

УДК 159.923.2:005

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2022.spec.11>

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ У КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ

Світлана Лукомська

*Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України,
вул. Паньківська, 2, м. Київ, Україна, 01033
e-mail: svitluk@ukr.net*

У статті обґрунтовано актуальність проблеми дослідження психологічних травм Російсько-Української війни у контексті євроінтеграційних процесів. Проаналізовано досвід реабілітації постраждалих від війни в Хорватії, Боснії та Герцеговині, констатовано, що в широкомасштабній війні в Україні суттєво вищий рівень насильства щодо цивільних, ніж в усіх країнах Європи, де війни були у другій половині 20-го століття. За результатами емпіричного дослідження травмівна подія (критерій А) статистично значуще корелює лише із критерієм Е (збудження), тобто можемо констатувати, що травмівна подія зумовлює роздратованість, підвищену збудливість, настороженість і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травмівної події не завжди зумовлює розвиток симптомів ПТСР, оскільки для його діагностики лише одного критерію Е недостатньо. Люди, які пережили травмівну смерть рідних, стикаються з безліччю проблем, яких зазвичай немає після природної смерті. Вони не тільки повинні боротися зі страшною смертю свого коханого, а й з руйнуванням своїх найосновніших життєвих припущень, зокрема, що світ передбачуваний і контрольований. Отже, встановлено, що досліджувані українці мають виражену моральну травму, не характерну представникам інших європейських країн, які зазнали впливу воєнних дій. Найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, однак симптоми ПТСР більше властиві досліджуваним, старшим за 50 років, у яких спостерігається нестача внутрішніх і зовнішніх ресурсів (соціальної підтримки). В усіх вікових групах досліджуваних виявлено субклінічно виражену тривогу, так званий межовий стан, однак симптомів депресії у досліджуваних не спостерігалось (враховуємо специфіку дослідження, яке проводилося під час війни, коли мобілізація усіх особистісних ресурсів максимальна). Ґрунтуючись на теоретичному та емпіричному аналізі, ми встановили, що соціальна підтримка знижує інтенсивність горювання, тим самим відкриваючи можливість посттравматичного зростання особистості після травми.

Ключові слова: травмівний стрес, ПТСР, горе, втрата, соціальна підтримка, війна, особистість.

Постановка проблеми. Психологічна допомога та підтримка особистості в кризових життєвих ситуаціях завжди була в центрі уваги науковців та практиків. Однак Російсько-Українська війна, яка набула широких масштабів у лютому 2022 року і триває дотепер, поставила перед психологами нові виклики, зумовлені необхідністю створення власної системи психологічної допомоги дітям і дорослим, постраждалим від воєнних дій. Війна охоплює всі можливі елементи травми, її вплив є тривалим і в наших умовах непередбачуваним за поширеністю та інтенсивністю. Окрім ризиків фізичного ушкодження та безпосередньої загрози життю, особистість зазнає множинних і хронічних психологічних травм, тобто відбувається раптова та часто масова втрата ресурсів, яка потенційно посилюється з часом.

Натепер ситуація у галузі допомоги цивільним жертвам війни є доволі кризовою: з одного боку, існує накопичений роками зарубіжний досвід, а з іншого, – він почасти суперечливий, його складно адаптувати до реалій сучасної України, на території якої війна ще триває. Унікальність ситуації в Україні полягає насамперед в тому, що дотепер психологічні проблеми жертв збройних конфліктів вивчалися переважно на спільнотах з низьким соціально-психологічним статусом (Сирія, Сомалі, В'єтнам, Камбоджа), тобто в центрі уваги дослідників були особи, які вже в довоєнному житті неодноразово ставали жертвами насильства. Під час війни в Боснії та Герцеговині (1992–1995) близько половини населення була змушена залишити свої домівки та, окрім травм, отриманих на війні, жити у вигнанні та сильній бідності. Хоча місцеві фахівці повідомляли, що переселенці голодують, доведено, що, попри те, що харчування було одноманітним і недостатнім за якістю та кількістю, його стан не був катастрофічно поганим. Проблемами, які зазвичай спостерігалися у дітей війни, були драгітливність, безсоння, тривога розлуки, психосоматичні симптоми, проблеми з концентрацією та нічні жахи. Втім, за наявності соціальної підтримки у більшості дітей ці симптоми були короткочасними та у перспективі суттєво не позначилися на здоров'ї дітей, незважаючи на вплив серйозних травматичних подій. Подібна ситуація складалася й у Хорватії. Хоча симптоми посттравматичного стресу з часом зменшувалися, 10% дітей повідомляли про важкий рівень симптоматики через 30 місяців після завершення війни. Соціальна підтримка суттєво мінімізувала ризик тривожних та депресивних розладів, особливо в молодшому підлітковому віці. Для дітей старших 4 років було характерне відчуття скороченого майбутнього, коли вони стверджували, що не виростуть, а скоро помруть, тому і відмовляються планувати життя наперед [1].

Насильство на Російсько-Українській війні несумірне з цінностями сучасної цивілізації, особливо це виявляється в контексті того, що починаючи з серпня 1991 року українці будували країну безпечною демократією, тому психологічні травми осіб різного віку, але насамперед дітей будуть суттєво відрізнятися від описаних раніше в європейських реаліях.

Аналіз наукових досліджень. Теоретико-методологічну основу дослідження складають концепції впливу стресогенних чинників на особистість (Л. Калхаун, З. Кісарчук, Р. Тадеші, I.R. Galatzer-Levy, A.D. Mancini, M. Westphal). У 80-х роках ХХ ст. дослідники травми наголошували на необхідності подолання думок, спогадів і емоцій, пов'язаних із травмою (М.І. Horowitz) [6], однак у 90-х роках ХХ ст. основний акцент був зміщений на оптимізм і емоційне уникнення як поведінкові реакції, що не просто допомагають подолати наслідки травми, а й убезпечують людину від її негативного впливу на психологічний стан (М. F. Scheier, С. S. Carver, М. W. Bridges) [9]. Відповідно, резилентність до психотравми визначається не лише психологічними захистами, а й здатністю гнучко використовувати різні види копінгів у відповідь на численні травматичні події (G.A. Bonanno, M. Westphal, A.D. Mancini) [3]. Отже, резилентність опосередкована копінг-стратегіями, матеріальним станом, фізичним здоров'ям та якістю соціальних зв'язків. Тобто ми можемо констатувати, що нині у психології екстремальних ситуацій акцент з психопатологічного впливу (ПТСР, депресія, відхилення в розвитку) зміщений на зміну цінностей, життєвих пріоритетів і соціальних стосунків потерпілих від війни.

У даному дослідженні ми базуємось на поняттях посттравматичного стресового розладу, травматичного стресу, травматичного горювання та соціальної підтримки як ресурсу зниження негативних впливів травм війни. Зазначимо, що усі ці концепції детально проаналізовані у європейській психології, однак лише в контексті адаптації до хронічних і/або невиліковних хвороб, травм, отриманих в результаті ДТП, стихійних лих тощо. Однак дослідження сучасних психологічних травм війни на європейських вибірках практично не проводилися.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати глибокий стрес майже у кожній людині (R.A. Bryant) [4]. Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервово захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмівної події у нав'язливих спогадах, думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Під час війни травмівний стрес і горе завжди виникають одночасно і негативно позначаються на адаптаційних ресурсах особистості [8]. Однак, якщо у дорослих ПТСР та ускладнене горювання можуть відбуватися одночасно, у дітей травмівна втрата домінує над реакціями горювання, а тому вона вимагає першочергової уваги. Наприклад, діти, які стали свідками жорстокої смерті рідних, тортур, руйнувань, можуть страждати від повторюваних нав'язливих образів, які заважають згадувати померлого, особливо позитивні моменти з їхнього життя. Саме тому, працюючи з дітьми та підлітками, слід акцентувати на відновленні нетравматичного образу померлого, за допомогою якого діти можуть згадати та запам'ятати позитивний досвід життя із близькою померлою людиною (L. Alvis) [2]. Смерть близької людини є потенційно стресовою життєвою подією, яка може призвести до таких реакцій горя, як туга за померлим, труднощі з подальшим життям і сильний смуток. Більшість людей, які зазнали втрати, здатна пристосуватися до життя без померлого і не потребує професійної підтримки під час цього процесу адаптації. Проте, за оцінками психологів і психотерапевтів, кожен десятий, хто втратив близького через природну причину, і кожен другий, чия втрата зумовлювалася неприродними обставинами, повідомляють про серйозні реакції горя, які заслуговують на увагу та фахову допомогу.

Інтенсивні та тривалі реакції горя, які серйозно погіршують повсякденне функціонування, у DSM-5 називаються стійким комплексним розладом утрати (PCBD). PCBD включено до розділу III як умову для подальшого вивчення. PCBD охоплює 16 симптомів, у тому числі чотири симптоми, що представляють дистрес розлуки (наприклад, «заклопотаність обставинами смерті»), і 12 симптомів, які представляють реактивний дистрес і порушення соціальної адаптації особистості (наприклад, «труднощі з позитивними спогадами про померлого»). У майбутній редакції тексту DSM-5 (DSM-5-TR) PCBD буде замінено на синдром тривалого горя (PGD) і перенесено до розділу II. DSM-5-TR PGD включає два критерії дистресу розлуки («сильна туга за померлою людиною», «заклопотаність думками або спогадами про померлу особу») і вісім супутніх симптомів (наприклад, «сильна самотність»). PGD також входить до МКХ-11, однак, хоча вони мають однакові назви, часовий критерій (12 проти 6 місяців після втрати відповідно), кількість симптомів (10 проти 12 відповідно) та сенс симптомів PGD у DSM-5-TR та ICD-11 відрізняються. PGD у ICD-11 включає два пункти дистресу розлуки (наприклад, «постійна заклопотаність померлим») і десять супутніх симптомів (наприклад, «нездатність відчувати позитивний настрій»). Соціальна підтримка спрямована на формування мережі соціальних зв'язків, ефективне розв'язання конфліктів зі значущими особами, розвиток комунікативної вправності, навичок співпраці (на протипагу суперництва) з іншими. Опинившись у безпечному місці, дитина та її сім'я повинні мати можливість отримати допомогу від соціальних інститутів громади, насамперед матеріальну, медичну і психологічну. У дослідженнях доведено, що симптоми ПТСР та депресії у переселенців розвиваються частіше, ніж у осіб, які також мають травмівний досвід, однак не були переселені до інших місць. V.J. Palusci зазначає, що таких громадських інституцій має бути якнайбільше, бо розвинені соціальні

мережі можуть допомогти дітям повірити, що про них піклуються і люблять [7]. Соціальна підтримка, яку надають друзі, сусіди та вчителі, також забезпечує структуроване та турботливе середовище, яке сприяє стійкості, резилентності та відновленню [10].

Загалом дослідження психологічних особливостей травм війни осіб різного віку в Україні лише набувають популярності, переважно вони проводяться з біженцями, які знаходяться на вільних від небезпеки війни територіях.

Мета статті – емпірично проаналізувати особливості психологічних травм від Російсько-Української війни у контексті євроінтеграційних процесів.

Виклад основного матеріалу та результатів досліджень. Для реалізації цілей дослідження ми використали такі методики: «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS, A.S. Zigmond і R.P. Snaith, 1983, 2003), «Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5» (F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, 2013), «Опитувальник травмивного горювання» (TGI-SR+, L.I. Lenferink, M.C. Eisma, 2022), «Опитувальник соціальної підтримки» (Inventory of Social Support (ISS), N.S. Hogan, L.A. Schmidt, 2016). Отримані дані опрацьовано шляхом статистичного аналізу (кореляційний r -критерій Пірсона, t -критерій Стьюдента, U -критерій Манна-Вітні) з подальшою їх якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS 21.0.

У даному дослідженні ми порівняли травми війни осіб віком від 13 до 70 років, які перебували в зоні активних бойових дій, залишали її шляхом внутрішньої міграції, міграції до країн Європи (Польща, Німеччина, Литва) та були у своїх містах і селищах у тимчасовій окупації (Київська, Сумська, Харківська області України). У всього у дослідженні взяло участь 328 осіб, з них віком 13–18 років – 94 (28,66%), 19–30 років – 66 (20,12%), 31–50 років – 72 (21,95%), 51–70 років – 96 (32,27%). Середній вік досліджуваних становить $47,5 \pm 10,3$ років. Жіночої статі – 206 (62,81%), чоловічої статі – 122 (37,19%) осіб. Зазначимо, що статистично значущих відмінностей між цивільними чоловіками та жінками, які взяли участь у даному дослідженні, нами виявлено не було. Найбільше чоловіків представлено у вікових групах до 18 і старше 50 років. Імовірно, це зумовлено тим, що багато чоловіків віком від 20 до 50 років, особливо на території Харківської області, бере участь у ЗСУ та ТРО.

У табл. 1 представлено результати дослідження за методикою PCL-5, а також частотний аналіз травмивних подій, які цивільні свідки, а іноді й учасники бойових дій визначили як найбільш значущі і такі, що потенційно можуть зумовлювати стресові розлади та ПТСР.

Таблиця 1

Особливості симптомів ПТСР досліджуваних за методикою PCL-5

Показники	Внутрішньо переміщені особи	Особи, які залишалися під обстрілами чи в тимчасовій окупації	Особи, які переїхали до європейських країн
Інтрузії (критерій В)	1,32±1,65	2,11±0,81	3,01±2,76**
Уникнення (критерій С)	0,89±2,67	1,31±1,12	1,16±0,63
Негативні зміни в емоціях і переконаннях (критерій D)	1,97±1,53	3,21±1,26**	1,18±2,45
Збудження (критерій E)	3,16±1,45	1,65±1,78**	3,83±1,98**

** відмінності статистично значущі при $p < 0,001$.

Отже, для внутрішньо переміщених осіб найбільш актуальними травмівними подіями є «зруйнований будинок», «переїзд з одного місця проживання до іншого» та «відокремленість від членів сім'ї»; натомість для осіб, які залишалися під обстрілами чи в тимчасовій окупації, – «проживання в поганих умовах», «зруйнований будинок», «бачити померлих людей на вулицях, у будинках, які лежать там тривалий час»; щодо осіб, які переїхали до країн Європи, ситуація неоднозначна, вона значною мірою зумовлена тим, звідки і коли людина їхала в Європу. Так, для осіб, які їхали з зон активних бойових дій на початку війни, характерні травмівні події «переїзд з одного місця проживання до іншого» та «відокремленість від членів сім'ї», натомість для тих, хто виїздив наприкінці березня – у квітні 2022 року – «зруйнований будинок», «бачити померлих людей на вулицях, у будинках, які лежать там тривалий час».

Найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, які чи не вперше в житті стикнулися з неконтрольованим і небезпечним світом. Почасти ми можемо констатувати наявність моральної травми саме у молоді. Зазвичай моральна травма стосується негативних наслідків для сумління, коли люди вчиняють, стають свідками або не запобігають діям, які суперечать їхнім особистим цінностям та моральним переконанням. На відміну від психопатології, моральна шкода є нормальною реакцією людини на аномальну травмівну подію. Крім того, для молоді, так само як і для осіб старшого віку (після 50 років) у якості основної реакції на травму виявлено збудження, що часто виражається у панічній поведінці, неможливості заснути (посиленій акустичним нічним терором), проблемами харчової поведінки, зокрема у підлітків після окупації ми неодноразово спостерігали симптоми булімії. Симптоми уникнення та інтрузій найбільше властиві досліджуваним старше 50 років, натомість у осіб віком від 19 до 50 років симптоми ПТСР за методикою PCL-5 статистично значуще не виражені.

У табл. 2 наведено результати за опитувальником «Traumatic Grief Inventory Self Report Plus» (TGI-SR) [5].

Таблиця 2

Особливості травмівного горювання досліджуваних різного віку

Показники	13–18 років	19–30 років	31–50 років	51–70 років
Середні значення вираженості симптомів травмівного горя				
Я відчував(ла) сильний емоційний біль, сум або страждав(ла) від напливів горя	53,21	46,12	54,38	68,27**
Я тужив (ла) та відчував(ла) скорботу за померлим	64,29	66,12	64,53	66,69
Я уникав(ла) місць, предметів або думок, що нагадують мені про те, що він/вона помер(ла)	78,32*	64,19	66,11	45,17**
Мені було важко довіряти іншим	67,18	54,12*	54,98*	63,19
Я відчував(ла) себе емоційно онімілим(ою)	84,23**	66,28	65,13	65,82
У мене виникало бажання померти, щоб бути з покійним	67,12	63,39	64,18	89,67**
Я дуже сильно звинувачую інших через його/її смерть	87,17	86,85	90,56	93,58
Мені було важко переживати позитивні почуття	58,19	55,10	59,13	78,22**
TGI-SR+	69,96	62,77	64,88	71,33

У таблиці 2 вказано показники, виражені в досліджуваних якнайбільше. Зокрема, у всіх досліджуваних найвищі бали були за критерієм «я дуже сильно звинувачую інших через його/її смерть», у війні та у смерті своїх рідних вони звинувачують російських загарбників. Досліджувані віком 13–18 років мають статистично значущі відмінності за критеріями «я відчував(ла) себе емоційно онімілим(ою)» (84,23, тобто емоційне знечулення їм властиве найбільше з усіх вікових груп) та «я унікав(ла) місць, предметів або думок, що нагадують мені про те, що він/вона помер(ла)» (78,32, що суголосно з критерієм уникнення ПТСР). Найстарші учасники дослідження віком від 51 до 70 років виявили статистично значущі відмінності за критеріями «У мене виникло бажання померти, щоб бути з покійним» (89,67, що свідчить про сильний емоційний зв'язок з померлим і нестачу сил для його трансформації у процесі горювання), «мені було важко пережити позитивні почуття» (78,22. У даному випадку ускладнюючим фактором виступає тривала травмівна подія – війна, яка посилює горювання і уповільнює адаптацію до втрати, оскільки зумовлює ще й випераджальне горе від потенційних смертей рідних і друзів під час бойових дій). Втім, за результатами застосування даної методики статистично значущих відмінностей загального рівня травмівного горювання у різних вікових групах виявлено не було (при $p > 0,05$), досліджувані від 19 до 30 років найбільш ефективно адаптуються до ситуації війни. Часто вони займаються волонтерством, їх активна громадянська позиція дозволяє мінімізувати наслідки травмівних втрат і, попри війну, ефективно функціонувати у нинішніх ситуаціях.

Ми констатуємо відсутність статистично значущих відмінностей у вираженості травмівного горя внутрішньо переміщених осіб, осіб, які залишалися в зонах бойових дій, і осіб, переміщених у країни Європи (при $p > 0,05$).

За методикою HADS у всіх вікових групах досліджуваних виявлено субклінічно виражену тривогу, так званий межовий стан, однак симптомів депресії у досліджуваних не спостерігалось (враховуємо специфіку дослідження, яке проводилося під час війни, коли мобілізація усіх особистісних ресурсів максимальна). Панічна поведінка (маються на увазі не лише панічні напади, які також дуже властиві досліджуваним, а й тривога та психосоматичні симптоми, включаючи головні болі, болі в животі та болі в спині) властива більше молоді та особам до 40 років, тоді як розпач характерний для всіх досліджуваних, однак особливо старшим 50 років, для яких розпач позитивно корелює зі збудженням ($r = 0,794$) та інтрузіями ($r = 0,691$). Натомість провина (провина особи, яка вижила, врятувалася), гнів та відстороненість більше притаманні досліджуваним віком від 30 до 50 років, особливо якщо вони проживають в тилу, де є поодинокі повітряні тривоги і відсутні руйнування внаслідок ракетних обстрілів. Ми констатуємо, що концептуально пункти «Опитувальника соціальної підтримки» представляють ступінь, за яким горюючий сприймає, що є принаймні одна людина, яка знайде час, щоб беззаперечно вислухати його, поки вона щиро і чесно висловлює свої думки та почуття про горе. Існують негативні статистично значущі кореляції соціальної підтримки за показниками PCL-5, зокрема уникнення та інтрузій, а також з симптомами депресії «Госпітальної шкали» HADS. Відповідно, депресія та уникнення травмівних подій і горювання негативно пов'язані із наявністю соціальної підтримки, особливо це виражено в осіб, які переїхали до країн Європи у лютому – березні 2022 року. Найсильніший зв'язок між соціальною підтримкою та особистісним зростанням був зафіксований через 2,5 місяці після втрати, однак при цьому людина вже тривалий час перебувала на безпечній від війни території. Іншими словами, соціальна підтримка знижує інтенсивність горювання, тим самим відкриваючи можливості посттравматичного зростання особистості після нього.

Висновки. Отже, травмівна подія (критерій А) статистично значуще корелює лише із критерієм Е (збудження), тобто можемо констатувати, що травмівна подія зумовлює

роздратованість, підвищену збудливість, настороженість і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травмивної події не завжди зумовлює розвиток симптомів ПТСР, оскільки для його діагностики лише одного критерію Е недостатньо. Люди, які пережили травмивну смерть рідних, стикаються з безліччю проблем, яких зазвичай немає після природної смерті. Вони повинні боротися не тільки зі страшною смертю свого коханого, а й з руйнуванням своїх найосновніших життєвих припущень, зокрема, що світ передбачуваний і контрольований, що все у світі відбувається відповідно до принципів справедливості та безпеки, що загалом іншим людям можна довіряти. Досліджувані, які пережили травмивні втрати під час війни, відчують сукупність симптомів – горя і травми. Вони мають ризик виникнення синдрому гострого горя і ПТСР одночасно. Ми наголошуємо на необхідності вивчення найкращих світових практик надання психологічної допомоги жертвам війни, а у разі їх відсутності – створення та поширення власних, оскільки досвід України значною мірою є унікальним та стане в нагоді психологам з різних країн, де потенційно ймовірні збройні конфлікти. Дане завдання є важливою перспективою подальших наукових досліджень.

Список використаної літератури

1. Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ–Ніжин : Видавець ПП «Лисенко М.М.», 2022. 96 с.
2. Alvis L., Zhang N., Sandler I.N., Kaplow J.B. Developmental Manifestations of Grief in Children and Adolescents: Caregivers as Key Grief Facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2022. Vol. 1. P. 1–11.
3. Bonanno G.A., Westphal M., Mancini, A.D. Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*. 2011. Vol. 7 (1). P. 511–535.
4. Bryant R.A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18 (3). P. 259–269.
5. Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria / J. Haneveld, R. Rosner, A. Vogel, A. Kersting, W. Rief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2022. Vol. 90 (4). P. 303–313.
6. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*. 1986. Vol. 37 (3). P. 241–249.
7. Palusci V.J. Fatal child abuse. *Journal of Pain Management*. 2022. Vol. 15 (1). P. 41–64.
8. Sagberg S., Røen I. Social practices of encountering death: a discussion of spiritual health in grief and the significance of worldview. *International Journal of Children's Spirituality*. 2011. Vol. 16 (4). P. 347–360.
9. Scheier M.F., Carver C.S., Bridges M.W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*. 1994. Vol. 67 (6). P. 1063–1078.
10. A scoping review of social support research among refugees in resettlement: Implications for conceptual and empirical research / K. Wachter, M. Bunn, R.C. Schuster, G.O. Boateng, K. Cameli, C.E. Johnson-Agbakwu. *Journal of Refugee Studies*. 2022. Vol. 35 (1). P. 368–395.

PSYCHOLOGICAL TRAUMA PECULIARITIES OF THE RUSSIAN-UKRAINIAN WAR IN THE CONTEXT OF EUROPEAN INTEGRATION PROCESSES

Svitlana Lukomska

*G.S. Kostuk's Institute of Psychology
National Academy of Educational Sciences of Ukraine,
2, Pankivska str., Kyiv, Ukraine, 01033
e-mail: svitluk@ukr.net*

The article is devoted to the problem of researching psychological traumas of the Russian-Ukrainian war in the context of European integration processes. The experience of rehabilitation of war victims in Croatia, Bosnia, and Herzegovina was analyzed, and it was established that in the large-scale war in Ukraine, the level of violence against civilians was significantly higher than in all European countries where wars were fought in the second half of the 20th century. According to the results of empirical research, a traumatic event (criterion A) is statistically significantly correlated only with criterion E (arousal), that is, we can state that a traumatic event causes irritability, increased excitability, alertness and sleep problems, but in general, the very fact of the presence of a traumatic event does not always cause the development of PTSD symptoms (since only one criterion E is not enough for its diagnosis). People who have survived the traumatic death of their loved ones face many problems that are not usually present after a natural death. They not only have to deal with the terrible death of their loved one, but also with the destruction of their most basic assumptions in life, in particular, that the world is predictable and controllable, hence, it was established that the studied Ukrainians have a pronounced moral trauma, not characteristic of representatives of other European countries that were influenced by military actions. The traumas of the war had the greatest impact on the system of values and beliefs of teenagers and young people, however, PTSD symptoms are more typical of the subjects over 50 years of age, who have a lack of internal and external resources (social support). Subclinically expressed anxiety, the so-called borderline state, was found in all age groups of the subjects, but no symptoms of depression were observed in the subjects (we take into account the specificity of the study, which was conducted during the war, when the mobilization of all personal resources is maximal). Based on the theoretical and empirical analysis, it was established that social support reduces the intensity of grief, thereby opening the possibility of post-traumatic growth of the individual after it.

Key words: traumatic stress, PTSD, grief, loss, social support, war, personality.