

Вінтоняк В. Ф. кандидат психологічних наук, доцент,
Національний університет оборони України
імені Івана Черняхівського

<https://orcid.org/0000-0002-3878-1848>

Рибчук О. О. доктор філософії, Національний
університет оборони України імені Івана Черняхівського

<http://orcid.org/0000-0003-3966-8326>

Недвизга О. В. кандидат психологічних наук, Національний
університет оборони України імені Івана Черняхівського

<https://orcid.org/0000-0002-8113-5999>

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ

Статтю присвячено огляду класичних та сучасних теоретико-методологічних джерел з проблеми психічної та бойової психічної травми. У статті наведено результати проведеного аналізу передумов виникнення та особливостей розвитку бойової психічної травми у військовослужбовців в умовах бойових дій. Розкрито поняття складної бойової психічної травми та її вплив на функціонування військовослужбовців у бою, а також подальші наслідки травматизації. Запропоновано різні терапевтичні підходи щодо роботи з психотравмованими військовослужбовцями.

Ключові слова: військовослужбовець; психічна травма; бойова психічна травма; ПТСР.

Вступ. Війна є надзвичайно травмуючим подразником як для окремої людини, так і для суспільства в цілому. Війна має свою “психологію”. Ми не маємо природного імунітету, здатного захистити нас від стресу, що спричиняють бойові дії. Збройні сили є основним елементом системи оборони держави, а військовослужбовці – це особливі учасники війни, оскільки їх діяльність виходить за межі звичайного людського досвіду. Тому, збереження здоров’я та працездатності осіб, які беруть участь у бойових діях, є край важливим.

Аналіз практичного досвіду бойових дій свідчить, що протиборчі сторони, поряд з неминучими фізичними, зазнають відчутних психологічних втрат. Вони пов’язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм (від 10 до 50% всіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах), які, у свою чергу, призводять до розладів психічної діяльності, повної чи часткової втрати боєздатності.

Мета статті полягає у висвітленні дослідження феномену бойової психічної травми у сфері військової психології через вивчення основних концепцій та висновків, що стосуються бойової психічної травми та її наслідків для психічного здоров’я військовослужбовців і їх подальшого функціонування у професійній діяльності.

Теоретичне підґрунтя. На сьогодні “психічна травма” є дуже поширеним поняттям, яке використовується у сучасному науковому обігу, особливо у сфері військової психології та охорони психічного здоров’я.

В межах психоаналітичного підходу поняття “психічна травма” було запроваджено З. Фрейдом та систематизовано у дослідженнях А. Кардінера, М. Горовіца, що назвали це явище “воєнним неврозом”, “хронічним воєнним неврозом”. У когнітивній психології, бойова психічна травма розглядається, як руйнування базових когнітивних схем та переконань особистості (Bartlett, Horowitz, Brewin, Holmes, Janoff-Bulman).

Розмаїтим аспектам загального спектру психічної травми присвячено праці Джеймі Меріка, Гретхен Шмельцер, Бессела ван дер Колка. Вченими визначено поняття складної бойової психічної травми, її вплив на функціонування військовослужбовців в бою та подальші наслідки травматизації (Judith Herman, Гретхен Шмельцер). Проаналізовано чинники, що впливають на формування бойової психічної травми (Želimir, Komar, Brewin, Solomon, Cardeña, Carlson, Yehuda). Проводиться аналіз питання специфіки надання допомоги травмованим військовослужбовцям у межах досліджень

науковців: Т. Титаренко, Ю. Герман, З. Соломон, Д. Меріка.

Огляд публікацій свідчить про активні розвідки феномену бойової психічної травми в сучасних дослідженнях, активний пошук методів формування стійкості та своєчасної реабілітації учасників бойових дій, які зазнали травматизації.

Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу дослідження складають концепції психоаналітичного та екзистенційного підходів, когнітивної психології, психології екстремальної діяльності. У ході проведення дослідження застосовано метод теоретичного аналізу, систематизації, порівняльний метод, контент-аналіз, конкретизація, абстрагування та узагальнення.

Результати і обговорення. Бойові переживання є одними з найбільш жахливих і загрозливих з усіх травмуючих подій. Бойові дії мають потужний психологічний вплив на психіку військовослужбовця. Для того щоб вижити на війні психіка військовослужбовця має перелаштуватися на військовий режим функціонування. Механізмом такого перелаштування є бойовий стрес, який сприяє мобілізації всіх можливостей людини для пристосування до бойової обстановки. Проте, інтенсивний бойовий стрес може викликати перенапругу та збій механізмів стрес-регуляції, що проявляються в психічних, психологічних, фізичних та поведінкових реакціях на полі бою, призводять до виникнення деструктивного стресу та, як наслідок, бойової психічної травми, що впливають на здатність військовослужбовця ефективно функціонувати на полі бою. Вони також можуть повторюватися після завершення бойових дій та проявлятися протягом багатьох років у формі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Бойова психічна травма займає вагомe місце у структурі бойових втрат. Вона в 3-4 рази збільшує психічні захворювання в армії, на 10–50% послаблює боєздатність збройних сил.

В наукових джерелах описані різноманітні підходи до розуміння психічної травми.

Слово “травматичний” (травмівний) вперше зустрічається у виданні Оксфордського словника 1656 року, де

травма визначається як термін, “який можна віднести до ран та їх зцілення” (все що стосується фізичних ран або лікування ран). Тільки в кінці XIX століття цей термін став використовуватися для позначення психологічного стресу і шкоди, що розвивається внаслідок насилля і втрат [1].

У загальному розумінні травма визначається як раптовий потенційно смертельний досвід, який часто залишає тривалі тривожні спогади [2].

Події, які можна розглядати як потенційно травмуючі інциденти, включають широкий спектр навмисних та ненавмисних насильницьких дій (актів насильства), таких як образа, фізичне або сексуальне насильство, аварії, природні та біотехнологічні катастрофи, викрадення та захоплення в заручники, смертельні захворювання, каліцтво, війни та терористичні напади, катування, позбавлення волі тощо. Всі ці різноманітні події поєднуються під спільним знаменником “травма” або “психотравма”, незважаючи на те, що кожне з них має власне значення та причинні атрибути страждань. Травматичні події відрізняються одна від одної за характером, частотою та тривалістю загрози, її особистою значимістю, яка може змінюватися з часом. Тим не менше, травма, травматичний стрес (traumatic stress), крім складних психологічних проявів на нейробіологічному рівні, є неспецифічною реакцією нашого організму на різні травматичні події.

Проте, травма – це не просто подія в певному місці. Це тристоронній процес, що проявляється у фізичних, психологічних та соціальних наслідках. Те, які будуть фізичні, психологічні та соціальні симптоми і захворювання залежить і від багатьох чинників, таких як вразливість, стійкість, які адаптивні і дезадаптивні реакції проявлялися в травматичних ситуаціях і які травматичні спогади залишилися. Травма також має вимір часу та соціального простору. І нарешті, травма має духовний вимір. Страждання, які вона завдає, варіюються від фізичного до екзистенційного болю. А це може порушити уявлення про мораль, цінності, принципи, ідентичність, переконання, ідеали.

На початку ми вже говорили, що “травма” – це термін, який позначає, в першу

чергу, фізичне ушкодження, рану. Справа в тому, що на стрес високої інтенсивності, коли небезпека загрожує життю людини, наш організм реагує як на загрозу фізичного ушкодження. Наприклад, загальновідомо, що при гострому стресі протромбіновий індекс (індекс коагуляції) крові значно збільшується. Це один із компонентів мимовільної, неспецифічної реакції нашого організму, яка покликана мінімізувати можливу крововтрату. Виявляється, що підвищення індексу коагуляції відбувається не лише при гострому стресі, але й під час хронічного посттравматичного стресового розладу (Post-Traumatic Stress Disorders, PTSD) [3].

Початкове уявлення про психічну травму формувалися у рамках психодинамічної парадигми. В роботі З. Фрейда “По той бік задоволення” було запропоновано енергетичну концепцію травми. З. Фрейд писав, що “травматичний вплив на психіку може спричинити будь-яка подія, що викликає болісне почуття жаху, страху, сорому, втрати, душевний біль. Від чутливості потерпілого залежить ймовірність того, що ця подія набуває характеру травми” [4]. Відкриття психоаналізу дають можливість поглянути на травматичні військові неврози з погляду їх каузальності, тобто виявити причинно-наслідкові зв’язки – “витіснення, що лежить в основі будь-якого неврозу” [4].

У 1941 році, в одному із перших систематизованих досліджень, А. Кардінер назвав це явище “хронічним військовим неврозом”. Ним вперше було дано комплексну характеристику симптоматики: 1) збудливість і подразливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмуючої події; 4) уникнення реальності; 5) схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [5].

Після війни у В’єтнамі на зміну концепції “військового неврозу” в сучасну психіатрію до 1980 року увійшло поняття “посттравматичний стресовий розлад” (ПТСР), яке було включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації. У 1995 році ПТСР було введено в

десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10. Згідно даної класифікації ПТСР визнано найбільш поширеною і помітною формою пост бойової патології.

Когнітивні концепції психічної травми сягають теорії стресу Р. Лазаруса та роботам А. Бека. В залежності від оцінки стресової ситуації та вторинного оцінювання (оцінка індивідом власних ресурсів самоконтролю у цій ситуації) формується тип копінг-стратегії: проблемно-фокусований (дії, які спрямовані на подолання стресової ситуації) та емоційно-фокусований (дії, спрямовані на поліпшення емоційного стану). Психічна травма в когнітивній психології розглядається як руйнування базових когнітивних схем або базових переконань. (Bartlett, 1932). Когнітивні схеми використовуються як пояснювальний конструкт, детермінуючий процес пізнання суб’єктом навколишнього середовища та образ власного Я в свідомості особистості.

М. Горовіц (Horowitz, 1976) був першим, хто описав вплив травми на систему глибинних уявлень людини про своє Я, світ і майбутнє і показав, що процес лікування відбувається через зміну когнітивних структур [6]. Проте найповніше вплив травми на систему переконань індивіда представлено у роботах Роні Янофф-Бульмана (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1997), які були створені на основі когнітивно-експерієнціальної теорії Епштейна. Згідно Янофф-Бульмана, структура базисних переконань включає імпліцитні переконання особистості про доброзичливість та справедливість навколишнього світу, про контрольованість (люди можуть контролювати те, що з ними відбувається), цінності та значимості власного Я. Перелічені переконання виступають для людини певними орієнтирами, точками опори, роблячи світ зрозумілим [7]. В бойовій обстановці всі перелічені цінності можуть бути відразу зруйновані. Якщо військовослужбовець не отримує психологічної підтримки від оточуючих, то він залишається без опори і повністю втрачає здатність орієнтуватися у світі, обстановці, самому собі. І що найважливіше, чим більш “гуманістичними” для військовослужбовця здавалися його базові цінності, тим більш

драматичнішим відбувається їх руйнування. Військовослужбовець відчуває себе безпорадним. Стан безпорадності може привести до так званої психічної поразки (mental defeat) – стан в якому військовослужбовець втрачає здатність підтримувати в собі віру в силу волі, відчуває себе “не живим”, зламаним, для якого все одно живий він чи ні.

Поведінковий підхід опирається на двофакторну модель психічної травматизації, яка розглядає психотравму з позицій класичного та оперантного обумовлення. Класичне обумовлення проявляється у виникненні почуття страху у жертви травматичних подій у відповіді на будь-які зовнішні стимули, які схожі з травматичною подією. Оперантне обумовлення виражається у вимкненні суб'єктом усіх стимулів, які викликають цей страх.

Травма є більш широким поняттям, ніж гострий стресовий (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад (PTSD). Для більш глибокого розуміння сутності травми ми можемо використовувати поняття “спектр травми” (spectre of trauma), який містить безліч проблем, викликаних травмою: починаючи від побутової мікро-травми, закінчуючи складною травмою, важкою залежністю (адикцією) і дисоціативними розладами [8]. Незважаючи на те, що ці психічні розлади нібито відносяться до різних реєстрів, якщо їх походження травматичне по своїй природі, тобто пов'язано з травмою (trauma-related), всі вони характеризуються загальними універсальними маркерами, що відрізняють їх від психічних розладів нетравматичного походження. Ці унікальні ознаки зумовлені нейробіологією травмованого мозку, які описав у своїх дослідженнях Бессел Ван дер Колк (Van der Kolk). Він виділив три основні ознаки, що вказують на відмінності травмованого мозку від здорового. Перша – це вища система *сприйняття загрози* (threat perception system), за яку відповідає когнітивна частина мозку (мигдалеподібне тіло), яка підтримує порядок у нашому тілі. Друга – це система *фільтрації* (filtering system), яка контролює і фільтрує сенсорну інформацію (здатність зосереджуватися на важливій інформації і переносити менш важливу на задній план). І третя, так звана

система *самовідчуття* (selfsensing system), яка розташована в проміжних структурах мозку: (anterior cingulate cortex, vmPFC and insula). Справа в тому, що ці структури мозку, крім негативних відчуттів, відповідають за весь спектр відчуттів, що складає основу нашої самосвідомості. І коли людина намагається “вимкнути” нестерпні відчуття, придушити і притупити почуття, викликати оніміння (numbing), вона позбавляє себе здатності почуватися живою. Як не парадоксально це звучить, але травмовані військовослужбовці відчувають себе повністю живими тільки тоді, коли вони знову в екстремальних умовах (бойових умовах). Незважаючи на те, що вони можуть ненавидіти те, що вони пережили, водночас, у них з'являється природне прагнення до аналогічних ситуацій. Травмований військовослужбовець, як правило, відчуває заціпеніння, застигання, оніміння і не може насолоджуватися життям і відчуває себе живим тільки тоді, коли виявляється у ситуації, що викликала цей жах. Цей феномен називається травматичним переграванням (traumatic re-enactment) [9, 10].

Термін “складна травма” запропонувала в 1992 Юдіт Герман у своїй відомій книзі “Травма та відновлення. Наслідки насильства – від сімейного (домашнього) насильства до політичного терору”. Гретхен Шмельцер назвала складну травму травмою, що повторилася (Repeated Trauma). Пізніше Янофф-Бульман разом із колегами почав активно працювати над концепцією комплексного травматичного розладу, який отримав назву екстремального стресового розладу без додаткових уточнень (Disorder of Extreme Stress Otherwise Specified, DESNOS). На їхню думку, DESNOS виникає в результаті жорстокого, тривалого, часто сексуального насильства в ранньому дитинстві, а також під час тортур чи тривалого перебування у зоні військових дій. Наслідками DESNOS є труднощі регуляції афектів, проблеми міжособистісних відносин, високий ризик розвитку депресивних та тривожних розладів, соматизація симптомів та багато іншого [11, 13].

У численних сучасних дослідженнях поняття “комплексної травми” перетинається з таким поняттями, як

інтергенераційна/трансгенераційна травма, кумулятивна травма, травма зради та відносин, травма прихильності, травма розвитку. Перераховані підходи дозволили нам сформулювати визначення бойової психічної травми.

Бойова психічна травма (БПТ) – це неможливість психологічно та психічно протистояти травмуючим чинникам бойової обстановки, що супроводжується деформацією саморегуляції, базових цінностей військовослужбовця, його дезорієнтацією в собі та навколишньому світі та неможливістю вести бойові дії.

Іншими словами, людина не поранена, не контужена, не отруєна, але вести бойові дії не може.

За умовами та часом БПТ можна поділити на кілька груп. До першої відносяться БПТ, що виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. До другої групи належать БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих чинників.

На БПТ людина може відреагувати у двох основних формах: загальмованість та надмірна збудженість. БПТ проявляється на фізіологічному рівні, психічному і поведінковому.

Чи призведуть травматичні переживання до бойової травми залежить від багатьох чинників, таких як чинники поля бою, чинники профілактики бойового стресу, керівництва та лідерства, досвід та оцінка бойової обстановки, реакція на бойовий стрес [12, 14, 15].

Також здатність військовослужбовця переносити бойовий стрес залежить від трьох груп чинників та їх взаємодій: біологічних (наприклад, генетична схильність), психологічних (наприклад, стратегії подолання) та міжособистісних (наприклад, соціальна підтримка) [13].

Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить від їх значущості для конкретного учасника бойових дій та від особливостей їх копінг-поведінки. Звичайно, ймовірність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми безпосередньо залежить і від тяжкості перенесеного стресового впливу та

тривалості перебування в умовах театру військових дій.

Актуальним для українських військовослужбовців, які ведуть бойові дії з 2014 року, є явище “травми, що повторилася”, оскільки значний відсоток ветеранів продовжують служити в армії, навіть після бойових дій, і знову вступають в бойові дії.

Що відбувається, коли травма постійно повторюється?

Під час одиначної травми симптоми, за допомогою яких військовослужбовець намагається її подолати, можуть бути тимчасовими. Ці намагання можна назвати захисною реакцією (defensive state). У ситуаціях повторюваної травми, стратегія виживання краще описується, як захисна риса особистості (defensive trait). У цей час захисна реакція стає головним аспектом особистості військовослужбовця. Продовжуючи жити в світі травми, більшість постраждалих від ПТСР втрачають інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення, розривають соціальні контакти, емоційно замикаються. Вони, як правило, нервові, дратівливі, мають труднощі зі сном, концентрацією уваги і пам'яттю. Більше того, життя травмованих військовослужбовців обертається навколо травматичного інциденту. Вчені вважають, що постійне вторгнення в їхнє життя образів, що пов'язані з травмою, відображає їх боротьбу за опанування над травматичною подією, шляхом повторення. Їх апатія, замкнутість та емоційна нечутливість, частково відображають спроби уникнення болючих спогадів. Виникає дилема: з одного боку, травмовані військовослужбовці намагаються подолати травматичний досвід, а з іншого – травма продовжує поглинати більшу частину їх інтересів та життєвої енергії.

Разом з тим, психічна травма, це і специфічна трансформація особистості військовослужбовця в умовах переживання травматичних подій. Конфронтація з травмою перестає бути дуже руйнуючою і починає включати пошук позитивних змін, що мають місце після кризи, викликані травмою. Цей феномен називають “посттравматичним стресовим зростанням”. На концептуальному рівні в сучасних

дослідженнях відбувається зміщення акценту з психопатології бойової травми та ПТСР на стійкість й зростання, особливо в спробах компенсувати негативні наслідки діагностики ПТСР. Цю тенденцію в своїх дослідженнях підтвердили О. Колініченко, В. Осьодло, Д. Зубовський, Figley, Nash.

Той факт, що у більшості військовослужбовців, які зіткнулися з екстремальними бойовими ситуаціями, не розвивалися розлади на кшталт ПТСР, викликав інтерес до феномену стійкості. Ця концепція широко використовується в останні роки в науковому та клінічному світі. Стійкість відноситься до динамічного процесу, що включає позитивну адаптацію до обставин перед значними негараздами. Проте є різне розуміння стійкості. Стійкість можна розглядати як якість, особисту рису, процес і результат. Деякі дослідники розуміють стійкість як багаторазово детермінований процес розвитку, який є фіксованим, інші розглядають стійкість як особистісну властивість. Більш детально даний феномен ми розглянемо в наступних наших дослідженнях.

Тим не менш, надана екстрена психологічна допомога запобігає розвитку травми, ПТСР, дозволяє зберегти здоров'я та професійне довголіття військовослужбовцям. Спеціально для військових були розроблені програми для підтримки психічного здоров'я під час бойового розгортання "Combat Operationa Stress Contro (COSC)" та "Trauma Risk Management (TRiM)". Наприклад, ізраїльські учені створили модель BASIC Ph, згідно з якою індивідуальне поєднання шести елементів (B – віра й переконання; A – емоції; S – соціальність; I – уява; C – когнітивні стратегії; Ph – фізична активність) характеризує індивідуальну, унікальну для кожної людини стратегію опірності в умовах кризи.

Після завершення бойових дій, науковці дійшли висновку, що найефективнішим методом допомоги психотравмованим військовослужбовцям є комплексна медико-психологічна реабілітація. Одним із суттєвих аспектів медико-психологічної реабілітації є психотерапія. Це все про відновлення довіри у постраждалого, пробудження у нього

впевненості у власних силах, зміцнення його сили волі, усунення та полегшення його патологічного афективного стану, виправлення його патологічних психічних зв'язків і усунення патологічного самонавіювання [16]. Найшвидші за ефектом методи психотерапії: когнітивна, когнітивно-поведінкова терапія, АРТ-терапія та тілесно орієнтована терапія. Проте, найтриваліший ефект, навіть при відтермінованому зверненні, має логотерапія (Frankl, 1959).

Найкращим показником травма-терапії є відновлення здатності того, хто вижив, отримувати задоволення від життя. (The best indices of resolution are the survivor's restored capacity to take pleasure in her life). Цією фразою Юдіт Герман пророкувала те, як має розвиватися травма-терапія у майбутньому.

Висновки. Не дивлячись на численні дослідження, поняття "психічної травми" є і досі актуальним, оскільки є надзвичайно драматичним явищем, яке може трапитись з кожним. З одного боку, травматичний досвід показує нам межі наших можливостей керувати своїм життям, здатність контролювати життєві обставини, а з іншого боку, поняття "психічної травми" є "небезпечним" поняттям, оскільки часто використовується занадто легко і занадто швидко. Не кожна стресова подія є травмуючим досвідом, і не кожна людина, яка зіткнулася з війною, катастрофою чи терором, травмована. Перевищення концепції може створити ризик медикаментизації допомоги ураженим людям та ігнорування їхньої самостійності та адаптаційних навичок.

У зв'язку з цим, здатність травмованого військовослужбовця не тільки продовжувати військову службу, а й знову повернутися до звичного способу життя без травми, є надзвичайно нагальним для України. Для збереження психічного здоров'я військовослужбовців мають розроблятися профілактичні підходи до травми та розширюватись впливи різних форм втручань. Це дасть можливість зрозуміти, що допомога при травмах не відбувається без створення відповідної системи реабілітації, бажання самого військовослужбовця, та залучення в цей процес суспільства в цілому.

Список використаних джерел

1. Pedersen D. Rethinking Trauma as a Global Challenge. In Trauma and Migration. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Immigrants. Берлін. 2015. P. 9-31. DOI: 10.1007/978-3-319-17335-1_2 (дата звернення: 12.05.2022).
2. Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide. Charles R. Figley SAGE Publications, 2012, 904 p.
3. Robicsek, O., Makhoul, B., Klein, E., Brenner, B., Sarig, G. Hypercoagulation in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. IMAJ. Vol. 13. September. 2011.
4. Фрейд З., Ференци Ш., Абрахам К., Зиммель Э., Джон Э. Клинический архив К психоанализу военных неврозов. Сборник статей. Ижевск: ERGO, 2012. 104 с.
5. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. NY: Paul B. Hoeber, 1941. 258 p.
6. Brewin C. R., Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 2003. V. 23. P. 339–376.
7. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. NY: Free Press, 1992.
8. Зураб Беберашвили, Джана Джавахишвили, Софио Табагуа. Травма, её природа и пути исцеления. Тбилиси, 204 с. 2021.
9. Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Truma, 2014.
10. Van der Kolk, B., Buczynski, R. Rethinking Trauma. How to Work with the Traumatized Brain. NICABM Webinar Series, 2014.
11. Rolf J. Kleber Trauma and Public Mental Health: A Focused Review Front. Psychiatry, 25 June 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
12. Želimir Pavlina, Zoran Komar and Tomislav Filjak. Ministry of Defence of the Republic of Croatia PSYCHOLOGICAL MODEL OF COMBAT STRESS 36th IAMPS Split, CROATIA 2000.
13. Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part I: Assessment, Part II: Treatment. Directions in Psychiatry, Vol. 21.
14. Solomon Zahava. Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War (Springer Series on Stress and Coping) Series Springer Series ON Stress and Coping Ser. Xvi, 2012, 284 p.
15. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
16. Вінтоняк В.Ф. Особливості організації психологічного консультування військовослужбовців. Вектори соціальної, організаційної та економічної психології [Електронне видання] : тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 25 лютого 2022 року) / за заг. ред. А. А. Мазаракі. – Київ: Держ. торг.-екон. ун-т, 2022, 356 с.

References

1. Pedersen D. Rethinking Trauma as a Global Challenge. In Trauma and Migration. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Immigrants. Berlin. 2015. P. 9-31. DOI: 10.1007/978-3-319-17335-1_2 (data zvernennia: 012.05.2022).
2. Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide. Charles R. Figley SAGE Publications, 2012, 904 p.
3. Robicsek, O., Makhoul, B., Klein, E., Brenner, B., Sarig, G. Hypercoagulation in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. IMAJ. Vol. 13. September. 2011.
4. Freid Z., Ferentsy Sh., Abrakham K., Zymmel Э., Dzhon Э. Klynycheskyi arkhiv K psykhoanalyzu voennykh nevrozov. [Clinical archive To the psychoanalysis of military neuroses] Sbornyk statei. Yzhevsk: ERGO, 2012. 104 с. (in Russian)
5. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. NY: Paul B. Hoeber, 1941. 258 p.
6. Brewin C. R., Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 2003. V. 23. P. 339–376.
7. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. NY: Free Press, 1992.
8. Zurab Beberashvily, Dzhana Dzhavakhyshvily, Sofyo Tabahua. Travma, её pryroda y puty ystselenyia. [Trauma, its nature and ways of healing.] Tbylisy, 204 s. 2021. (in Georgia)
9. Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Truma, 2014.
10. Van der Kolk, B., Buczynski, R. Rethinking Trauma. How to Work with the Traumatized Brain. NICABM Webinar Series, 2014.
11. Rolf J. Kleber Trauma and Public Mental Health: A Focused Review Front. Psychiatry, 25 June 2019 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
12. Želimir Pavlina, Zoran Komar and Tomislav Filjak. Ministry of Defence of the Republic of Croatia. Psychological model of combat stress 36th iamps Split, CROATIA 2000.
13. Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part I: Assessment, Part II: Treatment. Directions in Psychiatry, Vol. 21, 2021.
14. Solomon Zahava. Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War (Springer Series on Stress and Coping) Series Springer Series ON Stress and Coping Ser. Xvi, 2012, 284 p.

15. Kolesnichenko O. S. *Zasady boiovoi psykholohichnoi travmatyzatsii viiskovosluzhbovtziv : monohrafiia.* [Principles of combat psychological traumatization of servicemen: monograph.] Kh. : FOP Brovin O.V., 2018. 488 s. (in Ukrainian)

16. Vintoniak V. *Osoblyvosti orhanizatsii psykholohichnoho konsultuvannia viiskovosluzhbovtziv. Vektory sotsialnoi, orhanizatsiinoi ta ekonomichnoi psykholohii* [Elektronne vydannia] [Peculiarities of the organization of psychological counseling of military personnel. Vectors of social, organizational and economic psychology [Electronic edition]] : tezy dop. Mizhnar. nauk.-prakt. konf. (Kyiv, 25 liutoho 2022 roku) / za zah. red. A. A. Mazaraki. – Kyiv: Derzh. torh.-ekon. un-t, 2022. – 356 s. (in Ukrainian)

Summary

Vintoniak V. Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, National Defence University of Ukraine named after Ivan Chernyakhovskiy

Rybuchuk O. PhD, National Defence University of Ukraine named after Ivan Chernyakhovskiy.

Nedvyha O. Candidate of Psychological Sciences, National Defence University of Ukraine named after Ivan Chernyakhovskiy

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF COMBAT PSYCHOLOGICAL TRAUMA: MODERN APPROACHES

Introduction. War is an extremely traumatic stimulus for a person and society as a whole. We do not have a natural immunity to protect us from the combat stress. The Armed Forces are the main component of the state's defence system, and servicemen are special participants in the war, as their activities go beyond ordinary human experience. Therefore, preserving the health and efficiency of persons participating in military conflicts is extremely important.

The article deals with the review of classic and modern theoretical and methodological sources on the problem of psychological and combat psychological trauma. The concept of complex combat psychological trauma and its impact on the functioning of servicemen in battle, as well as the subsequent consequences of traumatization, are revealed. Various therapeutic approaches to work with injured servicemen are proposed.

The purpose of the article is to highlight the study of the phenomenon of combat psychological trauma in the field of military psychology through the study of the main concepts and conclusions related to combat psychological trauma and its consequences for the mental health of military personnel and their further functioning in professional activities.

Methods. Concepts of psychoanalytic and existential approaches, cognitive psychology, psychology of extreme activity form the theoretical and methodological basis of the research. The method of theoretical analysis, systematization, comparative method, content analysis, specification, abstraction and generalization was applied during the research.

Conclusion. Research analysis shows that the concept of "psychological trauma" is still relevant, as it is an extremely dramatic phenomenon that can happen to anyone. On the one hand, traumatic experience shows us the limits of our ability to manage our lives, the ability to control life circumstances, and on the other hand, the concept of "psychological trauma" is a "dangerous" concept, because it is often used too easily and too quickly. Not every stressful event is a traumatic experience, and not every person who experiences war, disaster, or terror is traumatized. Exceeding the concept can pose a risk of medicalizing care for affected people and ignoring their autonomy and adaptive skills.

In this regard, the ability of an injured serviceman not only to continue military service, but also to return to his/her usual way of life without trauma, is extremely urgent for Ukraine. In order to preserve the mental health of military personnel, preventive approaches to trauma must be developed and the effects of various forms of interventions expanded. This will provide an opportunity to understand that assistance for traumas does not occur without the creation of an appropriate rehabilitation system, the desire of the serviceman himself, and the involvement of society as a whole in this process.

Keywords: serviceman; psychological trauma; combat psychological trauma; PTSD.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Received/Поступила: 14.07.22.