

УДК 159.922

DOI <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-2>

ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У ПРАЦЯХ ЗАРУБІЖНИХ ДОСЛІДНИКІВ

Білосевич Іван Анатолійович,

кандидат педагогічних наук, доцент,

доцент кафедри теорії і методики трудового навчання та технологій

Кременецької обласної гуманітарно-педагогічної академії

імені Тараса Шевченка

ORCID ID: 0000-0002-1533-2775

У статті здійснюється теоретичний огляд проблеми психічного здоров'я учасників бойових дій у наукових працях дослідників із різних країн: США, Канади, Великої Британії, Австралії та ін. Метою визначено аналіз і систематизацію доступних емпіричних даних про порушення психічного здоров'я відповідної соціально-демографічної спільноти громадян цих держав та його основні психологічні чинники.

Найчастіше в зазначених дослідженнях згадується про посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) та депресію. Також розглядаються особливості черепно-мозкових травм, суїцидальних думок і поведінки, міжособистісного та інших видів насильства, агресивної поведінки, тривожних розладів, зловживання психоактивними речовинами, розладів сну, невротичних симптомів, спричинених або пов'язаних не тільки з перебуванням у зоні бойових дій, а й з військовою службою загалом.

Констатовано, що бойовий досвід так чи інакше корелює з погіршенням симптомів психічного здоров'я особистості. Зокрема, ризик виявів ПТСР зростає приблизно вдвічі. ПТСР традиційно розглядається як розлад, який може виникнути, коли людина переживає особисто або стає свідком ситуації, у якій, на її думку, є загроза власному життю та фізичній цілісності чи безпеці, з огляду на що переживаються страх, жах та/або безпорадність.

Розглядаються відмінності в мірі поширення симптомів типових психічних розладів у середовищі ветеранів у межах однієї країни (наприклад, США – у представників різних родів військ), порівнюються відповідні відмінності між державами – союзницями НАТО, а також вплив участі у військових операціях на території різних країн (В'єтнаму, Афганістану, Іраку). Аналізується також, як із порушеннями психічного здоров'я в учасників бойових дій пов'язані, зокрема, дитячі травми й досвід різних видів насильства.

Ключові слова: психічне здоров'я, посттравматичний стресовий розлад, депресія, насильство, травма, учасники бойових дій, ветерани.

Bilosevych Ivan. The problem of mental health of combatants in the works of foreign researchers

The article provides a theoretical overview of the problem of mental health of combatants in the scientific works of researchers from different countries: USA, Canada, UK, Australia, etc. The purpose is to analyze and systematize the available empirical data on mental health disorders of the relevant socio-demographic community of citizens of these countries and its main psychological factors.

Most often, these studies mention post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression. They also consider the peculiarities of traumatic brain injuries, suicidal thoughts and behavior, interpersonal and other types of violence, aggressive behavior, anxiety disorders, substance abuse, sleep disorders, neurotic symptoms caused by or related to not only being in a combat zone, but also military service in general.

It is stated that combat experience is somehow correlated with the deterioration of mental health symptoms. In particular, the risk of PTSD manifestations increases approximately twice. PTSD is traditionally viewed as a disorder that can occur when a person experiences or witnesses a situation in which he or she believes there is a threat to his or her life and physical integrity or safety, and therefore experiences fear, terror and/or helplessness.

The article examines the differences in the prevalence of symptoms of typical mental disorders among veterans both within the same country (for example, the United States – among representatives of different branches of the military) and compares the relevant differences between NATO allies, as well as the impact of participation in military operations in different countries (Vietnam, Afghanistan, Iraq). The author also analyzes how childhood trauma and the experience of various types of violence are related to mental health disorders among combatants.

Key words: mental health, post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, violence, trauma, combatants, veterans.

Вступ

Психічне здоров'я військовослужбовців завжди перебуває під загрозою. Проте під час мирного стану такі загрози дуже часто є умовними – навчальними чи уявними, і лише деколи – реальними (наприклад, в умовах надзвичайних ситуацій або техногенних катастроф), тоді як в умовах бойових дій вони стають не тільки реальними й гостро стресогенними, а й травмівними.

До 2014 року Україна фактично була мирною державою. Окремі політичні потрясіння завершувалися, відповідно, шляхом мирного передання влади зі збереженням територіальної цілісності країни. Але події останнього Майдану стрімко переросли спочатку в локальний (у межах центра столиці), згодом – у регіональний збройний конфлікт, який через активну підтримку сусідньої імперіалістичної країни-агресора переріс у гарячий військовий конфлікт.

Спочатку це офіційно назвали «АТО», згодом – «ООС», а від лютого 2022 року більш-менш офіційно почали визначати як повномасштабну війну. Мирна до цього часу країна зіткнулася із жорстокою та несправедливою військовою агресією. І хоча цивільне населення також значною мірою постраждало й продовжує зазнавати значного фізичного, психологічного, морального тиску, все-таки основний удар на себе приймають військовослужбовці – офіційні захисники своєї держави.

У таких складних умовах учені заговорили, зокрема, про різні види травм і посттравматичний стресовий розлад. І якщо стосовно вивчення, наприклад, різних видів криз українська психологія раніше мала чималі напрацювання, то у вищезазначеному контексті власне бойового стресу та бойової травматизації тільки напрацьовує базу досліджень. Тому доводиться звертатися до відповідних теоретичних розробок й емпіричних даних зарубіжної науки.

Тож мета дослідження – теоретичний аналіз та систематизація зарубіжних досліджень психічного здоров'я, чинників та наслідків його порушень у військовослужбовців – учасників бойових дій.

Як зазначають М. Мур, Е. Шалер, К. Джордан та К. Джексон, найбільш «розрекламованими» проблемами чинних військовослужбовців та ветеранів війни, є ПТСР і депресія [21]. Згадані вчені покликаються на дослідження, згідно з якими від 14% до 16% американських військовослужбовців, що свого часу були дислоковані в Афганістані та Іраку, згодом страждають на зазначені порушення психічного здоров'я. Хоча ці розлади ширше висвітлені в науковій літературі, інші проблеми, як-от наслідки черепно-мозкової травми, суїцид, вживання психоактивних речовин і міжособистісне насильство, на думку дослідників, є не менш поширеними проблемами для цієї категорії громадян. Причому описані порушення стосуються не тільки безпосередньо учасників бойових дій, а й просто задіяних до військової служби осіб [21].

Такі міркування знаходимо в науковій праці Дж. Томаса зі співавторами [34]. Ці дослідники також наголошують, що після бойових дій в Іраку та Афганістані йдеться насамперед про ПТСР і депресію, що не охоплює всіх типових проблем із психічним здоров'ям, які можуть виникати в учасників бойових дій. Масштабне дослідження вибірки бойових солдатів американської армії та піхотинців Національної гвардії (загальною чисельністю 18 305 осіб) дало змогу зробити висновок, що показники поширеності ПТСР та депресії із серйозними функціональними порушеннями коливаються від 8,5% до 14,0%, а інших розладів психічного здоров'я – від 23,2% до 31,1%. Серед таких порушень, що є коморбідними розладами, приблизно половину становлять зловживання алкоголем або агресивна поведінка. Загалом учені констатують, що симптоми порушень психічного здоров'я охоплюють від 9% до 31% учасників бойових дій, а визначення міри поширеності таких розладів залежить від рівня аналізу, який беруть за основу [34].

З огляду на це, як дає змогу стверджувати теоретичний аналіз численних інших наукових праць, в окресленому дослідницькому ракурсі увага вчених переважно зосереджується саме на ПТСР. За кордоном цей розлад психічного здоров'я вже добре вивчений феномен, хоча останніми роками знання про нього доповнюються й дещо трансформуються.

Визначення АПА посиляється насамперед на класичну дефініцію за DSM-IV [24]. Згідно з нею, ПТСР розглядається як розлад, який може виникнути, коли людина переживає особисто або стає свідком ситуації, у якій, на її думку, є загроза життю та фізичній цілісності чи безпеці. З огляду на це, особа переживає страх, жах та/або безпорадність. Симптоми ПТСР характеризуються так: 1) повторне переживання травми в болісних спогадах, флешбеках або повторюваних снах, нічних жахіттях; 2) уникнення діяльності або місць, які нагадують про травматичну подію, а також зниження реактивності (емоційна анестезія або заціпеніння) з незацікавленістю в раніше значущих діях, відчуженістю та відстороненням від інших людей; 3) хронічне фізіологічне збудження, що призводить до таких симптомів, як гіпертрофована реакція переляку, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги або запам'ятовуванням, а також почуття провини за те, що пережито травму, коли інші цього не зазнали. Крім того, АПА наголошує, що в DSM-V критерії ПТСР переглянуто так: 1) вплив травматичної події може бути вторинним, коли вона стається з близькою людиною або якщо має місце повторний контакт із деталями, пов'язаними з такою подією (наприклад, перебування на місці катастрофи); 2) суб'єктивний критерій, який вимагав визнання переживання людиною страху, жаху та/або безпорадності, усунуто як обов'язковий; 3) також до основних кластерів ПТСР додано деякі додаткові симптоми [24].

Як і більшість інших явищ, ПТСР часто вивчають у порівняльному ракурсі, який у цьому дослідницькому контексті стосується факту участі в бойових діях, а також соціального статусу особистості. Науковці [2] дослідили та зіставили три вибірки здобувачів вищої освіти – військовослужбовців, що мають бойовий досвід, в яких він відсутній, а також цивільних осіб. Констатовано, по-перше, що в студентів-військових із бойовим впливом значуще вищий рівень проявів ПТСР; по-друге, що в усіх трьох підгрупах ПТСР корелює насамперед із проблемою зловживання алкоголем [2].

За даними М. Гейтса зі співавторами, якщо впродовж життя ПТСР назагал вражає 7–8% населення США, то серед військовослужбовців і ветеранів його поширеність приблизно вдвічі більша й може сягати 14–16% [13].

К. Доного зі співробітниками впродовж 2001–2011 років збирали емпіричні дані на репрезентативній вибірці тільки військовослужбовців загальною чисельністю 8 178 осіб [7]. Констатовано, що 90% осіб, які не мають досвіду власне бойового впливу, упродовж 10 років залишалися стійкими щодо появив симптомів ПТСР, тоді як серед учасників бойових дій таких значно менше – 80%. З огляду на це, дослідники констатують, що бойовий досвід однозначно пов'язаний із суттєвим погіршенням психічного здоров'я людини [7].

Як уже зазначалося, крім ПТСР, хоч саме цей розлад часто перебуває у фокусі уваги вчених, вивчають та порівнюють прояви у військовослужбовців з наявністю досвіду бойового впливу та без такого досвіду таких порушень психічного здоров'я: депресивного й тривожного розладів, розладів уживання алкоголю та схильності до суїциду.

За порівняльними даними К. Русу, М. Заморські, Д. Буллоса та Б. Гарбера, зібраними у 2013 році на вибірці канадських військовослужбовців і цивільних громадян, поширеність психічних розладів і суїцидальної поведінки (окрім розладів уживання алкоголю) є значно нижчою в других, порівняно з представниками регулярних військових сил Канади [29]. Зокрема, якщо у військовослужбовців (перша субвибірка) прояви великого депресивного розладу констатовані у 7,96% осіб, то в цивільних громадян (друга субвибірка) з аналогічним щодо субвибірки військовослужбовців соціально-демографічним (віковим, гендерним тощо) складом – у 2,75%. Аналогічні пропорції констатовані й щодо поширеності випадків генералізованого тривожного розладу: 4,69% у першій субвибірці та 1,28% – у другій. Стверджується також про статистично більшу кількість спроб самогубства у військовослужбовців; Водночас окреслені тенденції, як було згадано, не стосуються розладів уживання алкоголю, які, навпаки, у цивільних осіб із порушеннями психічного здоров'я є частішими [29].

Масштабне дослідження на вибірці американських ветеранів (17 205 осіб) – літніх (віком від 65 років) пацієнтів медичних клінік, провели У. Дурай Налла зі співробітниками [8]. За їхніми даними, у 12% опитаних учасників бойових дій спостерігалися симптоми ПТСР. Усі такі пацієнти значно частіше повідомляли про поганий загальний стан здоров'я, курили, мали статус розлучених, стверджували про низьку соціальну підтримку або взагалі її відсутність, виявляли бажання смерті та суїцидальні думки, на загал демонстрували вищу поширеність у своєму колі інших психічних розладів. Найменшою мірою виявлений у дослідженні факт відмінностей стосується частоти вживання алкоголю. Усе зазначене описується в порівнянні ветеранів із ПТСР з особами без травматичного досвіду або з таким, проте без симптомів ПТСР [8].

В інших дослідженнях розглядувані емпіричні показники можуть істотною мірою коливатися. Так, за даними М. Стілла, А. Жермена та Д. Кемпбелла, ПТСР як серйозна проблема психічного здоров'я вразив від 12% до 24% американських ветеранів, що повернулися із зони бойових дій в Іраку та Афганістані [30]. З розвитком відповідного розладу пов'язані порушення сну, нейротизм і дитячі травми, що особливо посилюються на тлі бойового досвіду. Загалом згадані вчені акцентують на важливості гігієни сну та врахуванні операційних моделей переживання стресу в бойових ситуаціях [30].

Можемо констатувати, отже, істотні розбіжності між рівнями поширеності ПТСР у середовищі ветеранів навіть у межах однієї країни. Такі відмінності пояснюються результатами більш диференційованих наукових досліджень. Л. Хайнс зі співавторами, наприклад, з використанням метааналізу даних розкрили відмінності в проявах ПТСР між різними субвибірками американських військовослужбовців [11]. Зокрема, констатовано більшу поширеність ПТСР серед учасників бойових дій в Іраку (12,9%) порівняно з учасниками бойових дій в Афганістані (7,1%), а також у представників бойового персоналу флоту та морської піхоти (12,4%) порівняно з іншими підрозділами армії (4,9%) [11].

Крім США, деякі інші країни також були задіяні у військових операціях у В'єтнамі, Афганістані, Ірані як військові партнери. Тому аналогічні дослідження психічного здоров'я ветеранів були проведені й у цих державах-союзниках.

Так, Е. Іверсен зі співробітниками досліджено військовослужбовців Збройних сил Великої Британії – учасників бойових дій в Іраку [16]. Згідно з відповідними даними, поширеність загальних психічних розладів (наприклад, суїцидальних думок) у цих ветеранів становить 27,2%, а симптомів ПТСР – 4,8%. Своєю чергою, серед загальних психічних розладів найбільш поширеними порушеннями є зловживання алкоголем (у 18,0%) та невротичні розлади (у 13,5%). Назагал можемо констатувати, що в описаному дослідженні виявлено приблизно втричі менший рівень прояву симптомів ПТСР, порівняно з ветеранами із США [16].

Ш. Стевелінк зі співавторами також досліджував військовослужбовців Великої Британії – учасників воєнних конфліктів не тільки в Іраку, а й в Афганістані [32]. Емпіричні зрізи проводили у 2014–2016 роках на масштабній національній виборці, а отримані результати порівнювали з попередніми двома не менш масштабними емпіричними зрізами: 2004–2006 та 2007–2009 рр. Основними результатами є такі: виявлені випадки ПТСР становлять 6,2%, інші поширені порушення психічного здоров'я (це стосується насамперед депресивних і тривожних розладів) – 21,9%, зловживання алкоголем – 10,0%. Констатується, що участь у бойових діях в Афганістані та Іраку значно вплинула на частоту проявів зазначених розладів у представників Збройних сил Великої Британії [32].

Одним із найбільш новітніх у зазначеній країні є дослідження К. Вільямсона, Дж. Баумана та Д. Мерфі [36]. Вибірку становили 428 ветеранів із Великої Британії. Констатовано, що найбільш поширеними проблемами з психічним здоров'ям у цій соціальній спільноті є тривога та депресія (разом – у 80,7% осіб), далі йдуть самотність (79,1%) та сприйнята низька соціальна підтримка (72,2%). Показники ПТСР виявлені у 6,2% осіб, але якщо брати до уваги прояв хоча

б одного із симптомів, то відповідна кількість зростає аж до 68,7%. Згадується також про частоту супутника ПТСР – моральну травму [36].

Л. Річардсон з науковцями провели ще більш масштабний порівняльний аналіз емпіричних даних про ПТСР, урахувавши різні військові операції та різні країни [28]. Констатується, зокрема, що поширеність відповідного розладу серед ветеранів армії США – учасників бойових дій у В'єтнамі, коливається від 2% до 17%, що є приблизно таким же інтервалом, як і щодо учасників бойових дій в Іраку (від 4% до 17%). А от кількість учасників бойових дій в Іраку з проявами ПТСР – військовослужбовців із Великої Британії, є помітно нижчою – у межах від 3% до 6%. Така варіабельність, на думку авторів, пов'язана з відмінностями в стратегіях формування вибірки та вимірювання, урахуванням тих або інших критеріїв ПТСР як клінічно значущих, бойового досвіду та ін. Окремо вказується, зокрема, на соціально-політичні та культурні чинники, які можуть варіювати із часом і залежно від нації [28].

Назагал зарубіжні вчені констатують такі основні факти про розвиток ПТСР у військовослужбовців – учасників бойових дій (насамперед в Ірані та Афганістані): 1) учасники військових сутичок піддавалися значним стресовим впливам і психологічним навантаженням, що призводить до емоційних та психічних розладів; 2) ПТСР характеризується симптомами в трьох основних сферах: повторне переживання травми, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, та симптоми підвищеного вегетативного збудження; 3) подолання ПТСР часто вимагає не тільки психологічних, а й фармакологічних втручань; 4) крім ПТСР, під впливом бойових дій також можуть бути спровоковані або погіршені інші психічні розлади – депресія, тривога, психоз, зловживання психоактивними речовинами та ін. [27].

Р. Рамчанд зі співробітниками після аналізу 144 спеціальних наукових досліджень робить висновок, що прояви ПТСР у військовослужбовців (які брали участь у воєнних діях в Іраку та Афганістані) пов'язані насамперед з рівнем фізичного здоров'я, схильністю до суїциду та агресії, забезпеченістю житлом, економічним та соціальним благополуччям тощо [25].

Загалом теоретичний аналіз відповідних студій окреслює таке основне коло наукових проблем, пов'язаних із впливом участі в бойових діях на психічне здоров'я особистості: 1) ПТСР як такий психічний розлад, який насамперед асоціюється із зазначеним впливом; 2) супутні (коморбідні) порушення нормального психічного функціонування, до яких належать депресивні та тривожні розлади, прояви агресії, труднощі в соціальній взаємодії, поява адиктивної поведінки, суїцидальні ризики та ін.; 3) вид взаємозв'язку між зазначеними порушеннями та їх симптомами, який може бути просто кореляційним або за якого один з розладів є передумовою і предиктором появи й розвитку інших.

Тож важливо детальніше проаналізувати зарубіжні дослідження, пов'язані зі встановленням різних психологічних, особистісних, соціальних чинників і наслідків порушень психічного здоров'я у військовослужбовців – учасників бойових дій. Це стосується, зокрема, того факту, що відповідні наукові розвідки значно триваліші за часом, порівняно з українськими, тому в них справді відображені вже відносно стійкі тенденції та закономірності, тоді як наші національні студії цієї складної проблеми перебувають ще на етапі свого становлення.

Матеріали та метод

За результатами теоретичного аналізу наукових публікацій можна стверджувати, що зарубіжні дослідники акцентують увагу на різних чинниках психічного здоров'я та його розладів у військовослужбовців. Так, Р. Армента зі співавторами через застосування питальників і багатофакторної логічної регресії здійснено спробу визначити конкретні фактори, пов'язані з більшими ризиками виникнення й розвитку ПТСР у дійсних військовослужбовців та ветеранів США [1]. До таких чинників уналежнено: високий рівень бойового впливу, старший вік, рядове звання, депресію, фізичне насильство в анамнезі, травму чи хворобу, пов'язану з інвалідністю, деякі інші соматичні симптоми. Додатковими факторами стійкості симптомів ПТСР визначено: меншу кількість сну, процес сепарації від армії та нестачу соціальної підтримки [1].

Окреслені чинники доцільно, на нашу думку, систематизувати так: 1) соціально-демографічні (вік, соціальний статус, зокрема звання, тощо); 2) фізичні та фізіологічні (певні перенесені хвороби, якість сну та ін.); 3) психологічні та соціально-психологічні (особливості емоційного стану людини, її стосунки з навколишніми людьми та ін.); 4) факт перенесеної психологічної травми або одразу кількох травм (насильство в дитинстві, бойовий вплив та ін.).

Своєю чергою, серед соціально-демографічних чинників, як значущих предикторів стану психічного здоров'я військовослужбовців, вагоме місце, крім віку, у контексті актуальних досліджень посідає гендер. Так, учені констатують, що роль жінок у військових конфліктах упродовж XX і XXI століть істотною мірою змінилася. Інакше кажучи, жінки дедалі активніше залучаються до бойових дій не як пасивні учасниці (насамперед, як жертви), а як активні суб'єкти – військовослужбовиці.

Ураховуючи цей факт, Е. Макгрегор з колегами провів порівняльне емпіричне дослідження гендерних відмінностей проявів ПТСР у медичного персоналу ВМС США, який супроводжував учасників бойових дій в Іраку та Афганістані [19]. Назагал поширеність ПТСР у цій вибірці становила 8,2%, при цьому жінки, згідно з результатами дослідження, мають відповідний розлад приблизно вдвічі частіше. Розуміючи обмеження проведеного дослідження, автори зазначають, що в подальших наукових розвідках повинні враховуватися такі додаткові стресові чинники, як тривалість робочого дня, порушення сну, а також кількість поранених, яким було надано допомогу [19].

Гендер як проміжну змінну між бойовим впливом і розвитком депресії та ПТСР в учасників військових операцій в Іраку та Афганістані також досліджували Д. Лакстон, Н. Скопп та Ш. Магуен [18]. Доведено, що вищі рівні бойового досвіду пов'язані, відповідно, з вищими проявами ПТСР і депресії саме в жінок. З огляду на це, чоловіки повідомляють про суб'єктивно вищі рівні переживання бойового впливу [18]. Такий факт – що чоловіки усвідомлено сильніше переживають бойовий вплив і водночас мають об'єктивно менші прояви психічних розладів – можна пояснити, наприклад, активнішим функціонуванням механізмів психологічного захисту в жінок або більш активною реакцією на бойовий стрес (за типом «Бий» або «Біжи») у чоловіків. У цьому контексті можна згадати і про рівні проявів агресії, гендерні відмінності яких могли би частково пояснити зазначені факти, що загалом потребує більш поглибленого вивчення.

Л. Хурані зі співробітниками у своїй науковій праці акцентує увагу не стільки на гендерних відмінностях у мірі поширеності ПТСР, скільки на специфіці ролі гендеру залежно від інших предикторів позитивного скринінгу відповідного розладу. Зокрема, згідно зі згаданим дослідженням, зазначені відмінності варіюються залежно від віку, раси, рівня соціальної підтримки конкретного військовослужбовця / військовослужбовиці тощо. Водночас депресія та зловживання алкоголем як коморбідні щодо ПТСР стани, за даними цих учених, не мають гендерних особливостей [12].

Коен Дж. зі співавторами, окрім гендерних, дослідив також статусні чинники ризику ПТСР і депресії у військовослужбовців армії США. За їхніми даними констатовано, що жінки, а також особи з нижчим соціальним статусом мають більшу схильність до розвитку зазначених розладів. Автори припускають, що одним із чинників цього факту щодо жінок можуть бути їхні сімейні обов'язки, а щодо осіб із нижчим соціальним статусом (зокрема, нижчим званням) – менший рівень соціальної підтримки [6]. Зважаючи на такі результати, доцільно наголосити на необхідності більш поглибленого додаткового дослідження ролі сімейного статусу (одружений / заміжня чи розлучений / розлучена) як значущого чинника психічного здоров'я особистості військовослужбовця / військовослужбовиці.

У цьому аспекті вагоме значення має соціально-психологічний клімат у сім'ї учасника бойових дій: конкретні факти, пов'язані з тим, як приймають його особисто та новий (бойовий)

досвід, як спільно долають тривалу розлуку тощо, а також, зокрема, чи присутні в цій сім'ї прояви різних видів насильства (фізичного, психологічного, сексуального тощо).

Так, К. Салліван на вибірці американських ветеранів бойових дій в Іраку та Афганістані дослідив конкретний взаємозв'язок ПТСР із проявами насильства в сім'ї та поза нею [33]. Але в цьому разі йдеться про насильство не як предиктор, а як про наслідок досвіду участі в бойових діях. За даними дослідження, після однорічного такого досвіду 13% ветеранів повідомили про власну агресію щонайменше до одного члена сім'ї, а 9% – також до сторонніх осіб. Крім того, доведено, що симптоми переживання гніву на початках бойового досвіду в подальшому передбачали вищий ризик сімейного насильства, а симптоми ПТСР – насильства щодо незнайомих [33]. Інакше кажучи, більш серйозне порушення психічного здоров'я, яким є ПТСР, виносить прояви насильства за межі сім'ї в соціум загалом.

Пов'язаними з вищеописаними науковими розвідками є дослідження, що стосуються вивчення впливу бойового досвіду та ПТСР як одного з його наслідків на сексуальне життя особистості. Наприклад, Б. Брейер зі співавторами дослідив зв'язок ПТСР із сексуальними дисфункціями в американських ветеранів – учасників бойових дій в Іраку та Афганістані [3]. Згідно з отриманими емпіричними даними, ризик відповідних дисфункцій приблизно втричі більший в осіб із ПТСР, до того ж він зростає, якщо ветеран вживає певні медичні препарати [3]. Якщо в цьому контексті згадати про класичну психоаналітичну концепцію сублімації, то очевидно стає проблема розрядки накопиченого психофізіологічного та емоційного напруження в учасника бойових дій.

В аспекті психології важливим є вивчення та пояснення чинників не тільки виникнення розладів психічного здоров'я, а і їх виходу за межі особистості, коли починає страждати не тільки, у контексті нашого аналізу, власне сам військовослужбовець, а й уся його сім'я, а ще ширше – інші люди, часто навіть незнайомі, випадкові, сторонні особи.

Е. Ельбоген зі співробітниками більш детально дослідив ризики насильства щодо інших членів громади в учасників бойових дій в Ірані та Афганістані [9]. Крім факту наявності власне ПТСР, із більшим ризиком жорстокої поведінки та інших проявів насильства в американських ветеранів пов'язані молодший вік, фінансова нестабільність, досвід насильства ще до військової служби, більший час бойових дій та зловживання алкоголем. При цьому як найвагоміший предиктор виникнення такої поведінки відзначається поєднання ПТСР зі зловживанням алкоголем [9].

Назагал досвід насильства, як складник імовірної психологічної травматизації особистості, науковці розглядають не тільки як наслідок, а і як власне предиктор виникнення порушень психічного здоров'я у військовослужбовців – учасників бойових дій. Інакше кажучи, дослідники аналізують системний вплив відповідного досвіду, який нерідко має корені ще в ранньому дитинстві майбутнього військовослужбовця або принаймні до початку його участі в бойових діях.

Наприклад, вплив на розвиток ПТСР та інших психічних розладів міжособистісних травм, отриманих у дитинстві та дорослому віці, разом із бойовою травмою описує Б. Джордж зі співавторами [14]. Дитячі травми, за даними цих дослідників, хоч і є чинниками різних порушень психічного здоров'я особистості, однак не корелюють із мірою проявів власне ПТСР та депресії в учасників бойових дій. Крім того, як встановлено, на відміну від бойової травми, дитячі не пов'язані згодом із середньою кількістю спожитого за день алкоголю. На основі вищезазначеного констатується, що різні типи травм мають різні наслідки для психічного здоров'я особистості, причому такі травми не завжди прямо пов'язані з ПТСР [14].

Дещо по-іншому наукові акценти розставлені в дослідженні Д. Браунлоу, Г. Зитник, К. Маклін та П. Герман [4]. Вони порівнювали показники як ПТСР, так і загального травматичного стресу (небойового) у військовослужбовців, що брали участь у військових операціях в Іраку, та тих, які тільки вступили на військову службу. За результатами цього дослідження констатовано, що

кумулятивний травматичний стрес, накопичений упродовж життя, є таким самим предиктором розвитку ПТСР, як і травматичний стрес війни [4].

Аналогічні за висновками дослідження на вибірці американських морських піхотинців провели К. Філіпс та ін. [23]. Науковці зазначають, що, крім складників власне бойового впливу, як-от загроза смерті, серйозні травми або спостереження фактів смерті й травмування інших, значним фактором ризику для появи ПТСР є попередній досвід насильства впродовж життя [23].

Результати

З огляду на певні розбіжності в наукових результатах, отриманих різними дослідниками, ми припускаємо, що міра впливу небойового травматичного досвіду на ризик розвитку ПТСР в учасника бойових дій визначається конкретними складниками такого досвіду. Наприклад, проміжними змінними в цьому контексті можуть бути вік, коли особа зазнала психічної травми, або наскільки вагомою була соціальна підтримка в такій життєвій ситуації від інших значущих соціальних постатей.

Аналізуючи причини зазначених розбіжностей, можна спиратися, зокрема, на дані дослідження С. Брайан зі співавторами [5]. Вони дають змогу обґрунтовано стверджувати: виникнення ПТСР у військовослужбовців чітко корелює не тільки з певними типами стресового впливу, а й із суб'єктивним оцінюванням цих стрес-факторів як безпосередніх загроз для життя та здоров'я, тобто загроз власної смерті та/або травмування [5].

Проблема суб'єктивного оцінювання стрес-факторів, як більшою або меншою мірою загрозливих для життя та здоров'я, виводить на когнітивний рівень аналізу проблеми. Наприклад, за даними масштабного дослідження Й. Зоар зі співавторами, проведеного із залученням ветеранів Ізраїльських військових сил, прогностичними факторами щодо розвитку ПТСР є когнітивне функціонування, рівень освіти, звання та посада на період виникнення травматизації. Такі фактори вчені називають «неспецифічними», оскільки, наприклад, спеціальне навчання, тренування та мотивація військовослужбовців, за даними дослідження, як імовірні предиктори, відіграють значно меншу роль у розвитку ПТСР [37].

Також більш системними в цьому проблемному контексті є дослідження М. Трейсі Ші зі співавторами [35]. Ці науковці, крім вивчення рівня бойового впливу й наявності життєвих та сімейних проблем, зосередилися на сприйнятті адекватності спеціальних тренувань і підготовки як чинників розвитку ПТСР у представників Національної гвардії США (резервістів), що побували в Іраку та Афганістані. Згідно з отриманими емпіричними даними, ПТСР констатовано аж у 27% резервістів, які мали водночас і бойовий досвід, і високий рівень стресу в стосунках, і натомість лише в 3% в тих, на кого впливав тільки високий рівень бойового стресу [35].

На когнітивному факторі психотравматизації особистості військовослужбовця – учасника бойових дій, з-поміж різних таких чинників, акцентують дослідники з інших країн світу. Причому в багатьох роботах ідеться не тільки про предиктори розвитку ПТСР, а й про наслідки бойового впливу та коморбідні щодо ПТСР стани та розлади.

Так, Б. О'Тул зі співавторами на прикладі військовослужбовців Австралії – ветеранів В'єтнамської війни, проаналізував вплив травми та пов'язаного з нею розвитку ПТСР на появу тютюнопаління [22]. Результати складного математичного аналізу емпіричних даних дали змогу вченим стверджувати, що тютюнопаління корелює з бойовим впливом, рівнем інтелекту, алкогольними розладами та окремими демографічними показниками. Натомість ПТСР на відміну, наприклад, від бойового досвіду й пов'язаної з ним травматизації, не є однозначним предиктором цієї форми адиктивної поведінки. Щодо цього вчені припускають, що, імовірно, більшою мірою хронічний стрес, а не ПТСР корелює з виникненням тютюнопаління та залежності від нього [22].

Серед інших численних наслідків участі в бойових діях, особливу увагу дослідники нерідко звертають на супутні емоційні стани, що є прикметною ознакою власне психологічного фокусу

досліджень. Зокрема, Е. Ельбогеном зі співробітниками досліджено різні кореляції станів, які можуть розвиватися у ветеранів війни (знову на прикладі учасників бойових дій в Ірані та Афганістані), що мають ПТСР, травми голови та зловживають алкоголем. Доведено, що всі ці стани пов'язані з підвищеними гнівом і ворожістю. Своєю чергою, гнів і ворожість найбільше корелюють із симптоматикою ПТСР, зумовленою фактом гіперзбудження [10]. Такі результати виводять нас на перспективи необхідності вивчити особистість учасника бойових дій, наприклад, у контексті «теорії великої п'ятірки», зокрема, за одним із базових вимірів «нейротизму / емоційної стабільності».

Ще одне актуальне порівняльне дослідження здійснили Д. Форбс зі співробітниками: вони зіставили прояви ПТСР та інші клінічні симптоми (депресії, тривоги, гніву та вживання алкоголю) в австралійських військовослужбовців – учасників бойових дій у В'єтнамі та у воїнів-миротворців [17]. Констатовано, зокрема, що показники ПТСР є вищими у воїнів-миротворців; крім того, у представників цієї субвибірки серед коморбідних симптомів наявний лише гнів, тоді як в учасників бойових дій – інші коморбідні стани. Зроблено загальний висновок, що зниження рівня переживання гніву пом'якшує і симптоми ПТСР [17].

Інакше кажучи, з огляду на такі результати, можна стверджувати, що емоціогенна розрядка гніву саме в умовах реальних бойових дій сприяє зниженню рівня хоча б окремих симптомів порушень психічного здоров'я особистості, порівняно з тими військовослужбовцями, що отримують у чомусь аналогічні бойові завдання, але не мають можливості адекватно зняти своє негативне емоційне напруження.

З огляду на це, не менш, а, можливо, і більш значущими чинниками психічного здоров'я військовослужбовців – учасників бойових дій, є соціальні складники життєдіяльності. Так, Р. Шріпада зі співавторами доводить, що низька соціальна підтримка пов'язана з більшою поширеністю та важкістю ПТСР. Зокрема, це стосується ветеранів війни [31]. Учені також констатують, що зв'язок між соціальною підтримкою та ПТСР досі недостатньо вивчений. При цьому ми емпірично довели незалежність зазначеного зв'язку від конкретних соціально-демографічних характеристик особистості [31]. Негативний вплив недостатності соціальної підтримки учасників бойових дій має різні аспекти – як переживання військовослужбовцем такої недостатності та виникненням прагнення повернутися «туди», «до своїх» (якщо він перебуває не на фронті), так і складніші ризики, пов'язані, зокрема, з думками про смерть і суїцидальними нахилами. Дуже часто це має складні взаємозв'язані передумови, які можна розглядати в ширшому контексті адаптаційних феноменів організму та психіки особистості.

Наприклад, як зазначає К. Равіндран зі співавторами, одним зі специфічних чинників збільшення ризику суїцидальної поведінки серед військовослужбовців та ветеранів є перехід від військового до цивільного життя. Це пояснюється різноманітними психосоціальними стресовими умовами та проблемами саме з адаптацією – наприклад, призупиненням активної соціальної підтримки, появою фінансових труднощів, змінами в доступі до надання медичної та психологічної допомоги [26]. У такій життєвій ситуації значно зрозумілішим стає прагнення особистості військовослужбовця до повернення в зону активних бойових дій.

Повномасштабна війна в Україні триває, і, зокрема, складні психологічні наслідки такої ситуації вже очевидні. При цьому вони значною мірою залишатимуться після прогнозованого завершення бойових дій та переходу країни до мирного стану. І в цьому контексті знову варто звернутися до даних відповідних зарубіжних досліджень.

Так, К. Мармар зі співробітниками здійснив санкціоноване Конгресом США масштабне лонгітюдне дослідження (упродовж 25-річного інтервалу) особливостей адаптації ветеранів В'єтнамської війни. Важливо зазначити, що залежно від використаної тестової методики (призначеної для оцінювання більш яскравих, а також так званих підпорогових симптомів) дослідження проявів ПТСР його емпірично встановлені показники варіюються: для субвибірки чоловіків – у межах від 4,5% до 11,2%, для жінок – від 6,1% до 8,7%. Також з'ясовано, що

коморбідна велика депресія назагал спостерігалася у 36,7% ветеранів із досвідом бойових дій навіть через 40 років після їх завершення [20].

Значною мірою збігаються з такими даними результати динамічного моделювання зарубіжних фахівців з інших країн, які стверджують, що для пом'якшення психічних наслідків війни потрібно чимало часу – близько 40 років (Н. Графффарзадеган та ін. [15]). Інакше кажучи, це приблизно половина людського життя, якщо спиратися на середньостатистичні показники його тривалості. А якщо врахувати той факт, що зазвичай учасниками бойових дій громадяни стають після 20 років і пізніше, то, отже, відповідні симптоми супроводжуватимуть ветеранів до періоду пізньої дорослості.

У таких умовах, коли війна триває, ми маємо шукати додаткові психологічні та соціальні ресурси для, з одного боку, запобігання ще більшій травматизації учасників бойових дій, з іншого – подолання наявних очевидних її наслідків. І таким ще малодослідженим ресурсом, на нашу думку, є релігійна віра особистості, яка фактично не потребує особливих капіталовкладень, якщо вона вже сформована в особистості як внутрішнє переживання, як складне вище почуття та система стійких цінностей. Релігійну віру, зокрема, можна розглядати як декомпенсацію через зазначені почуття й цінності змінених та/або порушених соціальних взаємин особистості.

Висновки

В умовах війни суттєво погіршується психічне здоров'я усього населення, яке так чи інакше зазнає її стресового й травматичного впливу. Цей факт стосується насамперед військовослужбовців – безпосередніх учасників бойових дій. Серед найбільш поширених і водночас найбільш вивчених розладів їх психічного здоров'я – ПТСР, а також депресивний та тривожний розлади, розлади вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, порушення міжособистісних контактів, прояви агресії, гніву, насильства, суїцидальні схильності.

Серед різних порушень психічного здоров'я учасників бойових дій найбільший фокус уваги зарубіжних дослідників спрямовано на ПТСР. Інші розлади часто розглядаються як коморбідні порушення. Є суперечності в емпіричних даних, зокрема, про рівні поширеності всіх цих розладів у середовищі ветеранів війни навіть у межах однієї країни. Так, чинники та предиктори як збереження, так і порушення психічного здоров'я учасників бойових дій потребують подальшого поглибленого дослідження. Це стосується, зокрема, соціального складника підтримки військовослужбовця, яка в духовних вимірах аналізу, своєю чергою, торкається проблематики віри загалом і релігійної віри зокрема.

Отже, як перспективи подальших досліджень розглядаємо цілісне психологічне дослідження впливу релігійної віри на різні показники психічного здоров'я учасників бойових дій.

Література:

1. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C.A., Millegan J., Cooper A., Hoge C.W. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. № 18(1). P. 48. Doi: 10.1186/s12888-018-1590-5
2. Barry A.E., Whiteman S.D., MacDermid S.M. Implications of posttraumatic stress among military-affiliated and civilian students. *Journal of American College Health*. 2012. № 60(8). P. 562–573. Doi: 10.1080/07448481.2012.721427
3. Breyer B.N., Cohen B.E., Bertenthal D., Rosen R.C., Neylan T.C., Seal K.H. Sexual dysfunction in male Iraq and Afghanistan war veterans: association with posttraumatic stress disorder and other combat-related mental health disorders: a population-based cohort study. *Journal of Sexual Medicine*. 2014. № 11(1). P. 75–83. Doi: 10.1111/jsm.12201.
4. Brownlow J.A., Zitnik G.A., McLean C.P., Gehrman P.R. The influence of deployment stress and life stress on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) diagnosis among military personnel. *Journal of Psychiatric Research*. 2018. № 103. P. 26–32. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.005
5. Bryan C.J., Rush S.C., Fuessel-Herrmann D., Bryan A.O., Morrow C.E., Haskell J., Jones M.J., Bowerfind C., Stephenson J.A. Threat Appraisal, Recovery Operations, and PTSD Symptoms Among US Air

Force Rescue Personnel. *Journal of Special Operations Medicine*. 2023. № 23(1). P. 18–22. Doi: 10.55460/P58K-BDYT

6. Cohen G.H., Sampson L.A., Fink D.S., Wang J., Russell D., Gifford R., Fullerton C., Ursano R., Galea S. Gender, Position of Authority, and the Risk of Depression and Posttraumatic Stress Disorder among a National Sample of U.S. Reserve Component Personnel. *Womens Health Issues*. 2016. № 26(3). P. 268–277. Doi: 10.1016/j.whi.2016.01.001

7. Donoho C.J., Bonanno G.A., Porter B., Kearney L., Powell T.M. A Decade of War: Prospective Trajectories of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Deployed US Military Personnel and the Influence of Combat Exposure. *American Journal of Epidemiology*. 2017. № 186(12). P. 1310–1318. Doi: 10.1093/aje/kwx318

8. Durai U.N., Chopra M.P., Coakley E., Llorente M.D., Kirchner J.E., Cook J.M., Levkoff S.E. 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*. 2011. № 59(6). P. 1087–1092. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x

9. Elbogen E.B., Wagner H.R., Fuller S.R., Calhoun P.S., Kinneer P.M. Correlates of anger and hostility in Iraq and Afghanistan war veterans. *American Journal of Psychiatry*. 2010. № 167(9). P. 1051–1058. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09050739

10. Elbogen E.B., Johnson S.C., Wagner H.R., Sullivan C., Taft C.T., Beckham J.C. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans. *British Journal of Psychiatry*. 2014. № 204(5). P. 368–375. Doi: 10.1192/bjp.bp.113.134627

11. Hines L.A., Sundin J., Rona R.J., Wessely S., Fear N.T. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014. № 59(9). P. 468–479. Doi: 10.1177/070674371405900903

12. Hourani L., Williams J., Bray R.M., Wilk J.E., Hoge C.W. Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder and Help Seeking in the U.S. Army. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. 2016. № 25(1). P. 22–31. Doi: 10.1089/jwh.2014.507

13. Gates M.A., Holowka D.W., Vasterling J.J., Keane T.M., Marx B.P., Rosen R.C. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. *Psychological Services*. 2012. № 9(4). P. 361–382. Doi: 10.1037/a0027649

14. George B.A., Bountress K.E., Brown R.C., Hawn S.E., Weida E.A., McDonald S.D., Pickett T., Danielson C.K., Sheerin C.M., Amstadter A.B. Does Prior Civilian Trauma Moderate the Relationship Between Combat Trauma and Post-deployment Mental Health Symptoms? *Journal of Interpersonal Violence*. 2022. № 37(7-8). P. 4604–4625. Doi: 10.1177/0886260520958659

15. Ghaffarzadegan N., Ebrahimvandi A., Jalali M.S. A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans. *PLoS One*. 2016. № 11(10). Doi: 10.1371/journal.pone.0161405

16. Iversen A.C., van Staden L., Hughes J.H., Browne T., Hull L., Hall J., Greenberg N., Rona R.J., Hotopf M., Wessely S., Fear N.T. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*. 2009. № 9. P. 68. Doi: 10.1186/1471-244X-9-68

17. Forbes D., Bennett N., Biddle D., Crompton D., McHugh T., Elliott P., Creamer M. Clinical presentations and treatment outcomes of peacekeeper veterans with PTSD: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*. 2005. № 162(11). P. 2188–2190. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2188

18. Luxton D.D., Skopp N.A., Maguen S. Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depress Anxiety*. 2010. № 27(11). P. 1027–1033. Doi: 10.1002/da.20730

19. MacGregor A.J., Clouser M.C., Mayo J.A., Galarneau M.R. Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder Among U.S. Navy Healthcare Personnel. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. 2017. № 26(4). P. 338–344. Doi: 10.1089/jwh.2014.5130

20. Marmar C.R., Schlenger W., Henn-Haase C., Qian M., Purchia E., Li M., Corry N., Williams C.S., Ho C.L., Hoesch D., Karstoft K.I., Shalev A., Kulka R.A. Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 2015. № 72(9). P. 875–881. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0803

21. Moore M. J., Shawler E., Jordan C. H., Jackson C. A. Veteran and Military Mental Health Issues. *National Library of Medicine*. 2023. URL: Veteran and Military Mental Health Issues – StatPearls – NCBI Bookshelf (nih.gov)

22. O'Toole B.I., Kirk R., Bittoun R., Catts S.V. Combat, Posttraumatic Stress Disorder, and Smoking Trajectory in a Cohort of Male Australian Army Vietnam Veterans. *Nicotine & Tobacco Research*. 2018. № 20(10). P. 1198–1205. Doi: 10.1093/ntr/ntx257

23. Phillips C.J., Leardmann C.A., Gumbs G.R., Smith B. Risk factors for posttraumatic stress disorder among deployed US male marines. *BMC Psychiatry*. 2010. № 10. P. 52. Doi: 10.1186/1471-244X-10-52

24. *Posttraumatic Stress Disorder*. APA Dictionary of Psychology. 2023. URL: APA Dictionary of Psychology
25. Ramchand R., Rudavsky R., Grant S., Tanielian T., Jaycox L. Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan. *Disaster Psychiatry: Trauma, PTSD, and Related Disorders*. 2015. Vol. 17. URL: Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan | Current Psychiatry Reports (springer.com). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0575-z>
26. Ravindran C., Morley S.W., Stephens B.M., Stanley I.H., Reger M.A. Association of Suicide Risk With Transition to Civilian Life Among US Military Service Members. *JAMA Network Open*. 2020. № 3(9). Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.16261
27. Reeves R.R., Parker J.D., Konkle-Parker D.J. War-related mental health problems of today's veterans: new clinical awareness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2005. № 43(7). P. 18–28. Doi: 10.3928/02793695-20050701-06
28. Richardson L.K., Frueh B.C., Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010. № 44(1). P. 4–19. Doi: 10.3109/00048670903393597
29. Rusu C., Zamorski M. A., Boulos D., Garber B. G. Prevalence Comparison of Past-Year Mental Disorders and Suicidal Behaviours in the Canadian Armed Forces and the Canadian General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 61. P. 46–55. Doi: 10.1177/0706743716628856
30. Steele M., Germain A., Campbell J.S. Mediation and Moderation of the Relationship Between Combat Experiences and Post-Traumatic Stress Symptoms in Active Duty Military Personnel. *Military Medicine*. 2017. № 182(5). P. 1632–1639. Doi: 10.7205/MILMED-D-16-00169
31. Sripada R.K., Lamp K.E., Defever M., Venners M., Rauch S.A. Perceived Social Support in Multi-era Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016. № 204(4). P. 317–320. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000476
32. Stevelink S.A., Jones M., Hull L., Pernet D., MacCrimmon S., Goodwin L., MacManus D., Murphy D., Jones N., Greenberg N., Rona R.J., Fear N.T., Wessely S. Mental Health Outcomes at the End of the British Involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a Cohort Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 213, Issue 6. P. 690–697. Doi: 10.1192/bjp.2018.175
33. Sullivan C.P., Elbogen E.B. PTSD symptoms and family versus stranger violence in Iraq and Afghanistan veterans. *Law and Human Behavior*. 2014. № 38(1). P. 1–9. Doi: 10.1037/lhb0000035
34. Thomas J.L., Wilk J.E., Riviere L.A., McGurk D., Castro C.A., Hoge C.W. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry*. 2010. № 67(6). P. 614–623. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.54
35. Tracie Shea M., Reddy M.K., Tyrka A.R., Sevin E. Risk factors for post-deployment posttraumatic stress disorder in national guard/reserve service members. *Psychiatry Research*. 2013. № 210(3). P. 1042–1048. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.039
36. Williamson C., Baumann J., Murphy D. Exploring the health and well-being of a national sample of U.K. treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. № 15(4). P. 672–680. Doi: 10.1037/tra0001356
37. Zohar J., Fostick L., Cohen A., Bleich A., Dolfen D., Weissman Z., Doron M., Kaplan Z., Klein E., Shalev A.Y. Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder following combat trauma: a semiprospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009. № 70(12). P. 1629–1635. Doi: 10.4088/JCP.08m04378blu