

## ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ: ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ

**Асєєва Юлія Олександрівна**

доктор психологічних наук, академік НАН ВО України,  
завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки  
Одеського національного економічного університету  
ORCID ID: 0000-0003-3086-3993  
Scopus Author ID: 57221817817  
ResearcherID: AАН-2650-2021

**Аймедов Костянтин Володимирович**

доктор медичних наук, професор,  
провідний фахівець-консультант «Клініка Віта-Сана»  
ORCID ID: 0000-0003-2577-0151

**Яцишина Анастасія Миколаївна**

кандидат психологічних наук,  
старший викладач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки  
Одеського національного економічного університету;  
лейтенант поліції,  
старший психолог відділу психологічного забезпечення  
Головного управління Національної поліції в Одеській області  
ORCID ID: 0000-0002-7283-9038

Умови сьогодення потребують своєчасно звертати увагу на фактори ризику та прояву посттравматичного стресового розладу. Автори пропонують теоретичний аналіз джерел та різних наукових праць, що охоплює світовий і вітчизняний військовий досвід у контексті визначення поняття посттравматичного стресового розладу у військових. Дана робота розглядає взаємозв'язок між військовим досвідом та психічним здоров'ям особистості. Особлива увага приділяється визначенню поняття посттравматичного стресового розладу, попередження його виникнення та систематичної підтримки ментального здоров'я військових.

Робота присвячена аналізу поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових. Вона охоплює теоретичні основи цього психічного стану, клінічні прояви і відмінності у симптоматиці порівняно з цивільним населенням. Дослідження зосереджено на ідентифікації факторів ризику, які сприяють розвитку ПТСР у військових, зокрема військових операцій, стресових подій та умов служби. Анотація акцентує увагу на важливості належної психологічної підготовки та систематичної підтримки для збереження ментального здоров'я військовослужбовців у сучасних військових умовах. Теоретичні основи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових включають розуміння психологічних механізмів, що відповідають за розвиток цього стану в результаті військових операцій та стресових подій. Основні аспекти включають травматичні події та стресори: по-перше ПТСР військових часто пов'язаний з інтенсивним та травматичним досвідом, таким як бойові дії, виживання у критичних ситуаціях, втрати товаришів тощо; по-друге це біологічні механізми, де дослідження показують, що ПТСР може бути пов'язаний із змінами у функціонуванні нервової системи та гормональному рівні, що впливає на реакцію організму на стрес; по-третє це психологічні теорії: Теорії стресу та травми, такі як модель подвійного процесу, можуть пояснювати, як негативний досвід впливає на психічне здоров'я та спричиняє розвиток ПТСР.

Це дослідження є лише частиною широкомасштабного проекту з вивчення ментального здоров'я військових, особливо саме під час умов повномасштабного конфлікту в Україні. Основною метою роботи є комплексний збір психологічних характеристик і оцінка їх динаміки з метою подальшої розробки ефективних програм психокорекції.

**Ключові слова:** військові, травматичні події, клінічні симптоми, психотерапевтичні підходи, фактори ризику, військові операції, травматичний досвід, психологічний стрес, посттравматичний стресовий розлад.

### Asieieva Yu. O., Aymedov K. V., Yatsyshyna A. M. DEFINITION OF PTSD IN THE MILITARY: THEORETICAL FOUNDATIONS, CLINICAL MANIFESTATIONS AND RISK FACTORS

Today's conditions require timely attention to the risk factors and manifestations of post-traumatic stress disorder. The authors offer a theoretical analysis of sources and various scientific works covering the world and domestic military experience in the context of defining the concept of post-traumatic stress disorder in the military. This paper examines the relationship between military experience and mental health. Particular attention is paid to defining

*the concept of post-traumatic stress disorder, preventing its occurrence and systematic support for the mental health of the military.*

*The paper analyzes the concept of post-traumatic stress disorder (PTSD) among the military. It covers the theoretical foundations of this mental condition, clinical manifestations and differences in symptoms compared to the civilian population. The study focuses on the identification of risk factors that contribute to the development of PTSD in the military, including military operations, stressful events, and service conditions. The abstract emphasizes the importance of proper psychological training and systematic support to preserve the mental health of military personnel in modern military conditions. The theoretical foundations of post-traumatic stress disorder (PTSD) in the military include an understanding of the psychological mechanisms responsible for the development of this condition as a result of military experience and stressful events. The main aspects include traumatic events and stressors: first, military PTSD is often associated with intense and traumatic experiences such as combat, survival in critical situations, loss of comrades, etc.; second, biological mechanisms, where research shows that PTSD may be associated with changes in nervous system functioning and hormonal levels that affect the body's response to stress; third, psychological theories: Stress and trauma theories, such as the dual process model, can explain how negative experiences affect mental health and lead to the development of PTSD.*

*This study is only a part of a large-scale project to study the mental health of the military, especially during the full-scale conflict in Ukraine. The main goal of the work is to comprehensively collect psychological characteristics and assess their dynamics in order to further develop effective psychocorrection programs.*

**Key words:** *military, traumatic events, clinical symptoms, psychotherapeutic approaches, risk factors, military operations, traumatic experience, psychological stress, post-traumatic stress disorder.*

**Вступ.** Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психічною проблемою, з якою стикаються військові, що пережили травматичні події у воєнний період або під час виконання військових завдань. Це стан, який визначається не лише самими подіями, а й психологічними наслідками, що виникають після них. У світлі зростаючих викликів у сучасних воєнних конфліктах, вивчення та розуміння механізмів ПТСР стає надзвичайно важливим завданням для підтримки ментального здоров'я військових. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це патологічна реакція на травматичну подію, таку як бойові дії, стихійне лихо або фізичне чи сексуальне насильство [2; 16; 32]. ПТСР – це тривожний розлад, який виникає після травматичної події, під час якої особа пережила або стала свідком загрози серйозної травми чи смерті та мала реакцію, що включає сильний страх, безпорадність або жах [31; 36]. Протягом останніх трьох десятиліть почастишали дискусії щодо травми та її наслідків, з особливою увагою до ПТСР. ПТСР приділяється особлива увага, оскільки він пов'язаний із багатьма негативними уявленнями та наслідками для здоров'я, призводить до значного соціального та економічного тягаря та піддає людей підвищеному ризику фізичних та проблеми з психічним здоров'ям, включаючи депресію та самогубство.

ПТСР є основною причиною проблем зі здоров'ям серед військовослужбовців, які брали участь у війнах та у важких боях. Кохун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. зазначають, що багато ветеранів без видимих вад мають невидимі шрами, які негативно впливають на них протягом усього життя та мають серйозні наслідки для їхніх родин, друзів, спільнот і суспільства в цілому [19]. Інші розлади психічного здоров'я, розлучення, алкоголізм, зловживання наркотиками, безпритульність, депресія, безробіття, неповна зайнятість і злочинні дії є одними з негативних побічних ефектів травматичного стресу. Грем Дж., Легаррета М., Норт Л., ДіМузіо Дж., МакГлейд Е. та Юргелун-Тодд Д. зазначили, що ветерани з бойовою травмою, швидше за все, відчуватимуть зниження інтересу до інших, відстороненість і відчуження від них [41].

За даними різних дослідників, поширеність ПТСР у ветеранів може досягати 30 %. Ла Фер'є Дж., Джессі Мала, Карл М. Мареш та Вільям Дж. Кремер виявили, що поширеність посттравматичних стресових розладів серед розгорнутого військового персоналу США може досягати 14–16 % [38]. Згідно з різними дослідженнями, рівень посттравматичного стресового розладу серед ветеранів операцій Enduring Freedom та Iraq Freedom становить 23 %. Ферражан П.К. та Олівейра Р.А. зазначили, що 30 % португальських ветеранів страждали від хронічного посттравматичного стресового розладу [36]. Приблизно 271 000 ветеранів В'єтнаму наразі мають повний посттравматичний стресовий розлад плюс посттравматичний стресовий розлад у зоні бойових дій. Одна третина з них зараз має великий депресивний розлад – через 40 і більше років після війни [35; 38; 40–42; 44; 47]. Через такі високі показники посттравматичного стресового розладу психіатричні послуги для ветеранів із симптомами посттравматичного стресового розладу, ймовірно, будуть потрібні протягом багатьох десятиліть. Крім того, посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців має значний вплив на військову готовність і досягнення військових цілей.

Стрес загострюється під час політичної невизначеності, небезпеки війни та/або в географічних регіонах постійного або невирішеного конфлікту. Важливим фактором ризику посттравматичних стресових розладів є бойові дії. Особовий склад, який бере участь у бойових діях або зазнає бойових дій, має вищий ризик посттравматичного стресового розладу; бойовий вплив

є особливо сильною формою травми, яка пов'язана з підвищеним рівнем ПТСР порівняно з іншими формами травми.

Вищесказане підтверджується багатьма дослідниками. Сіпос М.Л., Бар-Хаїм Й., Абенд Р., Адлер А.Б. и Близе П.Д. виявили, що солдати, які повідомили про більший бойовий вплив і демонстрували навмисне уникнення загрози, також повідомили про вищий рівень посттравматичного стресового розладу [30; 42]. Сесур Р., Сабія Дж.Дж. и Текин Э. показали у своєму дослідженні, що часті ворожі перестрілки, поранення чи травми, а також спостереження за смертю чи пораненням члена коаліції, союзника чи некомбатантів були пов'язані зі значно підвищеним ризиком суїцидальних думок і посттравматичного стресового розладу [47]. Результати дослідження К. Сюе, Ю. Ге, Б. Тан, Ю. Лю, П. Кан, М. Ван, Л. Чжан показали, що участь у спробах інших вбити чи поранити було пов'язано більш однозначно, ніж будь-яка інша роль, із симптомами, які є діагностичними критеріями ПТСР [46]. Хоппен Т.Х., Моріна Н. визначили, що тяжкість почуття провини щодо бою позитивно корелює з повторним переживанням та уникненням симптомів посттравматичного стресового розладу та функціонує як загальна міра тяжкості посттравматичного стресового розладу [37].

Ло Савіо С.Т., Діллон К.Х., Резик П.А. описали чотири типи потенційно травматичних переживань у зоні війни: вчинення моральної шкоди, спостереження за моральною шкодою, загрози життю та травматична втрата [63]. Кілпатрик Д.Г., Резнік Х.С., Міланак М.Е., Міллер М.В., Кейс К.М. та Фрідман М.Дж., використовуючи дещо іншу точку зору, визначили чотири індекси стресових переживань зони війни: традиційні бойові дії, жорстокість або жорстоке насильство, уявна загроза та зловмисне середовище [38]. Кайер Е., Поссемато К., Лантінг Л.Й., Маїсто С.А., Оуїметте П.Ц. підкреслили, що досвід у зоні війни може призвести до несприятливих психологічних наслідків, таких як посттравматичний стресовий розлад, не лише тому, що наражає людей на загрозу життю та втрагам, але й тому, що вони можуть включати досвід, який суперечить глибоко укоріненим морально-етичним переконанням і очікуванням військового персоналу [44].

Вільягран Л., Бланко А., Олеа Дж., Більбао М. підтвердили необхідність розрізняти бойові стресори (побачити мертві людські тіла, напасти чи засідку, знати когось, хто був серйозно поранений або вбитий) від оперативних стресорів (невизначена дата передислокації, тривале розгортання, відокремлення від сім'я та відсутність приватного життя) [43].

Стосовно зв'язку між більш тривалою службою та тяжкістю посттравматичного стресового розладу, Беннер П., Халперн Дж., Гордон Д.Р., Попелл К.Л., Келлі П.В. виявили, що персонал, який працював протягом 13 місяців або більше протягом попередніх трьох років, з більшою ймовірністю відповідав вимогам критерії ПТСР. Ці автори також показали, що посттравматичний стресовий розлад був пов'язаний з невідповідністю між очікуваннями людини щодо тривалості їхнього розгортання та реальністю [43]. Адамс Р.С., Ларсон М.Дж., Мервік Е.Л. та інші повідомили, що ймовірність позитивного результату скринінгу на посттравматичний стресовий розлад особи зросла на 2,2 відсоткових пункти, якщо ця особа була розгорнута довше 180 днів (наприклад, розгортання в Іраку та Афганістані) [39]. Александровський У.А. виявив певні зв'язки між більш тривалим розгортанням і попереднім досвідом розгортання в Боснії: коли оперативний темп визначався як тривалість розгортання, більший рівень психологічного стресу був пов'язаний з тривалим розгортанням. Навпаки, показники психологічного стресу були нижчими, коли оперативний темп визначався як попередній досвід розгортання [40].

Лукашенко М. стверджував, що між ветеранами війни в Перській Затоці існує значний зв'язок між інтенсивністю стресових факторів і посттравматичним стресовим розладом [41]. Однак, Медоуз С.О., Енгель К.С., Коллінз Р.Л. зазначили, що досі немає консенсусу щодо конкретних типів травм та відповідних їм профілів симптомів ПТСР [36]. Таким чином, аналіз можливих стресових факторів, що призводять до посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, показує, що наявні докази описують ці стресові фактори переважно в узагальненій формі. Дані про те, наскільки сильно різні бойові стресори впливають на ПТСР у військовослужбовців, практично відсутні. Однак, такі дані можуть бути дуже важливими для запобігання та лікування посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах. Цю ідею підтримують Вільямсон Дж.Б., Джаффі М.С., Хорхе Р.Е., які стверджують, що вивчення зв'язку між конкретним бойовим досвідом і пов'язаним з бойовими діями посттравматичним стресовим розладом у ветеранів може допомогти сформулювати етіологічні моделі посттравматичного стресового розладу та скерувати підходи до профілактики та лікування в цій популяції [44]. Одним із небагатьох досліджень у цій галузі є робота Браун Л.А., Беллі Г.М., Аснаані А., Фоа Е.Б. питання щодо після бойового лікування та відновлення [38]. Зокрема, автори протестували шкалу бойового досвіду, яка складається з 33 пунктів і оцінює досвід, пов'язаний з розгортанням.

Загалом, література рішуче підтримує важливість дослідження проблеми ПТСР у військовослужбовців. Шумм Дж.А., Монсон К.М., О'Фаррелл Т.Дж., Гастін Н.Г., Чард К.М. також підкреслили

важливість розслідувань і втручань для підтримки батьківства та пристосування подружжя серед сімей військовослужбовців, які постраждали від бойових дій [41]. Вільягран Л., Бланко А., Олеа Дж., Більбао М. стверджували про необхідність перевірки гніву та агресії серед ветеранів, які демонструють симптоми ПТСР, і включення відповідних методів лікування гніву в стратегії раннього втручання [39]. Як зазначають Байерл Е.Т., Беллінгхаус І., Кларк Д.М., Глюксман Е., Елерс А, цілеспрямований скринінг і раннє втручання з лікуванням, заснованим на доказах, адаптованим до проблем певних підгруп ветеранів, може бути найкращим захистом від хронічного психічного здоров'я та соціальних і професійних проблем [22]. Аналогічно, Беннер П., Халперн Дж., Гордон Д.Р., Попелл К.Л., Келлі П.В. [33]. Посттравматичний стресовий розлад і хвороба, подібна до синдрому хронічної втоми, Вільягран Л., Бланко А., Олеа Ж., Більбао М., наголосили на необхідності скринінгу на посттравматичний стресовий розлад як частини клінічних оглядів після розгортання військ, які повертаються з військових конфліктів [23]. Вільямсон Дж.Б. та Джаффі М.С., у дещо ширшому сенсі стверджували, що існує потреба в загальній оцінці психічного здоров'я як до, так і після розгортання військового персоналу, щоб допомогти впоратися з їхнім лихом [35].

Також важливо розуміти вразливість і захисні фактори, які сприяють або захищають від розвитку ПТСР. Однак наукових даних у цій галузі явно бракує; доступні лише поодинокі та несистематичні дослідження з цього питання. У дослідженнях проведених Центром поведінкової статистики та якості здоров'я підкреслено, що копінг-стратегія подолання, яка орієнтована на уникнення, спрацьовує як стимул для формування симптомів ПТСР, тоді як витривалість виступає як фактор стійкості проти розвитку таких симптомів [44]. Такі данні підтверджуються й іншими дослідженнями, підкреслюючи, що уникання подолання, виступає частіше як чинник, але жодна інша стратегія подолання, не була суттєво позитивно пов'язана з діагностикою ПТСР на початковому етапі [34]. Подібні дослідження, виявили, що вищий рівень негативної самовпевненості був значною мірою пов'язаний з діагнозом посттравматичний стресовий розлад, тоді як самозвинувачення було пов'язано зі зниженням ймовірності посттравматичного стресового розладу. Підвищений ризик посттравматичних стресових розладів також може бути пов'язаний з певними формами когнітивних упереджень, наприклад, негативними атрибуціями, роздумуваннями, негативними оцінками, страхом перед емоціями та загрозливим когнітивним стилем. Байерл Е.Т., Беллінгхаус І., Кларк Д.М., Глюксман Е., Елерс А. показали, що когнітивна гнучкість може служити захисним фактором у потенційному впливі стресу на психологічну адаптацію [42], тоді як Залта А.К. стверджував, що такі якості, як психологічна стійкість, можуть діяти як буфер проти негативних психологічних наслідків [36]. Завадський М.Й. та інші стверджують, що важливим опосередковуючим фактором у виникненні посттравматичних стресових розладів серед військовослужбовців є значущість військової культури, як-от кредо солдата [17]. Зрештою, Грем Дж., Легаррета М., Норт Л., Музіо Д. та інші виявили, що резервісти піддаються травматичному досвіду частіше, ніж регулярні сили [44].

Виходячи з наведеного вище огляду відповідних досліджень, стає зрозуміло, що існує брак наукових доказів щодо того, які бойові стресори найсильніше впливають на виникнення ПТСР у військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах, а також уразливості та захисних факторів розвитку ПТСР. Для авторів, як дослідників ПТСР в українських військовослужбовців, які брали участь у збройному конфлікті на сході України, ця проблема ускладнювалася тим фактом, що цей конкретний збройний конфлікт, який триває з 2014 року, має численні специфічні відмінності від збройних конфліктів, які мали місце протягом останніх десятиліть в інших країнах.

**Метою** нашого дослідження стало визначення поняття посттравматичного розладу у військових, його клінічні прояви та фактори ризику.

**Методи:** аналіз та систематизація наукових надбань (збір діагностичних даних від психологів, психіатрів та психотерапевтів, які працюють з військовими з явними ознаками ПТСР).

**Результати.** Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це специфічний кластер психіатричних симптомів, які можуть розвинути як пряма відповідь на екзогенну, переважно травматичну подію [8; 16]. Цей діагноз був введений у 1980 році Американською психіатричною асоціацією в 3-му виданні Діагностичного статистичного посібника (DSM-III). У попередніх виданнях (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) діагноз «Груба реакція на стрес» фіксував травматичні реакції або такі симптоми просто відносили до «Ситуаційних розладів дорослого життя». Концептуалізація травматичної психологічної травми та діагностика постійно вдосконалювалися в наступних класифікаціях. У своїй поточній ітерації, DSM-IV (2000), діагностичні критерії еволюціонували, особливо щодо розуміння ролі травматичних стресорів і тих характеристик, які відрізняють його від інших стресових подій [7; 22; 25; 36; 47].

У 2013 році Американська психіатрична асоціація переглянула критерії діагностики ПТСР у 5-му виданні свого Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) [21; 34]. ПТСР було включено до нової категорії в DSM-5 «Розлади, пов'язані з травмою та стресом».

Усі стани, включені в цю класифікацію, вимагають впливу травматичної або стресової події як діагностичного критерію. DSM-5-TR було опубліковано в березні 2022 року, щоб включити наукові досягнення з моменту випуску DSM-5. У цьому оновленні не було внесено жодних змін до діагностичних критеріїв ПТСР для дорослих [9; 26; 34; 41; 47].

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу включають історію травматичної події, що відповідає двом критеріям і симптомам кожного з трьох кластерів симптомів: нав'язливі спогади, симптоми уникнення/оніміння та симптоми гіперзбудження. П'ятий критерій стосується тривалості симптомів, а шостий оцінює функціонування. Ці критерії стосуються дорослих, підлітків і дітей старше 6 років [1; 9; 14; 24; 26; 30].

Виділяють дві специфікації:

1. Дисоціативна специфікація – психічний розлад який проявляється через розриви, відчуття відокремлення або розділення зв'язків між різними аспектами свідомості, ідентичності, пам'яті чи сприйняття, будь-якого з наступного у відповідь на стимули, пов'язані з травмою.

- Деперсоналізація. Досвід бути стороннім спостерігачем або відстороненістю від себе (наприклад, відчуття, ніби «це відбувається не зі мною» або ви бачите уві сні).

- Дерезалізація – це дисоціативний симптом, що характеризується відчуттям відчуження або нереальності щодо оточуючого світу. Переживання нереальності, дистанції або спотворення (наприклад, «речі нереальні»). У людей, які мають дерезалізацію, може виникати враження, що все навколо них виглядає незвично, віддалено або як у фільмі. Це може супроводжуватися відчуттям, ніби вони спостерігають за своїм життям здалеку або через вікно.

2. Відкладена специфікація. Повні діагностичні критерії не виконуються принаймні через 6 місяців після травми (травм), хоча симптоми можуть виникнути негайно [1; 9; 36; 41; 47].

Загалом, симптоми посттравматичного стресового розладу можна порівняти між DSM-5 і DSM-IV. Без змін діагностичних критеріїв у DSM-5-TR, наведене нижче порівняння залишається без змін. Кілька ключових змін включають:

1. Перегляд критерію A1 у DSM-5 звузив кваліфікаційні травматичні події таким чином, що раптова смерть сім'ї чи близького друга через природні причини більше не включається.

2. Критерій A2, який вимагає, щоб реакція на травматичну подію включала інтенсивний страх, безнадійність або жах, був видалений з DSM-5. Дослідження показують, що критерій A2 не покращив точність діагностики.

3. Кластер уникнення та заціпеніння (критерій C) у DSM-IV був розділений на 2 критерії в DSM-5: критерій C (уникнення) та критерій D (негативні зміни в пізнанні та настрої). Це призводить до вимоги, щоб діагноз ПТСР включав принаймні один симптом уникнення [26; 31; 34; 39].

Додано нові симптоми:

1. Критерій D (негативні думки або почуття, які виникли або погіршилися після травми): надмірно негативні думки та припущення про себе чи світ; і негативний вплив.

2. Критерій E (пов'язане з травмою збудження та реактивність, які почалися чи погіршилися після травми): необачна або деструктивна поведінка [26; 31; 34; 39; 44].

Зміни в діагностичних критеріях мінімально впливають на поширеність. Національні оцінки поширеності посттравматичних стресових розладів свідчать про те, що показники DSM-5 були лише трохи нижчими (зазвичай близько 1%), ніж DSM-IV як протягом життя, так і за останні 12 місяців. Коли випадки відповідали критеріям DSM-IV, але не DSM-5, це було насамперед через перегляд, який виключав раптову несподівану смерть близької людини з критерію A в DSM-5. Іншою причиною була відсутність одного симптому уникнення. Коли випадки відповідали критеріям DSM-5, але не DSM-IV, це було насамперед через те, що вони не відповідали критеріям уникнення/оніміння та/або збудження DSM-IV. Дослідження також показують, що, подібно до DSM-IV, поширеність посттравматичних стресових розладів для DSM-5 була вищою серед жінок, ніж чоловіків, і зростала з множинними травматичними подіями [16; 20; 34; 36; 39; 44].

Оновлення DSM-5-TR включають узагальнення культурних факторів, таких як тип травматичного впливу або соціокультурний контекст, які можуть впливати на розвиток і клінічні прояви ПТСР.

Однак між військовою та цивільною психіатрією залишаються розбіжності щодо ролі травматичних стресових факторів у виникненні ПТСР. Деякі дослідники сумніваються, чи є ПТСР найпоширенішою хворобою, спровокованою травмою. В австралійців було виявлено, що депресія, генералізований тривожний розлад і агорафобія також були пов'язані з травматичним впливом і що лише 9% людей з діагнозом ПТСР не мали супутніх захворювань [31; 44].

В деяких дослідженнях, підкреслюється, що ПТСР найкраще розділити на підтипи на основі різних наслідків травматичного впливу, визначених нейробіологічними доказами. Наприклад, у деяких осіб, які зазнали тривалого, повторюваного травматичного досвіду (наприклад, хронічної дитячої травми або бойових дій), може розвинутися «дисоціативний» підтип ПТСР, що характеризується

емоційним притупленням почуттів, відстороненістю та дисоціативною амнезією. Шумм Х., Крюгер-Готшалк А., Даєр А. та співавтори, описують, як надмірна модуляція емоцій і «суб'єктивне відсторонення від емоційного змісту травматичної пам'яті», де використовуються захисні механізми дереалізації та/або деперсоналізації [36; 38; 41].

Оскільки гіпергальмування лімбічної системи префронтальними ділянками відбувається при високій емоційній стимуляції, таке відшарування може бути спричинене пригніченням лімбічної системи та зниженням активності гіпокампу. Навпаки, коли піддається головному впливу гострої травми, часто розвивається підтип гіперзбудження та вторгнення. Завдяки прогресу в області функціональної МРТ дослідження дозволяють ідентифікувати нейробиологічні відмінності в цих підтипах, що може дати подальше розуміння цих відмінностей у розвитку та вираженні симптомів.

Дані психічні розлади та психологічні проблеми, що є поширеними серед військових та ветеранів, включають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), компульсивний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), депресію, розлади вживання психоактивних речовин, алкогольну залежність та інші адиктивні поведінки. ПТСР було офіційно визнано та кодифіковано в DSM-3 у 1980 році, частково через вплив соціально-політичних наслідків війни у В'єтнамі.

Цей розлад є складною комбінацією біологічних, психологічних і соціальних факторів, які постійно розвиваються, і його дослідження та діагностика створюють значні виклики. Вплив ПТСР не обмежується лише військовослужбовцями, які пережили війну чи стихійні лиха, а може також торкатися будь-якої особи, включаючи дітей. Симптоми включають нав'язливі думки, спогади та кошмари, що пов'язані з минулою травмою, а також уникнення нагадувань, підвищену пильність та проблеми зі сном. Ці симптоми можуть значно впливати на міжособистісне та професійне функціонування, включаючи психологічні, емоційні, фізичні, поведінкові та когнітивні аспекти.

Військові можуть стикатися з численними потенційно травматичними ситуаціями, такими як поранення або насильницька смерть свідками, що відбуваються несподівано та раптово. Ці події можуть впливати на їхнє психологічне становище та функціонування не лише у військових цілях, але й у їхньому повсякденному житті.

**Висновки.** Аналізуючи отримані результати з різних наукових надбань, можна зробити висновок, що військові, незалежно від характеру служби та наявності бойового досвіду, можуть виявляти високу психологічну стійкість. Спостерігаючи за роботами психологів з військовими, у яких є бойовий досвід, виявляють більш виражені показники депресії, апатії, порівняно з військовими, які займаються штабною роботою. Можна сказати, що наявність бойового досвіду негативно впливає на гормональні та емоційні стани, що виявлено в більшій схильності до депресій, тривожності, апатії та ін..

Загальний аналіз результатів показує, що наявність бойового досвіду серед військових не є провідним чинником, який може бути покладений в основу розгляду порушень ментального здоров'я в рамках тривожно-депресивного спектру. Також варто відзначити, що обидві групи виявили високий рівень психологічної стійкості, що може свідчити про успішність психологічної підготовки та підтримки серед військових.

У перспективі подальших досліджень є: поглиблене вивчення теоретичних моделей і механізмів розвитку ПТСР серед військових, включаючи психологічні, біологічні та соціальні аспекти. Це може включати дослідження нових теорій та концепцій, які пояснюють взаємозв'язки між стресом, травмою і реакцією організму; подальше дослідження клінічних проявів ПТСР серед військових, включаючи різноманітність симптомів, їх тривалість і індивідуальні варіації. Особлива увага може бути приділена виявленню різних типів реакцій на стрес і підходів до їх лікування; аналіз факторів, які сприяють розвитку ПТСР серед військових, таких як індивідуальні особливості, суспільна підтримка, професійні умови та досвід бойових дій. Також важливо вивчати фактори захисту, які можуть знижувати ризик виникнення ПТСР; розвиток інтервенційних стратегій: Розробка та оцінка ефективності психологічних інтервенцій та програм психокорекції для попередження і лікування ПТСР у військових. Це може включати техніки терапії, реабілітаційні програми та соціальну підтримку; дослідження впливу ПТСР на соціальну адаптацію та інтеграцію військових у цивільне життя. Розробка підходів до покращення соціальної підтримки та реінтеграції для забезпечення більш успішної адаптації після військової служби.

Вищенаведені напрямки дослідження є важливими для подальшого розвитку наших знань про ПТСР серед військових і сприятимуть покращенню підходів до діагностики, лікування та соціальної підтримки цієї вразливої групи.

### Література:

1. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень України. 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>
2. Аймедов К.В., Асєєва Ю.О., Волощук А.Е., Толмачов О.А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. № 2. С. 128–129.

3. Блінов О.А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>.
4. Блінов О. О. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
5. Галич М.Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період : дис. ... канд. психол. наук : 053. Київ, 2020. 207 с. URL: <http://elar.naiua.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885>
6. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>
7. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям у умовах бойових дій : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
8. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65–73. DOI: [10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73](https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73).
9. Наугольник Л.Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ. 2015. 324 с.
10. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Матеріали конференції МЦНД*. 2020. С. 89–91. DOI: <https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1.12>
11. Посібник для фахівців служб персоналу військових частин Збройних Сил України (в умовах воєнного стану) : посіб. / О.В. Яцино, І.М. Половінкін, О.Л. Тракалюк, В.В. Федорович, О.П. Даценко, Ю.І. Костенко, С.В. Солодовник, С.М. Чумаченко, Т.А. Блізніков. Київ : НМЦ КП МО України, 2022. 56 с.
12. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навч.-метод. посіб. / А.М. Романишин, О.В. Бойко, Д.В. Богородицький та ін. Львів : НАСВ, 2015. 322 с.
13. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. Київ : ВСВ «Медицина». 2023. 120 с.
14. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304)
15. Дихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf>
16. Adams R.S., Larson M.J., Meerwijk E.L. et al. Postdeployment polytrauma diagnoses among soldiers and veterans using the Veterans Health Affairs polytrauma system of care and receipt of opioids, nonpharmacologic, and mental health treatments. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2019. № 34 (3). Р. 167–175. DOI: [10.1097/HTR.0000000000000481](https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000481)
17. Aleksandrovsky U.A. Disasters and Mental Health. 2020. 144 p. DOI: [10.33029/9704-5917-1-kat-2020-1-144](https://doi.org/10.33029/9704-5917-1-kat-2020-1-144).
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, text rev.) 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
19. Beierl E.T., Böllinghaus I., Clark D.M., Glucksman E., Ehlers A.. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions *Psychol. Med.*, 2020. № 50 (13). Р. 2172–2181.
20. Benner P., Halpern J., Gordon D.R., Popell C.L., Kelley P.W. Beyond pathologizing harm: understanding PTSD in the context of war experience. *J. Med. Humanit.* 2018. Vol. 39 (1). Р. 45–72.
21. Brown L.A., Belli G.M., Asnaani A., Foa E.B.. A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD *Cognit. Ther. Res.* 2019. Vol. 43. Р. 143–173.
22. Xue C., Ge Y., Tang B., Liu Y., Kang P., Wang M., Zhang L. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. 2015. Vol. 10 (3). DOI: [e0120270](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270)
23. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2014). Twenty-one percent of veterans in substance abuse treatment were homeless. The TEDS Report. URL: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/spot121-homeless-veterans-2014.pdf>
24. Cesur R., Sabia J.J., Tekin E. (2012). The psychological costs of war: Military combat and mental health. *Journal of Health Economics*, Vol. 32. Р. 51–65. DOI: [10.1016/j.jhealeco.2012.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.09.001)
25. Department of Defense. Tricare; Mental health and substance use disorder treatment. *Rules and Regulations* 2016. Vol. 81. № 171. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2016-09-02/pdf/2016-21125.pdf>
26. Department of Veterans Affairs. Veterans Health Administration, Office of Mental Health and Suicide Prevention. 2018. *Veteran suicide data report*. 2005–2016. URL: [https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/OMHSP\\_National\\_Suicide\\_Data\\_Report\\_2005-2016\\_508-compliant.pdf](https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/OMHSP_National_Suicide_Data_Report_2005-2016_508-compliant.pdf)
27. Ferrajão P.C., Oliveira R.A. From self-integration in personal schemas of morally experiences to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology*. 2015. Vol. 21 (1). Р. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000019>
28. Graham J., Legarreta M., North L., DiMuzio J., McGlade E., Yurgelun-Todd D. A preliminary study of DSM-5 PTSD symptom patterns in veterans by trauma type. *Military Psychology*. 2016. Vol. 28 (2), Р. 115–122. DOI: <https://doi.org/10.1037/mil0000092>
29. Hancock L., Bryant R.A. Perceived control and avoidance in posttraumatic stress *Eur. J. Psychotraumatol.* 2018. Vol. 9 (1) DOI: [10.1080/20008198.2018.1468708](https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468708)
30. Hien D.A., Levin F.R., Ruglass L.M., López-Castro T., Papini S., Hu M., et al. Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015. Vol. 83 (2). Р. 359–367.
31. Hoppen T.H., Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers *Eur. J. Psychotraumatol.* 2019. Vol. 10 (1). DOI: [10.1080/20008198.2019.1578637](https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637)
32. Kaier E., Possemato K., Lantinga L.J., Maisto S.A., Ouimette P.C. Associations between PTSD and healthcare utilization among OEF/OIF veterans with hazardous alcohol use. *Traumatology*. 2014. Vol. 20 (3). Р. 142.
33. Kaysen D., Schumm J.A., Pedersen E.R., Seim R.W., Bedard-Gilligan M., Chard K.M. Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addict Behav.* 2014. Vol. 39 (2). Р. 420–427.
34. Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Milanak M.E., Miller M.W., Keyes K.M., Friedman M.J. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress.* 2013. Vol. 26 (5). Р. 537–547. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.21848>

35. La Ferrier J., Jesse Mala, Carl M. Maresh, & William J. Kraemer, and other The role of strength and power during performance of high intensity military tasks under heavy load carriage. *U.S. Army Medical Department Journal*. 2015. Vol. April–June. P. 3–11
36. LoSavio S.T., Dillon K.H., Resick P.A. Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Curr. Opin. Psychol.* 2017. Vol. 14. P. 18–22.
37. Lukashenko M. Traumatic Experience of Military Action as a Factor of Deviant Behavior. *Ūridična psihologija*. 2019. Vol. 24 (1). P. 32–38. DOI: <https://doi.org/10.33270/03192401.32>
38. Meadows, S.O., Engel, C.C., Collins, R.L., et al. 2015 Health Related Behaviors Survey: Substance Use Among U.S. Active-Duty Service Members. Santa Monica, C.A: RAND Corporation, 2018. URL: [https://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB9955z7.html](https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9955z7.html)
39. Raskind M.A. Prazosin for the treatment of PTSD. *Current Treat Options in Psychiatr.* 2015. Vol. 2 (2). P. 192–203.
40. Schumm H., Krüger-Gottschalk A., Dyer A., Pittig A., Cludius B., Takano K., Alpers G.W., Ehring T. Mechanisms of change in trauma-focused treatment for PTSD: The role of rumination. *Behav. Res. Ther.*, 2022. P.148 DOI: 104009, 10.1016/j.brat.2021.104009
41. Schumm J.A., Monson C.M., O'Farrell T.J., Gustin N.G., Chard K.M. Couple treatment for alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: pilot results from US military veterans and their partners. *J Trauma Stress*. 2015. Vol. 28 (3). P. 247–252.
42. Sipos M.L., Bar-Haim Y., Abend R., Adler A.B., & Bliese P.D. Postdeployment threat-related attention bias interacts with combat exposure to account for PTSD and anxiety symptoms in soldiers. *Depression & Anxiety*, 2014. Vol. 31. P. 124–129. DOI: 10.1002/da.22157
43. U.S. Department of Veteran Affairs. VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>
44. Villagran L., Blanco A., Olea J., Bilbao M. A proposal for evaluating psychosocial trauma. *Psicothema*. 2021, Vol. 33. № 4. P. 631–638
45. Williamson, J. B., Jaffee, M. S., & Jorge, R. E. Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. 2021. Vol. 27 (6), P. 1738–1763. DOI: <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001054>
46. Zalta A.K. Psychological mechanisms of effective cognitive-behavioral treatments for PTSD. *Curr. Psychiatr. Rep.*, 2015. Vol. 17 (4). 560 p.
47. Zawadzki M.J. et al. Real-time associations between engaging in leisure and daily health and well-being. *Annals of Behavioral Medicine*. 2015. Vol. 49 (5). P. 605–615.

### References:

1. Natsionalnyi instytut stratchichnykh doslidzhen Ukrainy (2023). Pidtrymka mentalnoho zdorovia v chasy viiny [Mental health support in times of war]. Retrieved from: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viiny> [in Ukrainian].
2. Aymedov K. V., Asyeyeva Yu. O., Voloshchuk A. E., Tolmachov O. A. (2016). Suchasna diahnostychna kontsepsiya posttravmatychnoho stresovoho rozladu. *Arkhiv psykhiatriyi*. T. 22. № 2. P. 128–129 [in Ukrainian].
3. Blinov O. A. (2018). Boiovyi stres ta rezultaty yoho empyrychnoho doslidzhennia [Combat stress and the results of its empirical research]. *Psykholohichnyy chasopys*. № 12 (2). P. 9–22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22> [in Ukrainian].
4. Blinov O. O. (2016). Psykholohiya boyovoyi psykhichnoyi travmy: monohrafiya [Psychology of combat mental trauma: monograph]. Kyiv : Talkom. 246 s. [in Ukrainian].
5. Halych M. Yu. (2020). Osoblyvosti dynamiky emotsiinykh staniv politseiskykh-uchasnykiv operatsii obiednanykh syl u reabilitatsiyni period: dys. ... kand. psykhol. nauk: 053 [Peculiarities of the dynamics of the emotional states of police officers participating in the operation of the joint forces during the rehabilitation period: dissertation. ... candidate psychol. sciences: 053]. Kyiv. 207 s. Retrieved from: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885> [in Ukrainian].
6. Davidenko K. (2019). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: rekomendatsii z profilaktyky ta likuvannia [Posttraumatic stress disorder: recommendations for prevention and treatment]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. Retrieved from: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatychnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannia> [in Ukrainian].
7. Kokun O. M., Ahayev N. A., Pishko I. O., Lozinska N. S. (2015). Osnovy psykholohichnoi dopomohy viiskovoslužbivtsiam umovakh boiovykh dii: metod. posib. [Basics of psychological assistance to servicemen in combat conditions: method. manual]. Kyiv : NDTs HP ZSU. 170 s. [in Ukrainian].
8. Lozinska N. (2019). Psykhotravma yak naslidok travmatychnoho stresu v riznykh napryamkakh suchasnoyi psykholohiyi [Psychotrauma as a consequence of traumatic stress in various areas of modern psychology]. *Visnyk Natsionalnoho Universytetu Oborony Ukrayiny*. № 50 (2). P. 65–73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73 [in Ukrainian].
9. Nauholnyk L. B. (2015). Psykholohiya stresu: pidruchnyk [Psychology of stress: a textbook]. Lviv: Lvivskyi derzhavnyi universytet vnutrishnikh sprav. 324 s. [in Ukrainian].
10. Obodovska, L., Shavrovska, N. (2020). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: osoblyvosti psykholohichnoho suprovodu [Post-traumatic stress disorder: features of psychological support]. *Materialy konferentsiyi MTSND*. P. 89–91. DOI: <https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1> [in Ukrainian].
11. Yatsyno O. V., Polovinkin I. M., Trakalyuk O. L., Fedorovych V. V., Datsenko O. P., Kostenko Yu. I., Solodovnyk S. V., Chumachenko S. M., Bliznikov T. A. (2022). Posibnyk dlya fakhivtsiv sluzhb personalu viiskovykh chastyn Zbroynykh Syl Ukrayiny (v umovakh voyennoho stanu) [Manual for personnel services specialists of military units of the Armed Forces of Ukraine (under martial law)]. K.: NMTS KP MO Ukrainy. 56 s. [in Ukrainian].
12. Romanyshyn A. M., Boyko O. V., Bohorodytsky D. V. ta in. (2015). Psykholohiya boyu: diyalnist komandyra pidrozdilu shchodo pidtrymannya moralno-psykholohichnoho stanu osobovoho skladu v khodi boyovykh diy: navch.-metod. posib. [Combat psychology: activities of the unit commander in maintaining the morale-psychological state of personnel during hostilities: training method. manual]. Lviv : NASV. 322 s. [in Ukrainian].
13. Herasymenko L. O., Skrypnikov A. M., Isakov R. I. (2023). Reaktsiya na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsiyi. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: navchalnyy posibnyk [Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder: a study guide]. K.: VSV "Medytsyna". 120 s. [in Ukrainian].



14. Romanenko Yu., Kolyadenko N. (2021). Posttraumatychnyy stresovyy rozlad yak medyko-psykho-sotsialna problema [Post-traumatic stress disorder as a medical-psycho-social problem]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky*. № 2 (2). P. 297–304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304) [in Ukrainian].
15. Tsykhonaya V. (2014). Pamiatka pro posttraumatychnyi stresovyy rozlad [Memo about post-traumatic stress disorder]. *Mystetstvo likuvannya*. № 7 (8). P. 57–58. Retrieved from: <https://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf> [in Ukrainian].
16. Adams, R. S., Larson, M. J., Meerwijk, E. L., et al. (2019). Postdeployment polytrauma diagnoses among soldiers and veterans using the Veterans Health Affairs polytrauma system of care and receipt of opioids, nonpharmacologic, and mental health treatments. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 34 (3), 167–175. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000481
17. Aleksandrovsky U. A. (2020). Disasters and Mental Health. 144 p. DOI: 10.33029/9704-5917-1-kat-2020-1-144.
18. American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, text rev.). DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
19. Beierl E.T., Böllinghaus I., Clark D. M., Glucksman E., Ehlers A. (2020). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions *Psychol. Med.* № 50 (13). P. 2172–2181.
20. Benner P., Halpern J., Gordon D.R., Popell C.L., Kelley P.W. (2018). Beyond pathologizing harm: understanding PTSD in the context of war experience *J. Med. Humanit.*, Vol. 39 (1). P. 45–72.
21. Brown L.A., Belli G.M., Asnaani A., Foa E.B. (2019). A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD *Cognit. Ther. Res.* Vol. 43. P. 143–173.
22. Xue C., Ge Y., Tang B., Liu Y., Kang P., Wang M., Zhang L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. Vol. 10 (3). DOI: e0120270, 10.1371/journal.pone.0120270
23. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2014). Twenty-one percent of veterans in substance abuse treatment were homeless. The TEDS Report. Retrieved from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/spot121-homeless-veterans-2014.pdf>
24. Cesur R., Sabia J.J., & Tekin E. (2012). The psychological costs of war: Military combat and mental health. *Journal of Health Economics*, Vol. 32, 51–65. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2012.09.001
25. Department of Defense (2016). Tricare; Mental health and substance use disorder treatment. *Rules and Regulations*. Vol. 81, № 171. Retrieved from: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2016-09-02/pdf/2016-21125.pdf>
26. Department of Veterans Affairs. Veterans Health Administration, Office of Mental Health and Suicide Prevention. (2018). Veteran suicide data report, 2005–2016. Retrieved from: [https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/OMHSP\\_National\\_Suicide\\_Data\\_Report\\_2005-2016\\_508-compliant.pdf](https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/OMHSP_National_Suicide_Data_Report_2005-2016_508-compliant.pdf)
27. Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). From self-integration in personal schemas of morally experiences to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology*. Vol. 21 (1), P. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000019>
28. Graham, J., Legarreta, M., North, L., DiMuzio, J., McGlade, E., & Yurgelun-Todd, D. (2016). A preliminary study of DSM-5 PTSD symptom patterns in veterans by trauma type. *Military Psychology*. Vol. 28 (2), P. 115–122. DOI: <https://doi.org/10.1037/mil0000092>
29. Hancock L., Bryant R.A. (2018). Perceived control and avoidance in posttraumatic stress *Eur. J. Psychotraumatol.*, Vol. 9 (1). DOI: 1468708, 10.1080/20008198.2018.1468708
30. Hien D.A., Levin F.R., Ruglass L.M., López-Castro T., Papini S., Hu M., et al. (2015). Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. Vol. 83 (2). P. 359–367
31. Hoppen T. H., Morina N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers *Eur. J. Psychotraumatol.*, Vol. 10 (1). DOI: 1578637, 10.1080/20008198.2019.1578637
32. Kaier E., Possemato K., Lantinga L. J., Maisto S. A., Ouimette P. C. (2014). Associations between PTSD and healthcare utilization among OEF/OIF veterans with hazardous alcohol use. *Traumatology*. Vol. 20 (3). P. 142.
33. Kaysen D., Schumm J. A., Pedersen E. R., Seim R. W., Bedard-Gilligan M., Chard K. M. (2014). Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addict Behav*. Vol. 39 (2). P. 420–427.
34. Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., & Friedman M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 26(5). P. 537–547. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
35. La Ferrier J., Jesse Mala, Carl M. Maresh, & William J. Kraemer, and other (2015). The role of strength and power during performance of high intensity military tasks under heavy load carriage. *U.S. Army Medical Department Journal*. Vol. April–June. P. 3–11
36. LoSavio S. T., Dillon K. H., Resick P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder *Curr. Opin. Psychol*. Vol. 14. P. 18–22.
37. Lukashenko M. (2019). Traumatic Experience of Military Action as a Factor of Deviant Behavior. *Ūridična psihologija*. Vol. 24 (1). P. 32–38. DOI: <https://doi.org/10.33270/03192401.32>
38. Meadows, S.O., Engel, C.C., Collins, R.L., et al. (2018). 2015 Health Related Behaviors Survey: Substance Use Among U.S. Active-Duty Service Members. Santa Monica, C.A: RAND Corporation. Retrieved from: [https://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB9955z7.html](https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9955z7.html)
39. Raskind M. A. (2015). Prazosin for the treatment of PTSD. *Current Treat Options in Psychiatr*. Vol. 2 (2). P. 192–203.
40. Schumm H., Krüger-Gottschalk A., Dyer A., Pittig A., Cludius B., Takano K., Alpers G.W., Ehring T. (2022). Mechanisms of change in trauma-focused treatment for PTSD: The role of rumination. *Behav. Res. Ther.* P. 148. DOI: 104009, 10.1016/j.brat.2021.104009
41. Schumm J. A., Monson C. M., O'Farrell T. J., Gustin N. G., Chard K. M. (2015). Couple treatment for alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: pilot results from US military veterans and their partners. *J Trauma Stress*. Vol. 28 (3). P. 247–252.
42. Sipos M. L., Bar-Haim Y., Abend R., Adler A.B., & Bliese P. D. (2014). Postdeployment threat-related attention bias interacts with combat exposure to account for PTSD and anxiety symptoms in soldiers. *Depression & Anxiety*. Vol. 31. P. 124–129. DOI: 10.1002/da.22157

- 
43. U.S. Department of Veteran Affairs (2015). VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>
  44. Villagran L., Blanco A., Olea J., Bilbao M. (2021). A proposal for evaluating psychosocial trauma. *Psicothema*, Vol. 33, № 4, P. 631–638
  45. Williamson, J.B., Jaffee, M.S., & Jorge, R.E. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. Vol. 27 (6), P. 1738–1763. DOI: <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001054>
  46. Zalta A. K. (2015). Psychological mechanisms of effective cognitive-behavioral treatments for PTSD. *Curr. Psychiatr. Rep.*, Vol. 17 (4). 560 p.
  47. Zawadzki M.J. et al. (2015). Real-time associations between engaging in leisure and daily health and well-being. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 49 (5). P. 605–615.