



УДК 616.89:616-036.82-057.36

ASSESSMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN MILITARY CONFLICTS: DIAGNOSIS, PREVALENCE, AND MODERN APPROACHES

ОЦІНКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ: ДІАГНОСТИКА, ПОШИРЕНІСТЬ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ

Vergolyas M.R. / Верголяс М.Р.*d.b.s., prof. chief scientist / д.б.н., проф., гол.н.с.*

ORCID 0000-0002-3617-0947

¹*State Institute of Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine,
Kyiv, Ukraine.**Державний інститут громадського здоров'я Національної академії медичних наук України,
Київ, Україна***Leonov Y.I./Леонов Ю.І.***researcher / н.с.*¹*State Institute of Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine,
Kyiv, Ukraine.**Державний інститут громадського здоров'я Національної академії медичних наук України,
Київ, Україна***Kudievsky Ya.V. /Кудієвський Я.В.***senior researcher / ст.н.с.*

ORCID ID 0000-0003-0282-0005

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.**Національний медичний університет імені Богомольця, Київ, Україна***Verholias Olexander / Верголяс О.О.***PhD of Law, Senior Lecturer /*

ORCID.ORG/0000-0002-9780-1298

*Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine**Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького,
Запоріжжя, Україна***Nechyporenko S.G./Нечипоренко С.Г.***lecturer in psychology/викладач психології*

ORCID 0009-0000-1455-6390

Vergolyas Olexandr / Верголяс О.І.⁴*senior history teacher / викладач історії*

(ORCID 0000-0002-3617-0947X)

⁴*LLC "Boyarsky Lyceum "International Dimension", Boyarka, Ukraine.**ТОВ «Боярський ліцей «Міжнародний вимір», Боярка, Україна*

Анотація. Стаття присвячена аналізу сучасних наукових даних про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), висвітлюючи його значення як у глобальному, так і в українському контексті. У матеріалі детально розглядаються основні діагностичні критерії, особливості поширеності та підходи до терапії, з особливим акцентом на проблемах, що виникають у військових і ветеранів. Робота базується на огляді сучасної літератури, міжнародних протоколів і аналітичних звітів. У статті узагальнені актуальні підходи до дослідження ПТСР, враховуючи історичні аспекти його розвитку, сучасні



діагностичні методики та клінічні прояви. Особливий акцент зроблено на значущості цієї проблеми в умовах військових конфліктів. Описано основні системи класифікації, такі як DSM та МКХ, а також інструменти діагностики. Досліджено роль психосоціальних чинників у формуванні розладу та наголошено на необхідності комплексного підходу до його діагностики й лікування. ПТСР визнаний одним із найпоширеніших психічних розладів, що виникають унаслідок переживання травматичних подій. В умовах військових дій проблема ПТСР особливо актуальна для України. Історично цей стан описувався під різними назвами, починаючи з терміну «shell shock», що з'явився після Першої світової війни, і до сучасного визначення в DSM-5. Соціальний контекст, рівень підтримки та індивідуальні психологічні особливості відіграють ключову роль як фактори ризику розвитку розладу. Сучасний підхід до ПТСР передбачає врахування історичних аспектів, систем класифікації та впливу психосоціальних факторів для створення ефективної моделі його діагностики та лікування.

Ключові слова: ПТСР, діагностика, поширеність, військові, Україна, психічне здоров'я, психологічні особливості, психологічні особливості, DSM-5.

Вступ.

Потенційно травмуючі події, такі як військовий стан, нещасні випадки, стихійні лиха чи сексуальне насильство, свідками або безпосередніми жертвами яких стають звичайні психологічно невідготівлені до даних подій люди, викликають сильні, часто критичні негативні зміни нервово-емоційного стану безпосередньо під час або після припинення дії фактору. Більшість людей, які зіткнулися з даним впливом, зазнають дії значного психологічного дистресу, але згодом функціонально відновлюються без сторонньої допомоги.

Проте у багатьох людей в аналогічній ситуації розвивається широкий спектр порушень психічного здоров'я, які можуть зберігатися протягом декількох місяців або навіть багатьох років, включаючи посттравматичний стресовий розлад, депресивний розлад, тривожний розлад. Дані порушення, як окремо, так і у поєднанні, можуть суттєво вплинути на стан здоров'я та життя людини, однак саме посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час значного та тривалого впливу надзвичайних подій, війни часто вважається більш нагальним через його безпосередній зв'язок з травматичними подіями, хронічний характер симптомів, вплив на функціонування особистості через наявність поєднання специфічних симптомів (флешбеки, нічні кошмари та сильне занепокоєння, емоційна відчуженість, тощо), соціальну ізоляцію та можливість колективного переживання травми [1-3, 7].

У контексті військових подій, коли психічна травма є загальною для великої кількості людей, ПТСР може стати "звичністю", "нормою" для багатьох,



оскільки багато людей можуть відчувати схожі симптоми через спільний досвід, що підвищує значимість ПТСР як соціального явища. У таких ситуаціях важливо розуміти, що не лише окремі особи, а й цілі спільноти можуть потребувати психологічної підтримки та лікування. Це підкреслює важливість проінформованості населення України відносно проявів ПТСР, своєчасної діагностики для раннього введення соціальних програм, спрямованих на відновлення психічного здоров'я [1, 15, 39].

Матеріали та методи дослідження.

Для аналізу використано бібліосемантичний метод дослідження шляхом узагальнення даних світових і вітчизняних літературних джерел з питань можливості виникнення ризику посттравматичного стресового розладу.

Результати дослідження та їх обговорення. *Згадування відносно ПТСР до визнання офіційного терміну.* Відносно проявів ПТСР відомі окремі факти, які було відмічено Геродотом, Гіпократом, Ксенофонтом та іншими видатними особистостями за часів античності та ще раніше (наприклад, бойові психічні розлади епохи Ассирійського царства, 1300 р. до н.е.) [1]. Але конкретну симптоматику було описано протягом кількох минулих сторіч. Наприклад, ще у період Громадянської війни США (1861—1865) хірург Якоб Мендес да Коста описав синдром, названий пізніше “соматоформна вегетативна дисфункція” (також відомий як “синдром Да Коста” та “серце солдата”), який характеризувався кардіологічними симптомами, які виникали від пережитого раніше страху чи нервового виснаження [2]. У 1888 році невропатолог Герман Оппенгейм запропонував термін “травматичного неврозу”, в клінічній картині якого виявлялися нав'язливі спогади про подію, розлади сну, кошмари, виборчі фобії та емоційна нестійкість [3]. Невропатолог та психолог П'єр Марія Фелікс Жане виявив, що жертви психологічних травм постійно відтворюють поведінку, емоції та тілесні відчуття, які у них виникли у момент травми, та вважав, що причиною порушень є непідготовленість індивіда до події, через що виникає зниження здатності до дії чи адаптації [4].

Під час Першої світової війни визнання військового посттравматичного



розладу як захворювання, призвело до того, що в Англії, Франції та Німеччині ветерани з цим розладом отримали право на пенсії та лікування. Було зареєстровано близько 80 тис. випадків посттравматичних розладів, при цьому деякі військові втрачали пам'ять, зір, слух, нюх, смак, здатність ходити. У цей момент основним діагнозом став так званий “shell shock, снарядний шок” (рис. 1), введений у вжиток психіатром Чарльзом Семюелем Майєрсом [5]. “Снарядний шок” також міг бути психологічною реакцією на ситуацію бомбардування або участь у бою. Він проявлявся у відчутті безпорадності, паніки, бажанні втекти, або нездатності нормально міркувати, ходити чи говорити. Також характерним симптомом було безсоння.

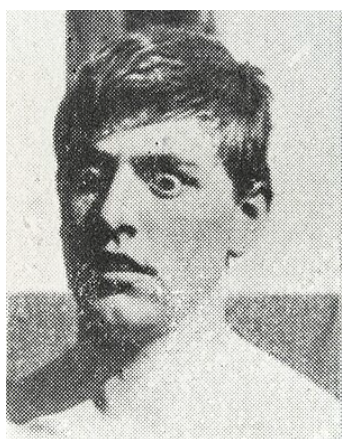


Рис. 1. Характерні ознаки снарядного шоку: приголомшений вираз обличчя та нерухомий, застиглий погляд

У 1940 році психолог Абрам Кардінер провів дослідження на ветеранах Першої світової війни і дійшов висновку, що посттравматичний психологічний розлад має особливі симптоми, а розвиток “військового неврозу” значною мірою є результатом дезадаптації учасників бойових дій у післявоєнних умовах. Окрім цього, Кардінер одним із перших описав явища дисоціації. Він також виявив три симптоми, характерні для цього розладу:

- нервова збудливість та дратівливість
- психологічна фіксація на обставинах травмуючої події
- тенденція до уникнення реальності [6].

Під час Другої світової війни 1939-45 років, радянські психіатри та невропатологи вживали визначення „контузія“, яке застосовували до військовослужбовців із різними проявами бойового стресу. Єдиної системи



поглядів не було утворено, тож стосовно психогенних розладів воєнного часу у лікувальних закладах було уживано велику кількість різноманітних термінів: “екзогенна реакція”, “реактивний стан”, “реактивний психоз”, “реактор”, “реактивна неврастенія”, “неврастенічна реакція”, “істеро-неврастенія”, “істеро-травма”, “реактивний невроз”, “функціональний невроз”, “амбітимоїдний невроз”, “істеро-амбітимоїдний невроз”, “істеропатія”, “травматична неврастенія”, “травматична психастенія”, “невротичні психогенні реактивні стани” [7]. Протягом Другої світової війни посттравматичні симптоми виявили не тільки у військових, але і у в’язнів концентраційних таборів, у яких визначалась форма ПТСР, при якій постраждалу людину переслідує сильне почуття провини, оскільки вона пережила екстремальну подію (наприклад, нещасний випадок, терористичний напад, буйство, стихійне лихо, епідемію, війну, геноцид або концентраційний табір), тоді як багато інших людей загинули в результаті або під час цієї події - синдром концентраційного табору (синдром KZ, від нім. Konzentrationslager), синдром чи провини вцілілого (англ. survivor guilt, нім. Das Überlebenden-Syndrom) або синдром Голокосту. Найбільш важкі стреси в таборах викликали появу синдрому більш ніж у 75% жертв. [8, 9, 10, 11]. За даними психоаналітика Вільяма Нієдерланда основними узагальненими причинами синдрому вцілілого є:

- Життя в атмосфері постійної загрози і спочатку незрозумілої, безіменної, а потім все ближчої загибелі;
- Супутнє фізичне та психічне виснаження людини в цілому;
- Часта гостра небезпека смерті та страх смерті;
- Невизначеність усіх міжособистісних стосунків і контактів;
- Беззахисне існування в постійному стані повної або майже повної безправності;
- Затоплення ментального его безперервним натиском громадських і особистих знущань, підозр, наклепів і звинувачень без можливості вдатися до офіційного правового захисту [12].

Схожа симптоматика була зареєстрована і у тих, хто пережив атомне



бомбардування в Хіросімі і Нагасакі 9 серпня 1945 року, приблизно третина жертв Хіросімської трагедії, які врятувалися (яп. хібакуся - ті, хто пережив вибухи), мали комплекс провини перед загиблими. Їх мучили докори сумління через те, що вони не змогли врятувати ближніх, врятувалися лише самі, або не могли напоїти спраглих, що помирали. Близько 10 % жертв бомбардування мали посттравматичні стресові розлади [8, 13, 14].

У дослідженні ветеранів Другої світової війни синдром, подібний до ПТСР, визначали як “gross stress reaction” (надмірна стресова реакція) [15]. В США у 1945 році в розмовній мові з'явився термін “Погляд на дві тисячі ярдів” (рис. 2) для опису нефокусованого погляду, що часто спостерігається у солдатів, які перенесли бойову психічну травму [16].



Рис. 2. “Погляд на дві тисячі ярдів”, Thousand-yard stare

У період війни у В'єтнамі (1959-1975 рр.), крім вже відомих симптомів було також описано виникнення залежностей у тих, хто брав участь у бойових діях. За даними статистики, посттравматичні симптоми виявились у 700 000 американських ветеранів, характерні психічні розлади яких, раніше не описані в психологічній літературі, отримали назву “в'єтнамський синдром”. Приблизно у 25% учасників бойових дій у В'єтнамі, під впливом психічної травми, відбулись зміни особистості [8, 17]. Дослідження проблеми призвели до того, що в новій версії Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM) було введено термін “травматичний невроз”. У 1968 році цей термін замінили терміном “посттравматичний стресовий розлад” (Post-traumatic Stress Disorder, або PTSD). Офіційно термін був визнаний Американською психіатричною



асоціацією у 1980 році у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III) [18].

Актуальність визнання проблеми, зокрема в Україні, та сучасні уявлення відносно ПТСР. За оцінками ВООЗ, станом на травень 2024 року 3,9% населення світу стикаються з ПТСР [19]. Фактори ризику розвитку ПТСР після травматичної події включають характер травматичної події та характеристики людини. Індивідуальні фактори ризику розвитку ПТСР після травматичної події включають стать, вік на момент травми, расу, нижчий рівень освіти, нижчий соціально-економічний статус, сімейний стан (наприклад, неодружений, розлучений або вдівець), попередню травму, несприятливий досвід дитинства, включаючи жорстоке поводження, особистий та сімейний анамнез психічних розладів, погану соціальну підтримку та початкову тяжкість реакції на травматичну подію [20, 21].

У конфліктних ситуаціях тенденції до депресії та тривоги збільшується з віком, і навпаки, середня поширеність посттравматичного стресового розладу в старших вікових групах знижується (рис. 3)

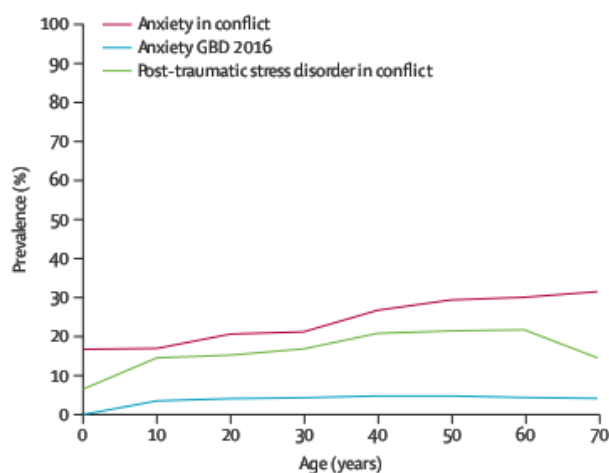


Рис.3. Вікова поширеність (середня) депресії, будь-якої тривоги та посттравматичного стресового розладу у постраждалого від конфлікту населення [22].

Згідно даних Карестан Коенен та співавторів, серед 70% людей які протягом життя стикаються з потенційно травмуючою подією, ПТСР розвивається у 5,6%. [23]. 12-місячна поширеність ПТСР (відсоток населення, яке перенесло ПТСР протягом останнього року) становить 4,4% в Австралії [24] і від 3,5% до 4,7% у США [25, 26].



Імовірність розвитку ПТСР варіюється в залежності від типу пережитої події, що травмує. За даними Фіони Чарлсон кожна п'ята людина в постконфліктних умовах має депресію, тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренію. Причому, показники ПТСР більш ніж утричі (15,3%) вищі серед людей, які мали досвід конфлікту, що супроводжується насильством, або війнами [22]. Найвищий рівень поширеності ПТСР, пов'язаного з катастрофами, спостерігається серед тих, хто вижив (від 30% до 40%), і тих, хто першими реагує (від 10% до 20%), порівняно із загальним населенням (від 5% до 10%) [27].

За даними ВООЗ, існує істотне збільшення кількості психіатричних епідеміологічних досліджень в країнах, які уражені військовими конфліктами та іншими надзвичайним подіями. З 2000 по 2017 рік тільки 34 світові країни мали глобальні наукові дослідження з питань ПТСР, причому в Україні їх майже не було (рис. 4).



Рис. 4. Карта кількості світових наукових досліджень посттравматичного стресового розладу протягом 1980 – 2017 років [22].

Але наразі після початку повномасштабного вторгнення в Україну відмічається істотне зростання діагностування ПТСР у українців. За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), у 2021 році офіційний діагноз ПТСР був поставлений 3 167 пацієнтам, у 2022 році – 7 051 особі, у 2023 році кількість українців з ПТСР зросла до 12 494, а лише за два місяці 2024-го



(станом на 6.03.2024 р.) вже діагностовано 3 292 випадки [28].

В Україні поширеність діагнозу ПТСР варіюється в залежності від багатьох факторів, але безумовно найбільший ризик виникнення розладу наявний у осіб, які безпосередньо потрапляють під дію стресору, причому наявна взаємозалежність вірогідності виникнення ПТСР і тяжкості, тривалості та масштабності травматичної події. Дане співвідношення можна простежити на прикладі різниці наявних ПТСР до та після повномасштабного вторгнення в Україну – якщо за часів Антитерористичній операції серед військових, які брали в ній участь, ПТСР було діагностовано у 27,7 % [29], то станом на кінець 2024 року вже 53,3 % [30].

Під час військових дій серед цивільних осіб поширеність ПТСР також варіюється в залежності від наявних обставин. Згідно з даними ВООЗ, поширеність психічних розладів, у тому числі і ПТСР, значно вища серед переселенців та інших осіб, які постраждали від війни, ніж у загальній популяції [22]. В Україні за даними Мінсоцполітики станом на 23.04.2025 р. офіційно зареєстровано більше ніж 4,5 мільйона (4 594 270 осіб) внутрішньо переміщених осіб (ВПО) [31]. За даними Н. Масік та співавторів, ознаки ПТСР частіше виявлялись у ВПО (83,33 %) порівняно з цивільними особами (10,0 %). Причому у ВПО переважали симптоми уникання (76,67 %), негативного пізнання (76,67 %) та гіперзбудження (88,33 %), що підкреслювало вагому роль емоційних реакцій і можливий вплив на інші симптоми ПТСР [30].

Сучасний термін *post-traumatic stress disorder* висвітлює, що це психічний розлад (*disorder*), який має причину – травму, спричинену різними подіями (*traumatic, stress*) і починається через деякий час після травматичної події (*post*). ПТСР проявляється як відкладена реакція організму на стрес, що виникає унаслідок травматичних подій і характеризується депресією, тривогою, кошмарами, її симптоми спостерігаються щонайменше через чотири тижні після травматичної події [8, 32, 33].

ПТСР вважається крайньою реакцією на надпороговий стресорний фактор, який може загрожувати життю людини. Частота ПТСР саме у момент дії



надзвичайної ситуації низька. Зазвичай ПТСР з чіткою симптоматикою починає проявлятися після латентного періоду приблизно через шість місяців після травмуючої події (мінімум через чотири тижні). Проте, якщо стресор має потужну тривалу у часі дію (наприклад, перебування в окупації, постійні ситуації обстрілів та повітряних тривог тощо), вірогідність швидкого розвитку ПТСР підвищується. Перебіг хвилеподібний, іноді можна виявити хронічний перебіг на протязі багатьох років і стійку зміну особистості після переживання катастрофи [8, 34].

У МКХ-10 визначені такі діагностичні критерії ПТСР:

А. Хворий має піддатися впливу стресорної події або ситуації виключно загрожуючого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дістрес майже в кожного індивіда.

Б. Стійке згадування, або “оживлення”, стресора у нав’язливих ремінесценціях, яскравих споминах або частих снах, або повторне переживання горя впливу ситуацій, які нагадують, або асоціюють зі стресором.

В. Хворий має виявити фактичне уникнення або бажання уникнути обставини, які нагадують або асоціюють зі стресором.

Г. Будь-яке із двох:

1. Психогенна амнезія, часткова або повна по відношенню до важливих аспектів періоду впливу стресора.
2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (яких до дії стресора не було), представлені будь-якими двома з наступних:
 - а) утруднене засипання або збереження сну;
 - б) дратівливість або спалахи гніву;
 - в) утруднення концентрації уваги;
 - г) підвищення рівня бадьорості;
 - д) посилений рефлекс чотиригорбкового тіла.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом 6 місяців стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.



Згідно з МКХ-11, ПТСР занесено до розділу VI, блоку L1-6B4 “Розлади, специфічно пов’язані зі стресом” та кодується “6B40” як “Посттравматичний стресовий розлад”. Розлад характеризується наявністю всіх наступних ознак:

1) повторне переживання в даний час травмуючої події або кількох подій у формі яскравих нав’язливих спогадів, флешбеків або жахливих сновидінь. Повторне переживання може бути представлене в одній або кількох сенсорних модальностях і зазвичай супроводжується сильними або цілком охоплюючими емоціями, зокрема такими як страх або жах, і вираженими фізичними (тілесними) відчуттями;

2) уникнення думок і спогадів про подію чи події або уникнення діяльності, ситуацій чи людей, що нагадують про подію або події;

3) постійне почуття поточної підвищеної загрози, на що, наприклад, може вказувати гіпернастороженість або підвищена реакція здригання на такі подразники, як раптові гучні звуки.

Симптоми зберігаються принаймні протягом кількох тижнів і спричиняють значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній або інших важливих сферах функціонування [35].

Варіанти розвитку ПТСР:

1. *Тривожний* (32%) - характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно-афективному фоні з переживанням, не рідше декількох разів на добу, мимовільних, із відтінком нав’язливості уявлень, що відображають психотравмуючу ситуацію.

2. *Астенічний* (27%) - відрізняється домінуванням відчуття млявості та слабкості.

3. *Дисфоричний* (21%) - характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злоби та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою.

4. *Соматоформний* (20%) - характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією тілесних сенсацій у кардіологічній (54%), гастроентерологічній (36%) і церебральній (20%) анатомічних сферах, що



поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Власне симптоми ПТСР виникають у цих пацієнтів через 6 міс після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відставлений варіант ПТСР.

Окрім основних симптомів, окреме значення мають додаткові симптоми, наявність яких впливає на перебіг захворювання; їх можна розділити на такі групи:

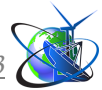
- дисоціативні симптоми (дереалізація та деперсоналізація);
- соматичні симптоми (біль у грудній клітці, тахікардія, біль у животі або в кінцівках, відсутність апетиту, головний біль, висип нез'ясованого генезу);
- суїцидальні тенденції;
- симптоми тривожного спектра: панічні атаки, obsesії чи компульсії (у відповідь на мимовільні спогади чи нагадування про травму);
- психотичні симптоми – переважно галюцинації та марення [36, 37].

Перебіг і варіант розвитку ПТСР істотно впливає на ступінь працездатності у цивільних осіб чи придатність до військової служби у військовослужбовців, наприклад згідно з чинним законодавством України (Наказ Міноборони України “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України” № 402), ПТСР з регредієнтним перебігом після загострення (коли розлад стає менш інтенсивним і закінчився легкою астеноїєю) також буде причиною визнати військовозобов’язаного тимчасово непридатним до служби у війську. При виражених, стійких психічних розладах з прогресивним перебігом - непридатні до військової служби [38].

Висновки:

1. При ранньому виявленні у певної групи населення високого ризику розвитку ПТСР через специфічні генетичні варіації, можна, вчасно застосувавши ряд всебічних профілактичних запобіжних заходів, цілеспрямовано попередити значне розповсюдження стресового розладу, знизити тяжкість і тривалість розладу, прискорити відновлення психологічної рівноваги та стійкості .

2. Оцінювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в контексті



військових конфліктів охоплює три ключові аспекти: діагностику, поширеність та сучасні методи терапії. Цей психічний розлад виникає у людей через вплив травматичних подій, пов'язаних із війною, що суттєво позначається на їхньому емоційному стані, поведінці та здатності адаптуватися до звичного життя. Діагностика ПТСР передбачає використання спеціальних клінічних інструментів, тестів і скринінгових методик, які допомагають виявити симптоми, як-от повторювані спогади про травму, підвищену тривожність, емоційну відстороненість і фізіологічну збудливість.

3. Особлива увага приділяється інтеграції психодіагностичних підходів з урахуванням культурних факторів. Що стосується поширеності, дослідження показують, що ризик розвитку ПТСР серед військових та цивільного населення в умовах бойових дій значно зростає. Його рівень залежить від інтенсивності пережитих травм, тривалості конфлікту й особливостей психологічної підтримки постраждалих. Сучасні підходи до лікування включають психотерапію (когнітивно-поведінкові техніки, EMDR, терапія експозиції), медикаментозну терапію (антидепресанти, снодійні препарати) і програми соціальної реабілітації.

4. Використання комплексного та персоналізованого підходу дозволяє ефективніше допомагати пацієнтам адаптуватися до життя після травматичного досвіду. Таким чином, системний аналіз ПТСР в умовах військових конфліктів є важливим елементом як для глибшого розуміння суті проблеми, так і для розробки дієвих стратегій її подолання.

Література

1. Hughes J.H. *Military Veteran Psychological Health and Social Care*. 2017, Routledge, 232 p.
2. Da Costa J. M. *On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences*. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1871, 121(1), P. 2—52.
3. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen, nach den in der Nervenlinik der Charite in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. 1889, Hirschwald,



146 p.

4. Van der Kolk B. Le corps n'oublie rien. Sciences Humaines, 2023, HS14 N° Hors-serie, P. 80—81.

5. Myers C.S. A contribution to the study of shell shock. Lancet, 1915, 1, P. 316—320.

6. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. 2012, Martino Fine Books, 270 p.

7. Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны. Шамрей, В. К., Костюк, Г. П., Чудиновских, А. Г., Синенченко, А. Г. Социальная и клиническая психиатрия, 2010, 20(4), С. 146-153.

8. Михальський А.В., Царьов Ю.О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. Проблеми сучасної психології, 2011, 12, С. 687-696.

9. Ryn Z. The evolution of mental disturbances in the concentration camp syndrome (KZ-syndrom). Social, and General Psychology Monographs. Kirkpatrick Jordon Foundation, 1990, P. 21—36.

10. Sebbah F.D. L'Ethique comme culpabilite du survivant. Presses universitaires de Paris Nanterre. 2018, P. 39—57

11. Bonnie S.F., Steven P.L. Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention. SAGE Publications, Incorporated. 2012, P. 33.

12. Niederland W.G. Folgen der Verfolgung: Das Uberlebenden-Syndrom, Seelenmord. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main. 1980, P. 10

13. Ishiguro K. A Pale View of Hills. Faber and Faber, 1982, P.192

14. Hilman A., Kulesha N. Post-traumatic stress disorder (PTSD): theory, diagnosis and practical aspects of psychotherapy. EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society, 2020, 4, P. 133-157.

15. Friedman M. J., Schnurr P. P., McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. Psychiatric clinics of North America, 17(2), P.265—277.

16. Greeley B.M. The two thousand yard stare: Tom Lea's World War II. Texas



A&M University Press, College Station, 2008, P. 182—183.

17. Шаповал В. Досвід професійної реабілітації учасників війни у В'єтнамі для України. Наука і освіта, 2023, 4, С. 70-74.

18. Friedman M.J. Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next. Journal of Traumatic Stress, 2013, 26(5), P. 548—556.

19. Електронний ресурс: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

20. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000. 68(5). P. 748-766.

21. Van Ameringen M., Mancini C., Patterson B., Boyle M.H. Post-traumatic stress disorder in Canada. CNS neuroscience & therapeutics. 2008. 14(3). P. 171-181.

22. Charlson F., Van Ommeren M., Flaxman A., et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2019, 394(10194), P. 240-248.

23. Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K.A., et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine, 2017, 47(13), P. 2260-2274.

24. McEvoy P.M., Grove R., Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust N Z J Psychiatry. 2011. 45(11). P. 957-967.

25. Goldstein R.B., Smith S.M., Chou S.P., et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2016. 51(8). P. 1137-1148.

26. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005. 62(6). P. 617-627.

27. Neria Y., Nandi A., Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. Psychological Medicine. 2008. 38(4). P. 467-480.



28. В ЕСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР. Електронний ресурс: <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203>

29. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., та інші. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений. 2023. 12 (124), С. 28-39.

30. Масік Н., Килимчук В., Масік О., та інші. Дослідження частоти виникнення та ознак посттравматичного стресового розладу на етапі первинної медичної допомоги у військовослужбовців і вимушено переміщених осіб під час повномасштабного вторгнення. Міжнародний неврологічний журнал. 2025. 21(1), С. 1–8.

31. Державне підприємство «Інформаційно-обчислювальний центр Міністерства соціальної політики України». Електронний ресурс: <https://www.ioc.gov.ua/analytics/dashboard-vpo>

32. Dictionary by Merriam-Webster: America's most-trusted online dictionary. (n.d.). Retrieved February 1, 2020. Електронний ресурс: <https://www.merriam-webster.com/>

33. Калужна Г.В. Термін посттравматичний стресовий розлад: віхи та особливості еволюції. Молодий вчений, 2020, 2.1(78.1), С. 32–34.

34. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі”.

35. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Електронний ресурс: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>

36. Електронний ресурс: www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTZR_chastynaf.

37. Горшков О.О., Баранов І.І., Домініченко Я.Л. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу з психотичними



симптомами. Український медичний часопис, 2024, 4 (162), С. 59–62.

38. Наказ Міноборони України від 14.08.2008 № 402, ст. 17 “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України”.

39. Vergolyas M., Nechyporenko S., Leonov Yu., Ischeykin K., Butynska M. REHABILITATION METHODS FOR MILITARY SERVICEMEN WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER // Global science: prospects and innovations. Proceedings of the 12th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom. 2024. Pp. 144-152. URL: <https://sci-conf.com.ua/xii-mizhнародna-naukovo-praktichna-konferentsiyaglobal-science-prospects-and-innovations-18-20-07-2024-liverpul-velikobritaniyaarhiv/>.

Abstract. *The article is devoted to the analysis of modern scientific data on post-traumatic stress disorder (PTSD), highlighting its significance both in the global and in the Ukrainian context. The material examines in detail the main diagnostic criteria, prevalence features and approaches to therapy, with a special emphasis on problems that arise in the military and veterans. The work is based on a review of modern literature, international protocols and analytical reports. The article summarizes current approaches to the study of PTSD, taking into account the historical aspects of its development, modern diagnostic methods and clinical manifestations. Special emphasis is placed on the significance of this problem in conditions of military conflicts. The main classification systems, such as DSM and ICD, as well as diagnostic tools, are described. The role of psychosocial factors in the formation of the disorder is investigated and the need for a comprehensive approach to its diagnosis and treatment is emphasized. PTSD is recognized as one of the most common mental disorders that arise as a result of experiencing traumatic events. In the context of military operations, the problem of PTSD is particularly relevant for Ukraine. Historically, this condition has been described under various names, starting with the term "shell shock", which appeared after the First World War, and up to the modern definition in DSM-5. Social context, level of support and individual psychological characteristics play a key role as risk factors for the development of the disorder. The modern approach to PTSD involves taking into account historical aspects, classification systems and the influence of psychosocial factors to create an effective model of its diagnosis and treatment.*

Keywords: *PTSD, diagnosis, prevalence, military, Ukraine, mental health, psychological characteristics, psychological characteristics, DSM-5.*

Статтю надіслано: 25.08.2025.

Верголяс М.Р.