

УДК 355(470).03.

ТУРЕЦЬКА Христина Іванівна

*кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Українського католицького університету*

ШТОЛЬЦЕЛЬ Юліанна Володимирівна

*магістр психології Львівського національного університету
імені Івана Франка*

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АТО

Стаття присвячена теоретичному та емпіричному дослідженню копінг-стратегій добровольців, мобілізованих та кадрових військових-учасників бойових дій у зоні АТО. Виявлено відмінності у застосуванні копінг-стратегій між добровольцями і мобілізованими солдатами. Встановлено зв'язки між інтенсивністю симптомів ПТСР та копінг-стратегіями військовослужбовців. Досліджено рівень бойового досвіду та його вплив на вибір копінг-стратегій.

Ключові поняття: *копінг-стратегія, травматична ситуація, посттравматичний стресовий розлад, бойовий стрес.*

Постановка проблеми. Антитерористична операція (2014-2016 рр.) на сході України створила масштабний виклик для української психологічної науки, що стосується проблеми реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Нинішня війна має багато особливостей та новітніх способів ведення (ідеологічна війна, інформаційна війна). Необхідність створення якісної системи психокорекційної допомоги ветеранам АТО вимагає теоретичного аналізу та практичного дослідження типових психологічних труднощів учасників бойових дій та ефективних стратегій їх подолання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічні наслідки участі в бойових діях відомі психологічній науці вже достатньо давно. Так, у США під час Громадянської війни такі симптоми в солдат, як задуха, порушення сну, серцебиття, отримали назву «дратівливе серце». Під час Першої світової війни «синдром дратівливого серця» знову був діагностований, як і «контузії», котрі вперше були описані в британських солдатів, евакуйованих з окопів Франції. У Другій світовій війні Грінкер та Шпігель описали випадки «воєнного неврозу» в екіпажів авіації. Основні симптоми воєнного неврозу були такими: роздратованість, агресія, втома, безсоння, напруга, тривога, депресія, переляк, зміни особистості, тремор, порушення пам'яті, труднощі з концентрацією, алкоголізм, заклопотаність бойовим досвідом, погіршення апетиту, психосоматичні симптоми, ірраціональні страхи

та підозрілість. Після В'єтнамської війни дослідники виявили, що багато ветеранів страждали хронічними психологічними проблемами, котрі ставали причиною соціальних та професійних дисфункцій.

Кількість та значущість таких розладів стали приводом для формального визнання ПТСР як окремого діагнозу у третій редакції DSM, що була опублікована в 1980 р. [7; 12].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це тривожний розлад, що виник внаслідок впливу травматичної події. Критерії ПТСР передбачають, що людина переживала сама або була свідком події, що загрожувала життю, могла призвести до серйозного каліцтва, загрози фізичній цілісності (власної або інших людей), внаслідок чого людина переживала сильний страх, жах чи безпорадність (DSM-IV). Симптоми містять три кластери: повторне переживання – нав'язливі спогади про травматичну подію; уникання спогадів про подію й оніміння емоцій; надмірне збудження [2].

Участь у бойових діях – це одна з найважчих травматичних подій, які може пережити людина. Більше 30% випадків ПТСР серед населення США пов'язані з бойовим досвідом [11]. У американських солдатів, які брали участь в бойових діях в Афганістані та Іраку, ризик ПТСР через 3-4 місяці після повернення складав 6,2% для солдат, що повернулись з Афганістану, та 12,9% для солдат і 12,2% для морських піхотинців, що повертались з Іраку. Загальний ризик набуття ПТСР перед призовом становив 5 % для всіх військових [4].

У 1995-1997 роках у США проводилось дослідження 9476 ветеранів періоду війни у Перській затоці та 11441 військових збройних сил загалом. Було з'ясовано, що у 12,1% бойових ветеранів та у 4,3% ветеранів, що не перебували у зоні бойових дій, виражені симптоми ПТСР. Ризик ПТСР збільшувався разом із тяжкістю стресу, зростаючи з 3,3% у резервістів до 22,6% у ветеранів, які носили захисне спорядження від хімічної зброї, чули протихімічну бойову тривогу, були залучені до бойових дій та стали свідками смерті (максимальний рівень стресу) [9].

Національне Дослідження Ветеранів В'єтнамської війни США (NVVRS) оцінило повернення до мирного життя, поширення ПТСР та інших психічних розладів у 3016 ветеранів В'єтнаму через 15-20 років по закінченню війни. Було встановлено, що 30,9% колишніх військових страждали від ПТСР внаслідок бойових дій упродовж всього життя [14].

Участь у бойових діях описується, як найбільш інтенсивний стресор, що може пережити особистість, і для багатьох людей, які мали досвід бойових дій, це найбільш травматичний досвід усього їхнього життя [14].

Дослідження Канга, Нательсона та ін. показали, що стресори пов'язані з бойовими діям під час війни в Перській затоці включали: перебування в зоні ураження ракет чи артилерії, контакт з полоненими та мертвими тваринами, безпосередня участь у бою, спостереження смерті людини, розчленованих тіл та скалічених солдат, сексуальне насильство [9].

Опитування Суткером 215 ветеранів війни в Перській затоці, під час якого респондентам було запропоновано описати три найбільш стресогенні події з їхнього досвіду перебування в зоні бойових дій, показало, що найбільш стресогенними факторами були труднощі, пов'язані з розлукою з домом та сім'єю (18%), страх ракетного обстрілу та інших військових нападів (15%), дискомфорт пов'язаний з навколишнім середовищем (13%). Інші стресори включали втрату самоконтролю, розгубленість та страх перед невідомим (8%), проблеми командування (7%), зтяжні затримки перед поверненням додому після закінчення бойових дій (5%), погане постачання (5%), довгі переїзди по пустелі (4%), брак інформації (4%), фінансові труднощі (3%) [15].

Деякі дослідження (Stretch et al., 1996) визначили, що не так специфіка факторів стресу, як їхня інтенсивність впливають на психічне здоров'я солдат. У даному дослідженні було опитано 1524 ветерани війни в Перській затоці (половина з яких були резервістами). Їм було запропоновано визначити, які стресори вони пережили та вказати на їхню інтенсивність. Майже половина ветеранів оцінили загрозу смерті, поранення чи обстрілу як найбільш значущі стресори. 83% ветеранів відповіли, що брак контакту з сім'єю є стресором, 68% з яких визначають цей стрес як середній або сильний [10].

При дослідженні солдатів під час війни в Перській затоці було виявлено, що стресори, які найбільш тісно пов'язані із виникненням з ПТСР, стосувались бойових дій, а саме вбивства чи поранення американських солдат унаслідок «дружного вогню», втрата товариша у бою, бачення на власні очі мертвих та помираючих людей [10].

Дослідження показали, що незалежно від віку, статі, попереднього досвіду ветерани, котрі контактували з частинами тіл загиблих чи просто спостерігали перевезення тіл мали більше симптомів ПТСР, ніж ветерани інших спеціальностей та у них частіше діагностували ПТСР [8].

Окрема група досліджень присвячена виявленню індивідуально-психологічних чинників опірності військовослужбовців стресу. Так, Долан та Адлер у 2006 році адаптували поняття витривалості для військових, опитавши американських миротворців після операції у Косово. Автори визначили витривалість як почуття контролю власного

досвіду та позитивне очікування змін. Дослідження показали, що військова витривалість залежить від психічного, а не фізіологічного здоров'я. Серед бійців, що пережили високий рівень стресу, пов'язаного з призовом, вищий рівень витривалості означав менший рівень післяпризовної депресії. Дослідження ветеранів війни в Перській затоці засвідчили, що витривалість була захисним фактором проти шкідливих наслідків бойових дій, а також, було з'ясовано, що рівень витривалості був значимим чинником рівня здоров'я загалом. Ветерани з вищим рівнем витривалості мали менше соматичних симптомів, ніж ті, в кого був низький рівень витривалості незалежно від інтенсивності пережитий бойових дій чи кількості стресових подій у житті. Для військових з довгостроковим досвідом дії воєнних стресорів витривалість та сприйняття соціальної підтримки з часом зменшується, що є причиною погіршення фізичного здоров'я [3].

Копінг-стратегії військових також пов'язані із здатністю реагувати на стресор. При дослідженні ветеранів В'єтнамської війни було виявлено, що позитивні копінг-стратегії допомагали запобігти розвитку симптомів ПТСР. Опитування ветеранів через 15 років після війни показало, що ветерани, котрі використовували негативні копінг-стратегії (уникання (ескапізм), екстерналізація), мали гірший психологічний стан та вираженіші симптоми ПТСР у порівнянні із тими, хто використовував позитивні копінг-стратегії [5].

На додаток до позитивних копінг-стратегій, дослідники підкреслюють те, що досвід бойових дій може розцінюватись і як перевага. Так, у дослідженні Дженінгса ветерани з середнім досвідом бойових дій мали вищий рівень мудрості, ніж ветерани з високим рівнем бойового досвіду та ніж ті, що не мали такого досвіду. Мудрість також корелювалась з прийняттям переваг військового досвіду та позитивними копінг-стратегіями. Дослідження підсумовують, що сприятлива оцінка військового досвіду та позитивні копінг-стратегії зменшують симптоми ПТСР.

Виклад результатів емпіричного дослідження. Респондентами проведеного дослідження були учасники бойових дій в зоні АТО, що перебували на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі західного регіону. Загальна кількість досліджуваних – 32 особи віком від 18 до 50 років, із них: мобілізовані – 15 осіб, кадрові військові – 10 осіб та добровольці – 7 осіб.

У дослідженні були використані такі методики: опитувальник способів поведінки подолання Р.Лазаруса, методика «Індикатор копінг-стратегій», шкала оцінки впливу травматичної події (спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості), Міссісіпська шкала

посттравматичного стресового розладу (воєнний варіант), шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

Аналіз описової статистики показав, що 42% опитаних військовослужбовців намагаються не піднімати в розмові тему участі в АТО, не думати про події, не дозволяти собі переживати їх знову. Але при будь-якій згадці про травматичну подію 32% вказують на схильність заново переживати все, що сталося. Окремі картини подій, що відбулися можуть раптово виникати у свідомості, супроводжуючись при цьому нестерпно важкими переживаннями, пов'язаними ситуацією бойового стресу. 26% вказують на неприємні фізичні відчуття (пітливість, порушення дихання, нудоту, почастішання пульсу) в ситуаціях, які чимось нагадують про військові події.

Порівняльний аналіз за критерієм Ст'юдента здійснювався у відповідності до виду служби: мобілізовані, кадрові військові та добровольці. Порівняння першої (мобілізовані) і другої (кадровий військові) груп не виявило статистично значимих відмінностей за показниками ПТСР та копінг-стратегій. У той час, як порівняння першої (мобілізовані) та третьої (добровольці) груп виявило відмінності за такими копінг-стратегіями, як прийняття відповідальності: у групи добровольців рівень прийняття відповідальності є вищим, ніж у мобілізованих ($p=0,04$). Також група добровольців частіше вказувала перебування в зоні обстрілу, ніж мобілізовані ($p=0,04$). Імовірно, отримані дані пояснюються тим, що брати участь у бойових діях добровольці вирішили самостійно й тим самим психологічно були більше готові до випробовувань.

На підставі проведеного кореляційного аналізу за критерієм Пірсона, виявлено прямий зв'язок симптомів ПТСР з копінг-стратегією «уникання проблеми» та зворотній зв'язок з стратегією «пошук соціальної підтримки» (рис. 1). Як бачимо, уникання проблем може лише посилити симптоми ПТСР у військовослужбовця, в той час як залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, порад, співчуття чинить позитивну дію.

Показники копінг-стратегії «вирішення проблем» корелюють із кількістю небезпек бути пораненим чи вбитим та з кількістю спостережень, як хтось був поранений або убитий в ході бойових дій (рис. 2). Тобто негативний досвід бойових дій окрім травматичного ефекту може також бути пов'язаним із раціональною копінг-стратегією, що передбачає подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми. Імовірно, така

раціоналізація допомагає військовослужбовцю справитись із стресором, який більшістю дослідників кваліфікується як найбільш важкий.

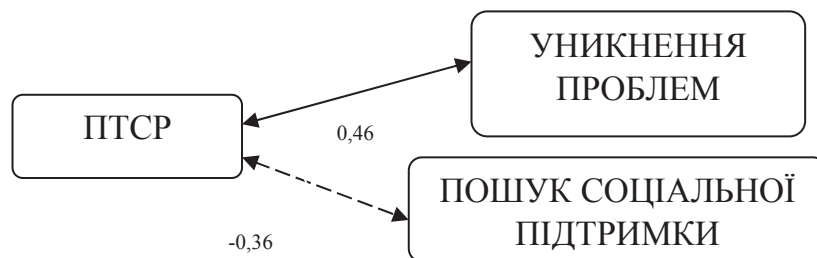


Рис.1 Кореляційна пляда показників Місісіпської шкали ПТСР та індикаторів копінг-стратегій

Можемо припустити, що переживання небезпеки для власного життя та досвід втрати чи небезпеки для бойового товариша могли викликати у військових певну емоційну «анестезію» і, водночас, рішучість справлятися із загрозами та труднощами.

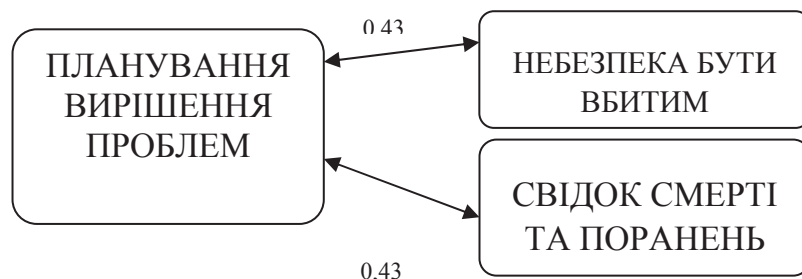


Рис.2 Кореляційна пляда індикаторів копінг-стратегії та бойового досвіду

З метою виявлення груп із різним рівнем симптомів ПТСР було використано кластерний аналіз (методи «дерево кластеризації» та *K*-середніх). Результати кластерного аналізу за процедурою «дерево кластеризації» показало доцільність для подальшого аналізу виділити дві групи військових. Для поділу групи досліджуваних на підгрупи застосовано метод *K*-середніх, за допомогою якого було виокремлено групи досліджуваних з високими та низькими показниками рівня ПТСР. Для уточнення відмінностей між кластерами ми застосували *t*-

тест Стюдента. Між кластерами виявлено відмінності: у загальному рівні ПТСР ($p=0,001$), збудливості ($p=0,01$), конфронтаційному копію ($p=0,03$) та уникненні проблем ($p=0,02$) (рис. 3).

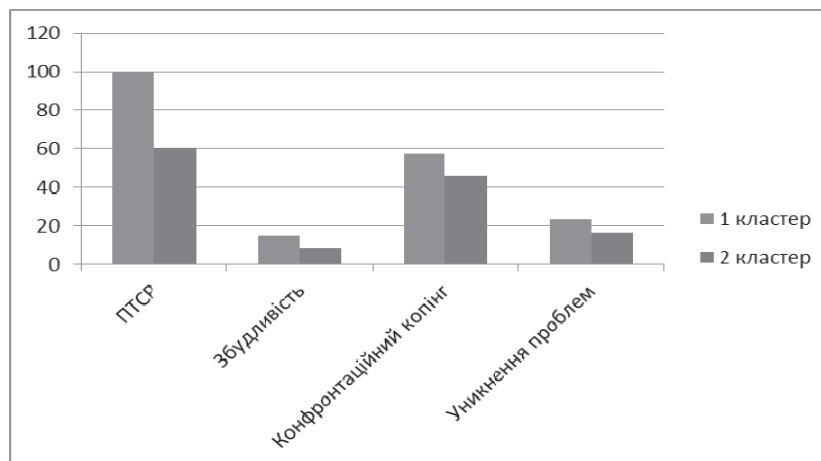


Рис.3 Показники порівняльного аналізу у кластерах із низьким та високим рівнем ПТСР

Таким чином, кластерний аналіз підтвердив виявлені результати, що стосуються зв'язку симптомів ПТСР із копію-механізмом уникання проблем. Тобто реагування військових-учасників бойових дій за типом ухилення: заперечення проблем, фантазування, невинуватих очікувань, пасивності, занурення у фантазії, а також вживання алкоголю з метою зниження болісної емоційної напруги лише посилюють симптоми ПТСР. Також встановлено, що посилення ПТСР-симптоматики супроводжується імпульсивністю в поведінці, ворожістю, труднощами у плануванні дій, прогнозуванні їх результатів, невинуватаною впертістю.

Висновки і перспективи подальших розвідок. Теоретичний аналіз дозволив визначити посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як тривожний розлад, що виник внаслідок впливу травматичної події. Участь у бойових діях описується як найбільш інтенсивний стресор, що може пережити особистість, і для багатьох людей, які мали досвід бойових дій, це найбільш травматичний досвід усього їхнього життя. Найбільш стресогенними подіями під час бойових дій є загроза смерті, поранення чи обстрілу, втрата товариша

у бою, спостереження на власні очі мертвих та помираючих людей, контакт з тілами загиблих. Використання копінг-стратегій військовими може як посилити, так і послабити симптоми ПТСР.

Емпіричне дослідження копінг-стратегій військових показало прямий зв'язок симптомів ПТСР із негативними копінг-стратегіями («уникання проблеми» й конфронтаційним копінгом) та зворотній зв'язок із позитивною стратегією («пошук соціальної підтримки»), що відповідає результатам досліджень американських військових Вольфе та ін.

Виявлено, що показники копінг-стратегії «вирішення проблем» корелюють із кількістю небезпек для військового бути пораненим чи вбитим, а також із кількістю спостережень того, як хтось був поранений або вбитий у ході бойових дій. Тобто негативний досвід бойових дій окрім травматичного ефекту може також викликати застосування раціональної копінг-стратегії.

Також встановлено відмінності у копінг-стратегіях добровольців та мобілізованих. Так, у добровольців виявлено вищий рівень стратегії прийняття відповідальності.

Подальших досліджень потребує проблема врахування особливостей бойового досвіду, індивідуально-психологічних відмінностей та способів долаання стресу під час розробки психокорекційних програм для військовослужбовців-учасників АТО.

Список використаних джерел

1. A twin study of the effects of the Vietnam War on posttraumatic stress disorder / J. Goldberg, W. True, S. Eisen, W. Henderson. // Journal of the American Medical Association. – 1990. – №263. – P. 1227-1232.
2. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Association, 2000.
3. Bartone P. T. Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces / P. T. Bartone. // Consulting Psychology Journal: Practice and Research. – 1999. – №51. – P. 72-82.
4. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / [C. Hoge, S. Messer, D. McGurk та ін.]. // The New England Journal of Medicine. – 2004. – №351. – P. 13-22.

5. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis / [J. Wolfe, D. Erickson, Sharkansky та ін.]. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1999. – №67. – P. 520-528.
6. Fontana A. Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II, Korean, and Vietnam War veterans / A. Fontana, R. Rosenheck. // *Psychol Aging*. – 1994. – P. 27-33.
7. Hyams K. War syndromes and their evaluation: From the U.S. Civil War to the Persian Gulf War / K. Hyams, F. Wignall, R. Roswell. // *Annals of Internal Medicine*. – 1996. – №125. – P. 398–405.
8. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, Liu X, Lundy A. 2001. Effects of exposure to death in a war mortuary on posttraumatic stress disorder symptoms of intrusion and avoidance.
9. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population-based survey of 30,000 veterans / [H. Kang, B. Natelson, C. Mahan та ін.]. // *Am. J. Epidemiol.* – 2003. – №157. – P. 141-8.
10. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans / [R. Stretch, D. Marlowe, P. Bliese та ін.]. // *Military Medicine*. – 1996. – №161. – P. 407–10.
11. Prigerson H. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. / H. Prigerson, P. Maciejewski, R. Rosenheck. // *Am. J. Public Health*. – 2002. – №92. – P. 59-63.
12. Shephard B. A. War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century / B. Shephard. – Cambridge: Harvard University Press, 2001.
13. Toomey R, Kang HK, Karlinsky J, Baker DG, Vasterling JJ, Alpern R, Reda DJ, Henderson WG, Murphy FM, Eisen SA. 2007. Mental health of U.S. Gulf War veterans 10 years after the war.
14. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / [R. Kulka, W. Schlenger, J. Fairbank та ін.]. // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – P. 321–322.
15. War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shield/Storm (ODS) returnees. / P.Sutker, M. Uddo, K. Brailey, A. Allain. // *Journal of Social Issues*. – 1993. – №49. – P. 33–49.

К.И. Турецкая, Ю.В. Штольцель

**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ УЧАСТНИКОВ
БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗОНЕ АТО.**

Статья посвящена теоретическому и эмпирическому исследованию копинг-стратегий добровольцев, мобилизованных и кадровых военных – участников боевых действий в зоне АТО. Выявлены различия в применении копинг-стратегий между добровольцами и мобилизованными солдатами. Установлены связи между интенсивностью симптомов ПТСР и копинг-стратегиями военнослужащих. Исследован уровень боевого опыта и его влияние на выбор копинг-стратегий.

Ключевые слова: копинг-стратегия, травматическая ситуация, посттравматическое стрессовое расстройство, боевой стресс.

Kh. Turetska, U. Shtoltzel

**THE COPING STRATEGIES OF COMBATANTS
OF ANTI-TERRORIST OPERATION
IN THE EASTERN UKRAINE**

The article is devoted to theoretical and empirical study of coping strategies of the combatants in the area of anti-terrorist operation. Theoretical analysis allowed to define post-traumatic stress disorder (PTSD) as anxiety disorder, which arose as a result of a traumatic event. Participation in the combat operations is most intense stressor that personality can survive. War is the most traumatic experience of a lifetime for many people. The most stressful events during the combat operations are the threat of death, injury or fire, the loss of a comrade in battle, monitoring the dead and dying people, contact with dead bodies. The use of coping strategies military can both strengthen and weaken symptoms of PTSD.

Empirical research has shown correlation of the negative symptoms of PTSD and coping strategies of combatants, such as “voiding problems” and confrontational coping and inverse correlation with positive strategy “searching for social support”. The results are consistent with studies of US military by Wolfe et al. it was found that rates of coping strategy “searching of problems solution” correlate with the number of threats to the military to be wounded or killed and the number of observations as someone was injured or killed in the fighting. Also differences in coping strategies of mobilized and volunteers, so volunteers found a higher level of taking responsibility strategy were found. Further research needs to take into account the problem of combat experience s, individual psychological differences and ways to cope with stress in the development of psychological rehabilitation programs for anti-terrorist operation combatants.

Key words: coping strategy, traumatic situation, posttraumatic stress disorder, combat stress.

Надійшла до редакції 25.05.2016 р.