

СУТНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: ІСТОРІЯ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ

Даниленко Тетяна Іванівна

аспірант кафедри психіатрії та наркології

Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

ORCID ID: 0009-0006-5548-944X

У статті здійснено системний теоретичний аналіз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як складного психічного стану, що виникає у відповідь на вплив надзвичайно стресогенних подій. Особлива увага приділяється дослідженню ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, оскільки саме ця категорія є найбільш вразливою до розвитку травматичних розладів. Актуальність теми зумовлена значним зростанням кількості випадків ПТСР серед учасників бойових дій в Україні, необхідністю своєчасної діагностики, диференціації та подальшого психокорекційного втручання.

Метою статті є дослідити сутність ПТСР у ретроспективному та сучасному вимірах, проаналізувати еволюцію наукових уявлень про розлад, охарактеризувати сучасні діагностичні критерії у міжнародних класифікаційних системах (DSM-5, МКХ-11) та окреслити основні психофізіологічні, когнітивно-поведінкові та соціокультурні механізми його формування.

У дослідженні використано методи теоретичного аналізу, порівняльного зіставлення діагностичних критеріїв, структурно-системного підходу до узагальнення емпіричних і клінічних джерел.

У роботі окреслено історичні етапи розвитку уявлень про ПТСР, узагальнено діагностичні критерії: інтрузивність, уникнення, негативні зміни в когніціях і настрої, гіперзбудження. Було описано когнітивні зміни, зокрема порушення базових уявлень про безпеку, справедливість, майбутнє. Визначено основні соціальні чинники розвитку ПТСР: стигматизація, недостатність підтримки, культурні бар'єри у зверненні по допомогу.

Отримані результати дають змогу краще зрозуміти складну багаторівневу природу ПТСР та підкреслюють необхідність міждисциплінарного підходу до діагностики, профілактики та реабілітації військовослужбовців, які зазнали психотравматичних бойових подій.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, діагностика, бойова травма, психофізіологія, нейропсихологічні механізми, DSM-5, МКХ-11, бойовий стрес

Danylenko T. THE ESSENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: HISTORY, DIAGNOSTIC CRITERIA, AND MECHANISMS OF FORMATION

This article presents a comprehensive theoretical analysis of post-traumatic stress disorder (PTSD) as a complex mental condition that develops in response to exposure to extremely stressful and traumatic events. Particular attention is paid to the study of PTSD in military personnel who have participated in combat operations, as this population is among the most vulnerable to the development of trauma-related disorders. The relevance of the topic is underscored by the significant increase in PTSD cases among combatants in Ukraine and the urgent need for timely diagnosis, differential assessment, and psychological intervention.

The purpose of this article is to examine the essence of PTSD from both historical and contemporary perspectives, to analyze the evolution of scientific understanding of the disorder, to outline current diagnostic criteria according to international classification systems (DSM-5, ICD-11), and to systematize the main psychophysiological, cognitive-behavioral, and sociocultural mechanisms underlying its formation.

The study applies methods of theoretical analysis, comparative review of diagnostic frameworks, and a structural-system approach to synthesizing empirical and clinical sources.

The article identifies key historical stages in the conceptualization of PTSD, summarizes the diagnostic criteria – intrusion, avoidance, negative alterations in cognition and mood, and hyperarousal—and highlights typical cognitive changes, particularly the disruption of core beliefs related to safety, fairness, and the future. Key social factors contributing to the development of PTSD are identified, including stigma, lack of support, and cultural barriers to help-seeking.

The findings contribute to a deeper understanding of the multifaceted nature of PTSD and emphasize the need for an interdisciplinary approach to its diagnosis, prevention, and rehabilitation, especially in military personnel affected by combat-related psychological trauma.

Key words: post-traumatic stress disorder, PTSD, diagnosis, combat trauma, psychophysiology, neuropsychological mechanisms, DSM-5, ICD-11, combat stress.

Вступ. В умовах повномасштабної війни в Україні різко зросла кількість військовослужбовців, які зазнали тяжких психотравматичних подій під час участі в бойових діях. Особливу увагу науковців, практичних психологів та військових медиків привертає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – складне й багаторівневе психічне порушення, що суттєво знижує якість життя, порушує особистісне, соціальне та професійне функціонування, ускладнює процес адаптації та повернення до мирного життя.

Проблематика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) набула особливої актуальності в українському науковому дискурсі після початку російсько-української війни у 2014 році, а з 2022 року – перетворилася на критично важливу складову військової психології, медичної та соціально-психологічної допомоги. Вітчизняні дослідники активно вивчають як клінічні аспекти ПТСР, так і психосоціальні наслідки бойових психотравм.

У працях К. В. Аймедова, Ю. О. Асєєвої, А. Е. Волощук, В. В. Зайцева, І. В. Козлової, О. І. Коляди, Н. М. Пов'якель, О. М. Соловей, О. А. Толмачова, О. В. Хмелевської, А. М. Яцишиної та інших проаналізовано психологічні наслідки участі в бойових діях, розглянуто клінічні форми ПТСР, механізми розвитку та стратегії подолання [1–9]. Значна увага приділяється вивченню симптомокомплексів ПТСР у військовослужбовців: гіперзбудження, уникнення, флешбеків, депресивної симптоматики, емоційного оніміння, соціальної ізоляції.

У контексті сучасної клінічної психології ПТСР розглядається як окреме, самостійне порушення із чіткими діагностичними критеріями, етапами формування та специфічними нейропсихологічними механізмами. Водночас, попри наявність усталених підходів до діагностики, у військовій практиці спостерігається значна варіативність у проявах ПТСР, що обумовлено як індивідуальними факторами, так і типом пережитої травми, зокрема впливом мінно-вибухових поранень.

Аналіз вітчизняної літератури свідчить, що ПТСР дедалі частіше розглядається не лише як психіатричний діагноз, а як мультифакторний феномен, що потребує інтеграції психологічного, біологічного та соціального аналізу [1, 7]. Водночас у дослідженнях зростає інтерес до нейропсихологічних проявів ПТСР, особливо в умовах поєднання з мінно-вибуховою травмою (акубаротравмою), що створює підґрунтя для майбутніх міждисциплінарних проєктів.

Знання історичних витоків поняття ПТСР, еволюції його діагностичних критеріїв (від «військового неврозу» до сучасних трактувань у DSM-5 та МКХ-11), а також розуміння багаторівневої структури патогенезу розладу є критично важливим для подальшого цілісного вивчення ПТСР із супутньою акубаротравмою. Такий міждисциплінарний аналіз – з позицій клінічної психології, психіатрії, нейропсихології та психотерапії – дає змогу глибше осмислити специфіку посттравматичних змін у військовослужбовців і закласти основу для ефективної діагностики, прогнозування перебігу та розробки реабілітаційних програм.

Актуальність дослідження посилюється потребою в системній психологічній підтримці захисників України, формуванні нової моделі військово-психологічної допомоги, орієнтованої на раннє виявлення ознак ПТСР, урахуванні супутніх нейротравм, як-от акубаротравма, та забезпеченні довготривалої психологічної реабілітації.

Метою статті є здійснення системного аналізу сутності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з урахуванням його історико-наукового розвитку, діагностичних критеріїв у сучасних класифікаційних системах та основних психофізіологічних механізмів формування, з акцентом на бойові психотравмувальні події.

Завдання дослідження згідно із зазначеною метою – висвітлити історичну динаміку формування наукових уявлень про ПТСР; проаналізувати сучасні діагностичні критерії ПТСР у класифікаціях DSM-5 та МКХ-11, а також узагальнити основні психофізіологічні, когнітивні та поведінкові механізми формування ПТСР та підкреслити значення міждисциплінарного підходу до вивчення ПТСР у контексті бойових травм.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури з психології, психіатрії, неврології та психотерапії; порівняльний аналіз класифікаційних підходів до діагностики ПТСР у різних системах (DSM, МКХ), а також було використано метод систематизації та узагальнення результатів емпіричних досліджень, що стосуються механізмів розвитку ПТСР, і проведена контекстуалізація розладу в умовах сучасної війни в Україні.

Результати. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найінтенсивніших психічних реакцій на пережиті екстремальні, життєво загрозливі ситуації, які мають глибокий вплив на психіку людини [3, 6, 10]. Його формування пов'язане з психотравмувальними подіями, що значно перевищують звичний рівень стресу – зокрема, це участь у бойових діях, поранення, свідчення загибелі побратимів, загроза життю.

Історія вивчення ПТСР має понад столітню традицію. Ще в період Першої світової війни з'явилися перші описи симптомів, що нині асоціюються із цим розладом, тоді цей стан отримав назву «військовий невроз», або *shell shock*. У період Другої світової війни термін трансформувався у «бойовий психоневроз», а пізніше – у «в'єтнамський синдром» серед американських ветеранів.

Посттравматичний стресовий розлад у світовій психологічній та психіатричній науці протягом останніх десятиліть трансформувався з діагностичного симптому в окрему розгорнуту нозологічну одиницю. Його включення до третього видання *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) у 1980 році стало поворотним моментом у клінічній практиці, а подальші уточнення у DSM-IV, DSM-5 і МКХ-11 зумовили більш глибоке розуміння цього феномену [10].

Критерії діагностики ПТСР за DSM-5 у 2013 р. віднесено до категорії «Травматичні та стресор-індуковані розлади». Для встановлення діагнозу необхідна наявність таких груп симптомів:

- критерій А (травматична подія): особа зазнала або стала свідком події, яка загрожувала життю чи фізичній цілісності;
- критерій В (інтрузивні симптоми): нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, психологічний чи фізіологічний дистрес у відповідь на тригери;
- критерій С (уникання): уникнення думок, почуттів або нагадувань про подію;
- критерій D (негативні зміни в когніціях та настрої): почуття провини, сорому, ізоляції, амнезія щодо події, відчуження від інших;
- критерій Е (збудження та реактивність): гіперзбудження, порушення сну, дратівливість, гнів, підвищена настороженість, труднощі з концентрацією [10].

Симптоми повинні тривати понад один місяць і викликати клінічно значущий дистрес або порушення функціонування в соціальних, професійних чи інших сферах життя.

У 2019 році Міжнародний класифікатор хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) введено окрему діагностичну категорію «Комплексний ПТСР», що охоплює не лише класичні симптоми, а й стале емоційне порушення, порушення самооцінки (наприклад, відчуття неповноцінності, сорому), хронічні труднощі в міжособистісних стосунках [2, 4, 5, 12].

Цей підхід дає можливість точніше діагностувати розлади в тих осіб, які зазнали протяжної травматизації, зокрема військовослужбовців, що перебували в бойових зонах тривалий час, стали свідками масової загибелі, були поранені тощо.

Провідні західні дослідники, як-от Бессель ван дер Колк, Рейчел Єгуда, Метью Фрідман, акцентують увагу на біопсихосоціальній природі ПТСР. На основі нейровізуалізаційних досліджень встановлено, що у пацієнтів із ПТСР зменшується об'єм гіпокампа (пам'ять, орієнтація в часі), підвищується активність мигдалеподібного тіла (емоційні реакції, страх), спостерігається порушення регуляції префронтальної кори (контроль поведінки, мислення) [14, 15].

Зокрема, Рейчел Єгуда вказує на епігенетичні зміни, які можуть передаватися навіть між поколіннями в осіб із хронічним ПТСР, що підтверджує глибину впливу бойового стресу на нейропсихологічну сферу [15].

Дослідження за допомогою МРТ, ПЕТ-сканування та нейропсихологічного тестування показали, що в осіб із ПТСР були: змінення об'єму гіпокампа; гіперактивація мигдалеподібного тіла; зниження активності префронтальної кори, що ускладнює регуляцію емоцій та контроль над поведінкою; дисбаланс нейротрансмітерів, зокрема серотоніну, дофаміну та норадреналіну; а також відзначалася дисфункція осі гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози (ГГН-вісь), що призводить до порушення гормональної регуляції стресу [13, 15].

У сучасних дослідженнях відзначається, що після травматичного досвіду особистість стикається з руйнуванням базових переконань про безпеку світу («я в небезпеці завжди»), довіру до інших («ніхто не допоможе»), власну цінність («я винен», «я слабкий»). Усе це спричиняє виникнення дезадаптивних схем мислення, що посилюють симптоми ПТСР та сприяють формуванню хронічних його проявів. За даними когнітивної моделі І. Бех та А. Джаноф-Бульман, травматична подія захисту когнітивної дисонансності між досвідом і внутрішньою картиною світу, що провокує нав'язливі спогади, уникнення і гіперзбудження як способи адаптації [3, 13].

Розвиток і підтримка симптомів ПТСР також значною мірою залежить від рівня соціальної підтримки (або її відсутності чи негативного впливу), наявності стигматизації психічних розладів у суспільстві, а також від доступності кваліфікованої психологічної допомоги. Особливо це актуально в умовах війни, коли військовослужбовці можуть не звертатися по допомогу через страх бути осудженими, втратити авторитет перед побратимами або відчувати ознаки «слабкості» [5, 7, 9].

Порівняльний аналіз засвідчує, що українська наукова традиція активно імплементує міжнародні стандарти, однак акцентує більшу увагу на соціально-психологічних аспектах: родинній підтримці, соціальній інтеграції, ресоціалізації після демобілізації. Водночас ще недостатньо інтегровані сучасні нейропсихологічні методики та підходи до оцінки емоційної дисрегуляції, які дають змогу виявити комплексні форми ПТСР.

Усвідомлення багаторівневої природи ПТСР, особливо в контексті пережитого бойового досвіду, зумовлює необхідність застосування міждисциплінарного підходу до його діагностики, дослідження та подальшої психосоціальної підтримки осіб, які перебували в зоні бойових дій. Такий підхід передбачає інтеграцію знань і методів клінічної психології, психіатрії, неврології, психофізіології, соціальної роботи, психотерапії та військової медицини.

Актуальність міждисциплінарного підходу підтверджується тим, що жодна з наявних галузей знань не є самодостатньою в поясі складної патогенетичної динаміки ПТСР. Наприклад, центральні неврологічні дослідження демонструють об'єктивні зміни в роботі нервової системи у постраждалих, які

потребують участі нейропсихологів для дефіциту вищих психічних функцій. Психотерапевтична практика потребує врахування не тільки симптомів, але й особистісного ресурсу, рівня рефлексії, мотиваційної сфери, що вивчається в межах гуманістичної та екзистенційної психології. Медичні спеціалісти наголошують на важливості комплексного фармакологічного супроводу у випадку ПТСР з коморбідною депресією або тривожними розладами.

Особливої уваги потребує ситуація, коли ПТСР супроводжується мінливо-вибуховою (акубаротравматичною) травмою, яка, за даними останніх досліджень, може поглибити когнітивний дефіцит, порушити орієнтацію в часі та просторі, сплутаність мислення, емоційну лабільність. У таких випадках ефективна психореабілітація стає можливою лише за умови тісної співпраці психолога, психіатра, логопеда, реабілітолога та невролога.

Крім того, соціокультурний вимір травми, зокрема стигматизація психічних розладів, проблема довіри до психологів, вплив культурних і гендерних факторів, має бути врахований у побудові індивідуального плану реабілітації військовослужбовців. Психотравма не є лише нейробіологічною подією – вона вкорінена в контексті особистісної біографії, соціальної ролі та системи цінностей.

Таким чином, міждисциплінарний підхід забезпечує цільове бачення проблематики ПТСР, дає змогу уникнути редукціонізму в трактуванні симптоматики, а також формує підґрунтя для створення адаптивних програм психокорекції, з урахуванням особистісних, когнітивних і соціальних ресурсів осіб, які були учасниками активних бойових дій чи пережили психотравмувальний досвід, спричинений воєнними діями.

Висновки. За результатами здійсненого теоретичного дослідження було досягнуто поставленої мети: здійснено цілісний аналіз ПТСР як складного психічного феномену в контексті сучасного бойового досвіду, визначено основні напрями його діагностики, патогенезу та міждисциплінарного вивчення.

Отже, висвітлено історичну динаміку формування проявів про ПТСР, від описів «військових неврозів» у період Першої світової війни до визнання ПТСР як окремої діагностичної одиниці у DSM-III (1980). У сучасній науці ПТСР розглядається як багатофакторний розлад, що має як біологічні, так і когнітивно-поведінкові основи.

Проаналізовано діагностичні критерії ПТСР відповідно до DSM-5 та МКХ-11, з виокремленням чотирьох основних кластерів симптомів: інтрузивність, уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, гіперзбудження. Також відзначена поява в МКХ-11 категорії «комплексного ПТСР», що є актуальною для осіб з досвідом хронічної травматизації.

Узагальнено сучасні психофізіологічні, когнітивні та поведінкові механізми формування ПТСР, зокрема: гіперактивацію осі гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, дисфункцію гіпокампа і мигдалеподібного тіла, деформацію базових уявлень особистості про світ, себе й майбутнє, виникнення дезадаптивних стратегій уникнення та гіперпильності.

Підкреслено значення міждисциплінарного підходу до вивчення ПТСР, що передбачає інтеграцію знань з клінічної психології, психіатрії, нейропсихології, психофармакології та соціальної роботи. Особливої актуальності та складності набуває діагностика та лікування ПТСР у поєднанні з акубаротравмою, що потребує комплексного, персоналізованого підходу.

Таким чином, результати теоретичного дослідження можуть бути використані як методологічна база для подальших емпіричних вивчень ПТСР у військових, а також для розробки програм психокорекційної та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям, які зазнали бойових психотравм.

Перспективи подальших досліджень. Аналіз українських досліджень підтверджує актуальність вивчення ПТСР саме у військовослужбовців, які мали бойовий досвід, проте вказує на недостатню кількість робіт, що інтегрують нейропсихологічну, когнітивну та соціальну проблематику цього розладу. Особливого значення набуває аналіз ПТСР у контексті супутніх нейротравматичних уражень, зокрема акубаротравми. У цьому напрямі дослідження залишаються фрагментарними, що створює потребу в подальшому емпіричному вивченні зв'язку між виразністю бойового ураження нервової системи та розвитком когнітивних порушень, афективної дисрегуляції, стійких поведінкових змін. Водночас у практиці залишається недостатня розробленість та апробація протоколів психореабілітації для осіб із ПТСР та акубаротравмою, що враховували б специфіку їхнього неврологічного та психоемоційного стану.

Таким чином, перспективними напрямками подальших досліджень є: емпіричне вивчення взаємозв'язку між когнітивними деформаціями та неврологічним профілем у військових із ПТСР; дослідження ефективності інтервенцій (когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, сенсомоторної психотерапії) у разі поєднання ПТСР та черепно-мозкових травм; розробка й апробація мультидисциплінарних програм реабілітації, що інтегрують психологічну, медичну, соціальну підтримку; створення діагностичного інструментарію для виявлення комплексного ПТСР у військовослужбовців в українських умовах.

З огляду на масштаб і глибину бойових психотравм подальше наукове дослідження ПТСР у поєднанні з бойовими ураженнями має не лише теоретичне, а й безпосередньо практичне значення для формування системної моделі психологічної допомоги ветеранам війни, їх сім'ям, а також для формування стратегій національного психічного здоров'я.

Література:

1. Аймедов К. В., Асеева Ю. О., Волощук А. Е., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 128–129.
2. Асеева Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус* 2024. Вип. 63. С. 137–141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>.
3. Бех І. Д. Особистісно орієнтована освіта: теоретико-технологічні засади. Київ : Либідь, 2003. 280 с.
4. Зайцев В. В. Психологічна травма та механізми формування посттравматичного синдрому у військовослужбовців. *Психологічний журнал*. 2021. № 1. С. 33–40.
5. Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. *Соціальна психологія*. 2020. № 4. С. 42–51.
6. Коляда О. І. Посттравматичний стресовий розлад: методологія дослідження, особливості перебігу у військовослужбовців. *Вісник НУОУ. Серія: Психологія*. 2019. № 3. С. 80–88.
7. Пов'якель Н. М. Посттравматичний стресовий розлад: сучасне розуміння, клініка, підходи до психосоціальної реабілітації. *Психологія і суспільство*. 2020. № 3. С. 50–59.
8. Соловей О. М. Психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом. *Збірник наукових праць ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Серія : Психологія*. 2021. № 62. С. 117–124.
9. Хмелевська О. В. Психологічна підтримка військовослужбовців із симптомами ПТСР. *Військова психологія: теорія і практика*. 2020. № 1 (21). С. 36–44.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC : APA, 2013. 947 p.
11. Friedman M.J. Recognizing and Treating PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013. Vol. 74, № 5. P. e14.
12. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization. 2019. URL: <https://icd.who.int>
13. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York : The Free Press, 1992. 224 p.
14. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Penguin Books, 2014. 464 p.
15. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346, № 2. P. 108–114. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>.

References:

1. Aymedov, K.V., Asyeyeva, Yu.O., Voloshchuk, A.E., & Tolmachov, O.A. (2016). Suchasna diahnostychna kontseptsiya posttravmatychnoho stresovoho rozladu [Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder]. *Arkhiv psykhiatriyi*, 22 (2), 128–129 [in Ukrainian].
2. Asyeyeva, Yu.O., Aymedov, K.V., & Yatsyshyna, A.M. (2024). Vplyv voiennykh dii na rozvytok PTSD u viiskovosluzhbovtziv [The impact of military operations on the development of PTSD in military personnel]. *Habitus*, 63, 137–141. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23> [in Ukrainian].
3. Bekh, I.D. (2003). Osobystisno oriientovana osvita: teoretyko-tekhnohichni zasady [Personality-oriented education: theoretical and technological foundations]. Kyiv: Lybid. 280 p. [in Ukrainian].
4. Zaitsev, V.V. (2021). Psykholohichna travma ta mekhanizmy formuvannia posttravmatychnoho syndromu u viiskovosluzhbovtziv [Psychological trauma and mechanisms of post-traumatic syndrome formation in military personnel]. *Psykholohichniy zhurnal*, 1, 33–40 [in Ukrainian].
5. Kozlova, I.V. (2020). Psykholohichni naslidky boiovoho stresu: diahnostyka ta shliakhy podolannia [Psychological consequences of combat stress: diagnostics and ways of overcoming]. *Sotsialna psykhologhiia*, 4, 42–51 [in Ukrainian].
6. Koliada, O.I. (2019). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: metodolohiia doslidzhennia, osoblyvosti perebihu u viiskovosluzhbovtziv [Post-traumatic stress disorder: research methodology, features of the course in military personnel]. *Visnyk NUOU. Seriya: Psykhologhiia*, 3, 80–88 [in Ukrainian].
7. Poviakel, N.M. (2020). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: suchasne rozuminnia, klinika, pidkhody do psykhosotsialnoi reabilitatsii [Post-traumatic stress disorder: modern understanding, clinic, approaches to psychosocial rehabilitation]. *Psykholohiia i suspilstvo*, 3, 50–59 [in Ukrainian].
8. Solovei, O.M. (2021). Psykholohichni chynnyky formuvannia PTSD u viiskovykh iz boiovyim dosvidom [Psychological factors of PTSD formation in military personnel with combat experience]. *Zbirnyk naukovykh prats KHNPu im. H.S. Skovorody. Seriya: Psykhologhiia*, 62, 117–124 [in Ukrainian].
9. Khmelevska, O.V. (2020). Psykholohichna pidtrymka viiskovosluzhbovtziv iz symptomamy PTSD [Psychological support of military personnel with symptoms of PTSD]. *Viiskova psykhologhiia: teoriia i praktyka*, 1 (21), 36–44 [in Ukrainian].
10. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA. 947 p.
11. Friedman, M.J. (2013). Recognizing and treating PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (5), e14.
12. World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Retrieved from: <https://icd.who.int>
13. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press. 224 p.
14. Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books. 464 p.
15. Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346 (2), 108–114. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>.

Статтю прийнято до публікації 26.05.2025 р.