

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК: 351.773 351.84

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.01.01>**Ю. О. Асєєва¹, К. В. Аймедов², Ю. П. Чемер³, М. В. Касикова³**¹ Одеський національний економічний університет, Одеса, Україна.² Клініка «Віта-Сана», Одеса, Україна.³ ГО «Здорове майбутнє», Одеса, Україна.**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА ПРИЧИНИ ЙОГО
ВИНИКНЕННЯ СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ ДОСВІД УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ***Анотація*

Було проаналізовано дослідження сучасних науковців, щодо висвітлення проблематики виникнення, перебігу та загострення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): Агаєв Н. А., Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Гайо М. Т., Кляйн Д. Ф., Кокун О. М., Пішко І. О., Толмачов О. А., Чапмен О. Л. та інших. Проаналізовано визначення різних психологічних станів, які виникають під час ведення бою та їх вплив на людину. Представлене дослідження стосується виявлення ознак ПТСР, стану тривоги та депресії в різних ступенях прояву. У результаті дослідження виявили ознаки ПТСР у 3 % респондентів, субклінічно вираженої тривоги – у 4 %, клінічно вираженої тривоги – у 5 %, субклінічно вираженої депресії – у 3 %, клінічно вираженої депресії – у 4 %. Визначені фактори, які збільшують цей ризик, включають: наявність психічних розладів; досвід травмуючих подій; травму, пов'язану зі смертю близьких; відсутність підтримки. Було визначено, що для ефективного лікування ПТСР важливо надавати своєчасну психологічну допомогу, включаючи психотерапію та, у деяких випадках, медикаментозну терапію. Необхідно також враховувати специфіку воєнного досвіду військових для успішного подолання психічних травм.

Ключові слова: психологічні особливості, військовослужбовці, тривога, депресія, стресостійкість, стрес, посттравматичний стресовий розлад.

Yu. Asieieva¹, K. Airmedov², Yu. Chemer³, M. Kasykova³¹ Odesa National Economic University, Odesa, Ukraine.² Clinic "Vita-Sana", Odesa, Ukraine.³ NGO "Healthy Future", Odesa, Ukraine.

UDC: 351.773 351.84

**POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND THE REASONS FOR ITS
OCCURRENCE AMONG INDIVIDUALS WITH COMBAT EXPERIENCE***Summary*

Currently, the problem of post-traumatic stress disorder (PTSD) has become very acute, not only among military personnel, but also among civilians. Research into this issue will help to better understand the causes of PTSD among military personnel, veterans, and the civilian population, as well as contribute to the development of effective prevention and treatment strategies for this disorder. Understanding the factors that cause PTSD allows for the development of psychological support and rehabilitation programs aimed at improving the quality of life of civilians, veterans and their families.

The article analyzes the research of modern scientists on the issues of the onset, course and exacerbation of PTSD symptoms: Agayev N. A., Aymedov K. V., Aseyeva Y. O., Gayo M. T., Klein D. F., Kokun O. M., Pishko I. O., Tolmachev O. A., Chapman O. L. and others. The article analyzes the definition of various psychological states that arise during combat and their impact on a person. The study is concerned with identifying signs of PTSD, anxiety and depression in various degrees of manifestation. The study revealed signs of PTSD in 3 % of respondents, subclinically expressed anxiety in 4 %, clinically expressed anxiety in 5 %, subclinically expressed depression in 3 %, and clinically expressed depression in 4 %. Identified factors that increase this risk include the presence of mental disorders, experience of traumatic events, trauma related to the death of loved ones, and lack of support. It has been determined that for effective treatment of PTSD, it is important to provide timely psychological care, including psychotherapy and, in some cases, medication. It is also necessary to take into account the specifics of the military's military experience in order to successfully overcome mental trauma.

Keywords: psychological characteristics, military personnel, anxiety, depression, stress resistance, stress, post-traumatic stress disorder.

Вступ. На даний час дуже гостро стала проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), не тільки серед військовослужбовців, а й серед цивільних. У зв'язку із сучасними подіями на території держави, все більша кількість населення стикається з травмуючими викликами та труднощами після повернення зі зонових бойових дій, і сьогодні це стосується не лише військових, а й мирного населення, яке було евакуйовано із цих зон, або самостійно покинули свої райони у зв'язку із загострення ситуації в містах їх постійного проживання й стали категорією – вимушено переміщених осіб. Особи, які пережили гострі стресові стани, бомбардування, насилля що пов'язано із бойовими діями можуть мати у подальшому прояви ПТСР.

Дослідження цієї проблеми допоможе краще зрозуміти причини виникнення ПТСР серед військовослужбовців, ветеранів та мирного населення, а також сприяти розробці ефективних стратегій попередження та лікування цього розладу. Розуміння факторів, які спричиняють появу ПТСР, дозволяють розробити програми психологічної підтримки та реабілітації, спрямовані на покращення якості життя мирного населення, ветеранів та їхніх сімей. Більше того, дослідження може допомогти у формулюванні політики та програм, спрямованих на захист прав вимушено переміщених осіб, ветеранів та забезпечення їхнього повного відновлення у суспільстві після повернення з військових зон.

Мета дослідження. Головною метою нашого дослідження є історичний огляд наукових надбань щодо поняття ПТСР та причин його виникнення серед осіб, які мають досвід участі в бойових діях.

Матеріали та методи. Основними методами дослідження стали аналіз і синтез наукових надбань, використано: дидактичний, історичний та бібліосемантичний методи, а також

експериментальні методи дослідження (тестування).

Результати та обговорення. Перші письмові згадки про солдатів, яких переслідували «привиди вбитих ворогів», виникли понад дві тисячі років тому. Описи симптомів післявоєнних стресових розладів зустрічаються і в творах Гомера, і в п'єсах Вільяма Шекспіра. Науковці звернули увагу на це явище у XVIII-XIX століттях стали відомі терміни: «ностальгія», «виснаження в бою», «втома солдата». Вчені також помітили схожі симптоми у цивільних осіб, які пережили залізничну аварію. Дві світові війни у XX столітті лише погіршили ситуацію. У XVIII-XIX століттях застосовувалися різні методи лікування, включаючи психоаналітичні підходи Зигмунда Фрейда, але більшість методів полягали у використанні електричного струму, погроз, залякувань та покарань [1]. Психічні розлади у солдатів розглядалися як прояв слабкості та неповноцінності, що було загальною практикою майже століття. Зміни почалися лише у 1970-х, коли ветерани війни у В'єтнамі почали об'єднуватися з рухом феміністок, а також коли дослідники зробили паралелі між симптомами жертв згвалтувань і травмами солдатів. У 1980 році в США вперше визнали й описали «ПТСР» як окремий діагноз.

У XVIII столітті почалися перші наукові спроби опису стресів, пов'язаних із війною. У 1761 році австрійський лікар Йозеф Леопольд описав симптоми у солдатів, які нагадували ПТСР. Він назвав це явище «ностальгією», оскільки солдати скаржилися на проблеми зі сном і тривогу через тугу за домівкою. У XIX столітті з'явилися інші терміни для опису діагнозів, пов'язаних з бойовими стресами. Терміни «виснаження в бою» та «втома солдата» використовувалися для опису стресів від тривалих боїв з постійним вогнем. У 1871 році американський хірург Якоб Мендес да Коста описав психосоматичні розлади,

які спостерігалися у військових часів Громадянської війни в США, які він назвав «солдатським серцем». Він зазначив, що у солдатів, які не мали фізичних проблем із серцем, виникали симптоми, подібні до кардіологічних хвороб: втома і слабкість навіть при невеликому навантаженні, задишка, прискорене серцебиття, пітливість і біль у грудях [1, 8, 9, 10].

Перша світова принесла нові тактики бойових дій, як-от «окопну війну», нову зброю і техніку: вогнемети, отруйний газ, великокаліберні гармати, танки та літаки. Навіть просто сидіти місяцями в окопах під постійними обстрілами було новим травмуючим бойовим досвідом. Тому на це звертали все більше уваги в Канаді, США та в багатьох європейських країнах. Під час Першої світової багато солдатів втрачали слух, мову або ставали паралізованими без будь-яких ушкоджень. Через це деякі науковці припускали, що артилерійський вогонь викликає невротичну хворобу. У 1915 році британський психіатр Чарльз Маєрс запровадив термін «снарядний шок». Зараз це можна порівняти з контузією. Однак Ч. Маєрс вважав «снарядний шок» виключно психологічною травмою і діагностував його навіть у тих солдатів, які жодного разу не потрапляли під обстріл [1, 7–10].

Під час Другої Світової війни у вжиток увійшли нові терміни, такі як «погляд на тисячу ярдів», який описує порожній, нефокусований погляд солдата із психологічною травмою. Окрім описів стресових розладів учасників бойових дій, науковці почали звертати увагу і на травмованих війною цивільних, які пережили бомбардування, окупацію, концтабори, тортури та інші травматичні події.

У 1950-х роках травматичні розлади почали ділити на ті, що спричинені бойовими діями, та «цивільною катастрофою», яка включала аварії, пожежі, стихійні лиха та інші небезпечні ситуації в мирний час.

Переломний момент настав під час війни

у В'єтнамі 1959–1975 років. Тоді втрати армії США від психологічних стресів сягали 30 % особового складу. Ветерани В'єтнамської війни збиралися у групи, де обговорювали труднощі повернення до цивільного життя та свої психологічні проблеми [10].

Уже до середини 1970-х у США існували сотні таких груп. Вони ставали дедалі більш політично активними й все голосніше заявляли про необхідність захищати права ветеранів В'єтнаму. Паралельно обертів набрав рух феміністок, які намагались привернути увагу до проблеми зґвалтувань жінок, жорстокого поводження з дітьми та насильства в сім'ї [7, 10].

Дослідження психолога Енн Берджесс і соціолога Лінди Холмстром у 1974 році виявилось поворотним. Вони ввели термін «синдром травми зґвалтування» і порівняли симптоми жертв зґвалтувань з тими, що відзначалися у ветеранів після війни. Це разом із загальним збільшенням уваги до проблем післявоєнних розладів у суспільстві призвело до того, що в 1980 році Американська психіатрична асоціація вперше визнала ПТСР як окремий офіційний діагноз і склала детальний опис його симптомів [3, 8, 10].

Це мало значний вплив на подальші дослідження ПТСР у всьому світі та на розробку методик лікування, спрямованих на фізичне та психічне полегшення страждань. За останні кілька десятиріч розроблено нові покоління ліків і розроблено нові підходи до терапії, що дозволяє удосконалювати і розвивати методики лікування цього розладу.

ПТСР – це спроба організму пережити загрози, інколи небезпечну для життя подію. Отже, прояви ПТСР викликані не порушенням (несправністю), а саме «здоров'ям», тобто це звичайна і доцільна відповідь організму, аби краще захистити людину від ризикованого небезпечного становища. Неврологи з Університету Утрехта змогли показати, що пацієнти з ПТСР майже не зважають

на фізичний біль [2, 4].

ПТСР є широким поняттям, яке охоплює психічні розлади та неврози, що виникають після однієї або декількох травматичних подій для людини. У військовослужбовців виникає достатньо причин для розвитку цього стану, але найчастіше він спричиняється смертю товаришів або застосуванням летальної зброї з наслідками. Під час травматичної події військовий досвідчує сильний страх та втрату контролю над ситуацією. Сам ПТСР у такому випадку може розвинутися приблизно через місяць після події. Проте, у перші 72 години після травматичної події військового можуть спостерігатися симптоми гострої стресової реакції, а у наступні дні – гострого стресового розладу [3, 8].

Багато військовослужбовців після першого перебування в зоні бойових дій можуть демонструвати симптоми різних психічних розладів, таких як депресія, тривога, гостра реакція на бойовий стрес або травму, депресивність, генералізований тривожний розлад. Часто їм потрібна психологічна підтримка від фахівців, таких як психологи, психіатри, психотерапевти, оскільки вони мають підвищений ризик розвитку ПТСР.

Дослідження показують, що від 20 % до 40 % військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми спостерігаються у 60–80 % військовослужбовців, які стали свідками загибелі товаришів або цивільних осіб, або бачили тіла померлих. Ризик розвитку розладів психіки зростає серед молодших військовослужбовців у віці 18–24 років, які мають симптоми депресії або проблеми з алкоголем [8].

ПТСР розвивається приблизно у 12–20 % військовослужбовців, які пережили бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через страх втрати поваги, вважаючи це проявом слабкості, боягузтва або загрозою для військової кар'єри [5, 8].

Деякі з типових симптомів ПТСР у

військових включають надмірний контроль, який може виявлятися у компульсивному перевірванні безпеки різних об'єктів, а також надмірні та домінуючі переживання за близьких людей, таких як батьки або діти.

Військовослужбовці найбільш уразливі до розвитку ПТСР, якщо вони мають історію психічних травм, особливо пов'язаних з насильством, або якщо проміжок часу між попередньою травмою і бойовою ситуацією дуже короткий (менше 5 років).

Виділяють декілька стадій формування ПТСР, а саме: гостра реакція на стрес (від перших хвилин після травми до двох діб), гострий стрес учасника бойових дій та спеціальних операцій – сукупні симптоми порушення, строком до чотирьох діб; гострий стресовий розлад – від двох днів до одного місяця; гостра форма ПТСР (від одного до трьох місяців); хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці); ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або ще пізніше) [2, 4].

У процесі виникнення таких розладів у військовослужбовців на певний час втрачається здатність до активних дій через порушення рухливості, орієнтування у просторі та часі, втрату слуху, ступорові реакції тощо. Важливими факторами, що впливають на психіку військовослужбовця, є рівень оволодіння зброєю і бойовою технікою, рівень професійної переваги, уявлення про майбутню бойову діяльність та способи її виконання. У бойовій обстановці основні причини психологічного стресу – загроза життю, відповідальність за завдання, нестабільність інформації, дефіцит часу, неспівмірність навичок із завданнями, психологічна неготовність, недовіра до командування та ізольованість.

Нами було проведено дослідження щодо виявлення ознак ПТСР, тривоги та депресії у осіб, які мали досвід участі у бойових діях. Дослідження проводили у групі кількістю 30 чоловік за допомогою

Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) та PCL – шкали самооцінки

наявності ПТСР (DSM-IV, військовий варіант) – табл. 1.

Таблиця 1. Ознаки ПТСР, тривоги та депресії у осіб, які мали досвід участі у бойових діях (n = 30).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	Респонденти
Норма, відсутність достовірно виражених симптомів тривоги.	21 (70 %)
Субклінічно виражена тривога.	4 (13 %)
Клінічно виражена тривога.	5 (17 %)
Норма, відсутність достовірно виражених симптомів депресії.	23 (77 %)
Субклінічно виражена депресія.	3 (10 %)
Клінічно виражена депресія.	4 (13 %)

Аналізуючи отримані результати можливо відзначити, що найбільший відсоток респондентів виявлено з нормальним рівнем тривоги (70 %). Субклінічно виражена тривога виявлена у 13 % респондентів, а клінічно виражена у 17 %. З цього можна зробити висновок, що більшість респондентів не демонструють серйозних симптомів тривоги, проте, певний відсоток відчуває рівень тривоги, який варіює від легкого до сильного – табл. 1.

Загалом, більшість респондентів (77 %) не мають достовірно виражених симптомів депресії, що відповідає нормальному рівню. Субклінічно виражена депресія виявлена у 10 % респондентів, а клінічно виражена у 13 % (табл. 1).

Це свідчить про те, що частка респондентів з легким та серйозним рівнями депресії дещо менша, але все ж присутня – табл. 1.

Загалом, ці дані вказують на те, що серед респондентів велика частина не має значних проявів тривоги та депресії, але все ж є ті, хто відчуває певні рівні цих психічних станів. Такий аналіз може бути важливим для подальших досліджень та розробки програм з профілактики та підтримки психічного здоров'я – табл. 1.

Отримані від респондентів за методикою виявлення ознак ПТСР за шкалою PCL у військовому контексті відповідно до критеріїв DSM-IV результати відображено на табл. 2.

Таблиця 2. Ознаки ПТСР за шкалою PCL у військовому контексті відповідно до критеріїв DSM-IV (n = 30)

PCL–шкали самооцінки наявності ПТСР (DSM-IV, військовий варіант).	Респонденти
Відсутня ознака ПТСР.	27 (97 %)
Присутня ознака ПТСР.	3 (3 %)

На основі результатів отриманих від респондентів за методикою виявлення ознак ПТСР за шкалою PCL у військовому контексті відповідно до критеріїв DSM-IV. Встановлено, що більшість респондентів (97 %) не мають ознак ПТСР.

Це свідчить про те, що більшість учасників не відчуває виражених симптомів стресу або наслідків травматичних подій. Також, слід відзначити, що невелика кількість респондентів (3 %) мають ознаки ПТСР (табл. 2).

Це свідчить про те, що деякі учасники можуть переживати наслідки стресових або травматичних подій, які вплинули на їхній психічний стан. Загалом, ці результати свідчать про те, що у військовому варіанті за шкалою PCL відносно невелика частина респондентів має ознаки ПТСР, а більшість не відчуває виражених наслідків стресу чи травматичних подій. Однак необхідно враховувати, що ці результати базуються на самооцінці учасників та можуть потребувати подальшої об'єктивізації та оцінки спеціалістами.

За цими даними можна зробити висновок, що більшість респондентів за обома шкалами не мають виражених симптомів тривоги та депресії, а також не виявлено ознак ПТСР у більшості частини учасників дослідження. Однак, в обох випадках є невелика кількість респондентів, у яких виявлені субклінічні або клінічні ознаки тривоги, депресії та ПТСР, які потребують уваги та психологічного супровіду – табл. 2.

Стійкість до психотравматичних факторів бою та збереження бойової активності значно залежать від спрямованості особистості, мотивації бойової поведінки, готовності до дій та досвіду. Вивчення впливу чинників сучасного бою на психіку дозволяє зробити висновки про те, що стрес впливає на психіку як мобілізуюче (бойове збудження), так і пригнічуюче (дистрес), залежно від мотивації, психологічної стійкості та досвіду воїнів. Реальність цього впливу варіює від ситуації до ситуації [5]

Отже, психологічна підготовка воїнів має забезпечити їхню високу активність у бою, удосконаливши спроможність виявляти гнучкість до стресових факторів бойової діяльності. Це включає готовність до війни, налаштування на перемогу та стійкість психіки до психологічного тиску бою.

Рекомендації. Основні психічні та фізіологічні стани, які можуть виникати під час бою це: панічний напад або надмірний страх; нервово тремтіння; ступор;

агресія; істерика; апатія; рухове збудження; плач; марення та галюцинації.

Утруднене дихання, біль у грудях, прискорене серцебиття, пітливість, «ватні» ноги, тремтіння рук – це може бути ознаками паніки. Щоб допомогти людині заспокоїтися, необхідно попросити побратима дихати за схемою – різкий вдих, дуже повільний видих. Заохочуйте свого товариша дихати в тому ж ритмі, що й ви. Можна помістити його руку на ваше зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде знаком: «Я поруч, ти не сам», «Ми зможемо це подолати» [6]

Якщо побратим говорить, необхідно слухати його уважно і висловлювати розуміння та співчуття. Також можна робити легкий масаж «комірцевої» зони, який включає плечі та шию, щоб його заспокоїти.

У випадку панічного нападу, якщо це веде до небезпечних дій, наприклад, боєць хоче кинути зброю або втекти з поля бою, важливо його ізолювати від інших бійців та забрати зброю. Необхідно надати іншим бійцям прості завдання, щоб вони були зайняті і не фокусувались на паніці у свого товариша, оскільки емоції можуть бути заразними [3, 6, 7].

У випадку виникнення нервового тремтіння можна запропонувати побратиму провести спокійні та контрольовані дихальні вправи, які сприяють заспокоєнню. Наприклад, вдихати на рахунок до чотирьох, тримати дихання на рахунок до чотирьох, а потім повільно видихати на рахунок до восьми. Повторювати це кілька разів.

Також, важливо надати побратимові можливість відпочити та подумати про його самопочуття. Якщо ситуація важка і тремтіння триває довше, ніж зазвичай, необхідно розглянути можливість звернутися за допомогою кваліфікованих фахівців, таких як психолог або лікар.

Якщо людина опиняється в стані глибокого ступору, це аналогічно пораненню під час бою. У такій ситуації

важливо спокійно взяти побратима під опіку, відібрати від нього зброю та відвести його від лінії вогню. Під час наближення до нього потрібно користуватися короткими фразами, називати себе та пояснювати свої дії, щоб не налякати його. Якщо побратим здатний виконувати прості вказівки, дайте йому такі завдання і керуйте його діями. Іноді людина у ступорі міцно тримає зброю, тому важливо забезпечити безпеку для всіх, відключивши «магазин» або поставивши на запобіжник. Якщо можливо, можна спробувати техніки розслаблення, такі як зігнути його пальці і ніжно притиснути їх до долоні, встановити ритм подиху відповідно до його, та надавати масаж точок на обличчі для зняття стресу.

У випадку виникнення у побратима нападу агресії, особиста безпека в першу чергу. При роботі з людиною в стані агресії важливо взяти до уваги, що вона може відчувати надмірну силу, тому одній особі буде важко впоратися. Одним із ефективних підходів є відбір зброї для безпеки, проте дозволяючи потерпілому випустити свою напругу, наприклад, дозволяючи йому виговоритися або використати фізичну діяльність, яка може вивести його з агресивного стану. Також важливо доручати роботу, що пов'язана з високим фізичним навантаженням, щоб спрямувати енергію у продуктивне русло. Під час спілкування необхідно демонструвати спокій і рівновагу, уникати суперечок, обвинувачень або висловлювання власної думки про його дії, щоб уникнути спрямування агресії на себе [6, 9].

Зазвичай істерика це вид демонстративної поведінки, що може бути відомо як «гра на публіку». Щоб ефективно зупинити побратима, важливо використовувати твердий, але доброзичливий тон. Можна запропонувати їжу або закурити, дати випити теплою напою, спробувати розмовляти. Якщо потрібно, необхідно ізолювати його у окремому приміщенні, щоб запобігти поширенню істерики серед

інших бійців, і повідомити про це командира.

Важливо пам'ятати, що не можна кричати на людину, бити її, обливати холодною водою або давати медичні препарати без відповідного лікарського призначення. Такі методи можуть загострити ситуацію та спричинити негативні наслідки.

Ознаки апатії можуть проявлятися у тому, що людина стає кволою, їй байдуже до багатьох речей, і вона втрачає інтерес до того, що раніше викликало цікавість. Щоб підтримати таку людину, важливо підтримувати стосунки з побратимами та мати емоційний контакт, щоб у випадку необхідності бути готовими надати допомогу.

При виявленні ознак апатії слід м'яко встановлювати контакт і домагатися, щоб побратим сам повідомив про своє становище. Необхідно виразити розуміння і солідарність, нагадати про дружбу і товаришів, запропонувати просту та рутинну роботу, забезпечити теплою їжею та сигаретами, і обов'язково повідомити про це командира. Важливо також провести розмову з потерпілим, задавши кілька простих запитань, щоб встановити з ним контакт. Наприклад: «Як тебе звати?», «Як ти себе почуваєш?», «Хочеш їсти?» [2, 6, 9].

Іноді стресові ситуації можуть викликати настільки сильне потрясіння, що людина втрачає здатність розуміти навколишній світ та перебуває в руховому збудженні. Вона не може визначити, хто є ворогом, а хто – своїм і де є небезпека. Людина також може втратити здатність логічно мислити і приймати рішення: «Я побіг, а коли прийшов до тям, виявилось, що не пам'ятаю, де я». «Я щось робив, розмовляв з кимось, але не можу згадати нічого» [2].

У такому випадку важливо дати людині виразити свої почуття, дати їй зайнятися фізичною роботою, запропонувати харчування або дозволити закурити, контролювати її

поведінку та повідомити командира про ситуацію. При необхідності, узгоджуючи з медичним персоналом підрозділу, можна застосувати заспокійливі засоби, такі як валеріана, пустирник, настій піона, таблетки сибазону або феназепаму.

Якщо боєць перетворюється на тварину, яка б'ється у клітці, можна використовувати прийом «захоплення»: ззаду просунути руки під пахви потерпілого, притиснути його та трохи перекинути на себе. Необхідно звертати увагу на його стан і уникати конфліктів.

Під час плачу, у людини немає порушень у поведінці, на відміну від істерики. Основними порадами в такій ситуації є: дати людині можливість виплакати й виговоритися без переривання; не залишати людину на самоті, показати, що ви поруч; не намагатися заспокоїти або ставити запитання; не надавати поради. Для підтримки можна встановити фізичний контакт з побратимом, наприклад, взяти його за руку, покласти руку на плече або спину, погладити по голові. Це допоможе відчувати, що ви поруч і є підтримкою. Також варто застосовувати прийоми «активного слухання», підтверджуючи свою увагу словами типу «так», «ага» і кивком голови. Це покаже, що ви уважно слухаєте та співчуваєте. Коли ми маємо справу з ситуацією в якій є марення та галюцинації, де побратим виявляє ознаки емоційного стресу, зокрема демонстративної суїцидальної поведінки, надзвичайно важливо вчасно реагувати та діяти професійно та обачно. Важливо негайно евакуювати побратима з потенційно небезпечної ситуації, якщо це можливо, та забезпечити його безпеку.

Безпека від самого себе: підтримуйте побратима, але не дозволяйте йому вчинити що-небудь шкідливе для себе або інших. Заберіть у нього предмети, які можуть стати потенційною загрозою. Встановіть фізичний контакт, який може включати братську підтримку через обійми, прогладжування чи просте тримання

за руку. Говоріть з ним спокійним голосом, вказуючи на свою підтримку та готовність слухати. Розумійте, що в таких ситуаціях важливо не намагатися переконати побратима або вирішити проблему самотійно. Йому може знадобитися психологічна допомога, і це слід зробити негайно. Важливо підтримувати соціально-емоційні зв'язки в підрозділі, щоб запобігти відчуттю втрати, відчуження та ізоляції. Розмовляйте з побратимом про життя, майбутні плани, пам'ятайте про важливість вертикальних та горизонтальних зв'язків.

Подолання провини: як бійцям, так і командирам слід розуміти, що суїцид – особиста відповідальність того, хто його скоїв. Важливо не піддаватися почуттю провини, але при необхідності обговорювати емоції та враження з досвідченими спеціалістами. В цих ситуаціях важливо діяти оперативно, дбати про безпеку та забезпечувати психологічну підтримку для побратима.

Висновки. Багато військовослужбовців після перебування у зоні бойових дій можуть проявляти симптоми різних психічних розладів, таких як депресія, тривога, гостра реакція на стрес чи травму, генералізований тривожний розлад. Історія психічних травм, особливо пов'язаних з насильством, а також короткий проміжок часу між попередньою травмою і бойовими ситуаціями, також збільшують ризик розвитку ПТСР серед військових.

Симптоми ПТСР можуть включати надмірний контроль, компульсивне перевіряння безпеки, а також надмірні та домінуючі переживання за близькими людьми. Важливо пам'ятати про різні стадії формування ПТСР, що вимагають відповідної уваги та підтримки від психологічних та медичних служб.

Основні фактори психологічного стресу у військовослужбовців включають загрозу життю, відповідальність за завдання, нестабільність інформації, дефіцит часу, неспівмірність навичок із

завданнями, психологічна неготовність та ізолюваність. Забезпечення адекватної психологічної підтримки та управління психічним здоров'ям військових є ключовими для зменшення впливу стресу та психічних розладів на їхню життєву діяльність та службу. Проблему краще попередити, як потім справлятися з наслідками, які іноді є рушійними для особистості та мають вирішальне рішення в адаптації до цивільного життя.

Фінансування та конфлікт інтересів. Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

Публікаційна етика. Пацієнти були включені в дослідження після отримання інформованої згоди. Дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам біометричних досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Пивоваров С., Спірін Є. ПТСР відомий з прадавніх часів, його описував Шекспір і досліджував Фройд, солдатів із ним цькували як боягузів, але в 1970-х на допомогу прийшли феміністки. *Бабель* : 2023. URL: <https://babel.ua/texts/91098-ptsr-vidomiy-z-pradavnih-chasiv-yogo-opisuvav-shekspir-i-doslidzhuvav-freyd-soldativ-iz-nim-ckuvali-yak-boyaguziv-ale-v-1970-h-na-dopomogu-priyshli-feministki-zgaduyemo-istoriyu-vivchennya-cogo-rozlad>
2. Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та допомогти? *Ресурсна психологія та психотерапія*. URL: <https://arpp.com.ua/articles/ptsd-in-the-military/>
3. Boyanowsky E. O. Grains of truth in the wasteland of fear. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*. 1991. No. 32 (2). P. 188–189. doi: <https://doi.org/10.1037/h0084629>
4. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 111–112.
5. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посібник / О. М. Кокун та ін. Київ : ФОП Маслаков, 2019. 273 с.
6. Чапмен О. М., Гратц К. Л., Тул М. Т. Навички діалектичної поведінкової терапії для подолання тривоги : робочий зошит. [б. м.] : видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 308 с.
7. Klein D. F. Panic Disorder with Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*. 1993. No. 163 (6). P. 835–837.
8. Gailliot M. T., Baumeister R. F. The Physiology of Willpower: Linking Blood Glucose to Self-Control. *Personality and Social Psychology Review*. 2007. No. 11 (4). P. 303–327.
9. Novaco R. W., Chemtob C. M. Anger and Trauma: Conceptualization, Assessment, and Treatment. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York : The Guilford Press, 1998. P. 162–190.
10. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler et al. *Archives of General Psychiatry*. 1995. No. 52. P. 1048–1060. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Надійшла до редакції 12.03.2024

Прийнята до опублікування 17.04.2024

Інформація про авторів (Information about the authors)

Асєєва Юлія Олександрівна, докторка психологічних наук, академік НАН ВО України, Одеський національний економічний університет, завідувачка кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки; Одеса, Україна.

Asieieva Yuliia, Doctor of Psychology, academician of the National Academy of Sciences of Ukraine, Odesa National Economic University, head of the Department of Language and Psychological and Pedagogical Training; Odesa, Ukraine.

E-mail: dgylia.as@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3086-3993> A, B, C, D, E, F

Аймедов Костянтин Володимирович, доктор медичних наук, професор, провідний фахівець-консультант клініки «Віта-Сана»; Одеса, Україна.

Aimedov Kostiantyn, Doctor of Medical Sciences, Professor, leading specialist consultant at "Vita-Sana" clinic; Odesa, Ukraine.

E-mail: psyhotip@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2577-0151> D, E

Чемер Юрій Петрович, реабілітолог ГО «Здорове майбутнє»; Одеса, Україна.

Chemer Yuriy, rehabilitation therapist at the NGO "Healthy Future"; Odesa, Ukraine.

<https://orcid.org/0009-0000-7809-4893> D, E

Касикова Марія Василівна, психолог ГО «Здорове майбутнє»; Одеса, Україна.

Kasykova Mariia, psychologist at the NGO "Healthy Future"; Odesa, Ukraine.

<https://orcid.org/0009-0003-0322-2055> D, E

-
- | | |
|----------|---|
| A | – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design) |
| B | – Збір та аналіз даних (Data collection and analysis) |
| C | – Відповідальність за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis) |
| D | – Написання статті (Writing the article) |
| E | – Критичний огляд статті (Critical review) |
| F | – Остаточне затвердження статті (Final approval of the article) |
-

Відповідальний автор:

Асєєва Юлія Олександрівна, докторка психологічних наук, академік НАН ВО України, Одеський національний економічний університет, завідувачка кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки.

✉ Україна, 65082, м. Одеса, вул. Преображенська, 8.

E-mail: dgylia.as@gmail.com

Цитування: Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Чемер Ю. П., Касикова М. В. Посттравматичний стресовий розлад та причини його виникнення серед осіб, які мають досвід участі в бойових діях. *Вісник медицини, психології та фармації*. 2024. № 1. С. 8–17. doi: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.01.01>