

## ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА РЕЗИЛЕНТНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

**Кузікова Світлана Борисівна,**

доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології  
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка  
ORCID ID: 0000 0003 2574 9985  
Researcher ID: AAS-8918-2020  
Scopus Author ID: 57207304002

**Лукомська Світлана Олексіївна,**

кандидат психологічних наук,  
старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології  
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України  
ORCID ID: 0000-0002-0360-6484  
ResearcherID: E-3114-2018  
Scopus Author ID: 57459049900

*Посттравматичний стрес вперше був ідентифікований у зв'язку з пережитим війною досвідом і, по суті, включає три чіткі кластери симптомів: повторне переживання події (флешбеки), постійне уникнення будь-яких стимулів, пов'язаних з подією, і посилення збудження. Тривалість симптомів повинна становити щонайменше один місяць, і вони повинні мати негативний вплив на повсякденне життя. При діагностиці посттравматичних стресових розладів критерієм є те, що подія, яка його зумовлює, оцінюється людиною як травматична. Неприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Ситуація з ветеранами бойових дій є особливо складною, де ПТСР є дуже поширеним і особливо стійким до лікування та психотерапії, оскільки на війні прийнято більше мовчати, ніж говорити, а саме замовчування посилює прогресування ПТСР та навпаки, озвучування травми, у тому числі й моральної, сприяє розвитку резилентності або психологічної стійкості. Резилентність досягається наступними способами: демонстрацією кращих результатів, ніж очікувалося, у людей із групи ризику, тобто тих, які зазнали травми, а участь у бойових діях – завжди травма множинна, посилена травмою моральною і переживанням горя; позитивною адаптацією, незважаючи на те, що досвід був стресовим, і відновлення після несприятливих подій. Незважаючи на численні визначення резилентності, можна сказати, що спільним для усіх цих описів є здатність повернутися до початкового стану та успішно адаптуватися, саме цю здатність військові можуть розвинути за допомогою психолога. За результатами нашого дослідження усі військові мають передумови до розвитку ПТСР, однак стиль життя практично не має до цього відношення, оскільки війна триває і основним є дожити до ротації – з нуля на відпочинок, який часто виражається в лікуванні поранень та відвідуваннях похоронів побратимів. Встановлено, що резилентність військових традиційно розглядається з точки зору моралі, тому психологам варто приділяти увагу не лише діагностиці ПТСР, а й моральній травмі, вплив якої на адаптацію не менший, а часом і сильніший за традиційну травматичну подію.*

**Ключові слова:** травматична подія, посттравматичний стресовий розлад, психологічне виснаження, резилентність, соціальні ресурси, адаптація, ментальне здоров'я.

**Kuzikova Svitlana, Lukomska Svitlana. Features of post-traumatic stress and resilience of armed forces of Ukraine**

*Post-traumatic stress was first identified in relation to war experiences and essentially involves three distinct clusters of symptoms: re-experiencing the event (flashbacks), persistent avoidance of any stimuli associated with the event, and increased arousal. The duration of symptoms must be at least one month and they must have a negative impact on daily life. When diagnosing post-traumatic stress disorders, the criterion is that the event that causes it is evaluated by a person as traumatic. Adverse factors, such as compulsivity, fatigue, or a history of nervous disease, may lower the threshold for the development of the syndrome or worsen the course, but they are never necessary or sufficient to explain its occurrence. The situation with combat veterans is particularly difficult, where PTSD is very common and particularly resistant to treatment and psychotherapy, because in war it is customary to remain silent more than to speak, and silence itself increases the progression of PTSD, and vice versa, voicing trauma, including moral, contributes to the development of resilience or psychological stability. Resilience is achieved in the following ways by demonstrating better results than expected in people from the risk group, that is, those who have experienced trauma, and participation in combat operations is always a multiple trauma, intensified by moral trauma and grief; positive adaptation despite the fact that the experience was stressful and recovery from adverse events. Despite the many definitions of resilience, it can be said that what is common to all these descriptions is the ability to return to the initial state and successfully adapt, it is this ability that the military can develop with the help of a psychologist. According to the results of our research, all military personnel have prerequisites for the development of PTSD, but lifestyle has practically nothing to do with it, since the war continues and the main thing is to survive the rotation - from zero to rest, which is often expressed in the treatment of wounds and visits to the funerals of comrades. It has been established that military resilience is traditionally considered from the point of view of morality, so psychologists should pay attention not only to*

*the diagnosis of PTSD, but also to moral trauma, the impact of which on adaptation is no less, and sometimes even stronger, than a traditional traumatic event.*

**Key words:** *traumatic event, post-traumatic stress disorder, psychological exhaustion, resilience, social resources, adaptation, mental health.*

**Вступ.** Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є четвертим за поширеністю психіатричним розладом у дорослих, який часто серйозно погіршує когнітивні функції та емоційну стабільність. Близько 30% пацієнтів мають симптоми ПТСР через 10 років після встановлення діагнозу [9]. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на травмівну подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може викликати глибокий стрес майже у кожній людині. Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмівної події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце Perezбудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців [7]. У деяких випадках стан може набутися хронічного перебігу на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).

Ситуація з ветеранами бойових дій є особливо складною, де ПТСР є дуже поширеним і особливо стійким до лікування та психотерапії, оскільки на війні прийнято більше мовчати, ніж говорити, а саме замовчування посилює прогресування ПТСР та навпаки, озвучування травми, у тому числі й моральної, сприяє розвитку резилентності, психологічної стійкості, а отже й адаптації військовослужбовців [2]. Ми зазначаємо, що ключову роль у діагностиці травматичних розладів та їх корекції, зокрема з актуалізації різних ресурсів, грає психолог, який скеровує військовослужбовців за потреби до інших фахівців, однак основний супровід здійснює самостійно або ж у співпраці з іншими психологами, які володіють необхідними у кожному конкретному випадку техніками.

Концепція резилентності все частіше використовується як у цивільній, так і у військовій сферах. В останньому стійкість має життєво важливе значення через постійні стресові та несприятливі ситуації, в які потрапляють військовослужбовці під час виконання службових обов'язків. Психологічна резилентність є, мабуть, найважливішою психологічною навичкою в збройних силах [6]. На театрі військових дій військовослужбовці стикаються з безпрецедентною кількістю несприятливих ситуацій і змушені готуватися до невідомих викли-

ків, особливо коли війна (повномасштабна) триває майже три роки.

**Матеріали та методи.** Вираженість симптомів ПТСР в учасників бойових дій ми діагностували за допомогою Опитувальника симптомів ПТСР PCL-M (F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, 2013). Подібні методики спрямовані на моніторинг симптомів посттравматичного стресового розладу в процесі медико-психологічної реабілітації і часто використовуються для попередньої постановки діагнозу ПТСР. Опитувальник складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто, аналогічно до PCL-M оцінюється вираженість симптомів протягом останнього місяця. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів [3].

У даному дослідженні ми проаналізували можливість використання Шкали резилентності (Protective Factors for Resilience Scale (PFRS), C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen, 2017) для вивчення особистісної та соціальної резилентності як чинників адаптації військовослужбовців. Шкала резилентності базується на теоретико-емпіричних дослідженнях C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen, згідно з якими резилентність – це можливість проявляти творчий підхід, використовуючи наявні внутрішні та зовнішні ресурси у відповідь на різні контекстуальні проблеми та проблеми розвитку. Опитувальник складається із 20 тверджень (10 – у шкалі особистісних ресурсів і по 5 у шкалах соціальних ресурсів – сім'ї та друзів), які досліджуваний оцінює за семибальною шкалою – від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (цілком згоден). Так, наприклад, шкала особистісних ресурсів містить твердження на кшталт: «Я можу впоратися із усіма проблемами», «Я досягаю своїх життєвих цілей», «Я знаю, що потрібно робити, щоб отримувати задоволення від життя», шкала соціальних ресурсів, зокрема сім'я як ресурс – «Моя родина приймає мене таким, яким я є», «В своїй сім'ї я відчуваю себе в безпеці», друзі як ресурс – «Мої друзі завжди підтримують мене», «Я можу попросити своїх друзів про допомогу» [6].

**Результати дослідження.** На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-M (мілітарі, тобто військова версія). За цим опитувальником діагностується загальний показник вираженості ПТСР та бали за трьома критеріями: В (інтрузії), С (уникнення) і D (збудження), на відміну від більш популярної нині версії PCL-5, яка також включає травмівну подію, ми ж вважаємо, що всі без винятку військовослужбовці через 2,5 роки повномасштабної війни мають травматичну подію в анамнезі. Результати за сумарним показником методики PCL-M усіх досліджуваних представлено у табл. 1.

Таблиця 1

**Результати за сумарним показником методики PCL-M (n=164)**

Кількість балів	Кількість і відсоток досліджуваних
До 30	68 (41,46%)
30-35	93 (56,71%)
36-44	3 (1,82%)
Більше 45	0

Мінімальна кількість балів, які досліджуваний може отримати за даною методикою – 17, максимальна – 85, відповідно 34 є середнім можливим балом за опитувальником PCL-M. Діагноз ПТСР визначається від 45 балів і вище. Як видно з табл. 1, переважна більшість військових мають бали у діапазоні 30-35, тобто вони повинні отримувати допомогу на базі соціальних служб та госпіталів, а не психіатричних лікарень, як це зазвичай вважається при ПТСР. Що цікаво, цього року сімейні лікарі пройшли підготовку за програмою ментального здоров'я. Для цього було вирішено масштабувати навчання за керівництвом mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Це глобальна флагманська програма ВООЗ, спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони ментального здоров'я шляхом залучення неспеціалізованих із психічного здоров'я кадрів (наприклад, сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів) до надання допомоги людям із психічними розладами. Таке навчання дає медичним працівникам загальної практики протоколи діагностики та ведення поширених психічних розладів, таких як депресія, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та інших розладів. Отже, саме сімейні лікарі можуть надавати психологічну допомогу військовим особливо у невеликих містах та селищах і скеровувати їх до отримання вже фахової допомоги якщо у тому буде потреба.

Особливості сумарного показника методики PCL-M відповідно до місця проживання військових представлено у табл. 2.

Досліджувані в середньому отримали 30-35 балів, що свідчить про невисокий рівень вираженості симптомів ПТСР і можливість отримання медико-психологічної допомоги на базі амбулаторій сімейної медицини, як ми вже зазначали, сімейні лікарі після відповідної підготовки мають право таку допомогу надавати, і якщо є потреба тоді скеровуватися для отримання спеціалізованої психіатричної допомоги. Відсоток таких, що потребують консультації психіатра у досліджуваних, які найчастіше брали участь в активних бойових діях,

перебуваючи безпосередньо на «передовій» тобто на так званому «нулі» оборони. Зазначимо, що усі досліджувані із балами вище за 45 методики PCL-M окрім бойової травми мали проблеми у мирному житті, які суттєво вплинули на симптоми ПТСР (наприклад, смерть рідних чи розлучення із дружиною за 1-2 тижні до діагностики). Що цікаво, отримані нами дані відрізняються від тих, що колеги вивчали на вибірках так званих АТОвців [1], тоді був менший відсоток справді учасників бойових дій, менша кількість важко поранених, та й як зазначають медики, характер поранень суттєво змінився після повномасштабного вторгнення.

На другому етапі дослідження ми з'ясували особливості резилентності військових, або що дозволяє їм адаптуватися до умов участі у бойових діях та ротаций.

Протягом десятиліть психологи вивчали, чому і як деякі люди можуть підтримувати свою ефективність у боротьбі з труднощами та стресовими ситуаціями. Чому і як одні люди більш стійкі до негараздів, ніж інші. У сфері психології стійкості негаразди стосуються потенційно травматичних подій, важких умов, нещастя, стресорів та інших складних переживань; але через широту концепції стійкості та її застосування в різних аспектах, так звана резилентність визначається різними способами, наприклад, як здатність людини позитивно адаптуватися, незважаючи на загрозливі обставини, такі як несприятливий досвід та здатність справлятися з несприятливими життєвими умовами та відновлюватися після них [2]. Резилентність досягається наступними способами (1) демонстрацією кращих результатів, ніж очікувалося, у людей із групи ризику, тобто тих, які зазнали травми, а участь у бойових діях – завжди травма множинна, посилена травмою моральною і переживанням горя; (2) позитивною адаптацією, незважаючи на те, що досвід був стресовим, і (3) відновленням після несприятливих подій [5]. Незважаючи на численні визначення резилентності, можна сказати, що спільним для усіх цих описів є здатність повернутися до початкового стану та успішно адаптуватися, незважаючи на сильний стрес і несприятливі обставини, а відмінність між різними визначеннями полягає в тому, що резилентність вважається здатністю, процесом або результатом [3].

За методикою С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen особливості резилентності військових подано у табл. 3.

Отже, особистісний ресурс у військових виражений на достатньому помірному рівні, статистичний аналіз за t-критерієм Стьюдента показав відсутність статистично значущих відмінностей у проявах резилентності військових з обласних центрів, м. Києва та невеликих міст і селищ. Соціальна резилентність або ресурси сім'ї

Таблиця 2

**Особливості сумарного показника методики PCL-M залежно від місця проживання військових**

Кількість балів	з м. Києва (n=98)	з обласних центрів (n=35)	з невеликих міст і селищ (n=31)
До 30	33 (33,67%)	21 (60,0%)	14 (41,17%)
30-35	64 (65,31%)	14 (40,0%)	15 (44,12%)
36-44	2 (2,94%)	0	2 (5,88%)
Більше 45	0	0	0

## Особливості резилентності військових під час війни (за методикою С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen)

Місце проживання	Середнє значення і стандартне відхилення		
	Особистісний ресурс	Сім'я як ресурс	Друзі як ресурс
Військові з м. Києва	50,6±0,231	31,1±0,399	23,1±0,221
Військові з обласних центрів	63,8±1,281	30,6±0,171	23,6±0,284
Військові з невеликих міст і селищ	54,2±0,495	29,2±0,985	24,8±1,416
Всього	54,75±0,746	30,575±0,488	23,725±0,707

та друзів у військових також представлені на помірному рівні, при цьому сім'я зазвичай для військових є більшим ресурсом, ніж друзі, статистичних відмінностей між досліджуваними виявлено не було (при  $p > 0,05$ ). За результатами нашого дослідження найвищий рівень резилентності виявлено у військових з обласних центрів, а найнижчий – у військових з невеликих міст і селищ. Статистичний аналіз за параметричним t-критерієм Стьюдента показав наявність статистично значущих відмінностей у проявах резилентності досліджуваних ( $t=3,902$ ,  $p=0,001$ ).

Загалом, бойовий травматичний досвід не впливає на показники резилентності військовослужбовців ЗСУ, як це було показано у попередніх дослідженнях на вибірках до 2022 року, оскільки нинішня війна не передбачає демобілізацій (за винятком важких інвалідизуючих поранень, навіть у випадку загибелі батька/сина/брата, родич продовжує бути на фронті ще півроку, поки триває оформлення документів, які є підставою для демобілізації). Ми констатуємо суттєву втому, виснаження фізичних і психологічних ресурсів у нинішніх військових саме через відсутність адекватних ротаций та можливості відпочинку у відносно спокійних умовах. Ймовірно, з часом буде введено нове поняття «квазі резилентності» (на кшталт квазі адаптації, коли людина начебто здається адаптованою, але незначний стрес, невелика травмівна подія дуже негативно позначаються на її психологічному благополуччі та здатності справлятися із повсякденними ситуаціями).

**Висновки.** За результатами нашого дослідження усі військові мають передумови до розвитку ПТСР, однак стиль життя практично не має до цього відношення, оскільки війна триває і основним є дожити до ротації – з нуля на відпочинок, який часто виражається в лікуванні поранень та відвідуваннях похоронів побратимів. Травматичні реакції військовослужбовців нині варто оцінювати як психодіагностичними методиками на кшталт PCL-M чи її удосконаленої версії PCL-5, а також в діагностичних інтерв'ю, де ключовими параметрами мають бути небажані спогади, сновидіння, флешбеки, фізичні реакції, викликані тригерами про події, уникання спогадів, амнезія, негативні переконання щодо себе, звинувачення себе/інших, втрата інтересів до справ у цивільному житті (коли цікавить лише те, що відбувається на фронті, але цивільне життя, навіть власної родини, більше не цікавить), відсутність позитивних емоцій, агресія, саморуйнівна поведінка, гіперпильність, проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги, сном. Варто наголошувати, що резилентність в арміях традиційно розглядається з точки зору моралі, тому психологам варто приділяти увагу не лише діагностиці ПТСР, а й моральній травмі, вплив якої на адаптацію не менший, а часом і сильніший за традиційну травмівну подію. Підкріплення успіху також може стати важливим чинником розвитку резилентності військовослужбовців, а отже й сприятиме їх успішній адаптації до умов військової повсякденності.

## Література:

1. Мельник О.В., Лукомська С.О. Вікові особливості адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2019. Том 2, №.2. С. 26-31.
2. Crowson J. J., Frueh B. C., Snyder C. R. Hostility and hope in combat-related posttraumatic stress disorder: A look back at combat as compared to today. *Cognitive Therapy and Research*. 2001. Vol. 25. P. 149-165.
3. Litz B. T. Research on the impact of military trauma: Current status and future directions. *Military Psychology*. 2007. Vol. 19(3). P. 217-238.
4. Liu Y., Zhang L., Guo N., Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*. 2021. Vol. 21. P. 1-11.
5. Lodha P., Shah B., Karia S., De Sousa A. Post-traumatic stress disorder (PTSD) following burn injuries: a comprehensive clinical review. *Annals of burns and fire disasters*. 2020. Vol. 33(4). P. 276.
6. Madewell A. N., Ponce-Garcia E. Assessing resilience in emerging adulthood: The resilience scale (RS), Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual differences*. 2016. Vol. 97. P. 249-255.
7. Schwab W., Marth C., Bergant A. M. Post-traumatic stress disorder post partum. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2012. Vol. 72(01). P. 56-63.
8. Straus E., Norman S. B., Haller M., Southwick S. M., Hamblen J. L., Pietrzak R. H. Differences in protective factors among US Veterans with posttraumatic stress disorder, alcohol use disorder, and their comorbidity: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Drug and alcohol dependence*. 2019. Vol. 194. P. 6-12.
9. Thomas V. J., Bowie S. L. Sense of community: is it a protective factor for military veterans?. *Journal of social service research*. 2016. Vol. 42(3). P. 313-331.

### References:

1. Mel'nyk, O.V., Lukoms'ka, S.O. (2019) Vikovi osoblyvosti adaptatsiyi uchasnykiv boyovykh diy do umov myrnoho zhyttya [Age-specific features of adaptation of combatants to the conditions of peaceful life]. *Visnyk KHDU. Seriya Psykholohichni nauky* [KSU Bulletin. Series Psychological sciences.]. Vol 2, №.2. P. 26-31. [in Ukrainian].
2. Crowson, J. J., Frueh, B. C., & Snyder, C. R. (2001). Hostility and hope in combat-related posttraumatic stress disorder: A look back at combat as compared to today. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 149-165.
3. Litz, B. T. (2007). Research on the impact of military trauma: Current status and future directions. *Military Psychology*, 19(3), 217-238.
4. Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*, 21, 1-11.
5. Lodha, P., Shah, B., Karia, S., & De Sousa, A. (2020). Post-traumatic stress disorder (PTSD) following burn injuries: a comprehensive clinical review. *Annals of burns and fire disasters*, 33(4), 276.
6. Madewell, A. N., & Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: The resilience scale (RS), Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual Differences*, 97, 249-255.
7. Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. M. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(01), 56-63.
8. Straus, E., Norman, S. B., Haller, M., Southwick, S. M., Hamblen, J. L., & Pietrzak, R. H. (2019). Differences in protective factors among US Veterans with posttraumatic stress disorder, alcohol use disorder, and their comorbidity: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Drug and alcohol dependence*, 194, 6-12.
9. Thomas, V. J., & Bowie, S. L. (2016). Sense of community: is it a protective factor for military veterans?. *Journal of social service research*, 42(3), 313-331.