

УДК 159.9:316.624 (355.11)

DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2025.63.30-34>

Олександр САФІН, д-р психол. наук, проф.

ORCID ID: 0000-0001-5745-8635

e-mail: 245440ss@gmail.com

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Інна ЧАМЛАЙ, аспірант

ORCID ID: 0009-0000-8976-9833

e-mail: innamkua@gmail.com

Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, Умань, Україна

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У КОМБАТАНТІВ ІЗ ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ТА ЇХНЯ ДІАГНОСТИКА

Вступ. Надання психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям в умовах сучасних війн здійснюється шляхом поетапної евакуації постраждалих, починаючи від військової ланки медичного забезпечення аж до тилових лікувальних установ залежно від рівня психічних порушень. Прийнято виокремлювати три рівні психічних порушень як результат бойової психічної травми: донозологічний, невротичний і психотичний. Зазвичай психогенне ураження супроводжується пораненнями, які посилюють прояви психічних розладів і створюють великі труднощі при медичному сортуванні через відсутність ефективних і простих скринінгових методик експрес-діагностики, рівневої та синдромальної оцінки психічного стану. У результаті певний відсоток військовослужбовців із донозологічним рівнем психічних порушень надходить на подальші етапи евакуації.

Методи. "Стенфордський опитувальник гострої реакції на стрес", методика "Модуль-супровід" ("Модуль-с"), "Опитувальник невротичних розладів-симптоматичний" (ОНР-С) Є. Олександровича. Методи математико-статистичного аналізу з пакету прикладних програм Statistica 12.

Результати. Виявлено, що найчисленніша група комбатантів із гострим стресовим розладом (48 %), що перебувала на етапі госпіталізації, мала невротичний рівень психічних порушень, належала до тимчасових психогенних втрат і потребувала психотерапевтичної допомоги. Друга за чисельністю група становила 37 % і мала донозологічний рівень психічних порушень. Ці пацієнти не потребували подальшої евакуації, їм була потрібна психологічна допомога з подальшим поверненням до норми. Військовослужбовці, які належали до групи психогенних втрат (психотичний рівень), становили 15 %, їм було показано евакуацію до тилових медичних установ для надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Висновки. "Стенфордський опитувальник гострої реакції на стрес" дає змогу достатньо надійно оцінити рівень психічних порушень, простий у застосуванні, займає небагато часу. Його можна використовувати як інструмент експрес-діагностики при медичному сортуванні пацієнтів із гострим стресовим розладом на етапі медичної реабілітації у клінічних військових шпиталях. При значенні сумарного показника за цим опитувальником менше 50 балів у пацієнта визначається донозологічний рівень, при 51–90 балах – невротичний, а при 91 балі й більше – психотичний рівень психічних порушень.

Ключові слова: бойова психічна травма, невротичні симптоми, нервово-психічна нестійкість, гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад, рівні психічних порушень.

Вступ

Прийнято виокремлювати три рівні психічних порушень як результат бойової психічної травми: донозологічний, невротичний і психотичний, відносний розподіл за якими становить орієнтовно 80, 15 і 5 %, відповідно. Переважна частина військовослужбовців із психогенним ураженням належить до донозологічного рівня і повертається до ладу протягом перших трьох днів від травмувальної події після надання психологічної допомоги та редукції гострої реакції на стрес (ГРС, F43.0 за Міжнародною класифікацією хвороб, травм і розладів поведінки 10-го перегляду – МКБ-10). При збереженні симптомів психічних розладів більше трьох днів вони надходять на подальші етапи евакуації з умовним діагнозом "гострий стресовий розлад" (ГСР), що триває 4–30 днів і проявляється дисоціативними симптомами й симптомами, клінічно схожими з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР, F43.1 за МКБ-10). Діагноз ГСР названо умовним, оскільки він відсутній у МКБ-10, але є в американському стандарті – "Діагностичному та статистичному посібнику із психічних розладів" четвертого видання (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000; Allene et al., 2021; Fanai, & Khan, 2023). Якщо психічний розлад триває більше 30 днів, то при медичному сортуванні у військових клінічних госпіталах визначається його рівень – від донозологічного до невротичного та психотичного. Пацієнти з донозологічним рівнем психічних порушень не

потребують подальшої евакуації, їм потрібна психологічна допомога з подальшим поверненням до норми. Пацієнтам із невротичним рівнем психічних порушень показана евакуація і психотерапевтична допомога з терміном лікування до 45–60 днів. Військовослужбовці із психотичним рівнем ураження підлягають евакуації аж до тилових медичних установ для надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Мета статті – діагностика рівня психічних порушень у комбатантів із гострим стресовим розладом.

Огляд літератури. На сьогодні склалися різні концепції копінг-поведінки (Родіна, Хаан, Уайт, Мосс, Шеффер та ін.). Розширюється коло досліджень психологічних феноменів, що супроводжують переживання життєвих і професійних стресів та особистісних ресурсів протидії (Кириленко, Манюха, Носенко, Онищенко, Саннікова, Старовойтенко, Тімченко, Титаренко, Яковенко, Liftou, Lindy, Mirza та ін.). Виокремився напрям досліджень, у яких проблема стресостійкості та подолання поведінки аналізується у контексті чинників ризику розвитку дезадаптаційних станів особистості, синдрому емоційного вигорання, деформацій особистості професіонала (Berkowitz, 1982; Horowitz et al., 1988; Furst, 1967; Pitman et al., 2012; Resick, & LoSavio, 2024).

Методи

Для виявлення рівня психічних порушень використовували "Стенфордський опитувальник гострої реакції на

© Сафін Олександр, Чамлай Інна, 2025

стрес" (Cardena et al., 2000), який надає можливість ретроспективно за дисоціативними симптомами оцінити ступінь порушення психічної діяльності в момент бойової психічної травми і вираженість подальших симптомів ПТСР. Для оцінювання рівня нервово-психічної нестійкості (НПН) застосовували методику "Модуль-супровід" ("Модуль-с"). Вона дає змогу виявити психопатологічні симптоми відповідно до діагностичних критеріїв, що зустрічаються у рубриках F0–F6 "Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади" за МКБ-10. Невротичні прояви оцінювали за "Опитувальником невротичних розладів-симптоматичним" (ОНР-С) Є. Олександровича. Отримані результати було оброблено з використанням методів математико-статистичного аналізу з пакету прикладних програм Statistica 12.

Результати

У дослідженні брали участь військовослужбовці-комбатанти чоловічої статі з гострим стресовим розладом ($n = 39$), які перебували на медичній реабілітації у військовому шпиталі. Усі пацієнти, крім поранень, мали діагноз "гострий стресовий розлад". Термін госпіталізації на момент обстеження становив від 5 днів до 1 місяця. Клініко-психопатологічне оцінювання гострого стресового розладу пацієнтів дозволяло припустити різний рівень психічних порушень, що мало значення для прийняття рішення щодо подальшої тактики лікування.

Рівень психічних порушень визначається ступенем дезінтеграції (дисоціацією) під час травматичної події пізнавальних (сприйняття, уявлення, пам'яті, ідентичності) та емоційних (емоцій, почуттів, афектів) психічних процесів. У момент травматичної події руйнується базове сприйняття життя. Дисоціація є захисною реакцією, процесом внутрішньопсихічної адаптації, що дає змогу зберегти цілісність особистості, способом взаємодії з реальністю, що надає можливість ігнорувати її, уникати або спотворювати. Однак згодом вона може істотно ускладнювати психічне перероблення та інтеграцію травматичного досвіду в суб'єктивну картину світу. Відповідно до цих уявлень, значення показників за опитувальником СОГРС, що оцінює ретроспективно дисоціативні симптоми у момент бойової психічної травми, було взято за основу для поділу всіх пацієнтів на три групи за рівнями психічних порушень. Із цією метою було застосовано кластерний аналіз методом K-means "уперед покроково". На рис. 1 представлено графічне лінійне зображення нормованих середніх значень центрів отриманих кластерів (зелена крива – кластер 1 – група "психотичні розлади" (ПР); червона крива – кластер 2 – група "невротичні розлади" (НР); синя крива – кластер 3 – група "донозологічні психічні порушення" (ДПП)).

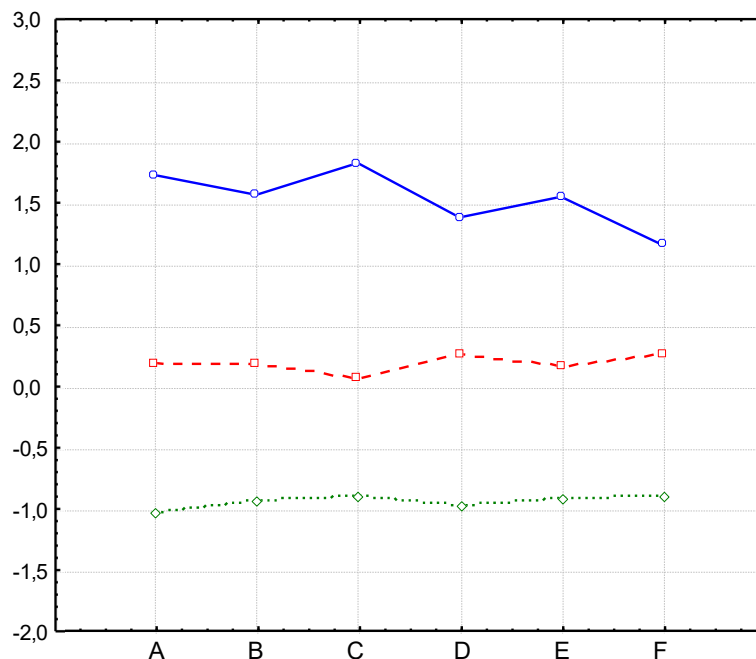


Рис. 1. Графічне лінійне зображення нормованих середніх значень центрів трьох кластерів (вертикальна вісь) за показниками шкал опитувальника СОГРС (горизонтальна вісь):

A – сума; B – дисоціація; C – репереживання; D – уникнення; E – збудливість; F – порушення функціонування

Дисперсійний аналіз і F-статистика свідчать про високий рівень значущості розподілення кластерів (табл. 1). Згідно з отриманими кластерами всіх пацієнтів було поділено на три групи: перший кластер ($N = 6$) з найвищими значеннями показників було позначено як групу "психотичні розлади" (ПР), другий ($N = 19$) із середніми значеннями показників – як групу "невротичні розлади" (НР), третій кластер ($N = 14$) з найнижчими значеннями – як групу "донозологічні психічні порушення" (ДПП). Виділені групи пацієнтів є однорідними за віком: Ме [Q25; Q75] у першій – третій групах становили 29,5 [28; 38], 32 [29; 36], 31,5 [24; 34] років, відповідно, і

статистично значущо не відрізнялися ($p > 0,05$). У табл. 2 подано описові статистики значень показників за всіма опитувальниками у виокремлених групах комбатантів. Оцінювання значущості відмінності при попарному порівнянні виконано за допомогою дисперсійного аналізу ANOVA за критерієм LSD.

Сумарний показник за опитувальником СОГРС статистично значуще відрізнявся у всіх трьох групах: найвище значення Ме [min; max] було у групі ПР – 122 [96; 132], майже вдвічі нижче – у групі НР – 67 [52; 85], найнижче – у групі ДПП – 33 [6; 48] (табл. 2). Причому мінімальний – максимальний діапазони коливань у групах не перекривалися: у групі ПР

значення сумарного показника були більше 91 бала, у групі НР вони коливалися у діапазоні 51–90 балів, а у групі ДПН були менше 50 балів. Важливо зазначити, що група ПР із

найбільшим рівнем значущості відрізнялася від груп НР і ДПН за показником шкали "переживання": $p < 2,34E-15$ і $p < 2,88E-16$, відповідно (табл. 2).

Таблиця 1

Дисперсійний аналіз і F-статистика розподілення кластерів (N = 39)

Шкали опитувальника СОГРС	Between SS	Within SS	F	signif. p
Дисоціація	27,650	10,348	48,096	6,78E-11
Репереживання	31,226	6,776	82,966	3,32E-14
Уникнення	26,077	11,924	39,376	8,66E-10
Збудливість	26,420	11,577	41,071	5,14E-10
Порушення функціонування	20,308	17,692	20,661	1,07E-6
Сумарний показник	33,348	4,652	129,081	3,77E-17

Таблиця 2

Описові статистичні дані та рівні значущості відмінностей показників за анкетами у групах комбатантів (N = 39)

Показники	Групи комбатантів			Рівні значущості відмінностей між групами, р<		
	1 (ПР)	2 (НР)	3 (ДПН)			
	Me [min; max], балл			1–3	2–3	1–2
Шкали опитувальника "СОГРС"						
Дисоціація	37,6 [29; 42]	22 [9; 33]	7,4 [2; 15]	1,95E-16	0,000001	0,000003
Репереживання	27,6 [23; 28]	15 [5; 18]	6[0; 11]	2,87E-16	0,0000003	2,33E-15
Уникнення	25 [21; 27]	15 [11; 24]	8 [0; 19]	5,35E-15	0,0000005	0,0002
Збудливість	25 [18; 28]	15 [10; 22]	8 [3; 13]	1,34E-15	0,000005	0,000007
Порушення функціонування	6,4 [4; 8]	5 [1; 7]	0.5 [0; 5]	0,000001	0,00004	0,01
Сумарний показник	121 [96; 132]	66 [52; 85]	34 [6; 48]	7,74E-18	1,73E-16	6,73E-16
Опитувальник "Модуль-супровід"						
Нервово-психічна нестійкість	253 [150; 366]	212 [138; 354]	140 [40; 255]	0,00008	0,001	0,04
Шкали "Опитувальника невротичних розладів-симптоматичного"						
Тривожно-фобічний розлад	39 [26; 61]	42 [13; 74]	13 [0; 70]	0,01	0,001	–
Депресивний розлад	12 [8; 16]	12 [4; 40]	4 [0; 13]	–	0,0003	–
Афективне напруження	29 [21; 29]	22 [16; 49]	17 [0; 37]	0,04	0,004	–
Розлад сну	21 [12; 23]	19 [8; 26]	12 [0; 25]	–	0,03	–
Афективна лабільність	17 [8; 24]	19 [12; 29]	7 [0; 24]	0,02	0,00001	–
Астенічний розлад	26 [16; 41]	32 [16; 50]	23 [0; 46]	–	0,006	–
Сексуальний розлад	7 [0; 18]	4 [0; 36]	0 [0; 12]	–	0,02	–
Обсесивний розлад	14 [4; 28]	13 [0; 42]	5 [0; 18]	–	0,02	–
Дереалізаційний розлад	16 [8; 25]	13 [4; 30]	8 [0; 26]	0,02	0,01	–
Порушення соціальних контактів	13 [4; 21]	7 [0; 23]	0 [0; 15]	0,004	0,02	–
Іпохондричний розлад	13 [0; 19]	13 [0; 36]	4 [0; 21]	–	0,01	–
Ананкастичний розлад	6 [4; 16]	9 [0; 25]	0 [0; 9]	–	0,0004	–
Соматовегетативний розлад	137 [84; 176]	120 [52; 215]	66 [0; 150]	0,006	0,003	–
Сумарний показник	367 [216; 719]	321 [222; 632]	165 [0; 378]	0,003	0,0001	–

Військовослужбовці із психотичним рівнем ураження значно частіше зазначали дисоціативні епізоди в теперішньому часі у вигляді нав'язливих повторних переживань травматичної події у формі яскравих спогадів, відчуттів, уявлень. Отже, сумарний показник за опитувальником СОГРС із великою надійністю дає змогу віднести обстежуваного до одного з рівнів психогенного ураження. Важливо зазначити, що вираженість дисоціативних симптомів відповідала надалі вираженості симптомів ПТСР (шкали "переживання", "збудливість", "уникнення"). Це підтверджує провідну роль дисоціативних процесів у розвитку всього симптомокомплексу розладу.

Кількісний розподіл пацієнтів за групами представлений на рис. 2.

Група ДПН, друга за чисельністю (37 %), не потребувала подальшої евакуації. Цим пацієнтам була потрібна психологічна допомога з подальшим поверненням до норми. Найчисленніша група – НР – становила трохи менше половини (48 %) усіх пацієнтів і належала до тимчасових психогенних втрат. Ці військовослужбовці потребували психотерапевтичної допомоги з терміном лікування до 45–60 діб для купування переходу психотравматизації у "Стійкі зміни особистості після переживання катастрофи" (F62.0 за МКБ-10). Ці особистісні

зміни характеризуються такими важкими і стійкими проявами, як проблеми з регуляцією афекту, уявленнями про себе як про приниженого, розчавленого або нікчемного, що супроводжуються почуттями сорому, провини або провалу, а також труднощами у підтримці відносин і переживанні почуття близькості до інших людей. Група ПР становила 15 % і належала до психогенних втрат. Цим пацієнтам було показано евакуацію у тилі медичні установи для надання подальшої спеціалізованої психіатричної допомоги.

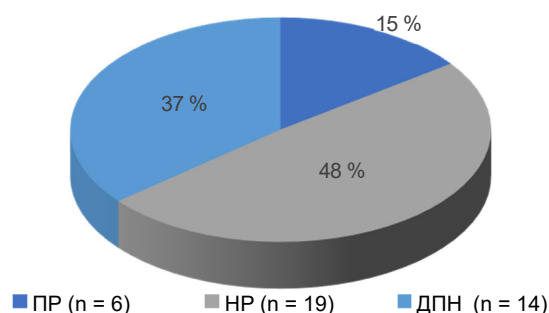


Рис. 2. Діаграма відносного розподілу пацієнтів за групами ПР, НР і ДПН

Нервово-психічну стійкість визначають як властивість психіки, що виявляється у здатності успішно функціонувати в екстремальних умовах діяльності без обтяжливих наслідків для фізичного і психічного здоров'я. Навпаки, нервово-психічна нестійкість – схильність до неоптимального типу реагування в умовах психічного або фізичного напруження внаслідок зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів. У дослідженні показано зв'язок рівня психічних порушень із НПН. Показник НПН за опитувальником "Модуль-с" статистично значущо відрізнявся в усіх трьох групах: найвище значення Me [min; max] було у групі ПР – 254 [150; 366], нижче – у групі НР – 211 [138; 354] і найнижче – у групі ДПН – 141 [40; 255] (табл. 2). Однак розкид крайніх значень був дуже великий і перекривався в усіх трьох групах, що не дає змогу його рекомендувати як інструмент оцінювання рівня психічних порушень. Проте військовослужбовці психотичного рівня психічних порушень мали найвищу НПН і спочатку були схильні до отримання важкої психічної травми. Цей опитувальник доцільно використовувати на етапах відбору для виявлення схильних до психотравматизації осіб із метою відсторонення їх від виконання відповідальних бойових завдань.

Обстеження за допомогою опитувальника ОНР-С виявило, що показники груп ПР і НР не відрізнялися між собою за жодною зі шкал, але статистично значущо перевершували показники групи ДПН (табл. 2). Водночас шкали ОНР-С у групах ПР і НР по-різному відрізнялися від показників групи ДПН, що свідчить про специфіку спектру невротичних симптомів у групах ПР і НР. Так, пацієнти групи ПР відрізнялися від групи ДПН найбільше за шкалами "порушення соціальних контактів" ($p < 0,004$) і "соматовегетативний розлад" ($p < 0,006$), а пацієнти групи НР – за шкалами "афективна лабільність" ($p < 0,00001$), "депресивний розлад" ($p < 0,0003$) та "ананкастичний розлад" ($p < 0,0004$). На круговій діаграмі представлені нормовані показники за шкалами опитувальника ОНР-С у різних групах комбатантів (рис. 3).

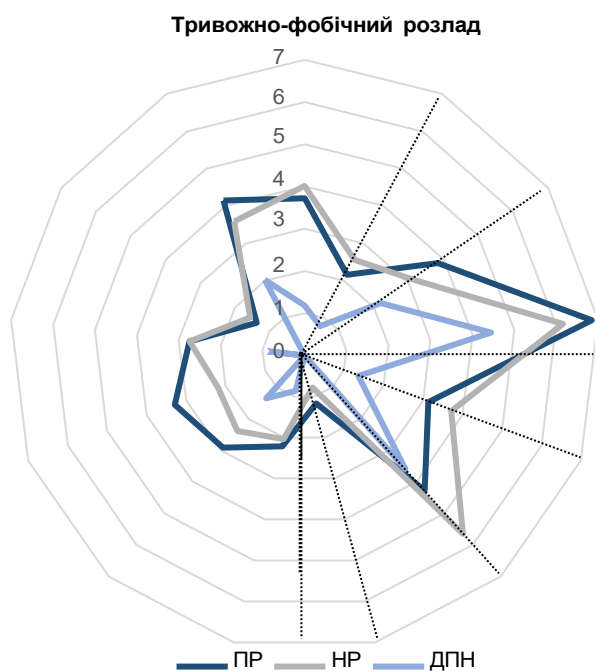


Рис. 3. Нормована кругова діаграма вираженості невротичних симптомів за шкалами опитувальника ОНР-С у групах ПР, НР і ДПН

На рисунку за годинниковою стрілкою після тривожно-фобічного – депресивний розлад, афективне напруження, розлад сну, афективна лабільність, астеничний розлад, сексуальний розлад, obsесивний розлад, дереалізаційний розлад, порушення соціальних контактів, іпохондричний розлад, ананкастичний розлад.

Найбільше комбатанти зазначали збудливість, що виявляється у розладі сну (нічні кошмари, труднощі засинання, часте пробудження вночі). Далі за спаданням ідуть астеничні симптоми (постійне відчуття втоми, уповільненість рухів і думок, апатія), соматовегетативні порушення (прискорене, сильне серцебиття, не викликане фізичним зусиллям; головний біль; короточасна нерухомість, неможливість рухати руками або ногами; різкі мимовільні рухи; неприємні відчуття або біль, що виникають під впливом шуму, яскравого світла або легких дотиків; м'язові болі; шум у вухах; нудота; переднепритомний стан), тривожно-фобічні прояви (постійне відчуття безпричинної тривоги; паралізуючий, незрозумілий страх; напади панічного жаху; необґрунтоване відчуття небезпеки; підвищене відчуття тривоги перед якимись подіями).

Незважаючи на статистично значущі відмінності групи ДПН від інших груп, розкиди сумарних показників ОНР-С частково перекривалися, що не дозволяло однозначно виявити комбатантів цієї групи. Отже, невротичні симптоми не є надійним діагностичним критерієм для оцінювання рівня психічних порушень у пацієнтів із гострим стресовим розладом.

Дискусія і висновки

Як виявилось, "Стенфордський опитувальник гострої реакції на стрес" дає змогу достатньо надійно оцінити рівень психічних порушень, простий у застосуванні, займає небагато часу. Його можна використовувати як інструмент експрес-діагностики при медичному сортуванні пацієнтів із гострим стресовим розладом на етапі медичної реабілітації у клінічних військових шпиталях. При значенні сумарного показника за цим опитувальником менше 50 балів у пацієнта визначається донозологічний рівень, при 51–90 балах – невротичний, а при 91 балі та більше – психотичний рівень психічних порушень. Виявлено, що у військовому клінічному шпиталі найчисленнішою є група комбатантів із гострим стресовим розладом (48 %), яка мала невротичний рівень психічних порушень, належала до тимчасових психогенних втрат і потребувала психотерапевтичної допомоги з терміном лікування до 45–60 діб. Друга за чисельністю група пацієнтів становила 37 % і мала донозологічний рівень психічних порушень. Ці пацієнти не потребували подальшої евакуації, їм була потрібна психологічна допомога з подальшим поверненням до норми. Військовослужбовці, які належали до групи психогенних втрат (психотичний рівень порушення), становили 15 % і їм було показано евакуацію у тилі медичні установи для надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Виявлено зв'язок показника нервово-психічної стійкості за опитувальником "Модуль-с" із рівнем психічних порушень. Однак розкид крайніх значень перекривався у групах, що не дає змогу рекомендувати його як інструмент для оцінювання рівня психічних порушень. Проте пацієнти психотичного рівня мали найвищий показник нервово-психічної нестійкості та спочатку були схильними до отримання важкої психічної травми. Цей опитувальник доцільно використовувати на етапах відбору для виявлення схильних до психотравматизації осіб із метою відсторонення їх від виконання відповідальних бойових завдань.

Використання опитувальника ОНР-С переконало, що невротичні симптоми були однаковою мірою виражені у пацієнтів із невротичним і психотичним рівнями та статистично значущо перевершували групу з донозологічним рівнем психічних порушень. Однак розкид значень сумарного показника частково перекривався і не давав змогу однозначно виокремити цю групу. Найбільш частими невротичними симптомами, які зазначали в себе комбатанти, були підвищена збудливість, як у стані сну, так і у стані неспання, а також астеничні прояви. Отже, невротичні симптоми не є надійним діагностичним критерієм для оцінювання рівня психічних порушень у комбатантів із гострим стресовим розладом на етапі медичного сортування у військових клінічних шпиталях.

Внесок авторів: Сафін Олександр – концептуалізація, аналіз джерел, підготовка огляду літератури та теоретичних засад дослідження; Інна Чамлай – збирання емпіричних даних та їхня валідація, аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Джерела фінансування. Це дослідження не отримало жодного гранту від фінансової установи в державному, комерційному або некомерційному секторах.

Список використаних джерел

- Allene, C., Kalalou, K., Durand, F., Thomas, F., & Januel, D. (2021). Acute and Post-Traumatic Stress Disorders: A biased nervous system. *Revue Neurologique*, 177(1–2), 23–38. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.05.010>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. DC: American Psychiatric Publishing.
- Berkowitz, L. (1982). Aversive Conditions as Stimuli to Aggression. *Advances in Experimental Social Psychology*, 15, 249–288. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60299-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60299-3)
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 719–734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>

Oleksandr SAFIN, DSc (Psychol.), Prof.
ORCID ID: 0000-0001-5745-8635
e-mail: 245440ss@gmail.com
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Inna CHAMLAY, PhD Student
ORCID ID: 0009-0000-8976-9833
e-mail: innamkua@gmail.com
Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University, Uman, Ukraine

MENTAL DISORDERS IN COMBATANTS WITH ACUTE STRESS DISORDER: DIAGNOSIS AND ASSESSMENT

Background. Psychological and psychiatric assistance to military personnel in modern warfare is provided through the phased evacuation of casualties, starting from the military medical support unit to rear medical facilities, depending on the severity of mental disorders. It is customary to distinguish three levels of mental disorders resulting from combat-related psychological trauma: pre-nosological, neurotic, and psychotic. As a rule, psychogenic disturbances are accompanied by physical injuries, which exacerbate the manifestations of mental disorders and create significant difficulties in medical triage due to the lack of effective and simple screening methods for the rapid diagnosis of severity and syndromic assessment of mental state. As a result, a certain percentage of military personnel with pre-nosological-level mental disorders are unnecessarily evacuated to subsequent stages.

Methods. The Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire was used, which allows for the retrospective assessment of the degree of mental disturbance at the time of combat trauma and the severity of subsequent PTSD symptoms based on dissociative symptoms. To assess the level of neuropsychological instability (NPI), the Module-Support (Module-S) was applied, which makes it possible to identify psychopathological symptoms in accordance with the diagnostic criteria outlined in sections F0–F6 'Organic, including symptomatic, mental disorders' of the ICD-10. Neurotic manifestations were evaluated using the Questionnaire for Neurotic Disorders – Symptomatic (ONR-Si) by E. Alexandrovich. The results were processed using mathematical and statistical methods of analysis in the Statistica 12 software package.

Results. The findings showed that the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SARS) provides a sufficiently reliable assessment of the level of mental disorders, unlike the Module-C and NDS-S questionnaires, where the range of extreme indicators overlapped between groups and did not allow for an unambiguous interpretation of the survey results. It was found that the largest group of combatants with acute stress disorder (49 %), who were at the hospitalisation stage, had a neurotic level of mental disorders, belonged to the category of temporary psychogenic losses, and required psychotherapeutic assistance. The second-largest group (36 %) had a pre-nosological level of mental disorders. These patients did not require further evacuation; instead, they needed psychological assistance with subsequent return to duty. Military personnel with psychogenic losses at the psychotic level accounted for 15 % and were referred for evacuation to rear medical facilities for specialized psychiatric care.

Conclusions. The Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire enables a reliable assessment of the level of mental disorders, is simple to administer, requires little time, and can be used as a rapid diagnostic tool for medical triage of patients with acute stress disorder during the rehabilitation stage in military hospitals. A total score of less than 50 points indicates a pre-nosological level; 51–90 points, a neurotic level; and 91 points or more, a psychotic level of mental disorders.

Keywords: combat mental trauma; neurotic symptoms; neuropsychological instability; acute stress reaction; acute stress disorder; levels of mental disorders.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

- Fanai, M., & Khan, M. A. B. (2023). *Acute Stress Disorder*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815>
- Furst, S. S. (Ed.). (1967). *Psychic Trauma*. Basic Books, Inc.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885–892.
- Pitman, R. K., Rasmussen, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Resick, P. A., & LoSavio, S. T. (2024). *Traumatic Stress*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429317934>

References

- Allene, C., Kalalou, K., Durand, F., Thomas, F., & Januel, D. (2021). Acute and Post-Traumatic Stress Disorders: A biased nervous system. *Revue Neurologique*, 177(1–2), 23–38. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.05.010>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. DC: American Psychiatric Publishing.
- Berkowitz, L. (1982). Aversive Conditions as Stimuli to Aggression. *Advances in Experimental Social Psychology*, 15, 249–288. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60299-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60299-3)
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 719–734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
- Fanai, M., & Khan, M. A. B. (2023). *Acute Stress Disorder*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815>
- Furst, S. S. (Ed.). (1967). *Psychic Trauma*. Basic Books, Inc.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885–892.
- Pitman, R. K., Rasmussen, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Resick, P. A., & LoSavio, S. T. (2024). *Traumatic Stress*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429317934>

Отримано редакцією журналу / Received: 17.06.25

Прорецензовано / Revised: 24.06.25

Схвалено до друку / Accepted: 07.07.25