

УДК 616.89-008.441.4:616.89-08-07

DOI <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2026.1.1>

**Амбарцумян В. Ф.**

аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

e-mail: [ambartsumian.vardhes@stud.onu.edu.ua](mailto:ambartsumian.vardhes@stud.onu.edu.ua)

ORCID ID: 0009-0002-0717-6597

## ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПТСР ТА НЕГАТИВНИХ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш вивчених та поширених психічних розладів, що виникають у відповідь на пережиті травматичні події. Однак, ПТСР не єдиний розлад, який може виникнути внаслідок стресових ситуацій. Існують інші негативні стрес-асоційовані розлади, які мають подібну симптоматику, але різні етіологічні чинники та патогенетичні механізми. Диференціація ПТСР та інших стрес-асоційованих розладів є критично важливою для точної діагностики та ефективного лікування. Цей огляд спрямований на систематичне дослідження наукової літератури та психодіагностичних методик, які використовуються для вивчення та розрізнення цих розладів. Важливість цього дослідження полягає у вдосконаленні підходів до діагностики та терапії, що дозволить покращити якість життя пацієнтів, які страждають від цих станів. Зміни у психічному здоров'ї серед українців стають все більш виразними в період війни, що підкреслює важливість вчасно та кваліфіковано проводити діагностику даних станів відповідно до критеріїв МКХ-11 та DSM-5.

Метою дослідження є проведення систематичного огляду наукової літератури та визначення методів дослідження, які спрямовані на вивчення ПТСР і негативних стрес-асоційованих розладів.

У цьому огляді використовувалися відкриті наукові джерела, присвячені діагностиці ПТСР і негативних стрес-асоційованих розладів, пов'язаних із негативними переживаннями. Аналіз наукової літератури проводився за допомогою методів оглядового, системного та контент-аналізу. Відбір матеріалів здійснювався через бази даних Google Scholar і PubMed, а також за допомогою відкритих ресурсів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Американської психологічної асоціації (АПА) та урядових вебпорталів України, США та Великої Британії.

Аналіз сучасної наукової літератури та дослідження різних методів показали, що опитувальники, представлені в статті, можуть бути ефективним інструментом для спеціалістів у сфері психічного здоров'я при комплексній діагностиці ПТСР та інших негативних стрес-асоційованих розладів. Ці інструменти сприяють точній диференціації та наданню відповідного лікування, що покращує якість життя пацієнтів.

**Ключові слова:** ПТСР, стрес-асоційовані розлади, диференціація, психічне здоров'я, діагностика, психічні розлади.

**Постановка проблеми.** Психічні розлади, пов'язані зі стресом, унікальні тим, що для їх діагностики необхідні зовнішні події, які спричинили виникнення симптоматики. Ця категорія розладів є об'єктом активних дискусій,

зокрема щодо доцільності медикалізації людських страждань та можливого надмірного використання діагнозу ПТСР. Більшість поширених психічних розладів посилюються або загострюються через стрес. Суб'єктивні розповіді багатьох людей із психічними розладами часто акцентують увагу на зовнішніх подіях, які були причинами виникнення негативних симптомів. Клініцисти можуть ненавмисно схилитися до діагностування стрес-асоційованих розладів, коли вдається ідентифікувати значний стресор, оскільки цей підхід дозволяє зрозуміти переживання пацієнта через призму зовнішніх подій, що зазвичай є прийнятним для пацієнта. Ключова проблема полягає в тому, що суб'єктивні розповіді багатьох пацієнтів часто акцентують увагу на зовнішніх подіях (стресорах) як причині виникнення негативних симптомів. Це може призводити до того, що клініцисти ненавмисно схиляються до діагностування стрес-асоційованих розладів, коли ідентифікують значний стресор, але при цьому може бути упущено, що ці розлади характеризуються не лише попередніми подіями, але й особливою клінічною картиною з ключовими симптомами, які відрізняються від інших психічних розладів. Через це диференціація ПТСР та інших стрес-асоційованих розладів є критично важливою, оскільки вони відрізняються тривалістю та інтенсивністю симптомів та потребують різних стратегій лікування.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Поняття ПТСР та стрес-асоційованих розладів визначається через чинники, які впливають на людину та ототожнюється з екстремальними умовами, по суті, аналогічними надзвичайним ситуаціям. Дане питання вивчали Туриніна О.Л. [3, с. 149–159], Зеленська К.О., Платинюк О.Б. [2, с. 100–103]. Даний підхід наголошує на впливі подій на психічний стан людини, акцентуючи увагу на таких поняттях, як «екстремальні стани», «екстремальні реакції», «дистрес», «екстремальний стрес», «травматичний стрес», «ПТСР», які вивчали Г. Сельє [21, с. 692–699], К.Ф. Шуберт (C.F.Schubert) [19, с. 469–486], Т.Х. Хоппен (Т.Н. Hoppen) [10], А. Нікерсон (A. Nickerson) [18, с. 332–353].

Хоча ПТСР та інші стрес-асоційовані розлади загально визнані, їхня чітка теоретична диференціація в одному огляді залишається викликом. Проведення систематичного дослідження наукової літератури для чіткого розрізнення ПТСР та інших негативних стрес-асоційованих розладів на основі різних етіологічних чинників, патогенетичних механізмів та, що найважливіше, критеріїв МКХ-11 та DSM-5. Це викликає потребу у вдосконаленні підходів до діагностики та терапії в умовах зростаючої поширеності ПТСР (приблизно 26,5% серед осіб, які пережили війну). Точна диференціація дозволяє запобігти медикалізації людських страждань та надмірному використанню діагнозу ПТСР, що є особливо важливим під час масових травматичних подій.

**Мета статті** полягає у проведенні систематичного огляду наукової літератури та визначенні методів дослідження, які спрямовані на вивчення ПТСР і негативних стрес-асоційованих розладів.

**Результати дослідження.** На тлі війни, що триває, впливи стресорів, пов'язаних з війною, на психічне здоров'я стали предметом наукових розвідок. Посттравматичний стресовий розлад є одним з найпоширеніших розладів після стресорів, пов'язаних з війною, з приблизною загальною поширеністю 26,5% серед осіб, які пережили війну [10]. ПТСР виникає у відповідь на переживання, свідчення або зіткнення з травматичною подією, внаслідок якої відбулася або загрожує серйозна травма чи загроза фізичній цілісності. Основними симптомами розладу є нав'язливі спогади про травматичну подію, уникання стимулів, що нагадують про травму, і підвищена збудливість або реактивність [24]. Особи, які пережили війну і живуть у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, несуть глобальне навантаження хвороб на рівні 3,105,387 років життя, скоригованих на інвалідність, що асоціюється з ПТСР [9].

Запровадження Міжнародної класифікації хвороб [11] Всесвітньої організації охорони здоров'я привернуло увагу до часто складних симптомів ПТСР. Він може розвиватися після впливу подій або серії подій, які є надзвичайно загрозливими або жахливими, найчастіше тривалих або повторюваних ситуацій, з яких втеча є важкою або неможливою (наприклад, катування, рабство, тривале домашнє насильство, повторюване сексуальне або фізичне насильство в дитинстві). Додаткові симптоми ПТСР виникають у відповідь на порушення довіри і безпеки у взаємостосунках [8, с. 615–627]. Дослідження серед внутрішньо переміщених біженців виявили зв'язок між важкими формами міжособистісних травм, пов'язаних з війною, і ПТСР, такими як переслідування, систематичне зґвалтування, катування та примусова депортація [18, с. 332–353]. Ключовою характеристикою війни є вплив численних одночасних стресорів. Кумулятивні ефекти кількох травматичних подій можуть збільшувати ризик і тяжкість ПТСР.

ПТСР розвивається після переживання події або низки подій, які мають надзвичайно загрозливий або жахливий характер. Його ознаки включають наступні: 1) повторне переживання травматичної події або кількох подій у формі яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або нічних кошмарів. Це переживання може виявлятися в одній або кількох сенсорних модальностях і зазвичай супроводжується сильними або всеохоплюючими емоціями, такими як страх або жах, а також вираженими фізичними відчуттями; 2) уникання думок і спогадів про подію або події, або уникання діяльності, ситуацій чи людей, які нагадують про подію (події); 3) постійне відчуття підвищеної загрози, що може проявлятися у надмірній настороженості або підвищеній реакції на такі подразники, як раптові гучні звуки. Симптоми тривають щонайменше кілька тижнів і призводять до значних порушень у особистому, сімейному, соціальному, навчальному, професійному або інших важливих сферах функціонування [12].

Стрес-асоційовані розлади є групою захворювань, розвиток яких зумовлений переважно впливом стресових факторів. Стрес значно впливає на патогенез та прогресування цих хвороб, які наразі вважаються одними з найпоширеніших і

найважчих серед психічних розладів. Відповідно до сучасної номенклатури Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), розлади, пов'язані зі стресом, поділяються на:

– QE84 – гостра стресова реакція. Гостра реакція на стрес охоплює розвиток тимчасових емоційних, фізичних, когнітивних чи поведінкових симптомів у відповідь на події або ситуації (як короточасні, так і тривалі) надзвичайно небезпечного або жахливого характеру [13].

– 6B43 – розлад адаптації. Це дезадаптивна реакція на визначений психосоціальний стресор або ряд стресорів (таких як розлучення, хвороба чи інвалідність), яка зазвичай проявляється протягом місяця після впливу стресора. Розлад характеризується занепокоєнням самим стресовим фактором або його наслідками, включаючи надмірне хвилювання, повторювані тривожні думки про стресор або постійне обдумування його значення [14].

– 6A23 – гострий транзиторний психотичний розлад. Цей стан характеризується раптовою появою психотичних симптомів, що виникають без попередніх ознак і досягають максимальної вираженості протягом двох тижнів. До таких симптомів можуть належати марення, галюцинації, дезорганізоване мислення, збентеженість або дезорієнтація, а також порушення афекту та настрою. Можливі психомоторні порушення, подібні до кататонії. Інтенсивність та характер симптомів зазвичай швидко змінюються, іноді навіть протягом одного дня [15].

Адаптаційні порушення, які лежать в основі стрес-асоційованих розладів, мають три основи: біологічну, психологічну та соціальну. Вплив несприятливих психогенних факторів викликає у людини стрес, який проявляється у вигляді неспецифічної реакції на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях.

Стрес є адаптаційною реакцією організму, що підвищує шанси на виживання у складних умовах, може мати позитивний, мобілізуючий вплив, але також здатен спричинити дезорганізацію функцій організму.

Г. Сельє в 1936 році опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром (ЗАС), але тривалий час уникав терміну «стрес». Лише з 1946 року він почав систематично використовувати цей термін для позначення загальної адаптаційної напруги [21, с. 692–699].

Основною відмінністю між ПТСР та іншими стрес-асоційованими розладами є тривалість і інтенсивність симптомів, а також їх вплив на функціонування особи. Важливо також враховувати фактори ризику та захисні фактори, які можуть впливати на розвиток конкретного розладу.

Сучасна ситуація у сфері психічного здоров'я вимагає від світового психологічного співтовариства готовності до інновацій та впровадження високотехнологічних гуманітарних рішень, здатних підняти ефективність психотерапевтичної допомоги на якісно новий рівень завдяки своєчасній і максимально точній діагностиці. Такою проривною технологією може стати Інтегральна Інстру-

ментальна Психодінамічна Діагностика (ППД) [1]. Завдяки своїм програмним потужностям, ППД надає змогу швидко, точно та доступно діагностувати психоемоційний стан і ступінь соціальної адаптованості у будь-яких масштабах. Крім того, вона дозволяє проводити глибоке дослідження реєстр-синдромів, включаючи шизотипальний, афективно-ендогенний, екзогенно-органічний (в тому числі ПТСР), особистісно-аномальний, психогенно-психотичний та психогенно-невротичний. Важливою практичною перевагою є можливість діагностувати і отримувати готові звіти про стан клієнта/пацієнта без необхідності довгого навчання психодіагностики.

Серед діагностичних методик у нашому дослідженні робиться акцент на проведенні не тільки скринінгових методик, до яких відносяться: методика ОПАНА (опитувальник позитивного і негативного афекту) [17], PCL-5 (шкалу для оцінки посттравматичного стресового розладу) [6], МНІ (Mental Health Inventory) авторів К. Вайт та Дж. Е. Вейр [22] (в адаптації на українську мову у 2024 році А.С. Фокіним), а саме ІМЗ-38 (індекс ментального здоров'я) [4]. Додатково використовуються методики професіональної психологічної діагностики, які включено до технології ППД, а саме Метод портретних виборів Л. Сонді [1], Метод колірних виборів М. Люшера [1], МБДО (Метод багатостороннього дослідження особистості) [1] та Акцент 2-90 [1].

Одним із ключових інструментів, які використовуються спеціалістами в галузі психічного здоров'я, є застосування валідованих психодіагностичних методик для оцінки стану пацієнтів. Методик, які можуть бути корисними для діагностики ПТСР та негативних стрес-асоційованих розладів [19, с. 469–486] є шкала PCL-5 та відповідних клінічних діагностичних шкал.

Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) є одним із таких інструментів для оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв, визначених у виданні DSM-5. Ця шкала дозволяє вимірювати наявність та ступінь вираженості симптомів, характерних для ПТСР [17]. Вона представляє собою стандартизований опитувальник, який містить 20 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, залежно від інтенсивності симптомів. Самостійне заповнення опитувальника пацієнтом дає можливість визначити, наскільки сильно він відчуває симптоми, пов'язані з травматичною подією. Процес заповнення займає приблизно 5–10 хвилин.

Результати оцінки за допомогою шкали PCL-5 можуть надати фахівцям важливу інформацію для визначення наявності симптомів, які можуть вказувати на можливий ПТСР, а також для оцінки ступеня їх вираженості. Запитання шкали охоплюють кластери симптомів ПТСР, як це визначено у DSM-5: критерій А – опис травматичної події; критерій В – симптоми інтрузії (питання 1–5); критерій С – симптоми уникнення (питання 6–7); критерій D – негативні думки та емоції (питання 8–14); критерій Е – симптоми підвищеної реактивності (питання 15–20). Максимально можливий бал – 80, а мінімальний – 0.

Для підтвердження діагнозу ПТСР необхідно підтвердити вплив травматичної події. Однак шкала PCL-5 не є самостійним діагностичним інструментом. У разі отримання результатів, що свідчать про наявність симптомів ПТСР, лікар-психіатр проводить клініко-психопатологічне обстеження для підтвердження діагнозу згідно з критеріями МКХ-11 або DSM-5 [7, с. 167–186].

Ефективне лікування негативних стрес-асоційованих розладів та ПТСР на рівні первинної медичної допомоги включає як немедикаментозні підходи (консультування пацієнта, надання інформації про негативні стрес-асоційовані розлади і ПТСР, їхнє лікування, позитивні перспективи відновлення, а також рекомендації щодо здорового способу життя), так і фармакотерапію.

Відповідно до DSM-5, негативні стрес-асоційовані розлади діагностуються в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, тоді як ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР може виникати після вже наявних у осіб негативних стрес-асоційованих розладів або після латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців, а в окремих випадках – навіть до кількох років. Перебіг ПТСР вважається гострим, якщо симптоми зберігаються менше трьох місяців, і хронічним, якщо вони тривають три місяці і більше. Якщо симптоми проявляються через 6 місяців після травматичної події, розлад класифікується як ПТСР з пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний характер перебігу. У більшості випадків пацієнти поступово одужують, проте іноді захворювання може тривати протягом багатьох років після травматичного досвіду, що може призводити до стійкої зміни особистості.

Отже, ПТСР характеризується переживанням повторних спогадів про травматичну подію, униканням стимулів, які нагадують про подію, негативними змінами у настрої та когнітивній сфері, а також підвищеною збудливістю. Згідно з DSM-5 [9], для діагностики ПТСР необхідно, щоб симптоми тривали понад місяць та значно впливали на функціонування особи.

До негативних стрес-асоційованих розладів відносяться гострий стресовий розлад, адаптаційні розлади та інші специфічні розлади, пов'язані зі стресом. ГСР має подібні до ПТСР симптоми, але триває менш, як місяць. Адаптаційні розлади включають емоційні та поведінкові реакції на стрес, які перевищують нормальні очікування.

**Висновки та перспективи подальшого дослідження.** Диференціація ПТСР від негативних стрес-асоційованих розладів є критично важливою для забезпечення точного діагнозу та ефективного лікування. Теоретичний аналіз показує, що ПТСР, як правило, виникає після значних травматичних подій і характеризується тривалими та специфічними симптомами, такими як інтрузія, уникнення, негативні думки та надмірна реактивність. Негативні стрес-асоційовані розлади, на відміну від ПТСР, можуть проявлятися безпосередньо після стресових подій і не завжди відповідають строгим критеріям ПТСР.

Методологічний підхід до оцінки ПТСР та негативних стрес-асоційованих розладів, зокрема використання скринінгових методик та технології ШПД, забезпечує детальну та комплексну оцінку симптомів, їх тривалості та впливу на функціонування пацієнта, що є золотим стандартом у діагностиці ПТСР та негативних стрес-асоційованих розладів, завдяки своїй структурованій формі і здатності оцінювати як поточні, так і минулі симптоми, що дозволяє клініцистам точно визначати ступінь тяжкості розладу та його вплив на життя пацієнта. Визначений нами підхід, також забезпечує всебічний аналіз, включаючи дисоціативні симптоми, що є критично важливим для повної діагностики. Шкала PCL-5 доповнює цей підхід, пропонуючи стандартизовану оцінку симптомів, що сприяє моніторингу їх розвитку та ефективності лікування. Обґрунтовані нами психодіагностичні методики разом створюють надійну платформу для оцінки і допомагають у розробці індивідуальних планів терапії, які відповідають специфічним симптомам та їхньому впливу на соціальне і професійне функціонування пацієнтів. Своєю комплексністю та точністю ці інструменти дозволяють досягти високої точності в діагностиці та адаптації лікування, що є особливо важливим для успішного управління ПТСР і негативних стрес-асоційованих розладів.

Отже, аналіз сучасної наукової літератури та вивчення різних методів дослідження вказують на те, що опитувальники, розглянуті в статті, можуть бути корисним інструментом для спеціалістів у сфері психічного здоров'я при комплексній діагностиці ПТСР і стрес-асоційованих розладів. Ці інструменти сприяють точній диференціації та наданню відповідного лікування, що покращує якість життя пацієнтів.

#### Список використаних джерел і літератури

1. Васильченко О., Жданова Т. Технологічно-психодинамічний підхід до оцінки психологічного стану: можливості і перспективи. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. №. 1(73). С. 260–274. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-73-260-274>
2. Зеленська К.О., Платинюк О.Б. Патопсихологічні особливості стрес-асоційованих розладів у осіб, які пережили бойові дії. *Медична психологія*. 2020. № 1–2. С. 100–103.
3. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал». 2017. с. 160.
4. Фокін А.С. Адаптація шкал оцінки ментального здоров'я. *Габітус*. 2024. №65. С. 202–208. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.35>
5. Armstrong T., Olatunji B.O. Eye tracking of attention in the affective disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2012. 32(8). P. 704–723. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.004
6. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *PMGP*. 2016. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
7. Bressler R., Erford B.T., Dean S. A systematic review of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL). *Journal of Counseling & Development*. 2018. Vol.96(2). P. 167–186. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/jcad.12190>.

8. Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*. 2011. Vol. 24(6). p. 615–627. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.20697>.
9. DSM-5-TR Online Assessment Measures. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
10. Hoppen T.H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2021. Vol. 6(7). P. 1–13. DOI:10.1136/bmjgh-2021-006303
11. ICD-11. 2024. URL: <https://icd.who.int/en>.
12. ICD-11. Post traumatic stress disorder. 2024. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>.
13. ICD-11. Acute stress reaction. 2024. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#505909942>.
14. ICD-11. Adjustment disorder. 2024. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#264310751>.
15. ICD-11. Acute and transient psychotic disorder. 2024. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#284410555>.
16. Jayawickreme E., Infurna F.J., Alajak K., Blackie L.E.R., Chopik W.J., Chung J.M., et al. Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*. 2021. Vol. 89(1). p. 145–165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jopy.12591>
17. Klimanska M, Haletska I. Psychometric characteristics of the questionnaire on positive and negative affects (OPANA), based on the panas scales. *Psychological journal*. 2020. Vol. 6(4). P. 119–132. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.4.10>
18. Nickerson A., Cloitre M., Bryant R.A., Schnyder U., Morina N., Schick M. The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. P. 332–353. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253>.
19. Schubert C.F., Schmidt U., Rosner R. Posttraumatic growth in populations with Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016. Vol. 23(6). P. 469–486. DOI: 10.1002/cpp.1985
20. Sears, C.R., Newman, K.R., Ference, J.D. et al. Attention to Emotional Images in Previously Depressed Individuals: An Eye-Tracking Study. *Cogn Ther Res* 2011. 35. P. 517–528. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9396-5>
21. Selye H. The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*. 1973. Vol. 61(6), p. 692–699.
22. Veit CT, Ware JE Jr. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*. 1983. Vol. 51(5). P. 730–742. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
23. Weathers F.W., Bovin M.J., Lee D.J., Sloan D.M., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Keane T.M., Marx B.P. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018. Vol. 30(3). p. 383–395. DOI: 10.1037/pas0000486
24. World Health Organization. World Health Assembly Update, 25 May 2019: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). 2019. URL: <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>.

## References

1. Vasylchenko, O., & Zhdanova, T. (2024). Tekhnolohichno-psykhodynamichnyy pidkhid do otsinky psykhologichnoho stanu: mozhlyvosti i perspektyvy [Technological-psychodynamic approach to assessing psychological state: possibilities and prospects]. *Vcheni zapysky Universytetu «KROK» – Scientific notes of the University "KROK"*, 1(73), 260–274. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-73-260-274> [in Ukrainian].
2. Zelenska, K.O., & Platynyuk, O.B. (2020). Patopsykhologichni osoblyvosti stres-asotsiyovanykh rozladiv u osib, yaki perezhlyly boyovi diyi [Pathopsychological features of stress-associated disorders in people who have survived combat operations]. *Medychna psykholohiya – Medical Psychology*, 1–2, 100–103 [in Ukrainian].
3. Turinina, O.L. (2017). Psykholohiya travmuyuchykh sytuatsiy: navch. posib. dlya stud. vyshch. navch. zakl. [Psychology of traumatic situations: a teaching aid for students of higher education institutions]. Vyd. dim «Personal». p. 149–159 [in Ukrainian].
4. Fokin, A.S. (2024). Adaptatsiia shkal otsinky mentalnoho zdorov'ia [Adaptation of the mental state evaluation]. *Habitus*, 65, 202–208. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.35> [in Ukrainian].
5. Armstrong, T., & Olatunji, B.O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Clin Psychol Rev.*, 32(8), 704–723. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.004 [in English].
6. Bezsheiko, V. (2016). Adaptatsiya Shkaly dlya klinichnoyi diahnozyky PT·SR ta opytuval'nyka «Perelik symptomiv PT·SR» dlya ukrayins'koyi populyatsiyi [Adaptation of the Scale for Clinical Diagnosis of PTSD and the questionnaire "PTSD Symptom Checklist" for the Ukrainian population]. *PMGP*. Retrieved from: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> [in Ukrainian].
7. Bressler, R., Erford, B.T., & Dean, S. (2018). A systematic review of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL). *Journal of Counseling & Development*. 2018. Vol. 96(2). P. 167–186. <http://dx.doi.org/10.1002/jcad.12190> [in English].
8. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697> [in English].
9. DSM-5-TR Online Assessment Measures. Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures> [in English].
10. Hoppen, T. H., Priebe, S., Vetter, I., & Morina, N. (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6(7), 1–13. DOI:10.1136/bmjgh-2021-006303 [in English].
11. ICD-11. (2024). Retrieved from: <https://icd.who.int/en> [in English].
12. ICD-11. Post traumatic stress disorder. (2024). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808> [in English].
13. ICD-11. Acute stress reaction. (2024). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#505909942> [in English].
14. ICD-11. Adjustment disorder. (2024). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#264310751> [in English].
15. ICD-11. Acute and transient psychotic disorder. (2024). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#284410555> [in English].
16. Jayawickreme, E., Infurna, F.J., Alajak, K., Blackie, L.E.R., Chopik, W.J., & Chung, J.M., et al. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, Vol. 89(1), 145–165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jopy.12591> [in English].

17. Klimanska, M., & Haletska, I. Psychometric characteristics of the questionnaire on positive and negative affects (OPANA), based on the panas scales. *Psychological journal*. 2020. Vol.6(4). P. 119–132. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.4.10> [in English].
18. Nickerson, A., Cloitre, M., Bryant, R.A., Schnyder, U., Morina, N., & Schick, M. (2016). The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 7, 332–353. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253> [in English].
19. Schubert, C.F., Schmidt, U., & Rosner, R. (2016). Posttraumatic growth in populations with Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol. 23(6), 469–486. DOI: 10.1002/cpp.1985 [in English].
20. Sears, C.R., Newman, K.R., & Ference, J.D. et al. (2011). Attention to Emotional Images in Previously Depressed Individuals: An Eye-Tracking Study. *Cogn Ther Res.*, 35, 517–528. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9396-5> [in English].
21. Selye, H. (1973). The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, Vol. 61(6), 692–699 [in English].
22. Veit, C.T., & Ware, J.E. Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol.*, Vol. 51(5), 730–742. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730> [in English].
23. Weathers, F.W., Bovin, M.J., Lee, D.J., Sloan, D.M., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Keane, T.M., & Marx, B.P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, Vol. 30(3), 383–395. DOI: 10.1037/pas0000486 [in English].
24. World Health Organization. World Health Assembly Update, 25 May 2019: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). (2019). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update> [in English].

### **Ambartsumyan V. F.**

Postgraduate Student at the Department of Psychodiagnostics  
and Clinical Psychology  
Odesa I.I. Mechnikov National University

## **DIFFERENTIATION OF PTSD AND NEGATIVE STRESS-ASSOCIATED DISORDERS: THEORETICAL ANALYSIS AND RESEARCH METHODS**

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most studied and prevalent mental disorders that arise in response to traumatic events. However, PTSD is not the only disorder that can develop due to stressful situations. There are other negative stress-associated disorders that have similar symptoms but different etiological factors and pathogenetic mechanisms. Differentiating PTSD from other stress-associated disorders is critically important for accurate diagnosis and effective treatment. This review aims to systematically examine scientific literature and psychodiagnostic methods used to study and distinguish these disorders. The significance of this research lies in improving diagnostic and therapeutic approaches, which will enhance the quality of life for patients suffering from these conditions. Changes in mental health among Ukrainians are becoming increasingly noticeable during the war, highlighting the importance of timely and qualified

diagnosis of these conditions according to ICD-11 criteria. The purpose of this study is to conduct a systematic review of the scientific literature and to identify research methods aimed at studying PTSD and negative stress-associated disorders.

In this review, open scientific sources focused on the diagnosis of PTSD and stress-related disorders were utilized. The analysis of scientific literature was conducted using review, systematic, and content analysis methods. The selection of materials was carried out through databases such as Google Scholar and PubMed, as well as through open resources of the World Health Organization (WHO), the American Psychological Association (APA), and government websites of Ukraine, the USA, and the United Kingdom.

Analysis of current scientific literature and various research methods has shown that the questionnaires presented in this article can serve as effective tools for mental health professionals in the comprehensive diagnosis of PTSD and other negative stress-associated disorders. These tools contribute to accurate differentiation and the provision of appropriate treatment, which improves the quality of life for patients.

**Key words:** PTSD, stress-associated disorders, differentiation, mental health, diagnosis, mental disorders.

Дата першого надходження статті до видання: 27.11.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 22.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 18.03.2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY)