

В.Д. Мішиєв, М.В. Іващук

## ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ: КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

V.D. Mishyiev, M.V. Ivashchuk

### POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN MILITARY PERSONNEL WITH PERSONALITY DISORDERS: CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES AND RESULTS OF COMPLEX TREATMENT

**Ключові слова:** *посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, розлади особистості, військовослужбовці*

**Keywords:** *post-traumatic stress disorder, PTSD, personality disorders, military personnel*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найважливіших стрес-асоційованих психічних розладів серед військових. Поєднання ПТСР з розладами особистості ускладнює перебіг хвороби. Мета дослідження — встановити клініко-психопатологічні особливості ПТСР у таких пацієнтів і проаналізувати вплив особистісної патології на перебіг захворювання та ефективність лікування.

У проспективному відкритому дослідженні (січень 2025 — січень 2026) обстежено 60 військовослужбовців із діагнозом ПТСР та ознаками розладів особистості. Скринінг розладів особистості проведено за опитувальником PDQ-4+, оцінювання симптомів ПТСР — за шкалою PCL-5, депресії — за PHQ-9, тривоги — за GAD-7. Учасники отримували комплексне лікування (фармакотерапія та психотерапія), після чого проаналізовано динаміку виявлених у них симптомів. Для аналізу структури симптомів застосовано кластерний аналіз, а факторів, що впливали на результати лікування, — методи множинної регресії.

Результати показали на початку дослідження високу виразність симптомів ПТСР і підвищені показники тривожності. Кластерний аналіз виявив найбільші зміни в групі симптомів «збудження/реактивність» після проведеного лікування. Зроблено висновок, що ПТСР у військових із коморбідними розладами особистості має клінічно значущий поліморфізм симптоматики, а попередня особистісна патологія впливає на темпи зменшення симптомів у процесі терапії. Це підкреслює потребу застосування персоналізованих підходів до лікування згідно з сучасними рекомендаціями з лікування стрес-асоційованих розладів.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most important stress-related psychiatric conditions among military personnel, and its co-occurrence with personality disorders worsens the disease course and prognosis. The study aimed to identify the clinical and psychopathological features of PTSD in these patients and to assess how underlying personality pathology affects disease progression and treatment outcomes.

In a prospective open-label clinical study (January 2025 — January 2026), military personnel diagnosed with and comorbid PD were examined. Personality pathology was screened using the PDQ-4+ questionnaire, and symptom severity was measured with PCL-5 (PTSD), PHQ-9 (depression), and GAD-7 (anxiety) scales. Participants received combined treatment (pharmacotherapy and psychotherapy), after which their symptom dynamics were evaluated. Cluster analysis of PTSD symptom profiles and multiple regression methods were applied to identify factors influencing treatment results.

The results showed a high initial severity of PTSD symptoms and significant anxiety levels in the cohort. Cluster analysis revealed the largest post-treatment changes in the "arousal/reactivity" symptom cluster. The findings indicate that PTSD in military personnel with personality disorders is characterized by clinically significant symptom polymorphism and variable pathodynamics, and that premorbid personality pathology affects the rate of symptom reduction during therapy. These data emphasize the need for personalized treatment approaches in line with current guidelines for managing stress-related disorders.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — розлад, що може розвиватися після впливу надзвичайно загрозливої чи жахливої події або серії подій і проявляється стійкими симптомами повторного переживання травми, уникання, негативних змін емоційно-когнітивної сфери та змін збудження/реактивності (за DSM-5 [1]), або — за МКХ-10 — тріадою повторного переживання «тут-і-зараз», уникання та стійкого відчуття загрози [2].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, глобальна поширеність ПТСР — близько 3,9 %, однак у більшості осіб після потенційно травматичних подій ПТСР не розвивається [3]. Водночас у військових популяціях ризик вищий через повторну, тривалу та інтенсивну бойову травматизацію [4; 5].

Для України тема ПТСР має системне значення з огляду на тривалі наслідки бойового стресу та зростання потреби у стандартизованій медичній допомозі, що відображено у чинних національних клінічних документах. 2024 року затверджено

оновлений уніфікований клінічний протокол щодо гострої реакції на стрес, ПТСР та порушень адаптації, що формує рамки наступності первинної та спеціалізованої допомоги [6]. Вітчизняні школи психіатрії, зокрема сучасні навчальні та методичні видання з проблематики бойової психічної травми [7; 8], наголошують на актуальності постстресових станів, поліморфності клінічних проявів і ролі преморбідних особистісних рис у формуванні стійких форм дезадаптації [9].

Провідний методологічний виклик у дослідженнях ПТСР — феноменологічна складність, висока частота супутньої психічної патології та варіативність діагностичних рамок (МКХ-10, DSM-5) [10]. В українських і міжнародних оглядах підкреслюється значущість та клінічна складність терапії «дисфоричного» типу ПТСР, частота поєднання з депресивними та тривожними розладами і клінічний тягар когнітивних та афективних симптомів [11; 12]. Окремий напрям — аналіз коморбідності ПТСР з розладами obsesивно-компульсивного, тривожного та соматоформного спектра, що може маскувати ядро травматичного переживання й ускладнювати терапевтичні стратегії [13; 14].

Розлади особистості (РО) в МКХ-10 класифіковані у рубриці F60 — F69; типологічно вони відрізняються переважанням в поведінці підозрілості, ригідності, емоційної нестійкості, дисоціальності, уникання тощо [2]. Однак сучасні класифікації пропонують вимірну логіку опису РО із визначенням тяжкості дисфункції та доменів патологічних рис, що сприяє клінічній персоніфікації та зменшенню «штучної коморбідності» [15].

З позицій клініко-психопатологічного підходу [16], особистісна патологія впливає на:

- (а) спосіб переживання та осмислення травматичного досвіду,
- (б) поведінкові стратегії уникання/контролю,
- (в) афективну регуляцію та імпульсивність,
- (г) модальність міжособистісної взаємодії та прихильність до лікування.

Міжнародні настанови та узагальнення доказів розрізняють психотерапевтичні втручання як основу лікування (з акцентом на травмафокусованих методах), та фармакотерапію — як додатковий компонент у частини пацієнтів [17; 18]. У клінічній практиці часто застосовують антидепресанти, насамперед селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, та венлафаксин як один з препаратів із порівняно кращою доказовою базою за деякими рекомендаціями [19]. Для ветеранів також активно досліджуються інноваційні методи терапії та профілактики [20]. Національні клінічні документи України також формують офіційні рамки лікування ПТСР та суміжних станів, що важливо для стандартизації допомоги в умовах високого навантаження системи охорони здоров'я [6].

Мета дослідження: встановити клініко-психопатологічні особливості ПТСР у військовослужбовців із різними типами розладів особистості та оціни-

ти результати 14-денного комплексного лікування з урахуванням ролі типу розладу особистості на структуру симптомів і терапевтичну відповідь.

Дизайн дослідження — проспективне відкрите дослідження з повторним вимірюванням показників у динаміці; період спостереження: січень 2025 — січень 2026 року.

Обстежено 60 військовослужбовців — учасників бойових дій із наявними ПТСР та ознаками РО (за клінічною верифікацією).

*Критерії включення* досліджуваних (за сукупністю показників): 1. Є згода пацієнта на участь у дослідженні; 2. Пацієнт є діючим військовослужбовцем, або перебуває в статусі ветерана; 3. У пацієнта наявні ознаки посттравматичного стресового розладу.

*Критерії невключення* досліджуваних (за будь-яким одним із показників): 1. Відмова пацієнта від участі у дослідженні 2. Наявність органічного ураження головного мозку.

*Критерії виключення* досліджуваних із дослідження (за будь-яким одним із показників): 1. Пацієнти, що не дотримують рекомендацій лікаря; 2. Виникнення надзвичайних або важких небажаних наслідків; 3. Відмова пацієнта на будь-якому етапі дослідження від участі у дослідженні.

Підхід до діагностичної верифікації ПТСР і розладів, пов'язаних зі стресом, узгоджували з чинними класифікаційними рамками та національними документами [1; 3; 6].

Застосовані такі психометричні інструменти.

— PCL-5 — 20 пунктів за DSM-5 для кількісної оцінки симптомів ПТСР (0—4), з аналізом кластерів: інтрузії (1—5), уникання (6—7), негативні зміни пізнання/настрою (8—14), збудження/реактивність (15—20);

— PHQ-9 — дев'ять пунктів для оцінки депресивних симптомів (0—27);

— GAD-7 — сім пунктів для оцінки тривожних симптомів (0—21);

— PDQ-4+ — 99 пунктів (так/ні) як скринінговий інструмент розладів особистості; застосовано для формування індексу особистісної дезадаптації та стратифікації типів РО у рамках типології МКХ-10 [21].

Використання українських версій і оцінка психометричних властивостей для стрес-асоційованих розладів в Україні описані в сучасних українських дослідженнях та методичних матеріалах [22—24].

Програма комплексного лікування тривалістю в середньому 14 днів включала:

— фармакотерапію: антидепресанти (сертралін, есциталопрам, дулоксетин, венлафаксин, міансерин, тразодон) та ад'ювантні препарати (кветіапін, вальпроєва кислота). Вибір здійснювали за клінічними показаннями (виразність тривожності, депресивних симптомів, порушення сну, імпульсивність/драгівливість, наявність дисоціативної симптоматики). Підхід до фармакотерапії узгоджували з загальними принципами доказової медицини та актуальними клінічними рекомендаціями/оглядами [6; 17; 19];

— психотерапевтичні втручання: підтримувальна психотерапія та психоедукація (для всіх), групова терапія та арттерапія — за показаннями (переважно для посилення соціальної підтримки, навичок регуляції та контролю афективної сфери). Психотерапевтичні напрями для ПТСР та обмеження «психологічного дебрифінгу» як універсального втручання відображені в міжнародних настановах [17; 18].

Первинні масиви «первинного обстеження» та «повторного обстеження» містили неповні набори анкет (бракувало 4 анкет пост-скринінгу). Відповідно до умов дослідження та завдання апробаційного аналізу, виконано доповнення до 60 анкет у кожному масиві із застосуванням заповнення значень, яких бракувало, середніми/типовими значеннями та стохастичного відбору на підставі емпіричних розподілів відповідей (для збереження реалістичної варіативності показників).

Статистичні методи, що застосовували для оброблення результатів дослідження:

— описова статистика ( $M \pm SD$ — середнє арифметичне  $\pm$  стандартне відхилення; медіана і кватилі; абсолютні ( $n$ ) та відносні (%) показники);

—  $t$ -критерій для залежних вибірок (до/після лікування);

— дисперсійний аналіз (ANOVA) міжгрупових відмінностей;

— кореляційний аналіз (Пірсон);

— множинна лінійна регресія для моделі тяжкості ПТСР;

— оцінка розміру ефекту (Cohen's  $d$  — для парних порівнянь;  $\eta^2$ — для ANOVA);

— кластерний аналіз варіантів симптомпрофілю (ієрархічне групування за профілями PCL-5).

Рівень статистичної значущості:  $p < 0,05$ .

Вибірка відображає типову структурну картину військового контингенту із переважанням чоловіків, середнього працездатного віку та значущою часткою осіб з повторною участю у бойових діях, що узгоджується з даними щодо діагностики психологічних змін у комбатантів [25], специфікою стресового реагування [26] та особливостями клінічного профілю таких пацієнтів [27]. Окрему увагу звертали на пацієнтів, у яких ПТСР поєднувався з наслідками мінно-вибухової травми [28]. У разі виявлення наслідків ураження головного мозку пацієнта виключали з дослідження.

Типологічний розподіл розладів особистості у вибірці (табл. 1) відображає значущу частку дисоціального та змішаного типів, що є клінічно важливим через вплив цих типів на імпульсивність, конфліктність, комплаєнс і ризик деструктивної поведінки; одночасно ананкастний та тривожний типи формують інший профіль — з переважанням контролю/ригідності та соціального відчуження.

Клінічні дефініції РО за МКХ-10 наведені у класифікаційних матеріалах [2], а сучасні дискусії підкреслюють значущість опису доменів рис (зокрема «ананкастності») для персоналізації лікування [15].

Таблиця 1. Типи розладів особистості (МКХ-10) та індекс особистісної дезадаптації за PDQ-4+ у вибірці ( $n = 60$ )

Тип розладів особистості	$n$	%	PDQ-4+ (позитивні відповіді), ( $M \pm SD$ ), бали
Емоційно нестійкий, межовий тип (F60.3)	8	13,3	50,2 $\pm$ 12,4
Дисоціальний (F60.2)	12	20,0	42,7 $\pm$ 20,9
Ананкастний (F60.5)	9	15,0	54,1 $\pm$ 12,6
Тривожний (F60.6)	8	13,3	50,0 $\pm$ 7,1
Параноїдний (F60.0)	8	13,3	46,5 $\pm$ 10,5
Змішаний (F61.0)	15	25,0	47,1 $\pm$ 14,5

Клінічна картина ПТСР у обстежених (табл. 2, рис. 1) переважно відповідала структурі симптомів за DSM-5 (інтрузії, уникання, негативні зміни пізнання/настрою, збудження/реактивність) [1].

Водночас, з позицій клініко-психопатологічного аналізу, головними синдромокомплексами виявились:

— дисфоричний (переважання страху/злості/провини, ангедонії, відчуження);

— астено-депресивний (порушення сну, швидка виснажуваність, апатія);

— тривожний (надмірна пильність, старт-реакція, напруження);

— уникаючий (психічне та поведінкове уникання, звуження соціальних контактів),

що узгоджується з вітчизняними описами варіантів ПТСР у комбатантів [8; 11].

Таблиця 2. Клінічна структура симптомів ПТСР за кластерами PCL-5 (первинне обстеження)

Показник	Сумарний бал $M \pm SD$	Частка пацієнтів із високою виразністю, %
B. Інтрузивні симптоми (1—5)	13,50 $\pm$ 4,79	50,0
C. Уникання (6—7)	4,75 $\pm$ 2,33	43,3
D. Негативні зміни пізнання і настрою (8—14)	18,32 $\pm$ 5,98	43,3
E. Зміни збудження і реактивності (15—20)	16,57 $\pm$ 5,01	50,0

Частка, %

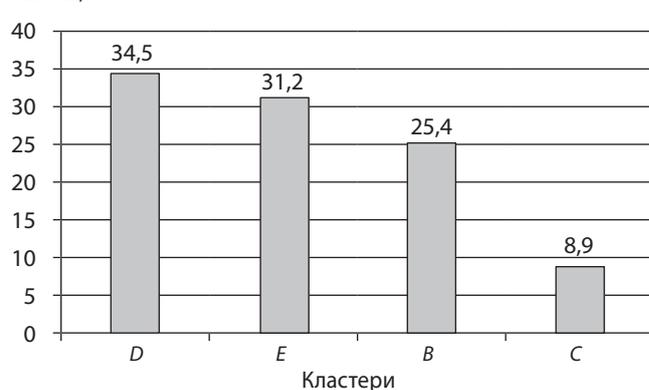


Рис. 1. Розподіл обстежених під час первинного обстеження за кластерами PCL-5(первинне обстеження)

Структурно переважали афективні симптоми та порушення сну/концентрації, що відображає високий внесок кластерів *D* та *E*. Такий профіль узгоджується з настановами DSM-5 щодо ролі негативних суджень і підвищеної реактивності як ключових компонентів ПТСР [1].

Таблиця 3. Первинне обстеження: психометричні показники

Показник	( <i>M</i> ± <i>SD</i> ), бали	Категоріальний розподіл, <i>n</i> (%)
PCL-5 (0—80)	53,13 ± 15,24	< 33: 6 (10,0 %); 33—49: 17 (28,3 %); ≥ 50: 37 (61,7 %)
PHQ-9 (0—27)	18,82 ± 4,88	легка (5—9): 3 (5,0 %); помірна (10—14): 11 (18,3 %); помірно тяжка (15—19): 20 (33,3 %); тяжка (20—27): 26 (43,3 %)
GAD-7 (0—21)	14,25 ± 4,74	мінімальна (0—4): 2 (3,3 %); легка (5—9): 6 (10,0 %); помірна (10—14): 21 (35,0 %); тяжка (15—21): 31 (51,7 %)

Високі середні значення за PHQ-9 і GAD-7 узгоджуються з даними про частоту депресивних і тривожних проявів у структурі стрес-асоційованих розладів, що потребує інтегрованого підходу до терапії [5; 12].

Результати лікування (повторне обстеження через 14 днів) свідчать про позитивну динаміку (табл. 4).

Таблиця 4. Повторне обстеження (після комплексного лікування): психометричні показники

Показник	( <i>M</i> ± <i>SD</i> ), бали	Категоріальний розподіл, <i>n</i> (%)
PCL-5 (0—80)	48,07 ± 14,29	< 33: 10 (16,7 %); 33—49: 25 (41,7 %); ≥ 50: 25 (41,7 %)
PHQ-9 (0—27)	15,50 ± 4,55	легка (5—9): 7 (11,7 %); помірна (10—14): 17 (28,3 %); помірно тяжка (15—19): 22 (36,7 %); тяжка (20—27): 14 (23,3 %)
GAD-7 (0—21)	11,52 ± 3,88	мінімальна (0—4): 3 (5,0 %); легка (5—9): 12 (20,0 %); помірна (10—14): 30 (50,0 %); тяжка (15—21): 15 (25,0 %)

Після лікування зменшилися частка осіб з високою виразністю симптомів ПТСР (≥ 50), а також частка тяжкої депресивної та тяжкої тривожної симптоматики. Редукція психометричних показників узгоджується з очікуваним ефектом комплексної стабілізаційної програми та з принципом наступності лікування ПТСР, закріпленим у національних документах [6].

Середні значення психометричних показників за результатами повторного обстеження (рис. 2) візуально відображають узгоджене зниження «травматичної», депресивної та тривожної симптоматики після лікування.

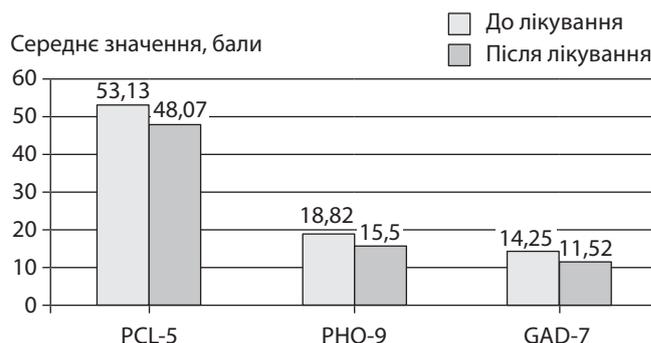


Рис. 2. Динаміка психометричних показників (PCL-5, PHQ-9, GAD-7)

Парні порівняння (*t*-критерій для залежних вибірок).

PCL-5:  $\Delta = 5,07 \pm 5,29$ ;  $t(59) = 7,42$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,96$ .  
PHQ-9:  $\Delta = 3,32 \pm 2,78$ ;  $t(59) = 9,23$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 1,19$ .

GAD-7:  $\Delta = 2,73 \pm 2,36$ ;  $t(59) = 8,98$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 1,16$ ,

де:  $\Delta$  — середня зміна показника (*M* ± *SD*);  $t(59)$  — значення *t*-критерію Стьюдента для залежних вибірок;  $p$  — рівень статистичної значущості;  $d$  — розмір ефекту за Коеном (Cohen's *d*).

Клінічно симптом-орієнтована інтерпретація узгоджується з тим, що при ПТСР значуща частина симптомів (сон, тривожне напруження тощо) є «чутливими» до короткострокових стабілізаційних втручань, тоді як глибинні когнітивні схеми та міжособистісні патерни (особливо за наявності РО) можуть потребувати тривалішої терапії [16; 29].

Емоційно нестійкий (межовий) тип асоціювався зі «спалаховістю» афекту, найвиразнішими дисоціативними феноменами під час стресу та великою варіабельністю скарг. Включення дисоціативних проявів у опис «межового патерну» особистості у сучасних підходах підкреслює ускладнену терапію цього типу [15].

Дисоціальний тип частіше формував «екстерналізований» варіант ПТСР: з переважанням дратівливості, конфліктності, ризикової поведінки (як компонента кластера *E* у DSM-5), та нижчою мотивацією до системної психотерапевтичної роботи [20; 27].

Параноїдний тип підсилював інтерпретаційні схеми загрози та недовіри, що підживлює гіперпильність та реактивність [2].

Тривожно-унікаючий тип акцентував поведінкове уникання, соціальну ізоляцію, що структурно «накладається» на кластер уникання ПТСР і підтримує відчуження та ангедонію [5].

Ананкастний тип проявлявся надконтролем, ригідністю, перфекціоністським самоосудом і високою відповідальністю, що може посилювати провину та самозвинувачення у структурі ПТСР, але одночасно підвищувати прихильність до режиму лікування та психоедукаційних стратегій [16].

Отримані результати підтверджують, що ПТСР у військовослужбовців часто супроводжується знач-

ною депресивною та тривожною симптоматикою, що відображено у сильних кореляційних зв'язках між показниками за PCL-5 та PHQ-9/GAD-7. Це узгоджується із загальними уявленнями про частоту супутніх афективних і тривожних проявів при ПТСР та підкреслює клінічну необхідність інтегрованого лікування [5; 12].

Феноменологічно провідними у вибірці були знижений настрій, інсомнія та підвищена тривожність, що відповідає описаній у DSM-5 структурі симптомів і вітчизняним спостереженням щодо поліморфізму постстресових станів у комбатантів [5].

Важливим результатом є демонстрація того, що тип РО модифікує насамперед специфіку проявів ПТСР, а не лише впливає на рівень тяжкості перебігу посттравматичного розладу. У нашому дослідженні найбільші істотні зміни стосувалися кластеру E (збудження/реактивність). Це можна пояснити тим, що гіперактивні прояви є «спільним полем» між ПТСР та більшістю типів РО (межовий, параноїдний, дисоціальний тощо) [16].

Щодо лікування, редукція симптомів у короткому (14-денному) інтервалі була статистично значущою. Це узгоджується з клінічною логікою сучасних програм: короткі етапи часто мають ціль стабілізації, зменшення гіперактивності та формування базових навичок саморегуляції, тоді як повноцінне опрацювання травматичного матеріалу може потребувати триваліших інтервенцій. Міжнародні настанови підкреслюють провідну роль психотерапевтичних методів у лікуванні ПТСР, а фармакотерапію пропонують як додатковий компонент за показаннями [17; 18]. Національні протоколи України забезпечують нормативну основу наступності допомоги, що узгоджується з міжнародною практикою, та забезпечує ефективніше надання допомоги великій кількості пацієнтів з ПТСР.

Обмеження цього дослідження:

1) короткий період спостереження (14 днів) не дав змоги оцінити стійкість ремісії;

2) частину даних доповнювали із застосуванням середніх/типових значень для завершення масивів анкет, що потенційно впливає на точність оцінки дисперсії;

3) типологія РО у дослідженні базувалася на поєднанні оцінки результатів клінічного інтерв'ю та заповнених скринінгових опитувальників, що відповідає практиці попереднього групування, але потребує підтвердження структурованим інтерв'ю на ширших вибірках.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

ПТСР у військовослужбовців із РО характеризувався високою виразністю симптомів за PCL-5 та значущим поєднанням депресивних і тривожних проявів за PHQ-9 та GAD-7, що підтверджено показниками за відповідними шкалами.

У структурі симптомів ПТСР переважали кластери негативних суджень, змін настрою та посилення збудження/реактивності, з провідними феномена-

ми: різко негативні афекти, інсомнія, нав'язливі спогади, соціальне відчуження, когнітивні труднощі.

Чотирнадцатиденне комплексне лікування (фармакотерапія + психотерапевтичні втручання) забезпечувало статистично значущу редукцію показників за PCL-5, PHQ-9, GAD-7 із помірно високими розмірами ефекту; частка відповіді на лікування (редукція  $\geq 10\%$  від вихідного рівня за PCL-5) становила 53,3% при варіативності між типами РО.

Тип розладів особистості модифікував насамперед специфіку проявів ПТСР; найвиразніші міжтипові відмінності стосувалися кластера збудження/реактивності, що має практичне значення для підбору персоніфікованих фармакотерапевтичних та психотерапевтичних стратегій.

### Список літератури

1. Pai A. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations / A. Pai, A.M. Suris, C.S. North. *Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 7, № 1. P. 7. URL: <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
2. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva : World Health Organization, 1992. URL: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228\\_eng.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf)
3. Post-traumatic stress disorder (PTSD) [Fact sheet]. World Health Organization. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
4. Глушук А.О. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних / А.О. Глушук, А.С. Кандибал, Н.С. Оданельчук. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. Вип. 6. С. 19—25. URL: DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>
5. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // М. М. Матяш, Л. І. Худенко. *Український медичний часопис*. 2014. № 6. С. 124—127. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\\_2014\\_6\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_6_31)
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»: затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 р. № 1265. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf)
7. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / за ред. Б. В. Михайлова. Київ : Медицина, 2014. 246 с.
8. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навчальний посібник / [В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович]. 2-е видання, перероблене та доповнене. Київ : Медицина, 2024. 167 с.
9. Гайдабрус А.В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. Вип. 11. С. 19—24. DOI: 10.26565/2312-5675-2019-11-02
10. McNally R.J. The ontology of posttraumatic stress disorder: natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2012. Vol. 19, no. 3. P. 220—228. DOI: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12001>

11. Напрєєнко О.К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу / О.К. Напрєєнко, Т.Є. Марчук. *Архів психіатрії*. 2002. № 1. С. 117.

12. Напрєєнко О.К. Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушених переселенцям / О.К. Напрєєнко, Н.Ю. Напрєєнко. *Український терапевтичний журнал*. 2015. № 3. С. 80—85. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ\\_2015\\_3\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ_2015_3_14)

13. Напрєєнко О, Алфтіан А. Комплексний підхід до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, депресією та коморбідною артеріальною гіпертензією. PMGP [інтернет]. 30, Червень 2025;10(2). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/614>

14. Чабан О.С. Психотравма та її наслідки в загально-терапевтичній практиці — чому важливо її виявити та вчасно опрацювати? : лекційні матеріали. Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. URL: [https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01\\_TRANSKRYPT\\_Oleg\\_Chaban\\_Lektsiya\\_1\\_Travma-.pdf](https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01_TRANSKRYPT_Oleg_Chaban_Lektsiya_1_Travma-.pdf)

15. Trull T.J., Widiger T.A. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2013. Vol. 15, no. 2. P. 135—146. doi:10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull

16. Campbell S.B. The role of personality traits in posttrauma comorbidity. *Journal of Trauma & Dissociation* / S.B. Campbell, K.D. Renshaw, M. Noone. 2015. Vol. 16, no. 2. P. 197—210. URL: <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.985864>

17. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

18. Post-traumatic stress disorder [NG116] : NICE guideline. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

19. Підходи до лікування посттравматичного стресового розладу у військових (огляд) / підготувала Наталія Савельєва-Кулик. *NeuroNews*. 2026. Т. 2 (167). С. 37—40. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2026/2\\_%28167\\_%29/pages-37-40/pidhodi-do-likuvannya-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-u-viyskovih#h3-1](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2026/2_%28167_%29/pages-37-40/pidhodi-do-likuvannya-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-u-viyskovih#h3-1)

20. Климків Р. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів: інноваційні методи терапії та профілактики / Р.І. Климків, А.В. Кульматицький, М.С. Білобрин. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. Т. 12, № 1(27). С. 37—47. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-03>

21. Personality Diagnostic Questionnaire | RehabMeasures Database. Shirley Ryan AbilityLab. 2020. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/personality-diagnostic-questionnaire>

22. Когут А, Чабан О. Психодіагностична оцінка використання шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну. PMGP [інтернет]. 31, Березень 2025; 10(1). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597>

23. Мельник Ю.Б., Стаднік А.В. Опитувальник пацієнта щодо здоров'я: метод. посіб. (укр. версія). 2025. 10.26697/sri.kpoch/melnyk.stadnik.2.2025

24. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану / [Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О.]. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. № 11 (2024): <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>

25. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. / [Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О.]. Київ : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с.

26. Особливості стресового реагування здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу / Белов О.О.; Маркова М.В.; Новицький А.В. [та ін.]. *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 4 (121). С. 4—9. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-1>

27. Молдавська Х. О. Особливості клінічного профілю військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом / Х.О. Молдавська, Є.В. Опря. *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 3(120). С. 62—65. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-10>

28. Даниленко Т. І. Дослідження коморбідності посттравматичного синдрому та мінно-вибухової травми серед військовослужбовців (за досвідом російсько-української війни). *Ментальне здоров'я*. 2025. № 3. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.6>

29. Марута Н. А. Принципи реабілітації військовослужбовців з різними формами посттравматичного стресового розладу / Н.А. Марута, В.І. Заворотний. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 33—38. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2018\\_26\\_3\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2018_26_3_9)

## References

1. Pai A, Suris AM, North CS. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*. 2017;7(1):7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>

2. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, 1992. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228\\_eng.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf)

3. World Health Organization. *Post-traumatic stress disorder (PTSD) [Fact sheet]*. Published May 27, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

4. Hlushchuk AO, Kandybal AS, Odanelchuk NS. Post-traumatic stress disorder as a consequence of war in military personnel and civilians. *Bulletin of the National Defense University of Ukraine*. 2024;6:19-25. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>. (In Ukrainian).

5. Matiash MM, Khudenko LI. Ukrainian syndrome: features of post-traumatic stress disorder in participants of the anti-terrorist operation. *Ukrainian Medical Journal*. 2014;6:124-127. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\\_2014\\_6\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_6_31). (In Ukrainian).

6. Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorder": approved by the Order of the Ministry of Health of Ukraine on July 19, 2024, No 1265. [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf). (In Ukrainian).

7. Post-traumatic stress disorders: a textbook. Mykhailov BV, ed. Kyiv: Medytsyna; 2014. 246 p. (In Ukrainian).

8. Mishyiev VD, Mykhailov BV, Hrynevych YeH, Omelianovych VYu. *Mental disorders due to hostilities: a textbook*. 2<sup>nd</sup> ed. Kyiv: Medytsyna; 2024. 167 p. (In Ukrainian).

9. Haidabrus AV. Complex post-traumatic stress disorder in combatants in the joint forces operation zone in the perspective of the eleventh revision of the international classification of diseases. *Psychiatry, Neurology and Medical*

*Psychology*. 2019;11:19-24. DOI: 10.26565/2312-5675-2019-11-02. (In Ukrainian).

10. McNally RJ. The ontology of posttraumatic stress disorder: natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2012;19(3):220-228. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12001>

11. Naprieienko OK, Marchuk TYe. Clinical characteristics of post-traumatic stress disorder course variants. *Archives of Psychiatry*. 2002;1:117. (In Ukrainian).

12. Naprieienko OK, Naprieienko NYu. Comprehensive psychological, psychiatric and narcological assistance to victims of armed conflicts, peaceful protests and internally displaced persons. *Ukrainian Therapeutic Journal*. 2015;3:80-85. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ\\_2015\\_3\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ_2015_3_14). (In Ukrainian).

13. Napreyenko O, Alftian A. A comprehensive approach to the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with post-traumatic stress disorder, depression and comorbid arterial hypertension. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2025;10(2). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i2.614>. (In Ukrainian).

14. Chaban OS. *Psychotrauma and its consequences in general therapeutic practice — why is it important to identify and process it in time?: lecture materials*. Zaporizhzhia: ZSMU; 2023. [https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01\\_TRAN-SKRYPT\\_Oleg\\_CHaban\\_Lektsiya\\_1\\_Travma-.pdf](https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01_TRAN-SKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_1_Travma-.pdf). (In Ukrainian).

15. Trull TJ, Widiger TA. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2013;15(2):135-146. doi:10.31887/DCNS.2013.15.2/trull

16. Campbell SB, Renshaw KD, Noone M. The role of personality traits in posttrauma comorbidity. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015;16(2):197-210. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.985864>

17. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder* 2023. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

18. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder [NG116]: NICE guideline*. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

19. Savelieva-Kulyk N. Approaches to the treatment of post-traumatic stress disorder in the military (review). *NeuroNews*. 2026;2(167):37-40. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2026/2%28167%29/pages-37-40/pidhodi-do-likuvannya-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-u-viyskovih#h3-1>. (In Ukrainian).

20. Klymkiw R, Kulmatytskyi A, Bilobryn M. Post-traumatic stress disorder in veterans: innovative methods of therapy and prevention. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2025;12(1):37-47. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-03>. (In Ukrainian).

21. Shirley Ryan AbilityLab. *Personality Diagnostic Questionnaire* | RehabMeasures Database. 2020. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/personality-diagnostic-questionnaire>

22. Kohut A, Chaban O. *Psychodiagnostic evaluation of the use of the PCL-5, PHQ-9, and GAD-7 scales in stress-related disorders and associated sleep disorders*. PMGP [Internet]. 31, March 2025; 10(1). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597>. (In Ukrainian).

23. Melnyk, Yuriy & Стадник, А. *Patient health questionnaire: methodical guide (Ukrainian version)*. 2025. 10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.2.2025

24. Aleksina N, Gerasimenko O, Lavrynenko D, Savchenko O. Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): diagnostic experience in the state of martial law. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2024;11:77-103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>. (In Ukrainian).

25. Kokun OM, Lozinska NS, Pishko IO, Oliinyk VO. *Diagnostics of psychological changes in military personnel during the war: a manual*. Kyiv: TOV "7BTs"; 2025. 162 p. (In Ukrainian).

26. Belov OO, Markova MV, Novytskyi AV, Dronenko VH, Markov AR. Features of stress response of higher medical education seekers in wartime conditions. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2024;32(4):4-9. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-1>. (In Ukrainian).

27. Moldavska KhO, Opria YeV. Features of the clinical profile of military personnel with post-traumatic stress disorder. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2024;32(3):62-65. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-10>. (In Ukrainian).

28. Danylenko TI. Research on comorbidity of post-traumatic syndrome and mine-explosive trauma among military personnel (based on the experience of the Russian-Ukrainian war). *Mental Health*. 2025;3. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.6>. (In Ukrainian).

29. Maruta NA, Zavorotnyi VI. Principles of rehabilitation of military personnel with various forms of post-traumatic stress disorder. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2018;26(3):33-38. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2018\\_26\\_3\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2018_26_3_9). (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 17.03.2026

Прийнято до друку 20.03.2026

**МІШИЄВ Вячеслав Данилович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри\*; <https://orcid.org/0000-0003-1931-7449>

**ІВАЩУК Максим Вадимович**, аспірант кафедри\*; <https://orcid.org/0009-0004-8495-1600>

\* — кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

**MISHYIEV Viacheslav**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department\*\*; <https://orcid.org/0000-0003-1931-7449>

**IVASHCHUK Maksym**, Postgraduate Student of the Department\*\*; <https://orcid.org/0009-0004-8495-1600>

\*\* — Department of General, Children's, Forensic Psychiatry and Narcology of the P.L. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine