

<https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-1>

УДК 162.16

Людмила МІХЄЄВА

кандидат педагогічних наук, доцент
Хмельницький національний університет
<https://orcid.org/0000-0003-0369-1129>

E-mail: ludamixeeva@ukr.net

Марина ОКСІУТОВИЧ

кандидат філософських наук
Державний університет «Житомирська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0001-8574-4268>

Марина ОЛІЙНИК

здобувачка
Хмельницький національний університет
e-mail: petrovich330@gmail.com

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Стаття присвячена вивченню посттравматичного розладу у військовослужбовців під впливом воєнного часу. Розглянуто фізіологічні, емоційні та поведінкові прояви. Визначено низку показань для скерування на психологічну реабілітацію. Розкрито роль динаміки переживання травмуючої ситуації та станів, що виникають унаслідок травматизації особистості. Окреслено основні типи реакцій на стресові ситуації, їх форми та вияви. Визначено чинники, що негативно впливають на динаміку психічного стану особистості, яка зазнає впливу психотравмуючих факторів. Розкрито особливості переживання посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: психотравма; реакція на стрес; посттравматичний стресовий розлад; емоційні вияви; поведінкові вияви; скринінг емоційного стану.

Liudmyla MIKHEIEVA

Khmelnytskyi National University

Maryna OKSIUTOVYCH

Zhytomyr Polytechnic State University

Maryna OLIIYNYK

Khmelnytskyi National University

EMPIRICAL STUDY OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE MANIFESTATION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN MILITARY SERVICEMEN

The article provides for the study of post-traumatic stress disorder in servicemen under the influence of wartime. The methodological toolkit was chosen in accordance with the defined goal, the specifics of the object and the subject of research. The methodological basis of the article is the scientific concepts of studying individual psychological aspects of conducting psychodiagnostics and preventing the occurrence of post-traumatic stress disorder.

Physiological, emotional and behavioral manifestations that should be considered are considered. A number of indications for referral to psychological rehabilitation have been identified. The role of the dynamics of experiencing a traumatic situation and states arising as a result of personal traumatization is revealed. In view of the above, the main types of reactions to stressful situations, their forms and manifestations are outlined. A list of psychodiagnostic methods recommended for use in case of detection of negative psychoemotional states has been created. The symptoms associated with functional disorders were analyzed. Factors that have a negative impact on the dynamics of the mental state of an individual exposed to psycho-traumatic factors have been determined. Features of experiencing post-traumatic stress disorder are revealed. The scientific novelty of the article lies in the generalization and systematization of research results regarding the features of psychological diagnosis and psychoprophylaxis of post-traumatic stress disorder in wartime conditions.

A number of complaints related to emotional and physiological reactions were identified. The effectiveness of the approaches used during diagnosis and within the scope of preventing the development of post-traumatic stress disorder is justified. The importance of conducting psychological education during wartime has been proven.

Keywords: *psychotrauma; stress response; post-traumatic stress disorder; emotional manifestations; behavioral manifestations; screening of emotional state.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Україна уже дев'ять років перебуває у стані війни. З початку конфлікту в Україні зареєстровано близько 400 тисяч осіб, які мають статус учасника бойових дій. Військовослужбовці повертаються в свої рідні міста та села по усій країні, часто з травматичним досвідом, з яким важко адаптуватися до мирного життя. Але ж ці військові становлять важливу суспільну та політичну групу. Тому важливим є емпіричне виявлення наслідків їхньої психотравми, отриманої внаслідок перебування в зоні бойових дій, з метою подальшої розробки методів комплексної психологічної реабілітації військових та адаптації їх до мирного життя.

Аналіз досліджень та публікацій

До проблематики, що пов'язана із вивченням посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) зверталися як зарубіжні, так і українські вчені, зокрема, Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус (вивчення механізмів розвитку ПТСР, його симптоматика, фази та причин розвитку); І. Котенев, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко (технології діагностики подолання стресових розладів та ПТСР); І. Малкіна-Пих (психологічна допомога в кризових ситуаціях); В. Доморацький, Н. Крилов, А. Пушкарьов (особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій); Г. Сельє (теоретичні основи поняття про ПТСР і загальний адаптаційний синдром); Ф. Шапіро (психотерапія емоційних травм) [5].

Формулювання цілей статті

Метою статті є емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців.

Виклад основного матеріалу

ПТСР може бути складним, хронічним і є клінічно діагностованим станом, який виникає в осіб, які пережили або стали свідками травматичної події, яка включає реальну або можливу загрозу смерті, насильство або серйозну травму. Приклади травматичних подій включають переживання або спостереження за стихійним лихом, серйозною аварією, терористичним актом, війною/бойовими діями, згвалтуванням або загрозою смерті, сексуальним насильством чи серйозними травмами. Травматичною подією також може бути знання про те, що близький друг або член родини пережив травматичну подію. Це також може бути повторна зустріч з деталями травматичних подій, наприклад, з особами, які швидко реагують на стрес.

У клінічному довіднику МКХ-10 зазначено, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, що може спричинити загальний дистрес майже у кожної людини [2, с. 306].

Після травматичної події більшість людей відчувають такі симптоми, як важкі спогади, почуття напруженості або проблеми зі сном. Ці короткочасні симптоми відомі як гострий стресовий розлад (ГСР) і зазвичай виникають протягом першого місяця після травми. Якщо симптоми зберігаються довше місяця, у людини може бути ПТСР.

Хоча ПТСР є виснажливим тривожним розладом, який може спричинити значний дистрес і збільшити використання ресурсів охорони здоров'я, цей стан часто залишається недиагностованим. Емоційні та фізичні симптоми ПТСР проявляються у трьох кластерах: повторне переживання травми, помітне уникнення звичної діяльності та посилення симптомів збудження. Перш ніж можна буде поставити діагноз ПТСР, симптоми пацієнта повинні значно порушити нормальну діяльність і тривати більше одного місяця. Приблизно 80% пацієнтів із ПТСР мають принаймні один супутній психічний розлад. Найпоширенішими супутніми захворюваннями є депресія, зловживання алкоголем і наркотиками та інші тривожні розлади. Лікування ґрунтується на багатовимірному підході, включаючи підтримуюче навчання пацієнтів, когнітивну поведінкову терапію та психофармакологію.

Психологічні наслідки травм описувалися протягом усієї військової історії. Вартий уваги синдром Да Коста («серце солдата»), який характеризується «серцевими» симптомами, пов'язаними з драгівливістю та підвищеним збудженням. Під час Першої світової війни була висунута гіпотеза, що «контужарний шок» був результатом травми мозку, спричиненої розривом снарядів. Під час Другої світової війни для опису бойових симптомів використовувалися такі терміни, як «бойовий невроз» і «операційна втома».

Для встановлення діагнозу ПТСР береться до уваги достатня травматична подія, що спричинила б цей стан. Критерії діагностики визначають фактори, що стосуються сприйняття травми жертвою, а також тривалість і вплив пов'язаних симптомів, включаючи постійне повторне переживання травматичної події, помітне уникнення звичної діяльності та симптоми підвищеного збудження [1, с. 18].

1. Діагностичні критерії ПТСР:

2. А. Людина зазнала травматичної події, у якій були присутні обидва з наведеного нижче: особа пережила, була свідком або зіткнулася з подією чи подіями, які включали реальну чи загрозову смерть чи серйозні травми, або загрозу фізичній цілісності себе чи інших; реакція людини включала сильний страх, безпорадність або жах (примітка: це може виражатися неорганізованою або збудженою поведінкою).

3. В. Травматична подія постійно переживається одним (чи кількома) із наведених нижче способів: повторювані та нав'язливі тривожні спогади про подію, включаючи образи, думки чи сприйняття (примітка: може відбуватися повторювана гра, в якій виражаються теми або аспекти травми); повторювані тривожні сни про подію (примітка: можуть бути страшні сни без впізнаного змісту); дії або відчуття, ніби травматична подія повторюється (включає відчуття переживання досвіду, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди спогадів, у тому числі ті, що виникають після пробудження або під час сп'яніння) – примітка: може відбутися відтворення травми; інтенсивний психологічний дистрес під впливом внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події; фізіологічна реактивність на вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події.

4. С. Постійне уникнення подразників, пов'язаних із травмою, й оніміння загальної чутливості (не було до травми), на що вказують три (або більше) з наступного: зусилля уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою; зусилля уникати заходів, місць або людей, які викликають спогади про травму; нездатність

пригадати важливий аспект травми; помітно знижений інтерес або участь у важливих заходах; почуття відстороненості або відчуженості від інших; обмежений діапазон афекту (наприклад, нездатність відчувати любовні почуття); почуття скороченого майбутнього (наприклад, не очікує кар'єри, шлюбу, дітей або нормальної тривалості життя).

5. D. Постійні симптоми підвищеного збудження (не було до травми), на що вказують два (або більше) з наступного: труднощі з засипанням або пробудженням; дратівливість або спалахи гніву; труднощі з концентрацією; гіпернастороженість; перебільшена реакція переляку; тривалість порушення (симптоми в критеріях В, С і D) більше одного місяця.

6. F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер діяльності.

Перш ніж можна поставити діагноз ПТСР, симптоми повинні тривати принаймні один місяць і суттєво порушувати нормальну діяльність. У осіб, які пережили травматичну подію, синдром тривоги, який триває менше одного місяця, називається «гострим стресовим розладом»; цей стан потребує наявності трьох або більше дисоціативних симптомів на додаток до постійних симптомів, пов'язаних із ПТСР. Симптоми ПТСР, які тривають менше трьох місяців, свідчать про гострий стан. Відстрочена картина виникає у пацієнтів, які починають відчувати симптоми через шість місяців або більше після травматичної події [3, с. 4].

Варто зазначити, що ПТСР передбачає наявність чотирьох кластерів симптомів: уникнення, гіперзбудженість (проблеми зі сном, ризикова поведінка, відчуття непереможності), повторне проживання травмуючої події, проблеми з пам'яттю й емоційною сферою (наприклад, відчуття ізольованості від людей), які з часом посилюються. ПТСР діагностують, якщо тривалість симптомів перевищує місяць від травматичної події та за умови наростання їх сили, що заважає нормальному функціонуванню людини [4, с. 297-304]. Мінімальний набір експериментальних методів, що охоплює основні сфери психічної діяльності, містить:

1) методики, спрямовані на дослідження розумової працездатності й уваги;

2) дослідження пам'яті: дослідження опосередкованого запам'ятовування за О. Леонтьєвим, упізнавання предметів, запам'ятовування коротких оповідань, запам'ятовування 10 слів;

3) дослідження розумової діяльності: пояснення прислів'їв і метафор, проба Еббінгауза, прості та складні аналогії, виключення предметів і понять, порівняння й ознаки понять, проба на чутливість до логічних суперечностей, метод незакінчених речень;

4) дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості:

– Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР» [6, с. 3].

– Опитувальник життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC5) – самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента [6, с. 12]. Існують три форми анкети: стандартний самозвіт, для визначення подій, що відбулися; розширений самозвіт – для визначення найгіршої травматичної події, якщо їх у респондента було декілька; інтерв'ю – для оцінки Критерію А DSM-5 [8, с. 16].

– Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, розроблений у 1987 р. Т. Кеане зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР. Міссісіпська шкала була створена на основі ММПІ для діагностики ПТСР [7, с. 85].

За методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», що була використана для уточнення специфіки прояву ПТСР залежно від базових груп симптомів, було встановлено: ПТСР не було констатовано у жодного досліджуваного, характерні для ПТСР розлади простежувались у 12 (40%) військових, добре адаптованими виявились 18 (18%) осіб. Це свідчить про те, що у більшості респондентів встановлено задовільний рівень соціальної адаптації, незважаючи на тривале перебування у зоні бойових дій. Також було визначено, які критерії прояву ПТСР домінують у військовослужбовців. Результати наведено у таблиці 1.

Найбільш вираженим критерієм прояву ознак ПТСР є фізіологічна збудливість. Цей показник виражений у 13 осіб (43,4%). Основними проявами фізіологічної збудливості стали: порушення якості та тривалості сну, що проявляється в неспроможності заснути, нічних кошмарах, які повторюються; дратівливість, через яку бійці не можуть нормально реагувати на дії або слова оточуючих, їхню

поведінку; спалахи неконтрольованого гніву; спалахи агресії (бійці схильні застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хочуть домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою; вони можуть проявляти її у відкритій формі навіть до своїх рідних та близьких); немотивована пильність, внаслідок якої бійці пильно стежать за всім, що відбувається навколо чи не загрожує їм небезпека (часто надпильність проявляється у вигляді постійного фізичного напруження, яке не дозволяє розслабитися і відпочити); надмірні полохливі реакції (проявом є те, що за найменшої несподіванки боець робить стрімкі рухи (кидається на землю під час звуку, який нагадує двигун танка, або різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього з-за спини), раптово здригається); гіпертрофована підозрливість, внаслідок якої вони не довіряють майже нікому, крім побратимів, які перебували у зоні бойових дій разом з ними (поширюється також на рідних і близьких бійця); параноя (постійно здається, що за ними хтось стежить, намагається зашкодити).

Таблиця 1.

Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»)

Критерії	Кількість військовослужбовців	%
Уникнення	9	30
Вторгнення	7	23.3
Збудливість	13	43.4
Провина	1	3.3

Менш вираженим критерієм прояву ПТСР є уникнення, яке спостерігається у 9 осіб (30%). Характеризується стійким униканням стимулів, пов'язаних із травмою, що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Бійці намагаються: уникати думок і почуттів, пов'язаних із травмою; уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних викликати спогади про травму; виявляють неспроможність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія); в них наявне почуття відчуження щодо оточуючих, зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми.

На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-M (за DSM-IV, військова версія). Діагностується загальний показник вираженості ПТСР та бали за трьома критеріями: В (вторгнення), С (уникнення) і D (збудження). У дослідженні взяли участь 30 учасників бойових дій різного віку (по 10 у кожній віковій категорії). Усі учасники дослідження – військовослужбовці Хмельницької військової частини

A7034. Результати за сумарним показником методики PCL-M представлено у таблиці 2.

Таблиця 2.

Результати за сумарним показником методики PCL-M

Кількість балів	Відсоток досліджуваних
До 30	18,78%
30-35	30,9%
36-44	49,72%
45-50	0,6%

Отже, 49,72% досліджуваних військовослужбовців віком від 21 до 53 років отримали бали у діапазоні 36-44. Відповідно до орієнтовних граничних значень симптомів ПТСР, це означає, що такі досліджувані повинні отримувати допомогу (у тому числі й психологічну) на базі центрів первинної медичної допомоги ветеранам (у вітчизняних реаліях це Госпіталі для ветеранів війни), 49,68% досліджуваних можуть отримувати допомогу з питань подолання наслідків психотравматичних ситуацій на базі центрів первинної медичної допомоги для цивільних (у наших реаліях ймовірно це амбулаторії сімейної медицини); лише 0,6% досліджуваних потребують спеціалізованої допомоги на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра.

Варте уваги і дослідження вікових особливостей показників стресу у військовослужбовців (табл. 3):

Таблиця 2

Вікові особливості прояву ПТСР у військовослужбовців

Кількість балів	Вік до 30 років	35-45 років	Старші за 45 років
До 30	24,8%	34,54%	1,81%
30-35	68,9%	18,19%	38,18%
36-44	6,3%	45,46%	60,01%
45-50	0	1,81%	0

Досліджувані віком до 30 років 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, жоден із досліджуваних цього віку не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги. Серед військовослужбовців віком від 31 до 45 років найбільший відсоток (45,46%) потребує медико-психологічної допомоги на базі госпіталів для ветеранів війни, 52,73% можуть отримувати консультації стосовно симптомів ПТСР на базі амбулаторій сімейної медицини і лише 1,81%

досліджуваних потребують спеціалізованої психіатричної допомоги. Зазначимо, що усі досліджувані із балами вище за 45, 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). Військовослужбовці старші за 45 років у 60,01% випадках отримали сумарний показник в діапазоні 36-44 бали, що свідчить про необхідність отримання медико-психологічної допомоги на базі госпіталів, майже 40,0% можуть отримувати таку допомогу на базі амбулаторій сімейної медицини.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Таким чином, проведене діагностичне дослідження дозволяє констатувати наявність імовірного ПТСР у 23% респондентів, які потребують уточнення діагнозу та співпраці з психіатром. Найбільш вираженими симптомами ПТСР в учасників бойових дій є порушення якості та тривалості сну, підвищена тривожність, дратівливість та уникнення спогадів про травматичні події. Також додаткової уваги потребують респонденти із наявністю інтрузій та флешбеків. За результатами дослідження, у всіх респондентів виявлено середній рівень посттравматичного зростання, найбільший він у наймолодших військовослужбовців, відносно нижчий – у найстарших, однак усі результати відповідають помірно вираженому посттравматичному зростанню.

Наступним етапом дослідження є розробка на основі діагностичних даних комплексної системи психологічної реабілітації в умовах медико-соціальних центрів.

Література

1. Вельтищев Д. Ю. Гострі стресові розлади: фактори прогнозу і профілактики затяжного лікування. Соціальна і клінічна психіатрія. 2019. № 2. С. 48-51. Посилання: <http://surl.li/obvlla>.
2. Міжнародна класифікація хвороб (10-ий перегляд). Клінічний опис і вказівки по діагностиці. Київ, 2005, 306 с.
3. Національний центр ПТСР. Департамент у справах ветеранів США (2020). Види травм, війна та бойові дії. https://www.ptsd.va.gov/understand/types/types_war_combat.asp
4. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297-304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).

5. Тарабріна Н. В. Основні підсумки і перспективні напрями досліджень посттравматичного стресу. Психологічний журнал. 2003. № 24(4). С. 5-19.
6. Weathers F. W. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] / F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, P. A. Palmieri, B. P. Marx, P. P. Schnurr // Режим доступу : <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsdchecklist.asp>.
7. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder : Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 85-90.
8. Spitzer R. L., First M. B., Wakefield J. C. Saving PTSD from itself in DSM-V. 2007. N. 21. P. 233-241.

References

1. Velyshchev D. Yu. Hostri stresovi rozlady: faktory prohnozu i profilaktyky zatiazhnoho likuvannia. Sotsialna i klinichna psykhiiatriia. 2019. № 2. S. 48-51. Posylannia: <http://surl.li/obvla>.
2. Mizhnarodna klasyfikatsiia khvorob (10-yi perehliad). Klinichniy opys i vkazivky po diahnostytsi. Kyiv, 2005, 306 s.
3. Natsionalnyi tsentr PTSR. Departament u spravakh veteraniv SShA (2020). Vydy travm, viina ta boiovi dii. https://www.ptsd.va.gov/understand/types/types_war_combat.asp
4. Romanenko Yu., Koliadenko N. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad yak medyko-psykho-sotsialna problema. Perspektivy ta innovatsii nauky. 2021. № 2 (2). R. 297-304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
5. Tarabrina N. V. Osnovni pidsumky i perspektyvni napriamy doslidzhen posttravmatychnoho stresu. Psykhologichnyi zhurnal. 2003. № 24(4). S. 5-19.
6. Weathers F. W. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Elektronnyi resurs] / F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, P. A. Palmieri, B. P. Marx, P. P. Schnurr // Rezhym dostupu : <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsdchecklist.asp>.
7. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder : Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 85-90.
8. Spitzer R. L., First M. B., Wakefield J. C. Saving PTSD from itself in DSM-V. 2007. N. 21. P. 233-241.