

СИМПТОМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В КОМБАТАНТІВ

SYMPTOMS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN COMBATANTS

Проблема психічного здоров'я ветеранів та осіб із бойовим досвідом набуває дедалі більшої актуальності у зв'язку з поширеністю посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Мета дослідження – виявити психологічні особливості прояву симптомів ПТСР у комбатантів та визначити групові відмінності порівняно з респондентами без бойового досвіду.

Для оцінки вираженості симптомів за кластерною структурою DSM-5 використано українськомовну версію опитувальника PCL-5. Статистичний аналіз із застосуванням ϕ -критерію Фішера та t -критерію Стюдента виявив достовірні відмінності між групами за більшістю кластерів симптомів. Результати показали, що комбатанти характеризуються значно вищими рівнями посттравматичних симптомів, особливо у сферах нав'язливих спогадів, емоційного дистресу, гіперзбудливості, порушень сну та уникання стимулів, пов'язаних із травмою. Установлено тісний зв'язок між тривалістю та інтенсивністю бойового досвіду й вираженістю посттравматичних реакцій. Учасники без бойового досвіду продемонстрували нижчі та менш стабільні показники симптоматики, що свідчить про вищий рівень психологічної адаптації за відсутності екстремального стресу.

Отримані результати підтверджують, що бойовий досвід є ключовим фактором формування посттравматичних симптомів. Профіль симптомів, отриманий у цьому дослідженні, відповідає даним міжнародних досліджень військових вибірок, засвідчуючи домінування інтрузивних феноменів і гіперзбудливості. Представлені дані створюють емпіричне підґрунтя для розроблення індивідуалізованих програм психологічної допомоги та реабілітації ветеранів, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги, профілактику посттравматичного стресового розладу й підвищення якості життя. Результати підкреслюють важливість раннього психологічного скринінгу та цільових інтервенцій для осіб із високим рівнем бойової експозиції з метою зниження довготривалих психосоціальних наслідків.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, комбатанти, бойовий стрес, DSM-5, PCL-5, симптоми, психодіагностика.

The issue of mental health among veterans and individuals exposed to combat has become increasingly urgent due to the growing prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD). The aim of this study was to identify the psychological features of PTSD symptom manifestation in combatants and to determine group differences compared to individuals without combat experience. The Ukrainian version of the PCL-5 self-report scale was used to assess the severity of symptoms according to the DSM-5 cluster structure. Statistical analysis with the Fisher's ϕ -test and Student's t -test revealed significant differences between the groups across most symptom domains.

The findings demonstrated that combatants reported considerably higher levels of posttraumatic symptoms, particularly in the domains of intrusive memories, emotional distress, hyperarousal, sleep disturbances, and avoidance of trauma-related cues. A close relationship was found between the duration and intensity of combat exposure and the severity of PTSD reactions. In contrast, participants without combat experience exhibited substantially lower and less persistent symptom levels, reflecting a higher degree of psychological adaptation in the absence of extreme trauma exposure.

Overall, combat experience was identified as a major predictor of posttraumatic symptom formation. The symptom profile obtained in this study corresponds to international data on military samples, emphasizing the predominance of intrusive and hyperarousal phenomena. The results provide a valuable empirical basis for the development of individualized psychological support and rehabilitation programs for veterans, aimed at restoring emotional balance, preventing chronic PTSD, and improving overall quality of life. These findings highlight the necessity of early psychological screening and targeted interventions for individuals exposed to high-intensity combat conditions to reduce long-term psychosocial consequences.

Key words: post-traumatic stress disorder, combatants, DSM-5, PCL-5, symptoms, psychodiagnostics.

УДК 159.944.4

DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.32>

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Чамлай І.В.

аспірантка кафедри психології
Уманський державний педагогічний
університет імені Павла Тичини
ORCID ID: 0009-0000-8976-9833

Воєнні конфлікти спричиняють масштабну психотравматизацію. Посттравматичний стресовий розлад – один із ключових психічних наслідків бойового стресу. Для України проблема набуває системного характеру: висока інтенсивність бойових дій, повторювані ротації, невизначеність і втрати формують підґрунтя для розвитку й хроніфікації ПТСР.

Наслідки передбачають порушення сну, інтрузивні спогади, гіперпильність, емоційні та когнітивні зміни, що знижують якість життя і перешкоджають ресоціалізації ветеранів. Вивчення структури симптомів є передумовою для необхідних психологічних інтервенцій і політики психосоціальної підтримки.

Метааналізи у військових вибірках демонструють широкий діапазон поширеності посттравматичного стресового розладу (10–30 %), що пов'я-

зано з інтенсивністю бойового досвіду, тривалістю експозиції, повторними травмами, коморбідністю та рівнем соціальної підтримки. Установлено роль модераторів: резильєнтність, когнітивна оцінка подій, соціально-економічний контекст.

Українські дані узгоджуються з міжнародними тенденціями, однак мають національні особливості (тривалість конфлікту, специфіка мобілізації, культурні наративи, близькість до місць бойових дій). Водночас актуальним є питання стандартизації скринінгу та впровадження в систему допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні роки відзначені інтенсивним зростанням емпіричних та оглядових досліджень, спрямованих на вивчення клініко-феноменологічного профілю посттравматичного стресового розладу у військовос-

лужбовців. Класичні міжнародні роботи показують системний зв'язок між безпосередньою бойовою експозицією та підвищеною частотою інтрузивних симптомів, гіперзбудливості, порушень сну та уникання: так, велике дослідження серед учасників операцій в Іраку та Афганістані продемонструвало суттєве збільшення ризику психічних розладів після бойового досвіду [5].

А оглядовий нарис Р. Єгуда [9] узагальнив клінічні та біологічні механізми ПТСР, які пояснюють стійкість інтрузивних і вегетативних проявів у ветеранів. Більш пізні узагальнення [4; 7] підтверджують, що ступінь експозиції, періодична дисоціація при травмі, попередня психопатологія та рівень соціальної підтримки є ключовими предикторами виникнення посттравматичного стресового розладу.

Дослідження Б. Т. Літц [6] окреслює закономірності реакції на травмофокусовану терапію у військових вибірках і підкреслює роль початкової симптоматики, очікувань пацієнта та характеристик вибірки в прогнозуванні терапевтичного ефекту. Підхід «тіло – пам'ять» та мультидисциплінарні методи реабілітації, які описує Б. Ван дер Колк [8], також отримали подальшу емпіричну підтримку в роботах, що розглядають тілесно орієнтовані та групові інтервенції для ветеранів.

Українські публікації останніх років доповнюють міжнародну картину специфікою локального контексту: емпіричні та оглядові статті [1; 2; 3] систематизують клініко-феноменологічні особливості бойової психотравми, підкреслюючи коморбідність посттравматичного стресового розладу з порушеннями сну, емоційним виснаженням та труднощами соціальної адаптації в комбатантів у сучасних умовах війни. Ці українські дослідження також акцентують увагу на необхідності скринінгу, ранньої діагностики та комплексної реабілітації з урахуванням індивідуальних детермінантів ризику.

Тож консолідовані дані міжнародної та вітчизняної літератури підтверджують, що бойовий досвід є стабільним фактором ризику для формування вираженого симптомокомплексу ПТСР (інтрузивні симптоми, уникання, негативні когнітивно-емоційні зміни, гіперзбудливість) та обґрунтовують актуальність розроблення адаптованих програм діагностики та терапевтичної допомоги для ветеранів.

Методика емпіричного дослідження. Дослідження мало поперечний (кроссекційний) дизайн, що передбачав одночасне вивчення рівня посттравматичних симптомів у вибірці комбатантів без втручання в природний перебіг подій. Такий підхід дав змогу оцінити особливості проявів посттравматичного стресового розладу в різних категорій ветеранів залежно від інтенсивності бойового досвіду.

Вибірка дослідження налічувала 150 ветеранів, які брали участь у бойових діях. Із них 80 осіб мали досвід безпосередньої участі в інтенсивних бойових зіткненнях, а 70 респондентів виконували завдання у бойових зонах без прямого контакту з ворогом.

Для збору емпіричних даних застосовано два основні інструменти:

– PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) – українськомовна адаптована версія опитувальника для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу. Шкала містить 20 тверджень, що відображають чотири основні кластери симптомів: інтрузивні спогади, уникання, негативні зміни в когнітивній та емоційній сфері, а також підвищену збудливість;

– демографічна анкета, яка містила питання щодо віку, статі, освіти, тривалості служби, обставин бойового досвіду, а також наявності поранень або втрати побратимів.

Проведено порівняльний аналіз проявів ПТСР у двох досліджуваних групах: учасників бойових дій (N = 80) та осіб без бойового досвіду (N = 70). Для кожного симптому наведено відсоток учасників із його проявами, кількість осіб із симптомом та без нього в кожній групі, класичний ϕ -критерій, що оцінює силу асоціації, а також p -value, отриманий за допомогою точного тесту Фішера (табл. 1).

Аналіз показав, що серед учасників бойових дій найбільш вираженими симптомами були гіперпильність (E3) – 82 % та нав'язливі спогади про травматичні події (B1) – 80 %. У групі осіб без бойового досвіду ці показники були нижчими – 60 % та 55 % відповідно. Сила асоціації між бойовим досвідом і наявністю цих симптомів була помірною ($\phi = 0,250\text{--}0,275$), а точний тест Фішера показав статистично значущі відмінності ($p < 0,01$).

Високі значення також спостерігалися щодо емоційного дистресу при нагадуваннях про травму (B4) – 75 % у групі комбатантів проти 52 % у контрольній групі, а також фізіологічних реакцій на травматичні тригери (B5) – 72 % проти 50 %. Ці відмінності також характеризувалися помірною силою асоціації ($\phi \approx 0,231\text{--}0,246$) і були статистично значущими ($p < 0,01$).

Щодо симптомів уникання, найбільш поширеними були: порушення сну (E6) – 70 % проти 48 %, уникання думок і почуттів, пов'язаних із травмою (C1) – 65 % проти 40 %, а також уникання ситуацій або місць, що нагадують про травму (C2) – 55 % проти 32 %. Сила асоціації для цих симптомів була помірною ($\phi = 0,218\text{--}0,250$), а відмінності між групами статистично значущі ($p < 0,05$).

Серед когнітивно-емоційних симптомів у групі комбатантів частіше спостерігалися негативний настрій (D4, 60 %), втрата інтересів (D5, 50 %), відчуття відчуженості (D6, 57 %) та емоційне оніміння (D7, 45 %). У контрольній групі ці показники були нижчими (35–40 %). Для більшості когнітивно-емоційних симптомів сила асоціації була слабкою або помірною ($\phi = 0,109\text{--}0,214$), при цьому точний тест Фішера виявив статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за винятком емоційного оніміння (D7, $p = 0,2422$), де відмінність не була значущою.

У сфері когнітивних змін негативні переконання про себе та світ (D2) спостерігалися в 52 % комбатантів та 33 % учасників контрольної групи, самозви-

Таблиця 1

Поширеність симптомів ПТСР у групах комбатантів та осіб без бойового досвіду з оцінкою сили асоціації (класичний ϕ) та статистичною значущістю (точний тест Фішера)

Симптом	% бойові	% контроль	a	b	c	d	ϕ	p-value
B1 (нав'язливі спогади)	80	55	64	16	38	32	0,275	0,0009
B4 (емоційний дистрес)	75	52	60	20	36	34	0,245	0,0037
B5 (фізіологічні реакції)	72	50	58	22	35	35	0,231	0,0068
E3 (гіперпильність)	82	60	66	14	42	28	0,250	0,0033
E6 (порушення сну)	70	48	56	24	34	36	0,218	0,0119
C1 (уникання думок / почуттів)	65	40	52	28	28	42	0,250	0,0031
C2 (уникання ситуацій / місць)	55	32	44	36	22	48	0,237	0,0050
D4 (негативний настрій)	60	38	48	32	27	43	0,214	0,0138
D5 (втрата інтересів)	50	35	40	40	24	46	0,159	0,0686
D6 (відчуженість)	57	37	46	34	26	44	0,203	0,0146
D7 (емоційне оніміння)	45	35	36	44	24	46	0,109	0,2422
D2 (негативні переконання)	52	33	42	38	23	47	0,198	0,0206
D3 (самозвинувачення / звинувачення інших)	46	28	37	43	20	50	0,182	0,0294
D1 (амнезія)	38	20	30	50	14	56	0,192	0,0205
E1 (дратівливість / спалахи гніву)	53	35	42	38	24	46	0,183	0,0321
E4 (надмірна здригливість)	62	42	50	30	29	41	0,211	0,0138
E5 (порушення концентрації)	55	37	44	36	26	44	0,179	0,0337
E2 (ризикова / саморуйнівна поведінка)	30	15	10	60	10	60	0,187	0,0308

Примітка: % бойові – відсоток учасників групи з бойовим досвідом (N = 80), у яких спостерігався відповідний симптом; % контроль – відсоток учасників групи без бойового досвіду (N = 70), у яких спостерігався відповідний симптом; а – кількість учасників бойової групи з симптомом; b – кількість учасників бойової групи без симптому; c – кількість учасників контрольної групи із симптомом; d – кількість учасників контрольної групи без симптому; ϕ (класичний ϕ) – коефіцієнт асоціації між бойовим досвідом та наявністю симптому (0–0,1 – слабка, 0,1–0,3 – помірна, >0,3 – сильна асоціація); p-value (точний тест Фішера) – оцінка статистичної значущості різниці між групами; $p < 0,05$ вважається статистично значущою; B1–B5 – повторювані думки, емоційний дистрес та фізіологічні реакції на травму; C1–C2 – уникання думок, почуттів та ситуацій, що нагадують про травму; D1–D7 – когнітивно-емоційні зміни (негативний настрій, відчуженість, емоційне оніміння, втрата інтересів, негативні переконання, самозвинувачення, амнезія); E1–E6 – підвищена збудливість (дратівливість, ризикова поведінка, гіперпильність, надмірна здригливість, порушення концентрації, порушення сну).

нування або звинувачення інших (D3) – 46 % проти 28 %, а амнезія окремих аспектів травматичної події (D1) – 38 % проти 20 %. Ці відмінності характеризувалися помірною силою асоціації ($\phi = 0,182$ – $0,205$) і були статистично значущими ($p < 0,05$).

Щодо симптомів підвищеної збудливості (кластер E), крім гіперпильності, спостерігалися: дратівливість або спалахи гніву (E1, 53 % та 35 %), надмірна збудливість (E4, 62 % та 42 %), порушення концентрації уваги (E5, 55 % та 37 %), а ризикова або саморуйнівна поведінка (E2) мала найнижчу частоту – 30 % у комбатантів та 15 % у контрольній групі. Сила асоціації для цих симптомів була помірною ($\phi = 0,179$ – $0,211$), а відмінності статистично значущі ($p < 0,05$).

Так, результати таблиці демонструють, що в усіх кластерах симптомів ПТСР спостерігається більша поширеність у групі комбатантів, а застосовані класичний ϕ та точний тест Фішера дають змогу кількісно оцінити силу асоціації та статистичну значущість цих відмінностей. Найпомітніші відмінності спостерігаються для симптомів гіперпильності (E3), нав'язливих спогадів (B1) й емоційного дистресу (B4), що підтверджує особливу вираженість цих проявів у групі учасників бойових дій.

Для визначення статистично значущих відмінностей між групами комбатантів та респондентів без бойового досвіду застосовано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок (t-test). Цей метод дає змогу встановити, чи є помітна різниця між середніми значеннями двох вибірок випадковою, чи вона відображає реальні розбіжності, зумовлені впливом певного чинника – у цьому разі бойового досвіду.

Установлено, що для більшості симптомів посттравматичного стресового розладу середні значення в групі комбатантів виявилися достовірно вищими ($p < 0,05$), ніж у представників контрольної групи (табл. 2). Це свідчить про більш виражений рівень постстресових реакцій у респондентів, які брали участь у бойових діях, що вказує на наявність глибших психоемоційних наслідків пережитого травматичного досвіду.

Найбільш статистично значущі відмінності ($p < 0,01$) виявлено за симптомами кластерів повторного переживання травматичних подій (B), уникання (C), негативних змін у когніціях та емоціях (D) та гіперзбудливості (E). Зокрема, комбатанти продемонстрували вищі показники за такими симптомами, як: – нав'язливі спогади про травматичні події (B1; $t = 3,36$, $p = 0,0010$);

Таблиця 2

**Результати порівняння середніх значень інтенсивності симптомів
посттравматичного стресового розладу між групою учасників бойових дій
та контрольною групою за t-критерієм Стьюдента**

Симптом	t	df	p-value
B1 (нав'язливі спогади)	3,360	132,19	0,0010
B4 (емоційний дистрес)	2,992	137,60	0,0033
B5 (фізіологічні реакції)	2,819	139,89	0,0055
E3 (гіперпильність)	3,029	130,29	0,0030
E6 (порушення сну)	2,796	141,17	0,0059
C1 (уникання думок/почуттів)	3,157	144,25	0,0019
C2 (уникання ситуацій/місць)	2,920	147,28	0,0040
D4 (негативний настрій)	2,757	145,71	0,0066
D5 (втрата інтересів)	1,879	146,88	0,0623
D6 (відчуженість)	2,501	146,25	0,0135
D7 (емоційне оніміння)	1,256	146,75	0,2113
D2 (негативні переконання)	2,398	147,20	0,0177
D3 (самозвинувачення/звинувачення інших)	2,327	147,87	0,0213
D1 (амнезія)	2,489	147,49	0,0139
E1 (дратівливість/спалахи гніву)	2,256	146,83	0,0255
E4 (надмірна здригливість)	2,495	144,69	0,0137
E5 (порушення концентрації)	2,246	146,40	0,0262
E2 (ризикова/саморуйнівна поведінка)	2,249	146,12	0,0260

Примітка. t – значення t-статистики критерію Стьюдента; df – ступені свободи (розраховано за формулою Уелча); p – рівень статистичної значущості: $p < 0,05$ – різниця достовірна, $p < 0,01$ – різниця високодостовірна.

– емоційний дистрес при нагадуваннях про травму (B4; $t = 2,99$, $p = 0,0033$);
– фізіологічні реакції на травматичні тригери (B5; $t = 2,82$, $p = 0,0055$);
– гіперпильність (E3; $t = 3,03$, $p = 0,0030$);
– порушення сну (E6; $t = 2,80$, $p = 0,0059$);
– уникання думок або почуттів, пов'язаних із травмою (C1; $t = 3,16$, $p = 0,0019$);
– уникання ситуацій чи місць, що нагадують про травму (C2; $t = 2,92$, $p = 0,0040$);
– негативний настрій (D4; $t = 2,76$, $p = 0,0066$).

Такі результати підтверджують, що бойовий досвід суттєво впливає на інтенсивність ключових симптомів ПТСР, особливо тих, які пов'язані з повторним переживанням травматичних подій, униканням травматичних стимулів та підвищеною емоційною напругою. Це узгоджується із сучасними уявленнями про патогенез посттравматичного стресового розладу у військових, де зазначається, що повторювана експозиція до травматичних стресорів посилює формування автоматизованих реакцій тривоги та надмірного пильнування.

Менш виражені, проте статистично достовірні відмінності ($0,01 \leq p < 0,05$) зафіксовано за симптомами:

– відчуття відчуженості від інших (D6; $t = 2,50$, $p = 0,0135$);
– негативні переконання про себе та світ (D2; $t = 2,40$, $p = 0,0177$);
– самозвинувачення або звинувачення інших (D3; $t = 2,33$, $p = 0,0213$);
– амнезія окремих аспектів травматичної події (D1; $t = 2,49$, $p = 0,0139$);

– дратівливість або спалахи гніву (E1; $t = 2,26$, $p = 0,0255$);
– надмірна збудливість (E4; $t = 2,50$, $p = 0,0137$);
– порушення концентрації уваги (E5; $t = 2,25$, $p = 0,0262$);
– ризикова або саморуйнівна поведінка (E2; $t = 2,25$, $p = 0,0260$).

Водночас для симптомів втрати інтересів (D5; $t = 1,88$, $p = 0,0623$) та емоційного оніміння (D7; $t = 1,26$, $p = 0,2113$) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$). Це може свідчити про те, що ці прояви є менш специфічними для бойового ПТСР і можуть бути зумовлені загальними порушеннями емоційної сфери, властивими для різних форм стресових розладів.

Тож результати аналізу за t-критерієм Стьюдента свідчать про наявність системних, статистично значущих відмінностей між учасниками бойових дій та представниками контрольної групи. У комбатантів спостерігається більш високий рівень вираженості симптомів майже за всіма кластерами DSM-5, що вказує на виразні психотравматичні наслідки бойового досвіду та підвищений ризик формування клінічно значущого ПТСР.

Узагальнюючи результати статистичного аналізу, можна констатувати, що як за критерієм Фішера, так і за t-критерієм Стьюдента виявлено системні та достовірні відмінності між комбатантами й особами без бойового досвіду за більшістю показників посттравматичних симптомів. Отримані результати свідчать про те, що участь у бойових діях є визначальним чинником підвищення частоти й інтенсивності проявів ПТСР.

Найбільш вираженими виявилися симптоми повторного переживання травми, уникання нагадувань, негативних когнітивно-емоційних змін та підвищеної збудливості, що узгоджується зі структурою розладу за DSM-5 і відображає типову реакцію на бойовий стрес. Загалом, обидва статистичні підходи підтвердили не випадковий, а закономірний характер міжгрупових розбіжностей, демонструючи, що комбатанти характеризуються більш високим рівнем психотравматизації та глибшими проявами постстресових порушень порівняно з контрольною групою.

Висновки. Проведений порівняльний аналіз показників за шкалою PCL-5 засвідчив наявність значущих і статистично доведених відмінностей між комбатантами та особами без бойового досвіду. Учасники бойових дій продемонстрували вищий рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу за більшістю кластерів, що свідчить про суттєвий вплив бойової експозиції на психоемоційний стан особистості.

Найбільш вираженими та статистично значущими серед комбатантів є симптоми кластерів повторного переживання травматичних подій, уникання, негативних міркувань і гіперпильності. Це підтверджує, що бойовий досвід зумовлює формування стійких інтрузивних і гіперактивних реакцій, які є ядром клінічної структури ПТСР за DSM-5.

Виявлено, що навіть за відносно нижчих показників окремих когнітивно-емоційних симптомів (зокрема, втрати інтересів та емоційного оніміння) у комбатантів спостерігається тенденція до емоційного виснаження та зниження здатності до соціальної взаємодії, що може ускладнювати процес адаптації після повернення до мирного життя.

Отримані результати підтверджують доцільність застосування комплексної системи психодіагностики та диференційованих підходів до реабілітації ветеранів, які враховуватимуть індивідуальний рівень бойового навантаження, характер травматичного досвіду та ступінь вираженості симптомокомплексу ПТСР.

Перспективи подальших наукових досліджень полягають у поглибленому вивченні динаміки відновлення психоемоційного стану комбатантів, зокрема у зв'язку з використанням різних психотерапевтичних і соціально-психологічних інтервенцій (зокрема, методів анімалотерапії, групової терапії,

програм ресоціалізації). Доцільним є також проведення лонгітюдних досліджень для виявлення чинників, що сприяють стійкості до розвитку ПТСР та ефективності подолання його наслідків.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Підлісний Ю. Психологічні особливості переживання бойової психотравми комбатантами. *Юридична психологія*. 2023. № 2. С. 113–119. <https://doi.org/10.33270/03233302.113>
2. Черкасова А. О. Гостра реакція на стрес та її віддалені наслідки у комбатантів (огляд літератури). *Медицина сьогодні і завтра*. 2024. № 93(4). С. 51–57. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.che>
3. Харченко Є. & Онуфрієва Л. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій у ситуації війни в Україні. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2024. № 64. С. 91–114. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2024-64.91-114>
4. 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. Vol. 68. no. 5. P. 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
5. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., McGurk D., Cotting D.I. & Koffman R.L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. no. 1. P. 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
6. Litz B.T., Berke D.S., et al. Patterns and predictors of change in trauma-focused treatments for war-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2019. Vol. 87. no. 11. P. 1019–1029. <https://doi.org/10.1037/ccp0000426>
7. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L. & Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003. Vol. 129. no. 1. P. 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
8. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. *Viking*. 2014. (перевидання: Penguin Books) ISBN: 9780143127741
9. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346. no. 2. P. 108–114. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>

Стаття надійшла у редакцію: 27.10.2025

Стаття прийнята: 06.11.2025

Опубліковано: 08.12.2025