є важливою науковою темою, що вимагає глибокого аналізу та розуміння під час повномасштабної війни та після воєнного часу.

2. Дослідження показують, що військовослужбовці, які були причетні до бойових дій, мають високий ризик виникнення ПТСР порівняно з цивільними особами. Низький рівень усвідомленості у військовослужбовців пов'язаний з ризикованою поведінкою, такою як домінантність, безтурботність, жорсткість, і супроводжується більш вираженими симптомами ПТСР та порушеннями функцій різних систем організму. Наявність супутнього психічного розладу значно впливає на тяжкість симптомів та тривалість лікування ПТСР. Військовослужбовці, у яких виявлено супутні захворювання, демонструють більш серйозні симптоми ПТСР. Мультидисциплінарний медичний підхід та ефективні заходи профілактики, методи та програми лікування є найбільш ефективними для вирішення цих проблем серед військовослужбовців.

3. За нашими дослідженнями встановлено, що учасниками бойових дій або перебування у зоні війни серед здобувачів становило 45,9% особи ЗТП, 24,8% ЗМП. Сексуальне насильство (звалтування, спроба звалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами) серед здобувачів пережили 18,9% ЗТП і 16,9% ЗМП.

4. Встановлено серед 47,7% чоловіків які пережили фізичне насильство в порівнянні з жінками – 8,2%. Жінки-здобувачі ЗВО 30,4% перебували у зоні війни, а чоловіки-здобувачі 18,2%. Пережили як учасники небажаний чи неприємний сексуальне насильство 26,8% жінок-здобувачів і 11,4% серед чоловіків-здобувачів ЗВО України. Тяжкі страждання 23,7% пережили жінки-здобувачі і 22,7% серед чоловіків-здобувачів. Зміни зі сторони гендерних особливостей під час дослідження встановлено, що симптоми ПТСР більше відмічено у осіб жіночої статі – 33,2%, а у осіб чоловічої статі – 25,0%.

5. Чим більший вік здобувачів ЗВО, тим більше прояви симптомів ПТСР.

6. Подальшими перспективами вирішення проблеми виникнення ПТСР серед здобувачів медичних, технічних закладів вищої освіти необхідно скоректувати/підвищити стресостійкість: психокорекцією, психотерапією (групова, індивідуальна), рефлексотерапією та інш.

АНОТАЦІЯ

Російське вторгнення в Україну призвело до раптового зростання кількості людей, що зазнають впливу воєнних дій та інших травматичних викликів. Ці події призводять до збільшення випадків психічних розладів, пов'язаних з травмою, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), серед населення України. Військові дії, насильство, втрати рідних та близьких, внутрішньопереміщення (ВПО), та втрата звичного життя – усе це може призвести до негативних наслідків порушення громадського (ментального/психічного) здоров'я (ГЗ) у населення України, а особливо у молоді, дітей. Страх, невизначеність, та постійний стрес спонукають переходу до хронічного ПТСР, який може негативно впливати на якість їхнього життя, фізичне, психічне, соціальне благополуччя.

Наше дослідження проводилось під час воєнного стану у 2024 році, яке базувалось на аналізі опитування здобувачів ЗВО України (медичного, технічного профілю), щодо виявлення наявності ознак ПТСР.

За результатами дослідження встановлено, що учасниками бойових дій або перебування у зоні війни серед здобувачів становило 45,9% особи ЗТП, 24,8% ЗМП. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами) серед здобувачів пережили 18,9% ЗТП і 16,9% ЗМП.

Встановлено серед 47,7% чоловіків які пережили фізичне насильство в порівнянні з жінками – 8,2%. Жінки-здобувачі ЗВО 30,4% перебували у зоні війни, а чоловіки-здобувачі 18,2%. Пережили як учасники небажаний чи неприємний сексуальне насильство 26,8% жінок-здобувачів і 11,4% серед чоловіків-здобувачів ЗВО України. Тяжкі страждання 23,7% пережили жінки-здобувачі і 22,7% серед чоловіків-здобувачів. Зміни зі сторони гендерних особливостей під час дослідження встановлено, що симптоми ПТСР більше відмічено у осіб жіночої статі – 33,2%, а у осіб чоловічої статі – 25,0%.

Література

1. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C.A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, No1. P. 48. Doi: 10.1186/s12888-018-1590-5
2. Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitillo, B. et al. Impact of war and forced displacement on children's mental health – oriented, and trauma – informed approaches. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022. Vols. 31(6). P. 845-853. Doi: 10.1007/s00787-022-01974-z
3. Bisson J. I., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal Trauma Stress*. 2019. Vols. 32, No 4. P. 475-483. Doi: 10.1002/jts.2242145
4. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vols.15, No 4. P. 697-704. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM– 5TM) (2013)
6. Dalenberg C., Carlson E. B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2016. P. 51 – 67. <https://doi.org/10.1037/a0027900>.
7. Erichen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System – London, 1867. 103 p.
8. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders // *World Psychiatry*. 2015. Vols. 14. No 1. P. 82-90. DOI: 10.1002/wps.20189
9. Horowitz M. J. II *Arch. Gen. Psychiatry*. 1974. Vol. 31 P. 768-781.
10. Health.mil. URL: <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Centers-of-Excellence/Psychological-Health-Center-of-Excellence/Psychological-Health-Readiness/Combat-and-Operational-Stress-Control/COSRs>
11. Harper K. L., Thompson-Hollands J., Keane T. M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vols. 53. No 5:819-827. Doi: 10.1016/j.beth.2022.01.006
12. Hoskins M. D., Bridges J., Sinnerton R. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur Journal*

Psychotraumatol. 2021. Vols. 12, No 1:1802920. Doi: 10.1080/20008198.2020.1802920. eCollection 2021.

13. Johnson, R.J, Antonaccio, O., Botchkovar, E., Hobfoll, S.E. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022. Vols. 57. P. 1807–1816. doi: 10.1007/s00127-021-02176-9.

14. Kassaye, A., Demilew, D., Fanta, B. et al. Post – traumatic stress disorder and its associated factors among war – affected residents in Woldia town, North East Ethiopia, 2022; community based cross – sectional study. *Plos One.* 2022. Vols. 18(12):e0292848. Doi: 10.1371/journal.pone.0292848. eCollection 2023

15. Kardiner A. The traumatic Neuroses of war, in *Psychosomatic Medicine Monographs* . – N.Y.: Paul Hoeber, 1941.258 p.

16. Knowles K. A., Sripada R. K., Defever M. et all. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma.* 2019. Vols. 11. No. 4. P. 451-458. Doi: 10.1037/tra0000383

17. Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinks N. K., Feeny N. C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2018. Vols. 59. P. 30-40. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.009

18. Lotzin, A., Morozova-Larina, O., Paschenko, S. et al. War-uelated stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorders in Ukrainian students living in Kyiv during the Russian-Ukrainian war. *Psychiatry Res.* 2023. Vols. 330:115561. Doi: 10.1016/j.psychres.2023.115561

19. Luciano M. T., McDevitt-Murphy, M. E., Acuff S.F. et all. Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma.* 2019. Vols.11. No 4. P. 459-465. Doi: 10.1037/tra000037

20. Martsinovska I. (2020). Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення. [Correction of post-traumatic stress disorder in children from the zone of military conflict who have psychophysical disorders]: дис. ...канд.пед. наук :13.01.03 / І. П. Марцінковська ; Кам'янець-Подільський нац.унів. ім. І. Огієнка. dissertation is submitted for the degree of Candidate of Pedagogical Sciences in the specialty 13.00.03. – correctional pedagogy. – Kamenets-Podolsky National Ivan Ogienko University – 202 с.

21. Martsenkovskiy, D, Napryeyenko, O, Martsenkovsky, I. Depression in adolescents exposed to war trauma: Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: Does PTSD matter? *Global Psychiatric Association.* 2020. Vols. 3(2). P.227-240. <https://doi.org/10.2478/GP-2020-0018>

22. Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established. *Psychol Trauma*. 2019. Vols. 11(4). P. 383-390. doi: 10.1037/tra0000358.

23. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A. Et all. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. No 3. P. 198-206. DOI: 10.1002/wps.20057

24. Nassif T. H., Start A. R., Toblin R. L., Adler, A. B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma: 2019. Vosl. 11 / No 4. P. 466-474.* <https://doi.org/10.1037/tra0000413>

25. Nissen L. R., Karstoft K-I., Vedtofte M. S et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*. 2017. Vols. 3, No 6. P. 274-280. Doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005736. eCollection 2017 Nov

26. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889. 176 p.

27. Pfeiffer, E., Garbade, V., Sachser, C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment – seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024. Vols.18(1). P.25. Doi: 10/1186/s13034-024-00715-1

28. Pavlova, L., Rogowska, A. Exposure to war, war nightmares, insorder: a network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal Affect Disord*. 2023. Vols. 342. P. 148-156. Doi: 10.1016/j.jad.2023.09.003

29. PTSD:National Center for PTSD 2021. doi: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp

30. Samoylova A., Mishchenko A. Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. [Historical, clinical and psychological peculiarities for formation of posttraumatic stress disorder] *Actual problems of modern medicine. Issue II*, 2018. С. 62-71. Doi: 10.26565/2617-409X-2018-2-08

31. Sorensen H. J., Andersen S. B., Karstoft K-I., Madsen T. The influence of pre-deployment cognitive ability on post-traumatic stress disorder symptoms and trajectories:The Danish USPER follow – up study of Afghanistan veterans // *Journal Affect Disord*. 2016. Vols. 196. P. 148-153. Doi: 10.1016/j.jad.2016.02.037

32. Sija J van der Wal, Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up // *Eur Psychiatry*. 2020. Vols. 64. No 1:e10. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.113

33. Walter K. H, Levine J. A, Highfill– McRoy R. M, Navarro M. et al. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal Trauma Stress*. 2018. Vols. 31. No 6. P. 837-844. doi:10.1002/jts 22337.

34. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Парац, А. М., Товкун, Л. П., Лебединець, Н. В., Чорна, В. В. Адаптаційні процеси у студентської молоді в умовах складних викликів під час війни. В *Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи*: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. 2023. С. 37–42. Переяслав (Київська область). <http://surl.li/nwjir>

35. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Парац, А. М., Чорна, В. В., Лебединець, Н. В., Бондар, О. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. В *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Том 8. № 4. <https://doi: 10.26766/pmgrp.v8i4.463>

36. Гурлева Т. С. «Розкритий маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. Соціально-психологічні проблеми суспільства: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського. 2020. С. 148–151.

37. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцяті редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2019. № 11. С. 19-24. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>

38. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50-55.

39. Пінчук І. Я. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року / Пінчук І. Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. [та ін.]. *Архів Психіатрії*. 2016. Т.22, №3. С.12-15.

40. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис....д-ра філ.н. 222. Харків, 2021. С.158.

41. Чорна, В. В., Бойко, В. В., Бегма, М. А. Психічне здоров'я внутрішньо перемішених осіб та чинники, що впливають на його зміни. *Innovations and prospects in modern science: Proceedings of II International scientific and practical conference*. 2023. P. 93–97. Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyg>

The project was implemented with the support of



The Center for Ukrainian and European Scientific Cooperation is a non-governmental organization, which was established in 2010 with a view to ensuring the development of international science and education in Ukraine by organizing different scientific events for Ukrainian academic community.

The priority guidelines of the Centre for Ukrainian and European Scientific Cooperation

1. International scientific events in the EU

Assistance to Ukrainian scientists in participating in international scientific events that take place within the territory of the EU countries, in particular, participation in academic conferences and internships, elaboration of collective monographs.

2. Scientific analytical research

Implementation of scientific analytical research aimed at studying best practices of higher education establishments, research institutions, and subjects of public administration in the sphere of education and science of the EU countries towards the organization of educational process and scientific activities, as well as the state certification of academic staff.

3. International institutions study visits

The organisation of institutional visits for domestic students, postgraduates, young lecturers and scientists to international and European institutes, government authorities of the European Union countries.

4. International scientific events in Ukraine with the involvement of EU speakers

The organisation of academic conferences, trainings, workshops, and round tables in picturesque Ukrainian cities for domestic scholars with the involvement of leading scholars, coaches, government leaders of domestic and neighbouring EU countries as main speakers.

Contacts:

Head Office of the Center for Ukrainian and European Scientific Cooperation:
88000, Uzhhorod, 25, Mytraka str.
+38 (099) 733 42 54
info@cuesc.org.ua

www.cuesc.org.ua

Izdevniecība “Baltija Publishing”
Valdeķu iela 62 – 156, Rīga, LV-1058
E-mail: office@baltijapublishing.lv

Iespiests tipogrāfijā SIA “Izdevniecība “Baltija Publishing”
Parakstīts iespiešanai: 2024. gada 29. maijs
Tirāža 150 eks.