

УДК: 616.89-008.441.3:355.48-058.244

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ РОЗЛАДІВ, СПЕЦИФІЧНО ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ВІЙНИ, В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кожина Г.М.¹, Сухарєва В.А.²

¹Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

²Сумський державний університет, Суми, Україна

Дослідження присвячено вивченню феноменології психічних розладів, зумовлених стресом війни, у військовослужбовців, які перебували на лікуванні в терапевтичному, неврологічному та хірургічному відділеннях госпіталю. На основі аналізу даних 242 пацієнтів, які брали участь у бойових діях з 2023 до 2024 року, визначено основні психопатологічні симптоми: порушення сну, тривожність, емоційне виснаження та депресивні розлади. Використання анамнестичного, клініко-психопатологічного та статистичного методів дослідження дозволило встановити суттєві кореляційні зв'язки між симптомами, зокрема уникненням спогадів, тривожними реакціями та емоційним виснаженням. Результати показали, що найбільш виражена симптоматика спостерігається у пацієнтів неврологічного та хірургічного відділень. Виявлено автономність суїцидальних думок, які демонструють слабкі кореляції з іншими психопатологічними проявами, що потребує особливого підходу до їх діагностики та терапії. Автори зазначають, що отримані результати формують емпіричну базу для розробки диференційованих стратегій психологічної допомоги, адаптованих до специфіки психопатологічних проявів у пацієнтів різних профілів.

Ключові слова: військовослужбовці, психопатологічна симптоматика, бойова травма.



Цитуйте українською: Кожина ГМ, Сухарєва ВА. Феноменологія розладів, специфічно пов'язаних зі стресом війни, в учасників бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1):75-83.
<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.kos>

Cite in English: Kozhyna H, Sukharieva V. Phenomenology of disorders specifically associated with war-related stress in combatants. Medicine Today and Tomorrow. 2025;94(1):75-83.
<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.kos> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Кожина Г.М.
✉ Україна, 61022, м. Харків,
пр. Науки, 4, ХНМУ.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Corresponding author: Kozhyna H.
✉ Ukraine, 61022, Kharkiv,
Nauky ave., 4, KhNMU.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Вступ

Після повномасштабного вторгнення та розгортання військових дій відзначається помітне збільшення кількості випадків мінно-вибухових травм, осколкових та вогнепальних поранень [1; 2]. Бойова Психічна Травма (БПТ) також є серйозною проблемою. БПТ виникає внаслідок переживання військовослужбовцями стресових ситуацій під час бойових дій. Вона може проявлятися у вигляді ПостТравматичного Стресового Розладу (ПТСР) та інших психічних розладів, які можуть мати тривалі наслідки для психічного здоров'я ветеранів [3; 4], а саме: переважання симптомів гіпервозбудження (надмірна пильність, роздратованість, порушення сну), повторного переживання травматичних подій (нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари), а також симптомів уникання й емоційного оніміння. За даними Друзя О.В. та Черненко І.О. (2020) [3], у військовослужбовців із бойовим досвідом спостерігаються специфічні психометричні ознаки ПТСР, зокрема високі показники за шкалами уникання, тривоги та депресії, що вказує на комплексне порушення емоційної регуляції. Водночас, як зазначає Романюк О.О. (2021) [4], ПТСР унаслідок бойового стресу супроводжується хронічною психоемоційною напругою, зниженням толерантності до фрустрації, порушенням міжособистісної взаємодії та схильністю до ізоляції. Автор також підкреслює зв'язок між тривалим бойовим навантаженням і високим ризиком формування психічних розладів, таких як тривожно-депресивні стани та психосоматичні прояви.

Різноманіття проявів психічних порушень воєнного часу зумовлено поліетіологічною природою декомпенсації психічної діяльності учасників бойових дій [5]. Крім того, дослідження показують, що БПТ не обмежується лише пе-

ріодом активних бойових дій, а може проявлятися через місяці або навіть роки після повернення до цивільного життя [6]. Це створює серйозні проблеми для медичної допомоги та реабілітації військовозобов'язаних, які отримали поранення в бойових умовах [7]. І хоча сучасні досягнення в галузі медицини призвели до значного покращання показників виживаності після тяжких травм, стратегії реабілітації постраждалих осіб повинні бути адаптовані до сучасних умов та обов'язково враховувати психологічний стан військовослужбовців незалежно від місця отримання первинної допомоги. Покращене розуміння порушень психіки може призвести до кращих стратегій профілактики розвитку хронічних психічних розладів, таких як ПТСР, тривожно-депресивні стани та порушення адаптації, та лікування, а в кінцевому підсумку підвищити якість життя поранених військовослужбовців.

Метою дослідження було комплексне вивчення феноменології розладів, специфічно пов'язаних зі стресом війни, в учасників бойових дій, які знаходилися на лікуванні у різних відділеннях госпіталю.

Матеріали та методи

На базі Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів (м. Суми, Україна) було обстежено 242 військовослужбовців Збройних сил України (чоловіків віком 25–45 років), які брали безпосередню участь у бойових діях з 2023 р. до 2024 р. Усіх обстежених було поділено на три групи в залежності від відділення, куди вони були госпіталізовані. 86 пацієнтів I групи знаходилися на лікуванні в терапевтичному відділенні, 110 чоловіків II групи – на лікуванні в неврологічному відділенні, 46 чоловіків III групи – на лікуванні в хірургічному відділенні.

Дослідження проведено з дотриманням принципів біоетики й деонтології. Усі учасники дослідження підписали інформовану згоду на участь в ньому.

Було застосовано анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження. Для обробки та аналізу даних було використано програмне забезпечення SPSS 29.0.2 (IBM Corporation, США). У рамках дослідження були застосовані наступні статистичні методи: описова статистика (середнє та стандартне відхилення) та кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена).

Результати та їх обговорення

У пацієнтів терапевтичного відділення (86 осіб) найчастіше діагностувалися гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця без серцевої недостатності ($[32,6 \pm 1,3]$ %) і серцева недостатність на фоні гіпертензивної хвороби ($[9,3 \pm 0,9]$ %). У той же час такі захворювання як астма неуточнена, пневмонія, бронхіт, гіпертензивна хвороба без ураження серця, атеросклеротична хвороба серця, гострий інфаркт міокарда, есенціальна гіпертензія, залізодефіцитна анемія, виразка дванадцятипалої кишки неуточнена та гастродуоденіт, гастроєзофагальний рефлюкс з езофагітом, псоріатичні артропатії, хронічні вірусні гепатити, цукровий діабет типу 2 та інші соматичні захворювання виявлялися рідше.

У пацієнтів неврологічного відділення (110 пацієнтів) виявлялися наступні захворювання: стискання нервових корінців та сплетень при ураженнях міжхребцевого диска ($[25,5 \pm 1,2]$ %), різні внутрішньочерепні травми ($[20,9 \pm 1,1]$ %), внутрішньочерепні травми внаслідок військових дій, спричинені вибухами та уламками ($[18,2 \pm 1,1]$ %). Рідше діагностували цереброваскулярні хвороби, хронічний посттравматичний головний біль, вогнищевий забій головного мозку, дифузні травми головного мозку та

мозочка, енцефалопатія, мононевропатії нижньої кінцівки, остеохондроз різної локалізації, ураження поперекових та інших міжхребцевих дисків, травми нервів передпліччя та струс головного мозку з ускладненнями.

У військовослужбовців, які лікувалися в хірургічному відділенні (46 пацієнтів) найчастіше діагностували ускладнення механічного походження, пов'язані з операційним і шовним матеріалом ($[32,6 \pm 1,3]$ %), внутрішнє ураження зв'язок та менісків ($[6,5 \pm 0,7]$ %), переломи різної локалізації ($[13,2 \pm 1,0]$ %). Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, геморої та його ускладнення, посттравматичний артроз, посттромботичний синдром, травми кровоносних судин, травми колінного суглоба діагностувалися рідше.

Як свідчать отримані у ході дослідження дані, найбільш часто обстежені пацієнти пред'являли скарги на порушення сну ($[74,0 \pm 5,0]$ % обстежених терапевтичного, $[91,0 \pm 3,0]$ % – неврологічного та $[89,0 \pm 5,0]$ % хірургічного відділень), тривожність ($[74,0 \pm 5,0]$ %, $[89,0 \pm 3,0]$ % та $[89,0 \pm 5,0]$ % відповідно), емоційне виснаження ($[70,0 \pm 5,0]$ %, $[85,0 \pm 3,0]$ % та $[78,0 \pm 6,0]$ %), зниження настрою ($[69,0 \pm 5,0]$ %, $[85,0 \pm 3,0]$ % та $[87,0 \pm 5,0]$ %), труднощі з концентрацією уваги ($[72,0 \pm 5,0]$ %, $[87,0 \pm 3,0]$ % та $[80,0 \pm 6,0]$ %), напруженість ($[72,0 \pm 5,0]$ %, $[86,0 \pm 3,0]$ % та $[76,0 \pm 7,0]$ %), занепокоєння ($[66,0 \pm 5,0]$ %, $[84,0 \pm 4,0]$ % та $[80,0 \pm 6,0]$ %), поганий переривчастий сон ($[66,0 \pm 5,0]$ %, $[83,0 \pm 4,0]$ % та $[76,0 \pm 7,0]$ %), дратівливість ($[65,0 \pm 5,0]$ %, $[79,0 \pm 4,0]$ % та $[80,0 \pm 6,0]$ %).

Дещо рідше спостерігались пригніченість ($[66,0 \pm 5,0]$ %, $[78,0 \pm 4,0]$ % та $[73,0 \pm 7,0]$ %), надмірні переживання ($[60,0 \pm 5,0]$ %, $[77,0 \pm 4,0]$ % та $[67,0 \pm 6,0]$ %), настороженість ($[65,0 \pm 5,0]$ %, $[74,0 \pm 4,0]$ % та $[67,0 \pm 7,0]$ %), втрата інтересу ($[60,0 \pm 5,0]$ %, $[70,0 \pm 4,0]$ % та

[62,0±7,0%), повторювані тривожні спогади про стрес ([59,0±5,0] %, [70,0±4,0] % та [53,0±7,0] %), уникання спогадів ([60,0±5,0] %, [65,0±5,0] % та [58,0±7,0] %), уникання думок про стресовий досвід ([60,0±5,0] %, [65,0±5,0] % та [53,0±7,0] %), хвилювання ([62,0±5,0] %, [65,0±5,0] % та [64,0±7,0] %).

Найменш вираженими були проблеми з переживанням позитивних емоцій ([47,0±5,0] %, [52,0±5,0] % та [44,0±7,0] %), повторні тривожні сни ([44,0±5,0] %, [55,0±5,0] % та [47,0±7,0] %), відчуття безвиході ([33,0±5,0] %, [45,0±5,0] % та [36,0±7,0] %), сильні фізичні реакції на флешбеки ([33,0±5,0] %, [44,0±5,0] % та [33,0±7,0] %), сильні емоційні реакції на флешбеки ([33,0±5,0] %, [45,0±5,0] % та [33,0±7,0] %), відчуття віддаленості від інших ([50,0±5,0] %, [44,0±5,0] % та [49,0±7,0] %), недовіра до оточуючих ([27,0±5,0] %, [41,0±5,0] % та [24,0±7,0] %), уникання розмов про стресовий досвід ([38,0±5,0] %, [41,0±5,0] % та [31,0±7,0] %), фізичне виснаження ([36,0±5,0] %, [43,0±5,0] % та [40,0±7,0] %), відчуття самотності ([37,0±5,0] %, [42,0±5,0] % та [36,0±7,0] %), відчуття непотрібності ([31,0±5,0] %, [34,0±4,0] % та [29,0±7,0] %), переживання втрати ([27,0±5,0] %, [27,0±4,0] % та [27,0±7,0] %), самозвинувачення ([28,0±5,0] %, [26,0±4,0] % та [27,0±7,0] %) та суїцидальні думки ([13,0±4,0] %, [10,0±3,0] % та [7,0±4,0] %). При цьому найбільш виражена симптоматика спостерігалась у пацієнтів неврологічного та хірургічного відділень, тоді як у військовослужбовців, що знаходились на лікуванні в терапевтичному відділенні показники були дещо нижчими, проте зберігали аналогічну структуру розподілу.

При аналізі кореляційних зв'язків виявлено низку значущих взаємозалежностей між різними скаргами пацієнтів терапевтичного відділення. Порушення

сну демонструють найтісніші зв'язки з проявами тривожного спектру: тривожністю ($r=0,817$; $p<0,001$), поганим переривчастим сном ($r=0,766$; $p<0,001$), занепокоєнням ($r=0,766$; $p<0,001$), настороженістю ($r=0,745$; $p<0,001$) та напруженістю ($r=0,705$; $p<0,001$). Це вказує на те, що проблеми зі сном тісно переплетені з тривожною симптоматикою та можуть бути як її наслідком, так і тригером.

Особливу увагу привертає надзвичайно сильний зв'язок між уникненням спогадів та уникненням думок про стресовий досвід ($r=0,951$; $p<0,001$), що свідчить про комплексну стратегію уникнення травматичного досвіду. Також виявлено тісний взаємозв'язок між фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r=0,894$; $p<0,001$), що підкреслює єдність психосоматичного реагування на травматичні спогади.

Емоційне виснаження має виражені кореляції з тривожністю ($r=0,717$; $p<0,001$), уникненням думок про стресовий досвід ($r=0,659$; $p<0,001$) та пригніченістю ($r=0,655$; $p<0,001$). Це може вказувати на те, що постійні спроби уникнення травматичних спогадів та підвищена тривожність призводять до виснаження емоційних ресурсів особистості.

Відчуття безвиході найсильніше корелює з самозвинуваченням ($r=0,729$; $p<0,001$) та відчуттям непотрібності ($r=0,706$; $p<0,001$), що може свідчити про формування стійкого негативного самосприйняття та потенційний ризик розвитку депресивної симптоматики.

Привертає увагу також сильний взаємозв'язок між напруженістю та дратівливістю ($r=0,741$; $p<0,001$), настороженістю та напруженістю ($r=0,741$; $p<0,001$), що вказує на формування стійкого патерну психоемоційного напруження.

Варто зазначити, що суїцидальні думки показують найслабші кореляційні

зв'язки з іншими показниками, хоча деякі з них є статистично значущими ($p < 0,05$). Це може свідчити про те, що суїцидальні тенденції можуть розвиватися відносно незалежно від інших симптомів і потребують особливої уваги при діагностиці та терапії.

При аналізі взаємозалежностей між симптомами у пацієнтів II групи найсильніші кореляційні зв'язки спостерігаються між уникненням спогадів та уникненням думок про стресовий досвід ($r=0,921$; $p<0,001$), що свідчить про системний характер унікаючої поведінки. Також виявлено сильний зв'язок між фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r=0,836$; $p<0,001$), що вказує на тісний взаємозв'язок соматичних та емоційних проявів при травматичних спогадах. Пригніченість має найсильніші кореляції зі зниженням настрою ($r=0,749$; $p<0,001$), що є логічним з точки зору феноменології депресивних станів. Порушення сну найбільше корелює з поганим переривчастим сном ($r=0,692$, $p<0,001$) та занепокоєнням ($r=0,459$; $p<0,001$), що вказує на тісний зв'язок між порушеннями сну та тривожною симптоматикою. Відчуття безвиході має найсильніші зв'язки з відчуттям непотрібності ($r=0,644$; $p<0,001$) та відчуттям самотності ($r=0,617$; $p<0,001$), що демонструє взаємопов'язаність негативних когнітивних установок. Надмірні переживання сильно корелюють з настороженістю ($r=0,661$; $p<0,001$) та труднощами з концентрацією уваги ($r=0,640$; $p<0,001$), що може вказувати на когнітивні наслідки тривожних станів.

Разом з цим, слід відзначити, що суїцидальні думки у пацієнтів неврологічного відділення мають слабкі кореляції з більшістю симптомів. Найсильніший зв'язок виявлено тільки з переживанням втрати ($r=0,341$; $p<0,001$), що відрізняється від клінічної картини пацієнтів I групи.

Загалом, кореляційна структура симптомів у пацієнтів неврологічного відділення вказує на менш виражені взаємозв'язки між симптомами порівняно з військовослужбовцями, що знаходились на лікуванні в терапевтичному відділенні, але зберігається чітка класифікація симптомів депресивного та тривожного спектру. Особливо помітні зв'язки між унікаючою поведінкою, емоційними та фізичними реакціями на травматичні спогади, та між різними аспектами депресивної симптоматики. Це може свідчити про дещо іншу специфіку психопатологічних проявів у пацієнтів цього відділення та потребу в диференційованому терапевтичному підході.

Аналіз кореляційних зв'язків у пацієнтів хірургічного відділення виявив наступні значущі взаємозалежності між симптомами. Уникнення спогадів надзвичайно тісно пов'язане з уникненням думок про стресовий досвід ($r=0,914$; $p<0,001$) та повторюваними тривожними спогадами про стресовий досвід ($r=0,914$; $p<0,001$). Це вказує на формування цілісного механізму уникнення травматичного досвіду в пацієнтів. Дратівливість найбільше пов'язана з порушеннями сну ($r=0,707$; $p<0,001$) та труднощами концентрації уваги ($r=0,722$; $p<0,001$), що може свідчити про вплив порушень сну на емоційну регуляцію та когнітивні функції. Тривожність демонструє сильні зв'язки із занепокоєнням ($r=0,707$; $p<0,001$), труднощами концентрації уваги ($r=0,707$; $p<0,001$) та зниженням настрою ($r=0,693$; $p<0,001$). Це підтверджує тісний взаємозв'язок тривожної та депресивної симптоматики. Реакції на травматичний досвід проявляються у високих кореляціях між уникненням розмов про стресовий досвід та фізичними/емоційними реакціями на флешбеки ($r=0,747$; $p<0,001$). Також виявлено сильний зв'язок

між тривожними снами та спогадами про стресовий досвід ($r=0,875$; $p<0,001$). Недовіра до оточуючих тісно пов'язана з фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r=0,695$; $p<0,001$), що може відображати вплив травматичного досвіду на соціальну взаємодію. Пригніченість найбільше корелює зі зниженням настрою ($r=0,650$; $p<0,001$), що є очікуваним проявом депресивної симптоматики. Суїцидальні думки показують загалом слабкі кореляції з іншими симптомами. Найбільш виражений їх зв'язок спостерігається з уникненням розмов про стресовий досвід ($r=0,398$; $p=0,001$), що може вказувати на певну роль травматичного досвіду у формуванні суїцидальних тенденцій.

Такий характер взаємозв'язків свідчить про складну структуру психопатологічних проявів у пацієнтів III групи, де особливо виражені зв'язки між травматичним досвідом, порушеннями сну, тривожністю та емоційною регуляцією.

Отримані результати загалом узгоджуються з висновками попередніх досліджень, зокрема Романюка О. О. (2021) [4], який зазначає, що бойовий стрес не лише є реакцією на окремі екстремальні події, а й формується внаслідок накопичення повсякденних стресогенних впливів у структурі бойової діяльності, що в комплексі призводить до деформації особистості та зростання вразливості до розвитку ПТСР. Аналогічно, у нашому дослідженні виявлено високий ступінь інтегрованості психопатологічної симптоматики саме в пацієнтів терапевтичного відділення, що може свідчити про накопичувальний характер дії хронічного стресу та виснаження адаптаційних механізмів. Це корелює з описаними у літературі патернами формування стійких психосоматичних комплексів унаслідок тривалого впливу психотравмуючих факторів. Водночас, виявлені нами специфічні кореляційні структури

в неврологічному та хірургічному відділеннях підтверджують положення про неоднорідність клінічного прояву бойової психічної травми, що потребує диференційованого підходу до психологічного супроводу залежно від соматичного статусу пацієнтів та характеру отриманих травм.

На основі проведеного кореляційного аналізу психопатологічної симптоматики у трьох відділеннях виявлено специфічні патерни взаємозв'язків, що відображають особливості формування психопатологічних станів залежно від характеру основного захворювання.

Висновки

У пацієнтів терапевтичного відділення виявлено найвищу інтегрованість психопатологічної симптоматики, що проявляється у сильних кореляційних зв'язках між порушеннями сну та тривожністю ($r=0,817$; $p<0,001$), уникненням спогадів та уникненням думок про стресовий досвід ($r=0,951$; $p<0,001$), фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r=0,894$; $p<0,001$). Така структура взаємозв'язків свідчить про формування стійкого психосоматичного симптомокомплексу, що характерно для хронічних соматичних захворювань, які супроводжуються тривалим стресом та виснаженням адаптаційних ресурсів особистості.

У військовослужбовців, що знаходилися на лікуванні в неврологічному відділенні, спостерігається менша інтегрованість симптомів з переважанням помірних кореляційних зв'язків. Найбільш виражені кореляції виявлено між уникненням спогадів та уникненням думок ($r=0,921$; $p<0,001$), пригніченістю та зниженням настрою ($r=0,749$; $p<0,001$), надмірними переживаннями та труднощами концентрації уваги ($r=0,640$; $p<0,001$). Така структура відображає особливості неврологічних захворювань, де психопатологічна симп-

томатика часто має органічне підґрунтя та характеризується більшою автономністю окремих симптомокомплексів.

У пацієнтів хірургічного відділення виявлено специфічний патерн кореляцій з високими взаємозв'язками між симптомами травматичного спектру: уникнення спогадів тісно корелює з уникненням думок та тривожними спогадами ($r=0,914$; $p<0,001$), спостерігаються сильні зв'язки між дратівливістю та порушеннями сну ($r=0,707$; $p<0,001$) і концентрацією уваги ($r=0,722$; $p<0,001$). Це відображає гострий характер психологічної реакції на травму чи оперативне втручання з формуванням постстресової симптоматики.

Особливої уваги заслуговує факт відносної автономності суїцидальних думок від інших симптомів у всіх трьох відділеннях. Найвищі кореляції суїцидальних думок спостерігаються з уникненням розмов про стресовий досвід в хірургічному відділенні ($r=0,398$; $p=0,001$), що може вказувати на особливу роль травматичного досвіду у формуванні суїцидальних тенденцій.

Виявлені закономірності свідчать про необхідність диференційованого підходу до психологічного супроводу пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в різних відділеннях. У терапевтичному відділенні акцент має бути на роботі з хро-

нічним стресом та профілактиці виснаження, у неврологічному – на когнітивно-поведінковій корекції з урахуванням органічного фактору, в хірургічному – на опрацюванні гострого стресового досвіду та превенції постраumaticтних розладів.

Отримані результати створюють емпіричну базу для розробки специфічних протоколів психологічної допомоги та оптимізації системи психологічного супроводу в відділеннях різного профілю, з особливим акцентом на необхідності окремої діагностики суїцидального ризику незалежно від загального психопатологічного профілю пацієнта.

Такі висновки мають важливе значення для розвитку диференційованого підходу в клінічній психології та вдосконалення системи психологічної допомоги військовослужбовцям, які знаходяться на лікуванні в відділеннях різного профілю.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на глибше розуміння феноменології розладів, пов'язаних зі стресом війни, та створення системних рішень для їх діагностики, лікування і профілактики.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Черненко П. Особливості реабілітації хворих після бойової черепно-мозкової травми. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2022;20:19-24. DOI: 10.26565/2312-5675-2022-20-03.
2. Marcolini S, Rojczyk P, Seitz-Holland J, Koerte IK, Alosco ML, Bouix S; Department of Defense Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Posttraumatic Stress and Traumatic Brain Injury: Cognition, Behavior, and Neuroimaging Markers in Vietnam Veterans. J Alzheimers Dis. 2023;95(4):1427-48. DOI: 10.3233/JAD-221304. PMID: 37694363.
3. Друзь ОВ, Черненко ІО. Основні психометричні маркери посттравматичного стресового розладу у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2020;28(2(103)):26-9. DOI: 10.36927/2079-0325-v28-is2-2020-5.

4. Романюк О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. 2021;58(5):161-5. DOI: 10.33099/2617-6858-2020-58-5-161-165.

5. Малина О. Особливості психологічної допомоги військовослужбовцям із бойовою психічною травмою. В: Новаковська Е, Мізьолек Й, Шевченко НФ, Ткалич МГ, Губа НО (ред.). Психологічні закономірності соціальних процесів та розвитку особистості в сучасному суспільстві. 2023;283-97. DOI 10.30525/978-9934-26-362-0-16.

6. Могильник АІ, Животовська ЛВ, Тарасенко КВ, Бойко ДІ, Сонник ЄГ, Архіповець ОО. Посттравматичний стресовий розлад: найактуальніша проблема сьогодення. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023;23(3):203-12. DOI: 10.31718/2077-1096.23.3.203.

7. Epstein A, Lim R, Johannigman J, Fox CJ, Inaba K, Vercruysse GA, Putting Medical Boots on the Ground: Lessons from the War in Ukraine and Applications for Future Conflict with Near-Peer Adversaries. J Am Coll Surg. 2023;1(237(2):364-73. PMID: 37459197. DOI: 10.1097/XCS.0000000000000707.

Kozhyna H., Sukharieva V.

PHENOMENOLOGY OF DISORDERS SPECIFICALLY ASSOCIATED WITH WAR-RELATED STRESS IN COMBATANTS

The study aimed to explore the phenomenology of war-related stress disorders in combatants undergoing inpatient treatment in different hospital departments. A total of 242 Ukrainian Armed Forces servicemen aged 25–45 years were examined at the Sumy Regional Clinical Veterans' Hospital. The participants were divided into three groups according to the profile of the department: internal medicine (Group I, n=86), neurology (Group II, n=110), and surgery (Group III, n=46). Structured clinical interviews were performed; data processing involved descriptive and correlational analysis (SPSS 29.0.2). Across all groups, the most prevalent symptoms included sleep disturbances, anxiety, emotional exhaustion, low mood, cognitive difficulties, and tension. The internal medicine group demonstrated the most integrated symptom structure, with strong correlations between anxiety, insomnia, avoidance behavior, and flashback reactions, reflecting a chronic psychosomatic symptom complex. In the neurology group, symptoms were less interrelated but showed strong connections between depressive mood, loss of interest, cognitive impairments, and emotional withdrawal, likely shaped by neurocognitive and organic factors. In the surgical group, high correlations were found between avoidance of trauma-related memories, intrusive recollections, irritability, and hyperarousal, indicating acute psychological stress responses. Notably, suicidal ideation in all groups exhibited weak correlations with other psychopathological features, highlighting its clinical autonomy and the need for dedicated suicide risk assessment regardless of the general symptom profile. These findings underscore the importance of department-specific, differentiated psychological support protocols tailored to the clinical characteristics of war trauma survivors, with an emphasis on screening for suicidal risk as a separate diagnostic target.

Keywords: *military personnel, psychopathological symptoms, combat trauma.*

*Надійшла до редакції 18.01.2025
Прийнята для публікації 29.03.2025
Опублікована 31.03.2025*

Відомості про авторів

Кожина Ганна Михайлівна – доктор медичних наук, професор, академік Національної Академії наук Вищої освіти України, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: amkozhyha888@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2000-707X.

Сухарева Вікторія Анатоліївна – аспірант кафедри нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії та наркології, медичної психології, професійних хвороб Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету, Україна.

Поштова адреса: Україна, 40007, м. Суми, вул. Харківська, 116.

E-mail: vitasukhareva25@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6556-864X.