

Отримано: 9 червня 2025 р.

Прорецензовано: 10 червня 2025 р.

Прийнято до друку: 11 червня 2025 р.

e-mail: eduard.balashov@oa.edu.ua

sofiia.loziuk@oa.edu.ua

DOI: <http://doi.org/10.25264/2415-7384-2025-18-22-27>

Балашов Е. М., Лозюк С. А. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: ключові теорії та сучасні концепції. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 22–27.

УДК: 159.9:616.89-008

Балашов Едуард Михайлович,

доктор психологічних наук, професор, ректор

Національного університету «Острозька академія»

ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0000-0002-6486-0494>**Лозюк Софія Андріївна,**

студентка другого (магістерського) рівня здобуття

вищої освіти спеціальності 053 «Психологія»

Національного університету «Острозька академія»

ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0009-0008-9475-6058>

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: КЛЮЧОВІ ТЕОРІЇ ТА СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психогенним станом, що виникає внаслідок пережитої травматичної події та суттєво впливає на психічне функціонування людини. У статті розглянуто теоретичні аспекти ПТСР, зокрема його історичний розвиток, визначення та ключові концепції. Проведено аналіз сучасних досліджень, що стосуються механізмів розвитку та психологічних особливостей розладу, з урахуванням міжособистісних та соціальних факторів. Особливу увагу приділено розмежуванню ПТСР та комплексного ПТСР (КПТСР), а також їхнім клінічним характеристикам. Визначено основні підходи до діагностики та можливі напрями подальших досліджень у межах психології травми.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР); психологічна травма; емоційна регуляція; когнітивні викривлення; нейробіологічні механізми; соціально-психологічні фактори; діагностика та терапія ПТСР; психосоціальна підтримка; стресова вразливість.

Eduard Balashov,

Doctor of Psychological Sciences, Professor

The National University of Ostroh Academy

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-6486-0494>**Sofia Lozyuk,**

student of the second (master's) level of higher education, specialty 053 "Psychology",

The National University of Ostroh Academy

ORCID-ID: <https://orcid.org/0009-0008-9475-6058>

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: KEY THEORIES AND MODERN CONCEPTS

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a complex psychological condition that develops as a response to traumatic experiences, significantly affecting emotional stability, cognitive functioning, and overall well-being. Initially recognized in the 20th century, PTSD has evolved into a distinct clinical diagnosis, characterized by persistent intrusive memories, emotional avoidance, heightened arousal symptoms, and profound disruptions in daily life. This article provides a theoretical analysis of PTSD, examining its historical development, defining characteristics, and key conceptual approaches. It explores major psychological theories that explain PTSD, including neurobiological and psychosocial foundations, while considering the role of individual resilience and external stressors. Particular attention is paid to the distinction between PTSD and complex PTSD (CPTSD), focusing on their diagnostic criteria, symptomatology, and long-term effects on mental health.

Beyond individual psychological factors, the article discusses interpersonal and social determinants of PTSD, including the consequences of prolonged stress exposure, the influence of environmental triggers, and the role of emotional regulation in trauma recovery. Clinical perspectives highlight the challenges of diagnosing PTSD, especially given variations in symptom expression across different populations. Furthermore, this study reviews evidence-based therapeutic interventions aimed at mitigating trauma symptoms, ranging from cognitive-behavioral strategies to neurophysiological treatment approaches.

Given the increasing prevalence of PTSD across diverse contexts—including war zones, natural disasters, and cases of interpersonal violence—there remains a need for further research to refine diagnostic tools and treatment methodologies. The findings presented in this article contribute to the ongoing academic discourse on trauma-related disorders, emphasizing the necessity of comprehensive rehabilitation strategies. Understanding the underlying mechanisms of PTSD and CPTSD is

essential for improving mental health outcomes and addressing trauma-induced psychological disruptions in both clinical and societal contexts.

Keywords: *post-traumatic stress disorder (PTSD); complex post-traumatic stress disorder (CPTSD); psychological trauma; emotional regulation; cognitive distortions; neurobiological mechanisms; psychosocial factors; PTSD diagnosis and therapy; psychosocial support; stress vulnerability.*

Постановка проблеми. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, який розвивається внаслідок пережитих травматичних подій і суттєво впливає на соціальне, емоційне та когнітивне функціонування людини [4; с. 42]. Незважаючи на тривале наукове дослідження феномену ПТСР, питання його діагностики, розмежування симптоматики та розробки ефективних терапевтичних підходів залишаються актуальними.

Історично ПТСР розглядали переважно в контексті бойових травм у військовослужбовців [8]. Однак сучасні дослідження підтверджують, що цей розлад може виникати у людей, які пережили різні форми травматичного досвіду – від стихійних лих і техногенних катастроф до міжособистісного насильства та шахрайства, що суттєво підриває довіру до соціального середовища [8; с. 16].

Актуальність дослідження. Зростання випадків ПТСР, зокрема у зв'язку з воєнними конфліктами та кризовими ситуаціями, підкреслює необхідність детального аналізу його симптоматики, механізмів розвитку та наслідків [9]. Особливої уваги потребує розмежування ПТСР та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), який супроводжений додатковими порушеннями емоційної регуляції, самосприйняття та міжособистісної взаємодії [12].

Психологічна травма може призводити не лише до гострих реакцій на стрес, а й до хронічних змін особистості, порушень соціальної адаптації та формування когнітивних викривлень, які зберігаються протягом усього життя [3]. Важливими залишаються питання профілактики та психосоціальної підтримки осіб, схильних до розвитку ПТСР унаслідок екстремальних подій.

Метою цієї роботи є узагальнення ключових теоретичних підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу, аналіз механізмів його формування та визначення чинників, що впливають на інтенсивність і тривалість симптоматики. Розглянути основні психологічні концепції, що пояснюють природу ПТСР, а також сучасні клінічні та соціально-психологічні аспекти його прояву.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дедалі більше зосереджуються на його нейробіологічних механізмах, а також на соціально-психологічних факторах, що впливають на його розвиток. Одним із важливих аспектів є уточнення диференційованої симптоматики ПТСР та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) [3; с. 56].

На сучасному етапі 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) розмежовує ці два розлади, вводячи окремі діагностичні критерії для КПТСР, що містять порушення в самоорганізації, труднощі у міжособистісній взаємодії та негативне самосприйняття [3].

Дослідження Грицевич Т. Л. показують, що клінічна картина КПТСР охоплює глибші структурні зміни особистості, що відрізняє його від класичних проявів ПТСР. Автор наголошує, що у пацієнтів із КПТСР частіше наявне хронічне почуття провини, соціальна ізоляція, токсична внутрішня критика, що значно впливає на якість їхнього життя [12].

Застосування різних діагностичних методів забезпечує точність визначення ПТСР та сприяє розробці індивідуалізованих стратегій лікування. Наприклад, шкала PC-PTSD-5 може бути використана для первинного скринінгу осіб із підвищеним ризиком розвитку ПТСР, тоді як більш детальні оцінки за допомогою CAPS-5 або PCL-5 дозволяють визначити рівень вираженості симптомів та специфічні особливості розладу. Це має особливу значущість в умовах обмежених ресурсів первинної медичної допомоги, де швидка ідентифікація стану пацієнта є ключовим фактором для подальшого медичного супроводу. Крім того, зазначені діагностичні інструменти можуть бути інтегровані у цифрові платформи, що забезпечують моніторинг психоемоційного стану та сприяють самоконтролю [2, с. 36].

У соціально-психологічному аспекті дослідження Мельник А. П. підкреслюють важливість факторів ризику, що впливають на формування ПТСР. Автор звертає увагу на те, що рівень стресового впливу залежить не лише від об'єктивних характеристик події, а й від суб'єктивного ставлення людини до пережитої ситуації [9].

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ПТСР у загальній популяції варіюється від 1% до 12%, залежно від факторів травматичного досвіду. Окрім того, після масштабних катастроф у 50–80% людей, які пережили подію, розвивається ПТСР, що підкреслює важливість соціальної підтримки та профілактичних заходів [1].

Окрему увагу приділено впливу травми на дітей. Дослідження свідчать, що серед дітей, які зазнали сильного стресу, рівень розвитку ПТСР може бути вищим, ніж у дорослих. Це пояснюється тим, що у

дітей ще не сформовані механізми психологічного захисту, що посилює вплив пережитих травматичних ситуацій [16].

Так, останні дослідження ПТСР акцентують увагу не лише на його діагностичних критеріях, а й на соціальних, нейробіологічних та міжособистісних чинниках, що визначають перебіг цього розладу.

Виклад основного матеріалу. Поняття «посттравматичний стресовий розлад» увійшло в ужиток у 70-х роках XX століття, значною мірою завдяки спостереженням психічних порушень у ветеранів війни у В'єтнамі, що отримали назву «в'єтнамський синдром». Офіційне визнання цього розладу відбулося у 1980 році, коли Американська психіатрична асоціація зарахувала його до свого Діагностичного та статистичного посібника з психічних захворювань [4; с. 42]. Згодом дослідники усвідомили, що симптоматика, яка спостерігається у військових, може мати ширший контекст, оскільки ПТСР розвивається не лише у людей, що брали участь у бойових діях, а й у тих, хто пережив надзвичайно стресові життєві ситуації. Крім військової практики, до числа потенційних тригерів відносять фізичні напади, стихійні лиха, аварії, навіть шахрайство, що підриває довіру людини до соціального середовища, адже психіка людини буває неготовою до обробки надмірних емоційних навантажень [8; с. 16].

Психічна травма, що є основою розвитку ПТСР, визначається як наслідок подій, критичних за своєю природою та перевищуючи адаптаційні можливості індивіда. Ці події провокують не лише глибокі емоційні стани страху, жаху та безсилля, але й порушують психологічну та фізіологічну рівновагу людини. Зазвичай особа, яка пережила травматичну подію, схильна до уникання будь-яких думок чи спогадів, пов'язаних із травмою, а у деяких випадках проявляється часткова амнезія цієї події. Водночас минулі події можуть повторно виникати у вигляді нав'язливих спогадів або нічних кошмарів, що підсилюють психологічне навантаження і впливають на якість повсякденного функціонування [7]. У цьому сенсі сам характер травматичного впливу, його раптовість та інтенсивність взаємодіють із суб'єктивною оцінкою події, що є вирішальним чинником для виникнення розладу.

Історично питання ПТСР починало розглядатися як специфічний військовий розлад, коли у кінці XIX – на початку XX століття симптоми, схожі на сучасний ПТСР, описувалися серед солдатів, які брали участь у бойових діях [15]. Такі стани, як «солдатське серце», «снарядний шок», «фронтowa втома», зазвичай трактувалися з моральної точки зору та сприймалися як ознаки слабкості чи боягузтва [14]. Проте подальші дослідження, зокрема, після Другої світової війни та під час вивчення наслідків бойових дій, показали, що психічні порушення можуть мати відтермінований характер, з'являючись роками після безпосереднього переживання події. Зокрема у багатьох випадках симптоми, що характеризують підвищене занепокоєння, повторювані сни з військовим змістом, депресивні стани та труднощі у формуванні міжособистісних стосунків, спостерігалися не одразу, а з певним запізненням, що підтверджує гіпотезу про затриманий вплив психічної травми [3; с. 48].

Аналіз загальної та вікової психології дозволяє стверджувати, що розвиток ПТСР зумовлений не лише самим фактом пережиття травматичної події, але й рядом інших чинників, серед яких важливу роль відіграють особистісні характеристики людини, її біологічний фон та попередній досвід. Деякі дослідники вказують на наявність ризикових факторів, які підвищують ймовірність розвитку цього розладу. Наприклад, якщо людина сприймає подію як несправедливу або невідповідну її очікуванням, а також не має достатніх ресурсів для подолання емоційного шоку, інтенсивність відчутного стресу зростає, що сприяє формуванню патологічних станів [8; с. 16]. У цьому контексті дослідження дозвільних та захисних механізмів психіки набувають особливої актуальності, адже вони дозволяють не лише краще зрозуміти природу стресових реакцій, але й спрямувати дослідницькі зусилля на виявлення ефективних механізмів адаптації в умовах надзвичайного емоційного навантаження.

У сучасних класифікаційних системах, таких як 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), посттравматичний стресовий розлад розподілено на дві споріднені категорії – класичний ПТСР (код 6B40) та комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР, код 6B41) [6]. Основна відмінність полягає у тому, що класичний ПТСР містить три групи симптомів: повторне переживання травматичної події, уникання думок чи спогадів про цю подію та постійне відчуття загрози, яке супроводжується надмірною пильністю та перебільшеною реакцією переляку. На відміну від нього, КПТСР характеризується не лише вищезазначеними симптомами, а й додатковими клінічними ознаками, що свідчать про «порушення в самоорганізації». Серед таких ознак виділяють розлади емоційної регуляції, негативну я-концепцію та проблеми у міжособистісних стосунках. Таке розширене симптомокомплекс обумовлюється тривалим або повторюваним впливом травматичних подій, що призводить до виснаження емоційних, психологічних та соціальних ресурсів індивіда.

Епідеміологічні дослідження свідчать, що у світовій популяції щонайменше 70,4% людей стикаються з травматичними ситуаціями протягом життя, при цьому приблизно у 4% з них розвивається ПТСР [11]. У загальній популяції поширеність цього розладу коливається в межах від 1% до 12%, тоді як серед тих, хто безпосередньо пережив травматичну подію, цей показник може сягати 30% [13]. Під час масштабних

катастроф, коли втручання триває постійно, розлад може розвиватися у 50–80% випадків серед тих, хто вижив [1].

Психопатологічна картина ПТСР характеризується значною поліморфністю, що ускладнює як установку діагнозу, так і вибір терапевтичної стратегії. Дослідники відзначають, що нерівноваженість міжособистісних контактів, інтенсивна емоційна реакція на спогади про травматичну подію та порушення когнітивних процесів відображаються у різноманітних психопатологічних проявах. Здатність до саморегуляції у контексті тривожності визначена як здатність людини ефективно контролювати та керувати своїми емоційними й когнітивними реакціями на стресові ситуації [5, с. 99]. Григоренко І. О. розглядає ПТСР як складне полісиндромальне утворення, що охоплює стійкі тривожно-депресивні, тривожно-фобічні та obsесивно-компульсивні розлади, які супроводжуються розвитком унікальної поведінки [3]. Автор підкреслює, що депресивний афект у пацієнтів із ПТСР може бути ключовим фактором у формуванні синдрому, сприяючи розвитку таких хронічних типів розладу, як тривожний, дисфоричний, апатичний і соматоформний.

Комплексний ПТСР є тяжчою формою розладу, який містить додаткові когнітивні та емоційні порушення, що мають значний вплив на інтеграцію особистості у соціальне середовище. Так, МКХ-11 визначає комплексний ПТСР як стан, що поєднує симптоми класичного посттравматичного стресового розладу із додатковими порушеннями в самоорганізації [6]. До них належать розлади емоційної регуляції, негативна я-концепція та складнощі у формуванні міжособистісних стосунків. Дослідники підкреслюють, що подібні порушення найчастіше розвиваються унаслідок тривалого чи повторюваного травматичного досвіду, що призводить до руйнування механізмів адаптації та особистісної цілісності. Люди, що страждають на КПТСР, відзначають значну соціальну ізоляцію, труднощі у побудові довільних стосунків, що часто супроводжується підвищеною тривожністю та депресивними станами [9].

Загальна структура ПТСР та КПТСР демонструє важливість не тільки змісту травматичної події, але й особистісних характеристик, що визначають ступінь стресової вразливості. Грицевич Т. Л. вказує, що клінічна картина посттравматичного стресового розладу часто поєднує психопатоподібні розлади поведінки, асоціальні та істеричні прояви, що можуть посилюватися вживанням алкоголю, наркотичних речовин та супроводжуватися важкою невротоподібною симптоматикою [12]. У багатьох випадках такі симптоми призводять до соціальної дезадаптації, що ускладнює процес інтеграції особистості у суспільне життя.

Питання поширеності ПТСР також набуває особливої актуальності в контексті масових кризових явищ, таких як війни, техногенні катастрофи чи пандемії. Дослідження підтверджують, що після масштабних катастроф у 50–80% випадків серед людей, які вижили, розвивається посттравматичний стресовий розлад [1]. Це свідчить про значний потенціал такого стану до масового розповсюдження у ситуаціях надзвичайного характеру. У загальній популяції частота ПТСР варіюється в межах 1–12%, тоді як серед осіб, що безпосередньо пережили психотравматичні події, цей показник може сягати 30% [13].

На сучасному етапі розвитку психіатрії посттравматичний стресовий розлад розглядається як складне психогенне порушення, що виникає внаслідок екстремального стресу, з яким психіка людини не може ефективно впоратися за допомогою звичних механізмів подолання [3; с. 56]. Це непсихотична відстроена реакція на травматичну подію, що може спровокувати психічні порушення незалежно від попереднього досвіду або рівня стресостійкості особистості. Внаслідок цього у людей із ПТСР формуються складні симптомокомплекси, що охоплюють тривожні, депресивні та obsесивно-компульсивні прояви, а також дисоціативні стани й унікальну поведінку [3].

Останні дослідження підтверджують, що розвиток ПТСР залежить не лише від самої травматичної події, а й від психосоціальних факторів, які впливають на адаптацію людини. Наприклад, Грицевич Т. Л. вказує, що психопатологічні прояви ПТСР можуть поєднувати асоціальні, експлозивні та істеричні реакції, що часто загострюються на фоні зловживання алкоголем або наркотичними речовинами [12]. Ці симптоми можуть сприяти соціальній дезадаптації, ускладнюючи інтеграцію особистості у суспільне життя. Водночас дослідники підкреслюють, що деякі з цих змін можуть мати адаптивний характер у контексті військового середовища, але в мирному житті вони, навпаки, стають фактором дестабілізації.

МКХ-11 розширює розуміння ПТСР, виокремлюючи комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) як окрему діагностичну категорію [6]. На відміну від класичного ПТСР, КПТСР містить додаткові симптоми, що свідчать про порушення у самоорганізації, охоплюючи розлади емоційної регуляції, негативну я-концепцію та труднощі у соціальних взаємодіях. Встановлено, що цей розлад розвивається унаслідок тривалого або повторюваного психотравматичного досвіду, що підриває здатність особистості до адаптації. Люди, які страждають на КПТСР, часто переживають почуття ізольованості, надмірну внутрішню критику та токсичне почуття провини, що значно погіршує якість їхнього життя.

Дослідники також звертають увагу на роль когнітивних викривлень у формуванні ПТСР. Наприклад, психологічна травма може спотворювати сприйняття реальності, змінюючи базові переконання людини про себе, навколишній світ і міжособистісні стосунки [9]. Це особливо актуально для людей,

які зазнали систематичного насильства в дитинстві чи пережили багаторічний психоемоційний стрес. Згідно з результатами досліджень, люди з КПТСР мають удвічі вищий ризик розвитку хронічних соматичних захворювань, а ймовірність суїцидальної спроби у них підвищується більш ніж удвічі [9].

Окрім медичних аспектів, сучасні концепції ПТСР акцентують увагу на впливі соціального середовища та інформаційного простору на формування травматичних реакцій. Наприклад, у період пандемій чи техногенних катастроф засоби масової інформації можуть значно впливати на рівень стресу у суспільстві, посилюючи тривожні настрої та сприяючи поширенню ПТСР серед широких верств населення [8; с. 17]. Водночас науковці наголошують на важливості прогнозування наслідків травматичних подій, оскільки невідповідність між очікуваннями людини та реальним розвитком ситуації може спричиняти глибоку внутрішню нестабільність і почуття безпорадності [8; с. 17].

Висновки. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психогенним станом, що має глибокий вплив на емоційну, когнітивну та соціальну сферу людини. Проведений аналіз підтверджує, що ПТСР не є суто військовим явищем, а може розвиватися унаслідок будь-якого надмірного стресового впливу, зокрема міжособистісного насильства, техногенних катастроф та довготривалих кризових ситуацій.

Теоретичне осмислення ПТСР та КПТСР свідчить, що розлад має нейробіологічні, когнітивні та соціально-психологічні механізми, які взаємодіють у складному симптомокомплексі. Дослідження демонструють, що порушення у роботі лімбічної системи, зокрема гіпокампу та амігдали, пояснюють нав'язливі спогади та порушення емоційної регуляції у пацієнтів із ПТСР.

Окрему увагу варто приділити розмежуванню ПТСР та КПТСР, оскільки останній містить глибші особистісні порушення та відображає системний травматичний досвід. КПТСР супроводжується порушенням самоорганізації, високим рівнем внутрішньої критики, соціальною ізоляцією та труднощами у формуванні здорових міжособистісних зв'язків.

Епідеміологічний аналіз підтверджує значне поширення ПТСР серед населення: у загальній популяції він зустрічається у 1–12% випадків, тоді як серед осіб, які пережили психотравматичні події, цей показник може перевищувати 30% [1]. В умовах масових криз, зокрема воєнних конфліктів чи стихійних лих, кількість випадків ПТСР може сягати 50–80% серед постраждалих [12].

На практичному рівні важливими залишаються питання діагностики та терапії ПТСР. Сучасні підходи до лікування базуються на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), терапії експозиції та EMDR. Крім того, психосоціальна підтримка відіграє ключову роль у процесі реабілітації, адже стабільне соціальне середовище та доступ до ресурсів сприяють емоційному відновленню людини.

Отже, ПТСР залишається актуальною проблемою сучасної психології та психіатрії, що вимагає подальших досліджень, вдосконалення діагностичних інструментів та розробки ефективних методів терапії. Особливу увагу варто приділити питанням профілактики, зокрема ранньому виявленню симптомів та організації підтримки для осіб, схильних до розвитку ПТСР.

Список використаної літератури:

1. Албул С. В., Ніколаєв О. Т., Тьорло О. І., Йосипів Ю. Р. Тактико-спеціальна підготовка працівників Національної поліції: навч. посіб. Одеса; Львів: ОДУВС; ЛьвДУВС, 2018. 480 с.
2. Базарний С., Новіков О. Комплексний аналіз інструментів PC-PTSD-5, CAPS-5 ТА PCL-5 для діагностики ПТСР у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Вип. 3 (85). С. 33–41.
3. Григоренко І.О., Савельєва Н. М. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах: навч. посіб. [для студ. і магістр. спец-тей «Соц. робота» і «Соц. педагогіка»]. Полтава: ПНПУ, 2017. 100 с.
4. Зликов В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
5. Каламаж Р., Волошина-Нарожна В., Тимошук Є., Балашов Е. Стилі подолання й здібності до саморегуляції як предиктори тривожності. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. № 12. С. 96–114. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-3> UDC 159.922:616.891.6-021.484
6. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacjonalnyj-klasifikator-nk-025.pdf>
7. Кокун О. М., та ін. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України. Львів: ЛДУБЖД, 2021. 175 с.
8. Коровіна Л.Д., Завгородня Н.І., Платинюк О.Б. Випадок посттравматичного стресового розладу, коморбідного з неспокійною психічною патологією. *Актуальні питання нейронаук: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів*. Харків: Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. Харків, 2015. С. 16–17.
9. Мельник А.П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 28. С. 176–185.
10. Мушкевич М. І. та ін. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2016. 130 с.
11. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упорядники: Д.Д. Романовська, О.В.Ілашук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

12. Психологія бою: Посібник / Грицевич Т.Л., Гузенко І.М., Капінус О.С., Мацевко Т.М., Романишин А.М.; за ред. А.М. Романишина. Львів: Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.
13. Gianluca L., Giuseppe M., Laura S., Veronica O., Carla D., Gabriele P., Salvatore G. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, 9. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00341/full>
14. Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, et al (2021). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3) : 230-247. doi:10.1177/00048674211041917
15. Schwartz A. (2017). The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole. Emeryville : Callisto.
16. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата звернення : 14.05.2025 р.).

References:

1. Albul S. V., Nikolayev O. T., T'orlo O. I., Yosypiv Yu. R. Taktiko-spetsial'na pidhotovka pratsivnykiv Natsional'noyi politsiyi [Tactical and special training of National Police officers]: navch. posib. Odesa; L'viv: ODUVS; L'vDUVS, 2018.480 s [in Ukrainian].
2. Bazamnyy S., Novikov O. Kompleksnyy analiz instrumentiv PC-PTSD-5, CAPS-5 TA PCL-5 dlya diahnozyky PTSR u viys'kovosluzhbovtiv [Comprehensive analysis of the PC-PTSD-5, CAPS-5, and PCL-5 instruments for diagnosing PTSD in military personnel]. *Visnyk Natsional'noho universytetu oborony Ukrayiny*. 2025. Vyp. 3 (85). S. 33–41 [in Ukrainian].
3. Hryhorenko I.O., Savel'yeva N. M. Sotsial'na robota z vnutrishn'o peremishchenymy osobamy v suchasnykh umovakh [Social work with internally displaced persons in modern conditions] : navch. posib. [dlya stud. i mahistr. spets-tey «Sots. robota» i «Sots. pedahohika»]. Poltava : PNPU, 2017. 100 s [in Ukrainian].
4. Zlyvkov V.L., Lukoms'ka S.O., Fedan O.V. Psykhodiahnostyka osobystosti u kryzovykh zhyttyevykh sytuatsiyakh [Psychodiagnostics of personality in crisis life situations]. K.: Pedahohichna dumka, 2016. 219 s [in Ukrainian].
5. Kalamazh R., Voloshyna-Narozhna V., Tymoshchuk Ye., Balashov E. Styli podolannya y zdibnosti do samorehulyatsiyi yak predyktory tryvozhnosti. [Coping styles and self-regulation abilities as predictors of anxiety]. *Insayt: psykholohichni vymiry suspil'stva*. 2024. № 12. S. 96–114 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-3 UDC 159.922:616.891.6-021.484>
6. Klasyfikator khvorob ta sporidnenykh problem okhorony zdorov'ya [in Ukrainian]. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacziionalnyj-klasyfikator-nk-025.pdf>
7. Kokun O. M., ta in. Psykholohichna profilaktyka psykhotravmatyzatsiyi viys'kovosluzhbovtiv Zbroynykh Syl Ukrayiny [Psychological prevention of psychotraumatization of military personnel of the Armed Forces of Ukraine]. L'viv: LDUBZHD, 2021. 175 s [in Ukrainian].
8. Korovina L.D., Zavhorodnya N.I., Platynyuk O.B. Vypadok posttravmatychnoho stresovoho rozladu, komorbidnoho z nepsykhotychnoyu psykhichnoyu patolohiyeyu. Aktual'ni pytannya neyronauk [A case of post-traumatic stress disorder comorbid with non-psychotic mental pathology]: Zbirnyk tez mizhvuzivs'koyi konferentsiyi molodykh vchenykh ta studentiv. Kharkiv: Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukraïny, Kharkivs'kyi natsional'nyi medychnyi universytet. Kharkiv, 2015. S. 16–17 [in Ukrainian].
9. Mel'nyk A.P. Osoblyvosti psykholohichnoi reabilitatsii viys'kovosluzhbovtiv, yaki perebuvaly v umovakh boi'ovykh dii [Peculiarities of psychological rehabilitation of military personnel who were in combat conditions]. *Psykholohichni perspektyvy*. 2016. Vyp. 28. S. 176-185 [in Ukrainian].
10. Mushkevych M. I. ta in. Psykholohichna dopomoha uchasykam ATO ta yikh sim'yam [Psychological assistance to ATO participants and their families]. Kyiv: Instytut psykholohiyi imeni H. S. Kostyuka NAPN Ukrayiny, 2016. 130 s [in Ukrainian].
11. Profilaktyka posttravmatychnykh stresovykh rozladiv : psykholohichni aspekty [Prevention of post-traumatic stress disorder: psychological aspects]. *Metodychnyy posibnyk / Uporyadnyky: D.D. Romanovs'ka, O.V. Ilashchuk*. Chernivtsi : Tekhnodruk, 2014. 133 s [in Ukrainian].
12. Psykholohiya boyu [Psychology of combat]: Posibnyk / Hrytsevych T.L., Huzenko I.M., Kapinus O.S., Matsevko T.M., Romanyshyn A.M.; za red. A.M. Romanyshyna. L'viv: Vydavnytstvo «Astrolyabiya», 2017. 352 s [in Ukrainian].
13. Gianluca L., Giuseppe M., Laura S., Veronica O., Carla D., Gabriele P., Salvatore G. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, 9. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00341/full>
14. Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, et al (2021). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3) : 230-247. doi:10.1177/00048674211041917
15. Schwartz A. (2017). The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole. Emeryville : Callisto.
16. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата звернення : 14.05.2025 р.).