

ЕТИОЛОГІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

ETIOLOGY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER OF MILITARY SERVICEMEN'S PERSONALITY

Стаття присвячена дослідженню передумов та механізмів формування посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення феномену ПТСР. Проаналізовано історію виникнення та розвитку поняття ПТСР в розрізі масштабних війн. Окреслено сучасне розуміння психологічної травми та травматичної події, як вихідної точки формування ПТСР. Визначено особливості розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців як комплексного психофізіологічного порушення, що виникає внаслідок впливу екстремального стресу. Представлено політравматичність сучасної війни як визначальну особливість, що може призводити до розвитку психотравматизації у вигляді комплексного ПТСР. Кумулятивний ефект психологічного травмування може тривалий негативні наслідки як індивідуального, так і соціального характеру, відзначатися на сім'ї, суспільстві, майбутніх поколіннях. Водночас, довготривалим наслідком при подоланні ПТСР може бути посттравматичне зростання.

У статті зазначено увагу на необхідності зміни парадигми щодо подолання ПТСР: з біологічної, когнітивної до комплексної біопсихосоціальної. Визначено спектр посттравматичного стресу та його динамічну структуру, що проявляється у вигляді ПТСР, субклінічних, коморбідних станів, стійкості, посттравматичного зростання. Визначено вплив додаткових чинників (моральне травмування, тривалий травматичний стрес, легкі черепно-мозкові травми) на формування ПТСР у військовослужбовців. Проблема ПТСР у військовослужбовців повинна розглядатися комплексно та вирішуватися на усіх етапах її формування, із застосуванням оптимальних доказових психологічних практик.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, бойовий стрес, посттравматичний стрес, психологічна травма, травматична ситуація, гостра стресова реакція.

The article is devoted to the study of the prerequisites and mechanisms of the formation of post-traumatic stress disorder in military personnel. A theoretical analysis of scientific approaches to the study of the phenomenon of PTSD is conducted. The history of the emergence and development of the concept of PTSD in the context of large-scale military conflicts is analyzed. The modern understanding of psychological trauma and traumatic events as the starting point for the formation of PTSD is outlined. The features of the development of post-traumatic stress disorder in military personnel as a complex psychophysiological disorder arising from the influence of extreme stress are determined. The polytraumatic nature of modern war is presented as a defining feature that can lead to the development of psychotraumatization in the form of complex PTSD. The cumulative effect of psychological trauma can have long-term negative consequences, both individual and social, on the family, society, and future generations. At the same time, a long-term consequence of overcoming PTSD can be post-traumatic growth.

Attention in the paper is focused on the need to change the paradigm for overcoming PTSD: from biological, cognitive to complex biopsychosocial. The spectrum of post-traumatic stress and its dynamic structure, which manifests itself in the form of PTSD, subclinical, comorbid conditions, resilience, and post-traumatic growth are determined. The influence of additional factors (moral trauma, prolonged traumatic stress, mild traumatic brain injuries) on the formation of PTSD in military personnel has been determined. The problem of PTSD in military personnel should be considered comprehensively and solved at all stages of its formation, using optimal evidence-based psychological practices.

Key words: post-traumatic stress disorder, combat stress, post-traumatic stress, psychological trauma, traumatic situation, acute stress reaction.

УДК 159.944.4:616.89-008-02]-057.36 (045)
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.2.28>

Смірнова Т.М.

підполковник, ад'юнкт кафедри суспільних наук
Національний університет оборони України

Вступ. Війна Росії проти України продовжує бути джерелом важкого дистресу для її учасників внаслідок граничної екстремальності, тривалого перенапруження психічних та фізичних резервів особистості. Незважаючи на зростання інноваційності у засобах ведення збройної боротьби, ключовим чинником успіху на полі бою залишається особистість воїна, його стійкість та мотивація. Водночас, під час інтенсивних бойових дій психіка може зазнати травматичного впливу, одним з наслідків якого може стати посттравматичний стресовий розлад.

За даними Міністерства охорони здоров'я України за останні роки кількість осіб з діагностованим ПТСР невпинно збільшується. За даними Націо-

нальної служби здоров'я України, кількість пацієнтів з виявленим ПТСР зросла вдвічі за 2022 рік та в чотири рази за 2023 рік порівняно з 2021 роком [4]. Водночас, політравматичність російсько-української війни ставить високі вимоги до психологічних спроможностей військовослужбовців, більшість з яких були мобілізовані, через що проблема ПТСР в Україні набуває все більшої актуальності.

Окремі наукові дослідження з проблеми психологічних наслідків війн вперше почали з'являтися, починаючи з XIX століття. Симптоматику порушень пояснювали по-різному: як "ностальгію" солдата (Д. Хофер, Л. Аунбругер), як "синдром гарматного ядра" під час наполеонівських війн, як "солдатське серце" під час Громадянської війни

у США (Дж. М. Да Коста). Схожі прояви спостерігали у жертв катастроф, що визначали як "потягивый хребет" (Дж. Е. Еріксен, 1867), "травматичний невроз" (Г. Опенгеймер, 1889), "невроз страху" (Е. Крепелін, 1896), як прояви "істерії" у жінок (Ж.-М. Шарко, П. Жане, З. Фройд, Й. Бройєр), що стало вагомим підґрунтям для подальшої концептуалізації феномену психічної травми [2, 3].

В період Першої світової війни британський психіатр Ч. Майєрс (1915) виокремив поняття "снарядного шоку", психологічного феномену, що виникає внаслідок участі у бойових діях. Вчений виявив стійкі прояви цього розладу, зокрема бойовий тремор, психофізіологічне перезбудження. У рамках психоаналітичної концепції З. Фройд назвав причинами "військового неврозу" конфлікт мирної та військової частин "Я", визначив кумулятивний ефект бойового стресу та значну роль моральних факторів у його формуванні [13].

Зростання психогенних втрат у двох світових війнах (7,9 % у Першій світовій війні та 17 % у Другій світовій війні) спричинило загострення наукового інтересу до проблеми наслідків бойового дистресу [1].

Зокрема, під час Другої світової війни А. Карднер описав "травматичний невроз війни" у солдат армії США. Ядро розладу становив фізіоневроз, що вирізнявся специфічними симптомами: хронічним надмірним збудженням, фіксацією на травмі, когнітивними викривленнями, атиповими сновидіннями, хронічною дратівливістю, реактивністю, повторюваними реакціями страху [18].

Внаслідок В'єтнамської війни відбулася різка маніфестація психічних розладів в її учасників. Американські вчені доклали великих зусиль для концептуалізації отриманих емпіричних даних (Р. Ліфтон, Ч. Фіглі, Б. ван дер Колк). Докладно феномен ПТСР був описаний М. Горовіц та у 1980 році увійшов в якості офіційного діагнозу до американської класифікації хвороб DSM-III [16]. З того часу проблема ПТСР активно вивчається у всьому світі.

Проблема психологічної травми та ПТСР, як одного з її наслідків, досліджувалася в працях вітчизняних вчених Т. Титаренко, В. Роменця, П. Горностаєва, О. Чабана, В. Осьодла, О. Тімченка, С. Лукомської, Л. Засєкіної, О. Блінова, О. Колесніченка, З. Кісарчук та ін. Водночас, науковці В. Климчук, В. Горбунова, О. Кокун, О. Хміляр, Д. Зубовський зосередили свою увагу на посттравматичному зростанні особистості внаслідок впливу травматичних подій. Попри значну кількість закордонних досліджень, пов'язаних з проблемою ПТСР у комбатантів, ця тема ще недостатньо розроблена в контексті російсько-української війни.

Метою статті є теоретичний аналіз етіології посттравматичного стресового розладу внаслідок бойової травми та узагальнення сучасних наукових підходів до його дослідження.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз зарубіжної та вітчизняної наукової літератури доз-

волив виокремити сутнісні риси досліджуваного явища. Узагальнення та систематизація отриманої інформації щодо ПТСР надали підставу для розгляду його як комплексного розладу. Порівняння різних наукових підходів допомогло виокремити ключові аспекти ПТСР в розрізі спектру посттравматичних порушень, з огляду подальших наукових розвідок.

Виклад основного матеріалу. ПТСР визначається як специфічний психічний розлад, що розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової події або серії подій [7]. Однією з головних причин розвитку ПТСР є екстремальний дистрес, що пов'язаний з експозицією до смерті. Як наслідок, виникає тривалий посттравматичний стрес, що стимулює циклічне патологічне психофізіологічне збудження, пов'язане з втратою відчуття безпеки, блокуванням травматичної інформації та її повторним перепроживанням [2].

В момент травми відбувається різка нейробіологічна перебудова функціонування організму з метою адаптації до екстремальних умов.

Травматичний вплив починається з гіпертонусу симпатичної нервової системи та викиду у кров великої кількості стресових гормонів, що запускає стрес-реакцію. У більшості випадків ця реакція проходить природним чином. При розвитку ПТСР, внаслідок хронічного дистресу відбуваються психофізіологічні зміни в головному мозку (блокади синаптичної передачі), зменшення об'єму гіпокампа, збільшення мигдалини, що призводить до порушень пам'яті, підвищеного рівня глюкокортикоїдів, пригнічення нейрогенезу, емоційної дисрегуляції, порушень сну, хвороб та передчасного старіння [2, 5]. Внаслідок травми створюється патерн травматичного реагування як спосіб захисної взаємодії зі світом.

Насьогодні відомо, що вплив травми асоціюється з активацією, з одного боку, симпатичної нервової системи та вивільненням адреналіну та норадреналіну, з іншого – вісі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники з виділенням кортизолу. При ПТСР згодом відбувається дисрегуляція цього процесу: постійне підвищення рівня кортизолу змінюється його падінням в ситуаціях екстремального стресу (гіперзбудження змінюється депресією).

Виділяють декілька підходів до розгляду ПТСР в якості окремого феномену. Згідно концепції стресу ПТСР є наслідком впливу граничного дистресу (за Г. Сельє). Пізніше Р. Лазарус доповнив розуміння стресу, як реакції не лише на фактичну небезпеку, а й на суб'єктивне сприйняття ситуації. Феномен ПТСР з точки зору концепції алостазу (П. Стерлінг, Дж. Айєр, 1988) є наслідком алостатичного перенавантаження, збою у природній регуляції мозком людини внутрішніх психофізіологічних процесів у відповідь на мінливе середовище. Це визначення сходиться з думкою деяких науковців про прорив захисту психіки під час травми, що часто

проявляється дисоціаціативними симптомами, може призводити до розщеплення ідентичності (П. Левін, О. ван дер Харт, Дж. Шпігель) [1]. Водночас, ПТСР можна розглядати як еволюційну форму психологічного захисту. Відзначалося, що внаслідок природних лих його вплив менший, ніж від свідомо заподіяних людських дій, в тому числі сучасної війни, до викликів якої людина еволюційно не була готова.

У рамках когнітивного підходу М. Горовіц розробив концепцію синдромів стресової реакції, одним з яких став запропонований ним феномен ПТСР. Він вважав, що стрес може призвести до психологічного травмування, якщо отриманий досвід не може когнітивно переробитися: травматична інформація циркулює у психіці через процеси уникання та вторгнення [16].

Р. Яноф-Булман запропонував теорію зруйнованих фундаментальних припущень. За його висновками, травма руйнує базові припущення людини про світ, інших та себе, що викликає посттравматичний процес, через який людина заново адаптується до нових для неї уявлень.

Теорії обробки інформації про травму свідчать про ключову особливість травматичної події в порушенні базової безпеки, створенні вузлів страху, які реагують на загрози (П. Ленг, Е. Фoa). Робота над інтеграцією травматичних спогадів та подолання страху шляхом звикання є перевагою цієї теорії.

В рамках концепції емоційної обробки (Е. Фoa, Б. Ротбаум) зацентровано на роботі з мережами страху та відповідним представленням цих подій у пам'яті та поступовим зниженням реакцій через емоційну обробку (експозиційну терапію). Водночас, теорія подвійної репрезентації (П. Жане, Б. ван дер Колк, О. ван дер Харт, К. Бревін) стверджує про різні типи пам'яті, що залучені до збереження звичайних та травматичних спогадів. Ця теорія узгоджується з нейропсихологічними механізмами ПТСР. За її положеннями ПТСР включає два окремі патологічні процеси, пов'язані з негативними емоціями, переконаннями та з керуванням травматичними спогадами, що є автоматичними, менш свідомими за звичайні. Відновлення полягає у послідовній роботі над цими двома процесами [9].

Водночас, когнітивно-поведінкова модель травми А. Елерса та Д. Кларка акцентує увагу на виникненні специфічного відчуття психологічної поразки (безпорадності, слабкості) в момент травми, що створює відчуття загрози щодо сьогодення та майбутнього, стійкі негативні переконання. Оскільки когнітивна обробка під час травми пов'язана з наростанням симптомів ПТСР, пропонуються ранні психологічні інтервенції, що виявилися ефективними для його попередження [9]. Відновлення полягає в необхідності переосмислення негативних оцінок посттравматичних реакцій, диференціюванні минулих та теперішніх загроз та соціальній підтримці [5].

Усталеної комплексної концепції, яка повністю пояснює природу ПТСР, ще не розроблено. Для подальшого дослідження виділимо нейропсихологічну концепцію, когнітивну концепцію та комплексний біопсихосоціальний підхід, запропонований Дж. Л. Енгель, Дж. Романо, що враховує вплив психологічного, біологічного, соціального чинників на етіологію ПТСР. Ця модель дозволяє краще розуміти психофізіологічне функціонування людини через визначення різних рівнів порушень, розглядає їх у динаміці, враховуючи особистий та соціальний контексти людини [22].

Травматична подія – вихідна точка, з якої починається формування ПТСР. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 70 % людей за час свого життя переживають хоча б одну потенційно травматичну подію, проте ПТСР розвивається у близько 5,6 % популяції. Водночас, найбільш травматичними є події, що виникають внаслідок міжособистісного насилля (ризик ПТСР до 15 %) [19].

В Міжнародній класифікації хвороб не вказані чіткі критерії травматичної події, крім загрози існуванню, відчуттів страху, безпомічності. Згідно DSM-5 травматичними є події, що пов'язані з експозицією до смерті, екстремальною загрозою для себе або інших, опосередкованого впливу травматичної інформації.

Ми розділяємо думку науковців, які визначають, що розвиток ПТСР залежить не стільки від змісту самої події, як від її значення для людини. Так, на думку Р. Тедескі та Л. Калхун, "травму визначає не так сама подія, а її глибокий вплив на когнітивні схеми". Такі "сейсмічні" події призводять до потрясіння внутрішнього світу особистості. Таким чином, травматична подія не тотожна травмі, але є її причиною. Водночас, травма як наслідок травматичної події (сукупності подій) є першопричиною ПТСР.

Дослідники пропонують досліджувати спектр посттравматичного стресу, що включає гостру стресову реакцію, гострий, хронічний, відстрочений, комплексний типи ПТСР, субклінічні, коморбідні форми, резильєнтність, посттравматичне зростання, трансгенераційні та колективні травми тощо.

Гостра стресова реакція – базова реакція виживання, що в нормі проходить за короткий час, може супроводжуватися інтенсивними афективно-шоківими симптомами, відчуттями страху, безпорадності, втрати контролю. Реагування людини відбувається миттєво, зазвичай через одну з реакцій (втечу, замирання чи боротьбу). Ця реакція пов'язана із стисненням великої кількості психічного напруження, що потребує розрядки через активну реакцію втечі чи боротьби [2].

За полівагальною теорією С. Поджерса в екстремальному реагуванні можна виділити три послідовні рівні. На першому рівні реагування основною реакцією є пошук підтримки та соціальна взаємодія, на другому – активна форма реагування (реакції втечі або боротьби), на тре-

тньому, гранично екстремальному – реакція онімніня, завмирання [2].

Бойову оперативну стресову реакцію (COSR) виокремлюють у спектрі посттравматичних порушень як наслідок бойового дистресу. Вона може проявлятися у гострій (внаслідок бойового стресу), оперативній (внаслідок поточного стресу), патологічній (початок ПТСР) формі [10]. Поруч з цим, зазначимо, що навички бойового реагування (постійна пильність, природна депривація сну та потреб, емоційна відгородженість, напруженість сприйняття, тунельне бачення) слід диференціювати від ознак ПТСР, як релевантні.

ПТСР розвивається внаслідок однієї чи кількох травматичних подій, характеризується повторними переживаннями травматичної події (інтрузії, флешбеки, кошмарні сновидіння), поведінкою уникнення (ізоляції, адикції, суїцидальна поведінка), надмірною пильністю (безсоння, роздратованість, агресивна реактивність, втрата відчуття безпеки, фізіологічна реактивація). Важливим є дотримання часових параметрів у діагностуванні (від двох тижнів за МКХ-11) для врахування можливості природного відновлення та інтеграції травматичних спогадів в довгострокову пам'ять [7].

Механізм ПТСР тісно пов'язаний із порушеннями у функціонуванні пам'яті: травматичні спогади є відмінною рисою ПТСР. З одного боку, вони можуть сприйматися як реальна загроза в теперішньому часі та постійно перепроживатися (флешбеки), з іншого – виникають труднощі з послідовним пригадуванням. Для травматичних спогадів характерним є збір у сприйнятті часу, фрагментованість, перенасиченість сенсорною інформацією. Для ПТСР низький об'єм робочої пам'яті визначається фактором ризику, оскільки ускладнює опрацювання травматичного досвіду [9].

Варто зазначити комплексний вплив ПТСР на пізнавальні процеси та когнітивно-афективну сферу в цілому. Постійне відчуття загрози створює стабільну гіперактивацію у вигляді страху, тривоги, вибіркової уваги, знижує ефективність, гнучкість когнітивних процесів, зокрема мислення [2].

Одним із механізмів складного патогенезу ПТСР є дисоціація, що може мати різні прояви (амнезію, сенсорну, больову, емоційну нечутливість, застигання тіла). Перитравматична дисоціація, яка виникає під час травматичної події, у формі дереалізації, деперсоналізації, емоційного заціпеніння, пов'язана з різним зниженням пульсу та реакцією іммобілізації. Такий вид дисоціації у момент події, на відміну від легших проявів захисного характеру, свідчить про тяжкість травми, шоківу реакцію, відчуття безпорадності, та є вагомим предиктором ПТСР [9].

Комплексний тип ПТСР був описаний Дж. Герман, як наслідок тривалої травматизації, що супроводжується відчуттям безпомічності (тривале насилля, полон, неглект, рабство), пов'язаний зі складними стосунками (з собою, оточенням, кривдником), амбівалентністю переживань. Як

правило, такий тип ПТСР формується довгий час через складне дитинство, тривале насилля, в умовах війни – через тривалі бойові дії, полон [3]. В МКХ-11 для нового діагнозу комплексного ПТСР виділяють додаткові симптоми: проблеми в регуляції афектів; відчуття приниженості, сорому, провини, пов'язаними з травматичною ситуацією та труднощі у відносинах [7]. Комплексний ПТСР значно більше знижує функціональність особистості, має вищу коморбідність з психічними розладами, наприклад з межовим, дисоціативним розладом [17].

Хронічна форма ПТСР характеризується стійкістю. Через механізми дисоціації та уникнення, суспільної стигматизації військовослужбовець може ретельно приховувати свій стан, ігноруючи потребу у допомозі. В механізмі формування ПТСР найбільш значимими виявлені посттравматичні чинники (чинники відновлення) та наявність попередньої травми в анамнезі [8]. Хронічний стрес у зоні бойових дій пришвидшує розвиток запальних процесів в організмі, стає предиктором тривалих психічних розладів, як і хронічного ПТСР [13].

Відстрочений тип ПТСР пов'язаний з маніфестацією симптоматики через 3-6 місяців або довше у осіб, що пережили травматичну подію. За даними ізраїльських вчених, що досліджували ветеранів Ліванської війни, приблизний показник відстроченого ПТСР у ветеранів становив 16,5 % опитаних. У ветеранів цей тип ПТСР може формуватися поступово, після латентного періоду, з поступовим накопиченням симптомів, а його симптоматика зазвичай слабша порівняно з хронічним та гострим типом розладу [15].

Загалом, статистика ПТСР внаслідок досвіду бойових дій досить суперечлива, якщо брати до уваги найнижчі та найвищі показники (рис. 1) [7]. Загально визнано, що серед цивільного населення показник поширеності ПТСР зберігається на рівні 6 %, серед ветеранів на рівні 8-13 % протягом життя [8]. За даними National Vietnam Veterans' Readjustment Study Report приблизно 30 % чоловіків і 27 % жінок серед ветеранів мали ПТСР у певний момент служби у В'єтнамі, тривалий ПТСР відповідно 15 % та 9 % опитаних, а у 22 % опитаних було визначено субклінічні прояви [5,7]. За іншими даними, ПТСР у різний період мали 48 % ветеранів В'єтнамської війни [11].

Вплив психологічної травми – багатогранний та проявляється на індивідуальному (ПТСР), колективному (колективна травма) та міжпоколінному (трансгенераційна травма) рівнях. Епігенетична передача травматичної інформації відбувається після масових травм, навіть після однократної сильної травми з'являються стійкі епігенетичні зміни [20].

Виділяють різні траєкторії розвитку ПТСР в залежності від тривалості, типу психотравмування: однократна травма (катастрофа, однократне насилля), секвенційна травма (повторю-

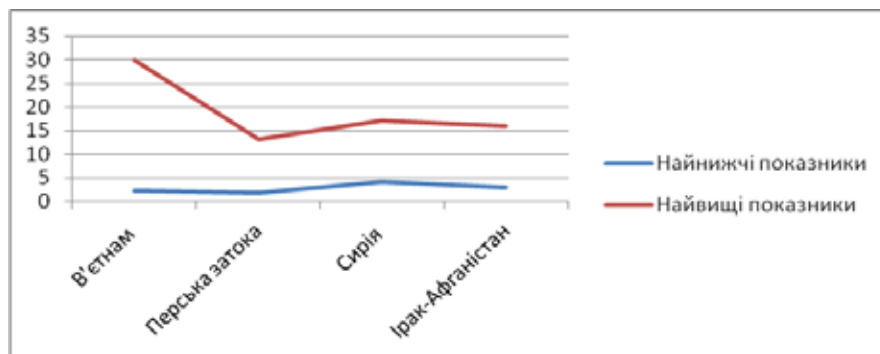


Рис. 1. Найнижчі та найвищі показники ПТСР серед ветеранів США

вальна травма), травма розвитку або травма прив'язаності (глибокий тип психотравмування, що спричиняє глибокі особистісні порушення) [2, 3].

Коморбідність ПТСР найчастіше пов'язана з депресією (48%), адикціями (52 % у чоловіків, 28 % у жінок), дисоціативними порушеннями [6]. За даними американських авторів, поширеність коморбідного зловживання алкоголем у осіб з ПТСР досягає 42 %, у ветеранів – до 50 %. Виникнення коморбідності ПТСР-адикція часто пов'язують з фактами міжособистісного насильства в минулому, особливо у дитинстві, тобто комплексним психотравмуванням [7].

ПТСР – розлад, що небезпечний своїми довгостроковими наслідками для здоров'я. За результатами Національного лонгітюдного дослідження ветеранів В'єтнаму, що завершилося у 2013 році, було визначено, що ветерани з ПТСР або зазнали сильного бойового стресу (без ПТСР), мали вдвічі більші шанси померти порівняно з тими, хто зазнали помірного або слабого бойового стресу. Після більш, ніж 40 років по завершенню бойових дій, 7 % жінок та 11 % чоловіків все ще мали ПТСР. Стан 37 % опитаних ветеранів відповідав критеріям депресії. Ветерани мали виражені проблеми зі здоров'ям [21]. Водночас, є докази тісного зв'язку комплексного типу ПТСР з межовим розладом особистості, що може становити вектор подальших досліджень [17]. Поєднання кількох розладів може становити психопатологічний континуум травми.

Окремі дослідники виділяють “тривалий травматичний стрес” війни як окремий конструкт, що чинить вагомий негативний вплив на психічне функціонування людини [11]. Органічні ушкодження головного мозку, легкі черепно-мозкові травми можуть погіршувати перебіг психічних процесів, сприяти розвитку ПТСР у військовослужбовців [5].

Травма інтерпретується дослідниками як вторинна (“вікарна травма”, “втома від співчуття”), якщо немає прямої експозиції до травми, а перебіг травматичного досвіду відбувається через опосередковано (від травмованої людини, інформаційних мереж).

У дослідженнях Р. Ліфтона, К. Дрегера, Б. Літца, Б. Дж. Гріффіна, Дж. Шей, Л. Засекіної, О. Кокуна

окреслена проблема моральної травми, стану глибокого психологічного дистресу, що виникає внаслідок порушення моральних цінностей людини. Дж. Шей описує чинники впливу моральної травми в бойових умовах: невдале керівництво, неефективна соціальна залученість, спостереження за безчинствами. Б. Літц визначає, що моральна травма може включати симптоми ПТСР, самопошкодження, деморалізації, негативної самооцінки [23]. Водночас, Дж. Шей, А. Кардинер зазначали, що висока підготовка, лідерство, згуртованість є вагомими факторами профілактики моральної та інституційної (пов'язаної з соціальним інститутом) травми.

Висновки. ПТСР є складним психофізіологічним феноменом, що пов'язаний впливом травматичного дистресу, механізмами емоційної дисрегуляції, порушеннями у функціонуванні нервової системи, пам'яті.

ПТСР є комплексним порушенням, що формується під дією зовнішніх (травматична подія) та внутрішніх (когнітивна обробка) чинників, та дезорганізує всі рівні функціонування людини (соматичний, психологічний, когнітивний, поведінковий). Посттравматичні процеси унеможливають повернення алоstaticного балансу, внаслідок чого вони хроніфікуються, закріплюючись на рівні тіла. ПТСР викликає стійкі зміни на індивідуальному, міжособистісному, міжпоколінному рівні.

Аналіз підходів до розгляду феномену ПТСР показує, що до цього часу вичерпної концепції щодо його природи не розроблено. Найбільш обґрунтованими є нейробіологічна та когнітивна модель розладу, що мають достатню доказову базу. Інтегративним є біопсихосоціальний підхід до подолання ПТСР.

ПТСР як психічний розлад може виникати внаслідок різних травматичних подій, однократного або пролонгованого впливу. Окремими чинниками формування ПТСР у військовослужбовців є тривалий травматичний стрес, моральна травма, досвід травми та психосоціальні умови відновлення, що може бути фактором розвитку комплексного типу розладу. Визначено вагомий коморбідний зв'язок ПТСР з депресивними, тривожними, адиктивними розладами.

Модель спектру посттравматичного стресу спонукає враховувати клінічні, субклінічні та коморбідні прояви ПТСР в їх динаміці. Такий підхід у перспективі може допомогти ще на допорогову рівні ПТСР застосовувати необхідні психологічні інтервенції задля запобігання глибшого психотравмування.

Перспективи подальших наукових розвідок можуть допомогти окреслити особливості посттравматичних порушень у військовослужбовців Сил оборони на сучасному етапі.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми. Монографія. Київ : Талком, 2016. 234 с.
2. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Київ : Vivat, 2022. 624 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2022. 424 с.
4. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaє-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad> (дата звернення: 20.03.2025).
5. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т. 2-ге вид. Т.1. Київ : Наш Формат, 2022. 568 с.
6. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012, С. 30–37.
7. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ : Медкнига, 2023. 232 с.
8. Brewin C.R., Andrews B., Valentine, J.D. Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in traumaexposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. № 68, 2000. P. 748–766. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.748.
9. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23, 2003. P. 339–376 doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
10. DoD Directive 6490.5. Combat Stress Control (CSC) Programs. 2011.
11. Egendorf A., Kadushin C., Laufer R. Legacies of Vietnam: comparative of veterans and their peers. Vol I-IV. Washington : US Gov. PO, 1981. 900 p.
12. Eagle G., Kaminer D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 2013. P. 85–99. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0032485>.
13. Ferenczi S., Abraham K., Simmel E., Jones E. Psycho-analysis and the war neuroses, 2. International Psycho-Analytical Press. 1921. 47 p.
14. Groer M.W., Kane B., Williams S.N., Duffy A. Relationship of PTSD symptoms with combat exposure, stress, and inflammation in American soldiers. *Biol Res Nurs*. 2015. DOI: 10.1177/1099800414544949.
15. Horeish D., Solomon Z., Keinan G., Ein-Dor T. The clinical picture of late-onset PTSD: a 20-year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry Res*. 208(3). 2013. p. 265–73. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.12.004.
16. Horowitz M.J., Weis O.S. Mannar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Mem Dis*. Vol. 175, № 5. 1980. P. 267–268.
17. Karatzias T., Bohus M., Shevlin M., Hyland P., Bisson JI., Roberts N., Cloitre M. Distinguishing between ICD-11 complex post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research. *Br J Psychiatry*. 223(3). 2023. P. 403–406. DOI: 10.1192/bjp.2023.80.
18. Kardiner A. Traumatic neurosis of war. New York: Hoeber, 1941. 258 p.
19. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G., et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 8. 2017. DOI: 10.1080/20008198.2017.1353383.
20. Sarigedik E., Naldemir I.F., Karaman A.K., Altinsoy H. B., Intergenerational transmission of psychological trauma: A structural neuroimaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. Vol. 326, 2022. P. 299–314. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2022.111538>
21. Stellman S.D., Kaiser A.P., Smith B.N., Spiro A., Stellman J.M. Impact of Persistent Combat-Related PTSD on Heart Disease and Chronic Disease Comorbidity in Aging Vietnam Veterans. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2024. DOI: 10.1097/JOM.0000000000003302.
22. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 31(8). 2017. DOI: 10.1177/0269215517709890.
23. Zasićkina L., Kokun O., Hlova I., Bojko M. Defining conceptual boundaries of moral injury and post-traumatic stress disorder in military population: A systematic review. *East European Journal of Psycholinguistics*. 10 (1). 2023. P. 299–314. DOI: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2023.10.1.zas>.