

Соболта Юлія

РОЛЬ ПЕРЕНЕСЕНОГО ТРИВАЛОГО СТРЕСУ У ВИРАЖЕНОСТІ СОМАТИЗАЦІЇ НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ

У статті досліджується теоретичне підґрунтя та вплив перенесеного тривалого стресу на вираженість психосоматичних проявів у військовослужбовців Національної гвардії України та представників Національної поліції України на госпітальному етапі відновлення. Аналізуються дані вибірки з метою виявлення частоти та інтенсивності психосоматичних симптомів, що виникають під впливом стресових факторів під час виконання службових обов'язків. З'ясовано, що тривалий стрес істотно впливає на соматичний стан військових, викликаючи такі симптоми, як головні болі, порушення сну, болі в області серця, загальна слабкість, зниження працездатності та інші прояви. Встановлено високий рівень уникання та надання соціально бажаних відповідей у даної вибірки. Окрема увага приділяється питанню доцільності розподілу профілів соматизації, що може сприяти розробці більш ефективних підходів до реабілітації та медичного супроводу вказаної когорти на етапі відновлення.

Ключові слова: стрес, адаптація, госпітальний етап реабілітації, психодіагностика, психосоматика, тривога, депресія, якість життя.

Yuliia Sobolta

THE ROLE OF SUSTAINED LONG-TERM STRESS IN THE SEVERITY OF SOMATIZATION DURING THE INPATIENT REHABILITATION

The article examines theoretical background and the impact of sustained long-term stress on the severity of psychosomatic manifestations in servicemen of the National Guard of Ukraine and representatives of the National Police of Ukraine during the inpatient rehabilitation. The data of the sample are analyzed in order to identify the frequency and intensity of psychosomatic symptoms arising under the influence of stress factors

during the performance of official duties. It has been found that long-term stress significantly affects the somatic condition of military personnel, causing such symptoms as headaches, sleep disturbances, pain in the heart, general weakness, reduced work capacity and other manifestations. A high level of avoidance and provision of socially desirable responses was established in this sample. Particular attention is paid to the question of the somatization profiles, which can contribute to the development of more effective approaches to rehabilitation and medical support of the specified cohort at the stage of recovery.

Key words: stress, adaptation, inpatient rehabilitation, psychodiagnosis, psychosomatics, anxiety, depression, quality of life.

Вступ

Наслідки тривалого стресу для людини є важливими, оскільки вони не тільки ускладнюють реінтеграцію осіб із досвідом потенційно травмуючих подій у суспільство і родину, але й можуть спричиняти хронічні та глибинні зміни особистості, що потребують тривалої терапії. Світова практика чітко вказує на те, що більшість учасників бойових дій зазнають психічних розладів чи різних проявів дезадаптації, навіть якщо не мають фізичних ушкоджень. Перебування на полі бою, а також виконання службових обов'язків у критичних ситуаціях, що можуть загрожувати життю, суттєво впливає на психіку особи. Дослідження свідчать, що військові та представники поліції часто стикаються з такими проблемами, як страх, агресивність, підозрілість та конфліктність у сім'ї (Regehr, LeBlanc, 2017; Martin et al., 2009). Військові часто можуть відчувати провину за те, що вижили, ідентифікувати себе з загиблими, і демонструвати емоційну відособленість та дратівливість. Ці прояви можуть складати посттравматичний стресовий розлад (далі - ПТСР), а можуть проявлятися у формі, коли діагностичних критеріїв для даного діагнозу недостатньо. Проте такі прояви ускладнюють реінтеграцію даних осіб в суспільство та підвищує ризик незворотних змін у особистості.

Українські дослідники (Гічун В.С., Кириченко А.Г. та ін., 2019) стрес-асоційованих розладів в умовах збройного конфлікту зазначають, що після першого епізоду нейтралізування ворога або після першої втрати побратимів у 21% осіб відбувається трансформація особистості. При цьому, первинна реакція на бойову травму у однієї третини є зовні непомітною, а ще в однієї третини – супроводжується гострою психічною дезорганізацією.

При регулярному проживанні потенційно травмуючих подій, з плином часу виникає відчуття постійної втоми, нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації (Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., та ін., 2019). У осіб, що знаходяться на тривалому лікуванні, в процесі переходу до цивільного життя часто зустрічається захопленість думок спогадами про війну, несприятливі особистісні зміни, різних рівнів соціально-психологічна дезадаптація, втрата соціальних зв'язків, асоціальна поведінка, проблеми побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР),

міжособистісні конфлікти зі своїми партнерами у сім'ї, членами родини, друзями або колегами, тощо.

Вивчення симптомів психосоматичних захворювань серед військовослужбовців чи поліцейських є одночасно можливим, але складним завданням. Для цього необхідно здійснювати рутинні чекапи протягом всього періоду несення служби, фіксування змін та аналізу цих даних. Власне в останньому пункті основна складність, так як практика мультидисциплінарних команд є новою для України, так само як і інститут сімейних лікарів. Часто таким ступором є брак знань або практики збору інформації щодо захворювань різних профілів та клінічного аналізу випадку з точки зору психосоматичного підходу. Як було зазначено вище, питання соматизації у вказаній когорти осіб є широко дослідженим з позиції окремих захворювань, проте важливим залишається питання систематизації цих знань, а також створення ефективних інструментів протидії чи превенції. Ґрунтовним доробком у цьому питанні можна зазначити звіт Корпорації RAND «Invisible wounds of war» (2008). В даній монографії дослідники ретельно досліджують різні прояви та наслідки для здоров'я, як психічного так і фізичного, тривалого стресу та участі у бойових діях. При узагальненні даного доробку можемо виділити такі окреслені групи фізичних проявів:

- Хронічний біль і проблеми опорно-рухового апарату - тривалий стрес може посилити або навіть спричинити проблеми опорно-рухового апарату через м'язову напругу, неправильну поставу та фізіологічні наслідки перебування в стані постійної пильності.

- Шлунково-кишкові скарги. Серед вказаної когорти часто повідомляється про такі проблеми як синдром подразненого кишечника (СРК), спазми в шлунку, нудота та кислотний рефлюкс.

- Серцево-судинні симптоми. Серед часто пред'явлених, такі симптоми як серцебиття, біль у грудях, гіпертонія та прискорене серцебиття.

- Втома та розлади сну: хронічна втома, бойове виснаження є широко описані у даної когорти, що часто пов'язано із розладами сну, такими як безсоння чи апное уві сні.

- Головні болі напруги та міґрені.

- Респіраторні симптоми - тривалий стрес може посилити або викликати задишку та інші респіраторні проблеми. Ці симптоми можуть імітувати такі стани, як астма чи респіраторні інфекції, але вони часто пов'язані з тривогою та стресом, а не з прямою фізичною причиною.

- Зміни у імунних функціях. Тривалий стрес негативно впливає на імунну систему, роблячи людей більш схильними до хвороб та інфекцій.

У статті «До питання про наслідки перенесеного стресу учасників бойових дій: профілі соматизації» (Соболта Ю.О., 2021) автор пропонує розглядати можливість комплексного психосоматичного підходу в лікуванні та реабілітації учасників бойових дій та пропонується розподіл проявів на профілі соматизації. Під даним терміном мається на увазі домінуючий симптомокомплекс, що приводить пацієнта – учасника бойових дій до лікарів первинної ланки або

конкретних вузьких спеціалістів соматичного профілю. Отже, виділяються наступні профілі: кардіоваскулярний, гастроентерологічний, неврологічний; хронічний біль та розлади сну. Вказана стаття достатньо добре описує та систематизує прояви, що наразі спостерігаються у вказаній когорти. І, ймовірно, застосування моделі профілів соматизації учасників бойових дій могло б дати поштовх до створення багатоступеневої системи попередження, лікування та реабілітації вказаної категорії осіб.

Створення гомогенних груп, завдяки конкретним програмам медико-психологічної реабілітації відповідно того чи іншого профілю соматизації, сприяло б дотриманню двох із чотирьох основних принципів травма-інформованої допомоги: модель спільного прийняття рішень, де забезпечується право вибору пацієнта пройти ту чи іншу програму відновлення. Також забезпечуватиметься принцип співпраці, який охоплює різні сфери життя людини і передбачає залучення до процесу відновлення та реінтеграції пацієнта його сім'ї, зміни в домашній рутині та сталих дисфункційних сценаріїв (SAMSHA; Маркова М., Росінський Г., 2018).

Метою цієї роботи є узагальнення наявних знань щодо взаємозв'язку перенесеного тривалого стресу та вираженістю соматизації та аналіз виявлених взаємозв'язків у когорти військовослужбовців Національної гвардії України та представників Національної поліції України під час госпітального етапу відновлення.

Методи дослідження. Психодіагностичний комплекс складався з наступних інструментів: PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР), LEC-5 (Контрольний список життєвих подій), HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії), 4DSQ (Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації), Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI), Шкала оцінки якості життя (Чабан О.С., 2017) та Анамнестична анкета. З огляду на задачі дослідження, ці інструменти разом охоплюють великий масив даних - вплив травми, симптоми ПТСР, тривогу, депресію, забезпечуючи всебічну оцінку психологічного стану та якості життя людини. Також такий вибір підкреслює взаємопов'язаний фокус, адже ПТСР часто співіснує з тривогою та депресією, тому використання таких інструментів, як HADS та 4DSQ разом із PCL-5, дає чіткішу картину того, як ці стани можуть впливати один на одного. Також інформація, отримана під час цієї оцінки, допомагає клініцистам планувати терапію, пристосовувати втручання саме до потреб людини, і в умовах короткотривалих реабілітаційних періодів зосереджуючись на більш актуальному для особи. Крім того, використання такого комплексу допомагає в ранньому виявленні проблем психічного здоров'я, потенційно запобігаючи прогресуванню до більш важких станів шляхом своєчасного втручання.

В нашому дослідженні ми користувались результатами дослідників Marchall et al., (2018), Keen et al, (2008), Weathers et al.,(1993), Безшейко В. (2016), попередня робота яких продемонструвала, що загальні бали PCL сильно корелюють із показниками CAPS, загально визнаною оцінкою посттравматичних стресових

розладів на основі інтерв'ю, проведеного клініцистом. Тому для визначення показників ПТСР у даному дослідженні використовували PCL-5.

Хоча найпоширеніші граничні показники для ймовірного посттравматичного стресового розладу зазвичай коливаються від 31 до 33 за PCL-5, є обставини, коли нижчі порогові значення (наприклад, 28) можуть вважатися доречними (McDonald, Calhoun, 2010; Wortmann et al, 2016). В таких випадках клініцисти бачать ранні ознаки ПТСР у осіб, проте на момент обстеження не пред'являється більш серйозні симптоми. Це дозволяє виявити спектр дистресу, пов'язаного з травмою, і спостерігати за людьми з часом, щоб побачити, як прогресують їхні симптоми. Така стратегія видається логічною особливо при тривалому реабілітаційному процесі. Проте серед дослідників спостерігається декілька основних причин, що мотивують до зниження порогу, а саме:

- специфіка вибірки – у загальних популяціях або програмах скринінгу з нижчим ризиком може бути доречним встановлення вищого порогу (наприклад, 33), проте у когортах, які, як відомо, мають вищу поширеність ПТСР (наприклад, ветерани, біженці, поліцейські, рятувальники), межу можна знижувати, щоб охопити більше потенційних випадків, визнаючи, що навіть помірні показники можуть вказувати на значний дистрес.

- Скринінгова чутливість та специфічність – чутливість в даному контексті стосується здатності тесту правильно ідентифікувати людей із ПТСР (справжні позитивні результати), тоді як специфічність стосується його здатності правильно ідентифікувати людей без ПТСР (справжні негативні результати).

Однією із прикладних задач нашого дослідження на госпітальному етапі відновлення також є виявлення якомога більшої кількості ймовірних випадків ПТСР, що також є однією з поширених мотивацій для дослідників при зниженні певних порогів тестування. В таких випадках є доречним вибирати нижчий поріг значень. Підпороговий ПТСР особливо поширений під час хронічної травми, множинних потенційних травмуючих подій, коли симптоми можуть не повністю відповідати критеріям, але все ж спричиняють функціональні порушення.

Остаточна **вибірка** даного дослідження (=73) складалась із представників Національної Гвардії України та Національної Поліції України, осіб, які приймали безпосередню участь у бойових діях і не приймали (дані були отримані протягом 2021 року до повномасштабного вторгнення). Надалі, в Таблиці 2.1 показана відсоткова характеристика групи. Відповідно до представлених даних у Таблиці 1, можемо бачити, що лише близько 30% у обох групах (Національна гвардія України та Національна поліція України) приймали безпосередню участь у бойових діях. З огляду на дані факт, надалі дані розглядалися у вибірки в цілому, без розподілу на дані групи.

Таблиця 1.

Порівняльна характеристика обстежуваних груп

Група респондентів	Національна Гвардія України (n=25)		Національна поліція України (n=48)	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Середня освіта	13	52	2	4,16
Вища освіта	12	48	46	95,84
Сім'я	20	80	42	87,5
Травмуючі події, пов'язані із службою	2	8	16	33,33
Участь в бойових діях	7	28	13	27,03
Присутність в зоні бойових дій без безпосередньої участі у бойових діях	13	52	21	43,75

Результати дослідження. Попередній аналіз анкет респондентів даного дослідження показує, що учасники планової реабілітації, які продовжують службу, часто не заповнюють Розділ 2 (PCL-5), навіть якщо заповнили пункт 17 LEC-5 або описали події в інших пунктах. Це дозволяє припустити, що опитувані не вказують саме ті події, які можуть мати найбільш травматичний вплив або підвищувати рівень стресу під час служби. Загалом 38 з 73 (52,05%) респондентів не заповнили PCL-5.

Так, при порівнянні факту перебування в зоні АТО з загальним показником за шкалою PCL-5 коефіцієнт кореляції за Пірсоном становить 0,06, що свідчить про дуже слабкий зв'язок між цими змінними. При співставленні факту безпосередньої участі в бойових діях із загальним показником за PCL-5 кореляція становить 0,20, що все ще є слабким зв'язком, але вже вказує на певну тенденцію. Аналіз кореляції між загальним балом за шкалою PCL-5 та кількістю місяців перебування в зоні АТО також показує коефіцієнт 0,20, що відповідає слабкому рівню кореляції з тенденцією до збільшення.

Чотиридимірний опитувальник симптомів (4DSQ) — це інструмент самооцінки, призначений для вимірювання чотирьох вимірів загальних психологічних симптомів: дистрес, депресія, тривога та соматизація. Кожен із цих параметрів має певний діапазон балів, які допомагають визначити тяжкість симптомів і скерувати клінічну інтерпретацію. Шкала соматизації допомагає клініцистам розпізнати, коли фізичні скарги можуть походити від психологічних проблем, а не від органічних причин.

У нашому дослідженні, 29 із 73 (39,72% вибірки) респондентів проявили помірний та високий рівень вираженості по шкалі «Соматизація», при тому середнє значення для даної вибірки дорівнювало 10,93%, що відповідає верхній межі «помірного рівня соматизації» відповідно даного опитувальника і дає нам підстави досліджувати кореляції із цим показником.

При дослідженні лінійного зв'язку між загальним балом за PCL-5 та шкалою «Соматизація» 4DSQ у даній вибірці було отримано коефіцієнт кореляції Пірсона 0,44, що вказує на помірно виражений позитивний зв'язок. (Див. Рис.1 Соматизація та ступінь вираженості симптомів ПТСР).

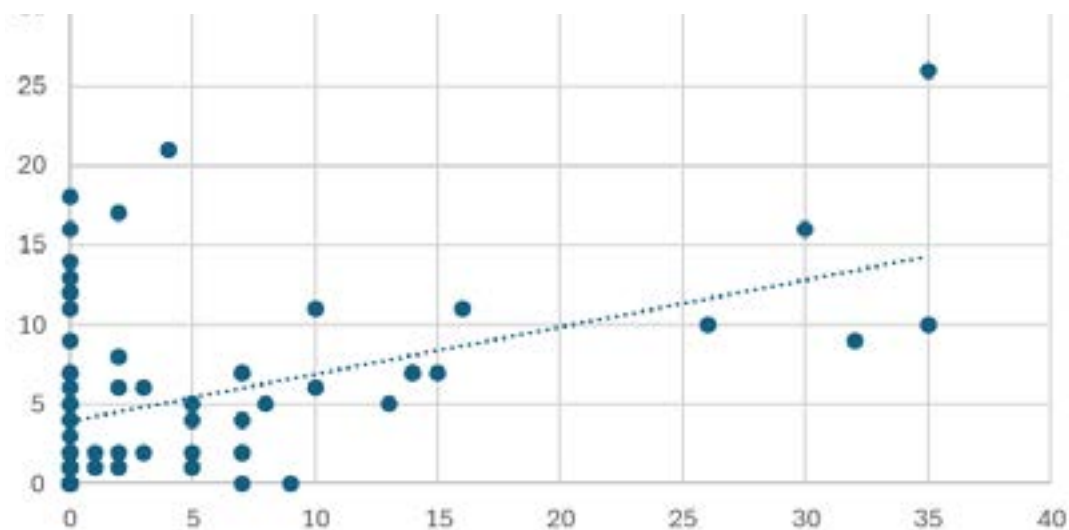


Рис. 1 Соматизація та ступінь вираженості симптомів ПТСР

При детальному аналізі лінійного зв'язку соматизації за 4DSQ та окремих кластерів симптомів виявлено, що жоден із них не досягає рівня сильного позитивного зв'язку, однак найбільш вираженим виявився взаємозв'язок із кластером симптомів збудливості та реактивності (Критерій Г за DSM-5) – коефіцієнт кореляції Пірсона 0,46. (Див. Рис.2 Кореляція між соматизацією за 4DSQ та симптомами збудливості та реактивності (Критерій Г за DSM-5)).

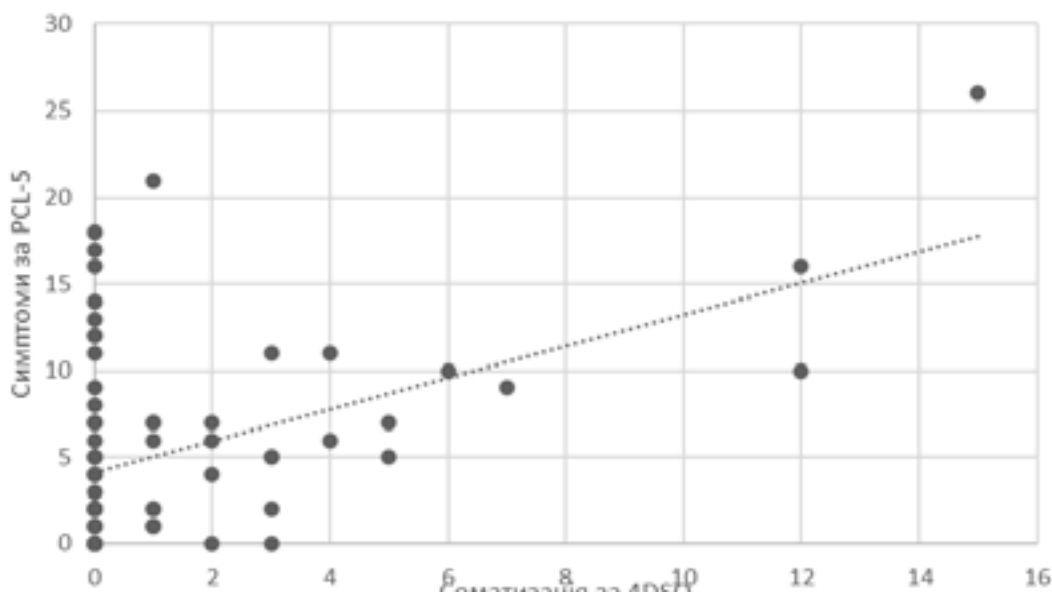


Рис.2 Кореляція між соматизацією за 4DSQ та симптомами збудливості та реактивності (Критерій Г за DSM-5)

Такі результати говорять про те, що в досліджуваній вибірці вищі рівні

симптомів ПТСР асоціюються з вищими рівнями соматизації, тобто з більшою кількістю фізичних симптомів, пов'язаних із психологічним дистресом. Ключове в цій знахідці є розуміння, що люди з більш вираженими симптомами ПТСР, такими як нав'язливі спогади, гіперзбудженість та уникання, можуть також частіше відчувати фізичні симптоми, як-от біль, втома чи нездужання, навіть за відсутності очевидних медичних причин. Також віднайдений помірний зв'язок є свідченням підтримки гіпотези про те, що симптоми ПТСР можуть мати психосоматичний компонент.

Наступним кроком було важливо проаналізувати лінійний зв'язок між симптомами ПТСР та симптомами депресії у вказаній когорти. Зв'язок між кластером симптомів уникання (Критерій В за DSM-5) в PCL-5 та шкалою «Депресія» в опитувальнику HADS зафіксовано на рівні 0,48 за коефіцієнтом Пірсона, що свідчить про значну кореляцію (Див. Рис. 3).

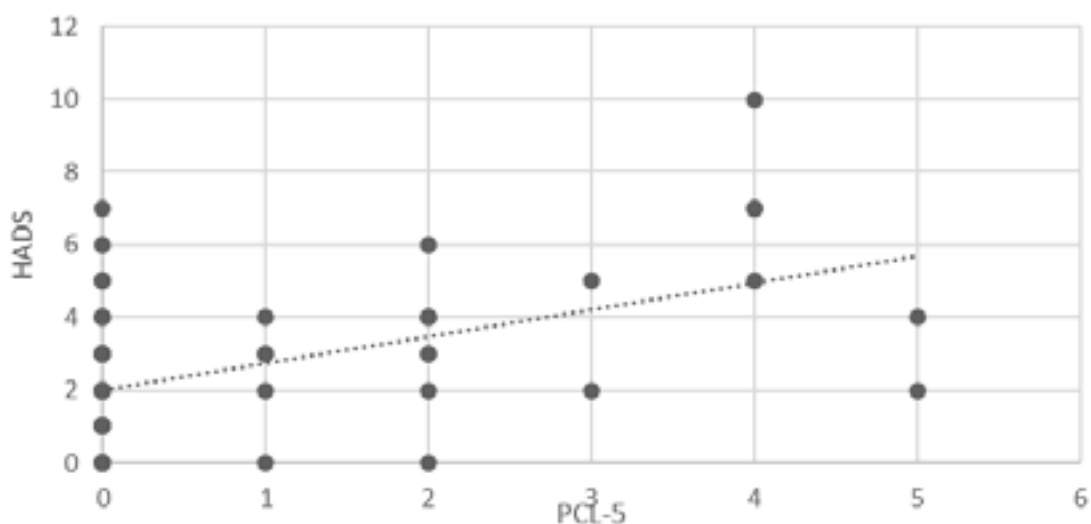


Рис. 3. Кореляція між симптомами уникання за PCL-5 та депресією (HADS)

Водночас взаємозв'язок між кластером негативних когніцій і настрою (Критерій Г за DSM-5) та шкалою «Депресія» в опитувальнику HADS виявився дещо нижчим і становить 0,41. В обох випадках кореляції вказують на те, що симптоми ПТСР, зокрема уникання та негативні когніції, можуть бути тісно пов'язані з проявами депресії, що також є широко описаним у дослідженнях явищем у вказаній категорії осіб. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування на госпітальному етапі, який враховує як симптоми ПТСР, так і депресії, оскільки вони можуть взаємно посилювати один одного.

Для груп населення з хронічним стресом та наявністю потенційно травмуючих подій розуміння зв'язку між соматизацією та якістю життя може допомогти виявити осіб, хто має найбільший ризик низьких результатів реабілітації. Отже, такі знання можуть допомогти пристосувати інтервенції для цих груп, щоб покращити якість їхнього життя шляхом вирішення як їхніх психологічних, так і соматичних запитів.

Проте, аналізуючи результати в даній вибірці, не було виявлено статистично

значущого зв'язку або тенденції до такого зв'язку між показниками «загальний бал», «загальний рівень задоволеності життям» (Шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) та шкалою «Соматизація».

Єдиний коефіцієнт кореляції Пірсона $-0,32$, як видно на Рисунку 4, який наближається до статистично значущого рівня, був виявлений між показниками «рівень задоволеності настроєм» та шкалою «Соматизація», що свідчить про слабкий негативний зв'язок між цими змінними.

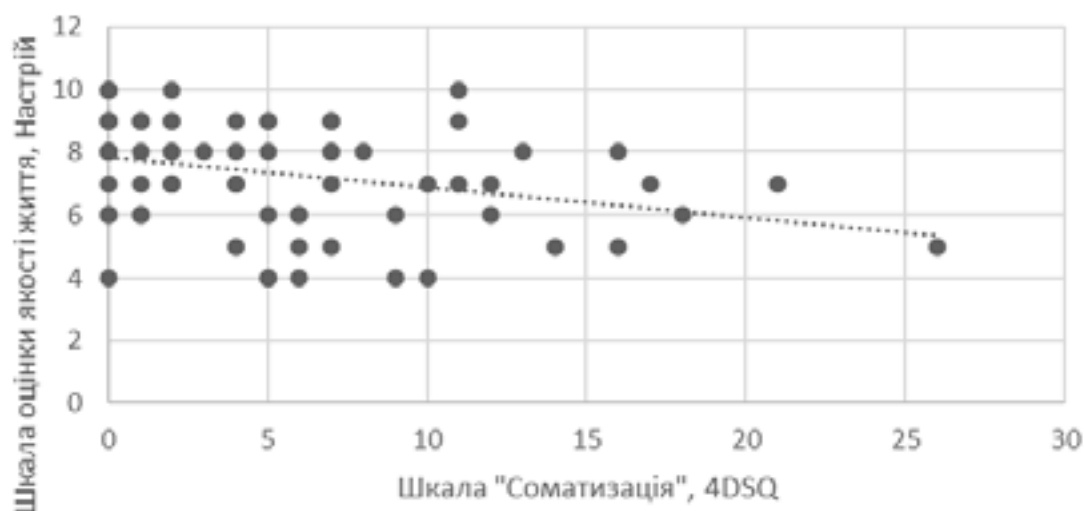


Рис.4 Кореляція між рівнями соматизації та задоволеності настроєм.

Це означає, що зі зниженням задоволеності настроєм може спостерігатися тенденція до збільшення рівня соматизації, тобто більш виражених фізичних симптомів. Цей, на перший погляд, логічний результат все ж дає нам поле для роботи в терапевтичних інтервенціях. Так як настрої - це категорія, яка має триваліший характер порівняно з окремими емоціями та впливає на загальне сприйняття людиною світу та її поведінку, в рамках реабілітації важливо проводити інтервенції з психоедукації, направлені на роботу із цим поняттям в житті особи.

Також варто зазначити, що одним із найбільш виражених у вибірці цього дослідження виявився лінійний зв'язок між загальним балом по PCL-5 та результатом PSQI - коефіцієнт кореляції Пірсона $0,46$. Такий результат, а саме прямого зв'язку між підвищенням вираженості симптомів ПТСР та погіршенням якості сну, вписується в широкий масив як закордонних так і українських досліджень і підтверджує необхідність розробки спеціалізованих програм для підвищення якості сну на госпітальному етапі реабілітації.

ВИСНОВКИ

В ході даної роботи було досліджено наявність теоретичних предикторів до виокремлення профілів соматизації задля розробки специфічних програм реабілітації. Проте необхідно визнати, що запропонований психодіагностичний комплекс не виявився чутливим до розпізнавання профілів соматизації. Вбачаємо важливою подальшу роботу з пошуку чи створення інструментів, що забезпечить

такий розподіл, адже результати серед виявлених лінійних зв'язків свідчать про важливість врахування як психологічних, так і фізичних аспектів у лікуванні вказаної когорти. Дані результати вказують нам на необхідність комплексного підходу до лікування вказаної когорти осіб, та те, що терапевтичні інтервенції, спрямовані на зменшення симптомів ПТСР, можуть мати позитивний вплив на зниження рівня соматизації, або навпаки.

При подальших розробках даної теми важливо детальніше проробити Анамнестичну анкету, із зазначенням наявних хронічних больових синдромів та їх причин, наявності чи відсутності черепно-мозкових травм різної складності, тощо. Ще одним важливим висновком є необхідність подолання стигматизації та побудови терапевтичного альянсу. Велика кількість анкет, що були заповнені, некоректно чи окремо проігнорованих опитувальників свідчить про великий рівень уникання, недовіри або остраху перед осудом чи санкціями на службі.

Вважаємо, що отримані результати можуть бути використані для оптимізації процесу відновлення військовослужбовців (поліцейських, рятувальників, та ін), розробки спеціалізованих програм реабілітації на госпітальному етапі та створенні програм психологічної підтримки для мінімізації негативних наслідків тривалого стресу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безшейко, В. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. Психосоматична медицина та загальна практика, 1(1), e010108. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
2. Гічун, В. С., Кириченко, А. Г, Корнацький, В. М., Мясников, Г. В., Найда, С. А., Осьодло, В. І., Стеблюк, В. В., & Швець, А. В. (2019). Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Акцент ПП.
3. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., & Корня, Л. В. (2019). Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України. ФОП Маслаков. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716471/1/ПОСІБНИК_Психол_вивч_ОС_ЗСУ_2019_.pdf
4. Маркова, М. В., & Росінський, Г. С. (2018). Особливості психосоціального функціонування комбатантів та їх дружин з різним станом задоволеності подружніми стосунками. Психіатрія, неврологія та медична психологія, (10), 87–96. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-10-12>
5. Соболта Ю. (2021) До питання про наслідки перенесеного стресу учасників бойових дій: профілі соматизації. Київський журнал сучасної психології та психотерапії, 2, 64–78. <https://mpp-journal.com/index.php/journal/issue/view/2/2-2021>
6. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., Безшейко, В. Г., & Москаленко, О. В. (2017). Валідизація «Шкали оцінки якості життя». Український вісник психоневрології, 25(1), 159–160. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_179

7. Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L., & Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in a sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(3), 465–474. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2007.09.01388>
8. Marshall, G. N., Jaycox, L. H., Engel, C. C., Richardson, A. S., Dutra, S. J., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Marx, B. P. (2019). PTSD symptoms are differentially associated with general distress and physiological arousal: Implications for the conceptualization and measurement of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.003>
9. Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(4), 451–468. <https://doi.org/10.1080/15299730903143626>
10. McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 976–987. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.012>
11. Regehr, C., & LeBlanc, V. R. (2017). PTSD, acute stress, performance and decision-making in emergency service workers. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(2), 184–192. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003761-17>
12. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). (2024, 9 травня). Recovery and Recovery Support. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
13. Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *The 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.
14. Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392–1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>

REFERENCES

1. Bezsheiko, V. (2016). Adaptatsiia Shkaly dlia klinichnoi diahnostyky PTSR ta opytuvalnyka «Perelik symptomiv PTSR» dlia ukraïnskoi populiatsii [Adaptation of the Clinician-Administered PTSD Scale and the «PTSD Symptom Checklist» for the Ukrainian population]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*, 1(1), e010108. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> [In Ukrainian].
2. Hichun, V. S., Kyrychenko, A. H., Kornatskyi, V. M., Miasnykov, H. V., Naida, S. A., Osodlo, V. I., Stebliuk, V. V., & Shvets, A. V. (2019). Stres-asotsiiiovani rozlady zdorovia v umovakh zbroinoho konfliktu [Stress-associated health disorders in the context of armed conflict]. *Aktsent PP* [In Ukrainian].
3. Kokun, O. M., Ahaiev, N. A., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., & Kornia, L. V. (2019).

Psykhologichne vyvchennia osobovoho skladu Zbroinykh Syl Ukrainy [Psychological assessment of the personnel of the Armed Forces of Ukraine]. FOP Maslakov. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716471/1/ПОСІБНИК_ПСИХОЛ_ВИВЧ_ОС_ЗСУ_2019_.pdf [In Ukrainian].

4. Markova, M. V., & Rosinsky, H. S. (2018). Osoblyvosti psykhosotsialnoho funktsionuvannia kombataniv ta yikh druzhyn z riznym stanom zadovolenosti podruzhnimy stosunkamy [Features of the psychosocial functioning of combatants and their spouses with different levels of marital satisfaction]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, (10), 87–96. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-10-12> [In Ukrainian].
5. Sobolta, Yu. (2021). Do pytannia pro naslidky perenesenoho stresu uchasnykiv boiovykh dii: profili somatyzatsii [To the question of the consequences of stress experienced by combatants: Somatization profiles]. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*, (2), 64–78. <https://mpp-journal.com/index.php/journal/issue/view/2/2-2021> [In Ukrainian].
6. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Moskalenko, O. V. (2017). Validyziatsiia “Shkaly otsinky yakosti zhyttia” [Validation of the Quality of Life Assessment Scale]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(1), 159–160. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_179 [In Ukrainian].
7. Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L., & Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in a sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(3), 465–474. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2007.09.01388>
8. Marshall, G. N., Jaycox, L. H., Engel, C. C., Richardson, A. S., Dutra, S. J., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Marx, B. P. (2019). PTSD symptoms are differentially associated with general distress and physiological arousal: Implications for the conceptualization and measurement of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.003>
9. Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(4), 451–468. <https://doi.org/10.1080/15299730903143626>
10. McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 976–987. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.012>
11. Regehr, C., & LeBlanc, V. R. (2017). PTSD, acute stress, performance and decision-making in emergency service workers. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(2), 184–192. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003761-17>
12. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). (2024, 9 травня). Recovery and Recovery Support. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
13. Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *The 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.

14. Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392–1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>

Відомості про автора

Юлія Соболта, клінічний психолог, здобувач ступеню доктор філософії в КІСПП

Yuliia Sobolta, clinical psychologist, PhD student KIMPP

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8116-7404>

E-mail: yuliia.sobolta@gmail.com