

**Чорна Валентина Володимирівна**<sup>1</sup>

кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Серебрянікова Оксана Анатоліївна**<sup>2</sup>

кандидат медичних наук, професор,  
в.о. завідувача кафедри психіатрії, наркології, загальної та медичної психології ФПО  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Коломієць Вікторія Валеріївна**<sup>3</sup>

студентка  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Гозак Світлана Вікторівна**<sup>4</sup>

доктор медичних наук, завідувачка лабораторії  
соціальних детермінант здоров'я дітей  
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеева  
Національної академії медичних наук»  
професор кафедри спортивної медицини  
Національний університет фізичного виховання і спорту України

**Слізарова Олена Тарасівна**<sup>5</sup>

кандидат медичних наук,  
провідний науковий співробітник  
лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей  
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеева  
Національної академії медичних наук»

**Рибінський Максим Володимирович**<sup>6</sup>

доцент кафедри травматології та ортопедії  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Ангельська Вікторія Юріївна**<sup>7</sup>

старший викладач кафедри медицини катастроф та військової медицини  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Павленко Наталія Павлівна**

кандидат біологічних наук,  
старший науковий співробітник лабораторії  
гігієни планування та забудови населених місць  
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеева  
Національної академії медичних наук»

## ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

**Анотація.** *Мета роботи:* провести аналіз наукових досліджень, щодо ПТСР у військовослужбовців під час військових бойових дій, визначити частоту і тривалість ПТСР та шляхи його подолання. Матеріали та методи. У роботі використані методи: бібліосемантичний, контент-аналіз, аналіз законодавчо-нормативних документів. Дослідження проведено на підставі вивчення наукових публікацій вітчизняних та зарубіжних вчених з використанням баз даних PubMed і Google Scholar за період 2013–2023 рр. *Результати.* «National Center for PTSD» (2021) зазначає, що відсоток військовослужбовців, які страждають на ПТСР незалежно від інтенсивності бойових дій становить – 11-20. За результатами дослідження українських науковців кількість і вираженість стресових розладів у військовослужбовців, яким було діагностовано ПТСР під час проведення антитерористичної операції, становила 27,7%. Розвиток ПТСР може бути пов'язаний з наступними причинами: зниження уваги/усвідомленості, низька мотивація та невеликий бойовий досвід. Так, низький рівень усвідомленості супроводжується більш вираженими симптомами ПТСР зі значними порушеннями функцій різних систем організму та ризикованою поведінкою (домінантність, безтурботність, жорсткість). Коморбідність з алкогольною залежністю у 20,3% військовослужбовців з ПТСР призвело до тяжкого перебігу ПТСР і більш тривалого лікування. Американською психіатричною асоціацією у 2013 р. були переглянуті діагностичні критерії ПТСР у DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). За діагностичними і статистичними критеріями психічних розладів (DSM-5) і Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), яка планується до впровадження в Україні, зазвичай діагноз ПТСР встановлюється на підставі кількох симптоматичних кластерів. В Україні затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121), що надає клінічні рекомендації для діагностики, лікування ПТСР на різних етапах допомоги, включає опитувальники, клінічний маршрут пацієнта

<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9525-0613>

<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3065-5545>

<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2991-6241>

<sup>4</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6379-7331>

<sup>5</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2860-9059>

<sup>6</sup> ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1617-8332>

<sup>7</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6140-0807>

тів, послідовність використання різних методів терапії, розроблений відповідно до міжнародних клінічних настанов. Важливо розвивати нові методи лікування та інтервенції, спрямовані на попередження та зменшення впливу ПТСР. Персонал медичних закладів, які надають допомогу військовослужбовцям, повинен бути кваліфікованим в цьому питанні для виявлення та лікування симптомів ПТСР. Узагальнення наукових досліджень показало, що ПТСР є значущою проблемою для військовослужбовців, яка вимагає комплексного підходу до профілактики, діагностики та лікування. Необхідно надавати належну увагу психічному благополуччю військових осіб та вдосконалювати підходи для оптимізації їх підтримки та реабілітації. *Висновки.* Бойові дії та екстремальні умови, з якими стикаються військовослужбовці під час воєнних конфліктів, можуть спричинити виникнення ПТСР та інші серйозні психічні наслідки. Реалізація ефективних програм психологічної підготовки перед воєнними діями, забезпечення вчасної діагностики та лікування військовослужбовців після травматичних подій може зменшити важкість перебігу захворювання. Дослідження показують, що військовослужбовці, які були причетні до бойових дій, мають високий ризик виникнення ПТСР порівняно з цивільними особами.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, психотравма, предиктори, повномасштабна війна, DSM-5, МКХ-11.

**Valentyna Chorna**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Associate Professor of the Department of Disaster Medicine and Military Medicine  
*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

**Oksana Serebrennikova**

PhD, Professor, Head of the Department of Psychiatry,  
Narcology, General and Medical Psychology of Faculty of Postgraduate Education  
*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

**Viktoriia Kolomiets**

Student  
*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

**Svitlana Hozak**

Doctor of Medical Sciences,  
Head of the Laboratory of Social Determinants of Children's Health  
*State Institution "O.M. Marzeiev Institute for Public Health  
of the National Academy of Medical Science of Ukraine"*

Professor of the Department of Sports Medicine

*National University of Physical Education and Sports of Ukraine*

**Olena Yelizarova**

Candidate of Medical Sciences,  
Leading Researcher of the Laboratory of Social Determinants of Children's Health  
*State Institution "O.M. Marzeiev Institute for Public Health  
of the National Academy of Medical Science of Ukraine"*

**Maksym Rybinskyi**

Associate Professor at the Department of Traumatology and Orthopaedics  
*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

**Viktoriia Anhelska**

Senior Lecturer in the Department of Disaster Medicine and Military Medicine,  
*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

**Nataliia Pavlenko**

Candidate of Biological Sciences, Senior Research at the Laboratory  
of Hygiene Planning and Construction of Settlements  
*State Institution "O.M. Marzeiev Institute for Public Health  
of the National Academy of Medical Science of Ukraine"*

## POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DURING FULL-SCALE WAR IN MILITARY PERSONNEL

**Summary.** *The aim of the study* is to analyze scientific research on PTSD in military personnel during military operations, to determine the frequency and duration of PTSD and ways to overcome it. *Materials and methods.* The methods used in the study are bibliosemantic, content analysis, analysis of legislative and regulatory documents. The research was conducted on the basis of the study of scientific publications of domestic and foreign scientists using PubMed and Google Scholar databases for the period 2013–2023. *Results.* The National Center for PTSD (2021) notes that the percentage of servicemen suffering from PTSD, regardless of the intensity of hostilities, is 11%. According to a study by Ukrainian researchers, the number and severity of stress disorders in servicemen diagnosed with PTSD during the anti-terrorist operation was 27.7%. The development of PTSD may be related to the following reasons: reduced attention/awareness, low motivation and little combat experience. Thus, a low level of awareness is accompanied by more pronounced symptoms of PTSD with significant dysfunctions of various body systems and risky behavior (dominance, carelessness, rigidity). Comorbidity with alcohol dependence in 20.3% of servicepersons with PTSD led to a more severe course of PTSD and longer treatment. In 2013, the American Psychiatric Association revised the diagnostic criteria for PTSD in the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) and the International Classification of Diseases (ICD-11), which is planned to be implemented in Ukraine, the diagnosis of PTSD is usually based on several symptomatic clusters. Ukraine has approved unified clinical protocols for primary, secondary (specialized) and tertiary (highly spe-

cialized) medical care for response to severe stress and adaptation disorders, including post-traumatic stress disorder (Order of the Ministry of Health of Ukraine of 23.02.2016 No. 121), which provides clinical guidelines for the diagnosis and treatment of PTSD at different stages of care, including questionnaires, a clinical pathway for patients, and the sequence of different therapies developed in accordance with international clinical guidelines. It is important to develop new treatments and interventions aimed at preventing and reducing the impact of PTSD. The staff of medical facilities providing care to military personnel should be qualified in this area to identify and treat PTSD symptoms. A generalization of scientific research has shown that PTSD is a significant problem for military personnel that requires a comprehensive approach to prevention, diagnosis and treatment. It is necessary to pay due attention to the mental well-being of military personnel and improve approaches to optimize their support and rehabilitation. *Conclusions.* Combat operations and extreme conditions faced by military personnel during military conflicts can cause PTSD and other serious mental health consequences. Implementation of effective psychological training programs before military operations, as well as timely diagnosis and treatment of servicemen and women after traumatic events, can reduce the severity of the disease. Studies show that military personnel who have been involved in hostilities are at a high risk of developing PTSD compared to civilians.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, military personnel, psychotrauma, full-scale war, DSM-5, ICD-11.

**Постановка проблеми.** Війна – найсильніший психосоціальний стресовий фактор. Стресовий фактор війни має значний вплив на психічне та фізичне здоров'я всіх громадян України. Війна є надзвичайним випробуванням для всієї нашої країни, і позначається на психічному та психологічному стані всіх людей. Це актуально і для військовослужбовців, і для членів їх сімей, і для інших цивільних громадян, у яких можуть виникнути тривожно-депресивні розлади, загостритись існуючі психічні розлади, розвинути психосоматичні розлади та інші порушення ментального здоров'я. У тих людей, які стали свідками надзвичайно травмуючих подій чи були їх учасниками, можуть виникнути прояви посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). В цьому аспекті військовослужбовці є однією з вразливих груп, які постійно піддаються небезпеці для свого життя унаслідок участі у бойових діях та перебування у екстремальних умовах, що спричиняє високий ризик розвитку ПТСР.

ПТСР – специфічний психіатричний розлад, спричинений безпосереднім або непрямим впливом надзвичайно стресової події [1]. Цей розлад має чотири групи проявів – симптоми вторгнення, уникнення, реактивності, а також зміни когнітивності та настрою, що може вплинути на всі аспекти життя людини. ПТСР виникає після того як особа, пережила, або була свідком, жертвою травматичної події (фізичної або психологічної) під час бойових дій, терактів, природних та техногенних катастроф, стихійних лих, аварій. Людина з ПТСР відчуває труднощі у підтримці міжособистісних стосунків, нав'язливі спогади про травматичні події, розлад сну (лячні сновидіння), дратівливість, надмірна втома, головний біль, важкість у зосередженні на виконанні поставленої бойової задачі. Наслідками прогресування хвороби є посилення прояву симптомів, розширення їх спектру, перехід з гострої форми у хронічну. Симптоми ПТСР можуть виникнути після впливу не лише єдиної, ізольованої травматичної події (фізичної або психологічної), але і після комбінованого, довготривалого та інтенсивного стресу.

Найпотужнішим наслідком війни та прийняття участі у бойових діях є бойова травма, яка має психотравмуючий вплив на учасників бойових дій і є домінуючим чинником виникнення роз-

ладу, який буде пов'язаним зі стресом (стрессоцітованим розладом). Перебіг захворювання може бути різним, однак симптоми можуть стати стійкими й тривати місяцями, роками або навіть залишитися протягом життя. Зважаючи на це, виникає термінова необхідність у проведенні дослідження особливостей перебігу і поширення ПТСР у військовослужбовців під час повномасштабних і найінтенсивніших з часів другої світової війни бойових дій які наразі відбуваються на території України [1].

Науковцями різних країн проводиться дослідження виникнення, тривалості, діагностики, лікуванню ПТСР, пов'язаний з бойовою травмою. За період 2004–2007 рр. Ірако-Афганського конфлікту поширеність на ПТСР коливалась у діапазоні від 10,0% до 20,0%, за період 2014–2016 рр. російсько-української війни – 10,0%–15,0%. Населення України зазнало низки травматичних подій, що спричинено довготривалою військовими діями на Сході країни, анексією територій, а також великими людськими втратами, що торкнулись багатьох сімей. Ці події негативно вплинули на життєдіяльність усіх громадян України, ставши причиною постійної тривоги, напруги як предиктори емоційного вигорання (ПРЕВ), збільшення частоти стресових розладів. Тому, нами проведено аналіз наукових праць щодо ПТСР і визначено частоту і тривалість цього розладу, охарактеризовані чинники, які спричиняють виникненню цих станів під час війни з російською федерацією, а також розглянуті настанови щодо профілактики, діагностики та лікування [2].

**Мета статті:** провести аналіз наукових досліджень, щодо ПТСР у військовослужбовців під час військових бойових дій, визначити частоту і тривалість ПТСР та шляхи його подолання.

**Матеріали та методи.** У роботі використані методи: бібліосемантичний, контент-аналіз, аналіз законодавчо-нормативних документів. Дослідження проведено на підставі вивчення наукових публікацій вітчизняних та зарубіжних вчених з використанням баз даних PubMed і Google Scholar за період 2013–2023 рр.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** «National Center for PTSD» (2021) зазначає, що відсоток військовослужбовців, які страждають на ПТСР незалежно від інтенсивності бойових дій становить – 11-20% [3].

За результатами дослідження Пінчук І.Я. (2016), у зв'язку із збройним конфліктом на Сході України кількість і вираженість стресових розладів у військовослужбовців була досить високою. У 27,7% військовослужбовців, які прийняли участь у антитерористичній операції (АТО) було діагностовано ПТСР [4].

Під час проведеного аналізу ПТСР серед військовослужбовців Armenta R. F. (2018) та іншими науковцями за допомогою анкет за період 2001-2013 рр. в рамках Millennium Cohort Study, була проведена багатфакторна логістична регресія для визначення факторів, які пов'язані із стійким ПТСР серед військовослужбовців і ветеранів США, які брали участь у Ірако-Афганській військових конфліктах. Фактори, які впливали на стан військовослужбовців з ПТСР було оцінено за допомогою шкали Посттравматичних Стресових Розладів (PCL-L) за 5-ти бальною шкалою Likert у діапазоні від 1 «not at all/зовсім не впливають» до 5 «extremely/надзвичайно впливають», з загальним балом від 17 до 85. Шкала PCL-L є гарним інструментом скринінгу але не діагностики ПТСР, тому що діагноз встановлюється тільки під час особистого інтерв'ю з пацієнтом. ПТСР є одним з найпоширеніших розладів, що призводить до інвалідності серед військовослужбовців і часто є ризик переходу у хронічний стан. У дослідженні було виявлено при першому зверненні військовослужбовців до 47,0% мали стійкий ПТСР (серед них 66,1% чоловічої статі і 33,9% серед жінок військовослужбовців), і через три роки під час другого етапу дослідження для цієї категорії пацієнтів були визначені предиктори розвитку ПТСР. Після 6 років спостереження цього контингенту з позитивними симптомами ПТСР з них склало 71,2%. Було визначено, що основним значущим фактором для ризику розвитку ПТСР була інтенсивність бойових дій, в яких військовослужбовець приймав участь. Також до факторів, які значуще впливали на розвиток ПТСР даної когорти військовослужбовців, було віднесено інвалідність внаслідок травми або поранення, а також соціальні захворювання і відсутність соціальної підтримки після демобілізації. Результати досліджень цих авторів збігаються з результатами інших науковців, які демонструють, що інтенсивність бойових дій, порівняно з іншими травматичними факторами, має винятково, високий ризик виникнення стійкого ПТСР. Таким чином, враховуючи велику кількість факторів, які пов'язані з розвитком ПТСР, дослідження показало необхідність у розробці моделі допомоги, які враховує взаємопов'язані супутні захворювання [4–6].

За даними Meyer E. (2019), було проведено дослідження щодо важкості симптомів ПТСР серед військовослужбовців в Іраку та Афганістані після врахування найсильніших факторів ризику розвитку даного розладу. Тяжкість симптомів ПТСР оцінювалась за допомогою скринінгової шкали (PCL-5). Отримані дані вказують на наявність симптомів ПТСР у 23% військовослужбовців [6].

За результатами дослідження Nassif T. (2019), рівень уваги/усвідомленості, бойовий досвід, мотивація військовослужбовця впливає на прояви психопатологічних симптомів. Відмічено, що низький рівень усвідомленості у військовослужбовців пов'язаний з ризикованою поведінкою

(домінантність, безтурботність, жорсткість) та супроводжується більш вираженими симптомами ПТСР зі значними порушеннями функцій різних систем організму. Наявність реакції на внутрішній досвід (здатність розрізняти і відчувати свої емоції, думки та фізіологічні реакції на травматичні події без приховування чи ігнорування) є важливою частиною усвідомленості, яка допомагає військовим справлятися з травмою та стресом і підтримувати здоров'я. Загалом, уважність сприяє саморегуляції, що є особливо цінною навичкою для тих, хто переживає травматичні події. Ця стратегія дозволяє контролювати свої емоційні, когнітивне-поведінкові реакції. Відсутність або зниження самоконтролю у військовослужбовців може провокувати прояви агресії, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами з розвитком залежності [7–9].

Головною метою наукових досліджень [4–7], було дослідити поширеність симптомів і часові рамки розвитку ПТСР. Траєкторії/різноманітність симптомів ПТСР серед осіб, які зазнали травматичні/бойові події, є складними. Симптоми ПТСР можуть проявлятися через кілька років і можуть впливати на повсякденне життя військовослужбовця. Проведення досліджень щодо симптомів серед військовослужбовців має велике значення для визначення тривалого психологічного тягара, який несуть наші військовослужбовці після завершення бойових дій.

Автором Sija J van der Wal (2020) було досліджено фактори ризику, які пов'язані з симптомами ПТСР у військовослужбовців після участі у бойових діях та особливості самих симптомів. Усі оцінки симптомів ПТСР вимірювались за допомогою аналізу шкали самооцінки ПТСР (SRIP) від перших проявів до 10 років після участі у бойових діях. Було ідентифіковано чотири варіанти розвитку симптомів і стійкий варіант був виявлений у 85% військовослужбовців, а симптоми ПТСР зберігались протягом 10 років. Із них у 6% військовослужбовців стан покращився і спостерігалось полегшення симптомів, а у 2% військовослужбовців взагалі зникли симптоми, а у 7% спостерігався відстрочений початок ПТСР. Тобто військовослужбовці намагались підтримувати свою психічну стійкість протягом певного часу, але згодом симптоми проявлялись. Науковець розкрив вплив військової служби на психічне здоров'я. Дослідження виявило групу військовослужбовців, у яких спостерігалось наростання симптомів ПТСР, і вони не зменшувались під впливом існуючих програм підтримки психічного здоров'я. Варто відзначити, що результати вказують на необхідність впровадження альтернативних методів лікування для цієї групи військовослужбовців, які можуть потребувати більш індивідуалізованих та комплексних підходів для підтримки психічного здоров'я [10].

Американською психіатричною асоціацією у 2013 р. були переглянуті діагностичні критерії ПТСР у DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Гострий стресовий розлад (ПТСР) із класу «Розлад тривоги» перенесено до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором» і передбачають «експозиція до травми або стресової події». Ці розлади передбачають наявність сильного стресора, насамперед серйозну за-

грозу життю або фізичній цілісності. Це означає, що особа пережила або стала свідком травматичної події, в даному випадку – бойової дії. Протягом тривалого періоду науковцями досліджувались основні симптоми пов'язані з ПТСР, які можуть стати стійкими і тривати роками. ПТСР асоціюється з довготривалими нейробіологічними змінами та супутніми захворюваннями, що можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я при умові якщо особа не отримала, або не звернулася вчасно за медичною допомогою [11].

Посттравматичний стрес – це комплекс симптомів, психічних розладів, які розвиваються після важкої травми (це може бути як психологічна, так і фізична (в тому числі і черепно-мозкова травма). За часовим перебігом виділяють наступні стани:

1. Гостра стресова реакція (її початок від перших хвилин травматичної події до двох діб).

2. Гострий стрес учасника бойових дій та спеціальних операцій – бойова оперативна стресова реакція (Combat and operational stress reactions COSRs) – порушення, до чотирьох діб). Сам термін COSRs використовується для опису двох різних типів військових стресових реакцій: гострих стресових реакцій у бойовому середовищі, які називаються бойовими стресовими реакціями (combat stress reactions CSRs) та реакції на більш стійкі військові оперативні стресори або оперативні стресові реакції (operational stress reactions OSRs) [12]:

3. Гострий стресовий розлад – від двох днів до одного місяця.

4. Гостра форма ПТСР – від одного місяця до трьох.

5. Хронічна форма ПТСР – більше ніж три місяці.

6. Відтермінований ПТСР – через 6 місяців після травматичної події.

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

Бойові стресори у військовослужбовців можуть бути різні: бойова травма, загибель побратима, травми як наслідок втрати кінцівок або інших серйозних поранень тощо.

OSR – це очікувані тимчасові поведінкові, когнітивні, емоційні та фізичні зміни в резуль-

таті первинного впливу або наслідків повторного впливу одного чи кількох стресорів у бойових умовах. Приклади оперативних стресорів можуть бути наступні:

– несприятливі для життєдіяльності умови проживання та участь у бойових діях (наприклад, ізоляція, екстремальний клімат/оточення або сенсорні стресори);

– переживання чи свідок щодо переслідувань, знущань або міжособистісного конфлікту, пов'язаного з бойовими діями;

– велике психогенне навантаження (наприклад, тривалий час безпосередніх бойових дій та високі вимоги щодо виконання бойових завдань);

– повторні психічні та фізичні травми, небезпеки та втрати;

– участь у бойових діях, тяжкі умови служби, що порушують режим дня, сон;

– стресові події, пов'язані з близькими, друзями, побратимами.

#### Основними цілями програм COSC є:

– вчасно розпізнати ознаки та симптоми COSR та допомогти військовослужбовцю;

– за допомогою навчання для підвищення впевненості та навичок запобігти виникненню ПТСР;

– зменшити вплив бойового та оперативного стресу за допомогою простих заходів, таких як заспокоєння, відпочинок і забезпечення безпеки.

В науковій літературі, яка присвячена вивченню наслідків дії бойової травми на психічний стан особистості, часто використовуються такі поняття, як «частковий ПТСР» («partial PTSD»), а також «складний ПТСР» або «комплексний ПТСР» («complex PTSD») [13]

Термін «частковий ПТСР» (іноді: пресиндромальний ПТСР – «subsyndromal PTSD», підпороговий ПТСР – «subthreshold PTSD» або субклінічний ПТСР – «subclinical PTSD») використовується клініцистами для класифікації стану пацієнтів, у яких мають місце клінічно значущі прояви ПТСР на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони в повній мірі не відповідають діагностичним критеріям ПТСР, хоча також потребують лікування [14; 15].

Нами під час дослідження підготовлена загальна характеристика ПТСР, яка відображена у таблиці 1.

Таблиця 1

#### Загальна характеристика посттравматичного стресового синдрому

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, астеничний, 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, коморбідні розлади, підвищений ризик суїциду, сприяння виникненню хронічних хвороб	Виникнення психотичних порушень

Науковець Knowles K. A. (2019) досліджував за період 2005–2013 рр. частоту супутніх захворювань військових, які стояли на обліку з ПТСР. Встановлено, що найчастіше зустрічались поєднання з діагнозом тривожні розлади, афективні розлади, обсесивно-компульсивні і депресивні розлади. Дослідження виявило, що серед військовослужбовців, які страждали на ПТСР, 64,0% мали щонайменше один супутній розлад депресивного або тривожного характеру, тоді як 36,0% мали діагноз лише ПТСР. На основі цього, встановлено, що наявність супутнього психічного розладу має важливий вплив на тяжкість симптомів, тривалість лікування ПТСР. Військовослужбовці, які мають супутні захворювання, показують більш серйозні симптоми ПТСР, які оцінювались згідно шкали PCL (шкала самооцінки наявності ПТСР). Все більше доказів, що психічні розлади, є ризиком виникнення супутніх захворювань і це свідчить про важливість раннього втручання для зниження ризику виникнення ПТСР [16].

На думку Walter K.H (2018), психічна коморбідність (наявність одночасно двох або більше психічних розладів) щодо ПТСР є досить поширеною і включає депресію, тривожний розлад, панічний розлад, алкогольну (АЗ) чи наркотичну залежність (НЗ). Це ускладнює процес діагностики та лікування, оскільки симптоми різних розладів можуть одночасно взаємодіяти. За їх результатами, найчастіше ПТСР супроводжувалось депресивними розладами у 49,0% випадків, розладами адаптації у 37,0%, генералізованими тривожними розладами у 36,1% і розладами пов'язаними із вживанням алкоголю у 26,9% випадків. Усі симптоми діагностувались у військовослужбовців з ПТСР. Коморбідні розлади і ПТСР потребують комбінованого підходу до лікування: психотерапію (когнітивну-поведінкову терапію) і медикаментозне лікування. Ретельна діагностика та співпраця між психотерапевтом, психіатром (мультидисциплінарний підхід) допомагають покращити результати лікування військовослужбовців з ПТСР та психологічною коморбідністю [17].

Отже, згідно з дослідженнями вчені дійшли висновку, що супутні захворювання, що супроводжують ПТСР, ускладнюють ступень тяжкості розладу, а наявність алкогольного/наркотичного вживання впливає на тривалість лікування. Значущим фактором є врахування під час лікування ПТСР, інших психічних розладів та всіх супутніх симптомів. Важливо, щоб мультидисциплінарна команда (медичні психологи, психотерапевти, психіатри) проводила оцінку наявності того чи іншого психічного розладу та обирала підходи лікування.

Luciano M.T (2019) виявив, що вживання алкогольних напоїв, загострюють симптоматику ПТСР, і з часом призводять до замкненого кола – збільшення вживання алкоголю посилює симптоми ПТСР, стан пацієнта загострюється та терміни лікування збільшуються. Вони залежать від індивідуальних особливостей та тривалості вживання алкоголю. Терміни лікування можуть збільшуватись через необхідність додаткових психотерапевтичних сесій або програм відновлення для подолання одночасного вживання ал-

коголю та ПТСР [18]. Дані, показують, що 20,3% військовослужбовців, які вживали алкоголь, страждали на психічні розлади, мали тяжкий стан, тривале лікування. При цьому виникали наступні ускладнення:

1. Збільшення симптомів ПТСР: Дослідження вказує на те, що вживання алкоголю може сприяти загостренню симптомів ПТСР. Незважаючи на симптоми ПТСР алкоголь може тимчасово зменшити рівень тривоги та стресу (на думку пацієнта), з часом він може призвести до погіршення симптомів ПТСР, таких як тривожність, відчуженість та повторні відчуття травми.

2. Вживання алкоголю для полегшення симптомів ПТСР (хибна думка пацієнта) може призвести до розвитку алкогольної залежності та інших проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю.

3. Велика частина військовослужбовців стикається із ПТСР-АЗ, що є серйозною проблемою для армії та суспільства загалом, яка може негативно впливати на бойову готовність військових та їхнє фізичне та психічне здоров'я.

4. Лікування ПТСР-АЗ є складним завданням, оскільки вимагає одночасного урахування як симптомів ПТСР, так і супутніх захворювань, проблем, пов'язаних із алкогольним/наркотичним зловживанням. Для цього необхідна мультидисциплінарна медична допомога і належні заходи профілактики, методи, програми більш ефективні під час лікування для військовослужбовців.

ПТСР включає в себе кілька діагностичних критеріїв, рекомендованих останніми версіями класифікаційних систем. Так, за діагностичними і статистичними критеріями психічних розладів (DSM-5) і Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), яка планується до впровадження в Україні, зазвичай діагноз ПТСР встановлюється на підставі кількох симптоматичних кластерів. Обидві згадані класифікаційні системи надають визначення та критерії для діагностики ПТСР.

Загальні критерії діагностики ПТСР в DSM-5 включають:

**Критерій А (наявність в анамнезі травматичної події):** Причетність до смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загрози серйозного поранення, сексуальне насильство або його загроза, що може проявитися одним з нижчеперелічених способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.

2. Особисте свідчення події, в яку залучені інші особи.

3. Повідомлення про подію, яка відбулася з близькими членами родини або близькими друзями. *У випадках безпосередньої або можливої загрози смерті члена сім'ї або друга, подія повинна бути раптовою або несподіваною.*

4. Періодична або надмірна особливість деяких аспектів травматичної події, що викликають сильну негативну емоційну реакцію (наприклад, ті, хто в силу обставин першими виявилися на місці загибелі людей і зайняті збором тіл і останків тіл загиблих; поліцейські, які багаторазово ставали свідками безпосередніх наслідків насильства над дітьми) та може бути через дію непрямого впливу через засоби мас-медіа, телебачення, кінофільми [19].

**Критерій В.** Присутність одного або більше симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичним подією, які з'явилися після травматичної події:

1. Повторювані, мимовільні і нав'язливі спогади про травматичну подію, що викликають дистрес.

2. Повторювані сновидіння, що викликають дистрес, зміст і / або афект яких має відношення до травматичного події.

3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбек ефекти), в яких індивід відчуває або веде себе так, як ніби-то травматична подія минулого відбувається в сьогоденні. (Подібні реакції можуть бути розташовані на континуумі інтенсивності, крайній полюс якого відповідає станам з повною втратою контакту з навколишньою дійсністю).

4. Сильний або тривалий психологічний дистрес при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-які аспекти травматичної події.

5. Виражені фізіологічні реакції при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або мають схожість з будь-яким з аспектів травматичної події.

**Критерій С:** симптоми уникнення: уникнення подразників (факторів, умов), пов'язаних з травмою, що спостерігається після завершення травматичної події (як мінімум один симптом з переліченого нижче):

1. Уникнення або спроби уникнути спогадів, думок або почуттів, які безпосередньо або тісно пов'язаних з травматичним подією і викликають дистрес.

2. Уникнення або спроби уникнути зовнішнього нагадування (наприклад, певних людей, місць, об'єктів, ситуацій, відчуттів тривалості, розмов), в результаті якого виникають дистрес спогади, думки або почуття, які стосуються або тісно пов'язані з травматичною подією.

**Критерій D:** Погіршення когнітивного функціонування і настрою, пов'язане з травматичною подією, що почалося або посилювалося після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Немоżliвість пригадати важливі аспекти травматичної події (головним чином, в силу дисоціативної амнезії і не пов'язане з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків).

2. Стійкі і перебільшено спотворені переконання або очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ (Наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ небезпечний», «Я втратив свою душу назавжди», «Моя нервова система повністю зруйнована»).

3. Сталі і перекручені переконання щодо причини або наслідків травматичної події, на яких засновано самозвинувачення або звинувачення інших.

4. Стійкі негативні емоційні стани (наприклад, страх, жах, гнів, вина або сором).

5. Помітне значуще зниження інтересу або залученості в види діяльності, які раніше були значимі.

6. Почуття відстороненості і відчуженості від інших людей.

7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення або почуття любові і прихильності).

**Критерій Е.** Помітна і значуща зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалося або посилювалося після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Дратівливість або спалахи гніву (що виникають без всякої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів.

2. Поведінка самоушкодження, нерозважливо ризикована поведінка.

3. Підвищена настороженість.

4. Перебільшена стартова реакція (надмірна і інтенсивна реакція на подразники).

5. Труднощі із засинанням або збереженням структури сну.

6. Труднощі з концентрацією уваги.

**Критерій F.** Тривалість збереження симптомів (одночасна маніфестація необхідної за критеріями В, С і D кількості симптомів) – більш ніж 1 місяць.

**Критерій G.** Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або виражені порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

**Критерій H.** Прояви симптомів є спричинені лікарськими препаратами, АЗ чи НЗ або іншою хворобою [19].

Для точного діагнозу за вимогами DSM-5 необхідно враховувати всі відомості про пацієнта та його стан [1; 2].

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 11 перегляду, ПТСР належить до розділу «Розлади, що пов'язані зі стресом 6B40» (Post traumatic stress disorder 6B40), що використовується як для діагностики гострого стресового розладу так і для ПТСР (МКХ-11) включає в себе три кластери симптомів:

– повторне переживання травматичної події, у вигляді яскравих нав'язливих спогадів або нічних кошмарів, які часто супроводжуються сильними емоціями, які як: страх, жах, сильними фізичними реакціями;

– активне уникнення тригерів, думок, дій чи ситуацій, подібних до інциденту;

– надмірне збудження, постійне відчуття поточної загрози, підвищеної загрози або посиленої реакції на подразники [20].

В МКХ-11 вперше введено поняття комплексного ПТСР 6B41 (кПТСР). кПТСР включає симптоми, які відповідають критеріям ПТСР, а також додаткові фактори, такі як:

– проблеми в регуляції афекту;

– відчуття приниженості, нікчемності, що супроводжується соромом, провинною пов'язаними з травматичною ситуацією [21].

Включення (кПТСР) в 11-му перегляді Міжнародної класифікації захворювань відображає зростаючі докази того, що підгрупа осіб з ПТСР також страждає від порушень регуляції емоцій, міжособистісних навичок і самооцінки, які разом називаються «порушеннями в самоорганізації» (ПСО). Хоча передбачається, що кПТСР є результатом складних травматичних подій, емоційне нехтування травматичної події може бути важливим фактором у розвитку захворювання [22].

В таблиці 2 ми показали порівняльні критерії ПТСР за DSM-V та МКХ-11.

Таблиця 2  
Порівняльна таблиця критеріїв ПТСР  
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	+	+
кПТСР	-	+

За вимогами DSM-5 і МКХ – 11 діагностичні критерії акцентують увагу на важливість врахування впливу та тривалості травматичних подій, які є фактором розвитку ПТСР відмінним від інших захворювань з подібними симптомами, таких як розлад адаптації, психічний, тривожний, obsesивно-компульсивні розлади і розлади особистості.

Як відомо, рівень проявів ПТСР у військовослужбовців вищий порівняно з цивільними особами, це є наслідком бойових дій, тяжкі умови служби, стресові ситуації, з якими вони зіштовхуються під час служби. ПТСР має значну та суспільну вартість. Пацієнти з ПТСР можуть використовувати медичні послуги частіше, що може бути пов'язано зі збільшеним ризиком різних фізичних/супутніх захворювань за даними Harpel K.L. (2022) [23]. За клінічними рекомендаціями щодо лікування ПТСР у військових, рекомендується використання психотерапії, яка спрямована на роботу з травматичними подіями. Провідні методи психотерапії, спрямовані на травму, включають також і prolonged exposure (продовжена експозиція, ПЕ) ПЕ – є методом першої лінії лікування ПТСР і був поширений в Управлінні охорони здоров'я ветеранів США. Терапія поєднує в собі елементи поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії. Він характеризується двома основними процедурами лікування – видимим та in vivo впливом. Стандартний курс лікування становить 8-15 сесій тривалістю 60-90 хвилин кожна. Експозиція in vivo використовується для роботи з уникненням пов'язаних із травмою ситуацій. Під час цього підходу інтерпретація таких ситуацій змінюється і пацієнт припиняє їх уникати, після чого знижується інтенсивність психологічної реакції на травмуючу подію. В одному з досліджень, присвяченому ПЕ – терапії, було встановлено що цей метод допоміг досягти клінічно значного покращення стану у 60% військовослужбовців, які страждали ПТСР.

Дослідження Kline A.C. (2018) показало, що ефекти психотерапії для ПТСР, якій є хронічним розладом, пов'язаним із значним дистресом і функціональними порушеннями, були дієвими. Наслідком тривалого впливу активних втручань була стійка ремісія [24]. Ці результати підкреслюють ефективність методу, який ґрунтується на певній формі повторного контролюваного нагадування про травму, спрямованого на зникнення страху, зменшення уникнення та зміну мислення, пов'язаного з травмою. Результати цієї терапії проявляються в кількох аспектах:

Тривала ремісія: симптоми ПТСР зменшуються і не повертаються протягом тривалого періоду.

Це важливо оскільки вказує на стійкий позитивний ефект;

1. Ефективність у гострій фазі: коли симптоми найбільш виражені та травмуючі. Допомагає надати швидку підтримку військовослужбовцям.

2. Подовжена перспектива лікування та реабілітації: психотерапія допомагає військовослужбовцям вчитися ефективно управляти своїми симптомами та інтегруватися у повсякденне життя.

Серед різних ефективних форм терапії при лікуванні ПТСР, які спрямовані на травму є :

1. Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR). EMDR – терапія допомагає переробляти травматичні спогади та інший негативний життєвий досвід, який викликає негативні думки, емоції і поведінку, за рахунок чого вони перестають бути обтяжливими для пацієнта.

2. Когнітивна терапія (КТ) є ефективним інструментом для роботи зі спогадами про травматичний досвід, сприйняттям навколишнього світу та переконаннями щодо власної особистості, які викликають дистрес.

3. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) є короткостроковим втручанням, спрямованим на зменшення симптомів, пов'язаних із травматичною подією.

За останні роки проведена низка клінічних досліджень спрямованих на лікування ПТСР фармакологічними методами, а саме з використанням антидепресантів, таких як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН), інгібітори моноаміноксидази (МАО), а також окремих антипсихотичних препаратів. ПТСР часто має передбачуваний перебіг, включаючи рецидиви та має властивості до переходу у хронічний стан. Тому виникає необхідність у тривалому фармакологічному лікуванні, яке може тривати понад 12 місяців. Недостатні дози лікарських засобів або недостатня тривалість фармакотерапії є загальними проблемами в лікуванні ПТСР та можуть призвести до недосягнення бажаних результатів і тривалої ремісії. Діагностика та планування лікування ПТСР повинні бути індивідуалізованими, враховуючи унікальні особливості та потреби кожного пацієнта. З огляду на складність лікування ПТСР, важливо ретельно визначати оптимальну дозу та тривалість фармакотерапії для кожного індивідуального випадку. Довготривала фармакотерапія може бути необхідною для досягнення стійкої ремісії та поліпшення якості життя пацієнта з ПТСР [25].

У таблиці 3 ми розглянемо алгоритм психофармакологічного лікування ПТСР, який включає в себе рекомендації щодо використання психотропних лікарських засобів.

У систематичному огляді Hoskins M. D. (2021) було виявлено п'ять прямих досліджень, в яких порівнювався ефект усіх фармакологічних підходів для зменшення тяжкості симптомів ПТСР. З метою проведення мета-аналізу було включено лише два з цих досліджень, де можна було порівняти ефективність.

В результатах дослідження було встановлено, що діючі ліки мають обмежений, але позитивний вплив на зниження важкості симптомів ПТСР і можуть розглядатися як деякі монотера-

## 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		

певтичні засоби. За даними автора до окремих монотерапевтичних засобів додавали антидепресанти: флуоксетин, пароксетин, сертралін, венлафаксин та антипсихотика кветіапін. Два препарати празозин (адреноблокатор) і рисперидон (антипсихотик), також мають невеликий позитивний ефект, коли їх використовували як додатковий засіб для підсилення фармакологічної монотерапії [26].

Наукове дослідження Bisson J. I. (2020) присвячене оцінці ефективності нефармакологічних та психологічних методів лікування ПТСР. Під час цього дослідження був проведений систематичний аналіз, в якому ретельно розглядалися різні підходи та втручання, без використання фармакологічних методів чи психотерапії, з метою визначити їхню ефективність у лікуванні ПТСР. Результати цього дослідження можуть бути корисними для клінічних фахівців, лікарів та психіатрів, які займаються лікуванням пацієнтів з ПТСР. Вони надають інформацію щодо того, які методи і підходи, які не включають в себе фармтерапію або психотерапію, можуть бути корисними для покращення стану та якості життя осіб, які страждають від цього розладу. Дослідження дозволяє визначити, які з цих нефармакологічних методів можуть бути найефективнішими та рекомендованими для використання в клінічній практиці [27].

Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства по психотравматології та стресових розладів (ISTSS – провідна у світі професійна організація), яка сприяє просуванню та обміну знаннями про травматичний стрес і його наслідки, розглядає ефективність різних нефармакологічних методів лікування ПТСР. В ході цього дослідження був проведений систематичний аналіз, спрямований на об'єктивну оцінку різних підходів до лікування ПТСР, що не включають фармакологічні методи або психотерапію. Зазначені методи включають наступні:

– йога: є одним з альтернативних методів лікування ПТСР, спрямованим на фізичне та психологічне відновлення пацієнтів, зменшення стресу та тривожності;

– нервовий зворотній зв'язок: техніки нервового зворотнього зв'язку дозволяють саморегулювати фізіологічні процеси та допомагають пацієнтам впоратися з тривожністю та стресом;

– транскраніальна магнітна стимуляція: цей метод використовує магнітні поля для стимуляції нейронів у мозку та досліджується як можливий засіб лікування ПТСР;

– соціальна підтримка: підтримка від родини, друзів, терапевтів та групова терапія можуть бути важливими елементами у лікуванні ПТСР та сприяти поліпшенню психологічного благополуччя пацієнтів.

Отже, клінічні та дослідницькі дані науковців підкреслюють можливість успішного лікування ПТСР за допомогою різних нефармакологічних методів. Ці результати стимулюють подальші дослідження в галузі додаткових та альтернативних підходів до лікування цього розладу та можуть відкривати нові можливості для поліпшення якості життя пацієнтів з ПТСР.

Потрібно відмітити, що у нас в державі затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги реакція на важкий стрес та розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121), що надає клінічні рекомендації для діагностики, лікування ПТСР на різних етапах допомоги, включає опитувальники, клінічний маршрут пацієнтів, послідовність використання різних методів терапії, розроблений відповідно до міжнародних клінічних настанов.

Тим не менше, досвід останніх років показує, що все ще існує потреба проводити дослідження для розробки нових методів лікування та оптимізації доступу до лікування ПТСР. В довгостроковій перспективі важливим є розвиток можливостей адаптації лікування відповідно до індивідуальних потреб, заснованих на доказах, а також посилення роботи із сім'ями та близьким оточенням людей із проявами гострого стресового розладу та ПТСР.

Профілактика ПТСР військовослужбовців є особливо важливою, оскільки ця категорія осіб може бути піддаватись високо підвищеному ризику через умови служби. Дослідження та клінічний досвід показують, що здійснення спеціалізованих профілактичних заходів може допомогти зменшити ризик виникнення ПТСР серед військових. І хоча доказової бази з спеціфічної профілактики ПТСР на сьогодні не існує, окремі заходи рекомендовані до використання.

Деякі з рекомендованих підходів включають:

1. Підготовка до служби: інтенсивна підготовка до військової служби може допомогти адаптуватися до важких умов та стресових ситуацій, з якими вони можуть зіткнутися.

2. Психологічна підготовка: надання інформації та попередження щодо можливих травматичних подій та їх наслідки.

3. Моніторинг психічного стану кожного військовослужбовця: регулярний моніторинг психічного стану військовослужбовців дозволяє вчасно виявити можливі ознаки розвитку стресової реакції і вчасно подолати негативні наслідки.

4. Соціальна підтримка: забезпечення військовослужбовців можливістю спілкування зі сім'єю, друзями та психологами може допомогти зменшити вплив стресу та підтримати психічне здоров'я військовослужбовця.

5. Стресове навчання: навчання військовослужбовців стратегіям керування стресом, включаючи релаксаційні техніки та методи копіінгу, може збільшити їх ефективність у вирішенні стресових ситуацій.

6. Післядіяльнісна підтримка: після завершення військової служби важливо надати підтримку нашим ветеранам, щоб запобігти розвитку хронічного ПТСР та забезпечити адаптацію до цивільного життя.

7. Обов'язкове введення в штат військових капеланів, які проходять навчання за спеціальною програмою.

Отже, профілактика ПТСР серед військовослужбовців має проводитися за комплексним підходом мультидисциплінарною командою (медичний психолог, психотерапевт, психіатр, соціальний працівник), що враховує психологічні, соціальні та професійні аспекти служби. Впровадження ефективних стратегій може сприяти збереженню психічного/ментального здоров'я військовослужбовців у відповідь на травматичні події.

#### Висновок:

1. Науковці повинні ретельно аналізувати статистичні дані щодо поширеності та захворюваності військовослужбовців на ПТСР порівнюючи різні військові конфлікти та тривалу повномасштабну війну. Вивчення ПТСР серед військовослужбовців є важливою науковою темою, що вимагає глибокого аналізу та розуміння.

2. Военні конфлікти, бойові дії та екстремальні умови, з якими стикаються військовослужбовці, можуть спричинити виникнення ПТСР та інші серйозні психічні наслідки. Реалізація ефективних програм психологічної підготовки перед воєнними діями, забезпечення вчасної діагностики та лікування військовослужбовців після травматичних подій може зменшити важкість перебігу захворювання;

3. Дослідження показують, що військовослужбовці, які були причетні до бойових дій, мають високий ризик виникнення ПТСР порівняно з цивільними особами.

4. Профілактика ПТСР у військових включає в себе:

А) духовну підтримку. Військові капелани повинні надавати духовну підтримку військовослужбовцям, працюючи над зміцненням внутрішньої стійкості та допомагаючи впоратись з емоційним навантаженням;

Б) фізична активність. Регулярні фізичні вправи можуть сприяти зниженню стресу;

В) психологічні консультації. Вони можуть допомогти виявити ознаки стресу або тривоги на ранній стадії.

5. Важливо розвивати нові методи лікування та інтервенції, спрямовані на попередження та зменшення впливу ПТСР. Персонал медичних закладів, які надають допомогу військовослужбовцям, повинен бути кваліфікованим в цьому питанні для виявлення та лікування симптомів ПТСР. Узагальнюючи, наукові дослідження, ПТСР є значущою проблемою для військовослужбовців, яка вимагає комплексного підходу до профілактики, діагностики та лікування. Необхідно надавати належну увагу психічному благополуччю військових осіб та вдосконалювати підходи для оптимізації їх підтримки та реабілітації.

## Список літератури:

1. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
2. 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. Vol. 15. No. 4. P. 697–704. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>
3. PTSD: National Center for PTSD 2021. URL: [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp)
4. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. 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.
5. 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. No. 1. P. 48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>
6. Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 383–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
7. 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. No. 4. P. 466–474. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000413>
8. Sørensen 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>
9. 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. *BJPsycho Open*. 2017. Vol. 3. No. 6. P. 274–280. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005736>
10. 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. No. 1:e10. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.113>
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5™). 2013.
12. 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>

13. Платинок О.Б. Діагностика, корекція та профілактика неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра філ.н. 222. Харків, 2021. С. 158.
14. 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.
15. 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. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027900>
16. 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. No. 4. P. 451–458. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>
17. 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. Vol. 31. No. 6. P. 837–844. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22337>
18. 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. No. 4. P. 459–465. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra000037>
19. Гурлева Т. С. «Розкroєний маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. Соціально-психологічні проблеми суспільства : мат.-ли Міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. Київ : Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2020. С. 148–151.
20. 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: <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
21. 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. No. 1. P. 82–90. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
22. 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. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>
23. 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. No. 5. P. 819–827. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.006>
24. 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>
25. 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](http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_Chaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf)
26. 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. No. 1:1802920. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
27. 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. No. 4. P. 475–483. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22421>

## References:

1. Chaban, O.S., Haustova, O.O., Omelyanovych, V.Y. (2023) Mental disorders of wartime. Kyiv: Medkniga Publishing House, 232 p. (in Ukrainian)
2. Copeland, L.A., Finley, E.P., Rubin, M.L. et al. (2023) Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(4), 697–704. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>
3. PTSD: National Center for PTSD (2021). Available at: [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp)
4. Pinchuk, I.Y., Petrychenko, O.O., Kolodezhnyi, O.V. et al. (2016) Structure of morbidity and prevalence of reactions to severe stress and maladaptation in Ukraine in the first half of 2016. *Archive of Psychiatry*, 22(3), 12–15. (in Ukrainian)
5. Armenta, R.F., Rush, T., LeardMann, C.A. et al. (2018) Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*, 18(1), 48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>
6. Meyer, E.C., La Bash, H., DeBeer, B.B. et al. (2019) Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*, 11(4), 383–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
7. Nassif, T.H., Start, A.R., Toblin, R.L., Adler, A.B. (2019) Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma: 11(4)*, 466–474. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000413>
8. Sørensen, H.J., Andersen, S.B., Karstoft, K-I., Madsen, T. (2016) 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*, 196, 148–153. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.037>
9. Nissen, L.R., Karstoft, K-I., Vedtofte, M.S et al. (2017) Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsycho Open*, 3(6), 274–280. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005736>
10. Sija J van der Wal, Vermetten, E., Elbert, G. (2020) 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*, 64(1):e10. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.113>
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5™) (2013). Available at: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)

12. 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>
13. Platynyuk, O.B. (2021) Diagnosis, correction and prevention of non-psychotic mental disorders in combatants who were injured: dissertation... d-ra phil. Kharkiv, p. 158. (in Ukrainian)
14. Denysenko, M.M., Lakinsky, R.V., Shestopalova, L.F., Linsky, I.V. (2018) Main clinical variants of post-stress disorders in combatants. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 26, 2 (95), 50–55. (in Ukrainian)
15. Dalenberg, C., Carlson, E. B. (2016) 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*, 51–67. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027900>
16. Knowles, K. A., Sripada, R.K., Defever, M. et al (2019) Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*, 11(4), 451–458. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>
17. Walter, K.H., Levine, J.A., Highfill- McRoy, R.M., Navarro, M. et al (2018) Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006–2013. *Journal Trauma Stres*, 31(6), 837–844. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts22337>
18. Luciano, M.T., McDevitt-Murphy, M.E., Acuff, S.F. et al. (2019) Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma*, 11(4), 459–465. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra000037>
19. Gurlieva, T.S. (2020) "Cut manipulative text" in the conditions of information warfare. Socio-psychological problems of society: materials of the international scientific and practical conference, Kyiv, 148–151. (in Ukrainian)
20. Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. Et al (2013) Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
21. First, M.B., Reed, G.M., Hyman, S.E., Saxena, S. (2015) The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
22. Haydabrus, A.V. (2019) Complex post-traumatic stress disorder in combatants in the area of the Joint Forces Operation in the perspective of the eleventh edition of the International Classification of Diseases. *Psychiatry, neurology and medical psychology*, 11, 19–24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02> (in Ukrainian)
23. Harper, K.L., Thompson-Hollands, J., Keane, T.M. et al. (2022) Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*, 53(5): 819–827. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.006>
24. Kline, A.C., Cooper, A.A., Rytwinks, N.K., Feeny, N.C. (2018) Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 59, 30–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>
25. Chaban, O. PTSD – algorithm of detection and treatment strategies. Available at: [http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04\\_TRANSKRYPT\\_Oleg\\_Chaban\\_Lektsiya\\_2\\_PTSD\\_chastyna\\_1.pdf](http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_Chaban_Lektsiya_2_PTSD_chastyna_1.pdf) (in Ukrainian)
26. Hoskins, M.D., Bridges, J., Sinnerton, R. et al. (2021) Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur Journal Psychotraumatol*, 12(1): 1802920. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
27. Bisson, J.I., Berliner, L., Cloitre, M. et al. (2019) 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*, 32 (4), 475–483. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22421>