

УДК 159.923:614.88:355/359

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.21.1.2025.1144>Масік Н.П. , Килимчук В.В. , Масік О.І. , Матвійчук М.В. , Мазур О.І. , Тереховська О.І., Барабаш І.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Дослідження частоти виникнення та ознак посттравматичного стресового розладу на етапі первинної медичної допомоги у військовослужбовців і вимушено переміщених осіб під час повномасштабного вторгнення

For citation: International Neurological Journal (Ukraine).2024;21(1):1-8. doi: 10.22141/2224-0713.21.1.2025.1144

Резюме. Актуальність. Війна та її наслідки не лише виходять на перший план колективної й національної свідомості кожного громадянина, але й, як стресовий фактор, призводять до емоційного напруження та виснаження і є основним чинником стрес-асоційованих розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Діагностика ПТСР ґрунтується на наявності хоча б одного з симптомів: інтрузії, уникання, негативного настрою та когнітивних порушень, гіперреактивності. **Мета:** дослідити частоту і тяжкість імовірного ПТСР серед пацієнтів, які відвідують лікарні первинної медичної допомоги (ПМД), військовослужбовців і вимушено переміщених осіб із застосуванням різних опитувальників. **Матеріали та методи.** Обстежено 90 осіб (46 чоловіків і 44 жінки середнього віку $39,65 \pm 13,93$ року). Пацієнтів розподілили (по 30 осіб) на три групи: I — військовослужбовці ЗСУ, які лікувались у КНП «ВМКЛ ШМД», II — внутрішньо переміщені особи, які вимушено проживають у м. Вінниця (ВПО), та III — контрольна: цивільні мешканці м. Вінниця, які відвідували лікаря ПМД. Усім респондентам проводили анкетування за шкалою тривоги Спілбергера — Ханіна, визначали ймовірність виникнення ПТСР, використовуючи опитувальник для скринінгу ПТСР, затверджений МОЗ України 23.02.2024 р. № 1265, застосовували шкалу для оцінки ПТСР згідно з класифікацією DSM-5 (PCL-5). **Результати.** Ймовірний ПТСР частіше виявлявся у ВПО (83,33 % за шкалою скринінгу ПТСР і 56,67 % за шкалою PCL-5) порівняно з військовослужбовцями (53,33 і 40,0 % відповідно) та цивільними особами (10,0 і 3,33 % відповідно). Причому у ВПО переважали симптоми уникання (76,67 %), негативного пізнання (76,67 %) та гіперзбудження (88,33 %), що підкреслює вагомий вплив емоційних реакцій і можливий вплив на інші симптоми ПТСР. Встановлені кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) між віком, статтю і кількістю балів за шкалою PCL-5. **Висновки.** Ймовірний ПТСР можна успішно встановити за допомогою будь-якого інструменту (скринінгу ПТСР, PCL-5) з практично однаковою частотою, що дозволяє виявити контингент осіб, які повинні бути направлені на додаткове обстеження щодо підтвердження ПТСР із подальшим лікуванням цього стану.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад; скринінг; військовий стан; військовослужбовці; вимушено переміщені особи; первинна медична допомога



© 2025. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Масік Надія Прокопівна, доктор медичних наук, професор, професор ЗВО кафедри внутрішньої медицини № 2, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; e-mail: masikoi@i.ua, тел. +380 (97) 696-26-31

For correspondence: Nadiia Masik, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Internal Medicine 2, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Pirogov st., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine; e-mail: masikoi@i.ua, phone +380 (97) 696-26-31

Full list of authors information is available at the end of the article.

Вступ

Порушення адаптації, що лежить в основі стрес-асоційованих розладів, має три підгрунтя: біологічна основа, психологічні особливості особистості та вплив соціуму, загального контексту і конкретних обставин життя [1]. За час повномасштабного вторгнення кожен громадянин України зіткнувся з проблемами й не завжди прогнозованими наслідками, як-от: елементарний страх за життя, певне душевне занепокоєння, неконтрольовані підсвідомі внутрішні переживання і навіть можливі міжособистісні конфлікти [2]. Неприятливі психогенні впливи спричиняють стрес як неспецифічну реакцію людини на фізіологічному, психологічному, поведінковому рівнях [1]. Так звані стрес-асоційовані розлади, у розвитку яких стресовий вплив — основний етіологічний чинник, в умовах сьогодення є однією з найбільш поширених категорій психічних захворювань [3]. Військовослужбовці, а також цивільні особи, які постраждали від війни, піддаються підвищеному ризику зазнати проблем із психічним здоров'ям, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади [4].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 16,2 % населення світу страждає через наслідки війни, а 12,5 % має травмованих війною родичів [5]. За даними низки досліджень, психосоматичний вплив війни пов'язаний із виявами ПТСР різного ступеня, які є встановленими чинниками ризику розвитку серцево-судинних захворювань [6], можуть призвести до хронізації патологічних процесів [7]. Поширеність розладів психічного здоров'я серед населення в умовах війни зростає до 22 % [8]. Інформація щодо поширеності та захворюваності на ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України на даний момент відсутня. Відповідно до останніх опублікованих досліджень в Україні поширеність ПТСР коливалася від 11,1 до 50,8 % залежно від методології та часу проведення дослідження [9]. National Center for PTSD зазначає, що відсоток військовослужбовців, які страждають на ПТСР незалежно від інтенсивності бойових дій, становить 11–20 % [10]. Натомість серед військових, які брали участь в Антитерористичній операції, ПТСР було діагностовано у 27,7 % [2].

Вагомим фактором ризику для виникнення проявів психологічного дистресу є ситуація, у якій людина виступає в ролі біженця [11, 12]. За даними ретроспективного дослідження 2016 року, повідомляється про частішу реєстрацію випадків ПТСР саме серед переселенців порівняно з часткою загального населення [13]. За даними ВООЗ, поширеність депресії, ПТСР або інших тривожних розладів була значно вищою серед переселенців і цивільних осіб, які постраждали від війни, ніж у загальній популяції, — 10,8, 15,3 та 21,7 % відповідно [14]. За іншими даними, поширеність ПТСР серед біженців становить 31,5 % [15].

ПТСР (МКХ-11: 6В40) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого [2, 9, 16, 17]. Його симптоми — вторгнення (інтрузія),

уникнення, негативне пізнання й емоції, а також надмірна реактивність — спричинені впливом серйозної психологічної травми та зберігаються через внутрішні та зовнішні нагадування про цю травматичну подію [16, 18]. Грунтовні дослідження доводять, що ПТСР — це не лише специфічний психіатричний розлад із високим рівнем функціональних порушень, низькою якістю життя і проблемами фізичного здоров'я [19], але й складний механізм, пов'язаний із системним запаленням і нейрозапаленням [20, 21]. Універсальним нейрофізіологічним механізмом патогенезу ПТСР є порушення ієрархічної підпорядкованості інтеграційних церебральних систем, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу, з подальшим їх виснаженням [22]. Також мають місце порушення регуляції норадренергічної сигналізації, яка спричиняє симптоми розладів сну та повторного переживання стресової ситуації [23]. Існує так звана гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, яка в цілому регулює індивідуальну реакцію організму на певний стресовий фактор через контроль синтезу і виділення кортизолу. Так, при ПТСР відзначається підвищення вироблення кортизолу, що відбивається на зниженні реактивності до стресових чинників та надмірному страху [22, 24, 25]. Ці факти підтверджуються структурними змінами в гіпокампі та передній поясній корі при МРТ-дослідженні ветеранів війни з ПТСР, що вказує на вдвічі вищий ризик когнітивних розладів [26, 27].

ПТСР часто поєднується з хронічним болем, вони переважно виникають одночасно як у цивільних осіб, так і у військових ветеранів та, як вважають, мають двонаправлений і взаємопідсилювальний зв'язок [28]. Показано, що коморбідність хронічного болю і ПТСР має спільні основні механізми, як-от чутливість до тривоги, упередженість уваги, вегетативне збудження та психобіологічна дисрегуляція. Формується порочне коло взаємної підтримки, коли ПТСР і хронічний біль можуть загострювати та підсилювати один одного [29]. Цей двонаправлений вплив може призвести до відчуття пов'язаного з болем загострення симптомів ПТСР шляхом повторного запуску спогадів про болючі травми, отримані під час травматичної події, та навпаки [28].

Отже, опрацьовані джерела літератури свідчать, що у період військового стану існують певні групи населення, які найчастіше піддаються ризику розвитку ПТСР, а саме вимушено переміщені особи, військовослужбовці й ветерани війни.

Діагностика стресасоційованих розладів на сьогодні є складною та потребує визначення чітких критеріїв. Насамперед лікар має встановити частковий і причинно-наслідковий зв'язок із наявним психосоціальним стресом (або численними стресовими ситуаціями), наявність емоційного та поведінкового реагування, що виходить за межі норми реакції на стрес, наявність невротичного симптомокомплексу, дисфункціонування в усіх сферах життєдіяльності людини (зокрема, професійній, міжособистісній, побутовій) [1, 9, 30].

У світлі такого унікального набору викликів сьогодення існує потреба в поточній інформації про стан

психічного здоров'я військових, вимушено переміщених і цивільних осіб, які постраждали від війни.

Мета: дослідити частоту та тяжкість імовірного ПТСР серед пацієнтів, які відвідують лікарні ПМД, військовослужбовців і вимушено переміщених осіб із застосуванням різних опитувальників.

Матеріали та методи

Робота підготовлена за ініціативою колективу авторів. Проведено аналіз матеріалів наукометричних баз Scopus, PubMed/Medline, ResearchGate, Web of Science і ScienceDirect. Обстежено 90 осіб, із них 46 чоловіків (51,1 %) і 44 жінки (48,9 %), середній вік яких становив $39,65 \pm 13,93$ року. Перед дослідженням, яке виконувалося з червня 2022 р. до червня 2023 р., була отримана інформована згода від усіх зареєстрованих респондентів. Учасники заповнили коротку соціально-демографічну анкету (табл. 1) на початку дослідження.

Пацієнтів розподілили рівномірно (по 30 осіб) на три групи: I — військовослужбовці ЗСУ, які лікувались у КНП «МКЛ ШМД» м. Вінниця з причини наслідків мінно-вибухового поранення (середній вік $35,12 \pm 9,01$ року), II — вимушено переміщені особи (ВПО), які тимчасово проживають у м. Вінниці (віком $42,12 \pm 12,42$ року), та III — контрольна: цивільні мешканці м. Вінниці, які відвідували лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) з будь-якої причини (віком $41,72 \pm 13,93$ року).

На початку дослідження всім респондентам проводили анкетування за шкалою тривоги Спілбергера — Ханіна з метою виключення з дослідження осіб з особистісною та реактивною тривожністю.

Ймовірність виникнення ПТСР визначали відповідно до протоколу з використанням стандартизованого опитувальника для скринінгу ПТСР [9] і альтернативної психометрично обґрунтованої шкали самооцінки PCL-5, що відповідає критеріям симптомів ПТСР за класифікацією DSM-5 [9, 30–32]. Оскільки ПТСР діа-

гностується не раніше ніж через 30 днів після травматичної стресової події [2, 9], у дослідження включали респондентів, які за останній місяць мали скарги на травматичні спогади, проблеми зі сном, концентрацією уваги, відчували сильний смуток і свою провину, уникали почуттів та спогадів про пережиті події.

Стандартизований опитувальник для скринінгу ПТСР охоплює 7 запитань, причому позитивна відповідь на 4 і більше запитань вказує на високу ймовірність ПТСР і дає підстави кодувати візит пацієнта з рубрики Р «Психологічні» та рубрики Z «Соціальні проблеми» відповідно до ICD-10 [9].

Опитувальник PCL-5 охоплює 20 запитань, розподілених на 5 основних кластерів симптомів ПТСР, а саме: кластер А відповідає за опис травматичної події (у межах цього дослідження травматичною подією виступають військові дії); кластер В — симптоми інтрузії (запитання 1–5); кластер С — симптоми уникнення (запитання 6–7); кластер D — негативне пізнання (запитання 8–14); кластер Е — симптоми гіперреактивності (запитання 15–20) [30, 33]. Респонденти оцінювали інтенсивність кожного симптому від 0 до 4, де 0 балів означає відсутність симптому, а 4 бали — його максимальну вираженість. Сума балів для кожної групи вказує на різний ступінь симптомів ПТСР. На ймовірний ПТСР вказує загальна кількість балів від 33 до найвищого можливого бала 80 [12], тоді як деякі вчені вважають, що оптимальний граничний бал має бути вищим (43–44) [34].

Всі обстежені були консультовані невропатологом з метою виключення органічної неврологічної патології. Тим респондентам, які отримали позитивний результат проведеного попереднього скринінгу, була запропонована консультація лікаря-психіатра з метою верифікації діагнозу ПТСР [9].

Статистичний аналіз проводили за допомогою IBM SPSS Statistica for Windows, версія 6.0 фірми Statsoft (ліцензійний № BXXR901E246122FA). Кількісні дані

Таблиця 1. Соціально-демографічні характеристики загальної вибірки (n = 90)

Показники		n	%
Жіноча стать		44	48,89
Чоловіча стать		46	51,11
Вік	До 30 років	28	31,33
	30–39 років	20	22,22
	40–49 років	21	23,33
	50–59 років	13	14,44
	60 років і старше	8	8,88
Неодружений		26	28,89
Одружений		64	71,11
Працевлаштований		43	47,78
Безробітний		28	31,11
Пенсіонер		8	8,89
Студент		11	12,22

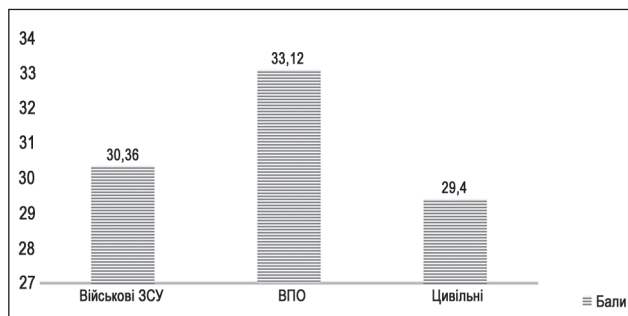


Рисунок 1. Результати тестування за шкалою тривоги Спілбергера — Ханіна

Примітка: вірогідних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

наведено у вигляді середнього арифметичного значення (M), його стандартної похибки (m) і стандартного відхилення (σ). Статистичний аналіз розбіжностей у кількісних значеннях показників виконано з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні. Для оцінки взаємозв'язку показників виконували кореляційний аналіз Спірмена (r_s). Статистичну значущість приймали, коли $p < 0,05$.

Результати

Результати тестування за шкалою тривоги Спілбергера — Ханіна не виявили відмінностей у показниках між досліджуваними групами, і середній бал не відрізнявся від рекомендованих, що дозволяло виключити наявність особистісної тривожності у респондентів, яка могла будь-яким чином впливати на результати подальших досліджень (рис. 1).

Аналіз результатів анкетування за шкалою скринінгу ПТСР показав, що позитивна відповідь на 4 і більше запитань в осіб III групи була виявлена всього в 10,0 %. Водночас 53,33 % осіб I і 83,33 % II груп мали 4 і вище бали, що свідчить про ймовірність ПТСР. Середній показник кількості позитивних відповідей тесту у II групі переважав такий у пацієнтів групи I на 25,3 % (рис. 2).

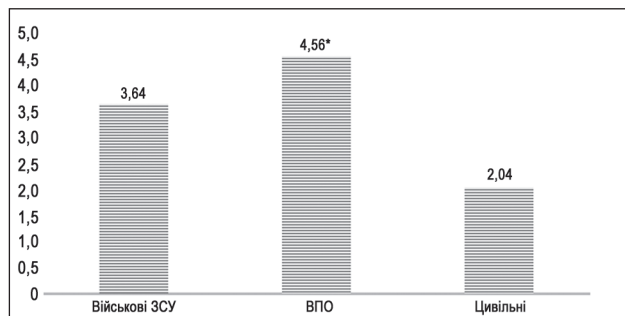


Рисунок 2. Результати опитувальника для скринінгу ПТСР

Примітка: * — вірогідна різниця у показниках між групами при порівнянні ($p < 0,05$).

Аналіз частоти позитивних відповідей опитувальника показав, що серед військових найбільша кількість осіб дали ствердну відповідь на запитання тесту 1 і 6; у II групі — на запитання 1, 5, 6, 7, тоді як у III групі — на запитання 1 і 7 (табл. 2).

Якщо запитання опитувальника для скринінгу ПТСР умовно розділити на 4 кластери: інтрузії (1), уникання (2 і 3), негативного пізнання (4 і 5), підвищеної збудливості (6 і 7), то найчастіше в I групі виявляються симптоми підвищеної збудливості (86,67 %), тоді як у II групі — симптоми підвищеної збудливості (88,33 %) й інтрузії (76,67 %).

Аналіз результатів скринінгу ПТСР залежно від соціально-демографічних характеристик вказує на зв'язок із віком, сімейним станом і статусом зайнятості. Так, пацієнти віком 30–39 років демонстрували збільшення вірогідного ПТСР порівняно з пацієнтами віком від 60 років (5,67 проти 3,11 бала), неодружені пацієнти порівняно з тими, хто перебував у шлюбі (3,11 проти 1,33), безробітні порівняно з тими, хто працював (3,67 проти 1,52).

За результатами шкали PCL-5 середній загальний бал у I групі становив $42,04 \pm 1,48$, II — $46,08 \pm 1,68$, III — $25,36 \pm 1,15$ ($p < 0,05$ при порівнянні з III групою). Середні показники балів PCL-5 у II групі переважали такі значення у групі I на 9,9 та 9,6 % відповідно (рис. 3).

Таблиця 2. Частота позитивних відповідей на запитання опитувальника для скринінгу ПТСР ($n = 90$)

Запитання тесту	I група, n/%	II група, n/%	III група, n/%
1. Чи уникаєте ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникання певних місць, людей або діяльності?	14/46,67	23/76,67	8/26,67
2. Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	5/16,67	11/36,67	3/10,0
3. Чи стали ви почуватися більш далеким або ізольованим від інших людей?	2/6,67	12/40,0	2/6,67
4. Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	3/10,0	9/30,0	1/3,33
5. Чи стали ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	7/23,33	19/63,33	4/13,33
6. Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?	17/56,67	27/90,0	7/23,33
7. Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	9/30,0	26/86,67	8/26,67

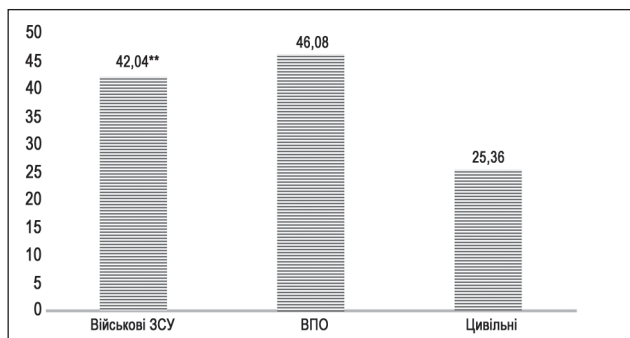


Рисунок 3. Результати скринінгу ПТСР за шкалою PCL-5

Примітка: ** – вірогідна різниця у показниках порівняно з групою цивільних осіб ($p < 0,05$).

Встановлена вірогідна гендерна різниця між середніми балами в I групі (для чоловіків $41,63 \pm 1,78$; для жінок $45,23 \pm 1,76$, $p = 0,044$), II групі (для чоловіків $42,22 \pm 1,91$; для жінок $49,53 \pm 1,22$, $p = 0,006$). Встановлені кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) між віком і кількістю балів за PCL-5: $r_s = -0,408$ у I групі, $r_s = 0,291$ у II групі та $r_s = 0,404$ у III групі.

Визначали як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів. Встановлено, що респонденти I групи (83,33 %) мають високий ступінь тяжкості симптомів надмірної реактивності, тоді як у II групі переважали симптоми уникання (76,67 %), негативного пізнання (76,67 %) та гіперреактивності (88,33 %), що узгоджується з нашими даними, отриманими за шкалою скринінгу ПТСР, але дані щодо вираженості симптомів є більш точними, оскільки вони дозволяють встановити ступінь тяжкості окремих синдромів.

Встановлено, що у I групі кількість осіб із загальною сумою балів за PCL-5 до 33 балів становить 6,67 %, 33–42 бали — 53,33 %, 43 і > балів — 40,0 %. У II групі загальну суму до 33 балів не мав ніхто (0 %), 33–42 бали — 43,33 %, 43 і > балів — 56,67 %. У III групі до 33 балів — 86,67 %, 33–42 бали — 10,0 %, 43 і > балів — 3,33 %. Отже, згідно з підрахунком балів за N.P. Roberts [34] ймовірний ПТСР можна встановити в 40,0 % осіб у I групі, 56,67 % — II групі та 3,33 % — у III групі. Отримані показники за шкалою PCL-5 є дещо нижчими, але вірогідно не відрізняються від наведених раніше даних скринінгу ПТСР.

Одержані результати вказують на те, що комплексне застосування скринінгового опитувальника ПТСР і шкали PCL-5 є обґрунтованим з високою ймовірністю ідентифікації попереднього діагностичного статусу ПТСР, кількісної оцінки тяжкості симптомів ПТСР серед військовослужбовців, ВПО і цивільних осіб.

Обговорення

Війна трагічно та надовго змінила життя і долі мільйонів людей України, адже вона не лише наражає людей на фізичну небезпеку, але, як стресовий фактор, призводить до емоційного напруження та виснаження, що, ймовірно, може спровокувати або погіршити симптоми ПТСР серед постраждалих від війни осіб [2]. Діагноз ПТСР охоплює вплив травми та симпто-

ми нав'язливого повторного переживання, уникнення та скупчення негативних змін у пізнанні, настрої та збудженні [1]. Згідно з отриманими даними стає очевидною важливість емоційних реакцій, що, на думку деяких авторів, можуть впливати на інші симптоми ПТСР [35]. Так, у дослідженні біженців провідним встановлено синдром порушення регуляції емоцій, що може бути пов'язано зі змінами адаптивної емоційної обробки та регуляції через вплив травматичної події [15]. Подібні результати отримані в дослідженні людей, які пережили війну [35]. Автори вважають, що симптоми уникання мають центральний низхідний ефект, потенційно ініційований гіперзбудженням, коли стан підвищеної чутливості до загрози може посилити нав'язливі симптоми [36]. З огляду на цей факт можна припустити, що виявлені на першому плані симптоми підвищеної збудливості в нашому дослідженні у подальшому можуть посилитися, змінивши провідний синдром ПТСР. У вибірці біженців було виявлено сильний зв'язок між підвищеною настороженістю та гіперзбудженням, вторгненням і униканням [36]. У нашому дослідженні виявлений зв'язок із віком, статтю, сімейним станом і статусом зайнятості. Подібні до наших дані були отримані в дослідженні дорослих, які відвідували лікарні загальної практики Англії [19]. Тоді як відповідно до даних інших авторів більш ранній вік і жіноча стать асоціюються з підвищеним ризиком розвитку ПТСР [11, 33].

Визначальними ознаками ПТСР у ветеранів були нав'язливі спогади про травматичні події, почуття ізоляції й відчуженості та негативні когніції [11]. Крім того, нав'язливі спогади, страждання через нагадування, уникнення, відстороненість і проблеми зі сном були одними з тих симптомів у військовослужбовців, що реєструвалися найчастіше [37]. У нашому дослідженні вказані симптоми переважали в групі ВПО.

Результати цього дослідження свідчать, що ймовірний ПТСР можна успішно встановити за допомогою будь-якого інструменту (скринінгу ПТСР, PCL-5) у військових і ВПО з практично однаковою частотою, а комплексне їх застосування підвищує рівень діагностики.

Висновки

Ймовірний ПТСР встановлено з найбільшою частотою у вимушено переміщених осіб (83,33 % за шкалою скринінгу ПТСР і 56,67 % за шкалою PCL-5) порівняно з військовослужбовцями (53,33 і 40,0 % відповідно) та цивільними особами (10,0 і 3,33 % відповідно).

Застосування скринінгових опитувальників дозволяє виявити контингент осіб, які повинні бути направлені на додаткове обстеження щодо можливого ПТСР із подальшою психологічною, фармакологічною й іншими видами корекції цього стану.

Обмеження дослідження пов'язані з відносно малим об'ємом вибірки (90 осіб), незначним періодом спостереження (1 рік). Перспективою дослідження є подальше спостереження за пацієнтами з метою оцінки контролю за перебігом ПТСР із подальшою корекцією цього стану.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Дослідження фінансувалося за власні кошти авторів.

Інформація про внесок кожного автора. Масік Н.П. — дизайн дослідження, обробка матеріалів, аналіз отриманих даних, редагування чернетки й оформлення тексту, завершення рукопису; Килимчук В.В. — концепція дослідження, пошук літератури, збір і обробка матеріалів, написання чернетки, переклад резюме іноземною мовою; Масік О.І. — пошук літератури, консультація психіатра, опрацювання матеріалу, редагування тексту, перевірка рукопису; Матвійчук М.В., Мазур О.І., Тереховська О.І. — пошук літератури, редагування тексту, перевірка рукопису; Барабаш І.Л. — пошук літератури, консультація невропатолога, опрацювання матеріалу, редагування тексту, перевірка рукопису.

References

1. Voskalo H. Early diagnosis of stress-associated neurotic disorders. Based on Proceeding of the II International Congress "Family DOC congress" (April 7-8, 2023). *Neuronews*. 2023;(144):8-12. Ukrainian.
2. Chorna V, Serebrennikova O, Kolomiets V, et al. Post-traumatic stress disorder during full-scale war in military personnel. *Young Scientist*. 2023;(124):28-39. Ukrainian. doi: 10.32839/2304-5809/2023-12-124-28.
3. Megnin-Viggars O, Mavranzouli I, Greenberg N, Hajioff S, Leach J. Post-traumatic stress disorder: what does NICE guidance mean for primary care? *Br J Gen Pract*. 2019 Jul;69(684):328-329. doi: 10.3399/bjgp19X704189.
4. Schfer SK, Kunzler AM, Lindner S, et al. Transdiagnostic psychosocial interventions to promote mental health in forcibly displaced persons: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2196762. doi: 10.1080/20008066.2023.2196762.
5. Wu Y, Wang L, Tao M, et al. Changing trends in the global burden of mental disorders from 1990 to 2019 and predicted levels in 25 years. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023 Nov 7;32:e63. doi: 10.1017/S2045796023000756.
6. Romanova OM, Srybna OV, Sychov OS. New opportunities for optimizing the treatment of supraventricular heart rhythm disorders in patients with arterial hypertension under conditions of chronic stress. *Ukrainian Therapeutic Journal*. 2023;(4):40-48. Ukrainian. doi: 10.30978/UTJ2023-4-40.
7. Kolesnikova OV, Zaprovalna OY, Yemelianova NY, Radchenko AO, Galchinska VY. Impact of wartime stress factors on the metabolic status of the civilian population. *Ukrainian Therapeutic Journal*. 2023;(3):37-43. Ukrainian. doi: 10.30978/UTJ2023-3-37.
8. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022 Feb;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
9. Ministry of Health of Ukraine. Order on July 19, 2024 № 2856. On Adoption of the Unified Clinical Protocol of Primary and Specialized Medical Care for Acute Stress Reaction, Post-Traumatic Stress Disorder, Adaptation Disorder. Available from: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posptravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi-Ukrainian>.
10. U.S. Department of Veterans Affairs (VA); National Center for PTSD. How common is PTSD in veterans? Available from: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp.
11. Chambliss T, Hsu JL, Chen ML. Post-traumatic Stress Disorder in Veterans: A Concept Analysis. *Behav Sci (Basel)*. 2024 Jun 7;14(6):485. doi: 10.3390/bs14060485.
12. Weinstein N, Khabbaz F, Legate N. Enhancing need satisfaction to reduce psychological distress in Syrian refugees. *J Consult Clin Psychol*. 2016 Jul;84(7):645-650. doi: 10.1037/ccp0000095.
13. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Health Evidence Network Synthesis Report 47: Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 56 p.
14. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
15. Specker P, Liddell BJ, O'Donnell M, et al. The Longitudinal Association between Posttraumatic Stress Disorder, Emotion Dysregulation, and Postmigration Stressors Among Refugees. *Clinical Psychological Science*. 2023;12(1):37-52. doi: 10.1177/21677026231164393.
16. Halych M, Lytvyn V. General characteristics of the post-traumatic stress schedule in war-time conditions: diagnosis and prevention. *Ūridiĉna psihologiĉa*. 2022;30(1):22-28. Ukrainian. doi: 10.33270/03223001.22.
17. World Health Organization (WHO). ICD 11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Accessed: June 7, 2019.
18. Punski-Hoogervorst JL, Engel-Yeger B, Avital A. Attention deficits as a key player in the symptomatology of posttraumatic stress disorder: A review. *J Neurosci Res*. 2023 Jul;101(7):1068-1085. doi: 10.1002/jnr.25177.
19. Cowlshaw S, Metcalf O, Stone C, et al. Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Study of General Practices in England. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021 Sep;28(3):427-435. doi: 10.1007/s10880-020-09732-6.
20. Hori H, Kim Y. Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 Apr;73(4):143-153. doi: 10.1111/pcn.12820.
21. Quinones MM, Gallegos AM, Lin FV, Heffner K. Dysregulation of inflammation, neurobiology, and cognitive function in PTSD: an integrative review. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2020 Jun;20(3):455-480. doi: 10.3758/s13415-020-00782-9.
22. Varyvoda K. Neurobiological and psychological aspects of post-traumatic stress disorder: analytical review. *Scientia et Societas*. 2022;(2):101-107. Ukrainian. doi: 10.31470/2786-6327/2022/2/101-107.
23. Naegeli C, Zeffiro T, Piccirelli M, et al. Locus Coeruleus Activity Mediates Hyperresponsiveness in Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*. 2018 Feb 1;83(3):254-262. doi: 10.1016/j.

biopsych.2017.08.021.

24. Al Jowf GI, Snijders C, Rutten BPF, de Nijs L, Eijssen LMT. The Molecular Biology of Susceptibility to Post-Traumatic Stress Disorder: Highlights of Epigenetics and Epigenomics. *Int J Mol Sci.* 2021 Oct 4;22(19):10743. doi: 10.3390/ijms221910743.

25. Dunlop BW, Wong A. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in PTSD: Pathophysiology and treatment interventions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019 Mar 8;89:361-379. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.10.010.

26. Obuobi-Donkor G, Oluwasina F, Nkire N, Agyapong VIO. A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 29;19(3):1565. doi: 10.3390/ijerph19031565.

27. Wall PH, Convoy SP, Braybrook CJ. Military Service-Related Post-traumatic Stress Disorder: Finding a Way Home. *Nurs Clin North Am.* 2019 Dec;54(4):503-515. doi: 10.1016/j.cnur.2019.08.008.

28. Friedman JK, Taylor BC, Hagel Campbell E, et al. Gender differences in PTSD severity and pain outcomes: Baseline results from the LAMP trial. *PLoS One.* 2024 May 16;19(5):e0293437. doi: 10.1371/journal.pone.0293437.

29. McAndrew LM, Lu SE, Phillips LA, Maestro K, Quigley KS. Mutual maintenance of PTSD and physical symptoms for Veterans returning from deployment. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 May 21;10(1):1608717. doi: 10.1080/20008198.2019.1608717.

30. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess.* 2016 Nov;28(11):1379-1391. doi: 10.1037/pas0000254.

31. Bovin MJ, Kimerling R, Weathers FW, et al. Diagnostic Accuracy and Acceptability of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) Among US Veterans. *JAMA Netw Open.* 2021 Feb 1;4(2):e2036733. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36733.

32. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016 Oct;31(10):1206-1211. doi: 10.1007/s11606-016-3703-5.

33. LeardMann CA, McMaster HS, Warner S, et al.; Millennium Cohort Study Team. Comparison of Posttraumatic Stress Disorder Checklist Instruments From Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition vs Fifth Edition in a Large Cohort of

US Military Service Members and Veterans. *JAMA Netw Open.* 2021 Apr 1;4(4):e218072. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8072.

34. Roberts NP, Kitchiner NJ, Lewis CE, Downes AJ, Bisson JI. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *Eur J Psychotraumatol.* 2021 Jan 26;12(1):1863578. doi: 10.1080/20008198.2020.1863578.

35. Schlechter P, Hellmann JH, McNally RJ, Morina N. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms in war survivors: Insights from cross-lagged panel network analyses. *J Trauma Stress.* 2022 Jun;35(3):879-890. doi: 10.1002/jts.22795.

36. Schlechter P, Hellmann JH, Morina N. Unraveling specifics of mental health symptoms in war survivors who fled versus stayed in the area of conflict using network analysis. *J Affect Disord.* 2021 Jul 1;290:93-101. doi: 10.1016/j.jad.2021.04.072.

37. Bryant RA, Hadzi-Pavlovic D. The course of symptoms over time in people with posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma.* 2025 Jan;17(1):131-135. doi: 10.1037/tra0001710.

Отримано/Received 12.11.2024

Рецензовано/Revised 20.12.2024

Прийнято до друку/Accepted 03.01.2025

Information about authors

Nadiia Masik, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Internal Medicine 2, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: masikoi@i.ua; <https://orcid.org/0000-0002-6552-2470>

Kylymchuk Viktoriia, 6th year student of medical faculty 1, of Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: kylymchuk.victoria@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0000-0369-9556>

Masik Oleh, PhD, Associate Professor of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: masikoleg86@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3798-8898>.

Matviichuk Mykola, PhD, Associate professor, Head of Department of Emergency and Military Medicine, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: mikola.matvichuk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3307-4538>

Mazur Olha, Senior Lecturer of the Department Pharmaceutical Chemistry, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: olgamma12@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4344-2736>

Terekhovska Olena, Associate Professor at the Department of Histology, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: terehovchka@gmail.com
Iryna Barabash, neurologist, Head of the Neurological Department of the University Clinic, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: irina.barabash.l@gmail.com

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

Information about funding. The research was financed with proper costs of the authors.

Authors' contribution. N. Masik — design, processing and analysis of the obtained data, reviewing and editing the text; V. Kylymchuk — research concept, literature review, collection and processing of material, reviewing and editing the text; O. Masik — literature review, processing of material, writing the text, editing the text; M. Matviichuk, O. Mazur, O. Terekhovska — literature review, writing the text, editing the text; I. Barabash — literature review, processing of material, writing the text, editing the text.

N.P. Masik, V.V. Kylymchuk, O.I. Masik, M.V. Matviichuk, O.I. Mazur, O.I. Terekhovska, I.L. Barabash
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Study of the incidence and signs of post-traumatic stress disorder at the stage of primary medical care in military personnel and forcibly displaced people during a full-scale invasion

Abstract. Background. War and its consequences not only dominate the collective and national consciousness of every citizen but also, as a stressor, lead to emotional tension and exhaustion. They are a major factor in stress-associated disorders, particularly post-traumatic stress disorder (PTSD). The diagnosis of PTSD is based on the presence of at least one symptom: intrusion, avoidance, negative mood and cognitive impairments, hyperreactivity. The purpose was to investigate the prevalence and severity of probable PTSD among patients visiting primary health care (PHC) facilities, military personnel, and forcibly displaced people (FDP) using various questionnaires. **Materials and methods.** A total of 90 individuals (46 men and 44 women, average age 39.65 ± 13.93 years) were examined. Participants were divided into three groups (30 individuals each): group I — military personnel of the Armed Forces of Ukraine receiving treatment at the Municipal Non-Profit Enterprise “Vinnytsia City Clinical Emergency Hospital”; group II — internally displaced persons who are forced to live in Vinnytsia (FDP); group III — controls (civilian residents of Vinnytsia visiting PHC facilities). All respondents were surveyed using the

Spielberg-Hanin Anxiety Scale, assessed for the likelihood of PTSD using a PTSD screening questionnaire approved by the Ministry of Health of Ukraine (Order No. 1265 dated February 23, 2024), and with the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). **Results.** Probable PTSD was more frequently detected among FDP (83.33 % on the PTSD screening scale and 56.67 % on the PCL-5) compared to military personnel (53.33 and 40.0 %, respectively) and civilians (10.0 and 3.33 %, respectively). Among FDP, symptoms of avoidance (76.67 %), negative cognition (76.67 %), and hyperarousal (88.33 %) were predominant, emphasizing the significant role of emotional responses and their potential impact on other PTSD symptoms. Correlations ($p < 0.05$) were found between age, gender, and the score on the PCL-5. **Conclusions.** Probable PTSD can be successfully detected using any of the available tools (PTSD screening, PCL-5) with almost equal frequency, allowing for the identification of individuals who should undergo additional examination for PTSD confirmation and subsequent treatment of this condition. **Keywords:** post-traumatic stress disorder; screening; martial law; military personnel; forcibly displaced people; primary health care