

УДК 159.9:355/359 (477)



М. С. Байда



Я. В. Мацегора



А. О. Пащенко

ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПІСЛЯ УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ

Байда Максим Степанович,

доктор філософії з державної безпеки,

<https://orcid.org/0000-0001-7658-4709>, e-mail: maxbayda79@gmail.com,

Національна академія Національної гвардії України

Мацегора Яніна Володимирівна,

кандидат психологічних наук,

<https://orcid.org/0000-0001-6103-1466>, e-mail: yanina_gora@ukr.net,

Національна академія Національної гвардії України

Пащенко Андрій Олександрович,

доктор філософії з психології,

<https://orcid.org/0000-0002-0303-6661>, e-mail: paschenkoandrew@gmail.com,

Національна академія Національної гвардії України

Анотація. У статті представлено результати дослідження особливостей прояву посттравматичних стресових симптомів у військовослужбовців різних вікових груп після участі в бойових діях. Виявлено, що рівень інтенсивності симптомів ПТСР знижується з віком, тоді як зрілі військовослужбовці демонструють вищу стійкість до бойового стресу та нижчий рівень дезадаптивності. Надано практичні висновки для вікової диференціації програм психологічного відновлення.

Ключові слова: посттравматичний стресовий стан; військовослужбовець; вік; бойовий досвід; адаптація; психологічна стійкість; відновлення; ПТСР.

Вступ

Повномасштабна війна, яку російська федерація веде проти України, супроводжується безпрецедентним рівнем бойового стресу, втрат та психологічних травм серед військовослужбовців. Досвід бойових дій, пов'язаний із постійною загрозою життю, свідченнями поранень і загибелі побратимів, спричиняє виникнення у значної частини військових посттравматичних стресових розладів (ПТСР) або окремих симптомів посттравматичного стресового спектра. Актуальність вивчення цієї проблеми зумовлена потребою своєчасного виявлення психологічних наслідків бойових дій, удосконалення системи психологічного відновлення та профілактики дезадаптивних станів у військовослужбовців.

Особливої ваги набуває дослідження вікових особливостей перебігу посттравматичних стресових станів. Психологічна пружність, копінг-стратегії, рівень адаптації до дії бойових стрес-факторів істотно відрізняються у військовослужбовців різного віку (Prykhodko, Matsehora, & Bayda, 2024).

ПТСР, що характеризується появою психологічних симптомів після переживання травматичної(-их) події(-й), визначається наявністю чотирьох категорій симптомів: повторне переживання, негативні думки та настрої, гіперзбудження та уникнення, пов'язане з минулою травмою. Клінічний діагноз вимагає наявності зазначених вище симптомів протягом щонайменше одного місяця, але вони можуть зберігатися роками (American Psychiatric Association, 2013). ПТСР часто поєднується з іншими психічними розладами, такими як депресія, розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, проблеми з пам'яттю, фізичним та психічним здоров'ям тощо (Durai et al., 2011; Ikin, Creamer, Sim, & McKenzie, 2010; Armour et al., 2015).

Хоча дослідження проводилися серед дорослого населення, напрацювань щодо ПТСР у людей похилого віку бракує (Böttche, Kuwert, & Knaevelsrud, 2012; Hiskey, Luckie, Davies, & Brewin, 2008; Reynolds, Pietrzak, Mackenzie, Chou, & Sareen, 2016). Відповідно, маємо значний обсяг наукових робіт, що вивчають психічне здоров'я та ПТСР у військових, та порівняно менше тих, які безпосередньо стосуються психічного здоров'я та ПТСР у ветеранів, які, можливо, були звільнені зі служби десятки років тому (Tansey, Raina, & Wolfson, 2013; Lapp, Agbokou, & Ferreri, 2011).

У зв'язку із цим вивчення закономірностей прояву посттравматичних стресових симптомів у військовослужбовців різних вікових груп має не лише теоретичне, а й практичне значення – воно сприятиме розробленню більш адресних диференційованих програм відновлення, підвищенню психологічної стійкості та збереженню психічного здоров'я учасників бойових дій.

Мета статті – визначення деяких особливостей перебігу посттравматичних стресових симптомів у військовослужбовців різних вікових груп, які є важливими для реалізації програми відновлення військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій.

Матеріали та методи дослідження

Вікові особливості адаптації, пружності до дії стрес-факторів та відновлення є одними з найбільш поширених показників і такими, що мають бути враховані під час розроблення програм відновлення.

Наведені в цій статті статистичні дані збиралися протягом 8 тижнів в одному із центрів психологічного відновлення військовослужбовців Харківського гарнізону. Протягом цього часу в центрі пройшли програму відновлення 546 військовослужбовців – від солдата до майора, в переважній більшості чоловіки (незначна кількість жінок не дала змоги виділити їх у самостійні групи), які брали безпосередню участь у бойових діях чи здійснювали тилове забезпечення бойових дій у зоні зіткнення. У цій вибірці було представлено три вікові групи за класифікацією ВООЗ (таблиця 1).

Таблиця 1 – Розподіл військовослужбовців, які проходять психологічне відновлення, за віковими групами (у %)

Вікові градації	Кількість осіб	%
Юні (до 25 років)	73	13,37
Молоді (25–44 роки)	278	50,92
Зрілі (44–60 років)	195	35,71
Усього (18–60 років)	546	100,00

Як відомо, Міссісіпську шкалу було розроблено для оцінювання ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій, та на сьогодні вона є одним з найбільш використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР (Keane, Caddell, & Taylor, 1988). Шкала складається із 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Підсумковий показник за шкалою дає змогу виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду. Пункти шкали відповідають 4 категоріям, три з яких

зіставні з критеріями DSM. Так, по 11 пунктів виділено на симптоми вторгнення та уникнення, ще 8 пунктів – симптоми фізіологічної збудливості, 5 пунктів – спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальності. Повідомляється, що підсумковий бал за шкалою корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад». Використана в дослідженні Міссісіпська шкала має стандартизацію для української вибірки військовослужбовців.

Методика «Стійкість до психологічної травматизації бойовим досвідом» розроблена доктором психологічних наук О. С. Колесніченком на основі авторської концепції бойової психічної травматизації військовослужбовців. Методика відбиває передбачені в цій концепції три рівні (етапи) реалізації стійкості до дії бойових стрес-факторів, які пов'язані з: 1) підготовкою до діяльності в умовах дії бойових стрес-факторів та наявними очікуваннями щодо дії стрес-факторів і своєї здатності їх подолати, 2) безпосередньою здатністю долати стресові впливи, використовувати адекватні ситуації копінгу та 3) здатністю прийняти й реалізовувати набутий досвід дій у стресових умовах. Передбачено розрахунок загального показника стійкості до бойової психологічної травматизації. Повідомляється, що цей показник має зворотний кореляційний зв'язок із Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) ($r = -0,60, p \leq 0,01$).

Методика «Дезадаптивність» є експрес-версією методики «Адаптивність», яка має тривалу традицію використання в збройних силах країн Східної Європи. Її розроблено, апробовано та валідизовано у 2017 р. науковцями науково-дослідного центру СБД НГУ (Приходько, Мацегора, Колесніченко, та Байда, 2017). Вона спрямована на визначення конкретних та таких, що найбільше впливають на здатність адекватно виконувати покладені завдання, порушень адаптаційного потенціалу. Методика містить 4 шкали, на кожную з яких розроблено 10 питань – «Порушення поведінкової регуляції», «Вірогідність вчинення суїцидальних спроб», «Порушення моральної нормативності» та «Втрата комунікативного потенціалу». Передбачено розрахунок загального показника «Дезадаптивності». Цей розрахунок є простим та зручним і може здійснюватися в польових умовах без будь-яких додаткових інструментів. Хоча робота з методикою передбачає наявність довіри до психолога, сама методика має шкалу щирості. Розробники наводять дані про її задовільні психометричні показники.

«Оцінка задоволеності від участі в програмі відновлення» є прикінцевим опитуванням за 11 пунктами, які дають змогу диференційовано оцінити ставлення військовослужбовців до психологічних та медичних (санаторного лікування) аспектів програми відновлення. За першими 10 пунктами оцінка здійснюється за шкалою від 0 до 10 балів. Останній пункт, який стосується бажаних термінів програми відновлення, передбачає пряму відповідь у кількості днів.

Статистичні методи, які було використано для порівняння особливостей у вікових групах військовослужбовців, та змін, що відбуваються під час проходження програми відновлення в цих групах – t-критерій Стьюдента та ф-критерій (кутове перетворення Фішера).

Результати

У кожній із цих вікових груп приблизно половина військовослужбовців має ознаки посттравматичних стресових станів – від окремих симптомів до практично сформованої клінічної картини ПТСР за градацією Міссісіпської шкали. Проте інтенсивність скарг у вікових групах є неоднаковою. Серед військовослужбовців-юнаків найбільший відсоток тих, у кого формується клінічна картина перебігу ПТСР – 32,88 %, у представників зрілого віку цей відсоток найнижчий – 13,85 %. За цією градацією інтенсивності скарг на симптоматику ПТСР розбіжності між віковими групами сягають рівня статистичної значущості (таблиця 2).

Оскільки в дослідженні взяли участь військовослужбовці, які після інтенсивних бойових дій тимчасово (протягом 1-2 тижнів) проходять програму відновлення, то показники Міссісіпської шкали свідчать не стільки про сформований ПТСР (не витриманий показник

латентного періоду його формування), скільки про наявність посттравматичних стресових станів. Відповідно до мети дослідження, з військовослужбовців, у яких показники за Міссісіпською шкалою перевищили нормативні (78 та більше балів), було сформовано три вікові групи дослідження: 1 група – військовослужбовці юнацького віку в кількості 39 осіб; 2 група – військовослужбовці молодого віку в кількості 147 осіб та 3 група – військовослужбовці зрілого віку в кількості 95 осіб. Як уже було зазначено, вікові групи з самого початку відрізняються інтенсивністю проявів посттравматичних стресових станів. Так, у першій групі ця інтенсивність відповідно до вимірів Міссісіпською шкалою є найвищою – $102,15 \pm 14,41$, та зменшується з віком – у другій групі показник дорівнює $96,94 \pm 14,85$, у третій – $92,77 \pm 11,84$. Розбіжності за цими показниками сягають рівня статистичної значущості: $t_{1-2} = 2,00$, $p \leq 0,05$; $t_{1-3} = 3,60$, $p \leq 0,001$; $t_{2-3} = 2,42$, $p \leq 0,05$. Одразу слід зазначити, що виявлена закономірність зниження інтенсивності скарг (проявів) на посттравматичні стресові стани з віком є вірною лише для осіб, які пройшли військову лікарняну комісію й за своїм станом здоров'я є придатними для несення стрійової служби у воєнний час та пройшли необхідну військову підготовку для участі в бойових діях. Цю закономірність не слід поширювати на загальну вибірку.

Таблиця 2 – Градації показника ПТСР за Міссісіпською шкалою у вікових групах (у %)

Рівні за Міссісіпською шкалою	Групи			Значущість розбіжностей		
	1 група юний вік	2 група молодий вік	3 група зрілий вік	Φ_{1-2}	Φ_{1-3}	Φ_{2-3}
Нормативний показник (0–77)	46,58	47,12	51,28	0,08	0,69	0,90
Окремі симптоми (78–97)	20,55	31,65	34,87	1,93*	2,35**	0,73
Ознаки сформованого (98–145)	32,88	21,22	13,85	2,02*	3,34***	2,07*

Примітка. $^0p \leq 0,1$; $*p \leq 0,05$; $**p \leq 0,01$; $***p \leq 0,001$.

Результати військовослужбовців, які мають нормативні показники ПТСР за Міссісіпською шкалою, через обмеженість обсягу матеріалу, який може бути подано, у цій статті не будуть наведені. Зазначимо, що такі військовослужбовці у будь-якій віковій групі мають задовільні вихідні показники за методиками, використаними в дослідженні для опису наслідків впливу бойових стрес-факторів, та надзвичайно гарні результати й відгуки на програму відновлення. Тому у статті наведено лише дані вибірки, які потребують обговорення з метою пошуку шляхів вдосконалення програми відновлення військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій.

У таблицях 3 і 4 наведено деякі характеристики військовослужбовців різних вікових груп, врахування яких може бути важливим під час реалізації програми відновлення учасників інтенсивних бойових дій.

Так, у таблиці 3 наведено дані щодо стійкості до бойового стресу військовослужбовців виділених у дослідженні груп.

Таблиця 3 – Стійкість до бойового стресу військовослужбовців різних вікових груп з ознаками посттравматичних стресових станів

	Групи			Значущість розбіжностей		
	1 група юний вік	2 група молодий вік	3 група зрілий вік	t_{1-2}	t_{1-3}	t_{2-3}
Очікування від участі в бойових діях	$40,91 \pm 11,62$	$42,74 \pm 10,73$	$46,29 \pm 11,01$	0,89	2,47*	2,47*
Подолання стресової ситуації	$47,44 \pm 11,30$	$49,40 \pm 10,29$	$51,03 \pm 10,76$	0,98	1,69 ⁰	1,17
Реалізація набутого бойового досвіду	$40,82 \pm 11,63$	$41,79 \pm 10,05$	$43,90 \pm 9,95$	0,48	1,45	1,60
Загальний показник	$129,18 \pm 31,43$	$133,93 \pm 26,49$	$141,22 \pm 27,73$	0,87	2,08*	2,03*

Примітка. $^0p \leq 0,1$; $*p \leq 0,05$; $**p \leq 0,01$; $***p \leq 0,001$.

Як видно із даних, наведених у таблиці 3, у всіх вікових групах з ознаками посттравматичних стресових станів незадовільний показник стійкості (до 143 балів). Проте військовослужбовці зрілого віку мають найбільш реалістичні очікування щодо участі в бойових діях ($46,29 \pm 11,01$), що дає їм змогу краще налаштуватися до дії стрес-факторів; за цим показником вони відрізняються від більш молодих представників війська ($t_{1-3} = 2,47$, $p \leq 0,05$; $t_{2-3} = 2,47$, $p \leq 0,05$). І хоча всі військовослужбовці проходять однакову базову підготовку щодо подолання бойових стрес-факторів, саме особи зрілого віку є дещо ефективнішими у протидії бойовим стрес-факторам. Виявлено тенденцію до значущих розбіжностей за цим показником з військовослужбовцями юнацького віку ($t_{1-3} = 1,69$, $p \leq 0,1$). Встановлені розбіжності є не настільки виразними, щоб дійти висновку про те, що власний життєвий досвід, накопичений особами зрілого віку, допомагає їм у подоланні бойових стрес-факторів. Імовірніше, більш вірним є судження, що виклики війни є такими, для яких навіть за умови гарної підготовки неможливо бути цілком готовими, чим і зумовлюється розвиток посттравматичних стресових станів у військовослужбовців-учасників бойових дій. Проте зрілим військовослужбовцям легше провести аналогію між власним досвідом подолання життєвих негараздів і тими прийомами, яким їх навчають, готуючи до участі в бойових діях, що робить формування у них навичок подолання стресових реакцій більш надійним.

Як видно із даних таблиці 3, в усіх вікових групах поки що не відбувається рефлексування і вбудовування досвіду участі в бойових діях у «лінію життя», що узгоджується з тим, що усі учасники дослідження не завершили бойову місію (програма відновлення перериває її на певний час, даючи змогу відпочити від тиску бойових стрес-факторів та відновити психологічну пружність) та в них ще не реалізовано «латентний період» (місяць після події травми), за результатами якого відбувається посттравматичне зростання чи формування клінічної картини ПТСР.

Таким чином, попри те, що учасники дослідження не пройшли «повний цикл» формування стійкості до бойових стрес-факторів, який передбачає підготовку, вироблення власних копінг-стратегій та усвідомлення набутого досвіду протидії бойовим стрес-факторам, на актуальному етапі її формування зрілі військовослужбовці мають більші загальні показники стійкості до дії бойових стрес-факторів. Знов таки маємо зазначити, що ці висновки стосуються тих, хто за станом здоров'я (відповідно до висновку ВЛК) може брати участь у бойових діях. Також можна припустити, що в цю групу увійшли найбільш досвідчені військовослужбовці, проте отримані дані показують, що їхній досвід не стосується подолання дії бойових стрес-факторів, характерних для широкомасштабних бойових дій (за цим показником вони не відрізняються від інших вікових груп).

У таблиці 4 наведено дані про особливості дезадаптивності у військовослужбовців різних вікових груп з ознаками посттравматичних стресових станів.

Таблиця 4 – Показники «Дезадаптивності» у військовослужбовців різних вікових груп з ознаками посттравматичних стресових станів

	Групи			Значущість розбіжностей		
	1 група юний вік	2 група молодий вік	3 група зрілий вік	t_{1-2}	t_{1-3}	t_{2-3}
Щирість	$3,87 \pm 1,13$	$3,42 \pm 1,24$	$3,28 \pm 1,23$	2,17*	2,67**	0,85
Порушення поведінкової регуляції	$5,90 \pm 2,40$	$4,64 \pm 2,36$	$4,22 \pm 2,06$	2,92**	3,82***	1,46
Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	$3,36 \pm 2,36$	$3,12 \pm 2,46$	$2,80 \pm 2,43$	0,57	1,24	0,98
Порушення моральної нормативності	$4,49 \pm 1,97$	$4,07 \pm 2,18$	$3,28 \pm 1,74$	1,15	3,32**	3,09**
Втрата комунікативного потенціалу	$4,85 \pm 1,80$	$3,99 \pm 2,35$	$3,94 \pm 2,19$	2,46*	2,49*	0,19
Дезадаптивність	$18,59 \pm 6,19$	$15,82 \pm 7,45$	$14,24 \pm 6,10$	2,38*	3,71***	1,80 ⁰

Примітка. ⁰ $p \leq 0,1$; * $p \leq 0,054$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Як видно з наведених даних, практично всі змістовні показники дезадаптивності зменшуються в напрямку від юнацького віку (в якому дезадаптивність є вираженою) до зрілого, в якому показники (дез)адаптивності балансують на межі норми. Розбіжності між першою та двома іншими віковими групами сягають рівня статистичної значущості. Виняток становить показник «вірогідності вчинення суїцидальних спроб», який в усіх групах є приблизно однаковим і відносно низьким. (Зазвичай суїцидальна активність має вікові особливості, тому виявлена рівність і низький рівень показників суїцидальної активності, можливо, є наслідком інтенсивної програми профілактики, яка проводиться в структурі Збройних Сил України останнім часом. Остання не лише приводить до реального зниження суїцидальної активності, але й до усвідомлення ознак такої активності та формування знань щодо її приховування.) Та показник «моральної нормативності», збільшення якого однаково інтенсивно турбує як військовослужбовців юнацького ($4,49 \pm 1,97$), так і молодого віку ($4,07 \pm 2,18$), $t_{1-2} = 1,15$, $p > 0,05$. І лише військовослужбовці зрілого віку після впливу стрес-факторів війни залишаються впевненими у своїх ціннісних пріоритетах, чим на статистично значущому рівні відрізняються від двох інших груп: $t_{1-3} = 3,32$, $t_{2-3} = 3,09$, $p \leq 0,01$ для обох значень.

Обговорення

Питання індивідуальних відмінностей у психологічній стійкості та ефективності програм відновлення військовослужбовців активно розглядається сучасними науковцями у сфері військової психології (Adler, Bliese, McGurk, Hoge, & Castro, 2009; Britt, Shen, Sinclair, Grossman, & Klieger, 2016). У нашому дослідженні завданням було з'ясувати, як вік військовослужбовців впливає на динаміку їхнього відновлення після участі у програмі психологічного відновлення.

Отримані результати свідчать, що зрілі військовослужбовці демонструють найвищі базові показники стійкості до стресу та адаптивності, а також високу задоволеність результатами участі у програмі. Водночас їхній потенціал для подальших змін виявився обмеженим, що може бути зумовлено як фізіологічними чинниками, так і зниженням мотивації до глибоких трансформацій. Подібні висновки спостерігалися і в дослідженнях ветеранів США та Великої Британії, де зазначалося, що старші за віком учасники мають вищу початкову психологічну стабільність, але нижчу гнучкість у поведінкових змінах (King et al., 2015; Vogt et al., 2013).

Учасники молодшого віку, хоча й продемонстрували позитивну динаміку відновлення, часто схильні знецінювати власний прогрес. Це співвідноситься з даними про «когнітивну недооцінку власних ресурсів», описану в роботах Steenkamp & Litz (2013), які зазначають, що молоді військовослужбовці частіше потребують зовнішнього підкріплення та зворотного зв'язку, щоб усвідомити зміни свого психоемоційного стану. Таким чином, програми реабілітації для цієї групи мають охоплювати процедури саморефлексії, самооцінки та групового зворотного зв'язку, що дають змогу учасникам краще розуміти власні досягнення.

Військовослужбовці-юнаки виявили найбільшу емоційну реактивність на стресові події, а також потребу в тривалішому періоді адаптації. Це узгоджується з даними нейропсихологічних досліджень Casey, Heller, Gee, & Cohen (2019), згідно з якими молодий вік характеризується підвищеною варіабельністю у функціонуванні емоційно-регуляторних систем мозку, що впливає на швидкість відновлення після стресу. Дослідження серед молодих солдатів також свідчать про необхідність тривалішого навчання навичкам емоційної саморегуляції та соціальної підтримки для стабілізації психічного стану (Southwick & Charney, 2012).

Таким чином, результати нашого дослідження підтверджують, що вік є важливим модератором ефективності програм психологічного відновлення. Для зрілих військовослужбовців доцільно орієнтувати програми на підтримку досягнутих результатів і покращення якості життя, тоді як для молодих і юних – на розвиток усвідомленості,

саморефлексії та поступового тренування стресостійкості. Отримані дані узгоджуються з міжнародними дослідженнями Pietrzak et al. (2010) і свідчать про необхідність вікової диференціації відновлювальних програм у військовому середовищі.

Висновки

Зрілі військовослужбовці усвідомлюють свої вікові особливості та не очікують значних змін, тому демонструють високий рівень задоволеності тими результатами, що отримують. І хоча представники зрілого віку мають найкращі вихідні показники (показники до програми відновлення щодо стійкості до стресу й (дез)адаптивності) та одні з найкращих підсумкових показників після програми, але вони ж і виявляють найменший потенціал для змін та подальшого посттравматичного зростання (подальша стимуляція (мотивування) не веде до значного зростання через фізичні обмеження (нестачу сил)).

Військовослужбовці молодого віку, хоча і мають досить позитивні зрушення щодо свого стану, проте знецінюють їх. Це робить потрібним збільшення акценту в цій віковій групі на процедурах в програмі відновлення, які дають змогу усвідомлювати зміни свого стану.

Військовослужбовці-юнаки мають «найбільшу амплітуду» реагування на стресові події, вони потребують більше часу для переходу в більш гармонійний стан (відновлення) та закріплення досягнутих результатів.

Список використаних джерел

Приходько, І., Мацегора, Я., Колесніченко, О., & Байда, М. (2017). Експрес-опитувальник «Деадаптивність»: розроблення, апробація, психометричні показники. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологія*, 3. <http://surl.li/odwht>

Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 928–940. <https://doi.org/10.1037/a0016877>

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Armour, C., Contractor, A., Elhai, J. D., Stringer, M., Lyle, G., Forbes, D., & Richardson, J. D. (2015). Identifying latent profiles of posttraumatic stress and major depression symptoms in Canadian veterans: Exploring differences across profiles in health related functioning. *Psychiatry research*, 228(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.011>

Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 230–239. <https://doi.org/10.1002/gps.2725>

Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2016). How much do we really know about employee resilience? *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 9(2), 378–404. <https://doi.org/10.1017/iop.2015.107>

Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>

Durai, U. N., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1087–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x>

Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: a review. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 21(4), 232–241. <https://doi.org/10.1177/0891988708324937>

- Ikin, J. F., Creamer, M. C., Sim, M. R., & McKenzie, D. P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 279–286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.005>
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85–90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>
- King, D. W., King, L. A., Park, C. L., Lee, L. O., Kaiser, A. P., Spiro 3rd, A., Moore, J. L., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2015). Positive Adjustment Among American Repatriated Prisoners of the Vietnam War: Modeling the Long-Term Effects of Captivity. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 3(6), 861–876. <https://doi.org/10.1177/2167702614554448>
- Lapp, L. K., Agbokou, C., & Ferreri, F. (2011). PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging. *International psychogeriatrics*, 23(6), 858–868. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000366>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., Morgan 3rd, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Posttraumatic growth in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Journal of affective disorders*, 126(1-2), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.021>
- Przykhodko, I., Matsehora, Ya., & Bayda, M. (2024). “Proactive coping questionnaire”: modification, approbation, psychometric indicators. *Honor and Law*, 3 (90), 120–138. <https://doi.org/10.33405/2078-7480/2024/3/90/318490>
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., Mackenzie, C. S., Chou, K. L., & Sareen, J. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder Across the Adult Lifespan: Findings From a Nationally Representative Survey. *The American journal of geriatric psychiatry*, 24(1), 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.11.001>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79–82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>
- Steenkamp, M. M., & Litz, B. T. (2013). Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: review of the evidence. *Clinical psychology review*, 33(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.002>
- Tansey, C. M., Raina, P., & Wolfson, C. (2013). Veterans' physical health. *Epidemiologic reviews*, 35, 66–74. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs005>
- Vogt, D., Smith, B. N., King, L. A., King, D. W., Knight, J., & Vasterling, J. J. (2013). Deployment risk and resilience inventory-2 (DRRI-2): an updated tool for assessing psychosocial risk and resilience factors among service members and veterans. *Journal of traumatic stress*, 26(6), 710–717. <https://doi.org/10.1002/jts.21868>

References

- Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 928–940. <https://doi.org/10.1037/a0016877>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armour, C., Contractor, A., Elhai, J. D., Stringer, M., Lyle, G., Forbes, D., & Richardson, J. D. (2015). Identifying latent profiles of posttraumatic stress and major depression symptoms in Canadian veterans: Exploring differences across profiles in health related functioning. *Psychiatry research*, 228(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.011>

- Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 230–239. <https://doi.org/10.1002/gps.2725>
- Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2016). How much do we really know about employee resilience? *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 9(2), 378–404. <https://doi.org/10.1017/iop.2015.107>
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Durai, U. N., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1087–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x>
- Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: a review. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 21(4), 232–241. <https://doi.org/10.1177/0891988708324937>
- Ikin, J. F., Creamer, M. C., Sim, M. R., & McKenzie, D. P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 279–286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.005>
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85–90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>
- King, D. W., King, L. A., Park, C. L., Lee, L. O., Kaiser, A. P., Spiro 3rd, A., Moore, J. L., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2015). Positive Adjustment Among American Repatriated Prisoners of the Vietnam War: Modeling the Long-Term Effects of Captivity. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 3(6), 861–876. <https://doi.org/10.1177/2167702614554448>
- Lapp, L. K., Agbokou, C., & Ferreri, F. (2011). PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging. *International psychogeriatrics*, 23(6), 858–868. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000366>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., Morgan 3rd, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Posttraumatic growth in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Journal of affective disorders*, 126(1-2), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.021>
- Prykhodko, I., Matsehora, Ya., & Bayda, M. (2024). “Proactive coping questionnaire”: modification, approbation, psychometric indicators. *Honor and Law*, 3 (90), 120–138. <https://doi.org/10.33405/2078-7480/2024/3/90/318490>
- Prykhodko, I., Matsehora, Ya., Kolesnichenko, O., & Baida, M. (2017). *Ekspres-opytuvalnyk “Dezadaptivnist”: rozroblennia, aprobatyia, psykometrychni pokaznyky* [Express questionnaire “Disadaptation”: development, approval, psychometric indicators]. *Visnyk Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Psykholohiia*, 3. <http://surl.li/odwht> [in Ukrainian]
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., Mackenzie, C. S., Chou, K. L., & Sareen, J. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder Across the Adult Lifespan: Findings From a Nationally Representative Survey. *The American journal of geriatric psychiatry*, 24(1), 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.11.001>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79–82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>
- Steenkamp, M. M., & Litz, B. T. (2013). Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: review of the evidence. *Clinical psychology review*, 33(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.002>

Tansey, C. M., Raina, P., & Wolfson, C. (2013). Veterans' physical health. *Epidemiologic reviews*, 35, 66–74. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs005>

Vogt, D., Smith, B. N., King, L. A., King, D. W., Knight, J., & Vasterling, J. J. (2013). Deployment risk and resilience inventory-2 (DRRI-2): an updated tool for assessing psychosocial risk and resilience factors among service members and veterans. *Journal of traumatic stress*, 26(6), 710–717. <https://doi.org/10.1002/jts.21868>

Summary

MANIFESTATIONS OF POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN MILITARY PERSONNEL OF DIFFERENT AGE GROUPS AFTER COMBAT PARTICIPATION

Maksym Bayda,

PhD in State Security,

National Academy of the National Guard of Ukraine

Yanina Matsehora,

PhD in Psychology, Senior Researcher,

National Academy of the National Guard of Ukraine

Andrii Pashchenko,

PhD in Psychology,

National Academy of the National Guard of Ukraine

Introduction. The full-scale war against Ukraine has led to unprecedented levels of combat stress, losses, and psychological trauma among service members. Prolonged exposure to life-threatening situations, witnessing injury and death, and sustained operational stress have resulted in widespread post-traumatic stress symptoms (PTSS). Age has emerged as an important factor influencing resilience, adaptation, and recovery potential following combat exposure.

Purpose of the article. The aim of this study was to identify age-related differences in the manifestation of post-traumatic stress symptoms among military personnel and to define psychological patterns significant for designing effective recovery programs.

Materials and Methods. The study involved 546 Ukrainian service members who underwent a psychological recovery program at a rehabilitation center in Kharkiv. Participants were divided into three age groups according to WHO classification: young (under 25 years), middle-aged (25–44 years), and mature (44–60 years). The research employed the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, the Combat Psychological Trauma Resilience Scale, and the Maladaptation Inventory. Statistical analysis used Student's *t*-test and Fisher's ϕ -criterion to assess differences between groups.

Results. The findings revealed a distinct age-related pattern in the manifestation of PTSS. Younger soldiers exhibited the highest intensity of post-traumatic symptoms, emotional reactivity, and behavioral maladaptation. Middle-aged participants demonstrated moderate symptom levels but tended to underestimate their recovery progress. Mature personnel showed greater stress resilience, more realistic expectations, and higher satisfaction with rehabilitation outcomes, though their potential for further psychological growth was limited by physiological and motivational factors. Overall, the intensity of PTSS symptoms decreased with age, confirming that age moderates stress resilience and adaptation dynamics.

Conclusions. The study substantiates that age plays a key role in determining the effectiveness of psychological rehabilitation programs. Rehabilitation for younger personnel should emphasize self-reflection, emotional regulation, and social support, whereas for mature service members, the focus should be on maintaining psychological balance and integrating combat experience into life meaning.

Future research should explore longitudinal changes in PTSS recovery trajectories across age cohorts to develop more personalized rehabilitation models for Ukrainian military personnel.

Keywords: *post-traumatic stress; military personnel; age differences; combat experience; adaptation; resilience; psychological recovery; PTSD.*