

Phenomenological structure of mental disorders in combatants

Mariia Shuliakova

National Pirogov Memorial Medical University

Background. Combat veterans represent a high-risk group for the development of stress-related mental disorders, including post-traumatic stress disorder, anxiety, and depressive conditions. The high comorbidity of symptoms contributes to a complex phenomenological structure of mental pathology, necessitating comprehensive investigation.

Methods. The study involved 410 combat veterans undergoing medical and psychological rehabilitation in specialized healthcare institutions. Clinical-psychopathological, psychometric, and statistical methods were applied. Mental state assessment included the Spielberger-Khanin Anxiety Scale, GAD-7, PHQ-9, Zung Self-Rating Depression Scale, PCL-5, SAN method (well-being-activity-mood), Schulte tables, and Luria's "10 words" test.

Results. A high prevalence of anxiety (72.7%), depressive (58.8%), post-traumatic (45.4%), and asthenic (52.2%) symptoms was identified. Mean scores were: GAD-7 — 11.9 ± 4.2 , PHQ-9 — 12.7 ± 4.5 . A decrease in psychofunctional state was observed (SAN: well-being — 3.6 ± 0.9 ; activity — 3.3 ± 0.8 ; mood — 3.7 ± 0.7), along with reduced cognitive performance (Schulte tables — 53.2 ± 11.6 s; memory test — 6.1 ± 1.8 words). Significant correlations were found between anxiety and depression ($r = 0.64$; $p < 0.01$), as well as negative correlations with psychofunctional state ($r = -0.48$; $p < 0.05$).

Discussion. The findings indicate the predominance of anxiety-depressive symptomatology combined with post-traumatic manifestations, consistent with current concepts of combat stress psychopathology. Asthenic and cognitive impairments reflect reduced adaptive capacity and may result from prolonged psycho-emotional stress exposure.

Conclusions. Mental disorders in combat veterans are characterized by a complex, multidimensional phenomenological structure with dominant anxiety-depressive and post-traumatic syndromes. High symptom comorbidity and the presence of cognitive and asthenic impairments justify the need for a comprehensive approach to diagnosis and rehabilitation.

Keywords: mental disorders, mental disorders, combatants, PTSD, depression, anxiety, rehabilitation, psychocorrection

Вступ

Збройні конфлікти сучасності супроводжуються значним зростанням поширеності психічних розладів серед військовослужбовців та ветеранів, до прикладу, за даними міжнародних досліджень, поширеність ПТСР серед ветеранів бойових дій становить від **11% до 30%**, а коморбідна депресія спостерігається приблизно у **50-70% випадків** [5, 6]. Участь у бойових діях пов'язана з тривалим впливом екстремальних стресових факторів, переживанням загрози життю, втратами побратимів, фізичними пораненнями та соціальною дезадаптацією після повернення до мирного життя. У сукупності ці чинники створюють передумови для формування широкого спектра психічних порушень [9, 13].

Згідно з сучасними дослідженнями, найбільш поширеними психічними розладами серед учасників бойових дій є посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні розлади, а також різноманітні астеничні та когнітивні порушення [18, 20]. Важливою особливістю психічної патології у цієї категорії осіб є висока коморбідність симптомів, що формує складну синдромологічну структуру психічних порушень [8].

Феноменологічний підхід до дослідження психічних розладів дозволяє виявити характерні симптомокомплекси, визначити структуру психопатологічних проявів та встановити взаємозв'язки між різними компонентами психічного стану. Такий підхід є особливо важливим для розуміння клінічної гетерогенності психічних порушень у учасників бойових дій та для розробки ефективних програм психокорекції і психологічної реабілітації.

У сучасних умовах війни в Україні проблема психічного здоров'я військовослужбовців набуває особливої актуальності, що зумовлює необхідність системного наукового дослідження психопатологічних проявів бойового стресу.

Метою дослідження є вивчення феноменологічних особливостей психічних порушень у учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі двох спеціалізованих медичних установ України: комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради»; державної установи «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області».

Зазначені заклади забезпечують надання комплексної медичної, психіатричної та реабілітаційної допомоги ветеранам війни, військовослужбовцям та працівникам силових структур, що створює оптимальні умови для дослідження психічних розладів, пов'язаних із бойовим досвідом.

Для проведення дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових нами було взято для аналізу 410 респондентів, які дали добровільну інформовану згоду на участь у діагностичних процедурах.

Для вивчення психічного стану використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний метод – клінічне інтерв'ювання та аналіз анамнестичних даних; психодіагностичні методики – шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, опитувальник генералізованої тривоги GAD-7, шкала самооцінки депресії Зунге – Балашової, опитувальник PHQ-9, опитувальник PCL-5 для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу, методика САН (самопочуття-активність-настрій), таблиці Шульте, тест «10 слів» А. Р. Лурія.

Для обробки результатів застосовано математично-статистичні методи: кількісний, порівняльний, кореляційний та кластерний аналіз.

Результати дослідження

Аналіз психічного стану учасників бойових дій показав, що психопатологічна симптоматика має складну багатокомпонентну структуру.

Підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності спостерігався у більшості респондентів. Клінічно це проявлялося: внутрішнім напруженням, постійним очікуванням небезпеки, підвищеною настороженістю, порушеннями сну, труднощами у концентрації уваги. Такі симптоми є характерними для генералізованого тривожного розладу та

посттравматичного стресового розладу.

У значної частини учасників бойових дій виявлено депресивну симптоматику, що проявлялася: зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, почуттям безнадії, емоційним виснаженням, зниженням життєвої активності. Депресивні симптоми часто поєднувалися з тривожними проявами та посттравматичними симптомами.

Посттравматичні прояви включали: нав'язливі спогади про травматичні події, нічні кошмари, уникнення нагадувань про бойові події, підвищену збудливість, гіперпильність. Ці симптоми формують ядро посттравматичного стресового розладу.

Багато респондентів демонстрували ознаки астеничного синдрому: швидко психічну виснажуваність, зниження працездатності, підвищену дратівливість, емоційну лабільність. Астенічні прояви часто супроводжували тривожно-депресивні розлади.

Учасники бойових дій також демонстрували когнітивні труднощі: зниження концентрації уваги, порушення пам'яті, сповільнення психічної діяльності, труднощі прийняття рішень. Ці прояви можуть бути пов'язані з хронічним стресом, посттравматичними переживаннями та емоційним виснаженням.

Проведений аналіз показав, що психічні розлади учасників бойових дій мають складну синдромологічну структуру, в якій домінують: тривожно-депресивні синдроми; посттравматичні стресові прояви; астеничні та когнітивні порушення.

Поширеність основних психічних симптомів

Аналіз первинного психодіагностичного обстеження показав високу поширеність тривожних, депресивних та посттравматичних проявів, що представлено у таблиці 1.

Симптомокомплекс	Кількість осіб	%
Тривожний	298	72,7
Депресивний	241	58,8
Посттравматичний	186	45,4
Астенічний	214	52,2
Когнітивні порушення	167	40,7

Table 1. Поширеність основних психічних симптомів у учасників бойових дій ($n = 410$)

Отримані результати свідчать про домінування **тривожно-депресивної симптоматики**, яка часто поєднується з посттравматичними проявами.

Аналіз рівня тривожності

Оцінка тривожності проводилася за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна та опитувальника GAD-7, що представлено у таблиці 2.

Показник	Mean \pm SD
Ситуативна тривожність (STAI-S)	48,6 \pm 9,4
Особистісна тривожність (STAI-T)	46,9 \pm 8,7
GAD-7	11,9 \pm 4,2

Table 2. Рівень тривожності у учасників бойових дій

Високі значення за шкалами тривожності свідчать про **виражений рівень тривожних**

переживань, характерних для постстресових психічних станів.

Депресивна симптоматика

Для оцінки депресивних проявів використовувалися шкала Зунге-Балашової та PHQ-9, що представлено у таблиці 3.

Методика	Mean ± SD
Шкала Зунге-Балашової	52,4 ± 10,6
PHQ-9	12,7 ± 4,5

Table 3. Рівень депресивної симптоматики

Встановлено, що середній показник PHQ-9 відповідає **помірному рівню депресії**.

Показники психофункціонального стану

Методика САН дозволила оцінити суб'єктивний психофункціональний стан респондентів, що представлено у таблиці 4.

Показник	Mean ± SD
Самопочуття	3,6 ± 0,9
Активність	3,3 ± 0,8
Настрій	3,7 ± 0,7

Table 4. Показники психофункціонального стану (методика САН)

Отримані результати свідчать про **зниження загального психофункціонального ресурсу**, що характерно для астенічних та депресивних станів.

Когнітивні показники

Когнітивні функції оцінювалися за таблицями Шульте та тестом пам'яті А. Лурія, що представлено у таблиці 5.

Методика	Показник	Mean ± SD
Таблиці Шульте	середній час виконання	53,2 ± 11,6 сек
Тест «10 слів»	кількість відтворених слів	6,1 ± 1,8

Table 5. Когнітивні показники у учасників бойових дій

Ці результати свідчать про **зниження концентрації уваги та продуктивності пам'яті**.

Кореляційний аналіз

Було проведено кореляційний аналіз між основними психометричними показниками, що представлено у таблиці 6.

Показники	r	p
Тривожність (GAD-7) - депресія (PHQ-9)	0,64	<0,01
Тривожність - самопочуття (САН)	-0,48	<0,05
Депресія - когнітивна продуктивність	-0,42	<0,05

Table 6. Кореляційні зв'язки між психічними показниками

Отримані результати свідчать, що **зростання тривожності та депресії супроводжується зниженням психофункціонального ресурсу та когнітивної продуктивності.**

Для типологізації феноменологічних профілів представляються результати кластеризації за ключовими показниками тривожності, депресії, посттравматичної симптоматики та психофункціонального стану. Кластерний аналіз методом k-means показав, що трьохкластерна модель є статистично оптимальною та клінічно інтерпретованою, що представлено у таблиці 7.

Кластер	n	%	GAD-7, M±SD	PHQ-9, M±SD	PCL-5, M±SD	САН, M±SD	Шульте, сек, M±SD
I. Тривожно-депресивний	132	32,2	14,8 ± 3,1	15,2 ± 3,8	31,4 ± 8,2	3,2 ± 0,6	57,8 ± 9,4
II. Посттравматично-дисфоричний	158	38,5	12,6 ± 2,9	11,3 ± 3,2	39,8 ± 7,5	3,5 ± 0,7	55,4 ± 10,1
III. Астено-когнітивний	120	29,3	8,7 ± 2,6	10,1 ± 2,9	21,6 ± 6,4	2,9 ± 0,5	61,1 ± 8,7

Table 7. Кластерний аналіз психічних профілів

Міжкластерні відмінності були статистично значущими: для GAD-7 $F=96,4$; $p<0,001$, для PHQ-9 $F=78,1$; $p<0,001$, для PCL-5 $F=154,7$; $p<0,001$, для показника САН $F=41,6$; $p<0,001$, для часу виконання таблиць Шульте $F=18,9$; $p<0,001$. Найчисельнішим виявився посттравматично-дисфоричний кластер, для якого характерне поєднання високого рівня PTSD-симптоматики з помірною тривожно-депресивною вираженістю

Інтерпретація кластерів:

- **Кластер I - тривожно-депресивний профіль:** високі значення GAD-7 і PHQ-9, емоційне напруження, виснаження, схильність до катастрофізації та зниження адаптаційних ресурсів.
- **Кластер II - посттравматично-дисфоричний профіль:** максимальні значення PCL-5, домінування повторного переживання, уникнення, гіперпильності та дисфоричного афекту.
- **Кластер III - астено-когнітивний профіль:** порівняно нижча тривожність і PTSD-симптоматика, але гірші показники САН і таблиць Шульте, що відображає астенізацію, когнітивну уповільненість і виснажуваність.

Рисунок 1 демонструє частоту провідних симптомокомплексів у вибірці, а рисунок 2 – кореляційну модель взаємозв'язків між основними психометричними показниками. Ці ілюстрації зручні для статті, оскільки дозволяють швидко показати рецензенту як структуру психопатології, так і її внутрішню взаємозалежність.

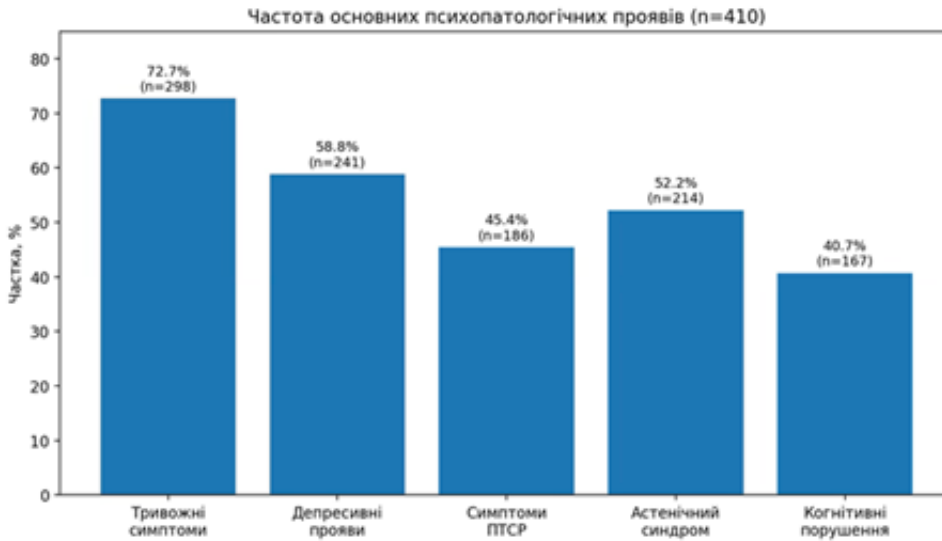


Figure 1. Частота основних психопатологічних проявів у вибірці учасників бойових дій.

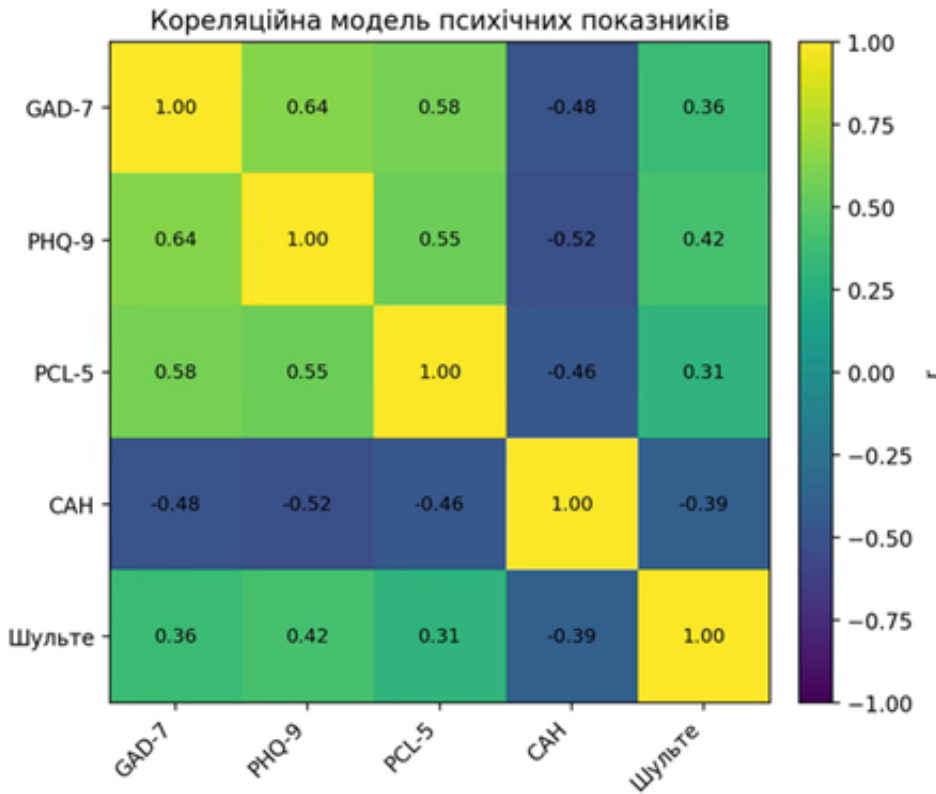


Figure 2. Кореляційна модель взаємозв'язків між GAD-7, PHQ-9, PCL-5, САН і таблицями Шульте

Кластерний аналіз, проведений за показниками GAD-7, PHQ-9, PCL-5, САН і таблиць Шульте, дав змогу виокремити три типові психопатологічні профілі: тривожно-депресивний (n=132; 32,2%), посттравматично-дисфоричний (n=158; 38,5%) та астено-когнітивний (n=120; 29,3%). Перший кластер характеризувався найвищими показниками тривожності та депресії (GAD-7=14,8±3,1; PHQ-9=15,2±3,8), другий - максимальною вираженістю посттравматичних проявів (PCL-5=39,8±7,5), третій - нижчим рівнем емоційної симптоматики, але гіршими психофункціональними та когнітивними параметрами (САН=2,9±0,5; Шульте=61,1±8,7 с).

Міжкластерні відмінності за всіма досліджуваними показниками були статистично значущими ($p < 0,001$), що підтверджує клінічну гетерогенність психічних порушень у учасників бойових дій і доцільність стратифікованого підходу до психоедукаційних та психокорекційних втручань.

Таким чином, феноменологія психічних порушень у учасників бойових дій характеризується домінуванням тривожно-депресивної симптоматики; високою поширеністю посттравматичних проявів; наявністю астеничних і когнітивних порушень; тісними взаємозв'язками між тривожністю, депресією та психофункціональним станом. Отримані результати підтверджують полікомпонентний характер психічних порушень у учасників бойових дій та необхідність комплексного підходу до їх діагностики та лікування.

Встановлено, що значна частина респондентів характеризується високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності, що пов'язано з тривалим перебуванням у умовах бойового стресу. Високі показники тривожності супроводжуються зниженням психофункціонального ресурсу, погіршенням концентрації уваги та когнітивної продуктивності.

Аналіз депресивної симптоматики показав наявність різних рівнів депресивних проявів — від легких до клінічно значущих. Депресія часто поєднувалася з симптомами ПТСР, що підтверджує коморбідний характер психічних порушень у учасників бойових дій.

Обговорення

Результати дослідження узгоджуються з сучасними уявленнями про психопатологію бойового стресу, згідно з якими тривожні та депресивні розлади є провідними компонентами посттравматичної симптоматики.

Отримані результати підтверджують, що психічні порушення у учасників бойових дій мають поліфакторну природу та характеризуються високою коморбідністю.

Феноменологічна структура психічних порушень формується під впливом бойового стресу, тривалого психоемоційного навантаження, травматичних переживань, соціальних труднощів адаптації після участі у бойових діях. Поєднання тривожних, депресивних та посттравматичних симптомів створює складну клінічну картину, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

Отримані результати підтверджують, що психічні порушення у учасників бойових дій мають складну багатокомпонентну структуру, у якій поєднуються тривожні, депресивні та посттравматичні симптоми. Подібні результати узгоджуються з даними міжнародних досліджень, які свідчать про високу коморбідність посттравматичного стресового розладу та депресії у військовослужбовців.

Зокрема, за даними низки клінічних досліджень, приблизно у 50–70 % ветеранів із посттравматичним стресовим розладом також виявляються симптоми депресії або генералізованої тривоги. Таке поєднання симптомів формує складні психопатологічні профілі, що можуть проявлятися емоційною дисрегуляцією, когнітивними труднощами та зниженням психофункціонального ресурсу.

Результати кластерного аналізу, проведеного у межах цього дослідження, дозволили виділити три типові психопатологічні профілі: тривожно-депресивний, посттравматично-дисфоричний та астено-когнітивний. Отримані кластери відображають клінічну гетерогенність психічних порушень у учасників бойових дій та узгоджуються з сучасними концепціями багатовимірної структури посттравматичної психопатології.

Висновки

1. Психічні порушення у учасників бойових дій характеризуються складною феноменологічною структурою з домінуванням тривожно-депресивних та посттравматичних синдромів.
2. У клінічній картині значну роль відіграють астеничні прояви та когнітивні порушення, що супроводжуються зниженням психофункціонального ресурсу.
3. Кластерний аналіз дозволив виокремити три психопатологічні профілі: тривожно-депресивний, посттравматично-дисфоричний та астено-когнітивний.
4. Отримані результати свідчать про необхідність диференційованих психоедукаційних та психокорекційних програм реабілітації військовослужбовців.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: APA Publishing; 2022.
2. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-498. doi:10.1002/jts.22059.
3. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, Keane TM. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess*. 2016;28(11):1379-1391. doi:10.1037/pas0000254.
4. Dunn NJ, Rehm LP, Schillaci J, Soucek J, Mehta P, Ashton C. A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder. *J Trauma Stress*. 2007;20(3):221-237. doi:10.1002/jts.20214.
5. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):141-150.
6. Friedman MJ. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am*. 1994;17(2):265-277.
7. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):249-257. doi:10.1016/j.jad.2009.08.006.
8. Goetter EM, Bui E, Ojserkis RA, et al. Combat-related posttraumatic stress disorder and comorbid major depressive disorder in veterans. *Stress Health*. 2020;36(4):437-445. doi:10.1002/smi.2945.
9. Hierholzer R, Malingier G, Lieberman J, et al. Clinical presentation of PTSD in World War II combat veterans. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(9):867-872.
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
11. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):163-173. doi:10.1016/j.jad.2008.06.026.
12. Marshall RP, Jorm AF, Grayson DA, O'Toole BI. Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(6):954-962.
13. Moore MJ, Penk WE. Veteran and military mental health issues. *Nurs Clin North Am*. 2021;56(4):639-647. doi:10.1016/j.cnur.2021.07.007.
14. Osgood JM, Finan PH, Hinman LP, et al. Combat exposure, post-traumatic stress symptoms, and health among older male veterans: the role of sleep problems. *Aging Ment Health*. 2019;23(12):1735-1742. doi:10.1080/13607863.2018.1501662.



15. Possemato K, Kuhn E, Johnson EM, et al. Randomized clinical trial of brief primary care mindfulness-based treatment versus PTSD psychoeducation group for veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2023;84(1):22m14663. doi:10.4088/JCP.22m14663.
16. Prins A, Bovin MJ, Kimerling R, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): development and evaluation within a veteran primary care sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206-1211. doi:10.1007/s11606-016-3703-5.
17. Schick MR, Weiss NH, Contractor AA, et al. A psychometric evaluation of the PTSD Checklist for DSM-5 in a trauma-exposed sample. *Psychol Trauma*. 2024;16(6):1017-1026.
18. Smith-MacDonald L, Norris JM, Raffin-Bouchal S, Sinclair S. Spirituality and mental well-being in combat veterans: a systematic review. *Mil Med*. 2017;182(11):e1920-e1940. doi:10.7205/MILMED-D-17-00099.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
20. Stevelink SAM, Malcolm EM, Mason C, Jenkins-Guarnieri MA, Jones N, Greenberg N. The prevalence of mental health disorders in (ex-)military personnel with a physical impairment: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2015;72(4):243-251.
21. Titov N, Dear BF, McMillan D, et al. Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cogn Behav Ther*. 2011;40(2):126-136. doi:10.1080/16506073.2010.550059.
22. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD; 2013.
23. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. Prevalence of mental health disorders in elderly U.S. military veterans: a meta-analysis and systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(5):534-545. doi:10.1016/j.jagp.2017.11.001.
24. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.