

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА  
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**Кафедра психології особистості та соціальних практик**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**  
**Навчально-професійний проєкт**  
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти  
спеціальності 053 Психологія  
освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПТСР**

Виконала: студентка групи ЕКПм-1-24-1.4з  
заочної форми навчання

**Безверха Вікторія Миколаївна**

Науковий керівник:

*Цюман Тетяна Петрівна*, доцент кафедри  
психології особистості та соціальних практик,  
кандидат педагогічних наук, доцент

Київ – 2025

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>АНОТАЦІЯ</b>                                                                                                                                         | <b>3</b>   |
| <b>ВСТУП</b>                                                                                                                                            | <b>8</b>   |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ<br/>ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР</b>                                              | <b>12</b>  |
| 1.1. Посттравматичний стресовий розлад як соціально-психологічна<br>проблема                                                                            | 12         |
| 1.2. Психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР                                                                                                | 27         |
| 1.3. Соціально-психологічна адаптація й інтеграція військовослужбовців з<br>ПТСР у суспільство                                                          | 35         |
| Висновки до першого розділу                                                                                                                             | 44         |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИЯВУ ТА<br/>ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ</b>                                                             | <b>46</b>  |
| 2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження ПТСР у<br>військовослужбовців                                                                | 46         |
| 2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних                                                                                                            | 51         |
| Висновки до другого розділу                                                                                                                             | 58         |
| <b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА<br/>ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПТСР</b>                                                                                   | <b>61</b>  |
| 3.1. Розробка комплексної тренінгової програми надання психологічної<br>допомоги військовослужбовцям з ПТСР – «Відновлення психоемоційної<br>стійкості» | 61         |
| 3.2. Ефективність програми психологічної допомоги військовослужбовцям із<br>ПТСР                                                                        | 84         |
| Висновок до третього розділу                                                                                                                            | 93         |
| <b>ВИСНОВКИ</b>                                                                                                                                         | <b>95</b>  |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>                                                                                                                       | <b>99</b>  |
| <b>ДОДАТКИ</b>                                                                                                                                          | <b>108</b> |

## АНОТАЦІЯ

**Актуальність дослідження.** Сучасні події в Україні зумовили суттєве зростання кількості військовослужбовців, які пережили досвід бойових дій та зіткнулися з наслідками інтенсивних стресових ситуацій. Посттравматичний стресовий розлад, що виникає внаслідок переживання бойових дій, сьогодні набуває не лише медико-психологічного, а й виразного соціального та безпекового виміру. ПТСР впливає на емоційну стабільність, когнітивне функціонування, соціальну поведінку і відповідно, на здатність військовослужбовця ефективно взаємодіяти у структурі військової організації. У цих умовах питання психологічної реабілітації стає одним із ключових чинників, що визначають як індивідуальне благополуччя захисника, так і стійкість суспільства в цілому.

У науковій літературі представлено значну кількість досліджень, присвячених природі ПТСР, його симптоматиці та діагностиці. Разом із тим практика надання допомоги військовослужбовцям свідчить про потребу у більш структурованих і доступних програмах психологічної допомоги, що враховують специфіку сучасної війни, тривалість бойових навантажень та індивідуальні особливості переживання травматичного досвіду. Багато існуючих підходів дають важливі результати, однак нерідко потребують адаптації або розширення, щоб відповідати реальним запитам військових, які повертаються з передової.

Аналіз сучасної наукової літератури та практичного досвіду роботи з особами, які пережили бойову травму, засвідчує необхідність більшої орієнтації психологічної допомоги на індивідуальні особливості військовослужбовців та розроблення комплексних програм допомоги, здатних враховувати специфіку їхнього пережитого досвіду. У багатьох військовослужбовців ПТСР поєднується з багаторівневими порушеннями психоемоційної регуляції, зміною ціннісних орієнтацій, втратою відчуття контролю над життєвими подіями. За таких умов ефективна допомога має

ґрунтуватися не лише на подоланні окремих симптомів, а й на цілісному відновленні внутрішньої стійкості, розвитку адаптивних копінг-стратегій та формуванні психологічних ресурсів, необхідних для повернення до стабільного функціонування.

Проведення даного дослідження є актуальним і соціально значущим, оскільки спрямоване на розроблення науково обґрунтованої програми психологічної допомоги, яка відповідає сучасним потребам українських військовослужбовців та сприяє підвищенню ефективності практичної психологічної підтримки.

**Мета дослідження:** розробити та експериментально перевірити програму психологічної допомоги військовослужбовцям із ПТСР, яка сприятиме стабілізації психоемоційного стану.

Відповідно до мети визначено **завдання**:

1. Проаналізувати розвиток досліджень ПТСР, його етіологію, діагностичні критерії та особливості проявів у військовослужбовців.
2. Провести емпіричне дослідження вираженості та специфіки проявів ПТСР у військовослужбовців.
3. Розробити та апробувати комплексну тренінгову програму психологічної допомоги «Відновлення психоемоційної стійкості».

**Шляхами реалізації мети та завдань дослідження є:** здійснення теоретичного аналізу сучасної наукової літератури з проблематики посттравматичного стресового розладу та психологічної допомоги військовослужбовців; визначення психологічних особливостей прояву ПТСР на основі узагальнення емпіричних даних і методичних матеріалів; добір і застосування валідних психодіагностичних методик для оцінювання рівня травматичних переживань та пов'язаних психоемоційних станів; розроблення авторської програми психологічної допомоги з урахуванням теоретичних підходів і результатів діагностики; перевірка її ефективності шляхом проведення психологічної роботи з військовослужбовцями та аналізу їх рефлексивних відгуків після кожного заняття, що дозволило оцінити зміни у

суб'єктивному переживанні психоемоційного стану, а також узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків щодо ефективності програми.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, ПТСР у військовослужбовців, бойовий стрес, бойова психічна травма, травматичний досвід, психологічна допомога.

## ABSTRACT

***Relevance of the study.*** Current events in Ukraine have led to a significant increase in the number of military personnel who have experienced combat and faced the consequences of intense stressful situations. Post-traumatic stress disorder, which arises as a result of combat experience, today has not only medical and psychological dimensions, but also significant social and security dimensions. PTSD affects emotional stability, cognitive functioning, social behavior, and, accordingly, the ability of military personnel to interact effectively within the structure of a military organization. In these conditions, the issue of psychological rehabilitation becomes one of the key factors determining both the individual well-being of the defender and the stability of society as a whole.

A significant number of studies devoted to the nature of PTSD, its symptoms, and diagnosis have been published in scientific literature. At the same time, the practice of providing assistance to military personnel indicates the need for more structured and accessible psychological assistance programs that take into account the specifics of modern warfare, the duration of combat stress, and the individual characteristics of traumatic experiences. Many existing approaches yield important results, but often need to be adapted or expanded to meet the real needs of military personnel returning from the front lines.

An analysis of current scientific literature and practical experience working with individuals who have experienced combat trauma confirms the need for psychological assistance to be more tailored to the individual characteristics of military personnel and for the development of comprehensive assistance programs

that take into account the specific nature of their experiences. In many military personnel, PTSD is combined with multi-level disturbances in psycho-emotional regulation, changes in value orientations, and a loss of control over life events. Under such conditions, effective assistance should be based not only on overcoming individual symptoms but also on the holistic restoration of internal resilience, the development of adaptive coping strategies, and the formation of psychological resources necessary for a return to stable functioning.

This study is relevant and socially significant because it aims to develop a scientifically based psychological rehabilitation program that meets the current needs of Ukrainian military personnel and contributes to improving the effectiveness of practical psychological assistance.

***The purpose*** of the study is to develop and experimentally test a program of psychological assistance to military personnel with PTSD that will contribute to the stabilization of their psycho-emotional state.

In accordance with the objective, the following **tasks** have been defined:

1. Analyze the development of PTSD research, its etiology, diagnostic criteria, and characteristics of its manifestations in military personnel.
2. Conduct empirical research on the severity and specificity of PTSD manifestations in military personnel.
3. Develop and test a comprehensive psychological assistance training program called «Restoring Psycho-Emotional Stability».

***The ways to achieve the research goals and objectives are:*** conducting a theoretical analysis of contemporary scientific literature on post-traumatic stress disorder and psychological assistance to military personnel; identifying the psychological characteristics of PTSD based on the generalization of empirical data and methodological materials; selection and application of valid psychodiagnostic methods for assessing the level of traumatic experiences and related psycho-emotional states; development of an author's program of psychological assistance, taking into account theoretical approaches and diagnostic results; verifying its effectiveness by conducting psychological work with military

personnel and analyzing their reflective feedback after each session, which made it possible to assess changes in the subjective experience of the psycho-emotional state, as well as summarizing the results obtained and formulating conclusions about the effectiveness of the program.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, PTSD in military personnel, combat stress, combat mental trauma, traumatic experience, psychological assistance.

## ВСТУП

Повномасштабна війна істотно змінила контекст функціонування українських військовослужбовців, різко посиливши психологічне навантаження та збільшивши частоту проявів посттравматичного стресового розладу. Тривале перебування у зоні бойових дій, високий рівень невизначеності, швидкі зміни оперативної обстановки й повторювані контакти з травматичними подіями формують не лише окремі симптоми, а цілі комплексні патерни психотравматизації, що потребують нового підходу до їхнього осмислення. Військовий досвід сьогодні має інший вимір, ніж у попередніх поколіннях, він поєднує інтенсивність, тривалість та емоційне виснаження, що створює особливий профіль психологічних потреб військовослужбовців.

Аналіз сучасних емпіричних досліджень показує, що посттравматичний стресовий розлад нерідко характеризується відтермінованим початком, його симптоми можуть залишатися латентними певний час, проявлятися хвилеподібно та супроводжуватися коморбідними порушеннями, зокрема депресивними й тривожними розладами, емоційною дисрегуляцією, труднощами контролю імпульсивності та психосоматичними реакціями. Така багатовимірність наслідків бойового стресу підкреслює важливість своєчасної психологічної підтримки й необхідність застосування реабілітаційних підходів, орієнтованих на індивідуальні потреби військовослужбовців та особливості їхнього переживання травми.

У сучасних умовах психологічна допомога стає важливою складовою підтримання психічного здоров'я та боєздатності військовослужбовців, а програми, адаптовані до реальних потреб і переживань захисників, мають особливу цінність. Саме тому створення та апробація програми психологічної реабілітації військовослужбовців із ПТСР є суспільно значущим завданням, яке дозволяє поєднати наукові підходи з практичними психотехніками та

сприяє відновленню психоемоційного стану й підвищенню психологічної стійкості захисників України.

**Об'єкт дослідження** – психологічна допомога військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

**Предмет дослідження** – специфіка психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР у межах розробленої тренінгової програми «Відновлення психоемоційної стійкості».

**Мета дослідження:** розробити та експериментально перевірити програму психологічної допомоги військовослужбовцям із ПТСР, яка сприятиме стабілізації психоемоційного стану.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Проаналізувати розвиток досліджень ПТСР, його етіологію, діагностичні критерії та особливості проявів у військовослужбовців.
2. Провести емпіричне дослідження вираженості та специфіки проявів ПТСР у військовослужбовців.
3. Розробити та апробувати комплексну тренінгову програму психологічної допомоги «Відновлення психоемоційної стійкості».

**Теоретико-методологічною основою дослідження** становлять сучасні концепції психічної травми, бойового стресу та ПТСР, викладені у працях Д. Герман [2], Д. Гроссмана [6; 7], О. Блінова [29; 63], Б. Михайлова, В. Чугунова, В. Курила, С. Саржевського [11] та інші. Уявлення про психоемоційні й поведінкові прояви ПТСР ґрунтуються на дослідженнях Л. Герасименко, А. Скрипнікова, Р. Ісакова [22], О. Чабана, О. Хаустової [25] та інші.

Соціально-психологічні аспекти травматизації та реадaptaції військовослужбовців представлено у роботах Л. Гридковець [5], З. Кісарчук, Я. Омельченка [23], О. Туриніної [24], І. Слюсар, В. Кондрюкової [13] та інші. Методологічні засади дослідження психодіагностики й реабілітації ґрунтуються на напрацюваннях О. Кокуна, Н. Агаєва, І. Пішка та Н. Лозінської [9; 20].

Інтеграція міжнародних підходів спирається на праці F. Weathers, C. Blevins [70], A. McFarlane, M. Nijdam, S. Bremault-Phillips [72] та інших авторів, що вивчають клініку, діагностику та ефективні моделі допомоги при ПТСР. Сукупність вітчизняних і зарубіжних джерел забезпечує цілісність теоретичного підґрунтя та обґрунтовує вибір методів дослідження психологічного стану й реабілітації військовослужбовців із ПТСР.

**Емпіричною базою дослідження** було визначено Комунальне некомерційне підприємство «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради». Емпіричне дослідження проводилося на базі зазначеного госпіталю. Загальна вибірка охопила 32 військовослужбовців-чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні та мали психоемоційні прояви, характерні для посттравматичного стресового розладу. Для апробації розробленої тренінгової програми психологічної допомоги була сформована окрема експериментальна підвибірка з 10 військовослужбовців, які дали згоду на участь у психологічній роботі. Усі учасники нашого дослідження мають досвід перебування в умовах активних бойових дій.

Для забезпечення надійності та валідності результатів дослідження застосовано комплекс взаємодоповнюючих емпіричних методик: PCL-5 (контрольний список симптомів ПТСР за DSM-5), HADS (госпітальна шкала тривоги й депресії), а також Міссісіпська шкала (військовий варіант) для оцінки посттравматичних реакцій.

**Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:**

1. Уточнено психологічні особливості проявів ПТСР у військовослужбовців, отримані на основі емпіричних даних стаціонарної вибірки.
2. Розширено психологічний інструментарій оцінювання ПТСР у військовослужбовців шляхом інтегрованого використання PCL-5, HADS та Міссісіпська шкала (Military Version).

3. Розроблено та теоретично обґрунтовано програму психологічної підтримки військовослужбовців із ПТСР, спрямовану на стабілізацію психоемоційного стану. Емпірично підтверджено ефективність програми на основі позитивної динаміки рефлексивних оцінок учасників.

**Практична цінність** роботи полягає в тому, що:

1. Розроблена програма психологічної підтримки може бути використана у військових госпіталях та реабілітаційних центрах для стабілізації психоемоційного стану військовослужбовців із ПТСР та підвищення їхніх адаптаційних ресурсів.

2. Запропонований алгоритм психодіагностики (PCL-5, HADS, Міссісіпська шкала) забезпечує комплексну та достовірну оцінку посттравматичних і супутніх емоційних проявів, що підвищує ефективність планування психологічної роботи.

3. Отримані результати можуть бути використані практичними психологами для формування індивідуальних реабілітаційних заходів та покращення системи психологічного супроводу військовослужбовців під час лікування й після повернення до мирного середовища.

Магістерська робота складається з анотації, вступу, трьох розділів із семи підрозділами, загальних висновків та списку використаних джерел, який налічує 72 позиції. Робота ілюстрована 5 рисунками, містить 5 таблиць і 5 додатків загальним обсягом 14 сторінок. Загальний обсяг роботи становить 123 сторінки.

## РОЗДІЛ І.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР

#### 1.1. Посттравматичний стресовий розлад як соціально-психологічна проблема

Посттравматичний стресовий розлад (в'єтнамський синдром, афганський синдром) – відстрочена або пролонгована реакція на одиничні або тривалі стресові переживання надзвичайно загрозливого, іноді катастрофічного характеру [22, с. 38]. Серед ситуацій, які можуть викликати розвиток ПТСР, виділяють: природні катаклізми, техногенні катастрофи, теракти, війни, антисоціальні дії з боку інших людей (різного роду насильства) [22, с. 38; 23, с. 12]. За науковими дослідженнями «ПТСР – це психічний розлад, що спостерігається в осіб, які стали учасниками травматичної події» [36, с. 216]. У контексті сучасної України, війна виступає як головний психосоціальний стресор, що охоплює всі прошарки суспільства не обираючи статі, вік чи статус [42, с. 39].

У 2014 році українське суспільство вперше усвідомлено зіткнулося з проблемою посттравматичного стресового розладу та психологічною реабілітацію військовослужбовців, ветеранів, біженців, внутрішньо переміщених осіб, волонтерів тощо. Війна стала травмуючою подією, яка вплинула на кожного громадянина України. Певний рівень травматизації та індивідуальні особливості сприйняття кожної людини, впливають на подальшу продуктивність, якість життя та адаптацію до нових умов. З усіх соціальних груп в умовах війни найбільшого впливу травмувальних стресорів зазнають військовослужбовці, що зумовлює зростання кількості випадків ПТСР серед цієї категорії населення. За даними Міністерства у справах ветеранів України, станом на 01.07.2021 року статус учасника бойових дій отримали 423,76 тисяч громадян [64]. Згідно з опублікованими даними

досліджень аналітичного центру GLOBSEC, приблизно 80% учасників АТО/ООС зазнали бойового стресу, і у 25% з них, цей стан трансформувався у ПТСР різного ступеня тяжкості [68].

Повномасштабне вторгнення росії у 2022 році, створило безпрецедентне зростання ПТСР у військовослужбовців, адже – це пов'язано з кількома факторами: 1. довготривале перебування у зоні бойових дій та повернення ветеранів АТО/ООС до ЗСУ (накопичення бойового стресу); 2. рівень інтенсивності та залучених новітніх технологій у бойових діях; 3. масштабність уражених території на яких безпосередньо відбуваються бойові зіткнення; 4. бомбардування зон далеких від лінії вогню (ризик як для цивільних, так і для військових); 5. Тривалість російсько-української війни (на сьогодні – це 11 років). Всі зазначені вище предиктори, можуть сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, оскільки призводить до хронічного бойового стресу, порушення механізмів психологічного відновлення та постійної психоемоційної виснаженості.

Якщо станом на 6 липня 2021 року, за даними Єдиної інформаційної бази даних про ВПО, взято на облік 1,5 млн переселенці з тимчасово окупованих територій, то з 24 лютого 2022 року понад 11 млн українців були змушені переселитися в безпечніші області країни чи виїхати за кордон [66]. Отже, значна частина українців з 2014 року пережили або переживають травмуючий досвід.

Слід також згадати, що український народ упродовж всієї своєї історії неодноразово зазнавав масштабних трагедій, серед яких – Голод 1921 – 1923 рр. та 1946 – 1947 рр., Голодомор 1932–1933 років, репресії 1937 – 1938 рр., Друга світова війна тощо. Ці події залишили глибокий слід у колективній пам'яті українського народу та спричинили явище трансгенераційної травми. Більшість цих трагедій здійснила москва, яка продовжує свою незмінну насильницьку політику у XXI ст. нагромаджуючи цим самим психотравми в українців.

Потреба у психологічній допомозі зростає, про це свідчать запити громадян у медичні центри, що зумовило запровадження різноманітних державних програм психологічної допомоги цивільним та військовим. Все це стало каталізатором нових досліджень у галузі посттравматичного стресового розладу, залучення іноземного досвіду та розробки вітчизняних підходів до психологічної стабілізації та реабілітації цивільних та військових.

Травматичні події та психологічні реакції на них, існували завжди, а от дослідження в цьому напрямку розпочалися у XIX ст. Початком можна вважати дослідження у сфері істерії, які розпочав у Франції, невролог Жан-Мартен Шарко. Істерію він називав «Великим неврозом», зосереджуючи увагу на симптомах, які нагадували неврологічні ушкодження (руховий параліч, втрата чутливості, судоми, втрата пам'яті тощо) [58, с. 185]. До 1880 року, Ж.-М. Шарко показав, що ці симптоми мають психологічне походження [2, с. 21–23]. Продовжили дослідження в цьому напрямку П'єр Жане, Зигмунд Фройд, Йозеф Броєр. В результаті науковці дійшли висновку, що стан істерії спричинений психологічною травмою. Інтенсивні емоційні переживання, спричинені травматичними подіями, можуть порушити нормальне функціонування свідомості, що у свою чергу, сприяє формуванню істеричних симптомів. П. Жане назвав такі зміни у свідомості «дисоціацією», а Й. Броєр та З. Фройд – «розщепленням» [2, с. 25]. Справжнім відкриттям були дослідження З. Фрейда, він і сам вважав, що знайшов причину у 1896 р., виголосивши доповідь під назвою «Етіологія істерії» у Відні. Зигмунд Фройд дійшов висновку, «... що в основі кожного випадку істерії лежать один або декілька епізодів передчасного сексуального досвіду, випадків, які належать до раннього дитинства, але можуть бути відтворені за допомогою психоаналізу, незважаючи на десятиліття, які минули від тоді» [2, с. 26–27]. Тобто, Зигмунд Фройд говорив про те, що його пацієнти у дитинстві зазнавали сексуального насильства, які психіка дитини не змогла опрацювати і цей пережитий досвід витіснявся із свідомості, але повертався у формі тілесних симптомів. Отже, він пов'язав психотравмуючі події минулого зі

соматичними симптомами. Однак, через рік, після виголошення «травматичної теорії» він зрікся її, адже це могло мати відповідні соціальні наслідки [2, с. 27–28].

Повернення до досліджень відбулися під час Першої світової війни, яка забрала близько 8 мільйонів чоловіків. Психіатричні втрати були такими великими, що потребували додаткових приміщень для хворих. Як приклад, у Британській армії 40% від усіх жертв страждали на психічні зриви. Перші дослідження симптомів психічного розладу пов'язували з фізичною причиною, британський психолог Чарльз Маєрс, пояснював їх загальним ураженням снарядів та називав такий нервовий розлад «контузією». Згодом психіатри з'ясували, що симптоми контузії були спричинені психологічною травмою. Пережитий емоційний стрес від смертей на полі бою провокував у чоловіків невротичний синдром. З часом, ігнорувати чи приховувати існування неврозу воєнного часу стало неможливо. Підходи до лікування та ставлення до таких пацієнтів у тогочасному суспільстві різнилися. У медичній літературі таких пацієнтів називали «моральними інвалідами», а військове керівництво було переконано, що таких людей не потрібно лікувати, а повинні віддати під трибунал або взагалі вигнати. У лікуванні таких симптомів як втрата чутливості та руховий параліч, застосовували струм, більш прогресивні психіатри починають застосовувати «лікування розмовою». Прогресивні лікарі стверджували, що бойовий невроз – це психічний розлад, що може виникнути навіть у морально підготовлених військових. Засновником такої позиції був професор нейрофізіології, психології та антропології – В.Г.Р. Ріверз [2, с. 39–41].

Після Великої війни, цікавість до досліджень психологічної травми було знову втрачено. Наступним дослідником цього напрямку, став американський психіатр – Абрам Кардінер. У 1939 році була надрукована наукова праця «Індивід та його суспільство» у співавторстві з антропологом Корою Дюбуа. Ця робота дала можливість усвідомити вплив соціальної реальності та розуміння психологічної травми. У 1941 році автором було

надруковано клінічне та теоретичне дослідження «Травматичні неврози війни». Автор згадував про епізодичну амнезію, яка переривала йому дослідження в цьому напрямку [2, с. 45–47]. А. Кардінер вперше визначив клінічний опис стресових реакцій, які були спричинені участю у бойових діях, а саме: збудливість, дратівливість, фіксація на травмівній події, відхід від реальності, агресивні та некеровані реакції, нестримне реагування на раптові подразники [57, с. 9].

Друга світова війна стала каталізатором та поверненням до досліджень воєнного неврозу. Психіатри намагалися знайти швидке лікування, яке зможе допомогти солдатам. Саме під час війни, вперше було озвучено, що будь-хто може зламатися, якщо перебуває під обстрілом. Два американські психіатри Дж. В. Аппель та Дж. В. Біб дійшли висновку, що не існує «звикання до війни». Також вони визначили, що 200-240 днів у безпосередній участі солдата у бою, достатньо зламати навіть найсильнішого військовослужбовця, незважаючи на його фізичну та моральну підготовку. Дослідники визначили, що ключове значення має інтенсивність та тривалість напруги під час бою. Основна ідея лікування під час Другої світової війни – це короткострокове терапевтичне втручання, яке здійснюється якомога ближче до лінії фронту. Такий підхід був зумовлений швидким поверненням солдата до бою.

Абрам Кардінер та Герберт Шпігель починають використовувати гіпноз, щоб викликати змінений стан свідомості, який займає посередницьку роль в роботі з психологічною травмою.

Американські психіатри – Рой Грінкер та Джон Шпігель застосовують амітал натрію для лікування, назвавши цю методику - «наркосинтез» [2, с. 48–50]. Автори, відомі тим, що виділили 19 симптомів, які зустрічалися в учасників бойових дій: занепокоєння, роздратованість, розбитість, апатія, диссомнія, тривога, хронічна втома, страх, відчуття напруги, депресія, зміна особистості та прояви амнезії, тремор, труднощі з концентрацією, сплутаність, вживання алкоголю, розлади харчування, нічні кошмари, психосоматичні симптоми, фобії, параноя та підозріливість. Крім цього, їм

вдалося виокремити окремо гостру реакцію під час бою та відстрочені реакції після бою, тобто «військові неврози» [36, с. 218] та інші наслідки бойових дій [57, с. 9].

Також, актуальним в цей час залишається «лікування розмовою» воєнного неврозу, через переживання травматичних спогадів з усіма емоціями. Але жоден з підходів не давав тривалого терапевтичного ефекту. У деяких джерелах можна було зустріти, що 80% американських вояків, які зазнали гострого стресу поверталися до своїх обов'язків протягом тижня.

Знову, через декілька років, після закінчення війни, наступила амнезія в дослідженнях у цій сфері.

Систематичні дослідження розпочалися вже після закінчення війни у В'єтнамі. Рушійною силою стали ветерани війни, під їхнім тиском було легалізовано програму психологічного лікування «Оперативна допомога» в рамках діяльності Адміністрації у справах ветеранів. Також, було ініційовано ґрунтовне вивчення впливу воєнного досвіду на колишніх військовослужбовців та подальше їх мирне життя. Було підготовлено п'ятитомне наукове дослідження війни у В'єтнамі, де було окреслено синдром посттравматичного стресового розладу. У роботі представлено, що ПТСР має прямий зв'язок з участю у бойових діях. Саме ця війна та тиск ветеранів започаткували комплексне, ґрунтовне вивчення воєнного досвіду та зробили можливим визнання, що психологічна травма є наслідком війни.

У 1980 році психологічна травма вперше стала діагнозом. Американська психіатрична асоціація до свого посібника психіатричних розладів включила нову категорію під назвою «посттравматичний стресовий розлад». Симптоми якого збігалися з описом травматичного неврозу визначеним А. Кардінером. Можна говорити, що з цього моменту психологічна травма отримала формальне визнання в рамках діагностичних критеріїв [2, с. 47–53].

Хоча, вперше термін посттравматичний стресовий розлад був запропонований Марді Хоровіцем. Автором були розроблені діагностичні

критерії розладу, які стали основою під час складання Американської класифікації хвороб [71, с. 52]. Він описав психічні реакції та екстремальні ситуації, саме такий підхід став визначальним до визначення критеріїв ПТСР [36, с. 218]. Американська класифікація хвороб DSM-III у 1960 р. вперше згадує ПТСР в рамках невротичних розділів [34, с. 136]. У 1994 р. діагностичні критерії DSM-III були уточнені у новій редакції стандарту DSM-IV [47, с. 23; 7, с. 502–505] та практично без змін увійшли до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10 [36, с. 218].

У 2013 році діагностичні критерії ПТСР були знову переглянуті Американською психіатричною асоціацією та оновлені в останній версії DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). У DSM-V зазначено, що розлад відтепер віднесено до категорії «розлади, пов'язані з травмою та стресом» і передбачають «експозицію до травми або стресової події [59, с. 31]. У свою чергу, Міжнародна класифікація хвороб 11 видання (МКХ-11), яка була опублікована Всесвітньою організацією охорони здоров'я, також віднесла ПТСР до розділу «розлади, особливо пов'язані зі стресом». У цьому виданні уточненні специфічні симптоми для діагностування розладу (ПТСР) (6B40) і додано комплексний ПТСР (6B41) [22, с. 39; 18, с. 51].

Можна говорити про те, що кластери симптомів різняться в деяких аспектах, але вони обидві детально описують симптоми ПТСР. Їх обидві застосовують під час діагностики розладу. В Україні згідно наказу №703 від 23 квітня 2025 року Міністерством охорони здоров'я затверджено поступовий перехід на МКХ-11 у 2025-2026 рр., відповідно МКХ-10 втратить чинність із 01 січня 2027 року [65]. Тому, враховуючи наказ Міністерства охорони здоров'я України, деякі медичні заклади почали застосовувати МКХ-11.

Діагностичні критерії ПТСР відповідно до DSM-V:

Критерій А – наявність факту стресора – надзвичайної травматичної події: смертельна небезпека чи загрозу смерті, отримання чи загроза каліцтва,

наругу чи загрозу фізичній гідності особи (сексуальне насильство, тортури тощо).

Критерій В – симптоми інтрузії, пов'язані із травматичною подією.

Критерій С – симптоми уникнення, пов'язаних із травматичною подією, що спостерігається після завершення.

Критерій D – погіршення когнітивного та емоційного функціонування, що пов'язане з травматичною подією.

Критерій Е – надмірна реактивність або збудливість.

Критерій F – тривалість симптомів та їх проявів в критеріях В, С, D та Е (має бути більше 1 місяця).

Критерій G – порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Критерій H – розлад не є спричинений лікарськими препаратами, зловживання алкоголем чи наркотиками або іншою хворобою [23, с. 14–15; 60, с. 143]. Отже, головна умова встановлення діагнозу є прояв симптомів більше одного місяця в категоріях В, С, D та Е.

ПТСР в МКХ-11 налічує шість критеріїв у трьох кластерах та усуває симптоми, які характерні для інших порушень: настрій, тривога, порушення сну, дратівливість. Діагностування відбувається через місяць після перенесення травматичної події. Тривалість симптомів менше трьох місяців говорить про «гострий ПТСР», якщо більше трьох місяців то розлад – хронічний. Також, варто зазначити «ПТСР з відстроченим початком» - симптоми з'являються через декілька місяців або років після травми.

До основних діагностичних критеріїв ПТСР за МКХ-11 належать:

1. повторні переживання травмівних подій в теперішньому часі у вигляді нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом, жахіттям, флешбеками чи нічними кошмарами.
2. Уникнення думок та спогадів про травмівну подію.

3. Стан суб'єктивного відчуття збереження загрози у вигляді гіпернастороженості чи посилення реакцій переляку [22, с. 39; 72, с. 3; 28, с. 47; 61, с. 90].

Щодо комплексного ПТСР за МКХ-11, до основних діагностичних критеріїв розладу додаються такі симптоми, як: проблеми в регуляції емоцій; відчуття себе як приниженої особи та своєї меншовартості; проблеми у взаємовідносинах [22, с. 40]. Комплексний ПТСР – це новий розлад, але за статистичними даними приблизно 8% населення США мають діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Разом з тим, ряд досліджень акцентує увагу на тому, що від 20 % до 50% з цих осіб можуть відповідати клінічним ознакам комплексного ПТСР, хоча їм офіційно встановлено діагноз типової форми розладу. Виокремлення кПТСР у МКХ-11 базується на даних про те, що частина осіб з ПТСР також має порушення емоційної регуляції, міжособистісних стосунків та самооцінки. Його розвиток пов'язують із складною багаторазовою травматизацією та з емоційним нехтуванням події, яка сталася [32, с. 20]. За результатами досліджень в Україні кПТСР коливається від 9,2% до 14,6% [67].

Отже, діагноз ПТСР потребує сильної травматичної події, але не завжди прямої, як приклад, посттравматичний стресовий розлад може бути в особи, яка дізналася про насильницьку смерть близької людини [71, с. 53]. Причиною може стати сильне переживання події (подій), яка виходить за рамки повсякденного життєвого досвіду та спричиняє істотне напруження психоемоційної сфери [24, с. 25; 71, с. 53].

Джерелами травматичних подій можуть бути різні екстремальні ситуації, однією з найбільш досліджуваних та актуальних на сьогодні є військові дії, які здатні викликати ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад не виникає під час травматичної події, він має відстрочений характер, після того як людина відходить від стресу. Дослідження динаміки виникнення ПТСР потребує уваги до феноменів бойового стресу, гострої стресової реакції та гострого стресового розладу.

Одним із наслідків війни для учасника бойових дій є бойовий стрес, який має виражений психотравмуючий характер, спричиняє виникнення бойових психологічних ушкоджень та є чинником формування гострих і посттравматичних стресових розладів [63, с. 34].

За О. Бліновим «бойовий стрес – це стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу» [63, с. 61]. Науковці виокремлюють різні рівні бойового стресу: біохімічний, фізіологічний, психофізіологічний, психологічний, соціально-психологічний. Також зазначають форми бойового стресу: нетравматичний стрес, травматичний – бойова психічна травма та посттравматичний [49, с. 132].

У наукових дослідженнях з військової психології виділяють стрес-фактори, які впливають на військовослужбовців. До першої групи належать ті, які завдають психічного перевантаження під час бою: загроза життю; відповідальність за виконання поставленого завдання; обмеженість інформації; обмаль часу на ухвалення рішень від яких не тільки залежить подальша доля військових, а й хід бойових дій; не підготовленість військових до реальних бойових завдань; негативне налаштування комбатанта; негативні емоційні реакції у групах людей, як приклад – паніка, тощо. Друга група – це бойові та фізіологічні перенавантаження: фізичне виснаження через перенапруження та відсутність нормальних умов життя – сон, відпочинок, харчування. Третя група – це умови бойової діяльності: розпорядок дня та дисциплінованість; організація побуту та забезпечення потреб військових; особливість умов служби та бойових дій – природно кліматичні умови; переживання особистого характеру.

Як наслідок стрес-фактори призводять до розвитку психічних травм. За визначенням О. Блінова, «Бойова психічна травма – це патологічний стан центральної нервової системи, що формується у наслідку бойового стресу і перевищує адаптаційний потенціал людини» [29, с. 7]. Уникнути бойової психічної травми учасникам бойових дій практично неможливо, але можливо

понизити відсоток психогенних втрат за допомогою своєчасної психологічної допомоги та за допомогою психопрофілактичних заходів [29, с. 11–12].

У розвитку бойову психічну травму виділяють: гостру реакцію на стрес, гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад [16, с. 119–142]. Гостра стресова реакція може тривати від перших хвилин травматичної ситуації до двох діб. Гострий стресовий розлад може спостерігатися та тривати від двох діб до місяця [59, с. 32–33]. У 60–80% військовослужбовців виявляють симптоми гострої травми, які були свідками смерті побратимів чи цивільного населення [46, с. 52].

Посттравматичний стресовий розлад діагностується по завершенню одного місяця після критичного інциденту. Гострою формою ПТСР визначають термін від одного місяця до трьох, хронічною формою розладу визначають – перебіг більше ніж три місяці. Також, є відтермінований ПТСР, симптоми якого з'являються після шести місяців від травматичної події [59, с. 32–33]. Найнебезпечнішим в цьому розладі вважається – відстрочення в часі, адже розвіюється уявлення про благополуччя особистості і починають проявлятися характерні риси ПТСР, які заважають нормально жити та функціонувати [37, с. 208].

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10, «гостра реакція на стрес – це короткостроковий розлад, що розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичний фізичний або психоемоційний стрес» [67]. Зазвичай цей стан зникає через певний час, тобто кілька годин, днів, тижнів. За МКХ-11 гостра реакція на стрес є нормальною реакцією на екстремальні життєві обставини. У свою ПТСР визначають як відстрочену або затяжну реакцію на ситуацію або подію загрозливого характеру, яка може викликати дистрес у будь-якої людини. Відмінністю між гострою реакцією на стрес і посттравматичним стресовим розладом в МКХ-10, DSM-V та МКХ-11 – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. Окрім того, DSM-V пропонує мінімальну кількість симптомів кожного кластеру для постановки

діагнозу, ніж МКХ-10 та МКХ-11 [67]. Тому, можна зробити висновок, що вірогідність встановлення діагнозу ПТСР більша за DSM-V, ніж за Міжнародною класифікацією хвороб десятого чи одинадцятого видань.

При ПТСР адаптаційні механізми людини не працюють так як раніше, такі як: норадренергічна, серотонінергічна, глутаматергічна системи, система «гіпоталамус-гіпофіз-кора над нирок» тощо. За допомогою томографічного дослідження можна спостерігати зміни - це зменшення об'єму гіпокампу та передньої сингуляти, інтенсивна активність мигдалини, знижена активація пре фронтальної кори та гіпокампу [55, с. 302].

Виділяють основні симптоми та додаткові ПТСР. До основних симптомів належать: нав'язливі спогади та сновидіння, уникнення всього, що нагадує травмівну подію, емоційне збудження, гіперзбудження, хронічна тривожність, підозрілість [1, с. 21]. До вторинних відносять: гнів, дратівливість, почуття сорому та самозвинувачення, зловживання алкоголем чи хімічними речовинами, недовіра, депресія, соматичні розлади, відсутність сну, суїцидальні думки/активність, почуття безвиході тощо [61, с. 90; 53, с. 297–298; 46, с. 53; 6, с. 410]. Посттравматичний стресовий розлад має хвилеподібний характер. У більшості випадків пацієнти повністю відновлюються, однак іноді розлад зберігається протягом тривалого часу після пережитої травми та може трансформуватися в стійку зміну особистості [67]. Варто враховувати, що посттравматичний стресовий розлад може прогресувати – це може призвести до загострення симптомів, розширення їх спектру та переходу від гострої до хронічної форми розладу. Симптоми ПТСР можуть виникати після одноразової або довготривалої травматичної ситуації [27, с. 110].

За останніми оприлюдненими даними в Україні поширення ПТСР становить від 10 до 15 %, для обрахунку враховувалися особи, які зазнали впливу травмівних подій. Більш вразливими до появи психопатологічних реакцій є діти, підлітки та люди похилого віку. Якщо брати до уваги

гендерний аспект, то у жінок частота ПТСР в середньому в два рази вища, ніж у чоловіків [67; 30, с. 28].

Причини розвитку ПТСР до сьогодні складно визначити, дослідження в цьому напрямку тривають. Зважаючи на те, що розлад поширений у військовослужбовців, які зазнали травматичної події, але не у всіх він розвивається. Сучасні дослідження стверджують, що формування розладу відбувається під дією когнітивних, біологічних та психосоціальних чинників, які діють у різні періоди часу на особистість. Основними факторами ризику ПТСР у військовослужбовців називають вік, стать, расову належність, рівень освіти та статус у військовій структурі. Окремо дослідники підкреслюють, що психологічні травми, отримані в дитинстві, можуть стати значним фактором ризику для подальшого розвитку ПТСР у військовослужбовців та ветеранів. Також на появу розладу впливає галузь служби, звання, якість лідерства, згуртованість підрозділу, соціальна підтримка, мотивація [28, с. 48].

Досить складно прослідкувати поширеність ПТСР серед військовослужбовців на початковому етапі досліджень розладу у ХХ ст., коли його ще називали «контузійний шок». Саме цією назвою у роки Першої світової війни можна сьогодні асоціювати посттравматичний розлад. За зазначеною статистикою у грудні 1914 р. близько 10% офіцерів страждали на контузійний шок [57, с. 7].

За результатами вибіркового клінічного дослідження, які були проведені на території колишнього пострадянського простору, рівень ПТСР серед ветеранів афганської війни коливається в межах від 30 до 55% серед військовослужбовців, які за останні десять років брали участь у різних збройних конфліктах.

Результати національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни у 30,6% спостерігалось ПТСР. У 55,8% осіб із посттравматичним стресовим розладом виявлено невротичні або субпсихотичні стани. У цієї групи можливість втрати роботи та соціальних зв'язків у п'ять разів вища ніж у

людей без ПТСР. Додатково встановлено, що 70% осіб із ПТСР пройшли через розлучення; у 35% відзначалися значні труднощі у сфері батьківсько-дитячих стосунків; у 47,3% фіксувалися виразні ознаки соціальної ізоляції, а 40% демонстрували підвищений рівень агресивності та ворожого ставлення до оточення [48, с. 31–32]. Саме 36,8% представників цієї соціальної групи здійснюють більше 6 актів насильства в рік, половина з яких були заарештовані та ув'язнені (зокрема 34,2% – більше одного разу). Інші дослідження, які стосуються американських ветеранів В'єтнамської війни, демонструють, що у 25% виявлений розвиток несприятливих особистісних змін. За результатами дослідження, яке було проведено на початку 1990 рр. близько 100 000 ветеранів В'єтнамської війни покінчили життя самогубством, з яких 40000 ведуть соціально-ізольоване життя [14, с. 19].

За даними досліджень, які стосуються українських ветеранів війни в Афганістані спостерігаються виражені симптоми ПТСР у 25,0–30,0%. Зокрема, дослідники визначають, що у 50% колишніх військовослужбовців присутні поодинокі ознаки, що відповідають даному психопатологічному стану [11, с. 19].

За дослідженнями науковців поширеність ПТСР у військовослужбовців, які проходили військову службу в Республіці Ірак складає від 1,4 до 31% [52, с. 139].

Як зазначає керівник Науково-дослідного центру з гуманітарних питань при Збройних Силах України Назім Агаєв, серед військовослужбовців, що брали участь в антитерористичній операції, спостерігається критичний рівень психологічної дестабілізації. Оцінка особливостей сучасного бойового досвіду на території України вказує на значне збільшення психогенних втрат серед особового складу, яке суттєво перевищує аналогічні показники, зафіксовані під час збройних конфліктів в інших країнах або історичних етапах. В результаті було озвучено, що середній рівень психогенних втрат у світовій військовій практиці становить близько 10–25%, зокрема, серед українських військових цей показник на сьогодні сягає майже 80%. У

приблизно 30 – 40% випадків фіксуються тяжкі порушення, що можуть набувати незворотного характеру, коли психологічні проблеми трансформуються в серйозні психіатричні розлади. У такій ситуації військові втрачають спроможність повноцінно діяти в умовах бойових завдань, а їхній психоемоційний стан може становити ризик як для них самих, так і для особового складу поруч [35, с. 229]. Згідно з даними, оприлюдненими Національним центром з вивчення ПТСР (National Center for PTSD, 2021), приблизно 11 – 20% військовослужбовців мають симптоми посттравматичного стресового розладу, незалежно від ступеня інтенсивності участі в бойових діях [59, с. 30]. Відсоток ПТСР серед поранених та інвалідів значно вищий (до 42%), ніж серед фізично здорових ветеранів (від 10 до 20%) [57, с. 10].

Досвід участі у бойових діях часто має серйозні психологічні наслідки, які продовжують проявлятися й у мирний час. Ветерани можуть відчувати посилену тривожність, внутрішню напругу, різкі емоційні спалахи, депресивні епізоди та загострене почуття справедливості. Усе це ускладнює їхню взаємодію з соціумом: виникають труднощі в сімейних стосунках, проблеми з пошуком або збереженням роботи, а також спостерігається зниження інтересу до суспільного життя [48, с. 34]. У частини військовослужбовців і ветеранів спостерігається розвиток залежності від психоактивних речовин, дехто з них опинився у місцях позбавлення волі, а окремі випадки завершилися суїцидом [45, с. 23]. За статистикою на 1975 р. у США кількість самогубств серед військовослужбовців-учасників В'єтнамської війни утричі перевищила кількість загиблих власне на війні, рівень розлучень близько 90% [31, с. 60–61].

У 2025 році досить складно говорити про поширеність ПТСР серед комбатантів, адже офіційної статистики поки не було висвітлено. Можна лише припустити, що кількість військовослужбовців з розладом буде тільки збільшуватися.

Отже, посттравматичний стресовий розлад – це складна проблема, яка стосується не лише психічного стану конкретної особи, а й має ширший контекст. Вона вивчається на перетині різних наук – психології, психіатрії, соціології та військової медицини. ПТСР почали визнавати окремим видом психічного порушення після того, як зібрали достатньо доказів з досвіду учасників воєн XX ст., зокрема Першої і Другої світових воєн та війни у В'єтнамі. Саме ці події показали, наскільки сильно військові дії можуть впливати на психіку людини.

На сучасному етапі важливу роль відіграють міжнародні діагностичні стандарти: DSM-5 та МКХ – 11, які унормували підходи до виявлення, диференціації та класифікації різних форм стресових розладів, зокрема гострої реакції на стрес, гострого стресового розладу та ПТСР. Зокрема, у наукових підходах бойова психічна травма розглядається як специфічна форма травматичного досвіду, яка відрізняється своїм механізмом виникнення та тим, як вона проявляється з часом.

Статистичні дані щодо частоти ПТСР серед ветеранів бойових дій у різних військових конфліктах, особливо якщо брати до уваги український досвід військовослужбовців, які брали участь в операціях АТО/ООС, а сьогодні – це російсько-українська війна, свідчать про надзвичайну актуальність проблеми, її широкий соціальний резонанс та потребу в цілісному підході до подолання її наслідків. Важливо, щоб такий підхід охоплював не лише лікування в медичних закладах, а й передбачав довготривалу психосоціальну підтримку, яка допомагає адаптуватися та знижує ризик повторного травмування як для чинних військових, так і для тих, хто вже завершив службу.

## **1.2. Психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР**

Посттравматичний стресовий розлад є складним, серйозним та хронічним психологічним станом, який виникає після травматичної події.

ПТСР у військовослужбовців та ветеранів має специфічні прояви, враховуючи специфіку стрес-факторів. Постійне перебування в умовах загрози для власного життя та життя товаришів, а також очікування небезпеки й тривале перебування в емоційній напрузі, поступово впливають на психіку військовослужбовців і можуть стати причиною серйозного погіршення психологічного стану.

Психологічний стан військовослужбовців визначають такі чинники: особистісні якості; особливості травматичного досвіду; наявність і характер психотравми, отриманої в дитячому віці; акумульовані протягом життя соціальні моделі, зокрема життєві стратегії та сценарії; соціальна підтримка, соціальна допомога та професійна реалізація [39, с. 4].

Військова служба завжди вважалася стресовою й травматичною діяльністю, негативний вплив якої істотно позначається на добробуті й психологічному функціонуванні військовослужбовців. Травматичний досвід і стресові ситуації можуть суттєво впливати на внутрішній світ людини – зокрема, змінювати її уявлення про себе, інших і світ загалом. Це здатне позначатися на поведінці, емоціях та способі мислення. Варто зазначити, що військова служба часто супроводжується подіями, які є психотравмуючими, а тому становлять серйозну загрозу для ментального здоров'я. Військовослужбовці, які зазнали травматичного досвіду, мають підвищений ризик не лише розвитку посттравматичного стресового розладу або інших психічних розладів, а й також можуть відчувати зниження якості життя [41, с. 194].

Серед характерних проявів посттравматичного стресового розладу у військових часто зустрічаються нав'язливі спогади, які з'являються мимоволі та повертають людину до пережитих подій. До цього також відносять повторювані нічні жахи, у яких відтворюються сцени з бойових ситуацій, і стан, коли здається, що події минулого знову відбуваються – так звані флешбеки. Крім того, можуть спостерігатися емоційна відстороненість, уникання розмов про травматичний досвід чи місць, пов'язаних із ним, а

також втрата зацікавленості в повсякденному житті та відчуття ізолюваності. Ще одним важливим симптомом є підвищене психоемоційне напруження: дратівливість, неспокій, проблеми зі сном, надмірна реакція на різкі звуки чи рухи [56, с. 115].

Серед другорядних проявів ПТСР часто зустрічаються депресивні стани, підвищена тривожність, неконтрольована поведінка, зловживання алкоголем, психосоматичні розлади та порушення функцій Я-концепції. Наслідки участі в бойових діях не зникають після повернення до мирного життя. Через загострене почуття справедливості, емоційну напругу, різкі реакції на подразники та депресію багато ветеранів стикаються з труднощами в спілкуванні з оточенням, мають проблеми в сім'ї, труднощі з працевлаштуванням і поступово втрачають інтерес до соціального життя [48, с. 34]. Однією з характерних особливостей ПТСР є специфічні порушення пам'яті. У багатьох випадках це проявляється у надмірно чіткому пригадуванні незначних деталей, пов'язаних із травматичною подією. Часто ці фрагменти мають болісний емоційний відтінок, і людина ніби «застрягає» в них, не в змозі позбутися спогадів. Такі спогади виникають раптово, без видимої причини, але переживаються дуже яскраво, аж до найменших нюансів. Це супроводжується сильними емоційними реакціями — переважно страхом або агресією, а також вираженими фізіологічними симптомами, ніби людина знову перебуває в центрі травматичних подій.

Нав'язливі спогади про травматичні події можуть проявлятися у формі флешбеків, емоційно забарвлених снів або раптових пригадувань окремих моментів минулого. Флешбеки зазвичай сприймаються як дуже яскраві й емоційно насичені образи, які ніби відтворюють пережиту ситуацію заново. У більш тяжких випадках у людини спостерігається зниження здатності усвідомлювати теперішнє, коли спогади настільки сильні, що ніби перекривають реальність. Це може супроводжуватися збудженням, напругою, а іноді навіть агресивними реакціями. У крайніх проявах епізоди можуть досягати такого рівня інтенсивності, що нагадують психотичні стани,

включно з розладами свідомості, схожими на істеричне сутінкове затьмарення. Іноді страх перед повторним переживанням травматичних спогадів настільки сильний, що навіть незначний стимул, який нагадує про минулу подію, може спричинити паніку. У деяких випадках постраждалі уникають сну, бо бояться побачити нічні жахіття, пов'язані з пережитим. Водночас трапляється й протилежна реакція – коли людина свідомо повертається до болісних спогадів, намагаючись ще раз їх «прокрутити», осмислити й адаптуватися до них. При цьому короточасна пам'ять часто страждає – людині складно зосередитися та засвоювати нову інформацію. У людей з посттравматичним досвідом часто спостерігається зниження здатності зосереджуватися, утримувати увагу та швидко її переключати. До характерних проявів цього стану належать підвищена дратівливість, емоційна нестабільність, втрата здатності отримувати задоволення (ангедонія), порушення вегетативної регуляції, зокрема тахікардія та пітливість, а також труднощі зі сном або повне безсоння [22, с. 41].

У багатьох випадках у постраждалих спостерігається зниження настрою, що має риси легкої тривожної депресії. Це може супроводжуватися дратівливістю, невдоволенням собою та схильністю до агресивної поведінки. Часто з часом розвиваються тривожно-депресивні стани, а також виявляється тяга до вживання алкоголю чи наркотичних речовин як спосіб тимчасово заглушити внутрішню напругу. У сфері емоцій один із характерних симптомів – ангедонія, коли людина перестає відчувати задоволення від звичних речей. Такі люди нерідко почуваються відірваними від оточення, їхні емоційні реакції приглушені, зовні вони можуть виглядати байдужими, пригніченими, відстороненими, іноді демонструють немотивовану ворожість. Також можуть спостерігатися труднощі з вираженням власних і чужих емоцій (алекситимія), а разом з тим – зниження здатності до емпатії, емоційної чуйності та тонкого міжособистісного контакту [22, с. 41–42].

Серед поширених порушень, що можуть виникати у військовослужбовців після участі в бойових діях, слід виділити серйозні

труднощі зі сном, зокрема, проблеми із засинанням та повторювані нічні жахи. Також часто спостерігається підвищена дратівливість, через яку людині складно стримано реагувати на слова або поведінку інших. У деяких випадках виникають раптові емоційні вибухи – спалахи гніву чи агресії, коли боєць може вдатися до фізичного тиску на оточення, навіть без вагомих підстав. Подібні реакції нерідко спрямовані не лише на сторонніх, а й на найближче коло – рідних чи членів сім'ї.

Ще одним характерним симптомом є немотивована гіперпильність – постійне спостереження за довкіллям з метою виявлення потенційної загрози, що супроводжується перманентною фізичною напругою та неможливістю повноцінного розслаблення [50, с. 11–12]. Постійна внутрішня напруга, пов'язана з посиленою настороженістю, зацикленням на травматичних спогадах та очікуванням їх можливого повторення, поступово виснажує психіку. Людина починає відчувати хронічну втому, знижується здатність функціонувати на звичному рівні. Стає складно підтримувати соціальні зв'язки, виконувати професійні обов'язки, погіршуються стосунки в родині. З часом зростає рівень дезадаптації як у повсякденному житті, так і в роботі. У результаті багато постраждалих замикаються в собі та надають перевагу ізоляції від оточення [22, с. 42].

Крім того, фіксуються надмірні перелякані реакції: людина може різко здригатися, стрімко реагувати на несподівані стимули – наприклад, падати на землю через звук, схожий на гуркіт техніки, або миттєво приймати оборонну позицію у відповідь на раптовий дотик. У багатьох військових із часом формується підвищена недовіра до людей: вони часто довіряють лише тим побратимам, з якими перебували разом у бойових умовах. У деяких випадках ця настороженість може перерости в майже параноїдні переживання – коли постраждалому постійно здається, що за ним стежать або хтось має намір завдати шкоди [50, с. 11–12].

Також, деякі науковці виділяють основні психологічні особливості прояву ПТСР. Серед поширених емоційних реакцій у військовослужбовців,

які пережили бойові дії, особливо виразним є почуття провини та сорому. Часто людина не може прийняти те, що вона вижила, тоді як її побратими загинули – це явище відоме як синдром виживання. Також виникає сором через вчинки, до яких змусила війна, навіть якщо вони були обґрунтованими з точки зору виживання або виконання наказу. Ще один серйозний наслідок – соціальне відчуження. У багатьох виникає враження, що лише ті, хто був поряд на війні, здатні їх по-справжньому зрозуміти. Через це виникають труднощі у взаєминах із рідними, друзями та суспільством загалом: спілкування стає обмеженим, людина уникає контактів і відчуває себе ізольованою. У сфері настрою можуть спостерігатися депресивні епізоди, апатія, втрата орієнтирів і мотивації до дій. У деяких випадках військові намагаються втамувати психологічний біль шляхом вживання алкоголю чи психоактивних речовин [56, с. 115]. Вживання алкоголю тимчасово спричиняє стан психічного пригнічення, під час якого людина здатна стримувати нав'язливі думки та уявні образи, що дозволяє зменшити прояви тривожності, депресивних станів і раптових спалахів гніву. Проте, оскільки цей ефект триває лише в період сп'яніння, особа прагне продовжити його шляхом вживання більших доз алкоголю. Подібний механізм характерний і для більшості психоактивних речовин, зокрема психофармакологічних препаратів, а також легких та важких наркотиків. В результаті вони сприяють розвитку залежності, погіршенню психічного й фізичного стану, одночасно затримуючи або навіть посилюючи симптоматику посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [10, с. 112; 61, с. 90–91].

У деяких наукових роботах подається більш деталізований опис симптомів посттравматичного стресового розладу. Зокрема, йдеться про повторювані нав'язливі спогади, які можуть супроводжуватись сильними емоціями або тілесними відчуттями. Часто ці спогади виникають спонтанно, викликаючи значну внутрішню напругу. У певних ситуаціях людині здається, ніби подія відбувається знову – такі епізоди супроводжуються вираженим

психоемоційним стресом, особливо якщо їх провокують зовнішні або внутрішні подразники, що нагадують про травму.

Також можливі фізіологічні реакції – наприклад, почервоніння обличчя, тремтіння, зміни серцевого ритму. Частими є флешбеки, тобто яскраві уявлення, в яких знову переживається минула подія.

До інших проявів ПТСР належить уникання всього, що може асоціюватися з травмою, зокрема зниження активності, емоційне заціпеніння чи відчуження. У багатьох спостерігається підвищена збудливість: це може проявлятися у вигляді дратівливості, несподіваних спалахів гніву, труднощів із засинанням, порушенням тривалості сну, зниженням концентрації, надмірною пильністю або різкою реакцією на гучні чи раптові звуки [19, с. 12].

Як вже зазначалося вище, посттравматичний стресовий розлад може супроводжуватися проблематию зі психічним здоров'ям – депресією, тривогою, панічним розладом/агорафобією, obsесивно-компульсивним розладом, соціальною фобією тощо [16, с. 141]. Посттравматичний стресовий розлад часто поєднується з іншими психічними станами, зокрема з порушеннями настрою. Найпоширенішим із таких супутніх розладів є депресія – дослідження показують, що понад половина людей із ПТСР одночасно мають симптоми, які відповідають критеріям депресивного розладу. Аналогічно, спостерігається тісний зв'язок між ПТСР і тривожними станами. У багатьох випадках ці емоційні порушення (як тривожність, так і депресія) можуть виникати ще до розвитку самого ПТСР і слугувати потенційними чинниками, що підвищують ризик його появи. Однак є дані щодо протилежної динаміки, коли розлади настрою та тривога розвиваються після діагнозу ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад нерідко супроводжується підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Дослідження вказують, що люди з ПТСР значно частіше здійснюють спроби самогубства – ризик таких дій зростає приблизно у шість разів, а ймовірність появи суїцидальних думок – майже у п'ять разів. Також встановлено, що рівень завершених суїцидів серед

пацієнтів із ПТСР у багато разів вищий, ніж серед тих, хто не має цього розладу (за окремими даними – у тринадцять разів). Одним із ключових чинників, що посилює суїцидальні наміри, є поєднання ПТСР із депресивними розладами, яке становить більш значущий ризик, ніж інші супутні психічні стани [15, с. 23].

У людей із хронічним ПТСР депресивні стани, тривожність і глибоке відчуття безнадії часто спричиняють появу суїцидальних думок. Життєзагрозувальні наміри інколи сприймаються як єдиний можливий спосіб розірвати замкнене коло психологічних страждань. Водночас як сам факт роздумів про самогубство, так і спроби його здійснення здебільшого свідчать не про остаточну готовність попрощатися з життям, а радше про гостру потребу в допомозі й підтримці.

Одним із варіантів прояву глибокої внутрішньої напруги може стати схильність до ризикованої поведінки. У контексті бойових дій це проявляється в імпульсивних рішеннях, наприклад, раптових спробах прорватися до ворожих позицій, добровільному прийнятті особливо небезпечних завдань розвідувального або диверсійного характеру, а також у навмисному наближенні до зон, які можуть бути заміновані. Після повернення до мирного життя подібна поведінка може трансформуватися в участь у конфліктах, провокаціях чи бійках, а також у навмисне потрапляння в загрозові обставини або прояви нічим не виправданої агресії щодо оточуючих [10, с. 113].

Дослідники зазначають, що значна частина суїцидальних активностей – приблизно 70% у військовослужбовців/ветеранів із депресивними проявами пов'язана з труднощами у міжособистісних стосунках після повернення з бойових дій. Проблеми у взаємодії з оточенням стають для них важливим психологічним чинником ризику [38, с. 35]. Самогубство говорить про важкість та серйозність розладу. Дослідники, які вивчають наслідки збройних конфліктів, наголошують на критичній важливості надання якісної психологічної допомоги учасникам бойових дій. Згідно з висновками

військових психологів, майже кожен військовослужбовець після повернення із зони бойових дій потребує реабілітаційної підтримки. При цьому підкреслюється, що за відсутності належної психологічної допомоги симптоми ПТСР не лише зберігаються, а з часом можуть поглиблюватися [46, с. 53].

Отже, у військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом спостерігаються зміни, що охоплюють емоційний, поведінковий та когнітивний рівні функціонування. Такі порушення негативно позначаються на психічній стійкості та здатності до соціальної адаптації. Передусім страждає емоційна сфера: посилюються тривожність і депресивні переживання, з'являється почуття безпорадності й емоційного виснаження, що в окремих випадках може призводити до суїцидальних намірів або інших деструктивних реакцій. У поведінковій площині спостерігаються часті спалахи агресії, імпульсивність, гіпервиражена пильність, схильність до ризикованих і навіть самознищувальних дій як у бойовому середовищі, так і в мирному житті. Когнітивні аспекти ПТСР проявляються у порушеннях сприйняття реальності, хронічній підозрілості, нав'язливих думках, флешбеках, а також у зниженні здатності до концентрації та планування. Коморбідність із депресією та тривожними розладами лише поглиблює ці симптоми, утворюючи замкнене коло психотравматичних переживань.

### **1.3. Соціально-психологічна адаптація й інтеграція військовослужбовців з ПТСР у суспільство**

Однією з найактуальніших соціально-психологічних проблем, з якою стикаються військовослужбовці після звільнення у запас, а також члени їхніх родин, є процес адаптації до умов мирного життя. Це пов'язано з тим, що соціальний статус, характер професійної діяльності, а також система ціннісно-нормативного регулювання поведінки у військовому середовищі суттєво відрізняються від цивільної сфери. Особливо складною є реінтеграція

тих ветеранів, які безпосередньо брали участь у бойових діях, що додає глибини та багатовимірності проблемі повернення до повсякденного життя.

За даними Міністерства у справах ветеранів України, станом на лютий 2021 р., нараховувалося близько 405 500 осіб, які проходили службу в зоні АТО/ООС на сході України. З них майже 5% - це жінки (приблизно 19 400 осіб). Протягом наступних двох років (з лютого 2020 по лютий 2022) ця кількість зросла на 8% і досягла 439 999 осіб. Згідно з інформацією агентства УНІАН, станом на лютий 2022 року в Україні налічувалося приблизно 770 тисяч осіб, яким було надано статус учасника бойових дій.

Очевидно, що після початку повномасштабного вторгнення росії у 2022 р., кількість ветеранів зростає в геометричній прогресії. Міністр у справах ветеранів Ю. Лапуніна в інтерв'ю агентству «Інтерфакс–Україна» заявила, що після завершення війни загальна чисельність ветеранів та членів їхніх сімей може сягнути близько 5 мільйонів осіб [40, с. 246].

Повернення до мирного життя ускладнюється ще й тим, що на війні людина засвоює специфічні соціальні ролі та моделі поведінки, які не завжди легко перенести в цивільне середовище. Для кожного військовослужбовця участь у бойових діях стає глибоко особистим досвідом. Війна приносить не лише біль і втрати, а й змінює внутрішній світ – вона нав'язує нові обов'язки, поведінкові правила, пробуджує риси, які могли раніше залишатися прихованими або пригніченими. Також формуються надзвичайно міцні зв'язки з побратимами – людьми, з якими за інших обставин життя, ймовірно, не перетнулися б шляхи [10, с. 102].

Цивільні особи перетворилися на військовослужбовців, які несуть відповідальність за своє життя, за життя інших людей у смертельно небезпечних умовах, а професійні, кадрові військові теж стикаються із жорстокою військовою реальністю, про яку вони читали у військових підручниках. Правила спілкування змінюються на паролі та інші воєнні ритуали. Відбувається зміна соціального статусу особистості. У фронтових умовах для багатьох військових способом тимчасового зняття напруги стають

жорсткий гумор, емоційні спалахи чи навіть агресивні форми взаємодії, які ззовні можуть виглядати грубо. Такі реакції часто виконують роль своєрідного психологічного захисту, адже кожен момент на війні може раптово перетворитися на загрозову ситуацію. У середовищі постійного протистояння формується спрощене, дихотомічне бачення світу: свої – це «хороші», вороги – «погані», і навіть особи з сумнівною репутацією у своєму підрозділі сприймаються як ближчі, ніж будь-хто з протилежного боку. Подібне мислення допомагає вижити, але в перспективі ускладнює адаптацію до мирного життя. Військові дії примушують до швидких дій, оскільки це впливає на подальшу ситуацію. Правило «стріляй, а потім думай» спрацьовує саме в таких обставинах. Регулярне використання зброї та участь у збройному конфлікті сприяють формуванню в особистості відчуття контролю, сили та впевненості у власних діях. У військових умовах навіть ті, хто в мирному житті проявляв пасивність або уникав конфліктів, починають сприймати застосування сили як ефективний і виправданий спосіб вирішення проблем. Враховуючи глибину таких трансформацій, не дивно, що повернення до звичного мирного життя для багатьох військових супроводжується сильним внутрішнім напруженням. Засвоєні в бойових умовах моделі поведінки й мислення не зникають одразу — навіть коли військові розуміють, що ці стратегії більше не працюють у цивільному середовищі, відмова від них вимагає часу й значних зусиль. Адаптацію ускладнює й те, що суспільство не завжди готове приймати досвід ветеранів або дійсно слухати їхні переживання. Початковий інтерес до їхніх історій швидко змінюється буденними турботами, що призводить до зростання взаємного нерозуміння. З одного боку, суспільство не завжди усвідомлює потребу військових у підтримці, співпереживанні та визнанні їхнього внеску. З іншого боку, самі ветерани нерідко ігнорують той факт, що під час війни цивільні також зазнавали втрат, приймали складні рішення і долали власні труднощі.

Попри загальне уявлення про повернення з фронту як про бажану та радісну подію, для військових ветеранів цей процес нерідко стає джерелом додаткового стресу. Реінтеграція в родинне середовище ускладнюється тим, що під час їхньої відсутності відбулося багато змін: діти подорослішали, батьки постаріли, а подружжя змушене було перебрати на себе низку нових функцій та обов'язків. У випадках, коли члени сім'ї проживали поблизу зони бойових дій, на окупованих територіях або були змушені евакуюватися, вони також зазнали значних психотравмувальних впливів. Унаслідок цього в родині може зростати рівень психологічної напруги, що нерідко призводить до конфліктів, проявів домашнього насильства або розриву сімейних стосунків.

З часом більшість військових поступово адаптуються до умов мирного життя, відновлюючи свій звичний ритм і включаючись у соціальні процеси. Однак досвід участі у війні назавжди залишається частиною їхньої ідентичності. Саме тому спілкування з побратимами, з якими поділяється спільна пам'ять про бойове минуле, набуває особливого значення. Це, у свою чергу, обумовлює потребу у створенні ветеранських спільнот, де люди можуть знайти розуміння, емоційну підтримку та відчуття належності. Водночас не всі проходять адаптаційний період однаково: існує група ветеранів, які зазнали особливо тяжких психологічних потрясінь – так звані «поранені в душу». Йдеться про осіб із проявами посттравматичного стресового розладу, для яких повернення до повсякденності є не просто складним, а подекуди майже неможливим без зовнішньої допомоги й тривалої психосоціальної підтримки [10, с. 102–103].

Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців, які повертаються до мирного життя після проходження служби, після пережитих травмівних подій, є ключовою проблемою та викликом для медико-психологічних служб. У контексті війни в Україні ця проблема набуває особливої уваги та гостроти. Значна кількість військовослужбовців

повертаються до цивільного життя з діагнозом посттравматичного стресового розладу, що істотно впливає на їх здатність адаптуватися до соціуму.

Соціально-психологічна адаптація є динамічним процесом, що охоплює комплекс змін у свідомості, поведінці, мотиваційно-ціннісній та емоційно-вольовій сферах особистості, спрямованих на досягнення узгодженості з новими соціальними умовами [13, с. 23–24]. Посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується низкою психологічних труднощів – від надмірної емоційної реактивності до станів емоційного приглушення. На цьому тлі у багатьох ветеранів знижується рівень самоповаги, втрачається віра у власні можливості, слабшає внутрішня мотивація. У деяких випадках спостерігається глибока втрата сенсу життя, що робить процес адаптації до мирних умов надзвичайно складним. Змінений емоційний стан та порушення у системі самооцінки значно ускладнюють соціальну взаємодію, а іноді й повністю її блокують [13, с. 24–25]. За результатами соціологічного дослідження, проведеного Міжнародною організацією з міграції (МОМ) у 2019 році в місті Києві, а також у Київській, Дніпропетровській та Львівській областях, було виявлено, що 32% опитаних ветеранів почуваються соціально ізольованими, або такими, що виключені з повноцінного суспільного життя [40, с. 271].

Науковці розглядають соціально-психологічну адаптацію не лише як стан рівноваги між індивідом та соціальним середовищем, але й як процес, що передбачає активну зміну суб'єктом своєї поведінки, установок, стратегій з метою збереження психологічного благополуччя [62, с. 91]. У межах цієї концепції механізми адаптації набувають особливого значення. У науковій літературі адаптованість особистості зазвичай розглядається крізь призму двох основних аспектів – зовнішнього та внутрішнього. Зовнішня адаптованість передбачає здатність людини відповідати вимогам навколишнього середовища, ефективно пристосовуватись до соціальних і побутових умов. Внутрішній аспект охоплює загальне психологічне самопочуття, відчуття внутрішнього комфорту, суб'єктивну задоволеність

своїм становищем у суспільстві та позитивне соціальне сприйняття себе [62, с. 92]. Поняття «інтеграція» розглядається як процес розвитку та стан об'єднання нових елементів в єдине ціле (елементів, які раніше вийшли з системи), що призводить до появи нової системи з новими структурними елементами, де збільшується обсяг та інтенсивність взаємозв'язків і взаємодій між елементами, зокрема надбудовуються нові рівні взаємостосунків в системі [44, с. 49].

Науковці чітко розмежовують вектори адаптації на психологічний, соціальний, професійний та нормативно-правовий. Вони підкреслюють, що успішна інтеграція особи, яка пережила психотравматичні події, неможлива без цілісного підходу, що охоплює як індивідуальну психокорекцію, так і системну підтримку з боку інституцій громадянського суспільства та держави [54, с. 160–161].

Одним із ключових аспектів соціально-психологічної адаптації військовослужбовців після повернення до мирного життя є налагодження взаємин із членами родини, друзями та близьким оточенням. Цей період супроводжується глибоким переосмисленням власної соціальної ролі та необхідністю відмови від моделей поведінки, які були прийнятними в умовах військової служби, але виявляються непридатними чи недоречними в цивільному середовищі. Враховуючи ці фактори, як самі військовослужбовці, так і члени їхніх родин потребують професійної психологічної підтримки впродовж усього адаптаційного періоду [54, с. 161]. Також, велика відповідальність покладена на сім'ю військовослужбовця, адже після повернення із зони бойових дій, вони мають бути готові до спільних змін. Цей фактор передбачає здатність членів родини переосмислювати та перебудовувати міжособистісні стосунки з урахуванням нового життєвого досвіду військовослужбовця. Важливими умовами цього процесу виступають задоволеність сімейними відносинами, готовність до взаємної підтримки, налагодження соціальних контактів із друзями та поступове професійне самовизначення [44, с. 50].

Серед основних напрямів підтримки військовослужбовців та ветеранів після завершення бойових дій можна виокремити такі: соціальна й психологічна адаптація, повернення до професійної діяльності, а також удосконалення законодавчих механізмів, які регламентують їхні права та державні гарантії. При цьому особливої уваги потребує створення таких умов, які б сприяли формуванню у ветеранів здатності самостійно ухвалювати життєві рішення та активно включатися у суспільне життя. Важливо, аби адаптаційні ресурси не лише покривали базові потреби, а й давали людині змогу повноцінно функціонувати в умовах мирного середовища та бути соціально активною особистістю.

З цією метою в Україні впроваджено комплекс заходів, що охоплюють соціальну, медичну та психологічну підтримку, спрямовану на полегшення переходу з військового до цивільного життя. Такі програми організовують з метою знизити інтенсивність дії негативних соціальних та психологічних чинників. Окрім того, важливо створювати умови, що допомагають військовослужбовцям розширювати свій потенціал у напрямі соціальної інтеграції та пошуку власного професійного шляху після завершення участі в бойових діях.

У контексті соціально-психологічної адаптації військових, які мають досвід ПТСР, важливу роль відіграють психотерапевтична підтримка та реабілітаційні програми. Саме вони допомагають подолати глибокі внутрішні бар'єри, стабілізувати емоційний фон і поступово відновити особистісні ресурси, необхідні для повернення до повноцінного життя в мирному середовищі. Серед наявних підходів у психотерапії найвищу ефективність у роботі з ПТСР демонструє когнітивно-поведінкова терапія, яка є однією з провідних методик сучасної практики [46, с. 55]. Варто зазначити, що патопсихологічна симптоматика не завжди досягає інтенсивності, яка дозволяє говорити про наявність клінічного діагнозу. У зв'язку з цим надзвичайно важливим є раннє розпізнавання первинних ознак порушень, адже своєчасне реагування та профілактичні втручання можуть суттєво

знизити ризик формування стійкого психічного розладу. Серед психокорекційних засобів, що сприяють стабілізації емоційного стану, зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності лікувально-реабілітаційної роботи, дедалі ширше застосовуються зоотерапевтичні практики – зокрема, каністерапія (терапія за участі собак) та фелінотерапія (використання терапевтичного контакту з котами) [55, с. 299].

Організація системи реабілітаційної допомоги ветеранам в Україні частково ґрунтується на міжнародному досвіді. Зокрема, приклади США та Хорватії слугували орієнтиром для створення спеціалізованих центрів реабілітації для осіб із бойовим досвідом. Україна частково орієнтувалася на ізраїльський досвід, перейнявши модель організації національної мережі центрів, що працюють над підвищенням стресостійкості населення. Такі установи забезпечують комплексну психосоціальну підтримку, оперативне реагування у кризових ситуаціях, а також впроваджують терапевтичні й реабілітаційні практики для подолання психологічних наслідків травматичних подій.

Важливою ініціативою є також проєкт «Україна–Норвегія». У межах цієї ініціативи впроваджується система професійної перекваліфікації та заходів, спрямованих на соціальне включення військовослужбовців і членів їхніх родин у нові життєві умови. Цей проєкт фінансується Міністерством закордонних справ Королівства Норвегія та має значний потенціал у формуванні нових механізмів підтримки.

У контексті актуальних викликів, пов'язаних із необхідністю створення єдиної національної системи психологічної реабілітації учасників бойових дій, у грудні 2016 року в Україні було запроваджено інститут Уповноваженого Президента з питань реабілітації учасників АТО, які зазнали поранень, контузій, каліцтв чи інших травматичних наслідків служби [51, с. 52].

Зокрема, механізми державної підтримки орієнтовані на подолання низки актуальних проблем, з якими стикаються ветерани та військові після повернення до цивільного середовища. Серед них – емоційна дестабілізація,

труднощі в опануванні стресових станів, проблеми у сфері сімейних взаємин, зниження адаптивності до мирного соціального контексту, а також потреба у зміні або оновленні професійної діяльності.

Окрему увагу слід звернути на явище посттравматичного зростання, яке, попри складність його досягнення, розглядається як потенційний результат ефективної адаптації. Позитивна переоцінка подій, зміцнення міжособистісних зв'язків, формування нової системи цінностей – усе це може стати наслідком глибокої внутрішньої трансформації, якщо особа отримає своєчасну психологічну допомогу. Тому, соціальна адаптація не є виключно результатом впливу зовнішніх умов – важливу роль відіграють внутрішні ресурси самої особистості, зокрема рівень емоційної стійкості, що сприяє ефективній психологічній перебудові. Успішність адаптаційного процесу значною мірою залежить від індивідуально-психологічних характеристик, таких як життєстійкість, здатність до саморегуляції, наявність чітких ціннісних орієнтирів та вміння справлятися зі стресовими ситуаціями [54, с. 161].

Важливо зазначити, що інтеграція осіб із ПТСР не зводиться лише до надання психологічної підтримки. Соціально-психологічна адаптація передбачає також формування нової соціальної ролі, здатність до включення у професійну діяльність, розширення соціальних зв'язків та відновлення суб'єктивного контролю над життям [13, с. 26–27].

Інтеграція ветеранів у суспільно корисну діяльність через участь у ветеранських об'єднаннях сприяє не лише їхній активній соціалізації, а й дає можливість реалізувати власну роль у громаді. Така взаємодія дозволяє учасникам бойових дій розкривати свій внутрішній потенціал, виявляти ініціативу, креативне мислення, професійні навички та наповнювати життя новими особистісними смислами. У процесі такої взаємодії формується досвід освоєння нових форм соціальної активності, що сприяє більшій інтеграції ветеранів у громадське життя.

У процесі міжособистісної взаємодії людина має змогу глибше усвідомити як власні емоції та внутрішні переживання, так і краще зрозуміти інших учасників спілкування. Це сприяє збагаченню змісту комунікації, розвитку емпатії, взаємного прийняття та глибшого міжлюдського розуміння. Водночас у площині самосвідомості активізується формування «Я-концепції», усвідомлення свого соціального становища, опанування нових соціальних ролей і формування морально-ціннісної орієнтації особистості.

Процес соціалізації військовослужбовця чи ветерана має взаємний характер: з одного боку, він передбачає поступове засвоєння діючих у суспільстві норм, цінностей і поведінкових моделей, а з іншого – активну участь особи в соціальному середовищі. Саме така взаємодія дозволяє трансформувати зовнішні соціальні впливи у внутрішні переконання, індивідуальні установки та стійку систему цінностей. Таким чином, шляхом цілеспрямованого впливу на умови, у яких перебуває ветеран, а також завдяки залученню його до суспільно-корисної діяльності через ветеранські й громадські об'єднання, можливо ефективно впливати на процес соціалізації. Цей процес охоплює всі основні сфери формування соціальності особистості – культуру, освіту, виховання і забезпечує її здатність до повноцінної участі в житті суспільства [48, с. 51].

Використання когнітивного підходу, зокрема концепції асиміляції й акомодатії, дозволяє глибше осмислити процес адаптації як постійний баланс між старими когнітивними структурами й новими вимогами середовища [62, с. 91]. Це особливо актуально для військовослужбовців, які втрачають колишню ідентичність та змушені вибудовувати нову, адаптовану до умов мирного суспільства.

Таким чином, процес соціально-психологічної адаптації та подальшої інтеграції осіб із досвідом військової служби, які мають симптоми ПТСР, у сучасне українське суспільство є складним і багатоаспектним. Він охоплює не лише емоційні й поведінкові зміни, але й зачіпає когнітивну сферу та соціальні взаємозв'язки. Для успішної реінтеграції необхідно не лише

подолати наслідки психотравматичного досвіду, але й відновити внутрішні сили, сформувані готовність до професійної активності, відкритості у спілкуванні та відчуття належності до громадянської спільноти.

Ключову роль у цьому процесі відіграє підтримка з боку родини, громадських організацій, ветеранських спільнот і державних структур. Особливого значення набуває своєчасна психотерапевтична та реабілітаційна допомога.

### **Висновки до першого розділу**

Історичний огляд показав, що визнання ПТСР як окремої психічної проблеми стало можливим після масштабних військових конфліктів XX століття, а розвиток систем класифікації та діагностики (МКХ, DSM) дозволив глибше зрозуміти механізми виникнення та перебігу цього розладу.

Психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР свідчать про специфіку їх внутрішнього стану, який характеризується порушенням емоційної регуляції, підвищеною тривожністю, гіпернастороженістю, соціальною ізоляцією, втратою мотивації тощо.

Особливої уваги потребує процес соціально-психологічної адаптації та інтеграції військовослужбовців з ПТСР у мирне суспільство. Успішна інтеграція залежить не лише від зовнішніх факторів (сімейна підтримка, діяльність ветеранських організацій, державні програми), а й від внутрішніх ресурсів особистості: життєстійкості, ціннісних орієнтацій, здатності до саморефлексії.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад становить складну, багатовимірну проблему, яка не обмежується лише рамками медичної діагностики й потребує комплексного, міждисциплінарного розгляду. Ефективне повернення військовослужбовців до повноцінного життя можливе лише за умови налагодженої співпраці між державними структурами, громадським сектором, системою охорони здоров'я, з урахуванням

індивідуального досвіду та особистісних особливостей кожного. Такий інтегрований підхід дозволяє не лише мінімізувати наслідки бойових психотравм, але й створює підґрунтя для збереження особистої гідності, активної життєвої позиції та психологічної рівноваги українських воїнів.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИЯВУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

#### **2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження ПТСР у військовослужбовців**

Участь військовослужбовців у бойових діях (АТО/ООС/російсько-українська війна), що проходить в умовах інтенсивного впливу численних стресогенних факторів бойового середовища, зумовила формування у значної частини військовослужбовців симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Залучення військовослужбовців у бойових діях закономірно пов'язана з високою ймовірністю переживання численних психотравмуючих подій. Такі ситуації належать до категорії екстремальних критичних подій, що характеризуються значним деструктивним впливом на психіку особистості та вимагають від неї значних ресурсів для подолання наслідків. Бойова психічна травма розглядається як деструктивна зміна функціонального стану центральної нервової системи, що виникає у відповідь на надмірний бойовий стрес. Його інтенсивність перевищує адаптаційні ресурси індивіда, що, у свою чергу, спричиняє розвиток психопатологічних реакцій, тісно пов'язаних із пережитим бойовим досвідом [43, с. 85].

У багатьох військовослужбовців розвиток психопатологічних станів пов'язаний із психічними травмами, яких вони зазнають під час виконання бойових завдань в умовах інтенсивного стресу та небезпеки, характерних для зони бойових дій. Варто підкреслити, що прояви психологічних розладів можуть даватися взнаки не лише безпосередньо під час участі в бойових операціях, але й у період повернення до мирного середовища, коли розпочинається процес реадаптації до звичного життя.

Такі порушення проявляються на психологічному рівні у вигляді пригніченого настрою, підвищеної тривожності, агресивності, депресивних станів, а також схильності до зловживання різних речовин.

Здійснення діагностики постстресових та інших негативних психічних станів, а також виявлення осіб, які входять до групи підвищеної психологічної вразливості, дозволяє ідентифікувати військовослужбовців із низьким рівнем адаптаційного ресурсу та високим ризиком розвитку тяжких форм бойової психотравми, зокрема ПТСР. Це, у свою чергу, створює передумови для розробки індивідуалізованої стратегії психопрофілактики, психокорекції та реабілітації для кожного окремого військовослужбовця [9, с. 9–10].

Офіційно затверджені клінічні протоколи, що містяться в реєстрі, відіграють ключову роль у впровадженні медичних стандартів, а також забезпечують практичну базу для здійснення діагностики, лікування та подальшої реабілітації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу. Їх застосування допомагає створити більш результативну та орієнтовану на потреби пацієнтів систему медичної допомоги [67; 26, с. 34].

Емпіричне дослідження здійснювалось на базі Комунального некомерційного підприємства «Обласного клінічного госпіталю ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» м. Кропивницький.

У нашому дослідженні взяли участь 32 військовослужбовців, виключно чоловіки, які перебували на лікуванні та реабілітації. Вік досліджуваних становить від 25 до 54 років. Всі пацієнти мають досвід перебування в бойових умовах, учасники російсько-української війни. Дослідження було сплановано та проведено в декілька етапів.

На початковому етапі емпіричного дослідження було здійснено ознайомлення з базою даних медичного закладу, на підставі якої здійснювався відбір військовослужбовців, що перебували на лікуванні. Наступним кроком стала організація особистих зустрічей з

військовослужбовцями, під час яких проводилося встановлення довірливого контакту та отримання згоди для дослідження, що є необхідною умовою для подальшої психодіагностики. Особлива увага приділялася етичним аспектам взаємодії, зокрема добровільності участі, анонімності та інформованій згоді.

На подальшому етапі дослідницької роботи було залучено низку психодіагностичних інструментів, які дозволяють комплексно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців. Особливу увагу приділено виявленню симптомів посттравматичного стресового розладу та супутніх емоційних дисфункцій. У межах одного з напрямів оцінки психічних реакцій, пов'язаних із наслідками бойової психотравми, було використано шкалу PCL-5 – контрольний перелік симптомів ПТСР відповідно до класифікації DSM-5 (див. додаток А) [22, с. 87–89; 67; 70, р. 489–498], HADS (госпітальна шкала тривоги і депресії) (див. додаток Б) [25, с. 55–58; 9, с. 194–197; 67; 12, с. 102], а також Міссісіпська шкала ПТСР (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) (див. додаток В) [33, с. 60; 9, с. 160–165; 21, с. 43], що є валідним інструментом для оцінки бойового посттравматичного розладу у військовослужбовців.

Опитувальник PCL-5 є психодіагностичним інструментом, який охоплює 20 тверджень, спрямованих на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Кожен пункт оцінюється від нуля до 4 балів, залежності від інтенсивності прояву симптому, де:

- 0 балів – симптом не проявляється;
- 1 – слабо виражений;
- 2 – помірний;
- 3 – достатньо виражений;
- 4 – надмірно інтенсивний.

Ця методика широко застосовується як для скринінгу ПТСР, так і для попереднього клінічного оцінювання психоемоційного стану особи.

Пункти опитувальника згруповані за відповідними діагностичними блоками, відповідають DSM-5:

Критерій А – описання травматичної події;

Критерій В – ознаки повторного переживання (питання 1–5);

Критерій С – симптоми уникнення (питання 6–7);

Критерій D – негативні думки та емоційні зміни (питання 8–14);

Критерій Е – надмірна збудливість/реактивність (питання 15–20).

Максимально можлива кількість балів – 80, мінімальна – 0.

Результати інтерпретуються за двома основними підходами: перший, кластерний аналіз симптомів ПТСР вважається ймовірним, якщо опитуваний набирає від 2 балів і більше принаймні на одному пункті кожного з критеріїв В і С, а також не менш ніж на двох пунктах критеріїв D і Е.

Другий підхід – сумарна оцінка, підсумовуються всі бали за шкалами; порогове значення для діагностичного припущення становить 33 бали і вище [22, с. 87–89].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) є широко визнаним психодіагностичним інструментом, що застосовується для виявлення та оцінки рівня тривожних і депресивних проявів, зокрема в контексті загальносоматичних клінік. Розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом в 1983 р. Методика має високі показники валідності щодо діагностики саме цих двох психоемоційних станів.

Серед ключових переваг HADS – простота у використанні, зручність для пацієнта, а також швидкість заповнення та обробки результатів, що робить її практичною в умовах обмеженого часу.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділено на дві підшкали:

- підшкала тривоги (Т («anxiety»)): включає непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13),
- підшкала депресії (D («depression»)): охоплює парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожне твердження оцінюється від 0 до 3 балів, що відображає ступінь вираженості відповідного симптому – від його повної відсутності до максимальної інтенсивності. Підсумкові оцінки визначаються окремо для кожної підшкали, де максимальний бал становить 21 як для тривожності, так і для депресії.

Інтерпретація результатів здійснюється за наступною шкалою:

- 0–7 балів – нормальні показники;
- 8–10 балів – субклінічний рівень тривоги/депресії;
- 11 і більше балів – свідчать про наявність клінічно значущого розладу тривоги/депресії [25, с. 55–58; 22, с. 48–51; 9, с. 194–197].

Міссісіпська шкала (МШ) (англ. Mississippi Scale), для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), розроблена Т. Кеапе в 1987 – 1988 рр., є дієвим психодіагностичним інструментом, спеціально адаптованим для оцінки інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. На сьогодні вона належить до числа найпоширеніших та обов'язкових шкал згідно з уніфікованим клінічним протоколом, що використовуються для вимірювання клінічно значущих проявів ПТСР.

Опитувальник включає 35 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, що дозволяє визначити ступінь вираженості кожного симптому. Загальний бал формується шляхом підсумовування відповідей, і слугує інтегральним показником впливу травматичного досвіду на особистість.

Структура шкали охоплює чотири основні категорії симптомів, три з яких узгоджуються з діагностичними критеріями DSM:

11 пунктів стосуються симптомів повторного переживання (інтрузії);

11 тверджень оцінюють рівень уникнення;

8 пунктів – фізіологічну гіперзбудливість;

5 окремих тверджень спрямовані на виявлення суїцидальних думок і почуття провини, що часто супроводжують ПТСР у військових.

Дослідження засвідчили, що Міссісіпська шкала має належні психометричні характеристики, а її високі підсумкові показники статистично корелюють із клінічним діагнозом ПТСР. Це дало поштовх до створення адаптованої версії шкали для цивільного населення, яка включає 39 тверджень. Як продемонстрували дослідження МШ володіє необхідними психометричними властивостями, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад» [9, с. 160–165; 22, с. 62–67; 20, с. 21–23].

Отже, у межах емпіричного дослідження нами було використано три психодіагностичні методики – PCL-5, HADS та Міссісіпську шкалу ПТСР. Їх застосування дозволило всебічно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців, виявити наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, а також рівень тривожності і депресії. Такий підхід сприяв отриманню надійних результатів, що стали основою для подальшого аналізу проявів ПТСР.

## 2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

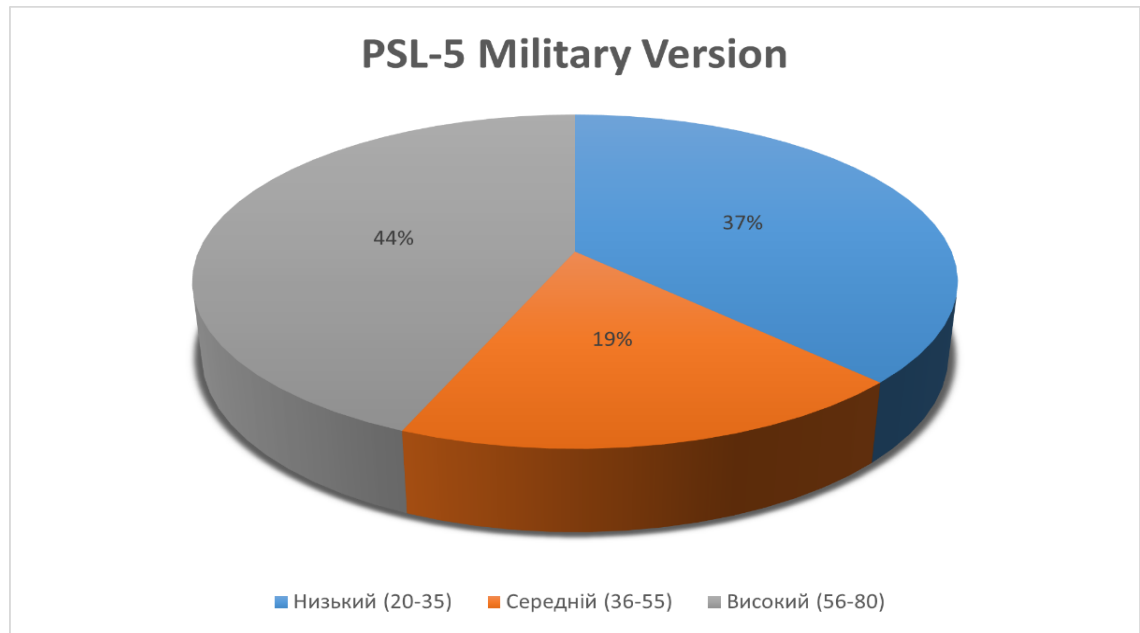
За допомогою психодіагностичних методик: PCL-5, HADS та Міссісіпська шкала (військовий варіант), нами було здійснено діагностику, яка дозволила виявити ступінь та симптоми ПТСР, рівень тривоги і депресії військовослужбовців.

За даними діагностики ПТСР за тестом PCL-5 маємо наступні результати, які представлено у таблиці 2.2.1.

*Таблиця 2.2.1.*

| <b>PSL-5</b>         |                  |          |
|----------------------|------------------|----------|
| <b>Загальний бал</b> | <b>Кількість</b> | <b>%</b> |
| Низький (20-35)      | 12               | 37%      |
| Середній (36-55)     | 6                | 19%      |
| Високий (56-80)      | 14               | 44%      |
| Всього               | 32               | 100%     |

Низькі показники мають 12 військовослужбовців, що становить 37% від вибірки. Середні мають 6 пацієнтів і це складає 19% від загальної кількості. Високі показники у 14 пацієнтів – 44%. Рис. 1 наочно зображує розподіл результатів.



**Рис. 1. Відсотковий розподіл результатів за методикою PCL-5**

Результати діагностики за всіма показниками симптомів ПТСР (критерії В,С,D,E) за методикою PCL-5, згруповані у зведеній таблиці (див. додаток Г).

Для глибшого розуміння особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців було нами було здійснено кластерний аналіз результатів за шкалою PCL-5. Готові результати були поділені на три групи відповідно до загального балу: високий, середній та низький рівень вираженості симптомів. Кожна відповідь оцінювалася за чотирма основними кластерами симптомів: інтрузія, уникнення, негативні думки та емоції, а також гіперзбудження/реактивність.

*Високий рівень ПТСР.* До цієї групи увійшли 14 осіб, що становить 44% вибірки. В усіх військовослужбовців спостерігається висока інтенсивність проявів ПТСР за всіма чотирма кластерами. Зокрема, показники за шкалою інтрузії здебільшого перевищують 16 балів, що свідчить про наявність нав'язливих спогадів, флешбеків або нічних кошмарів. У 12 з 14 респондентів

зафіксовано максимальні значення в кластері уникнення – це є свідченням того, що військовослужбовець намагається уникати будь-яких нагадувань про травматичну подію.

Кластер негативних думок і емоцій у більшості випадків коливається у межах 20–28 балів, що вказує на глибокі емоційно-когнітивні порушення, включаючи почуття провини, зниження самооцінки та відчуття безнадії. Значення у кластері гіперзбудження/реактивність показники коливаються від 19 до 23 балів, що вказує на фізіологічні прояви стресу. У такому випадку можливі – дратівливість, порушення сну, підвищену настороженість.

Таким чином, дана група демонструє повний спектр клінічно виражених симптомів ПТСР, що вимагає комплексного психотерапевтичного втручання.

*Середній рівень ПТСР.* До групи з помірною вираженістю симптомів ПТСР увійшло 6 респондентів (19%). У цій категорії найбільш стабільно проявляються інтрузії, показники коливаються від 12 до 16 балів та негативні емоції показники в межах від 14 до 20 балів. Уникнення має менш виражений характер, що може свідчити про вибірккові реакції на тригери.

Гіперзбудження/реактивність проявляється у межах 5–17 балів. Це може нам говорити про часткову дезадаптацію, яка за відсутності підтримки рідних, близьких може прогресувати.

Отже, симптоматика в групі з середнім рівнем ПТСР має вибіркковий характер та не охоплює всі діагностичні кластери однаково.

*Низький рівень ПТСР.* До цієї групи належать 12 осіб (37%). У більшості з них спостерігаються мінімальні або слабо виражені симптоми. Як приклад, кластер уникнення часто взагалі не фіксується (0–2 бали), теж саме можна сказати і про кластер – негативні думки. Особливо цікавим для нас було те, що деяких респондентів із низьким рівнем ПТСР виявлено підвищені значення у кластері гіперзбудження, цей показник коливається від 13 до 15 балів. Це може бути свідчити про фізіологічні реакції, навіть за загальної низької оцінки симптомів. Можемо припустити, що саме ці прояви

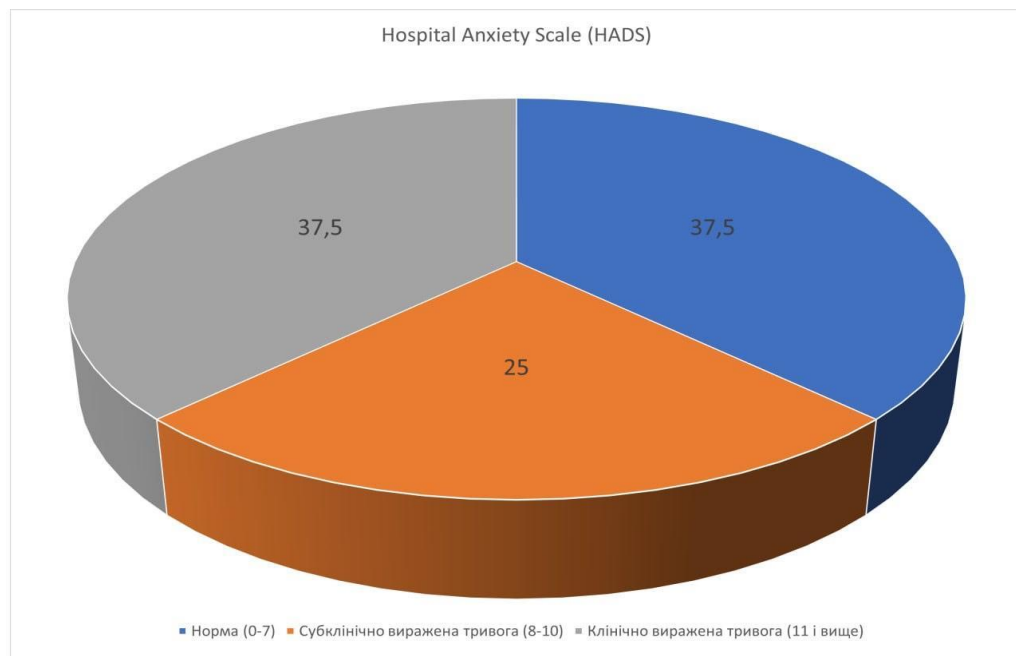
залишаються наслідками стресового бойового досвіду у військовослужбовців.

За даними проведеної діагностики за методикою HADS маємо наступні результати за підшкалою «тривога», які наведено у таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2.

| Тривога                               |           |       |
|---------------------------------------|-----------|-------|
| Загальний бал HADS                    | Кількість | %     |
| Норма (0-7)                           | 12        | 37,5% |
| Субклінічно виражена тривога (8-10)   | 8         | 25%   |
| Клінічно виражена тривога (11 і вище) | 12        | 37,5% |
| Всього                                | 32        | 100%  |

Підшкала «тривога». В межах норми маємо 12 військовослужбовців. Це складає 37,5 % від загальної кількості. У 8 комбатантів діагностовано субклінічна вираженість тривоги і складає 25 %. Пацієнти у кількості 12 осіб мають клінічно виражену тривогу, це складає – 37,5 % від загальної кількості. Результати подано більш наочно на рис. 2.



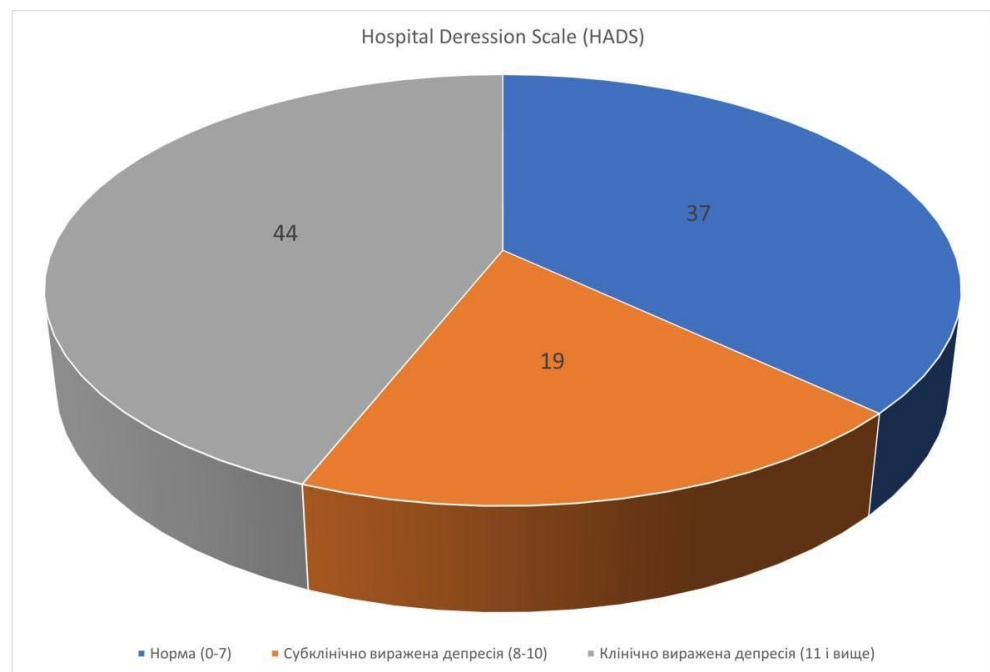
**Рис. 2. Відсотковий розподіл результатів за методикою HADS за підшкалою «тривога»**

Результати за підшкалою «депресія» наведено у таблиці 2.2.3. і вони мають наступні дані.

Таблиця 2.2.3

| Депресія                               |           |       |
|----------------------------------------|-----------|-------|
| Загальний бал HADS                     | Кількість | %     |
| Норма (0-7)                            | 12        | 37%   |
| Субклінічно виражена депресія (8-10)   | 6         | 19%   |
| Клінічно виражена депресія (11 і вище) | 14        | 44%   |
| Всього                                 | 32        | 100 % |

Шкала «депресія». В межах норми – 12 пацієнтів, що становить 37%. Субклінічно виражену депресію мають 6 комбатантів і складають 19%. 14 військовослужбовців з клінічно вираженою депресією складають 44%. Рис. 3 подає результати більш виразно.



**Рис. 3. Відсотковий розподіл результатів за методикою HADS за підшкалою «депресія»**

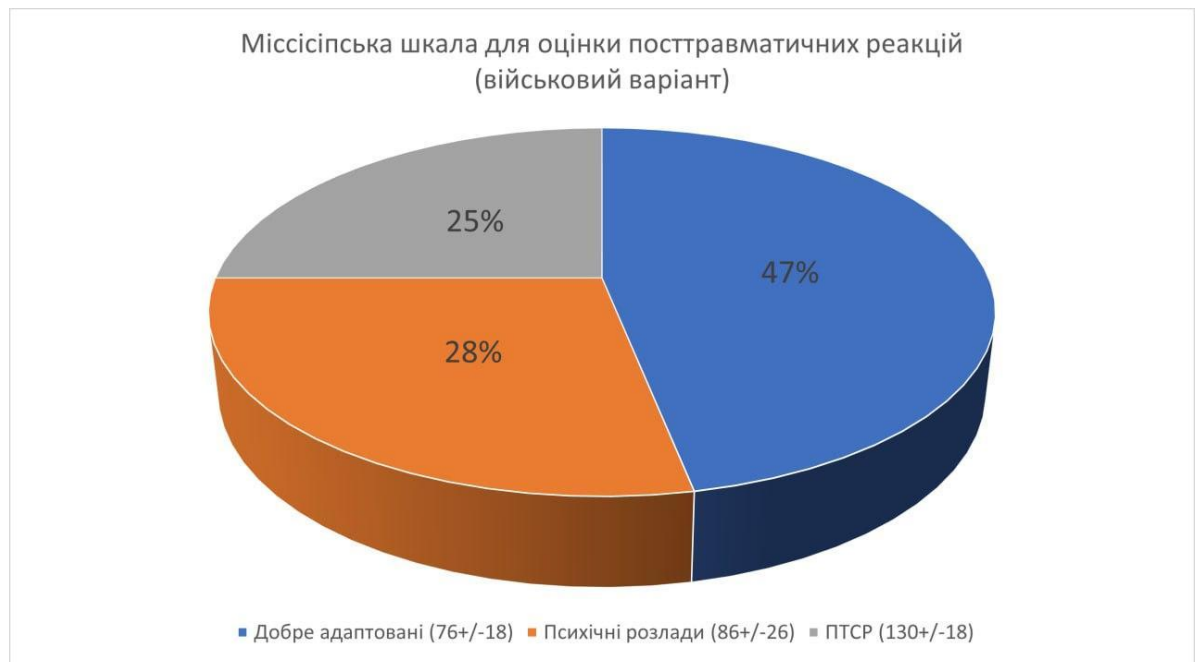
Отже, виходячи з показників, які були наведені вище та були отримані за підшкалами методики HADS, більшість військовослужбовців мають симптоматику тривожно-депресивного розладу. Значний відсоток опитаних військовослужбовців мають клінічно значущі показники за обома шкалами, що підтверджує високий рівень психологічної уразливості в умовах бойового досвіду.

За даними діагностики ПТСР за Міссісіпською шкалою (військовий варіант) маємо наступні результати, які представлено у таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4.

| <b>Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)</b> |                  |          |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| <b>Загальний бал</b>                                                               | <b>Кількість</b> | <b>%</b> |
| Добре адаптовані (76±18)                                                           | 15               | 47%      |
| Психічні розлади (86±26)                                                           | 9                | 28%      |
| ПТСР (130±18)                                                                      | 8                | 25%      |
| Всього                                                                             | 32               | 100%     |

За результатами методики Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (Keane et al., 1987, 1988), яка була використана для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій та оцінки ступеня адаптації військовослужбовців, встановлено наступне – добре адаптованими виявилися 15 респондентів (47%), 9 учасників дослідження (28%) потрапили до категорії з ознаками психічних розладів, а у 8 осіб (25%) виявлено клінічно виражені прояви ПТСР. Для кращого розуміння результати наведено на рис. 4.



**Рис. 4. Відсотковий розподіл результатів за Міссісіпською шкалою (військовий варіант).**

Отже, ці дані вказують на те, що 47% військовослужбовців мають задовільний рівень соціально-психологічної адаптації, що може вказувати на

особистісну стійкість до психотравмуючих подій або ж про наявність копінг-стратегій комбатанта. У 28% прослідковуються ознаки психічних розладів – це може свідчити про дезадаптацію психоемоційної реакції військовослужбовця, що потребує психологічного супроводу. У 25% виявлено клінічно виражені симптоми ПТСР, що вказує на глибокий рівень психотравматизації та негальної професійної допомоги.

Також, нами було проведено виявлення особливостей симптоматики ПТСР за допомогою кластерного аналізу за чотирма ключовими критеріями розладу, відповідно до класифікації DSM-5: інтрузія, уникнення, гіперзбудження та негативні думки/настрій. Результати згруповані у зведеній таблиці (див. додаток Д) та представлений у таблиці 2.2.5.

*Таблиця 2.2.5*

**Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій) n=32**

| <b>Кластери</b> | <b>Кількість<br/>військовослужбовців</b> | <b>%</b> |
|-----------------|------------------------------------------|----------|
| Інтрузія        | 14                                       | 43,8%    |
| Уникнення       | 17                                       | 53,1%    |
| Гіперзбудження  | 21                                       | 65,6%    |
| Негативні думки | 16                                       | 50,0%    |

У результаті інтрузія (флешбеки, нічні кошмари та думки про травмівну подію), була виражена у 14 військовослужбовців (43,8%). Ця група симптомів є неконтрольованою, що свідчить про те, що травматичний досвід актуалізується у свідомості та зберігає емоційну інтенсивність.

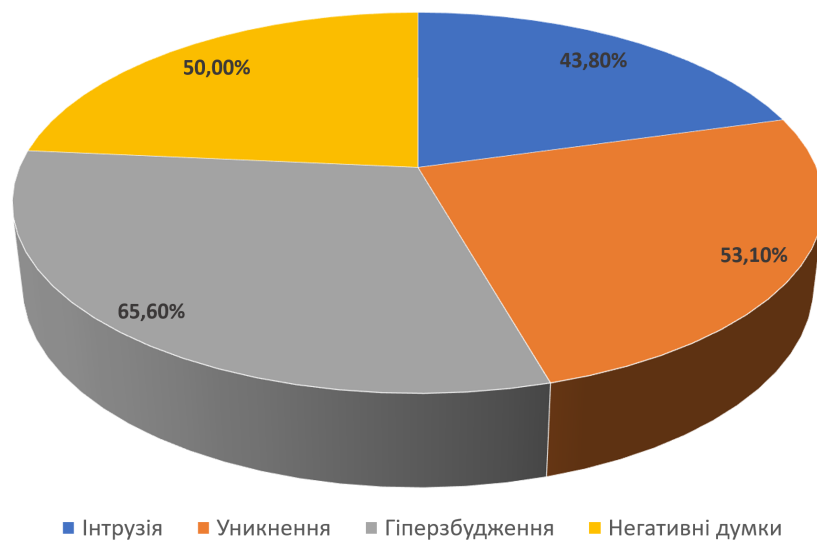
Уникнення травматичних нагадувань простежувалося у 17 осіб (53,1%). Уникнення найбільше обмежує життєву активність людини з ПТСР, вона не бере участь у соціальному житті і в результаті тривале дистанціювання призводить до поглиблення дезадаптації.

Найвищим показником серед кластерів, виявлено – гіперзбудження (високий рівень тривожності, дратівливості, порушення сну, спалахи гнів, почуття постійної напруженості, настороженості) спостерігалось у 21 учасника дослідження (65,6%). Можна чітко зафіксувати, що в цієї категорії

військовослужбовців присутнє домінування фізіологічної активації як основного симптому постстресового реагування.

Негативні думки можуть в себе включати: відчуття провини, зниження самооцінки, відчуження, депресивні настрої, були виявлені у 16 військовослужбовців (50%). Симптоми даного кластера потребують подальшого психологічного супроводу, адже пригніченість настрою, думок можуть призводити до коморбідності депресії. Для кращого розуміння результати наведено на рис. 5.

Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій) n=32



**Рис. 5. Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій) n=32**

Отже, частина вибірки демонструє відносно стабільну психологічну адаптацію, незважаючи на досвід перебування в умовах бойових дій. Водночас невелика частина опитаних потребує фахової психологічної або психіатричної підтримки у зв'язку з вираженою симптоматикою ПТСР, зокрема гіперзбудження та уникнення є найпоширенішими компонентами.

## Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження проведено на базі Комунального некомерційного підприємства «Обласного клінічного госпіталю ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» м. Кропивницький, залучені 32 військовослужбовці, які перебували в зоні бойових дій. Були використані три валідні та надійні методики: PCL-5, HADS та Міссісіпську шкалу. За допомогою комплексного психодіагностичного обстеження нам вдалося оцінити ступінь вираженості посттравматичних симптомів, рівень адаптації та наявність супутньої симптоматики.

За результатами PCL-5, у 44% військовослужбовців виявлено високий рівень ПТСР. У цих респондентів симптоми охоплюють усі чотири основні кластери: інтрузії, уникнення, негативні емоції та гіперзбудження. У 19% пацієнтів зафіксовано середній рівень симптомів, із вираженими інтрузивними спогадами та негативним емоційним фоном. У 37% військовослужбовців виявлено низький рівень ПТСР, але не зважаючи на низький рівень розладу у деяких фіксувались фізіологічні прояви гіперзбудження, що може свідчити про залишкову реакцію на стресовий бойовий досвід.

Результати показників за шкалою HADS засвідчили, що 37,5% військовослужбовців мають виражену тривогу, а 44% – клінічно виражену депресію. Також було зафіксовані субклінічні стани, які можуть вказувати на початкову психоемоційну дезадаптацію або реакцію на стрес.

За Міссісіпською шкалою (військовий варіант), адаптацію продемонстрували 47% військовослужбовців, 28% перебувають у зоні ризику психічних розладів, а у 25% - виражені прояви ПТСР. Саме такі результати говорять нам про різний рівень психічного стану серед військовослужбовців, від стабільної адаптації до глибоких проявів посттравматичної симптоматики.

Окрему увагу варто слід звернути на той факт, що високі показники ПТСР за PCL-5 значною мірою перетинаються з результатами клінічної депресії за HADS. Така коморбідність вказує на більш складний психоемоційний стан у частини військовослужбовців.

Коморбідність ПТСР та депресії є однією з найпоширеніших у клінічній психології. У військових вона трапляється у 30–50% випадків [69, с. 1–5].

Отже, можна зробити висновок, що отримані результати підкреслюють необхідність розробки індивідуальних психокорекційних та реабілітаційних програм, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців, з урахуванням рівня особливостей симптоматики та її структури.

### РОЗДІЛ 3.

## ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПТСР

### 3.1. Розробка комплексної тренінгової програми надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР – «Відновлення психоемоційної стійкості»

Відповідно до отриманих результатів дослідження та виявленої потреби проведення психологічної роботи із військовослужбовцями, які засвідчили наявність у частини військовослужбовців виражених симптомів ПТСР, тривоги та депресії, що вказує на потребу в цілеспрямованій психологічній допомозі. Це обґрунтовує доцільність розробки та впровадження програми психологічної підтримки. У цьому розділі буде презентовано програму психологічної допомоги з урахуванням специфіки бойового досвіду та актуального психоемоційного стану військовослужбовців виявлено під час емпіричного дослідження.

Нами були опрацьовано різного профілю методичні напрацювання, а саме: В. Кондрюкової [13], Є. Курченко, Р. Мороз, Т. Цуканової [17], Л. Гридковець [5], О. Кокун, Н. Агаєва, І. Пішко, Н. Лозінської, В. Остапчук [20], В. Бондаровської, Т. Кульбачка, Е. Ламах, Л. Козуб [8], Е. Грейтенса [4], Ч. Гоуга [3], які стали інформативною основою для розробки програми. Також, було залучено досвід психологів Обласного клінічного госпіталю ветеранів війни Кіровоградської обласної ради з психологічної реабілітації військовослужбовців, який став базою емпіричного дослідження та експерименту впровадження програми.

#### «Відновлення психоемоційної стійкості»

*Мета програми:* збереження та зміцнення психологічного здоров'я військовослужбовців, запобігання розвитку посттравматичних розладів, тривожності, депресивних станів, порушень адаптації та рецидивів проявів

наслідків психологічної травматизації, що виникають унаслідок виконання службово-бойових завдань.

*Завдання програми:*

1. Ознайомити учасників із сутністю та компонентами психологічної стійкості, її значенням для підтримки психічного здоров'я в умовах бойового стресу.
2. Мотивувати військовослужбовців до збереження та зміцнення власного психологічного благополуччя.
3. Поінформувати про причини розвитку психологічної травматизації та посттравматичних станів (ПТСР), тривожності, депресії, безсоння та їхні наслідки.
4. Сприяти формуванню мотивації до використання набутого досвіду під час виконання службово-бойових завдань у складних (екстремальних) умовах.
5. Навчити технікам емоційної саморегуляції – розпізнаванню, контролю та конструктивному вираженню емоцій у стресових ситуаціях.
6. Розвинути навички застосування ефективних копінг-стратегій подолання стресу через активне вирішення проблем і позитивне переосмислення досвіду.
7. Підвищити усвідомлення важливості соціальної підтримки як ресурсу психологічної стійкості.
8. Сприяти формуванню позитивного мислення та оптимістичного сприйняття життєвих обставин.
9. Опанувати техніки релаксації та відновлення для зниження напруження та стабілізації емоційного стану.
10. Розвинути здатність до прийняття реальності й адаптації до змін у складних життєвих умовах.
11. Закріпити отримані знання та навички, сприяючи подальшому саморозвитку стресостійкості.

*Цільова група:* Військовослужбовці, які проходять курс психологічної реабілітації у шпиталі.

*Структура та тривалість програми:*

Програма включає 4 змістові блоки:

- ціннісний (формування мотивації та життєвих орієнтацій);
- емоційний (робота з почуттями, емоційна саморегуляція);
- когнітивний (усвідомлення причин і механізмів стресу, розвиток мислення);
- діяльнісний (формування практичних навичок подолання стресу).

До програми входить вступне заняття та 7 тренінгових зустрічей.

Тривалість одного заняття – 2 години, загальна тривалість програми – 14 годин + 1 година для вступної частини.

Кількість учасників – 10 осіб.

*Робочий інструментарій:* Бейджики, фліпчарт, маркери, аркуші А4, олівці, ручки, фломастери, ножиці, клей, клейкі стікери трьох кольорів, клубок ниток, ноутбук, звукові колонки, непрозорі одноразові стаканчики.

#### *Вступне заняття*

*Мета:* Знайомство учасників, створення позитивного психологічного клімату, обговорення норм групової взаємодії, формування довіри та визначення очікувань від тренінгу.

*Тривалість:* 60 хвилин.

*Правила групової роботи:*

1. Конфіденційність – інформація, отримана під час занять, не розголошується.
2. Повага до інших – кожен має право на власну думку; заборонено перебивати чи оцінювати інших.
3. Активна участь – залученість до вправ, обговорень і групових завдань.
4. Взаємодопомога – підтримка учасників під час опрацювання емоційно складних тем.

5. Рівний час для висловлення – усі мають можливість бути почутими.

*Етичні принципи:*

1. Доброчесність – чесність, відкритість і щирість у взаємодії.
2. Компетентність – тренер володіє професійними знаннями у сфері психічного здоров'я та ПТСР.
3. Повага до автономії – право кожного на вибір ступеня залученості.
4. Ненасильство – недопустимість будь-яких форм агресії чи дискримінації.

*Організаційні питання:* Місце проведення: безпечне, комфортне приміщення, що сприяє відкритому спілкуванню. Матеріали: усі необхідні ресурси забезпечуються тренером. Режим роботи: кожне заняття триває 1–2 години згідно з планом програми.

Рефлексія є невід'ємною частиною кожного заняття. Вона дає змогу учасникам: усвідомити власний досвід, емоції та зміни стану; визначити, які знання й навички можуть бути застосовані на практиці; поділитися особистими висновками щодо ефективності занять.

*Добровільна участь.* Учасники мають право: самостійно визначати ступінь участі в кожній вправі; висловлювати власні думки у комфортній формі; припинити участь у будь-який момент, якщо відчують психологічний дискомфорт.

### I Ціннісний блок

#### *Заняття I.*

##### *Знайомство. Поняття стресостійкості*

*Мета заняття:* Сприяти усвідомленню військовослужбовцями процесів, що відбуваються в організмі під час стресу, розумінню його психологічних наслідків, формуванню первинного уявлення про поняття стресостійкості та її значення для ефективного функціонування в бойових умовах.

### *Структура заняття*

#### *1. Вступ та знайомство (15 хв.)*

##### *Вправа «Коло знайомств»*

*Час:* 10 хвилин

*Мета:* створення сприятливої атмосфери, встановлення довіри між учасниками, формування відчуття згуртованості та психологічної безпеки.

*Інструкція:*

Тренер пропонує кожному учаснику коротко представитися (ім'я або позивний) і відповісти на запитання:

- Чому я вирішив узяти участь у тренінгу?
- Що для мене означає психологічна стійкість?
- Що допомагає мені зберігати спокій у складних ситуаціях?

*Хід виконання:* Учасники сидять у колі. Кожен по черзі висловлюється, тренер дякує за щирість і підтримує доброзичливий настрій у групі.

*Обговорення:* Тренер підсумовує, що всі учасники мають власні внутрішні ресурси для подолання труднощів. Завдання тренінгу – навчитися їх усвідомлювати, розвивати та ефективно використовувати.

##### *Вправа «Сподівання»*

*Час:* 10 хвилин

*Мета:* виявити очікування учасників, сформувати позитивну мотивацію до участі, створити основу для емоційного контакту між тренером і групою.

*Хід виконання:* Кожен учасник отримує три стікери різних кольорів:

- *жовтий* – сподівання від тренінгу;
- *рожевий* – побажання щодо змісту;
- *зелений* – сумніви або побоювання.

Стікери приклеюються на фліпчарт із трьома колонками: «Мої сподівання», «Мої побажання», «Мої сумніви».

*Обговорення:* Тренер коротко аналізує висловлені думки, дякує учасникам за відкритість і наголошує, що всі відповіді важливі.

Підкреслюється, що наявність сумнівів є природною реакцією перед новим досвідом, а спільна робота допоможе створити атмосферу підтримки. Наприкінці тренінгу група повернеться до цієї справи, щоб оцінити, наскільки очікування виправдалися.

## *2. Вступ у поняття «стресостійкість» (20 хв.)*

*Міні-лекція «Психологічна стійкість та її значення для військовослужбовців»*

*Час: 15 хвилин*

*Мета:* сформувати уявлення про сутність і структуру психологічної стійкості (резильєнтності) та її значення в умовах військової діяльності.

*Короткий зміст:* Психологічна стійкість – це здатність людини зберігати внутрішню рівновагу, адаптуватися до стресових обставин і відновлюватися після психоемоційних навантажень. Для військовослужбовців вона є ключовим чинником ефективності служби, підтримання морального духу, взаємодії в колективі та збереження психічного здоров'я.

*Основні компоненти стійкості:*

- *емоційна регуляція* – контроль над власними емоціями;
- *когнітивна гнучкість* – уміння змінювати спосіб мислення відповідно до обставин;
- *соціальна підтримка* – значення взаємодопомоги в колективі;
- *внутрішня мотивація* – усвідомлення сенсу служби та власних цінностей;
- *оптимізм і віра у власні сили* – позитивне ставлення до труднощів.

Психологічна стійкість не є вродженою – її можна розвивати через практики саморегуляції, роботу з емоціями, підтримку побратимів і усвідомлення власних ресурсів.

*Обговорення:*

Після лекції тренер ставить запитання:

– Які якості допомагають залишатися стійкими в бойових або стресових умовах?

– Що з почутого відгукнулося найбільше?

– Які способи підтримання стійкості ви вже застосовуєте?

Тренер підкреслює, що стійкість — це не відсутність труднощів, а здатність долати їх, зберігаючи внутрішній баланс і людяність.

### *Гра «Мій символ стресостійкості» (15 хв.)*

*Мета:* сприяти усвідомленню власного розуміння поняття стресостійкості, розвитку саморефлексії, формуванню позитивного образу внутрішньої сили.

*Інструкція:* Тренер пропонує кожному обрати або придумати символ, який у нього асоціюється зі стресостійкістю (предмет, колір, природне явище, тварина, знак тощо). Символ можна намалювати, описати словами або обрати з готових зображень.

#### *Хід виконання:*

1. 2–3 хвилини – індивідуальне осмислення символу.
2. Кожен учасник презентує свій образ і коротко пояснює, чому саме цей символ асоціюється у нього зі здатністю зберігати рівновагу чи долати труднощі.
3. Тренер підтримує учасників, підкреслюючи цінність різних підходів.

#### *Обговорення:*

Після презентацій тренер підсумовує:

- кожен має власне уявлення про внутрішню силу – це унікальний ресурс для подолання стресу;
- важливо повертатися до свого символу у складні моменти як до психологічної опори;
- з досвідом образ стійкості може змінюватися, але він завжди нагадує про здатність залишатися врівноваженим.

На завершення тренер говорить: «Ваш символ – це відображення вашого внутрішнього ресурсу. Звертайтеся до нього, коли відчуваєте напруження чи втому – це допоможе відновити рівновагу та впевненість у собі».

## *Заняття 2.*

### *«Посттравматичний досвід: шлях до відновлення»*

*Мета заняття:* поглибити розуміння військовослужбовцями сутності посттравматичного стресового розладу (ПТСР), його впливу на емоційний стан, навчити розпізнавати власні реакції на травматичний досвід, формувати навички саморегуляції та взаємопідтримки, що сприяють зниженню рівня тривоги й депресивних проявів.

#### *1. Вступна частина (10 хв.)*

##### *Вправа «Щоб говорити правду»*

*Мета:* розвиток відкритості, довіри у групі, зниження напруги, формування атмосфери взаєморозуміння.

*Хід виконання:* Кожен учасник по черзі говорить про себе чотири твердження – три правдиві та одне хибне. Завдання групи – визначити неправдиве твердження.

*Обговорення:* Тренер підкреслює важливість щирості, довіри й відкритого спілкування, які є основою психологічної підтримки та допомагають долати наслідки травматичного досвіду.

#### *2. Теоретична частина (15 хв.)*

##### *Міні-лекція: «Посттравматичний стресовий розлад і його вплив на психічний стан військовослужбовців»*

*Мета:* сформувати розуміння сутності ПТСР, його симптомів та наслідків, усвідомлення важливості психологічної підтримки й саморегуляції.

*Короткий зміст:* Посттравматичний стресовий розлад – це природна, але затяжна реакція психіки на пережиту травматичну подію, пов'язану з небезпекою, смертю чи насильством.

*Основні прояви:*

- повторювані спогади або сновидіння, пов'язані з подією;
- гіпернастороженість, тривожність, емоційна відчуженість;
- почуття провини, сорому, безпорадності;
- симптоми депресії: апатія, зниження інтересу, безсоння, відсутність мотивації.

Тренер наголошує, що ПТСР не є слабкістю, а природною реакцією психіки на ненормальні обставини. Особливо важливою у процесі відновлення є психологічна стійкість – здатність відновлювати внутрішню рівновагу, шукати підтримку та приймати свій досвід без самозвинувачення.

*Обговорення:*

- Які симптоми або відчуття вам знайомі?
- Як ви зазвичай реагуєте на сильне напруження чи тривогу?
- Що допомагає вам повертатися у стан спокою?

### 3. *Практична частина (40 хв.)*

#### *Вправа «Стаканчик»*

*Час: 10 хв.*

*Мета:* усвідомлення власних почуттів, пов'язаних із втратою, болем або безсиллям.

*Хід виконання:* Тренер роздає кожному одноразовий стаканчик і пропонує подумки покласти в нього щось цінне. Потім демонстративно зминає свій стакан, промовляючи: «Ось тепер ваш стаканчик зруйновано».

*Обговорення:*

- Що ви відчули?– Чи були готові до цього?
- Як ви зазвичай справляєтеся з подібними почуттями?

*Підсумок:* біль і втрати – невід'ємна частина життя, але їхнє усвідомлення допомагає відновленню, зменшенню тривоги та формуванню внутрішньої опори.

#### *Вправа «Психомалювання: Я до – Я під час – Я після травми»*

*Час: 10 хв.*

**Мета:** розвиток саморефлексії, усвідомлення власних змін після травматичних подій.

**Хід виконання:** Учасникам пропонується намалювати себе у трьох станах:

- «Я до травми»
- «Я під час травми»
- «Я після травми»

**Обговорення:** Тренер звертає увагу на символіку малюнків, кольори, деталі. Наголошується, що навіть після важких подій людина здатна змінюватися, ставати сильнішою й більш усвідомленою.

#### *Вправа. Метод незавершених речень*

**Час:** 10 хв.

**Мета:** виявлення індивідуальних способів реагування на травму.

**Інструкція:**

Учасникам пропонується завершити речення:

- «Я відчуваю тривогу, коли...»
- «Після пережитого я боюся...»
- «Мені допомагає, коли...»
- «Я хочу, щоб...»

**Обговорення:** Тренер узагальнює відповіді, підкреслюючи, що усвідомлення своїх емоцій – перший крок до подолання їхнього руйнівного впливу.

**Техніка. Мозковий штурм «Як допомогти собі при симптомах ПТСР»**

**Час:** 10 хв.

**Мета:** пошук конструктивних способів самодопомоги при тривозі, агресії, депресивних станах.

**Хід виконання:** Група спільно формує список дієвих стратегій подолання: глибоке дихання, фізична активність, розмова з побратимами, звернення до психолога, фокус на теперішньому моменті тощо.

*Підсумок:* наголос на тому, що сила – у здатності просити підтримку та піклуватися про себе. *Заключне слово тренера:* «ПТСР – це не вирок, а процес, який можна подолати. Головне, не залишатися наодинці, говорити про свій досвід і поступово відновлювати внутрішній спокій».

#### *4. Рефлексивна частина (15 хв.)*

Тренер запитує:

- Як ви почуваетесь зараз?
- Що було найважливішим для вас сьогодні?
- Який висновок ви робите для себе?

Учасники переглядають свої очікування, визначають, чи здійснилися вони, і що залишилося актуальним для подальшої роботи.

### *II блок Емоційний*

#### *Заняття 3.*

*Робота з емоціями. Контроль емоцій. Профілактика тривожності*

*Мета заняття:* навчити військовослужбовців розпізнавати та контролювати власні емоції, знижувати рівень емоційного напруження та підвищувати стійкість до стресу.

#### *Структура заняття*

##### *1. Вступна частина (10 хв.)*

- Привітання учасників, коротке обговорення їхнього поточного настрою та самопочуття.
- Ознайомлення з темою та метою заняття, коротке пояснення важливості роботи з емоціями у контексті військової служби.

##### *2. Теоретична частина.*

#### *Поняття емоційного інтелекту (15 хв.)*

*Міні-лекція: «Компоненти емоційного інтелекту»*

Тренер ознайомлює учасників із ключовими аспектами емоційного інтелекту, наголошуючи, що він охоплює здатність людини усвідомлювати, розуміти й регулювати власні емоції, а також розпізнавати емоції інших і будувати ефективну взаємодію. До основних компонентів емоційного

інтелекту належать: самоусвідомлення, саморегуляція, мотивація, емпатія та соціальні навички. Розвинений емоційний інтелект сприяє адаптації до стресових ситуацій, збереженню психологічної рівноваги та формуванню гармонійних міжособистісних стосунків.

*Дискусія: «Які емоції важко контролювати під час стресу?»*

Учасники діляться власними спостереженнями та досвідом, обговорюють, які емоції найчастіше виникають у стресових умовах та які з них є найскладнішими для контролю.

### *3. Практична частина. Техніки контролю емоцій (40 хв.)*

#### *Техніка «Виявлення емоцій»*

*Мета:* сприяти розвитку емоційної усвідомленості та навички розпізнавання власних емоційних станів.

*Хід виконання:* тренер пропонує учасникам назвати або записати емоції, які вони відчують у даний момент, визначити, де саме в тілі ці емоції проявляються, та що могло їх викликати. За потреби використовуються картки з назвами емоцій.

*Обговорення:* учасники діляться спостереженнями, обговорюють, як емоції впливають на поведінку. Тренер наголошує, що вміння розпізнавати й називати емоції є першим кроком до ефективного емоційного самоконтролю та підвищення психологічної стійкості.

#### *Техніка «Стоп-реакція»*

*Мета:* формування навички контролю емоційних імпульсів і зниження рівня напруження у стресових ситуаціях.

*Хід виконання:* тренер пояснює, що техніка полягає у свідомому зупиненні автоматичної емоційної реакції. У момент, коли з'являється сильне почуття (гнів, страх, тривога), учасник подумки говорить собі «Стоп!», робить глибокий вдих і переводить увагу на дихання чи навколишні звуки. Після цього варто спокійно оцінити ситуацію й обрати більш конструктивну лінію поведінки.

*Обговорення:* учасники обговорюють, у яких життєвих ситуаціях техніка може бути найбільш ефективною. Тренер підкреслює, що систематичне застосування «Стоп-реакції» сприяє зниженню імпульсивності, збереженню самоконтролю та підвищенню стресостійкості.

#### *Техніка «Дихання 4–7–8»*

*Мета:* зниження рівня емоційного напруження, відновлення внутрішнього спокою та покращення концентрації уваги.

*Хід виконання:* тренер пропонує учасникам зручно сісти, розслабити м'язи та зосередитись на диханні. Далі пояснює алгоритм: зробити вдих на 4 рахунки, затримати дихання на 7 рахунків і повільно видихнути на 8 рахунків. Цикл повторюється декілька разів у спокійному темпі.

*Обговорення:* після виконання вправи учасники діляться відчуттями – які зміни відбулися у тілі, диханні та загальному стані. Тренер наголошує, що регулярне виконання цієї техніки сприяє зменшенню тривожності, нормалізації серцевого ритму та відновленню внутрішньої рівноваги.

#### *4. Рефлексія та завершення заняття (15 хв.)*

##### *Релаксаційна вправа «Візуалізація спокою»*

*Мета:* зняття емоційного напруження, відновлення внутрішнього балансу та формування відчуття безпеки й гармонії.

*Хід виконання:* тренер пропонує учасникам зручно сісти, заплющити очі, зробити кілька глибоких вдихів і видихів. Далі дається інструкція: «Уявіть місце, де вам спокійно і добре – це може бути берег моря, лісова галявина або будь-який простір, який викликає почуття захищеності. Відчуйте кольори, звуки, запахи, легкий рух повітря. Зосередьтеся на відчутті спокою, яке наповнює все тіло». Через 3–5 хвилин тренер м'яко просить учасників повернутися до реальності, зробити глибокий вдих і повільно відкрити очі.

*Обговорення:* учасники діляться враженнями та відзначають зміни у самопочутті. Тренер підкреслює, що візуалізація допомагає швидко

відновити емоційну рівновагу, зменшити фізичну напругу та може бути використана як ефективний засіб саморегуляції у будь-яких умовах.

### III когнітивний блок

#### *Заняття 4.*

#### *Копінг-стратегії. Активне подолання стресу*

*Мета заняття:* навчити військовослужбовців застосовувати активні копінг-стратегії для ефективного подолання стресу, розвинути вміння конструктивного реагування на складні життєві ситуації та підвищити рівень психологічної стійкості.

#### *Структура заняття*

##### *1. Вступна частина (10 хв.)*

- Привітання учасників, створення позитивного настрою на роботу.
- Коротке обговорення поточного емоційного стану та очікувань від заняття.

- Ознайомлення з темою та метою заняття.

##### *2. Теоретична частина. Що таке копінг-стратегії? (10 хв.)*

#### *Міні-лекція: «Основні типи копінг-стратегій»*

Тренер пояснює, що копінг-стратегії – це способи, за допомогою яких людина долає стресові ситуації, підтримує внутрішню рівновагу та адаптується до змін. Виокремлюють активні (конструктивні) та пасивні стратегії подолання. До активних копінгів належать: планування, пошук соціальної підтримки, позитивне переосмислення ситуації, прийняття відповідальності та самоконтроль. Вони сприяють ефективному розв'язанню проблем, зниженню емоційного напруження та підвищенню стресостійкості.

#### *Дискусія: «Які активні стратегії ви використовуєте у стресових ситуаціях?»*

Учасники обмінюються власним досвідом, обговорюють, які дії допомагають їм залишатися зібраними та зберігати самовладання в умовах напруги. Тренер узагальнює відповіді, підкреслюючи значення активної позиції у подоланні стресу.

### 3. Практична частина. Техніки активного подолання стресу (50 хв.)

#### *Техніка «Планування дій»*

*Мета:* формування навички раціонального підходу до вирішення проблемних ситуацій.

*Хід виконання:* учасникам пропонується згадати конкретну стресову ситуацію з особистого досвіду та поетапно спланувати свої дії:

1. визначити проблему;
2. проаналізувати можливі варіанти вирішення;
3. обрати оптимальний варіант;
4. визначити необхідні ресурси;
5. спрогнозувати результат.

*Обговорення:* тренер підкреслює, що структуроване планування допомагає зменшити відчуття безпорадності та підвищує контроль над ситуацією.

#### *Техніка «Дерево рішень»*

*Мета:* навчити учасників приймати обґрунтовані рішення в умовах стресу.

*Хід виконання:* тренер роздає аркуші паперу, на яких учасники малюють «дерево»:

- у стовбурі записують суть проблеми;
- на гілках – можливі рішення;
- на листках – наслідки кожного варіанта.

*Обговорення:* учасники аналізують, які рішення є найбільш ефективними, а які – ризикованими. Тренер наголошує, що візуалізація допомагає побачити проблему з різних боків і зробити усвідомлений вибір.

#### *Техніка «5–4–3–2–1» для зняття стресу*

*Мета:* відновлення внутрішньої рівноваги та концентрації уваги через залучення органів чуття.

*Хід виконання:* тренер дає інструкцію:

– назвіть 5 речей, які ви бачите;

- 4 речі, яких ви можете торкнутися;
- 3 звуки, які чуєте;
- 2 запахи, які відчуваєте;
- 1 смак, який згадується

*Обговорення:* після вправи учасники діляться відчуттями. Тренер пояснює, що ця техніка допомагає швидко повернутись у стан «тут і тепер», стабілізувати емоційний фон і зменшити рівень напруги.

### *Гра «Копінг-алгоритм»*

*Мета:* закріпити знання про копінг-стратегії в ігровій формі.

*Хід виконання:* тренер роздає картки з різними життєвими ситуаціями. Завдання учасників – визначити, яку копінг-стратегію можна застосувати для ефективного подолання стресу в кожному випадку.

*Обговорення:* група обговорює вибрані стратегії, аналізує їх ефективність. Тренер підсумовує, що гнучкість у виборі стратегій і вміння адаптуватися до ситуації є ключовими навичками стресостійкої особистості.

На завершення *релаксаційна вправа «Швидка релаксація»*

*Мета:* зняття напруги після активної діяльності, відновлення спокійного стану.

*Хід виконання:* тренер пропонує учасникам зручно сісти, зробити три глибокі вдихи та видихи, уявити, як напруга залишає тіло з кожним видихом. Поступово тіло стає легким, дихання спокійним, думки ясними.

*Обговорення:* коротке обговорення відчуттів після вправи, підкреслення важливості коротких пауз для відновлення емоційного балансу.

### *4. Рефлексія та завершення заняття (10 хв.)*

*Обговорення результатів:* учасники діляться власними відкриттями та усвідомленнями, які отримали під час занять.

*Підсумки:* тренер узагальнює основні висновки, підкреслює важливість застосування активних копінг-стратегій у повсякденному житті.

## *Заняття 5.*

### *Розвиток позитивного мислення*

*Мета заняття:* розвиток навичок позитивного мислення у військовослужбовців, що сприятиме підвищенню рівня резильєнтності, зниженню впливу стресу та формуванню конструктивного ставлення до життєвих труднощів.

### *Структура заняття*

#### *1. Вступна частина (10 хв.):*

- Привітання учасників, створення доброзичливої атмосфери.
- Запитання для активізації: «Що хорошого сталося у вас останнім часом?» або «Як ви зазвичай намагаєтесь знайти позитив у складній ситуації?».
- Ознайомлення з темою та метою заняття.

#### *2. Теоретична частина: Позитивне мислення та його вплив (15 хв.):*

##### *Міні-лекція*

Позитивне мислення – це вміння фокусувати увагу на конструктивних аспектах життєвих подій, зберігаючи внутрішню рівновагу навіть у складних обставинах. Воно ґрунтується на реалістичному сприйнятті дійсності, але з орієнтацією на пошук можливостей, а не перешкод. Одним із головних бар'єрів на шляху до позитивного мислення є когнітивні викривлення – автоматичні помилки у мисленні (узагальнення, катастрофізація, «чорно-біле» мислення), які формують негативне сприйняття ситуації. Усвідомлення цих викривлень допомагає змінити власне ставлення до подій і зменшити емоційне напруження.

*Дискусія:* «Чи часто ви помічаєте, що мислите негативно? Як це впливає на ваш настрій і поведінку?»

#### *3. Практична частина: Техніки розвитку позитивного мислення (50 хв.):*

##### *Техніка «Позитивне переосмислення»*

*Мета:* навчити учасників бачити альтернативні, більш конструктивні інтерпретації складних ситуацій.

*Хід виконання:* тренер пропонує учасникам згадати нещодавню ситуацію, яка викликала негативні емоції, і знайти в ній хоча б один позитивний або нейтральний аспект. Потім група обговорює, як змінилося ставлення до події після такого переосмислення.

*Обговорення:* учасники відзначають, що навіть у складних обставинах можна знайти користь або урок, що сприяє внутрішній стабільності та стійкості.

### *Гра «Оптимістичний сценарій».*

*Мета:* розвиток уміння прогнозувати події з позиції оптимізму та віри у власні сили.

*Хід виконання:* тренер зачитує проблемну ситуацію, а учасники у парах або групах пропонують оптимістичний розвиток подій. Потім обговорюються різні варіанти рішень.

*Обговорення:* підкреслюється, що оптимізм не означає заперечення труднощів, а є здатністю бачити можливості навіть у кризових обставинах.

### *Техніка «Журнал позитивних моментів».*

*Мета:* формування звички помічати приємні події, розвивати вдячність і позитивне сприйняття життя.

*Хід виконання:* учасники отримують аркуші або зошити, у які щодня рекомендується записувати три позитивні події або враження. Тренер пояснює, що регулярне ведення такого журналу допомагає зміцнити відчуття задоволення життям.

*Обговорення:* учасники діляться прикладами моментів, які викликали вдячність чи радість.

### *Гра «Перетворення негативу на позитив».*

*Мета:* розвинути здатність змінювати негативне сприйняття ситуацій на конструктивне.

*Хід виконання:* тренер називає різні стресові або неприємні ситуації, а учасники мають сформулювати їх у позитивному або нейтральному ключі (наприклад, «невдача» → «досвід»).

*Обговорення:* підкреслюється важливість гнучкого мислення як ресурсу для психологічної стійкості.

*4. Рефлексія та завершення заняття (10 хв.):*

– Обговорення досвіду виконання вправ, вражень і особистих відкриттів.

– Підбиття підсумків: які техніки виявилися найефективнішими, як їх можна застосовувати у повсякденному житті.

– Завершальне коло: кожен учасник ділиться одним позитивним моментом, який він виніс із заняття.

*IV діяльнісний блок*

*Заняття 6.*

*Своєчасна допомога – запорука збереження психологічного здоров'я*

*Мета заняття:* сприяти усвідомленню важливості своєчасної самодопомоги та підтримки побратимів у стресових ситуаціях; розвивати навички психоемоційної саморегуляції та відновлення внутрішнього балансу через техніки самодопомоги.

*1. Вступна частина (10 хв.)*

Привітання учасників, коротке обговорення їхнього самопочуття. – Оголошення теми заняття та короткий вступ тренера: «У військових умовах важливо вміти не лише витримувати навантаження, а й вчасно відновлювати сили – як фізичні, так і психологічні. Своєчасна самодопомога – це не прояв слабкості, а навичка виживання і турботи про себе та товаришів».

*Вправа «Радощі життя»*

*Час:* 10 хв

*Хід виконання:* тренер починає розповідь словами: «На березі швидкої і прозорої річки, в затінку великих, могутніх сосен, жили люди...». Після цього учасники по черзі продовжують розповідь, додаючи нові елементи, що відображають приємні або спокійні образи.

*Обговорення:* тренер запитує:

– «Які почуття у вас виникали під час розповіді?»

– «Що допомагає вам помічати радощі життя навіть у складних обставинах?» Підкреслюється, що вміння фокусуватись на позитивних моментах є одним із проявів психологічної стійкості.

## *2. Теоретична частина (15 хв.)*

### *Групова дискусія:*

Тренер пропонує для обговорення запитання:

– «Чи бажаєте ви у складних ситуаціях отримати психологічну допомогу від побратимів?»

– «Чи готові ви надати таку допомогу іншим?»

– «Що може заважати або навпаки – сприяти цьому?»

Під час обговорення учасники приходять до висновку, що своєчасна підтримка один одного сприяє збереженню не лише морального духу, а й ефективності виконання службових завдань.

## *3. Практична частина (40 хв.)*

### *Психологічний практикум «Тріада ефективності»*

*Час:* 10 хв.

*Хід виконання:* кожному учаснику роздається картка «Тріада ефективності» (сон, фізична активність, харчування).

Тренер пояснює: «Тріада ефективності – це основа збереження психофізичного здоров'я. Баланс між якісним сном, руховою активністю та раціональним харчуванням є ключовим чинником стійкості до стресу».

### *Обговорення:*

– «Скільки годин ви спите на добу?»

– «Чи маєте звичку до регулярних фізичних навантажень?»

– «Як змінюється ваш раціон під час служби?»

Підсумок: навіть незначні поліпшення у цих трьох сферах підвищують рівень енергії, концентрації й адаптивності до стресу.

### *Відеопрезентація*

*Час:* 10 хв. Перегляд навчального відео «Психологічні прийоми саморегуляції в екстремальних умовах».

*Обговорення:* Учасники діляться враженнями, визначають найкорисніші методи, які вони могли б застосовувати у житті.

### *Техніка «Прогресуюча м'язова релаксація»*

*Час:* 15 хв.

*Мета:* навчити учасників знімати фізичне та емоційне напруження за допомогою послідовного скорочення і розслаблення м'язів.

*Хід виконання:* тренер пояснює: «Ми будемо по чергово напружувати і розслабляти різні групи м'язів: спочатку руки (від кистей до плечей), потім обличчя (лоб, очі, щоки, рот), шию, грудну клітину, живіт і, нарешті, ноги (від стегон до стоп)».

Учасники виконують вправу у спокійному темпі під супровід голосу тренера.

*Обговорення:* після завершення тренер запитує:

– «Які зміни ви відчули у тілі?»

– «Чи вдалося зменшити напруження?»

*Висновок:* техніка допомагає швидко знизити рівень тривоги та повернути відчуття контролю над власним тілом і станом.

### *Додаткові техніки самодопомоги (15 хв.)*

#### *Техніка «Заземлення» (Grounding)*

*Мета:* повернення у «тут і тепер», стабілізація емоційного стану під час сильного стресу.

Зосередження уваги на п'яти відчутних елементах теперішнього моменту: 5 речей, які бачиш; 4, які можеш торкнутися; 3, які чуєш; 2, які відчуваєш на запах; 1, яку можеш скуштувати.

#### *Техніка «Дихання квадратом»*

*Мета:* нормалізація дихання, зниження фізіологічних проявів тривоги.

Вдих – 4 секунди, пауза – 4 секунди, видих – 4 секунди, пауза – 4 секунди.

#### *Техніка «Самопідтримка» (внутрішній діалог)*

*Мета:* розвиток навички внутрішнього заспокоєння та самопідтримки у критичних моментах.

Формулювання коротких позитивних фраз («Я впораюсь», «Я зараз у безпеці», «Я можу це витримати»).

#### *4. Рефлексія та завершення заняття (10 хв.)*

- Групове обговорення:
- «Які техніки виявилися для вас найефективнішими?»
- «Як ви плануєте використовувати їх надалі?»
- Тренер підсумовує: «Своєчасна самодопомога – це основа психологічного виживання у складних умовах. Кожна з технік, які ми сьогодні розглянули, — це інструмент, який ви можете використовувати у будь-який момент для відновлення рівноваги, енергії та впевненості».
- Завершення заняття: коротке дихальне коло для стабілізації стану групи.

### *Заняття 7.*

#### *«Відновлення після ПТСР: релаксаційні техніки»*

*Мета заняття:* ознайомити військовослужбовців із різними техніками релаксації та відновлення після посттравматичного стресового розладу, навчити практикам саморегуляції емоційного стану, зменшити вплив психоемоційного напруження, сприяти фізичному й психологічному відновленню.

#### *Структура заняття*

##### *1. Вступна частина (10 хвилин)*

*Мета:* створити сприятливу атмосферу, налаштувати учасників на роботу в темі відновлення.

*Хід виконання:* Тренер вітає учасників, коротко обговорює їхній емоційний стан, запитує: «Як ви зазвичай відновлюєтесь після важкого дня або стресової ситуації?». Відповіді фіксуються, після чого тренер коротко підводить до теми заняття, наголошуючи, що релаксаційні техніки є

ефективним інструментом зниження напруги, особливо для тих, хто має досвід переживання травматичних подій.

## *2. Теоретична частина*

### *Міні-лекція: «Релаксація як інструмент відновлення» (10 хвилин)*

Тренер розповідає про значення релаксації як способу відновлення після переживання ПТСР. Пояснює, що регулярне застосування технік розслаблення допомагає:

- зменшити рівень тривожності й дратівливості;
- нормалізувати сон і знизити фізичну напругу;
- покращити концентрацію уваги;
- відновити відчуття внутрішнього спокою й контролю над

власним станом.

*Обговорення:* Учасники діляться власним досвідом – які методи відновлення вони вже використовували, що виявилось ефективним, а що ні.

## *3. Практична частина: «Техніки релаксації» (55 хвилин)*

### *Техніка «М'язова хвиля»*

*Мета:* навчити учасників розпізнавати напруження в тілі та свідомо його знімати.

*Хід виконання:* Тренер пропонує зручно сісти або лягти, заплющити очі й сконцентруватися на відчуттях у тілі. Учасники уявляють хвилю тепла, яка повільно проходить від голови до стоп, розслаблюючи кожную частину тіла – обличчя, плечі, руки, спину, живіт, ноги. Разом із кожним видихом напруга залишає тіло.

*Обговорення:* Учасники діляться, у яких частинах тіла найчастіше накопичується напруження, і як вони відчували розслаблення.

### *Дихальні техніки. Техніка «Свічка»*

*Мета:* зняття емоційного напруження та стабілізація дихання.

*Хід виконання:* Тренер пропонує уявити перед собою запалену свічку. Учасники роблять глибокий вдих носом і повільно видихають через рот так,

щоб полум'я лише злегка коливалося, але не згасало. Виконати 5–6 разів, концентруючись на спокійному ритмі дихання.

### *Візуалізація «Озеро спокою»*

*Мета:* досягнення внутрішньої гармонії, емоційного розвантаження та глибокого відновлення.

*Хід виконання:* Тренер просить учасників зручно сісти, заплющити очі та уявити себе біля спокійного озера. Вода гладка, віддзеркалює небо. Кожен вдих наповнює тіло свіжістю, а з кожним видихом хвиля озера забирає втому, тривогу та напруження.

*Обговорення:* Учасники діляться, які образи з'явилися, чи вдалося відчувати спокій і внутрішнє тепло.

**4. Підбиття підсумків (10 хвилин)** Тренер узагальнює результати роботи: учасники засвоїли декілька технік релаксації та саморегуляції; усвідомили значення тілесної й емоційної розслабленості у процесі подолання ПТСР; змогли пережити досвід внутрішнього заспокоєння та гармонізації.

У завершення тренер дякує всім за відкритість і залученість, підкреслює, що регулярне застосування технік релаксації допомагає підтримувати психологічну рівновагу, запобігає повторним проявам посттравматичних симптомів і сприяє повноцінному відновленню психічного здоров'я.

Отже, розроблену комплексну тренінгову програму «Відновлення психоемоційної стійкості» було впроваджено в роботу з військовослужбовцями на базі Обласного клінічного госпіталю ветеранів війни Кіровоградської обласної ради, які брали участь у бойових діях. Програма психологічної допомоги являється цілісним інструментом для підтримки військовослужбовців із симптомами ПТСР, тривоги та депресивного стану. Вона орієнтована на розвиток емоційної саморегуляції, стресостійкості та адаптаційних ресурсів, що є важливою умовою ефективної реабілітації після участі в бойових діях. Зміст програми враховує актуальні

потреби учасників та спрямований на зниження психологічної вразливості та покращення психоемоційного стану.

### **3.2. Ефективність програми психологічної допомоги військовослужбовцям із ПТСР**

Враховуючи специфіку цільової аудиторії, рефлексія була інтегрована як невід’ємна частина реалізації програми, сприяючи глибшому осмисленню учасниками власного досвіду, емоційних станів та отриманих знань. У цьому підрозділі представлено змістові акценти та рефлексивні відгуки учасників на кожному етапі проведення тренінгових зустрічей.

#### *Рефлексія за результатами заняття 1*

Під час першого заняття вдалося сформувати атмосферу взаємної довіри, відкритості та поваги, що стало важливою основою для подальшої групової взаємодії. Виконання вправи «Коло знайомств» посприяло налагодженню первинного контакту між учасниками, створенню відчуття психологічної безпеки та посиленню групової єдності. Спостерігалось, що більшість учасників активно включилися у взаємодію, хоча частина з них на початковому етапі проявляла певну обережність і стриманість у відкритому самовираженні, що є типовим для стартової фази групової динаміки.

Під час виконання вправи «Сподівання» учасники проявили щирий інтерес до тематики тренінгу. У висловлених очікуваннях переважали прагнення опанувати ефективні методи подолання стресових ситуацій, покращити здатність до самоконтролю та зберігати емоційну стабільність. Наявність сумнівів щодо особистих ресурсів саморегуляції, що з’являлися в окремих відповідях, свідчить про внутрішню мотивацію до особистісного розвитку та самопізнання.

Міні-лекція на тему «Психологічна стійкість та її значення для військовослужбовців» викликала жваве обговорення серед учасників. Вони виявили інтерес до понять «стресостійкість» і прагнули співвіднести їх зі

своїм власним професійним досвідом. Варто зазначити, що військовослужбовці визнають важливість психологічної стійкості як ключової професійної якості, проте значна частина з них висловила потребу в подальшому розвитку прикладних навичок для її підтримки й посилення.

Гра «Мій символ стресостійкості» дала можливість учасникам проявити креативність і внутрішню рефлексію. Символи, які вони обирали, часто уособлювали силу, стабільність, підтримку побратимів або природні елементи (камінь, дуб, вода, сонце), що свідчить про прагнення до внутрішньої гармонії та відновлення.

Під час обговорення учасники відзначали, що усвідомлення власного символу допомагає їм знаходити внутрішній спокій у стресових ситуаціях. У цілому перше заняття виконало свої завдання: було налагоджено контакт у групі, визначено основні очікування учасників, створено основу для подальшого розвитку навичок саморегуляції та підвищення рівня психологічної стійкості. Відзначено позитивну динаміку емоційного стану учасників: від напруженого очікування на початку до відкритості, зацікавленості та взаємопідтримки наприкінці зустрічі.

#### *Рефлексія за результатами заняття 2 «Долаємо ПТСР разом!»*

Під час другого заняття спостерігалось поступове зниження емоційної напруги серед учасників і підвищення рівня залученості до групового процесу. Уже на початку, у вправі «Щоб говорити правду», відчувалася довіра та готовність військовослужбовців до відкритішої взаємодії. Ця вправа сприяла формуванню безпечного простору, що є особливо важливим у роботі з людьми, які мають досвід травматичних подій. Вона дала змогу учасникам проявити щирість і навчитися ділитися особистими переживаннями без страху осуду.

Вправа «Стаканчик» стала одним із найемоційніших моментів заняття. Вона торкнулася теми втрати, болю та руйнування – ключових аспектів переживання ПТСР. Реакції учасників свідчили про глибоке емоційне залучення: дехто відчув сум, гнів чи внутрішній опір. Проте саме через

усвідомлення цих почуттів виникла можливість поступового прийняття травматичного досвіду й розуміння того, що емоційне проживання втрати – це перший крок до внутрішнього відновлення.

У ході «Психомалювання» учасники змогли візуалізувати власний психоемоційний стан «до», «під час» і «після» травматичних подій. Малюнки продемонстрували різні рівні напруги, хаотичність або, навпаки, стабілізацію емоцій. Це завдання допомогло глибше усвідомити особисті механізми реагування на травму та шляхи поступового відновлення психічної рівноваги.

Метод незавершених речень дав можливість вербалізувати приховані переживання, пов'язані з травматичними подіями. У висловлюваннях учасників часто звучали теми виснаження, втрати контролю, повторних спогадів, але також з'являлися прояви надії, сили та прагнення до внутрішньої стабільності. Це свідчить про поступове усвідомлення власних ресурсів для подолання симптомів ПТСР.

Під час мозкового штурму учасники активно обговорювали подвійний характер стресу – його руйнівні та мобілізуючі сторони. З'явилося розуміння, що навіть травматичний досвід може стати поштовхом до розвитку, переосмислення життєвих цінностей і відновлення внутрішніх опор.

Завершальна вправа «Тут і тепер» сприяла інтеграції всіх емоційних переживань заняття. Учасники відкрито ділилися своїми почуттями, зазначали, що вперше змогли говорити про власний біль і страх без сорому. Це свідчить про підвищення рівня довіри та готовності до подальшої терапевтичної роботи.

У підсумку можна відзначити, що після заняття група стала більш згуртованою, учасники демонстрували підвищену відкритість і готовність працювати з власними емоціями. Заняття сприяло формуванню навичок емоційного усвідомлення, саморегуляції та підтримки одне одного, що є важливими складовими у процесі подолання посттравматичних симптомів.

Загалом тренінгове заняття досягло своєї мети: військовослужбовці не лише здобули знання про природу ПТСР, але й через практичні вправи

отримали досвід безпечного проживання емоцій, розуміння власних реакцій на травму та розвиток внутрішньої стійкості.

*Рефлексія після проведення заняття 3 «Робота з емоціями. Контроль емоцій»*

Третє заняття було спрямоване на розвиток у військовослужбовців навичок усвідомлення власних емоцій, їх контролю та регуляції. З перших хвилин зустрічі вдалося створити доброзичливу, довірчу атмосферу, що сприяло відкритому діалогу та активній участі кожного. Під час вступної частини учасники охоче ділилися своїм настроєм, описували, з якими емоціями прийшли на тренінг, що дозволило виявити загальний емоційний фон групи та підлаштувати темп заняття під її стан.

У теоретичній частині – міні-лекції про емоційний інтелект – учасники зацікавлено сприймали інформацію, виявляли допитливість, ставили запитання про практичне застосування цих знань у військових умовах. Дискусія «Які емоції важко контролювати під час стресу?» показала, що більшість із них мають труднощі з управлінням гнівом, роздратуванням та страхом, однак уже сам факт усвідомлення цих емоцій є важливим кроком до саморегуляції.

Під час виконання техніки «Виявлення емоцій» учасники демонстрували зацікавленість і готовність говорити про свої внутрішні переживання. Дехто зізнавався, що вперше спробував визначити, де саме у тілі відчуває напругу або страх. Обговорення допомогло усвідомити взаємозв'язок між тілесними відчуттями та емоційним станом, що є важливим аспектом самоспостереження й контролю поведінки.

Техніка «Стоп-реакція» виявилася надзвичайно практичною – учасники зазначали, що зможуть застосовувати її у реальних бойових або стресових ситуаціях, щоб запобігти імпульсивним діям. Під час обговорення вони наводили приклади, коли сильні емоції заважали приймати зважені рішення, і визнавали необхідність тренувати навичку «зупинки» перед реакцією.

Виконання дихальної техніки «4–7–8» створило атмосферу спокою та внутрішньої зосередженості. Було помітно, як змінився ритм дихання, міміка облич, поза – учасники стали більш розслабленими. Багато хто відзначив зменшення напруження в тілі, покращення концентрації та появу відчуття рівноваги.

Завершальна релаксаційна вправа «Візуалізація спокою» стала кульмінацією заняття. Учасники змогли на мить відчути стан безпеки й гармонії, уявляючи власні «місця сили». Після вправи більшість відзначила легкість, відновлення емоційного балансу й появу відчуття внутрішнього ресурсу.

У ході рефлексії учасники висловлювали, що усвідомлення й контроль емоцій є не просто теоретичним поняттям, а реальною необхідністю для збереження психологічної стійкості під час служби. Вони відзначали, що техніки, отримані на занятті, є простими у виконанні, але ефективними для швидкої саморегуляції.

У підсумку можна зазначити, що заняття повністю досягло поставленої мети: військовослужбовці засвоїли основні принципи емоційного інтелекту, навчилися розпізнавати й регулювати власні емоції, а також отримали інструменти для самодопомоги у стресових ситуаціях. Спостерігалось підвищення рівня відкритості, довіри та впевненості у власних можливостях справлятися з емоційними труднощами.

#### *Рефлексія після проведення заняття 4*

Проведене заняття було спрямоване на формування в учасників навичок активного подолання стресових ситуацій і розвиток конструктивних копінг-стратегій. Учасники проявили зацікавленість і високу залученість у процес, активно ділилися власним досвідом, що сприяло створенню атмосфери довіри й відкритості.

Теоретичний блок пройшов динамічно: військовослужбовці виявили готовність обговорювати власні способи реагування на стрес, демонструючи усвідомлення важливості активної життєвої позиції. Практичні техніки -

«Планування дій», «Дерево рішень» та «5–4–3–2–1» - викликали позитивний відгук, оскільки дозволили учасникам не лише осмислити теоретичні знання, а й застосувати їх до реальних життєвих ситуацій. Особливо ефективною виявилася вправа «Дерево рішень», яка допомогла учасникам візуалізувати можливі варіанти дій і усвідомити власні ресурси впливу на ситуацію.

Гра «Копінг-алгоритм» створила емоційне піднесення, посилила групову взаємодію та закріпила знання в інтерактивній формі. Релаксаційна вправа «Швидка релаксація» сприяла відновленню внутрішнього балансу й завершила заняття на спокійній, врівноваженій ноті.

Загалом, мета заняття була досягнута: учасники опанували низку практичних інструментів для саморегуляції та активного реагування на стрес, підвищили усвідомлення власних копінг-ресурсів і можливостей контролю над емоційними станами. Атмосфера підтримки, емпатії та взаємоповаги позитивно вплинула на групову динаміку, сприяючи розвитку психологічної стійкості військовослужбовців.

#### *Рефлексія після заняття 5*

Під час проведення заняття, присвяченого розвитку позитивного мислення, було помітно, що більшість учасників спочатку демонстрували певну стриманість і скептицизм щодо теми. Для багатьох військовослужбовців розмови про «позитивне мислення» асоціювалися з надмірним оптимізмом, що нібито не узгоджується з реаліями військової служби. Однак уже після виконання першої вправи «Позитивне переосмислення» стало помітно, що учасники почали активно включатися в процес, ділитися власними прикладами і навіть з гумором переосмислювати складні життєві ситуації.

Під час гри «Оптимістичний сценарій» виявилася здатність військовослужбовців мислити стратегічно, що допомогло їм легко знаходити варіанти конструктивних дій навіть у гіпотетичних кризових умовах. Дискусії відзначалися емоційністю, щирістю та взаємною підтримкою.

Особливо цінним моментом було виконання техніки «Журнал позитивних моментів». Дехто з учасників зазначив, що давно не задумувався про маленькі приємності щоденного життя, які допомагають зберігати внутрішній баланс. Вправа «Перетворення негативу на позитив» викликала жваву реакцію та сміх, що сприяло зниженню напруження в групі та формуванню позитивного емоційного фону.

У цілому заняття пройшло в атмосфері довіри, відкритості та активної взаємодії. Учасники засвоїли, що позитивне мислення – це не заперечення проблем, а вміння знаходити у складнощах нові можливості. Відзначається підвищення мотивації до подальшої роботи над собою, а також готовність застосовувати отримані техніки у щоденному житті.

#### *Рефлексія після проведення заняття 6*

##### *«Своєчасна допомога – запорука збереження психологічного здоров'я»*

Під час проведення заняття я відзначила високий рівень залученості учасників у процес взаємодії. Вправа «Радощі життя» сприяла створенню довірливої атмосфери, допомогла знизити напруження та переключити увагу військовослужбовців із теми боротьби на тему відновлення. Учасники активно доповнювали історію, демонструючи готовність до відкритої комунікації.

Під час групової дискусії помітно проявилася різниця у ставленні до теми психологічної допомоги: частина військовослужбовців висловлювала готовність приймати підтримку, інші частина зазначали, що схильні покладатися лише на себе та свої власні сили. Це дало можливість побачити рівень сформованості навичок самодопомоги та наявні бар'єри у прийнятті підтримки.

Практикум «Тріада ефективності» виявився дуже корисним – учасники почали замислюватися над тим, наскільки фізіологічні аспекти (сон, харчування, фізична активність) впливають на їхній психологічний стан. Багато хто відзначив, що систематичний брак сну і нерегулярне харчування посилюють дратівливість і знижують концентрацію.

Після перегляду відеоматеріалу та виконання вправи «Прогресуюча м'язова релаксація» більшість учасників зазначили відчуття спокою, тепла, полегшення. Деякі вперше відчули, наскільки сильна напруга накопичується у м'язах під час служби. Це стало важливим усвідомленням і стимулом для подальшої практики саморегуляції.

Загалом, заняття мало позитивний емоційний ефект, сприяло підвищенню усвідомленості учасників щодо власного психофізичного стану та необхідності своєчасної самодопомоги. Водночас виявлено потребу у подальшому розвитку навичок самоспостереження, емоційної відкритості та підтримки побратимів. Заняття допомогло учасникам усвідомити, що психологічна стійкість формується не лише через силу волі, а й через турботу про себе, своє тіло, емоції та стосунки з іншими. Рекомендовано продовжити практику технік саморегуляції та розвивати культуру психологічної підтримки у військовому колективі.

#### *Аналітичне узагальнення за результатами заняття 7*

Проведений теоретико-методологічний аналіз психокорекційних програм, спрямованих на подолання посттравматичного стресового розладу, дозволяє констатувати, що більшість сучасних підходів ґрунтуються на інтеграції когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої парадигм. У фокусі уваги таких програм перебуває не лише редукція симптомів ПТСР (тривожності, гіпервозбудження, нав'язливих спогадів), а й відновлення цілісності особистості, формування відчуття контролю над власним життям, підвищення рівня емоційної саморегуляції.

Аналіз показав, що найбільш ефективними є програми, які поєднують психоосвітній, когнітивно-реструктуризаційний і тілесно-релаксаційний компоненти. Вони забезпечують комплексний вплив на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості, що сприяє зниженню рівня психологічної напруги, розвитку навичок самодопомоги та формуванню внутрішніх ресурсів для подолання травматичного досвіду.

Більшість учасників групи зафіксували спокій, тіло за довгий час було розслабленим, думки переважно були зосереджені на виконанні вправ. Група відзначила, що відчують позитивне налаштування після таких зустрічей, що стимулює їх рухатися далі.

Особливої уваги заслуговують програми, що включають групові форми роботи, адже вони створюють безпечне терапевтичне середовище, підвищують відчуття підтримки та належності, сприяють реінтеграції в соціальне середовище. Водночас дослідження засвідчують, що ефективність програм підвищується за умови їхньої адаптації до специфіки цільової аудиторії – зокрема військовослужбовців, ветеранів або цивільних осіб, які пережили воєнні події.

Узагальнюючи, можна зазначити, що психокорекційні програми, спрямовані на подолання ПТСР, повинні бути побудовані на принципах поетапності, індивідуалізації, безпечної експозиції до травматичних переживань та розвитку психологічної стійкості. Комплексне поєднання когнітивно-поведінкових технік, тілесних і арт-терапевтичних методів створює умови для відновлення емоційної рівноваги, підвищення життєвої ефективності та формування нових способів взаємодії з оточенням.

### **Висновок до третього розділу**

Реалізація комплексної тренінгової програми «Відновлення психоемоційної стійкості» довела свою ефективність як засобу психологічної підтримки військовослужбовців, спрямованого на профілактику посттравматичних стресових розладів, зниження рівня тривожності та депресивних проявів. Програма забезпечила формування в учасників практичних умінь та навичок емоційної саморегуляції, конструктивного реагування на стресові фактори та усвідомлення власних ресурсів для подолання наслідків психологічної травматизації.

Упродовж проведення занять було зафіксовано позитивні зрушення в психоемоційному стані учасників. Спостерігалось зниження рівня внутрішньої напруги, посилення довіри між учасниками, активізація міжособистісної взаємодії, а також формування відчуття емоційної безпеки у групі. Військовослужбовці проявили відкритість до рефлексії та самоаналізу, були готові приймати підтримку з боку інших, що свідчить про зростання їхніх адаптаційних можливостей.

Найбільш ефективними виявилися ті методики, які були спрямовані на зниження емоційного напруження та формування навичок усвідомленого регулювання психічного стану. Зокрема, позитивний вплив мали техніки релаксації, дихальні вправи, рольові ігри та практики, орієнтовані на розвиток позитивного мислення. Завдяки їх застосуванню у військовослужбовців покращилася концентрація уваги, зменшилась емоційна втома та відновилося суб'єктивне відчуття внутрішньої врівноваженості. Отримані результати свідчать, що сподівання на підвищення рівня психологічної стійкості, розширення спектра активних копінг-стратегій і формування мотивації до самопідтримки повністю виправдалися. Програма сприяла розвитку внутрішніх ресурсів, оптимістичного світосприйняття та здатності військовослужбовців зберігати емоційну врівноваженість у складних умовах служби.

Таким чином, запропонована тренінгова програма може розглядатися як ефективний інструмент психопрофілактики та психологічного відновлення і реабілітації, що сприяє підтриманню психічного здоров'я, зниженню ризику розвитку ПТСР і забезпеченню стійкості до бойового стресу.

## ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до категорії психічних порушень, що розвиваються у відповідь на надзвичайно травматичні події, які виходять за межі звичного досвіду. В умовах повномасштабної війни в Україні проблема ПТСР набуває особливої значущості, оскільки кількість осіб, що зазнають психотравмувальних впливів, постійно зростає, що актуалізує потребу в своєчасній психологічній підтримці та ефективній реабілітації.

Як показує історія наукового вивчення ПТСР, ще з часів воєн, особливо з кінця XIX – початку XX століть спостерігалися схожі за клінічною картиною стани, які пізніше були систематизовані в рамках медичних класифікацій, зокрема в DSM та МКХ. Лише після В'єтнамської війни ПТСР було офіційно визнано як окремий клінічний діагноз, що дозволило визначити симптоматику та розробити діагностичні критерії.

У теоретичному розділі було здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз феномену ПТСР, розглянуто сучасні підходи до класифікації, зокрема відповідно до DSM-5 та МКХ-11. ПТСР супроводжується розвитком характерних симптомів: інтрузії, уникнення, емоційного збудження та когнітивних змін. Ключова різниця полягає в особливостях побудови діагностичних критеріїв та тривалості проявів симптомів. Важливим нововведенням у класифікації МКХ-11 стало введення окремої діагностичної форми – комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР), який охоплює довготривалі психологічні наслідки складних і повторюваних травматичних подій, зокрема тих, що виникають у контексті збройних конфліктів і бойового досвіду. Розвиток ПТСР має динамічний характер: від гострої стресової реакції до хронічної чи відтермінованої форми розладу. Особлива увага приділена диференціації між гострою стресовою реакцією, гострим стресовим розладом та ПТСР, що важливо для своєчасного виявлення розладу та початку втручання. В результаті дослідження стає

зрозумілим, що бойова психічна травма є результатом перевищення адаптаційного ресурсу людини у відповідь на екстремальні обставини. Ризик її виникнення суттєво зростає під впливом низки чинників: тяжкість травматичного впливу, тривалість експозиції, інтенсивність бойових дій, фізіологічні та психологічні ресурси особистості, рівень соціальної підтримки.

Розгляд нейропсихологічних механізмів ПТСР підтверджує, що розлад супроводжується структурно-функціональними змінами у мозку, зокрема зменшенням об'єму гіпокампу, гіперактивацією мигдалеподібного тіла, порушенням функцій префронтальної кори. Це пояснює труднощі в емоційній регуляції, пам'яті, підвищену тривожність та імпульсивність у військових з ПТСР. Окреслено психосоціальні чинники та стрес-фактори бойового середовища, які відіграють ключову роль у розвитку ПТСР: дефіцит інформації, загроза життю, відповідальність за побратимів, фізичне виснаження та ін. Бойовий стрес охоплює як психологічні, так і соціально-психологічні рівні напруження, і може призводити до значущих порушень у сфері емоційного функціонування, міжособистісної взаємодії та адаптації в мирному житті.

Особливу загрозу становить коморбідність із депресією та тривожними розладами, яка значно ускладнює перебіг ПТСР і підвищує ризики суїцидальної поведінки.

Адаптація військовослужбовців із ПТСР до мирного життя є тривалим і складним процесом. Перенесення бойових стратегій поведінки, специфічного емоційного реагування та світоглядних переконань у мирне життя часто призводить до конфліктів у родині, на роботі, до втрати життєвих орієнтирів і подальшої соціальної дезадаптації. Нерозуміння з боку суспільства, зниження рівня соціальної підтримки, брак реабілітаційних програм і недостатня підготовленість близьких військових до прийняття зміненої особистості військовослужбовця тільки загострюють кризу інтеграції. У нинішніх умовах

війни питання психологічної реабілітації військових набуває особливої актуальності.

Проведений аналіз психологічних особливостей прояву ПТСР серед військовослужбовців, які перебували на лікуванні у шпиталі після участі в бойових діях. Для вивчення психоемоційного стану військовослужбовців були використані стандартизовані психодіагностичні інструменти – PCL-5, HADS та Міссісіпська шкала ПТСР. Отримані результати вказують на те, що у 44% обстежених наявна клінічна симптоматика ПТСР, 19% мали помірні прояви розладу, а 37% - незначні або субклінічні прояви. Водночас, 44% військовослужбовців продемонстрували клінічно виражену депресію, а 37,5% - високий рівень тривожності. Згідно з результатами Міссісіпської шкали, майже половина військових (47%) виявила достатній рівень адаптації, у 28% зафіксовано ризик психічних розладів, і у 25% - виражений ПТСР.

Комплексний аналіз даних засвідчив наявність вираженої коморбідності ПТСР з тривожними та депресивними розладами, що підтверджується і попередніми науковими даними. Таке поєднання суттєво ускладнює клінічну картину, знижує адаптаційні можливості та підвищує ризик хронічної симптоматики, включно з деструктивними формами поведінки (алкоголізація, агресія, суїцидальної активності).

З урахуванням отриманих результатів та виявленої потреби психологічної підтримки, у третьому розділі було розроблено та апробовано комплексну тренінгову програму психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР «Відновлення психоемоційної стійкості», спрямовану на стабілізацію психоемоційного стану, підвищення стресостійкості, формування ефективних копінг-стратегій та профілактику повторної травматизації. Програма має чітку структуру з тематичними блоками (ціннісний, емоційний, когнітивний, діяльнісний), враховує індивідуальні особливості військових, включає техніки емоційної саморегуляції, психоосвіти, релаксації та соціальної взаємодії.

Важливим компонентом усіх занять стала рефлексія, яка дала можливість відстежити позитивну динаміку змін. За результатами апробації учасники продемонстрували покращення емоційного стану, зниження рівня тривоги й напруги, підвищення загального настрою, відновлення емоційного контакту з оточенням, зростання рівня фізичної активності та мотивації до дії. Також спостерігалось посилення відчуття безпеки, поступове відновлення довіри до інших, формування навичок емоційної саморегуляції, підвищення впевненості у власних силах, також сприяла зменшенню соціальної ізоляції.

Загалом, результати теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та апробації Програми дозволяють зробити висновок, що ПТСР серед військовослужбовців є складним, багатофакторним явищем, що потребує системної професійної психологічної допомоги, реабілітації та підтримки з боку родини, суспільства та держави.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

### *Книга*

1. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2023. 164 с.
2. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2023. 424 с.
3. Гоуг Ч. Одного разу воїн – назавжди. Як повернутися до звичного життя після бойових дій / пер. з англ. Ольга Корнюшина. К.: Наш Формат, 2024. 352 с.
4. Грейтенс Е. Стійкість: тяжка виборена мудрість для ліпшого життя. / пер. з англ. О.Л. Тільна. Харків: Вид-во «Ранок»: Фабула, 2023. 432 с.
5. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Київ, 2018. Том 3. 236 с.
6. Гроссман Д. Вбивство: психологічна плата за навчання вбивати на війні і в мирний час / пер.з англ. Андрій Накорчевський; фаховий редактор Олег Фешовець. Львів: Видавництво «Астролябія», 2024. 560 с.
7. Гроссман Д., Крістенсен Л. Бій: Психологія і фізіологія війна в часи війни та миру / пер. З англ. Андрій Накорчевський; фах.ред. Олег Фешовець. Львів: Видавництво «Астролябія», 2023. 720 с.
8. Допомога людині, яка знаходиться у стані шоку, стресу чи травми : практичні поради соціальним працівникам, психологам та волонтерам / Упорядники: В. М. Бондаровська, Т. В. Кульбачка, Е. Б. Ламах, Л. І. Козуб. Київ: ТОВ «ФасТПРиНТ». 2015, 24 с.
9. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Методичний посібник / кол. Авторів: Н. А. Агаєв,

О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

10. Зоран Комар. Підручник для військових психологів: психологічна стійкість воїна. Київ: 2017. 185 с.

11. Історичні передумови вчення про посттравматичні стресові розлади. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / кол. Авторів: Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевський, А. М. Столяренко. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків: ХМАПО, 2014. 223 с.

12. Клініко-психопатологічні характеристики основних варіантів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на Сході України. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / кол. Авторів: Н. О. Марута, Г. М. Кожина, В. І. Заворотний. Київ. ВСВ «Медицина», 2021. 246 с.

13. Кондрюкова В. В. Слюсар І. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас: навчально-методичний посібник. Київ: Гнозис, 2013. 116 с.

14. Михайлова О.І. Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія. Ніжин: Видавництво НДУ ім.М. Гоголя, 2021. 249 с.

15. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: науково-методичний посібник. / кол. Авторів: Д. Ю. Старков, В. В. Ярій, О. В. Олішевський. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2023. 136 с.

16. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник / кол. Авторів: О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

17. Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій: Методичні рекомендації / кол. Авторів: Є. Курченко, Р. Мороз, Т. Цуканова. Київ, 2014. 42 с.
18. Психічні розлади воєнного часу. Монографія. / кол. Авторів: О. Чабан, О. Хаустова, В. Омелянович. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
19. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с.
20. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / кол. Авторів: О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
21. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення. Методичний посібник. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 283 с.
22. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник / кол. Авторів: Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
23. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / кол. Авторів: З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
24. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
25. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник-3є видання. Київ. Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.

*Стаття у періодичному науковому виданні (збірнику наукових праць чи журналі)*

26. Базарний С., Новіков О. комплексний аналіз інструментів PC-PTSD-5, CAPS-5 ТА PCL-5 для діагностики ПТСР у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. 85(3). С. 33–42.
27. Бакурідзе Н. Г., Овсяннікова Я. О., Кердивар В. В. Психологічна підтримка військових: посттравматичний синдром та методи його подолання. *Психофізіологія та медична психологія. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Том 35 (74) № 2. С. 109–114.
28. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. *Медицина. Фармація. Терапія та реабілітація. Health & Education*. 2023. Вип. 2. С. 46–52
29. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. 2006. Вип. 2. С. 118–124.
30. Блінов О. А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис: збірник наукових*. 2018. № 1 (11). Вип. 11. С. 26–37.
31. Боженко Н. Л. Боженко М. І. Посттравматичний стресовий розлад: в епіцентрі стресу. *Інтегративна антропологія*. 2015. № 2. С. 60–64
32. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції Об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. Вип. 11. С. 19–24.
33. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *European Science*. 2019. С. 50–66.
34. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*. 2020. № 4. С. 133–157.

- 35 Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2016. № 1. С. 228–240
- 36 Гунько Б.О. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *«Вісник Вінницького національного медичного університету»*. 2015, №1. Т.19. С. 216–219.
- 37 Євдокімова О. О., Заворотний В. І. Посттравматичні стресові розлади, гострі та віддалені, як наслідок участі у воєнних діях. *Право і Безпека*. 2014, № 3. С. 207–212.
- 38 Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019, Вип. 1, Т. 1 (148). С. 32–36.
- 39 Жигайло Н., Цимбалюк М. Важливість духовності для реабілітацій демобілізованих з лав ЗСУ та інших військових формувань. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Випуск 17. С. 3–12.
- 40 Захаріна Т. Реінтеграційний потенціал ветеранів як чинник успішної їх реінтеграції в соціум. *Social Work and Education*. 2023, Vol. 10, No. 3. С. 263–275.
- 41 Коваленко Є. С. Психологічний аналіз базових переконань у військовослужбовців. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023, Випуск 1. С. 193–197.
- 42 Кожина Г. М., Друзь О. В., Зеленська К. О., Черненко І. О. Сучасна модель формування постстресових розладів в учасників бойових дій. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020, №1 (86). С. 39–45.
- 43 Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми*

*екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. 2016, Вип. 20. С. 84–93.*

44 Коленіченко Т. І. Соціально-психологічні детермінанти соціальної реінтеграції ветеранів гібридної війни в умовах сучасного соціуму. *Серія: Педагогічні науки. 2022, Вісник № 17 (173). С. 48–53.*

45 Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. 2024, № 17. С. 21–27.*

46 Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation. 2023, (15). С. 50–56.*

47 Кулаєць В. М., Кулаєць Н. М. Післятравматичний стресовий розлад як основний симптомокомплекс типових постстресових розладів у практиці лікаря-інтерніста. *Терапевтика імені професора М.М. Бережницького. 2021, Т. 2. № 4. С. 22–27.*

48 Ломакін, Г. Аналіз соціально-психологічних аспектів ПТСР комбатантів. *Європейські гуманітарні дослідження: Держава та суспільство. 2020, (4). С. 30–47.*

49 Лящ О., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи. 2021, (37). С. 128–140.*

50 Міхеєва, Л., Оксютів, М., Олійник, М. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs. 2023, (4), С. 6–15*

51 Назаренко І. І., Якимець В. М., Печиборщ В. П., Слабкий Г. О., Іванов В. І., Поліщук А. О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації. 2019, № 1. С. 48–58*

52 Науменко Л. Ю., Спіріна І. Д., Борисова І. С., Кузьменко В. І., Тітов Г. І., Березовський В. М. Критерії обмежень життєдіяльності при посттравматичному стрессовому розладі у учасників бойових дій. *Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. 2017, Том 17, Випуск 3 (59). С. 139–146.

53 Островська К. О. Особливості прояву посттравматичного стрессового розладу в соціальному просторі. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2018, Вип.40. С. 295–306.

54 Пріб Г. А., Бегеза Л. С., Раєвська Я. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів: проблематика вивчення. *Габітус*. 2022, №35. С. 159–163.

55 Романенко Є. О., Коляденко Н. В. Посттравматичний стресовий розлад як медикопсихо-соціальна проблема. *«Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»*. 2021, № 2(2). С. 297–304.

56 Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стрессового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024, 4 (128). С. 114–119.

57 Хаустова О. О. Трачук Л. Є. Посттравматичний стресовий розлад: історичний аспект. *Архів психіатрії*. 2015, Т. 21. № 1. С. 6–11.

58 Христюк О. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2017. № 2. С. 183–191.

59 Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Ангельська В., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023, 12 (124). С. 28–39.

60 Шеленкова Н. Діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців/ветеранів. *Психологічний журнал*. 2024. № 13. С. 140–147.

*Тези у збірнику конференцій*

61. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Матеріали конференцій МЦНД. 2020. С. 89–91.

62. Пилипчук І., Сторож О. Основні підходи до розуміння соціально-психологічної адаптації у сучасній психологічній науці. *Студентський дайджест. Збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти*. Рівне: РДГУ. 2021, Випуск 4. С. 90–92.

*Дисертація*

63. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: дис... доктора психологічних наук: 19.00.04. Київ, 2020. 660 с.

*Електронний ресурс*

64. Відбулося широке обговорення проблемних питань забезпечення соціального захисту ветеранів війни та осіб, на яких поширюється Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». URL. [https://komspir.rada.gov.ua/news/main\\_news/75056.html](https://komspir.rada.gov.ua/news/main_news/75056.html) (дата звернення: 02.11.2025).

65. Операційний план переходу України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я одинадцятого перегляду на 2025 – 2026 роки. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23 квітня 2025 року № 703. URL. [https://medplatforma.com.ua/images/94160/MKH\\_11.pdf](https://medplatforma.com.ua/images/94160/MKH_11.pdf) (дата звернення: 02.11.2025).

66. Статус внутрішньо переміщеної особи в Україні. [https://jurliga.ligazakon.net/news/211039\\_status-vnutrshno-peremshcheno-osobi-v-ukran](https://jurliga.ligazakon.net/news/211039_status-vnutrshno-peremshcheno-osobi-v-ukran) (дата звернення: 02.11.2025).

67. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гостра реакція на стрес. посттравматичний стресовий розлад. порушення адаптації. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf) (дата звернення: 02.11.2025).

68. Шрами на їхніх душах: ПТСР та ветерани України. Зведене резюме. Globsec. URL: <https://www.globsec.org/sites/default/files/2023-09/Executive%20Summary%20for%20Scars%20on%20Their%20Souls%20UKR.pdf?utm> (дата звернення: 02.11.2025).

#### *Іноземні джерела*

69. Angelakis S, Nixon RDV. (2015). The Comorbidity of PTSD and MDD: Implications for Clinical Practice and Future Research. *Behaviour Change*. 32(1). P. 1–25.

70. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*. 28(6), P. 489–498.

71. Hilman, A., Kulesha, N. (2022). Post-traumatic stress disorder (ptsd): theory, diagnosis and practical aspects of psychotherapy. *European Science*. 2 (sge14-02). P. 50–66.

72. Burbach L, Brémault-Phillips S., JNijdam M., McFarlane A., Vermetten E. (2014). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Curr Neuropsychopharmacol*. 22(4). P. 557–635.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5

Інструкція. Нижче перераховані проблеми, з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та позначте, наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо щось викликає сильне занепокоєння – пропустіть цей пункт)

| №  | Протягом останнього місяця як сильно вас турбували                   | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Відчутно | Дуже |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|----------|------|
| 1. | Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?        | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 2. | Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?               | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 3. | Раптове почуття або подія, ніби стресовий досвід знову повторюється? | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 4. | Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?        | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 5. | Сильна фізична реакція коли щось нагадує про                         | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |

|     |                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
|     | стресову подію<br>(наприклад, прискорене<br>серцебиття, труднощі з<br>диханням, пітливість)?                                                                                                       |   |   |   |   |   |
| 6.  | Намагання уникнути<br>спогадів, думок або<br>почуттів, пов'язаних із<br>цією стресовою подією?                                                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.  | Уникання зовнішніх<br>нагадувань про подію<br>(наприклад, людей,<br>місць, розмов, занять,<br>предметів чи ситуацій)?                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.  | Складно згадати важливі<br>частини стресової події?                                                                                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.  | Сильні негативні<br>переконання про себе,<br>інших людей або світ<br>загалом (наприклад,<br>думки на кшталт: «Я<br>поганий», «Зі мною<br>щось серйозно не так»,<br>«Нікому не можна<br>довіряти»)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Звинувачення себе або<br>інших у самій події чи в<br>тому, що сталося після<br>неї?                                                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|     |                                                                                            |   |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 11. | Відчуття сильних негативні емоції, такі як страх, жах, гнів, провина або сором?            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Втрата інтересу до речей чи занять, які раніше приносили задоволення?                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Відчуття віддаленості, дистанції між собою та іншими людьми?                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Складно відчувати позитивні емоції (наприклад, радість або любов та ніжність до близьких)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Дратівливість, спалахи гніву чи агресивна поведінка?                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Ризикуєте чи робите речі, які можуть завдати вам шкоди?                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Постійно насторожі, напружені та пильні?                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Почуваєтеся нервовим або легко лякаєтеся?                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Маєте труднощі з концентрацією уваги?                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Проблеми із засинанням чи підтриманням сну?                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Опитувальник PCL-5 є психодіагностичним інструментом, який охоплює 20 тверджень, спрямованих на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Кожен пункт оцінюється від нуля до 4 балів, залежності від інтенсивності прояву симптому, де:

0 балів – симптом не проявляється;

1 – слабо виражений;

2 – помірний;

3 – достатньо виражений;

4 – надмірно інтенсивний.

Ця методика широко застосовується як для скринінгу ПТСР, так і для попереднього клінічного оцінювання психоемоційного стану особи.

Пункти опитувальника згруповані за відповідними діагностичними блоками, відповідають DSM-5:

Критерій А – описання травматичної події;

Критерій В – ознаки повторного переживання (питання 1–5);

Критерій С – симптоми уникнення (питання 6–7);

Критерій D – негативні думки та емоційні зміни (питання 8–14);

Критерій E – надмірна збудливість/реактивність (питання 15–20).

Максимально можлива кількість балів – 80, мінімальна – 0. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою. Існує два підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптомами вважається, якщо: 1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E. 2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

### Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Шкала призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом в 1983 р.

При формуванні шкали HADS автори виключали симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головні болі та інше). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, що найчастіше зустрічаються і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю.

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин».

1. Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2. Д *Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.*

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так. 195

3. Т *Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.*

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4. Д *Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.*

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5. Т *Неспокійні думки крутяться у мене в голові.*

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6. Д *Я відчуваю бадьорість.*

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7. Т *Я легко можу сісти і розслабитися.*

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8. Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9. Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10. Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12. Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13. Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14. Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

«Ключ» Субшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

#### *Обробка результатів*

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

#### *Інтерпретація результатів*

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.



**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій  
(військовий варіант)**

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій.

Створена на основі MMPI. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

**Реєстраційний бланк**

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5».

Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

| <b>Твердження</b>                                                                                      | <b>Абсолютн<br/>о невірно</b> | <b>Іноді<br/>невірно</b> | <b>У<br/>деякій<br/>мірі<br/>вірно</b> | <b>Вірно</b> | <b>Абсолютн<br/>о вірно</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------|-----------------------------|
|                                                                                                        | <b>1</b>                      | <b>2</b>                 | <b>3</b>                               | <b>4</b>     | <b>5</b>                    |
| 1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.                                              | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.                              | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).            | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю. | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.                                                     | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.                                     | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |
| 7. Мені сняться ночами кошмари про                                                                     | 1                             | 2                        | 3                                      | 4            | 5                           |

|                                                                                                |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| те, що було насправді на війні.                                                                |   |   |   |   |   |
| 8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Зовні я виглядаю бездушним.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Мої сні настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Я відчуваю, що більше не можу.                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Речі, які викликають у інших                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|                                                                                                    |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.                                                           |   |   |   |   |   |
| 17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Мені важко зосередитися.                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Я без причини плачу.                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Мене лякають мої прагнення і бажання                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Я легко засинаю                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Я легка, спокійна, врівноважена людина                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому небудь, тому що | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| цього нікому не зрозуміти.                                                                                                                 |   |   |   |   |   |
| 29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Я боюся засинати                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## «Ключ»

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| Відповідь | Номер тверджень |
|-----------|-----------------|

|                                                                   |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ( $\Sigma 1$ ):    | 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 |
| Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ( $\Sigma 2$ ): | 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34                                                        |

### *Обробка результатів*

Загальний бал:  $\Sigma 1 + \Sigma 2$ .

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

### *Інтерпретація результатів*

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

- добре адаптовані –  $76 \pm 18$ ;
- психічні розлади –  $86 \pm 26$ ;
- ПТСР –  $130 \pm 18$ .

## Результати діагностики за шкалою PSL-5 Military Version

| №  | Бал<br>Макс.80 | Інтрюзія<br>Максимальний бал – 20 | Уникнення<br>Максимальний бал – 8 | Негативні<br>думки<br>Максимальний бал – 28 | Гіперзбудження<br>Максимальний бал – 24 |
|----|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1  | 58             | 15                                | 8                                 | 15                                          | 20                                      |
| 2  | 51             | 13                                | 4                                 | 20                                          | 14                                      |
| 3  | 26             | 6                                 | 1                                 | 11                                          | 9                                       |
| 4  | 24             | 4                                 | 1                                 | 4                                           | 15                                      |
| 5  | 25             | 5                                 | 0                                 | 6                                           | 14                                      |
| 6  | 47             | 12                                | 7                                 | 14                                          | 14                                      |
| 7  | 44             | 16                                | 1                                 | 19                                          | 5                                       |
| 8  | 57             | 18                                | 4                                 | 21                                          | 14                                      |
| 9  | 21             | 6                                 | 6                                 | 4                                           | 5                                       |
| 10 | 73             | 19                                | 6                                 | 26                                          | 22                                      |
| 11 | 66             | 16                                | 8                                 | 28                                          | 14                                      |
| 12 | 68             | 18                                | 8                                 | 28                                          | 14                                      |
| 13 | 21             | 4                                 | 1                                 | 4                                           | 12                                      |
| 14 | 66             | 17                                | 8                                 | 20                                          | 21                                      |
| 15 | 64             | 16                                | 8                                 | 19                                          | 21                                      |
| 16 | 32             | 8                                 | 4                                 | 6                                           | 14                                      |
| 17 | 58             | 10                                | 6                                 | 23                                          | 19                                      |
| 18 | 51             | 9                                 | 6                                 | 20                                          | 16                                      |
| 19 | 26             | 5                                 | 1                                 | 6                                           | 14                                      |
| 20 | 24             | 4                                 | 1                                 | 6                                           | 13                                      |
| 21 | 25             | 5                                 | 6                                 | 4                                           | 10                                      |
| 22 | 47             | 14                                | 2                                 | 14                                          | 17                                      |
| 23 | 44             | 15                                | 5                                 | 14                                          | 10                                      |
| 24 | 57             | 10                                | 7                                 | 21                                          | 19                                      |
| 25 | 21             | 4                                 | 2                                 | 5                                           | 10                                      |
| 26 | 73             | 19                                | 5                                 | 26                                          | 23                                      |
| 27 | 66             | 20                                | 5                                 | 21                                          | 20                                      |
| 28 | 68             | 20                                | 7                                 | 21                                          | 20                                      |
| 29 | 21             | 8                                 | 4                                 | 3                                           | 6                                       |
| 30 | 66             | 16                                | 7                                 | 22                                          | 21                                      |
| 31 | 64             | 15                                | 6                                 | 20                                          | 23                                      |
| 32 | 32             | 10                                | 2                                 | 7                                           | 13                                      |



**Результати діагностики за Міссісіпською шкалою для оцінки  
посттравматичних реакцій (військовий варіант)**

| <b>№</b> | <b>Бал</b> | <b>Інтрузія</b> | <b>Уникнення</b> | <b>Гіперзбудження</b> | <b>Негативні думки</b> |
|----------|------------|-----------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| 1.       | 107        | 31              | 31               | 16                    | 17                     |
| 2.       | 88         | 31              | 28               | 23                    | 12                     |
| 3.       | 82         | 22              | 31               | 19                    | 14                     |
| 4.       | 62         | 18              | 22               | 14                    | 8                      |
| 5.       | 69         | 14              | 20               | 12                    | 8                      |
| 6.       | 84         | 20              | 23               | 15                    | 12                     |
| 7.       | 93         | 26              | 28               | 19                    | 13                     |
| 8.       | 110        | 34              | 30               | 17                    | 15                     |
| 9.       | 54         | 17              | 27               | 10                    | 8                      |
| 10.      | 126        | 38              | 30               | 17                    | 19                     |
| 11.      | 117        | 31              | 32               | 17                    | 15                     |
| 12.      | 80         | 27              | 25               | 17                    | 15                     |
| 13.      | 63         | 24              | 30               | 15                    | 14                     |
| 14.      | 119        | 32              | 30               | 17                    | 15                     |
| 15.      | 114        | 27              | 33               | 18                    | 14                     |
| 16.      | 68         | 26              | 29               | 18                    | 13                     |
| 17.      | 108        | 30              | 31               | 16                    | 18                     |
| 18.      | 90         | 32              | 29               | 22                    | 13                     |
| 19.      | 84         | 20              | 32               | 20                    | 16                     |
| 20.      | 62         | 22              | 18               | 16                    | 6                      |
| 21.      | 70         | 16              | 18               | 12                    | 8                      |
| 22.      | 86         | 22              | 21               | 17                    | 12                     |
| 23.      | 94         | 25              | 29               | 21                    | 12                     |
| 24.      | 110        | 33              | 31               | 16                    | 16                     |
| 25.      | 53         | 16              | 26               | 10                    | 8                      |
| 26.      | 128        | 38              | 30               | 20                    | 19                     |
| 27.      | 118        | 30              | 33               | 16                    | 16                     |
| 28.      | 82         | 26              | 27               | 18                    | 15                     |
| 29.      | 60         | 24              | 28               | 14                    | 14                     |
| 30.      | 120        | 33              | 29               | 18                    | 14                     |
| 31.      | 115        | 28              | 32               | 19                    | 15                     |
| 32.      | 71         | 27              | 30               | 19                    | 13                     |