

**Смірнова Т.М.**

<https://orcid.org/0000-0002-9562-8604>

Національний університет оборони України

## МЕЖІ ТРАВМИ: ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПТСР ТА НАСЛІДКІВ ТРИВАЛОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У КОМБАТАНТІВ

*Стаття присвячена теоретичному обґрунтуванню відмінностей між ПТСР та тривалим травматичним стресом (далі – ТТС), як новим поняттям для пояснення тривалої у часі експозиції до травматичних подій. Феноменологія ПТСР пов'язана з нав'язливим повторенням минулої події або подій (флешбеки, кошмари, інтрузії), що супроводжуються страхом, а ТТС – з антиципаційною тривогою стосовно майбутніх загроз. Враховуючи оновлені вимоги Міжнародної класифікації хвороб, нами описано вплив ТТС на формування простого та комплексного типу ПТСР. Розуміння відмінностей ПТСР від симптоматики, що формуються під впливом ТТС, дозволить фахівцям підбирати оптимальний підхід у наданні психологічної допомоги. Враховуючи тенденцію до продовження російсько-української війни, зростає важливість подолання як ПТСР, так і супутніх стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців та ветеранів. Нами розглянуто контекст сучасних бойових дій, як той що характеризується високим рівнем ТТС. Визначено відмінності між ТТС, що переживає цивільне населення та комбатанти через тип та силу травматичного впливу. Визначено кумулятивний ефект ТТС та його потенційну здатність збільшувати кількість випадків ПТСР серед військовослужбовців.*

*У статті запропоновано огляд психологічних втручань, що мають забезпечити краще психологічне відновлення під час ТТС, зокрема описано досвід Ізраїлю. Психологічні інтервенції при ТТС та ПТСР відрізняються через статус небезпеки, минулої чи актуальної: для ПТСР необхідні травмо-фокусовані втручання, для станів ТТС – розробка стратегій безпеки, подолання тривоги, плекання резильєнтності. Визначено перспективи подальших досліджень, що полягають у експериментальній перевірці відмінностей між ПТСР та симптомами ТТС, а також розробці стратегій оптимального подолання дезадаптивних наслідків.*

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, тривалий травматичний стрес, психологічне травмування, психологічна допомога, психотерапія.

**Постановка проблеми.** В наш час, коли кількість війн та бойових конфліктів у світі невпинно зростає, а війну в Україні визнано наймасштабнішим військовим конфліктом сьогодення, питання подолання стрес-асоційованих розладів набуває критично важливого значення як на національному, так і на світовому рівні [5]. Попри широке визнання вислову німецького філософа Ф. Ніцше про “те, що нас не вбиває, робить нас сильнішими”, в науці існують переконливі докази згубного впливу тривалого дистресу на психофізіологічне функціонування людини [4, с. 26].

Поняття “тривалого травматичного стресу” лише входить до сфери наукових пошуків в українській психологічній науці. Інтересом нашої наукової розвідки стає виявлення співвідношення ПТСР та ТТС, їхньої диференціації,

доведення необхідності врахування ТТС при роботі з військовослужбовцями-комбатантами.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Поняття “стрес” (stress – дослівно, тиск), яке ввів вчений Г. Сельє у 1936 році, вказує на наявність дихотомії зовнішньої дії та внутрішньої протидії, внаслідок якої відбувається адаптація до обставин. В своїй концепції стресу Г. Сельє виділяє “еустрес”, що характеризує продуктивну адаптацію, та “дистрес”, як дезадаптивну форму стресу, коли сила та тривалість впливу перевищує індивідуальний поріг витривалості. Небезпека дистресу полягає у тому, що за стадіями тривоги, опору настає виснаження психічних сил людини. Чим довше триває стан виснаження, тим глибшими стають дезадаптивні порушення, що було підтверджено сучасними дослідженнями [4, с. 23].



Українська вчена Л. Наугольник виділяє три суттєві чинники переходу стресу в дистрес: сила стресу переважає над адаптаційними можливостями; тривалість стресу призводить до виснаження адаптаційного ресурсу; психологічні емоційно-когнітивні чинники не сприяють адаптації (когнітивна оцінка, емоційні реакції, психічні процеси) [3, с. 15].

Травматичний стрес визначається як особливий вид дистресу, що відбувається через вплив травматичної події. Останнім часом його наслідки розглядають в науці як спектр посттравматичних порушень, що включає гостру реакцію на стрес, допорогові стани, ПТСР, комплексний ПТСР [2, с. 206]. Хоча у випадку ПТСР цикл травматичного стресу постійно повторюється через те, що травматична подія переживається психікою, феноменологія розладу визначає його як реакцію на минулу подію.

Дефініцію “тривалий травматичний стрес” (далі – ТТС) запропоновано Г. Стракером у 1987 році, в результаті концептуалізації даних, зібраних серед жертв політичних репресій та переслідувань у Південній Африці. Помічено, що традиційні психологічні втручання у постраждалих від насилля осіб не мають очікуваної ефективності, якщо небезпека продовжується. ТТС описано як феномен, що стосується впливу актуальних чинників небезпеки середовища рівня держави, громади, які людина не здатна змінити у зв’язку з відсутністю, недовістю правозахисних механізмів [19].

Тривалу травматизацію, як предиктора комплексного типу ПТСР, однією з перших описує Дж. Герман, вказуючи її основну відмінність від травми звичайного типу – тривалість та непередбачуваність загроз. Комплексний тип травми стосується здебільшого випадків міжособистісного насилля: індивідуального, від кривдника (неглект, сімейне насилля) або колективного (війна, утримання в заручниках, полоні). Особливість комплексної травматизації полягає в тому, що вона формує стійкі захисні патерни деструктивної взаємодії, що, як правило, повторюються у житті людини. До них Дж. Герман відносить руйнування автономії, формування залежної поведінки з подальшою віктимізацією, патологічною прив’язаністю жертви до кривдника, самокартання. Дослідниця виділяє шість типів особистісних змін, що виникають внаслідок тривалої травматизації: зміни у регуляції афектів, самосприйнятті, свідомості, сприйнятті кривдника, стосунках та сенсі життя [2, с. 209–211].

Конструкт ТТС концептуально пов’язаний з іншими типами травм: колективною (П. Горностаї, Л. Засекіна), історичною (Дж. Гоун), травмою ідентичності (І. Кіра), травмою прив’язаності (М. Мейн). ТТС стосується травмування групової приналежності через особливі форми насилля: расизм, геноцид, етнічні переслідування [8].

З психологічною травмою внаслідок тривалого насилля пов’язані специфічні феномени: “синдром в’язнів концентраційних таборів”, “провина вцілілого”, “стокгольмський синдром”, описані Л. Етінгером, А. Стромом, В. Нідерландом, Р. Ліфтоном, Г. Кристалом та ін. Так, В. Нідерланд концептуалізував особливості впливу тривалої травми на постраждалих осіб таким чином: наростання фізичного та психічного виснаження поруч з усвідомленням неминучості смерті, призводить до відчуття беззахисності, апатії, депресії, тривоги, перезбудження, безсоння, нестерпної провини перед загиблими. Пізніше С. Джозефом виявлено три типи провини уцілілих: провини щодо факту свого виживання, за невиконані дії, за виконані дії [14].

Вчений А. Кепінські визначає особистісні зміни колишніх бранців як “синдром в’язнів концентраційних таборів” (“*KZ-syndrome*”) через три ключові показники: загальна життєва динаміка (настрій), ставлення до інших та стриманість. Найчастіше синдром проявляється через знижений настрій, недовіру до людей та підвищену дратівливість, гіперчутливість. Водночас, трапляється і протилежний тип дисфункції: підвищений фон настрою, контактність (до наддовірливості) та емоційна стриманість [15].

Схожим з погляду симптоматики є “синдром військовополоненого” (“*POW-syndrome*”), що виникає як захисна форма поведінки у небезпечних для життя умовах полону: повного підпорядкування, хронічної депривації потреб, насилля, руйнуванні ідентичності [20]. Як зазначає Р. Урано, у колишніх військовополонених В’єтнамської війни зазвичай спостерігаються стійкі апатія, тривога, замкнутість, дратівливість, високі ризики виникнення ПТСР, узалежнень, депресивних розладів, соматизацій [22].

Поведінка звільнених з полону осіб тривало зберігає прояви дезадаптивності, що може свідчити про формування ПТСР комплексного типу. Особливістю ТТС цього типу є неможливість відреагування, фактично фіксація реакції завмирання, безсилля, пов’язана з вразливістю перебування у ворожому просторі. Відповіддю на такі умови можуть бути самоізоляція, відхід

у внутрішній світ, збіднення емоцій, апатія, байдужість, безініціативність, закритість, регресивність, низький інтерес до життя, самоізоляція, дисоціативні патерни [20].

Описані нами тенденції психологічного функціонування осіб під впливом ТТС відображаються в трьох кластерах симптомів для комплексного ПТСР, визначених МКХ-11: труднощі з регуляцією афектів внаслідок гіперактивації та настоженості, труднощі у стосунках внаслідок тенденції до ізоляції та негативні уявлення про себе (провина, відчуття нікчемності).

Деструктивний вплив тривалих бойових дій описано у літературі як бойова втома, бойове виснаження (Р. Грінкер, Дж. Шпігель), як фізіоневроз (А. Кардінер). Провівши лонгітюдне дослідження ветеранів ізраїльської армії, З. Соломон описує довготривалі наслідки бойового стресу та тенденцію зростання посттравматичної симптоматики учасників бойових дій з плином часу [18]. Результати систематичного огляду досліджень ветеранів свідчать про більшу поширеність комплексного ПТСР, ніж звичайного ПТСР у цій когорті [10].

Виходячи з того, що тривала участі у бойових діях чинить деструктивний вплив на психіку військовослужбовців, подолання ТТС та ПТСР стають головними цілями психологічних інтервенцій [9].

**Постановка завдання.** Метою даного дослідження є диференціація понять посттравматичного стресового розладу, тривалого травматичного стресу та пошук оптимальних психологічних підходів до їхнього подолання у військовослужбовців.

**Виклад основного матеріалу.** Передусім визначимо ключові ознаки, що відрізняють ПТСР від ТТС:

1. Часові відмінності. Якщо ПТСР виникає на основі переживань минулого, то дистресові стани внаслідок ТТС спрямовані на теперішнє (постійний моніторинг загроз в ситуації невизначеності) та майбутнє (передбачення загроз). Загроза у випадку ТТС репрезентується психікою різновекторно: як наявна, як досвідна та як спрямована на майбутнє.

2. Сприйняття загрози. Вчені Дж. Ігл та Д. Камінер описали різницю у сприйнятті небезпеки таким чином:

– при ПТСР вона уявна, часто перебільшена, викликає посилену реакцію страху;

– при ТТС реалістична, проте часто перманентна, може бути недооцінена внаслідок механізмів психологічного захисту, викликає тривогу [8].

3. Рівень функціонування та впливу. У сучасній літературі конструкт ТТС описує вплив насилля, що чиниться на суспільному рівні проти груп людей, але його наслідки відбуваються на індивідуальному та міжособистісному рівні взаємодії. ТТС, як правило, носить масовий характер травматизації (війна, геноцид, етнічні переслідування), тоді як ПТСР більше стосується впливу індивідуальної, часто реляційної травми або одиничних травматичних подій. Окремі дослідники розглядають ТТС ширше, як чинник міжособистісної взаємодії, наприклад у переслідуванні жінок партнерами [12].

4. Розмір та тривалість ефекту. Вплив ТТС відрізняється від ПТСР передусім кумулятивним ефектом травми [17]. Нейробіолог Р. Сапольський описує ТТС в якості предиктора значної кількості хвороб, що у перспективі скорочують тривалість життя [4, с. 148].

5. Різниця у симптоматиці. Схожість ТТС з ПТСР проявляється у симптомах гіперактивації та уникання. Водночас, інтрузивні симптоми є специфічним маркером ПТСР. Особи під час ТТС, перебувають у стані постійної напруги та гіперзбудження, не відновлюються повноцінно, а уникання застосовують як нормотиповий захисний механізм [17].

Вчений Даймонд з колегами описує особливості ТТС як окремого конструкту, що можуть підлягати скрінінгу: немотивована тривога, відчуття безпорадності, психофізіологічне виснаження, депресія, реактивна поведінка, соціальна ізоляція, безнадія, апатія [7]. Ці прояви проявляють більшу схожість з симптоматикою комплексного ПТСР, проте цей діагноз за МКХ-11 можливо встановити за наявності всіх шести кластерів симптомів та порушень функціонування. Відповідно, симптоматика ТТС та комплексного ПТСР може частково збігатися.

6. Ключові емоційні цикли. Керуючись концепцією емоційної обробки (Е. Фoa та М. Козак), бачимо, що феноменологія ПТСР пов'язана з реакцією страху щодо минулої події, що реактивується в теперішньому. Для ТТС ключовим явищем є антиципаційна тривога. Нав'язливі думки у випадку ТТС пов'язані з очікуванням майбутньої або поточної небезпеки [8].

7. ПТСР є наслідком впливу на людину критичного дистресу. Конструкт ТТС описує більше процес, ніж результат, перманентний стан, в якому особа змушена жити.

Розглядаючи динаміку ТТС, дослідники виділяють появу *постійної травматичної стресової*

реакції, що проявляється високою тривогою, підпороговими посттравматичними станами, погіршує функціонування [8].

Ознаки ТТС є проявами нормальної адаптації задля виживання. Вони характеризуються пріоритетом безпеки перед ризиком, стабільності перед новизною, економії психоемоційних сил перед інтенсивною діяльністю, ригідності перед гнучкістю, загостренням одних психічних процесів (посилена увага, сприйняття) поруч з приглушенням інших.

Дж. Даймонд з колегами зазначають, дослідивши прояви ТТС у жителів Ізраїлю після семи років обстрілів, що у значної частини вибірки виявлено виражені порушення у вигляді високої тривоги, лякливості, стресової соматизації, проте – не ПТСР. При деескалації ТТС травматична симптоматика спадає у більшості випадків, на відміну від істинного ПТСР, що свідчить про успішну реадaptaцію [7].

Феномен ТТС, як і ПТСР, тісно пов'язаний з когнітивними викривленнями та руйнуванням базових припущень про себе та світ як безпечний, справедливий, передбачуваний [13]. В результаті когнітивної переоцінки відбувається осмислення старих когнітивних схем, нерелевантних новій життєвій ситуації, створення нових уявлень про себе та світ, що можуть покращувати чи погіршувати адаптацію.

При ТТС, оскільки загроза не закінчується, а соціальний порядок не відновлюється, ймовірним є фіксація когнітивного уявлення про тотальну несправедливість світу, що сприяє появі “навченої безпорадності”. Ризиком є закріплення цих патернів на колективному рівні.

У цьому дослідженні ми прагнемо наголосити на відмінностях ТТС цивільних та комбатантів. Вплив ТТС на психофізіологію воїна має виражений дистресовий ефект в залежності від сили та інтенсивності бойових дій, має більший ризик ПТСР. Результати лонгітюдних досліджень серед ветеранів свідчать не лише про тимчасові погіршення здоров'я, але їх хронічність у довготривалій перспективі, ранню смертність внаслідок отриманого ТТС бойових дій [4, 6].

Періодичність ротацій є обов'язковою умовою збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Водночас, останнім часом набула широкого поширення практика безперервного виконання бойових обов'язків на лінії бойового зіткнення тривалістю понад півроку. Під час інтерв'ю військовослужбовців, що вийшли після тривалого перебування на полі бою, помітними

є візуальні ознаки критичного психоемоційного виснаження.

Виникає необхідність диференціальної діагностики різних типів ПТСР та симптомів ТТС у комбатантів. Відомо, що ранні доказові психологічні інтервенції можуть запобігти появі ПТСР, вплив ТТС необхідно відокремлювати від ознак ПТСР при плануванні психологічних втручань.

У дослідженні С. Хобфола виокремлено п'ять принципів побудови психологічних втручань у випадку масової травми: встановлення безпеки, заспокоєння, встановленню відчуття власної та колективної ефективності, зв'язку та укріплення надії [16].

Цікавим для України може бути досвід психологічного відновлення військовослужбовців та ветеранів армії Ізраїлю. Методологія VISED, що ефективно застосовується у роботі військових психологів, передбачає валідацію, інформування, підтримку, експресію емоцій та розвиток копінг-навичок. Заслугує уваги широка мережа центрів з психічного здоров'я та різні напрями реабілітації, персоніфікований підхід до надання допомоги, акцентування на салютогенному підході, рання превенція розладів [1].

Ізраїльський психотравматолог А. Шалев стверджує, що “природа людини бути стійкою та справлятися” в найскладніших обставинах, однак цю здатність слід підтримувати. Після важкого досвіду укріплюється вітальність та цінування життя. Вчений пропонує шість стратегій для підтримки резильєнтності під час ТТС: поінформованість; створення безпеки; рутина; постійні оцінка, планування та прогнозування ситуацій; ресурсність; соціальні контакти [21].

Однією з базових вимог для проведення психологічних втручань є *встановлення безпеки*. У випадку ТТС фізична безпека може бути нестійкою або умовною. Психологам слід намагатися встановити внутрішню психологічну безпеку для особистості: через психоемоційну підтримку, безпечний та теплий контакт, ресурсні техніки, повернення контролю. З військовослужбовцями, що знаходяться поблизу лінії фронту, психологічні інтервенції повинні проводитися зі встановленням умовного рівня безпеки.

Враховуючи відмінності у сприйнятті небезпеки при ПТСР важливим є зниження суб'єктивного відчуття загрози, як пережитої в минулому, при ТТС – посилення реалістичності та пильності у сприйнятті загроз.

У класичній терапії ПТСР пропонується фазовий підхід: стабілізація, опрацювання травми,

інтеграція нового досвіду. Контекст постійної загрози робить опрацювання минулого досвіду непродуктивним. На відміну від травмофокусованих втручань щодо опрацювання травми (кластеру травм), рекомендованих при ПТСР, у випадку ТТС більш ефективними можуть бути психологічні інтервенції, спрямовані на збільшення ресурсу в “тут і тепер”, рекреацію, підтримку, психоосвіту, оволодіння навичками, редукцію дистресу [7].

Враховуючи те, що тривала травматизація є наслідком глибинної нейропсихологічної перебудови психіки, важливим є застосування технік *нейровідновлення*. Інтервенції при ТТС повинні ґрунтуватися на *стабілізації*: покращення орієнтування, ресурсів, зв'язку з іншими, самоспроможності, сенсорної ясності, відчуття контролю. У військових підрозділах можна застосовувати принципи нейровідновлення через впровадження таких кроків: створенню локусу безпеки, чіткості та ясності завдань та правил, зменшення невизначеності через інформування, заохоченні до мікродосягнень, групової взаємодії, самоусвідомлення, саморегуляції.

*Перепрацювання когнітивних викривлень*, що заважають природному відновленню, може бути вагомим мішенню психологічної терапії як при ПТСР, так і при ТТС [17]. Аналізуючи досвід Ізраїлю, визначаємо, що під час ТТС застосовують різні підходи: КПТ, експозиційну терапію, EMDR, емоційно-фокусовану терапію, групові інтервенції, спрямовані на укріплення мілітарної ідентичності, природну терапію, майндфулнес [1].

Алекситимія, що часто супроводжує бойову травму, пов'язана з соматизацією стресу. Емоції, що людина не здатна висловити, з часом переносяться на рівень тіла. У такому випадку емоційно-фокусована терапія допомагає розвинути само-рефлексію, регулювання емоцій.

Важливою особливістю надання психологічної допомоги в українському вимірі є *врахування впливу ТТС на психолога*. Профілактика психоемоційного вигорання, самоусвідомлення, піклування про себе мають стати базовими навичками психологів та психотерапевтів, що перебувають в умовах ТТС. Опираючись на дослідження ізраїльських вчених, що працюють в умовах ТТС, бачимо зворотній ефект: умови ТТС часто стимулюють фахівців до застосування більш креативних підходів, активації професійної позиції, а моменти найбільшого стресу стають моментами покращення стосунків та прориву у психотерапії [1, 17].

Індивідуальна вразливість до дистресу пов'язана резильєнтністю, як здатністю особистості долати стресові виклики і залишатися цілісною.

У добре адаптованих осіб відмічається поява специфічних навичок резильєнтності: уважності до ризиків, різноманіття копінг-стратегій, когнітивної гнучкості, розширення “вікна толерантності”, кращої усвідомленості, самоконтролю. У випадку ТТС важливо *оволодіння резильєнтними навичками*. Навички виживання здатні транслюватися через виховання, передаватися епігенетично, формуючи *колективну стійкість*. Тренінги навичок на основі цих відкриттів можуть сприяти більшій резильєнтності спільнот, з довготривалим ефектом [8].

Важливий фокус, на нашу думку, слід приділити *роботі з надмірною злістю та реактивністю*. За даними дослідження Ллойда надмірний базовий рівень гніву перешкоджає ефективному відновленню при посттравматичному стресі у ветеранів. При ТТС гіперреактивність підтримує дистресову симптоматику, що стає хронічною, призводить до надмірного виснаження [16]. Оскільки гнів є досить поширеною емоцією у комбатантів, навички керування ним потенційно сприятимуть кращому відновленню. При цьому слід наголосити, ми прагнемо не усунути гнів, як симптом, а допомогти усвідомити та прожити.

Актуальність повторної травматизації у випадку ТТС залишається високою, тому основною стратегією психологічного супроводу при ТТС є *запобігання віктимізації*: повернення частини контролю над своїм життям, розробка плану подолання поточних загроз, максимального забезпечення у нестабільних умовах [12]. Протоколи ранніх психологічних інтервенцій, першої психологічної допомоги допомагають зупинити застрягання деструктивних симптомів.

Оскільки ТТС, як правило, носить масовий характер, психологічні *інтервенції макрорівня* необхідно впроваджувати з декількох причин: економії ресурсу фахівців, більшій потребі у психологічних послугах, ширшій профілактиці стресогенних розладів. Науковці рекомендують приділяти достатню увагу психоосвіті, яка сприяє зменшенню стигми, самоусвідомленню та депатологізації реакцій [11].

Психосоціальні заходи на рівні громад у випадку ТТС посилюють відчуття соціальної приналежності у спільноті, що є своєрідним “буфером” від стресу [8]. Якщо імплементувати цей досвід у армійську систему, то групові заходи,

спрямовані на згуртування, соціальну підтримку, розвиток навичок, можуть сприяти розвитку колективної стійкості.

Другим прицілом у наданні психологічної допомоги має стати періодичний психологічний скрінінг та відповідні індивідуальні втручання з виявлення та подолання клінічних стрес-асоційованих наслідків. У разі виявлення ПТСР втручанням першої лінії є травмо-фокусована психотерапія. Водночас, фахівцям необхідно застосовувати індивідуальний підхід.

**Висновки.** Підбиваючи підсумки, зазначаємо, що конструкт ТТС стосується постійної поточної загрози, що може призводити до формування різних стрес-асоційованих станів, що значимо порушують функціонування. Психічне життя осіб, що відчують значний вплив ТТС, передбачає надмірну фіксацію на поточній і майбутній небезпеці.

ТТС може призводити до ПТСР, в тому числі через кумулятивний ефект травматичного стресу. При плануванні психологічних інтервенцій для ПТСР доцільнішими є травмо-фокусовані типи втручання задля подолання застряглих психофізіологічних реакцій на минулі травми. При ТТС важливо враховувати факт, що загроза триває, тому під час надання психологічної допомоги доцільно включати: стабілізаційні техніки, навчання навичкам подолання, ресурсне, спільнотне відновлення, плекання резильєнтності, усунення когнітивних викривлень. Важливе значення має фасилітація активної життєвої позиції, прогнозування та створення режиму.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у розробці стратегій оптимального подолання стресогенних наслідків та експериментальній перевірці відмінностей між ПТСР та ТТС.

#### Список літератури:

1. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. *Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w Katowicach*. 2023. С. 107–118. DOI <https://doi.org/10.54264/0066>.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: В. Старого Лева, 2022. 424 с.
3. Наугольник Л. Психологія стресу. Львів: ЛДУ ВС, 2015. 324 с.
4. Сапольські Р. М. Чому зебри не страждають на виразку? Харків. Вид-во “Ранок”, Фабула, 2022. 400 с.
5. Сиротюк Ю., Олійник Ю. Індекс війни. Річник 2025. URL: <https://ussd.org.ua/2026/02/05/indeks-vijny-monitoring-voyennyh-konfliktiv-u-sviti-2025-roku/> (дата звернення 18.03.2026)
6. Bourassa KJ, Anderson L, Brown J.C. et al. Trauma, posttraumatic stress disorder, and incident chronic disease. *Ann Behav Med*. 2025. 59(1). kaaf095. DOI: 10.1093/abm/kaaf095
7. Diamond, G. M., Lipsitz, J. D., Fajerman, Z., Rozenblat, O. Ongoing traumatic stress response (OTSR) in Sderot, Israel. *Professional Psychology: Research & Practice*. 2010. 41(1). P. 19–25. DOI 10.1037/a0017098/
8. Eagle, G., Kaminer, D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2013. 19(2), P. 85–99. DOI <https://doi.org/10.1037/a0032485>.
9. Goral A., Feder-Bubis P., Lahad M. Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale among adults exposed to ongoing security threats. *PLoS ONE*. 2021. 16(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0251724.
10. Grinsill R, Kolandaisamy M, Kerr K. et al. Prevalence of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Serving Military and Veteran Populations: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024. 25(4). P. 3377–3387. DOI: 10.1177/15248380241246996.
11. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C.C. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. 70(4). P. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
12. Hulley J., Wager K., Gomersall T. et al. Continuous Traumatic Stress: Examining the Experiences and Support Needs of Women After Separation From an Abusive Partner. *J Interpers Violence*. 2023. 38(9–10). P. 6275–6297. DOI: 10.1177/08862605221132776.
13. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions*. Simon and Schuster, 2010. 272 p.
14. Joseph, S. *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. L., Brown Book Group. 2013. 336 p.
15. Кєpinsky A. KZ-syndrom. *Archives of psychiatry and psychotherapy*. 2008, 10.4. P. 77–84.
16. Lloyd D, Nixon R, Varker T, et al. Comorbidity in the prediction of Cognitive Processing Therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 2014. 28(2). P. 237–240.
17. Nuttman-Shwartz O, Shoval-Zuckerman Y. Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma Violence Abuse*. 2016. 17(5). P. 562–570. doi: 10.1177/1524838015585316
18. Solomon Z, Shklar R, Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *Am J Psychiatry*. 2005. 162(12):23. P. 09–14. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2309.

19. Straker, G. Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2013. 19(2). P. 209–217. DOI: 10.1037/a0032532.
20. Strassman H. D., Thaler M. B., Schein E. H. A prisoner of war syndrome: apathy as a reaction to severe stress. *Am. J Psychiatry*. 1956. 112(12). P. 998-1003. DOI: 10.1176/ajp.112.12.998.
21. Shalev, A. Y. Surviving Warfare Adversities. A Brief Survival Advice for Civilians Under War Stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022. 7(1), e0701357. DOI 10.26766/pmgp.v7i1.357.
22. Ursano R, Benedek D. Prisoners of war: long-term health outcomes. *The Lancet*. 2003. V. 362, P. 22–23.

**Smirnova T.M. THE BOUNDARIES OF TRAUMA: DIFFERENTIATION BETWEEN PTSD AND THE EFFECTS OF CONTINUOUS TRAUMATIC STRESS IN COMBATANTS**

*The article is devoted to the theoretical justification of the differences between PTSD and continuous traumatic stress (CTS), as a new concept for explaining prolonged exposure to traumatic events. The phenomenology of PTSD is associated with the obsessive repetition of past events (flashbacks, nightmares, intrusions) accompanied by fear, while CTS is associated with anticipatory anxiety regarding future threats. Taking into account the updated requirements of the International Classification of Diseases, we have described the influence of CTS on the development of simple and complex types of PTSD. Understanding the differences between PTSD and symptoms arising from CTS will enable specialists to select the optimal approach to providing psychological assistance. Given the tendency that the Russian-Ukrainian war will continue, it is becoming increasingly important to address both PTSD and related stress-related disorders among service members and veterans. We have examined the context of modern combat operations as one characterized by high levels of CTS. We have identified differences between the CTS experienced by the civilian population and combatants due to the type and intensity of the traumatic impact. We have identified the cumulative effect of CTS and its potential to increase the incidence of PTSD among service members.*

*The article provides an overview of psychological interventions designed to facilitate better psychological recovery during CTS, in particular, the experience of Israel is described. Psychological interventions for CTS and PTSD differ based on whether the threat is past or present: PTSD requires trauma-focused interventions, while CTS requires the development of safety strategies, anxiety management, and the cultivation of resilience. Prospects for further research have been identified, consisting of experimental verification of the differences between PTSD and CTS symptoms, as well as the development of strategies for optimally overcoming maladaptive consequences.*

**Keywords:** *post-traumatic stress disorder, continuous traumatic stress, psychological trauma, psychological assistance, psychotherapy.*

Дата першого надходження статті до видання: 30.03.2026  
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 22.04.2026  
Дата публікації (оприлюднення) статті: 19.05.2026