

УДК 351:[004.056.5:316.77]

Толмачов Олексій Анатолійович

*кандидат медичних наук,
докторант кафедри публічного адміністрування
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Tolmachov Oleksii

*Candidate of Medical Sciences, Doctoral Student of the
Department of Public Administration
Interregional Academy of Personnel Management*

ORCID:0009-0008-1199-6567

Чайковський Андрій Романович

*аспірант кафедри публічного адміністрування
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Chaikovskiy Andrii

*Postgraduate Student of the Department of Public Administration
Interregional Academy of Personnel Management*

ORCID: 0009-0008-1199-6567

DOI: 10.25313/2617-572X-2024-10-10399

БЕЗПЕКОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРЕВЕНЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

SECURITY ASPECTS OF PUBLIC ADMINISTRATION IN THE FIELD OF PREVENTION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN MILITARY PERSONNEL

Анотація. Вступ. Військова служба пов'язана із впливом травматичних стресових чинників, включаючи небезпеки в зоні бойових дій, нещасні випадки та інші професійні небезпеки, які можуть піддавати військовий персонал підвищеному ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Роль держави у цьому процесі – зменшити негативні наслідки ПТСР у групі військовослужбовців, реінтегрувати ветеранів у суспільство через інструменти публічної політики.

Мета – проаналізувати актуальну проблему розвитку посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців та можливості зменшення негативних наслідків війни на комбатантів через механізми державної політики.

Матеріали і методи. Розглянуто основні фактори ризику, що сприяють виникненню ПТСР у військових, включаючи специфіку бойових дій, індивідуальні психологічні особливості та соціальні чинники. Проаналізовано сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування ПТСР у військовому середовищі. Особлива увага приділяється важливості раннього виявлення симптомів та своєчасного надання психологічної допомоги. На основі проведеного дослідження запропоновано комплексний підхід до зниження ризиків розвитку ПТСР, який включає психоедукацію, психотерапевтичні втручання та соціальну підтримку. Отримання результатів вибудовується на основоположних положеннях науки публічного управління, психології. Методологічний інструментарій передбачає використання як загальнонаукових методів пізнання, так і спеціальних. У процесі дослідження використано такі методи дослідження як діалектичний, метод систематизації, метод аналізу та синтезу, метод узагальнення.

Результати. Дослідження підкреслює важливість раннього виявлення симптомів ПТСР та своєчасного надання психологічної допомоги для запобігання розвитку хронічних форм розладу та покращення якості життя військовослужбовців. Необхідно впроваджувати комплексні програми профілактики та лікування ПТСР, які включають психоедукацію, психотерапію, соціальну підтримку та, за необхідності, медикаментозне лікування.

Перспективи. У статті наголошено на необхідності подальшого вивчення довгострокових наслідків ПТСР для військовослужбовців та розробки ефективних стратегій подолання цього розладу.

Ключові слова: публічне управління, публічна політика, травматичні події, військове лідерство, посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, психологічна травма, стрес, бойові умови, безпека, механізми публічного управління, державна безпека.

Summary. Introduction. Military service is associated with the impact of traumatic stress factors, including dangers in the combat zone, accidents and other occupational hazards that can expose military personnel to an increased risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD). The role of the state in this process is to reduce the negative consequences of PTSD in a group of military personnel, reintegrate veterans into society through public policy tools.

The aim is to analyze the current problem of the development of post-traumatic stress disorder among military personnel and the possibilities of reducing the negative consequences of war on combatants through state policy mechanisms.

Materials and methods. The main risk factors contributing to the occurrence of PTSD in the military are considered, including the specifics of combat operations, individual psychological characteristics and social factors. Modern approaches to the diagnosis, prevention and treatment of PTSD in a military environment are analyzed. Special attention is paid to the importance of early detection of symptoms and timely provision of psychological assistance. Based on the conducted research, a comprehensive approach to reducing the risks of developing PTSD is proposed, which includes psychoeducation, psychotherapeutic interventions and social support. Obtaining results is built on the fundamental principles of public administration science, psychology. The methodological toolkit involves the use of both general scientific methods of cognition and special ones. The following research methods were used in the research process: dialectical, systematization method, analysis and synthesis method, generalization method.

Results. The study emphasizes the importance of early detection of PTSD symptoms and timely provision of psychological assistance to prevent the development of chronic forms of the disorder and improve the quality of life of servicemen. It is necessary to implement comprehensive programs for the prevention and treatment of PTSD, which include psychoeducation, psychotherapy, social support and, if necessary, drug treatment.

Prospects. The article emphasizes the need for further study of the long-term consequences of PTSD for military personnel and the development of effective strategies for overcoming this disorder.

Key words: public administration, public policy, traumatic events, military leadership, post-traumatic stress disorder, military personnel, psychological trauma, stress, combat conditions, security, public administration mechanisms, state security.

Вступ. Російська військова агресія спричинила значний вплив на різноманітні аспекти суспільного життя, порушивши відчуття безпеки та викликавши інтенсивний стрес серед населення. Психологічні наслідки цього стресу становлять потенційну загрозу для психічного здоров'я як дітей, так і дорослих. Особливо вразливими до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є особи, які безпосередньо зазнали впливу травматичних подій або були їх свідками.

У контексті поточного конфлікту військовослужбовці представляють одну з найбільш вразливих груп населення [17]. Постійний вплив небезпечних для життя ситуацій, участь у бойових діях та перебування в екстремальних умовах значно підвищують ризик розвитку ПТСР у цій когорті.

ПТСР у військовослужбовців виникає внаслідок експозиції до травматичних подій, характерних для військової служби, таких як участь у бойових діях, вплив вибухів, отримання поранень та втрата побратимів [1–2; 5–6]. Симптоматика ПТСР включає повторне переживання травматичного досвіду, нічні кошмари, підвищену тривожність, депресивні стани та гіперзбудливість. Ці симптоми можуть суттєво обмежувати функціональні можливості військовослужбовців та негативно впливати на якість їхнього життя.

Актуальність дослідження ПТСР у військовослужбовців обумовлена високою поширеністю цього розладу та його значним впливом на психосоціальне

функціонування даної групи. Розробка ефективних стратегій профілактики, діагностики та лікування ПТСР у військовослужбовців є нагальною потребою сучасної військової психології та психіатрії.

Виклад основного матеріалу. Дослідження [4; 20] демонструють значущий негативний вплив стресу на психоемоційний та фізіологічний стан військовослужбовців. Цей вплив може мати довготривалі наслідки для їхнього соматичного здоров'я та соціального функціонування.

Специфіка військової служби характеризується інтенсивними фізичними та психологічними навантаженнями, а також тривалими періодами соціальної депривації, зокрема обмеженням контактів з родиною та близьким соціальним оточенням. Ці фактори потенційно призводять до виникнення почуття соціальної ізоляції та самотності, що, в свою чергу, може бути істотним джерелом хронічного стресу.

Крім того, виконання службових обов'язків часто вимагає від військовослужбовців дій, які можуть вступати в конфлікт з їхніми особистими моральними принципами або етичними нормами. Такі ситуації створюють підґрунтя для розвитку морального дистресу та посилюють загальний рівень психологічного напруження.

Сучасна дефініція визначає ПТСР як виснажливий дезадаптивний психічний розлад, що характеризується комплексом симптомів, що включають повторне переживання травматичної події,

уникнення пов'язаних із травмою стимулів, негативні зміни в когнітивній сфері та емоційному стані, а також стійке підвищення збудливості. Важливо зазначити, що ці симптоми зберігаються протягом тривалого періоду — місяців або навіть років після пережитої тяжкої травми.

Термін «травма» у контексті ПТСР використовується для опису специфічних типів переживань, які спричиняють інтенсивний стрес. Однак важливо розуміти, що не всі стресові події класифікуються як травма, здатна призвести до розвитку ПТСР. Для провокування цього екстремального стану травматична подія повинна мати певні характеристики: вона має бути шоковою та становити реальну загрозу життю або безпеці індивіда.

Зазначена концептуалізація ПТСР підкреслює важливість диференціації між загальними стресовими подіями та травматичними переживаннями, які потенційно можуть призвести до розвитку цього розладу. Таке розуміння є критичним для точної діагностики та розробки ефективних стратегій лікування ПТСР [7].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, поширеність ПТСР у загальній популяції в мирних умовах є відносно низькою та становить 6–8%. Варто зазначити, що клінічні прояви цього розладу зазвичай маніфестують протягом 6 місяців після впливу травматичної події [9].

До недавнього часу перелік основних травматичних подій для України включав такі фактори: стихійні лиха, пожежі, дорожньо-транспортні пригоди, пограбування, авіакатастрофи, встановлення несприятливого для життя медичного діагнозу, поранення або смерть близьких.

Однак сучасні клінічні спостереження та дослідження демонструють, що ПТСР має вищу частоту виникнення серед осіб, які зазнали впливу специфічних травматичних факторів. До них належать безпосередня участь у бойових діях, перебування в окупації, життя під постійними обстрілами або в регіонах із частими повітряними тривогами. Крім того, підвищений ризик розвитку ПТСР спостерігається у осіб, які пережили фізичне чи сексуальне насильство, були свідками насильницької смерті або катувань [7].

Відповідно до сучасних вітчизняних епідеміологічних досліджень, поширеність ПТСР в Україні сягає близько 25%, викликаючи особливе занепокоєння, враховуючи, що майже половина населення країни (57%) знаходиться в зоні підвищеного ризику розвитку ПТСР [9].

Дослідження впливу ПТСР на психічне здоров'я військовослужбовців виявило значну поширеність цього розладу серед ветеранів. Емпірично підтверджено, що наявність бойових травм суттєво підвищує ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців. У ході досліджень виявлено гендерні відмінності у поширеності ПТСР, зокрема, встановлено вищу частоту

цього розладу серед жінок порівняно з чоловіками, що підкреслює необхідність врахування гендерних аспектів при розробці та імплементації терапевтичних програм [15].

Вивчення потенціалу застосування технологій віртуальної реальності у лікуванні ПТСР свідчить про ефективність цього методу у редукції симптомів ПТСР, що відкриває нові перспективи в терапії цього розладу [18].

Систематичний аналіз ефективності когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні ПТСР підтверджує її високу ефективність у зменшенні симптоматики ПТСР, що обґрунтовує доцільність її застосування як першої лінії терапії цього розладу [21].

Етіологічні фактори ПТСР не обмежуються лише безпосереднім переживанням воєнної агресії, фізичного насильства чи тяжких страждань. Дослідження вказують на те, що високий рівень тривоги, депресії, хронічного стресу та персистуючі симптоми, пов'язані з травматичним досвідом, також можуть виступати як значущі провокувальні чинники у розвитку ПТСР [12].

Патолофізіологічний механізм розвитку ПТСР є комплексним і включає низку нейробіологічних порушень. Основою виникнення ПТСР вважають дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що супроводжується розвитком системного запалення, порушенням процесів нейротрансмісії та значними змінами нейротрофічної функції [13].

Нейровізуалізаційні та нейрофізіологічні дослідження демонструють, що при ПТСР основні структурні та функціональні зміни локалізуються переважно в чотирьох ключових зонах головного мозку, що відіграють критичну роль у регуляції емоцій, формуванні пам'яті, оцінці загрози та реакції на стрес, а саме, префронтальній корі, гіпокампі, гіпоталамусі та мигдалеподібному тілі.

Префронтальна кора, яка у здоровому стані забезпечує складне мислення, прийняття рішень та адекватну поведінку, при ПТСР демонструє дисфункцію когнітивних процесів, порушення прийняття рішень та неадекватне реагування на ситуації. Гіпокамп, відповідальний за передачу та зберігання інформації у вигляді пам'яті в нормі, при ПТСР характеризується порушенням функціонування механізмів пам'яті та труднощами з відновленням спогадів.

Мигдалеподібне тіло, яке в здоровому стані активує реакцію «бий або біжи» у відповідь на реальну небезпеку, при ПТСР викликає цю реакцію у відповідь на спогади або думки про небезпеку. Гіпоталамус, що зазвичай регулює виділення гормонів (зокрема, кортизолу) для подолання стресу, при ПТСР демонструє гіперактивність, що призводить до дисбалансу гормонів та посилення стресу і тривоги.

ПТСР характеризується глибоким і всеохоплюючим впливом на життя індивіда, що виходить далеко за межі звичайних порушень настрою. Цей розлад має потенціал суттєво порушити функціонування

особистості у різних сферах життя, включаючи професійну діяльність, міжособистісні стосунки, загальний стан здоров'я та здатність отримувати задоволення від повсякденної активності.

Нейробиологічні дослідження демонструють, що при ПТСР відбуваються значні зміни у функціонуванні мозку, зокрема у системах оцінки загрози та реагування на стрес. Після припинення дії травматичного фактора мозок осіб з ПТСР продовжує переоцінювати рівень потенційної небезпеки в навколишньому середовищі. Ця персистуюча гіперактивація систем реагування на загрозу призводить до нездатності мозку самостійно повернутися до нормального функціонального стану [13].

Як наслідок, у пацієнтів з ПТСР спостерігається тенденція до помилкової інтерпретації нейтральних стимулів як потенційно загрозливих, що призводить до сприйняття навколишнього світу як надзвичайно небезпечного.

Етіологія ПТСР у військовослужбовців безпосередньо пов'язана з експозицією до травматичних подій, характерних для умов військової служби. Такі події включають, але не обмежуються, участю в активних бойових діях, перебуванням під обстрілами та вибухами, отриманням поранень та втратою бойових побратимів. Особливо високий ризик розвитку ПТСР та його потенційно тяжких наслідків спостерігається серед військовослужбовців, які мали тривалий досвід перебування в зоні активних бойових дій. У цій когорті поширеність ПТСР може досягати значних показників, а його клінічні прояви можуть мати більш виражений та комплексний характер, що суттєво впливає на загальне функціонування та якість життя постраждалих.

Симптоматика ПТСР зазвичай маніфестує невдовзі після травматичної події, хоча в деяких випадках може спостерігатися відтермінований початок — через кілька місяців або навіть років. Відповідно до сучасних діагностичних критеріїв, виокремлюють чотири основні кластери симптомів ПТСР:

- повторне переживання травматичної події;
- уникнення стимулів, асоційованих із травмою;
- негативні зміни в когніціях та настрої;
- гіперзбудження.

Повторне переживання травматичної події характеризується інтрузивними, надзвичайно реалістичними та лякаючими спогадами, які проявляються у формі нічних кошмарів або флешбеків та можуть бути спровоковані специфічними тригерами (звуковими, візуальними чи тактильними стимулами).

Уникнення є характерною захисною реакцією, при якій особи з ПТСР підсвідомо намагаються уникати ситуацій, об'єктів чи діяльності, що асоціюються з травматичною подією та включають уникнення перебування в натовпі, керування транспортними засобами, перегляду новин чи фільмів, феєрверків або обговорення травматичного досвіду.

Негативні зміни в когніціях та настрої проявляються у зростанні кількості й інтенсивності негативних думок, емоцій порівняно з до-травматичним періодом, та можуть включати анестезію позитивних емоцій, труднощі у відчутті любові чи співчуття, втрату інтересу до раніше приємних активностей.

Гіперзбудження характеризується постійним станом «бойової готовності», що супроводжується підвищеною дратівливістю, проблемами зі сном, труднощами з концентрацією уваги та гіпервігілантністю. Додатково, особи з ПТСР часто відчувають інтенсивні емоції сорому, провини та безпорадності, які ускладнюють клінічну картину та процес відновлення.

Розуміння цього комплексного симптомокомплексу є критичним для точної діагностики та розробки ефективних терапевтичних стратегій для пацієнтів з ПТСР.

До факторів, які суттєво впливають на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, належать: участь у бойових діях, інвалідність внаслідок травми або поранення, наявність соматичних захворювань та відсутність соціальної підтримки після демобілізації [3; 8].

Дослідження Nassif T. виявило, що рівень уваги/усвідомленості, бойовий досвід та мотивація військовослужбовця мають значний вплив на прояви психопатологічних симптомів. Зокрема, встановлено, що низький рівень усвідомленості у військовослужбовців корелює з ризикованою поведінкою (домінантність, безтурботність, жорсткість) та асоціюється з більш вираженими симптомами ПТСР, які супроводжуються значними порушеннями функцій різних систем організму [13].

Здатність до реакції на внутрішній досвід, тобто спроможність розрізняти і відчувати власні емоції, думки та фізіологічні реакції на травматичні події без їх приховування чи ігнорування, є ключовим компонентом усвідомленості. Ця навичка сприяє ефективному подоланню травматичного досвіду та стресу, а також підтримці психічного здоров'я військовослужбовців [14].

Загалом, усвідомленість сприяє розвитку саморегуляції, що є особливо цінною навичкою для осіб, які пережили травматичні події. Ця стратегія дозволяє контролювати емоційні та когнітивно-поведінкові реакції. Навпаки, відсутність або зниження самоконтролю у військовослужбовців може провокувати прояви агресії, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами з подальшим розвитком залежності [13; 14].

Автором Sija J van der Wal було досліджено фактори ризику, пов'язані з симптомами ПТСР у військовослужбовців після участі у бойових діях, та особливості цих симптомів [19]. Оцінка симптомів ПТСР проводилась за допомогою аналізу шкали самооцінки ПТСР (SRIP) від перших проявів до 10 років після участі у бойових діях.

Дослідження виявило чотири варіанти розвитку симптомів:

- у 85% військовослужбовців спостерігався стійкий варіант, при якому симптоми ПТСР зберігались протягом 10 років;
- у 6% військовослужбовців стан покращився, і спостерігалось полегшення симптомів;
- у 2% військовослужбовців симптоми повністю зникли;
- у 7% спостерігався відстрочений початок ПТСР, коли військовослужбовці підтримували психічну стійкість протягом певного часу, але згодом симптоми проявлялись.

Дослідження виявило групу військовослужбовців, у яких спостерігалось наростання симптомів ПТСР, які не зменшувались під впливом існуючих програм підтримки психічного здоров'я. Це вказує на необхідність впровадження альтернативних методів лікування для цієї групи, які можуть потребувати більш індивідуалізованих та комплексних підходів для підтримки психічного здоров'я [19].

Протягом тривалого періоду науковцями досліджувались основні симптоми, пов'язані з ПТСР, які можуть стати стійкими і тривати роками. ПТСР асоціюється з довготривалими нейробіологічними змінами та супутніми захворюваннями, що можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я, особливо якщо особа не отримала або не звернулась вчасно за медичною допомогою [10].

Дослідження [22] демонструють, що коморбідні стани, які супроводжують ПТСР, ускладнюють тяжкість розладу. Крім того, наявність алкогольної або наркотичної залежності впливає на тривалість лікування. Значущим фактором є врахування інших психічних розладів та всіх супутніх симптомів під час терапії ПТСР. Важливо, щоб мультидисциплінарна команда, що складається з медичних психологів, психотерапевтів та психіатрів, проводила комплексну оцінку наявності психічних розладів та обирала відповідні терапевтичні підходи.

Рівень проявів ПТСР у військовослужбовців виявляється вищим порівняно з цивільними особами. Це є наслідком впливу бойових дій, тяжких умов служби та стресових ситуацій, з якими вони стикаються під час виконання службових обов'язків. ПТСР має значні соціальні та економічні наслідки. За даними Harpel K. L. [11], пацієнти з ПТСР можуть частіше використовувати медичні послуги, що може бути

пов'язано зі збільшеним ризиком розвитку різних фізичних та супутніх захворювань.

Варто зазначити, що реальна поширеність ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів може бути вищою, ніж представлено в літературних джерелах. Згідно з наявними даними, задекларована поширеність ПТСР коливається в межах 13–20%. Однак, як стверджують дослідники [16], і ми поділяємо цю думку, існує ймовірність заниження цих показників. Це може бути пов'язано з тенденцією військовослужбовців приховувати симптоми ПТСР через побоювання, що їх розкриття може негативно вплинути на кар'єрне просування. Таким чином, реальна епідеміологічна картина ПТСР у військовій популяції може бути більш значущою, ніж відображено у наявних статистичних даних.

Описані нейробіологічні зміни при ПТСР демонструють комплексний вплив травматичного досвіду на функціонування мозку, що підкреслює важливість своєчасної діагностики та лікування цього розладу. Розуміння цих нейрокогнітивних змін є критичним для розробки ефективних терапевтичних стратегій, спрямованих на нормалізацію процесів обробки інформації про загрозу та відновлення адаптивного функціонування у пацієнтів з ПТСР.

Висновки. Таким чином, військовослужбовці піддаються підвищеному ризику розвитку ПТСР через специфіку їхньої професійної діяльності, пов'язаної з бойовими діями, травматичними подіями та стресовими ситуаціями. Основними факторами ризику виступають інтенсивність та тривалість бойових дій, попередній досвід травматичних подій, індивідуальні психологічні особливості, рівень соціальної підтримки та доступність психологічної допомоги.

Дослідження підкреслює важливість раннього виявлення симптомів ПТСР та своєчасного надання психологічної допомоги для запобігання розвитку хронічних форм розладу та покращення якості життя військовослужбовців. Необхідно впроваджувати комплексні програми профілактики та лікування ПТСР, які включають психоедукацію, психотерапію, соціальну підтримку та, за необхідності, медикаментозне лікування.

Отримані результати вказують на потребу в подальших дослідженнях, спрямованих на розробку ефективних методів скринінгу, вдосконалення терапевтичних підходів та вивчення довгострокових наслідків ПТСР для військовослужбовців та їхніх сімей.

Література

1. Друзь О., Родченко Л., Руденко Л., Семенець-Орлова І., Вельган О. Взаємозв'язок психологічної стійкості та індикаторів особистісного розвитку. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. 5 (61). С. 5–11.
2. Ключко А., Семенець-Орлова І. Бойовий стрес як детермінанта порушень ментального здоров'я в умовах війни. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. 1 (15). С. 91–95.
3. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22, № 3. С. 12–15.
4. Платинюк О.Б. Діагностика корекція та профілактика неспокійних психічних розладів в учасників бойових дій, які одержали поранення : дис. д-ра філософії; Харків. нац. мед. ун-т МОЗ України. Харків, 2022. 154 с.
5. Родченко Л., Друзь О., Руденко, Л., Семенець-Орлова, І., & Вельган О. Розвиток емоційної стійкості особистості для подолання наслідків військової травми. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. 5 (61). С. 18–24.
6. Руденко Л., Друзь О., Родченко Л., Семенець-Орлова І., Вельган О. Психологічні детермінанти резилієнтності: теоретичний аналіз підходів. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. 5 (61). С. 25–31.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
8. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C.A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, № 1. P. 48.
9. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15, № 4. P. 697–704.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5TM). 2013.
11. Harper K.L., Thompson-Hollands J., Keane T.M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53, № 5. P. 819–827.
12. Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11, № 4. P. 383–390.
13. Nassif T.H., Start A.R., Toblin R.L., Adler A.B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11, № 4. P. 466–474.
14. Nissen L.R., Karstogt K-I., Vedtofte M.S. et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*. 2017. Vol. 3, № 6. P. 274–280.
15. Olff M., Langeland W., Draijer N., Gersons B.P. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*. 2019. Vol. 135, № 2. P. 304–317.
16. PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with non-deployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress / J.J. Vasterling [et al.]. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23(1). P. 41–51.
17. Radchenko O., Kovach V., Semenets-Orlova I., Zaporozhets A. (Eds.). National security drivers of Ukraine: information technology, strategic communication, and legitimacy. *Springer Nature*. 2023.
18. Rizzo A., Shilling R., Buckwalter J.G. The effectiveness of virtual reality-based intervention for military-related PTSD: A systematic review. *Journal of Neural Engineering*. 2018. Vol. 15, № 1. P. 011001.
19. Sija J van der Wal, Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2020. Vol. 64, № 1: e10.
20. Smirnov A. The Role of Stress Resistance in Military Operations. *Journal of Military Science*. 2021. Vol. 15, Iss. 3. P. 89–102.
21. Steenkamp M.M., Litz B.T., Hoge C.W., Marmar C.R. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015. Vol. 314, № 5. P. 489–500.
22. Walter K.H., Levine J.A., Highfill-McRoy R.M., Navarro M. et al. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006–2013. *Journal Trauma Stres*. 2018. 31(6). P. 837–844.

References

1. Druz, O., Rodchenko, L., Rudenko, L., Semenets-Orlova, I., & Velhan, O. (2023). Vzaiemozviazok psykhologichnoi stiikosti ta indykatoriv osobystisnoho rozvytku [The relationship between psychological resilience and indicators of personal development]. *Naukovi pratsi Mizhrehionalnoi Akademii upravlinnia personalom. Psykholohiia*, (5 (61)), 5–11 [in Ukrainian].

2. Klochko, A., & Semenets-Orlova, I. (2024). Boiovyi stres yak determinanta porushen mentalnoho zdorovia v umovakh viiny [Combat stress as a determinant of mental health disorders in wartime]. *Suchasna medytsyna, farmatsiia ta psykholohichne zdorovia*, (1 (15)), 91–95 [in Ukrainian].
3. Pinchuk, I. Ia., Petrychenko, O. O., & Kolodiezhyi, O. V. et al. (2016). Struktura zakhvoriuvanosti ta poshyrenist reaktsiï na vazhkyi stres t porushennia adaptatsii v Ukraini u pershomu pivrichchi 2016 roku [The structure of morbidity and prevalence of reactions to severe stress and adaptation disorders in Ukraine in the first half of 2016]. *Arkhiv Psykhiatrii*, 22, 3, 12–15 [in Ukrainian].
4. Platyniuk, O. B. (2022). Diahnastyka korektsiia ta profilaktyka nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladiv v uchasnnykh boiovykh dii, yaki oderzhaly poranennia [Diagnostics, correction and prevention of non-psychotic mental disorders in wounded combatants]: dys. d-ra. filosofii; Kharkiv. nats. med. un-t MOZ Ukrainy. Kharkiv [in Ukrainian].
5. Rodchenko, L., Druz, O., Rudenko, L., Semenets-Orlova, I., & Velhan, O. (2023). Rozvytok emotsiinoi stiikosti osobystosti dlia podolannia naslidkiv viiskovoi travmy [Development of emotional resilience of the individual to overcome the consequences of military trauma]. *Naukovi pratsi Mizhrehionalnoi Akademii upravlinnia personalom. Psykholohiia*, (5 (61)), 18–24 [in Ukrainian].
6. Rudenko, L., Druz, O., Rodchenko, L., Semenets-Orlova, I., & Velhan, O. (2023). Psykholohichni determinanty rezylientnosti: teoretychnyi analiz pidkhodiv [Psychological determinants of resilience: theoretical analysis of approaches]. *Naukovi pratsi Mizhrehionalnoi Akademii upravlinnia personalom. Psykholohiia*, (5 (61)), 25–31 [in Ukrainian].
7. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Omelianovych, V. Iu. (2023). Psykhichni rozlady voiennoho chasu [Mental disorders of wartime]. Kyiv: “Vydavnychy dim Medknyha” [in Ukrainian].
8. Armenta, R. F., Rush, T., LeardMann, C. A. et al. (2018). Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*, 18, 1, 48.
9. Copeland, L. A., Finley, E. P., Rubin, M. L. et al. (2023). Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15, 4, 697–704.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5TM). 2013.
11. Harper, K. L., Thompson-Hollands, J., Keane, T. M. et al. (2022). Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*, 53, 5, 819–827.
12. Meyer, E. C., La, Bash H., DeBeer, B. B. et al. (2019). Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*, 11, 4, 383–390.
13. Nassif, T. H., Start, A. R., Toblin, R. L., & Adler, A. B. (2019). Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma*, 11, 4, 466–474.
14. Nissen, L. R., Karstogt, K-I., Vedtofte, M. S. et al. (2017). Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*, 3, 6, 274–280.
15. Olff, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2019). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 135, 2, 304–317.
16. Vasterling, J. J. et al. (2010). PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with non-deployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 41–51.
17. Radchenko, O., Kovach, V., Semenets-Orlova, I., & Zaporozhets, A. (Eds.). (2023). National security drivers of Ukraine: information technology, strategic communication, and legitimacy. *Springer Nature*.
18. Rizzo, A., Shilling, R., & Buckwalter, J. G. (2018). The effectiveness of virtual reality-based intervention for military-related PTSD: A systematic review. *Journal of Neural Engineering*, 15, 1, 011001.
19. Sija, J van der Wal, Vermetten, E., Elbert, G. (2020). Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *Eur Psychiatry*, 64, 1: e10.
20. Smirnov, A. (2021). The Role of Stress Resistance in Military Operations. *Journal of Military Science*, 15, 3, 89–102.
21. Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*, 314, 5, 489–500.
22. Walter, K. H., Levine, J. A., Highfill-McRoy, R. M., Navarro, M. et al. (2018). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U. S. Active Duty Service Members, 2006–2013. *Journal Trauma Stress*, 31(6), 837–844.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2024