

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему **«ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи М334-ф
Спеціальність 053 Психологія
ОП Клінічна та реабілітаційна
психологія
Аманова Аліса Василівна

Керівник: канд. психол. наук, доцент
Прокоф'єва О.О.

Рецензент: д-р психол. наук, професор,
завідувачка кафедри педагогіки та
психології управління соціальними
системами ім. акад. І.А. Зязюна
Національного технічного університету
«Харківський політехнічний інститут»
Підбуцька Н.В.

Запоріжжя – 2025 рік

Аманова А.В.

**Психологічна реабілітація посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців**

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та обґрунтовано особливості їх психологічної реабілітації в умовах сучасного воєнного конфлікту. Посттравматичний стресовий розлад розглядається як складний багаторівневий психічний феномен, що формується під впливом інтенсивних і тривалих стресогенних факторів та проявляється через порушення емоційної регуляції, когнітивних процесів і поведінкових реакцій особистості.

У роботі систематизовано сучасні наукові підходи до розуміння ПТСР, проаналізовано його симптоматику, механізми розвитку та фактори ризику, характерні для військовослужбовців. Встановлено, що специфіка перебігу ПТСР у військових зумовлена інтенсивністю бойового досвіду, повторюваністю травматичних подій, рівнем соціальної підтримки та індивідуально-психологічними особливостями особистості.

У межах емпіричного дослідження виявлено значущі взаємозв'язки між рівнем прояву симптомів ПТСР, показниками тривожності, агресивності та стресостійкості. Отримані результати свідчать про високий рівень психоемоційного напруження та потребу у цілеспрямованій психологічній допомозі.

На основі дослідження розроблено програму психологічної реабілітації, спрямовану на відновлення психоемоційного стану, формування адаптивних копінг-стратегій та підвищення рівня психологічної стійкості військовослужбовців.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, психологічна реабілітація, стрес, тривожність, агресивність, стресостійкість, адаптація.

Amanova A.V.

Psychological rehabilitation of post-traumatic stress disorder in military personnel

ABSTRACT

The qualification paper presents a comprehensive theoretical and empirical study of post-traumatic stress disorder in military personnel and substantiates the specific features of their psychological rehabilitation under conditions of armed conflict. PTSD is considered a complex multidimensional mental phenomenon caused by prolonged exposure to extreme stress factors and manifested through disturbances in emotional regulation, cognitive processes, and behavior.

The study systematizes modern approaches to understanding PTSD, including its symptoms, mechanisms of development, and risk factors specific to military personnel. It has been established that the manifestation of PTSD is influenced by the intensity of combat experience, repeated exposure to traumatic events, level of social support, and individual psychological characteristics.

The empirical study revealed significant relationships between PTSD symptoms, anxiety, aggressiveness, and stress resistance, indicating a high level of psycho-emotional tension among military personnel.

Based on the obtained results, a psychological rehabilitation program aimed at restoring emotional stability, developing adaptive coping strategies, and enhancing psychological resilience has been developed.

Keywords: PTSD, military personnel, psychological rehabilitation, stress, anxiety, aggressiveness, stress resistance, adaptation.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему:

«Психологічна реабілітація посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців»

здобувачки вищої освіти спеціальності 053 Психологія

Аманової Аліси Василівни

Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали впливу психотравмуючих факторів.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та специфіка їх психологічної реабілітації.

Мета дослідження полягає у тому, щоб теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців і розробити програму їх психологічної реабілітації, спрямовану на відновлення психоемоційного стану та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**: здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу; визначити основні симптоми та механізми його формування; дослідити психологічні особливості прояву ПТСР у військовослужбовців; провести емпіричне дослідження психоемоційного стану військових; встановити взаємозв'язки між рівнем тривожності, агресивності та стресостійкості; розробити програму психологічної реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження включали теоретичні методи аналізу й узагальнення джерел, емпіричні методи діагностики ПТСР, агресивності та стресостійкості, а також кількісний і якісний аналіз результатів дослідження.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, які працюють із військовослужбовцями, у реабілітаційних центрах, військових підрозділах та соціальних службах.

Актуальність теми дослідження зумовлена значним поширенням посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців у сучасних умовах воєнного конфлікту. Інтенсивний характер бойових дій, постійна загроза життю, втрати, поранення, загибель побратимів і хронічне психоемоційне напруження створюють передумови для розвитку стійких психічних порушень, що негативно впливають на функціонування особистості. ПТСР у військових не лише знижує рівень психологічного благополуччя, а й ускладнює процес повернення до мирного життя, професійної реадaptaції та відновлення міжособистісних зв'язків. Це зумовлює необхідність розробки ефективних програм психологічної реабілітації, які враховують специфіку військового досвіду та особливості переживання травми.

У теоретичному розділі кваліфікаційної роботи розглянуто основні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу як складного психічного явища, що охоплює емоційний, когнітивний, поведінковий і соматичний рівні реагування. Підкреслено, що ПТСР виникає як наслідок переживання екстремальної події, яка виходить за межі звичного людського досвіду та руйнує базове відчуття безпеки. У роботі узагальнено підходи, у яких ПТСР розглядається як форма дезадаптивного реагування на травму, що проявляється нав'язливими спогадами, повторним переживанням події, уникненням травматичних стимулів, емоційним онімінням, порушеннями сну, підвищеною тривожністю та гіперпильністю.

Авторка звертає увагу на те, що у військовослужбовців ПТСР має особливу специфіку. На відміну від разових травматичних подій у цивільному середовищі, військовий досвід часто пов'язаний із повторюваністю загрози, тривалим перебуванням у стані бойової готовності,

постійним контактом із темами смерті та поранення, а також із жорсткими рольовими очікуваннями щодо витривалості та стриманості. Саме тому симптоматика ПТСР у військових може мати більш хронічний, глибоко вкорінений характер і поєднуватися з труднощами соціальної адаптації, агресивними реакціями, емоційним виснаженням та порушеннями стосунків із близькими.

У роботі наголошено, що важливими чинниками розвитку ПТСР є не лише сила травматичної події, а й попередній психологічний стан особистості, індивідуальний стиль реагування, наявність або відсутність соціальної підтримки, досвід попередніх травм, рівень стресостійкості та можливість емоційного відновлення. Таким чином, ПТСР розглядається не як автоматичний наслідок участі в бойових діях, а як результат складної взаємодії зовнішніх та внутрішніх факторів. Це підкреслює важливість комплексної психологічної діагностики й індивідуалізованого підходу до реабілітації військовослужбовців.

Окремий блок теоретичного аналізу присвячено проблемі психологічної реабілітації військових. У роботі показано, що реабілітація повинна включати не лише корекцію симптомів, а й відновлення емоційної рівноваги, формування відчуття безпеки, розвиток адаптивних копінг-стратегій, повернення здатності до довіри, встановлення контакту з власними переживаннями та відновлення соціального функціонування. Психологічна реабілітація у цьому контексті трактується як системний процес, спрямований не тільки на зниження інтенсивності симптомів, а й на відновлення цілісності особистості після травматичного досвіду.

Емпіричне дослідження дозволило конкретизувати теоретичні положення щодо впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан військовослужбовців. У роботі встановлено, що високий рівень прояву симптомів ПТСР супроводжується підвищеною тривожністю, агресивністю, емоційною лабільністю та зниженням стресостійкості. Це свідчить про те, що психотравматичний досвід у військовому середовищі зачіпає не лише сферу

переживань, а й більш загальні механізми саморегуляції, адаптації та міжособистісної взаємодії.

Отримані результати показали, що військовослужбовці з вираженими симптомами ПТСР характеризуються високим рівнем внутрішньої напруги, труднощами контролю емоційних реакцій, підвищеною дратівливістю та агресивністю, а також меншою здатністю витримувати стрес без дезорганізації. Усе це вказує на потребу в такій реабілітаційній моделі, яка поєднувала б елементи психоедукації, емоційної стабілізації, тренування навичок саморегуляції та ресурсного відновлення.

Особливу увагу в роботі приділено ролі стресостійкості як психологічного ресурсу, що може пом'якшувати наслідки травматичного досвіду. Зниження стресостійкості виявляється одним із чинників, які підсилюють симптоматику ПТСР та ускладнюють реадaptaцію військових. Відтак, у межах психологічної реабілітації необхідно працювати не лише з травматичними спогадами як такими, а й із розвитком навичок опанування стресу, внутрішнього самоконтролю, емоційної регуляції та відновлення ресурсності.

На основі результатів дослідження розроблено програму психологічної реабілітації військовослужбовців. Вона включає психоедукаційний компонент, що сприяє кращому розумінню природи ПТСР і власних реакцій; корекційний компонент, спрямований на роботу з емоційними переживаннями, тривогою, агресивністю та травматичним досвідом; а також ресурсний компонент, орієнтований на розвиток стресостійкості, формування адаптивних копінг-стратегій, відновлення відчуття контролю та підтримку соціального функціонування. Програма може застосовуватись як у реабілітаційних центрах, так і в структурі психологічного супроводу військовослужбовців у місцях служби.

Практична значущість роботи полягає у тому, що її результати можуть бути використані для вдосконалення системи психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили бойову психотравматизацію.

Запропонована програма має значення як для індивідуальної, так і для групової роботи. Вона може бути корисною військовим психологам, психотерапевтам, кризовим консультантам та фахівцям соціально-психологічної підтримки.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців та про закономірності впливу травматичного досвіду на емоційну, поведінкову й адаптаційну сфери особистості. Практичне значення полягає у можливості застосування отриманих результатів для побудови більш ефективних моделей реабілітації, що враховують специфіку військового контексту та індивідуальні ресурси військових.

Таким чином, кваліфікаційна робота доводить, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців є складним і багатовимірним явищем, яке потребує системного теоретичного осмислення та комплексної психологічної реабілітації. Розроблена програма має практичну цінність для підтримки психічного здоров'я військових, зниження інтенсивності симптомів ПТСР і полегшення процесу повернення до більш стабільного й адаптованого життя.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ	7
1.1 Аналіз посттравматичного стресового розладу: симптоми та діагностичні критерії	7
1.2 Особливості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	17
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ	31
2.1. Організація дослідження	31
2.2 Аналіз результатів дослідження	37
2.3. Математичний аналіз результатів діагностики.....	47
Висновки до другого розділу	50
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	54
3.1. Загальні рекомендації практичним психологам щодо організації а проведення реабілітаційної роботи з військовослужбовцями.....	54
3.2. Програма психологічної підтримки військових під час реабілітації.....	56
Висновки до третього розділу.....	60
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні психологічні дослідження приділяють особливу увагу взаємозв'язку між участю у бойових діях та розвитком психічних розладів. Найчастіше йдеться про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), різні форми депресії, зловживання психоактивними речовинами (передусім алкоголем), а також про соціальні, професійні труднощі.

У наукових роботах наголошується на значному зв'язку між моральним станом військовослужбовців і проявами дезадаптації. Протягом 2014–2024 років як військові, так і цивільні, які регулярно намагаються повернутися до мирного життя після війни, стикаються з пошуком нових життєвих орієнтирів та тимчасової зайнятості, що водночас супроводжується зростанням суспільної стигматизації ветеранів [1].

Із початком повномасштабного вторгнення Росії 24 лютого 2022 року ситуація загострилася: колишні військовослужбовці, добровольці та тисячі українців, які вперше отримали бойовий досвід, переживають як поглиблення старих, так і формування нових психологічних і фізичних травм. Ці наслідки матимуть довготривалий характер. Психологічної допомоги потребуватимуть не лише ветерани чи учасники територіальної оборони, а й усе населення України, незалежно від віку чи статі. Існують підстави вважати, що приблизно половина громадян потребуватиме фахової підтримки у процесі повернення до мирного життя [8].

Вивчення гострого стресового розладу та ПТСР проводилося як українськими дослідниками (В. Василевський, Т. Дмитрієва, А. Довгополук, Є. Єпачинцева, Г. Растовцев), так і закордонними науковцями (М. Горовіц, А. Кардінер, Н. Ласько, З. Фрейд та ін.). Їхні роботи спрямовані на розуміння механізмів виникнення стресу, особливостей ПТСР, а також на вдосконалення діагностики та методів психологічної корекції.

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічна допомога у подоланні ПТСР у військових під час реабілітаційного періоду.

Мета роботи – виявити особливості проявів ПТСР у військовослужбовців у період реабілітації та розробити програму його подолання.

Для досягнення мети було поставлено **такі завдання:**

1. Теоретично дослідити сутність, зміст та основні симптоми посттравматичного стресового розладу;
2. Теоретично дослідити прояви ПТСР у військових;
3. Емпірично дослідити рівень прояву ПТСР у військових;
4. Емпірично дослідити особливості прояву ПТСР у військових;
5. Емпірично дослідити особливості прояву агресивності у військових;
6. Емпірично дослідити особливості прояву стресостійкості у військових;
7. Розробити рекомендації практичним психологам щодо роботи з військовими в процесі їхньої реабілітації;
8. Розробити програму психологічної підтримки військових під час реабілітації.

Методи дослідження:

- теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, класифікація та узагальнення наукових результатів),
- емпіричні (Міссісіпська шкала ПТСР, «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовиць, тест для визначення рівня стресостійкості особистості (за методикою В. Семиченка), тест «Оцінка агресивності у стосунках» (автор – А. Ассінгер),
- кількісні та якісні методи аналізу результатів.

Матеріали можуть бути використані у практичній діяльності психологів та у підготовці студентів-психологів.

Експериментальна база – військова частина А3267, де було проведено дослідження серед 60 військовослужбовців віком від 23 до 60 років.

Гіпотеза: у військовослужбовців, які перебували в зоні активних бойових дій і зазнали поранень чи контузій, найбільш поширеним симптомом ПТСР є уникнення (ухилення від нагадувань про травматичні події, емоційна відстороненість, свідоме або несвідоме витіснення спогадів), порівняно з військовослужбовцями, які не перебували в зоні активних бойових дій.

Наукова новизна полягає в акценті на специфічній групі симптомів, які проявляються саме у військових у процесі лікування та реабілітації, тоді як більшість попередніх робіт описують загальну клінічну картину та динаміку розвитку ПТСР.

Отримані результати можуть бути використані для вдосконалення підходів до психологічної допомоги – як у роботі з конкретними кейсами, так і для загального підвищення якості надання допомоги військовим із ПТСР.

Одним із найцінніших для українських фахівців прикладів є досвід ізраїльських колег. Зокрема, протокол «4 стихії», розроблений Israel Trauma Coalition, а також модель BASIC Ph, активно застосовуються у практиці в Україні. BASIC Ph включає шість ключових параметрів, кожен з яких відображає важливий ресурс, що формує індивідуальну поведінкову стратегію в умовах стресу чи загрози.

Сприятливе соціальне оточення відіграє значну роль у профілактиці та подоланні ПТСР. Родина, друзі та близькі повинні дбати не лише про стан військового, але й про власне психологічне благополуччя, підвищувати рівень психологічної обізнаності та культури. Коли найближче оточення розуміє, через що проходить людина з ПТСР, ймовірність успішного одужання та посттравматичного зростання зростає.

Корисними можуть бути консультації з психологами, психіатрами, представниками ветеранських організацій, а також участь у спеціалізованих програмах підтримки – як онлайн, так і офлайн. Наприклад, платформа «Як ти?», створена для підтримки психічного здоров'я, є цінним ресурсом як для самих військовослужбовців, так і для їхніх родин та громад загалом.

Структура роботи. Робота складається із вступу, основної частини, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

1.1 Аналіз посттравматичного стресового розладу: симптоми та діагностичні критерії

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) порушення психічного здоров'я, яке розвивається після пережиття травматичних подій. Ще у давнину, зокрема в працях грецького історика Геродота, згадувалися прояви психологічної травми, спричиненої війною. Так, описуючи битву при Марафоні у 490 р. до н.е., Геродот розповідає про афінського воїна, який осліп від сильного стресу після загибелі товариша, хоча сам фізично не постраждав.

Подібні симптоми, пов'язані з психічною травмою після бойових дій, зустрічаються у джерелах багатьох стародавніх культур, що свідчить: навіть солдати минулих епох стикались із наслідками бойового стресу, подібно до сучасних військових. Історично ПТСР називали різними термінами: «бойова втома», «контузія», «шок від вибуху», «солдатське серце», «нервовий зрив» тощо. Хоча спочатку цей стан асоціювався з військовими, насправді причиною ПТСР може стати широкий спектр травматичних подій, незалежно від контексту.

ПТСР є психобіологічною реакцією, яка виникає через патологічне пристосування до стресової події та може суттєво впливати на всі аспекти життя людини. У деяких випадках розлад може призводити до втрати працездатності. Незважаючи на те, що ПТСР здатен виникнути і поза контекстом війни, він часто асоціюється саме з військовими травмами.

Хоча багато хто вважає, що симптоми зникають самі собою протягом кількох тижнів, якщо вони зберігаються понад місяць і мають виражений характер, це може свідчити про розвиток ПТСР. Найчастішою причиною є участь у бойових діях. Однак розлад може розвинутися не лише у військових, а й у цивільних осіб, які стали свідками війни (наприклад, жителі окупованих територій), техногенних катастроф, стихійних лих, терористичних актів або інших серйозних інцидентів.

Посттравматичні реакції фіксувалися після війн упродовж усієї історії – навіть після короткочасних та успішних воєн. Військові мають підвищений ризик розвитку ПТСР, а також супутніх психічних розладів – таких як дистимія, панічні атаки, obsесивні симптоми та інші.

Фактори, що впливають на ймовірність виникнення ПТСР, включають стан здоров'я до травми, генетичну схильність, а також тяжкість пережитого досвіду, наявність хронічних фізичних ушкоджень тощо. Основною характеристикою ПТСР є наявність травматичної події, на яку людина не могла вплинути, що призвело до психічної дезадаптації.

Американська психологічна асоціація (АРА) визначає травматичну подію як таку, що передбачає переживання або спостереження ситуації з реальною або потенційною загрозою життю, серйозному пораненню чи насильству, і викликає інтенсивні почуття страху, жаху або безпорадності. Такими подіями можуть бути бойові дії, напади, викрадення, тортури, аварії, стихійні лиха тощо.

Крім того, існують особливо вразливі групи до розвитку ПТСР – люди, які пережили звалтування, військові бої, полон, геноцид або політичне переслідування. Тип пережитої травми також має значення: деякі види травматичного досвіду частіше спричиняють довгострокові психічні наслідки.

Саме через пережиття сильних травматичних подій у людини може розвинутися посттравматичний стресовий розлад. ПТСР може проявлятися з

різним ступенем інтенсивності: легким, середнім або важким. Ці рівні відображають ступінь впливу симптомів на психіку військовослужбовця та характеризують, наскільки тривожними, шокуючими або деструктивними були пережиті події.

Легка форма ПТСР часто малопомітна й не суттєво впливає на повсякденне функціонування. Натомість середній ступінь розладу вже помітно заважає військовому приймати виважені рішення, знижує його бойову ефективність. Найскладніше впоратися із важким ступенем ПТСР, адже він може супроводжуватися сильними емоційними розладами, включаючи депресію. У таких випадках, як правило, першочергово необхідно лікувати саме депресивний стан.

Посттравматичний стресовий розлад також поділяється на кілька типів залежно від особливостей розвитку, тривалості симптомів та характеру пережитої травми.

Така класифікація допомагає краще зрозуміти природу розладу й обрати найбільш ефективний підхід до лікування.

До основних типів ПТСР належать:

1. Гострий ПТСР – симптоми тривають менше трьох місяців після травматичної події.
2. Хронічний ПТСР – симптоми зберігаються три місяці й довше, часто посилюючись з часом.
3. Відстрочений (відкладений) ПТСР – симптоми з'являються через шість і більше місяців після травми.
4. Комплексний ПТСР (С-PTSD) – виникає внаслідок тривалого або повторюваного впливу травматичних подій (наприклад, полон, катування, домашнє насильство), включає не лише класичні симптоми ПТСР, але й глибокі порушення емоційної регуляції, самооцінки та міжособистісних стосунків.

5. Вторинний (вторинно-травматичний) ПТСР – виникає у людей, які не були безпосередніми жертвами травми, але тривалий час перебували поруч із тими, хто постраждав (наприклад, медичний персонал, психологи, рятувальники, родичі військових) [14].

Якщо військові відчувають симптоми посттравматичного стресового розладу, коли надають підтримку близьким, які самі пережили травму, така реакція може свідчити про вторинну травматизацію.

Це не означає слабкість або свідомий вибір – ПТСР не залежить від сили характеру. Саме тому важливо, щоб військовослужбовці не залишались сам на сам зі своїм станом, а отримували своєчасну психологічну підтримку.

Особливість ПТСР полягає в тому, що він має чітко визначену зовнішню причину – травматичну подію, яка знаходиться поза контролем людини. Це відрізняє його від більшості психічних розладів. Часто такі події трапляються під час участі у бойових діях або перебування в умовах небезпеки.

Крім того, ПТСР має відмінності від інших тривожних розладів і порушень, пов'язаних із пам'яттю або сприйняттям загроз. Зокрема, у людей з посттравматичним розладом фіксуються зміни в фізіологічних і поведінкових реакціях. Наприклад, характерною є підвищена збудженість, що проявляється у пришвидшеному серцебитті, тривожності, напруженості, навіть у спокійних умовах. Такі симптоми свідчать про глибокий вплив сильного стресу на організм.

Основні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР):

Для попереднього розпізнавання ПТСР у військовослужбовців можна виділити такі основні групи симптомів:

1. Нав'язливі спогади. Людина постійно прокручує в голові травматичну подію. Можуть з'являтися яскраві й болісні спогади, нічні кошмари, або сильні емоційні реакції на будь-яке нагадування про пережите. Часто здається, що ситуація відбувається знову – у теперішньому часі.

2. Уникнення. Військові уникають місць, людей чи розмов, які можуть нагадувати про травму. Вони намагаються витіснити події з пам'яті або не допускати думок про те, що сталося.

3. Негативні зміни у мисленні та емоційній сфері. З'являються песимістичні уявлення про себе, інших або світ загалом. Людина може втратити надію на майбутнє, мати труднощі з пам'яттю (особливо щодо самої травми), уникати близьких контактів, відчувати емоційне спустошення або відсторонення, втрату інтересу до життя.

4. Фізіологічні та емоційні реакції.

Включають підвищену тривожність, гіперпильність, часті переляки, проблеми зі сном (безсоння або надмірна сонливість), труднощі з концентрацією, раптові спалахи гніву, дратівливість, агресію. Також можуть виникати фізичні симптоми – біль, тремтіння, пітливість, нудота. Військові можуть відчувати провини або сором, навіть якщо не несуть відповідальності за подію.

Симптоми ПТСР можуть проявлятися частково або повною мірою, і з часом змінюються за інтенсивністю. Розлад впливає не лише на здоров'я, але й на міжособистісні, професійні та соціальні взаємини.

Стигматизація ПТСР серед військових. Діагноз «ПТСР» часто асоціюється з образом «жертви», що може викликати упереджене ставлення та навіть призводити до формування вторинних вигод, наприклад, уникнення певних обов'язків чи відповідальності.

Водночас найважливішим є те, щоб військовослужбовець усвідомлював наявність підтримки та ресурсів, які допомагають упоратися з психічними труднощами.

Розвиток навичок саморегуляції, розуміння власних симптомів і знання способів отримання допомоги сприяють зниженню емоційного напруження, підвищують контроль над станом і полегшують подолання наслідків травми.

Прояви уникання, пов'язані з травматичними подіями, можуть включати:

1. уникнення будь-яких нагадувань про травму;
2. емоційне заціпеніння та відчуття відчуження;
3. вживання алкоголю чи наркотиків для приглушення спогадів;
4. труднощі у відтворенні деталей події;
5. постійне прагнення зайняти себе справами;
6. ризиковану або саморуйнівну поведінку;
7. відчуття фізичного оніміння чи відокремленості від власного тіла;
8. труднощі у вираженні прихильності до близьких [8].

Негативні переконання та емоції, які супроводжують ПТСР, часто виражаються у:

1. відчутті тотальної недовіри до людей;
2. переконанні, що небезпека є скрізь;
3. впевненості, що ніхто не здатен зрозуміти;
4. схильності звинувачувати себе у пережитому;
5. неконтрольованих емоційних спалахах гніву, смутку, провини чи сорому [8].

Недостатній сон у поєднанні з постійним внутрішнім напруженням серйозно виснажує військовослужбовця, особливо якщо наявні й інші симптоми посттравматичного стресового розладу. ПТСР має не лише психологічні, а й фізіологічні наслідки.

У стані емоційного стресу організм автоматично активує вироблення гормонів стресу, таких як кортизол і адреналін. Ця реакція, відома як «бий, тікай або завмри», є еволюційним механізмом захисту перед реальною або потенційною загрозою [11].

Однак дослідження показують, що навіть у безпечних умовах, коли загрози більше немає, гіперпильність і підвищена тривожність, властиві ПТСР, продовжують стимулювати надмірну секрецію цих гормонів.

У результаті військовослужбовці можуть відчувати соматичні симптоми, подібні до симптомів тривоги: головний біль, запаморочення, біль у грудях або шлунку, загальну фізичну напругу.

Серйозним компонентом ПТСР є флешбеки – раптові, надзвичайно реалістичні переживання, за яких військовий ніби знову опиняється в ситуації травми. Такі епізоди можуть виглядати як внутрішній «перегляд» подій, що трапилися, хоча вони не обов'язково мають чітку візуальну форму.

Під час флешбека людина може відчути:

1. часткові або повні візуальні образи події;
2. звуки, запахи чи смаки, пов'язані з травматичним досвідом;
3. тілесні відчуття (біль, тиск);
4. ті ж емоції, що були під час самої травми.

Такі спогади можуть викликатися як конкретними тригерами (місця, люди, ситуації), так і з'являтися раптово, без видимої причини. Тривалість флешбеків варіюється – від кількох секунд до кількох годин або навіть днів [3; 12].

ПТСР часто впливає на повсякденне життя військових. Вони можуть мати труднощі з: особистою гігієною та турботою про себе; виконанням робочих обов'язків; побудовою та підтримкою міжособистісних стосунків; концентрацією уваги й запам'ятовуванням інформації; сексуальним потягом і задоволенням; адаптацією до змін; насолодою від дозвілля та повсякденних занять.

Поведінка може стати нестабільною та суперечливою – наприклад, військовий може то замикатися в собі, уникаючи спілкування, то раптово шукати активного соціального життя, зокрема брати участь у вечірках або залишатися поза домом до пізньої ночі.

Окрім основних проявів ПТСР, часто розвиваються й інші психічні порушення, зокрема: генералізовані тривожні розлади; депресія; дисоціативні

стани; само ушкоджувальна поведінка; суїцидальні думки; фобії; панічні атаки [4].

Отже, симптоми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців узагальнимо на категорії, наведені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Категорії симптомів ПТСР [складена автором]

Симптом ПТСР	Розшифрування
Вторгнення	Нав'язливі думки та повторювані мимовільні спогади про травматичну подію можуть переслідувати військовослужбовців. Такі спогади іноді настільки реалістичні, що виникає відчуття повторного переживання травми в теперішньому моменті [3].
Уникнення	Людина намагається уникати всього, що може нагадати про травматичний досвід: певних людей, місць, діяльності, предметів чи ситуацій. Часто військовослужбовці свідомо чи несвідомо відмовляються згадувати або обговорювати подію та власні емоційні реакції на неї.
Зміни у пізнанні та настрої	До них належать труднощі з відтворенням важливих деталей травматичної ситуації, поява негативних переконань про себе чи інших (наприклад: «Я нічого не вартий», «Нікому не можна довіряти»), викривлене сприйняття причин і наслідків події, що супроводжується почуттям провини або звинуваченням себе чи оточення. Типовими є емоції страху, жаху, гніву, провини, сорому, а також зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення. Військовослужбовці можуть відчувати відчуженість від інших та нездатність переживати позитивні емоції.
Зміни у збудженні та реактивності	Вони проявляються у підвищеній дратівливості, неконтрольованих спалахах гніву, необдуманих чи саморуйнівній поведінці. Людина може перебувати у стані надмірної настороженості, легко лякатись, відчувати труднощі з концентрацією уваги або сном [9].

Основні симптоми ПТСР:

Симптоми ПТСР поділяють на кілька груп, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) та діагностичного посібника DSM-5 (США) [50].

1. Повторне переживання травми (інтрузії): флешбеки (раптове емоційне «повернення» в момент травми); нав'язливі спогади про подію; нічні кошмари; сильні емоційні чи фізичні реакції на тригери (звуки, запахи, сцени, новини).

2. Уникнення (avoidance): свідоме уникання думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою; уникання людей, місць або ситуацій, які нагадують про подію.

3. Негативні зміни у мисленні та настрої: почуття провини, сорому, безнадії; відчуття відчуження від інших; втрата інтересу до діяльності; зниження здатності до позитивних емоцій; порушення пам'яті, зокрема – на події, пов'язані з травмою.

4. Підвищена збудливість (гіперактивація): дратівливість, агресія (навіть без очевидної причини); надмірна пильність (гіпервігіліантність); проблеми зі сном; труднощі з концентрацією; перебільшена реакція переляку.

Американська психіатрична асоціація (APA) у DSM-5 [49] вказує, що для діагнозу ПТСР необхідна наявність чотирьох ключових груп симптомів, які повинні тривати понад 1 місяць, спричиняти значне порушення функціонування, і бути пов'язаними з конкретною травматичною подією.

Основні критерії DSM-5:

Критерій А: експозиція до травми – особа безпосередньо пережила, стала свідком або дізналась про подію, що загрожувала життю чи безпеці.

Критерій В: наявність хоча б одного симптому повторного переживання.

Критерій С: хоча б один симптом уникання.

Критерій D: щонайменше два симптоми когнітивних або емоційних змін.

Критерій Е: принаймні два симптоми гіперактивації.

Критерій F: тривалість симптомів – більше одного місяця.

Критерій G: клінічно значуще порушення у соціальному, професійному або іншому важливому функціонуванні.

Критерій H: симптоми не спричинені психоактивними речовинами чи іншими медичними станами.

Форми ПТСР:

1. Гострий ПТСР – симптоми тривають від 1 до 3 місяців.
2. Хронічний ПТСР – симптоми тривають понад 3 місяці.
3. Відстрочений початок – симптоми з'являються через 6 місяців і більше після події.
4. Комплексний ПТСР (за МКХ-11) – виникає після тривалого або повторюваного травмуючого досвіду, часто супроводжується розладами особистості, емоційної регуляції та порушенням самооцінки.

Додаткові феномени, пов'язані з ПТСР:

Супутні розлади: депресія, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивні прояви, зловживання алкоголем або наркотиками.

Вторинна травматизація: коли ПТСР розвивається у особи, яка була свідком чужої травми або допомагає постраждалим (наприклад, медики, психологи, родичі військових).

Соматичні симптоми: біль у тілі, втома, головні болі, проблеми з серцем, шлунком тощо – без чіткої фізіологічної причини.

Ключові фактори ризику:

- 1) Інтенсивність і тривалість травмуючої події.
- 2) Вік та психоемоційний стан до події.
- 3) Наявність попередніх психологічних травм.
- 4) Відсутність підтримки з боку сім'ї чи соціуму.
- 5) Генетична або неврологічна схильність.

ПТСР – це не «слабкість» чи «вигадка», а клінічно обґрунтований психічний розлад, що має чіткі симптоми, діагностичні критерії та форми прояву. Його своєчасна діагностика дозволяє уникнути хронізації, розвитку супутніх психічних станів, суїцидальної поведінки та втрати функціональних можливостей. Саме тому розпізнавання симптомів та правильна діагностика мають вирішальне значення для ефективного лікування.

У результаті участі у бойових діях у більшості військовослужбовців формується симптоматика посттравматичного стресового розладу, що має значний вплив на їхній психічний стан.

Для успішної реабілітації та профілактики психогенних порушень важливим є детальне кількісне й якісне дослідження особливостей прояву негативних психічних станів у військовослужбовців, а також визначення чинників, які найбільш суттєво сприяють розвитку ПТСР та інших психічних розладів.

1.2 Особливості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

У воєнних умовах посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найрозповсюдженіших психологічних проблем. Це особливо стосується військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових діях. Випадки ПТСР серед військових фіксуються надзвичайно часто, що робить цю проблему надзвичайно актуальною як сьогодні, так і в перспективі на тривалий час.

Індивідуальні реакції на процес ресоціалізації значно різняться. Деякі військовослужбовці повністю адаптуються до нової системи цінностей і соціальних норм, що дозволяє їм успішно інтегруватися назад у військове середовище.

Інші ж лише частково або тимчасово переймають нову поведінку: зовні демонструючи спокій, вони можуть знову повертатися до агресивності, внутрішнього напруження, відчуженості або психоемоційного закриття [8].

У межах теорії конверсії, яку запропонував Л. Рембо, описано сім послідовних етапів, що супроводжують поступову реінтеграцію особистості:

1. Контекст – культурні, соціальні, політичні й історичні умови, які впливають на процес внутрішньої трансформації.

2. Криза – виникає під впливом особистих або зовнішніх обставин.

3. Пошук (квест) – намагання знайти внутрішню рівновагу після кризи.

4. Зустріч – перший контакт з новими переконаннями або людьми, які їх поділяють.

5. Взаємодія – регулярне спілкування та обмін із новим середовищем або ідеями.

6. Зобов'язання – (А) свідоме прийняття нової системи цінностей (часто – світоглядної або релігійної) та (В) публічне підтвердження цього вибору.

7. Наслідки – зміни у поведінці й мисленні, що зумовлені прийнятою позицією, які постійно оцінюються та підтримуються [7].

Враховуючи складність перебігу посттравматичного стресового розладу, важливо враховувати індивідуальні особливості кожного військовослужбовця. Це особливо актуально для якісного збору даних від учасників бойових дій, адже лише так можна зрозуміти, як військовий досвід, супутні психічні стани та особистісні риси взаємодіють між собою [9].

Одна й та сама травматична подія може мати різні наслідки для різних людей: для одних вона стане переломним моментом, а для інших – подією, що не матиме тривалого впливу. Це зумовлено багатьма факторами – як внутрішніми, так і зовнішніми. Наразі науковці вивчають широкий спектр чинників, що спричиняють розвиток стресових розладів.

Цікавий підхід пропонують дослідники, які підкреслюють домінуючу роль зовнішніх факторів, зокрема бойового досвіду, у виникненні

психотравм. Вони акцентують на тісному зв'язку між інтенсивністю участі у бойових діях і ризиком розвитку психогенних порушень.

Так, американські дослідники С. Гремлінг і С. Ауербах зазначають:

«Якщо ситуація несе потенційну загрозу вашій гідності чи фізичному благополуччю, то при зіткненні з нею у вас виникає тривога та стрес» [7].

Ключовим у цьому твердженні є те, що джерело тривоги не лише сама ситуація, як от бойовий конфлікт, а сприйняття та ставлення до неї з боку самого військовослужбовця. Саме індивідуальна інтерпретація події визначає силу емоційної реакції [10].

Згідно з дослідженнями українських і зарубіжних науковців, стрес має низку специфічних характеристик:

1. Генетична схильність. Близько 30% реакцій людини на стрес зумовлені спадковими факторами.

2. Ранній дитячий досвід. Психотравми, пережиті у віці до семи років, значно ускладнюють перебіг стресових реакцій у дорослому житті.

3. Особистісні риси. Дратівливі та песимістично налаштовані люди частіше схильні до стресу, тоді як відкриті, доброзичливі та оптимістичні – емоційно стійкіші й легше долають його симптоми. Такі люди зазвичай краще адаптуються й навіть мають довшу тривалість життя [21].

Ю. Щербатих зазначає, що в осіб із підвищеним почуттям справедливості, сильним відчуттям обов'язку, прагненням контролювати емоції, а також у суворих і реалістичних людей частіше спостерігаються соматоформні прояви, ніж у людей із протилежними рисами [67].

Теоретико-методологічні дослідження виникнення психологічної травми, ролі бойового досвіду та інших чинників тільки починають розвиватися в українській психології в межах нового когнітивно-поведінкового напрямку. Вагомий внесок у вивчення цих питань зробили О. Кокур, В. Осьодло, О. Хміляр та інші [22], які аналізували стресові реакції та психологічні травми з урахуванням різноманітних чинників і обставин.

Основні чинники, що впливають на розвиток ПТСР у військовослужбовців:

1. Військовий досвід. Рівень прояву симптомів ПТСР тісно пов'язаний із характером військової служби. Дослідження показують, що специфіка бойового досвіду залежить не лише від звання (наприклад, рядовий, сержант, молодший офіцер), але й від виду військ, тривалості та періоду служби, участі в бойових операціях тощо. Усі ці фактори мають потенціал значно впливати на рівень стресу та ймовірність розвитку ПТСР.

2. Історично дослідження ПТСР здебільшого зосереджувались на чоловіках, однак останнім часом усе більше уваги приділяється жінкам-військовослужбовцям.

3. Зміна ролі жінок у сучасній армії призвела до їх більш активної участі в бойових діях. У цьому контексті, окрім бойової травматизації, серед причин ПТСР у жінок часто виявляють сексуальні домагання або насильство, що додатково посилює психологічний тиск.

4. Супутні психіатричні розлади. У більшості військових із ПТСР діагностують і супутні психічні стани. Найпоширеніші з них – це депресія, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Особливу роль також відіграє черепно-мозкова травма (ЧМТ), часто пов'язана з вибуховими пораненнями, яка значно посилює ризик розвитку ПТСР. Через це ЧМТ нерідко називають "характерною травмою сучасної війни".

5. Особистісні характеристики людини значною мірою визначають її реакцію на травму. Існує зв'язок між певними рисами особистості та схильністю до ПТСР. Зокрема, високий рівень невротизму, негативна емоційність, тривожність, гнів або уникнення шкоди часто корелюють із сильнішими проявами ПТСР.

6. Натомість такі риси, як екстраверсія, сумлінність, самоконтроль, стресостійкість і оптимізм, асоціюються з менш вираженими симптомами.

Ці зв'язки дозволяють вважати, що вивчення особистості – важливий інструмент прогнозування психологічної стійкості військових.

Одним із найвизнаніших методів аналізу є п'ятифакторна модель особистості (Big Five: нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, приємність, сумлінність), створена Costa & McCrae (1992).

Для її оцінки застосовується опитувальник BFI (Big Five Inventory), який вважається надійним інструментом для вивчення особистісних характеристик. Є свідчення, що ці риси мають біологічне підґрунтя, і можуть слугувати основою для оцінки ризику виникнення ПТСР.

5. Вік та соціальне оточення. Вік також впливає на здатність справлятися з екстремальними ситуаціями. Молоді та літні військові частіше виявляють психологічну вразливість. Важливу роль відіграє й соціальне оточення: ізоляція, відсутність підтримки близьких або втрата родини підвищують ризик розвитку ПТСР.

6. Попередній травматичний досвід. Досвід попередніх психічних травм також впливає на реакцію на нові події. Деякі особи з уже пережитим травматичним досвідом можуть бути більш схильними до тривалих психологічних реакцій, зокрема при повторних травмах. Водночас інші, навпаки, демонструють вищу стійкість завдяки сформованим механізмам подолання, що призводить до так званого посттравматичного зростання.

На думку дослідника О. Хміляра, ключову роль у розвитку ПТСР відіграє не тип події, а її інтенсивність і сприйняття. Тобто, коли ситуація загрожує життю або гідності людини, і виходить за межі звичайного емоційного досвіду, вона може викликати відчуття безпорадності й глибокого страху, що запускає механізми психічної травматизації.

Хоча кількість досліджень, присвячених вивченню посттравматичних розладів, стрімко зростає, багато аспектів ПТСР залишаються відкритими для наукової дискусії.

Особистісні характеристики, військовий досвід, стать, супутні діагнози та соціальні обставини – все це формує індивідуальну картину реакції на психотравму. Вивчення цих чинників є важливим кроком до глибшого розуміння та ефективнішого втручання.

У процесі аналізу емпіричних даних встановлено, що індивідуально-психологічні особливості особистості відіграють ключову роль у модифікації взаємозв'язку між бойовим досвідом та проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зокрема, результати досліджень свідчать, що такі риси, як екстраверсія, відкритість досвіду, сумлінність та доброзичливість, виконують функцію психологічних буферів, які знижують інтенсивність посттравматичних симптомів. Зі зростанням рівня екстраверсії спостерігається зменшення проявів емоційної дезадаптації та підвищення ефективності соціальної взаємодії, що полегшує процеси відновлення після травматичного досвіду.

Водночас було встановлено, що зв'язок між бойовим досвідом і вираженістю ПТСР ослаблюється за умов високих показників приємності, сумлінності та відкритості, оскільки ці риси сприяють розвитку адаптивних копінг-стратегій, внутрішньої стійкості та когнітивної гнучкості. Такі якості полегшують інтеграцію травматичних подій у власну життєву історію та зменшують ризик тривалих емоційних розладів.

Особливу роль відіграє стиль подолання стресу (копінг-стратегії), який виступає опосередковувальною ланкою між особистісними рисами та проявами як посттравматичного стресу, так і посттравматичного зростання. Встановлено, що адаптивні копінг-стратегії (наприклад, пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка, раціональне осмислення ситуації) частково посередковують зв'язок між відкритістю досвіду та посттравматичним зростанням, тобто сприяють появі позитивних психологічних змін після пережитої травми. Натомість дезадаптивні копінг-механізми (уникнення, заперечення, самозвинувачення) частково опосередковують зв'язок між

високим рівнем невротизму та інтенсивністю симптомів ПТСР, поглиблюючи емоційне виснаження та відчуття безпорадності.

З огляду на це, включення особистісних показників (зокрема за шкалами опитувальника BFI – Big Five Inventory) у дослідження ПТСР дає змогу краще зрозуміти індивідуальні відмінності у реагуванні на травматичні події. Це дозволяє виокремити чинники, що сприяють психологічній стійкості або, навпаки, підвищують ризик дезадаптації, і, відповідно, розробити більш адресні програми реабілітації та психокорекції для військовослужбовців.

З психологічної точки зору, реакція на бойову травму може проявлятися у широкому спектрі емоційних, когнітивних і соматичних реакцій. Найпоширенішими є емоційні реакції – відчуття страху, безпорадності, провини, сорому чи емоційного заціпеніння, а також фізіологічні симптоми, такі як пітливість, головний біль, порушення сну або апетиту. Подібні прояви є природною відповіддю на травматичний досвід і відображають спроби психіки відновити внутрішню рівновагу.

Попри різноманітність реакцій, більшість військовослужбовців поступово відновлюють здатність до ефективного функціонування, що свідчить про високий потенціал адаптаційних механізмів людської психіки. Це підкреслює важливість своєчасного психологічного супроводу, спрямованого на формування адаптивних стратегій подолання стресу, розвиток саморефлексії, емоційної стабільності та усвідомленого ставлення до пережитого досвіду.

У частини військовослужбовців, які пережили психотравмуючі події, можуть розвиватися більш складні психічні порушення – зокрема, депресія, тривожні розлади чи залежність від психоактивних речовин. Важливу роль у цьому відіграє індивідуальний рівень психологічної стійкості, який пояснює, чому не всі, хто зазнав травми, розвивають ПТСР.

Хоча травма сама по собі підвищує ризик формування посттравматичного розладу, висока стресостійкість може суттєво полегшити процес відновлення та знизити ймовірність виникнення симптомів.

Психологічні установки та упереджене сприйняття загроз або негативних сигналів можуть призводити до дезадаптивної поведінки, яка негативно впливає на стосунки з оточенням. Наукові дослідження виявили помітні відмінності у соціальній взаємодії між тими, хто має симптоми ПТСР, і тими, хто їх не проявляє.

Зокрема, військовослужбовці з ПТСР частіше відчувають соціальне відчуження, ізолюваність і навіть остракізм з боку колег або близьких. Це особливо помітно у молодих військових до 30 років, які брали участь в інтенсивних бойових діях. Вони схильні до відчуття самотності, менш ефективного спілкування та втрати емоційного зв'язку з іншими.

Одним із чинників порушення стосунків є підвищена чутливість до сорому, яка може провокувати агресивні реакції в романтичних стосунках. ПТСР також асоціюється з низьким рівнем емпатії, труднощами у розпізнаванні емоцій інших, та загальною схильністю до особистого дистресу.

Соціальна підтримка, ставлення до близьких та пережитий досвід значно впливають на тяжкість симптомів ПТСР.

Було встановлено, що цей стан часто супроводжується тривожними та унікальними моделями прихильності, які негативно позначаються на глибоких міжособистісних зв'язках.

У порівнянні з особами без ПТСР, люди з таким діагнозом демонструють частіші прояви ворожості, менше схвалення у спілкуванні та більше ознак агресивної поведінки, що ускладнює довготривалі романтичні чи соціальні відносини. Дослідження, які аналізували такі динаміки в парах, свідчать про поступове погіршення стосунків із часом.

Незважаючи на те, що більшість таких досліджень зосереджені на романтичних зв'язках і впливі дитячих травм, вкрай важливо поширити ці висновки і на інші соціальні середовища, зокрема військові колективи або місця цивільної адаптації після служби.

Посттравматичний стресовий розлад залишається одним із найпоширеніших і найбільш виснажливих психічних станів, які виникають у результаті життєво небезпечних або екстремальних подій.

Його формування пов'язане з глибоким відчуттям безпорадності та неможливістю ефективно діяти під час загрози життю. ПТСР зазвичай проявляється як відстрочена психічна реакція на серйозну подію.

Симптоматика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) має комплексний характер і охоплює чотири основні клініко-психологічні групи проявів, які відображають різні рівні порушень у сфері емоційного реагування, когнітивної переробки інформації та поведінкових реакцій особистості.

1. Інтрузії – це нав'язливі, невідконтрольні психічні спогади про травматичну подію, які можуть супроводжуватися яскравими зоровими або слуховими образами (флешбеками), нічними кошмарами чи відчуттям повторного переживання ситуації. Такі прояви викликають сильне емоційне напруження, відчуття страху, безпорадності й нерідко призводять до втрати контролю над емоціями. Інтрузії вказують на те, що травматичний досвід залишається неінтегрованим у свідомість і постійно «вторгається» в актуальний психічний простір людини.

2. Уникнення – це поведінкові та когнітивні стратегії, спрямовані на свідоме або несвідоме відсторонення від усього, що може нагадати про травматичну подію. Військовослужбовці, які пережили бойовий досвід, часто уникають спілкування з побратимами, розмов про бойові дії, відвідування місць чи виконання дій, пов'язаних із травматичними спогадами. Такий механізм виконує захисну функцію, зменшуючи емоційне навантаження,

однак у довгостроковій перспективі може гальмувати психологічне відновлення та сприяти соціальній ізоляції.

3. Когнітивні та емоційні зміни – це системні порушення у сприйнятті себе, світу й майбутнього, що супроводжуються негативними переконаннями («Я безпорадний», «Світ небезпечний»), почуттям провини, сорому, емоційним спустошенням або втратою здатності отримувати задоволення. Людина може втрачати інтерес до діяльності, яка раніше була значущою, що призводить до емоційного відчуження й дезадаптації. У військових цей симптомокомплекс часто набуває форми відчуття «втрати себе» після бойових подій.

4. Зміни збудження та реактивності – проявляються у підвищеній настороженості, дратівливості, спалахах гніву, порушеннях сну, концентрації уваги та гіперчутливості до подразників. Такі симптоми свідчать про стійку активацію симпатичної нервової системи, що перебуває у стані постійної «бойової готовності». Цей стан є наслідком тривалого впливу стресу і може супроводжуватися соматичними реакціями – підвищеним тиском, тахікардією, тремором або напругою м'язів.

Отже, структура ПТСР охоплює взаємопов'язані когнітивні, емоційні та фізіологічні компоненти, що відображають комплексну відповідь психіки на травматичний досвід. Усвідомлення специфіки цих симптомів є ключовим для розробки ефективних програм психологічної реабілітації військовослужбовців, спрямованих на інтеграцію травматичних переживань, відновлення емоційної стабільності та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

Для встановлення діагнозу ПТСР у дорослих необхідна наявність таких симптомів протягом щонайменше одного місяця: щонайменше один симптом повторного переживання; один симптом уникнення; принаймні два симптоми гіперзбудження та реактивності; щонайменше два когнітивні або емоційні симптоми.

Найбільш ефективними методами лікування ПТСР визнано: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), терапію пролонгованої експозиції.

Психотерапевтична допомога має будуватися відповідно до чітко визначеного алгоритму втручання, у якому цілі терапії співвідносяться з її етапами, незалежно від конкретного обраного методу.

Сьогоднішні небезпечні реалії показують, що Україна зіткнулась з викликом загальнодержавного масштабу, який полягає в наявності необхідного процесу реабілітації та ресоціалізації не тільки військовослужбовців, а й цивільного населення.

Подібний процес може підтримуватись і регулюватись державою та забезпечуватись необхідною загальнодержавною інфраструктурою, аби велика кількість людей мала повноцінний доступ до потрібної психологічної допомоги та реабілітації, в якій буде нагальна потреба як під час війни, так і після її закінчення.

У процесі роботи з проявами посттравматичного стресового розладу доцільно визначити такі ключові цілі втручання:

1. Відновлення почуття особистої спроможності, гідності та впевненості у власних моральних переконаннях, що є особливо важливим для військовослужбовців після досвіду бойових дій.
2. Зменшення надмірного почуття провини та сорому, пов'язаного з діями, скоєними під час війни.
3. Інтеграція травматичного досвіду в особисту свідомість, з метою зменшення його деструктивного впливу.
4. Повернення до мирного морального орієнтиру, адаптація морального кодексу до умов повсякденного життя в мирний час.
5. Запобігання соціальній ізоляції та розвитку депресивних станів або суїцидальних думок/спроб, які часто супроводжують ПТСР.
6. Формування навичок емоційної саморегуляції, що допомагають зменшити інтенсивність і частоту симптомів.

7. Розширення мережі соціальної підтримки, включно з активною участю членів родини ветерана.

8. Сприяння процесу посттравматичного зростання – розвитку внутрішніх ресурсів і нових цінностей після пережитої травми.

Слід пам'ятати, що для діагностики посттравматичного стресового розладу симптоми мають зберігатися не менше одного місяця та істотно порушувати функціонування людини в повсякденному житті.

Глибокий аналіз наукових підходів до вивчення бойової психотравми та її наслідків свідчить про те, що на сьогодні не існує єдиної універсальної теорії, яка б повністю та з високою точністю пояснювала механізми виникнення й розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Наявні дослідження дозволяють узагальнити: психологічна травма – це наслідок впливу на особу таких стресових факторів, які є особливо значущими саме для неї, й цей вплив порушує систему саморегуляції особистості та знижує ефективність її життєдіяльності [7; 12].

Варто підкреслити, що вплив травми на психіку є індивідуальним, і ризик розвитку ПТСР залежить від сукупності кількох ключових чинників:

1. Характеристики самої травматичної ситуації. Йдеться про тип і ступінь інтенсивності травми, її тривалість, наявність безпосередньої загрози життю або здоров'ю, фактор непередбачуваності та втрати контролю. Важливо й те, хто є джерелом травми: науково доведено, що психіка легше справляється з наслідками природних катастроф, ніж із подіями, в яких причиною травми виступає інша людина (наприклад, війна, тортури, насильство, зрада, терор тощо).

2. Індивідуальні особливості особистості та механізми подолання стресу. Значну роль відіграють внутрішні ресурси: суб'єктивне сприйняття події, життєвий досвід, рівень емоційної стійкості, а також звичні копінг-стратегії, які людина використовує для адаптації в стресових ситуаціях.

3. Наявність підтримки з боку близьких або соціального середовища Сильним захисним фактором є наявність соціальної підтримки. Натомість її відсутність, ізоляція, негативні реакції оточення (таких як осуд, замовчування травматичного досвіду, ігнорування чи стигматизація) значно підвищують ризик формування ПТСР.

Також негативно впливають випадки, коли держава не визнає травму або ігнорує потребу в допомозі, що позбавляє постраждалого почуття захищеності.

Висновки до першого розділу

1. Посттравматичний стресовий розлад є історично відомим і науково верифікованим психічним розладом, що виникає як психобіологічна відповідь на травматичну подію та характеризується кластерами симптомів інтрузій, уникання, негативних когнітивно-емоційних змін і гіперактивації. Він частіше спостерігається у військових, але не обмежується бойовим контекстом; ризик зумовлюється поєднанням інтенсивності травми, попередніх вразливостей і дефіциту соціальної підтримки, а перебіг часто ускладнюють коморбідні тривожно-депресивні стани та соматичні прояви. Клінічну значущість ПТСР визначають тривалість симптомів понад місяць і їхній вплив на функціонування; своєчасна діагностика за критеріями DSM-5/МКХ-11 дає змогу запобігти хронізації та суїцидальному ризику. Ефективна допомога потребує комплексної, поетапної реабілітації з індивідуалізацією підходів, міждисциплінарною взаємодією та застосуванням доказових методів (КПТ, EMDR, тренінги саморегуляції, групова підтримка).

2. У воєнних умовах ПТСР є однією з провідних психологічних проблем, особливо серед військовослужбовців, і має довготривалі наслідки для індивідуального та суспільного функціонування. Перебіг розладу суттєво

варіює: від повної ресоціалізації до рецидивного повернення агресивності, напруження й емоційного відчуження; на цю варіативність впливають інтенсивність і інтерпретація травми, попередній досвід, особистісні риси, наявність/дефіцит соціальної підтримки, ЧМТ та коморбідні стани. Досвід бойових дій підвищує ризик ПТСР у чоловіків і жінок-військових, а також у свідків і помічників (вторинна травматизація). Ефективна допомога потребує раннього розпізнавання, подолання стигми та впровадження індивідуалізованих, доказових втручань (КПТ, експозиційні підходи, EMDR, тренінги саморегуляції) у поєднанні з сімейною й груповою підтримкою. Реабілітація має бути системною й поетапною, із міждисциплінарною взаємодією та моніторингом результатів; водночас державна інфраструктура психосоціальної допомоги є критичною для забезпечення доступу до лікування й стійкої ресоціалізації ветеранів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Організація дослідження

Емпіричне дослідження є ключовим етапом наукового аналізу, що дозволяє виявити реальні закономірності, тенденції та специфіку прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які перебувають у процесі психологічної реабілітації. У контексті сучасних воєнних подій проблема ПТСР набуває особливої актуальності, оскільки бойовий досвід суттєво впливає на емоційну сферу, когнітивні процеси та поведінкові реакції військових.

Метою цього розділу є емпіричне вивчення психологічних особливостей переживання травматичного досвіду, визначення рівня та структури проявів ПТСР, а також аналіз взаємозв'язку між інтенсивністю симптомів, індивідуально-психологічними характеристиками й адаптаційними можливостями особистості.

Отримані результати дозволять глибше зрозуміти механізми посттравматичних реакцій, окреслити провідні психологічні фактори, що впливають на процес відновлення, і сформувані практичні рекомендації для вдосконалення системи психологічної допомоги та реабілітаційних програм для військовослужбовців.

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічна допомога у подоланні ПТСР у військових під час реабілітаційного періоду.

Мета роботи – виявити особливості проявів ПТСР у військовослужбовців у період реабілітації та розробити програму його подолання.

Експериментальна база – військова частина А3267, де було проведено дослідження серед 60 військовослужбовців віком від 23 до 60 років.

Гіпотеза: у військовослужбовців, які перебували в зоні активних бойових дій і зазнали поранень чи контузій, найбільш поширеним симптомом ПТСР є уникнення (ухилення від нагадувань про травматичні події, емоційна відстороненість, свідоме або несвідоме витіснення спогадів), порівняно з військовослужбовцями, які не перебували в зоні активних бойових дій.

Емпіричне дослідження проводилося на базі військової частини А3267, де було залучено 60 військовослужбовців різних підрозділів, які перебували на етапі психологічної реабілітації після участі у бойових діях. Вибірку сформовано з осіб віком від 23 до 60 років, що дало змогу охопити представників різних вікових категорій – від молодших військовослужбовців до учасників з тривалим досвідом служби.

До участі були залучені військові обох статей, серед яких переважали чоловіки (приблизно 87%), що відповідає реальній структурі особового складу. За військовими званнями вибірка включала рядовий, сержантський та молодший офіцерський склад, що дозволило простежити відмінності у психологічних реакціях залежно від службового статусу та відповідальності.

За критерієм досвіду участі у бойових діях, більшість опитаних мали від 6 місяців до 2 років безпосередньої участі в зоні активних бойових дій, частина респондентів – учасники АТО/ООС або поточних військових операцій. Усі учасники перебували у процесі адаптації до мирного життя та проходили планові заходи психологічної підтримки після повернення з фронту.

До вибірки не включалися військовослужбовці з вираженими психотичними симптомами, тяжкими когнітивними порушеннями чи гострими соматичними станами, які могли вплинути на достовірність результатів. Усі респонденти брали участь добровільно, із дотриманням принципів конфіденційності, інформованої згоди та етичних стандартів психологічних досліджень.

Таким чином, досліджувана група є репрезентативною для вивчення психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців під час реабілітації, оскільки охоплює різні вікові, посадові та досвідові категорії, що забезпечує комплексне розуміння впливу бойових подій на психічний стан військових.

З метою діагностики психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців були застосовані методики, відібрані відповідно до вимог надійності та валідності. Вибір інструментарію ґрунтувався на результатах попереднього теоретичного аналізу. У процесі дослідження використовувалися такі методики та опитувальники:

1. Міссісіпська шкала була розроблена з метою оцінювання інтенсивності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій. Згодом було створено адаптований варіант цього інструмента для використання серед цивільного населення. Опитувальник містить твердження, що відображають психологічні реакції та емоційні стани людей, які пережили травматичні події. До складу шкали входять 35 пунктів, відповіді на які оцінюються за п'ятибальною шкалою Ліккерта, а сумарний показник формується шляхом підрахунку всіх балів, що дає змогу визначити ступінь впливу травматичного досвіду на особистість.

Структурно запитання об'єднані у чотири групи, три з яких відповідають основним діагностичним критеріям DSM:

- 11 пунктів оцінюють симптоми повторного переживання (інтрузії);

- 11 пунктів – прояви уникнення;
- 8 пунктів – рівень фізіологічного збудження.

Додатково 5 питань спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальних тенденцій. Дослідження підтвердили високу надійність і валідність методики: отримані результати тісно корелюють із клінічними показниками ПТСР. Це стало підґрунтям для розробки цивільної версії шкали, яка налічує 39 тверджень.

У 1995 році опубліковано результати психометричного аналізу за участю 668 цивільних осіб, що засвідчили високу внутрішню узгодженість шкали ($\alpha = 0,86$), хоча цей показник виявився дещо нижчим порівняно з військовою версією ($\alpha = 0,94$).

2. Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовиць. Шкала складається з 22 тверджень, об'єднаних у три ключові групи: «інтрузія» (нав'язливі спогади та повторне переживання подій), «уникнення» (спроби відгородитися від спогадів або думок про травматичну ситуацію) та «збудливість» (ознаки гіперактивації нервової системи, підвищена тривожність, напруга). Відповіді респондентів оцінюються за чотирибальною шкалою: «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали), «часто» (5 балів). Підсумковий показник розраховується шляхом сумування балів за всіма пунктами, оскільки кожне твердження має пряму інтерпретацію.

У 2005 році було проведено перевірку ретестової надійності модифікованої версії опитувальника IES-R на вибірці з 74 осіб. Кореляційний аналіз за методом Спірмена засвідчив високий ступінь узгодженості між первинними та повторними результатами ($r = 0,62-0,71$) на всіх субшкалах, що виявилось статистично значущим ($p < 0,01$). Це підтвердило стабільність показників під час повторного тестування.

Того ж року було здійснено оцінку внутрішньої узгодженості шкали IES-R на вибірці з 1501 респондента. Для цього використано кілька статистичних критеріїв: коефіцієнт альфа Кронбаха (α), стандартизоване α ,

коефіцієнт половинного розщеплення Гуттмана та показник кореляції між частинами субшкал, що забезпечило комплексну перевірку надійності.

Модифікований варіант шкали IES-R, а також її адаптовані версії, включають загальний інтегральний показник і три субшкали:

1. «Вторгнення» (В) – характеризує наявність нав'язливих спогадів, образів, думок або емоцій, пов'язаних із травматичним досвідом, а також нічних кошмарів.

2. «Уникнення» (І) – відображає тенденцію до емоційного відсторонення, намагання приглушити або уникати болісних переживань, підвищену чутливість, лякливність, труднощі з концентрацією уваги та психофізіологічну напругу.

3. «Інтегральний показник» (ІІ) – узагальнює рівень психотравматичного впливу, демонструючи ступінь вираженості негативних емоційно-особистісних змін, спричинених пережиттям або сприйняттям травматичної події.

3. Тест для визначення рівня стресостійкості особистості (за методикою В. Семиченка) дає змогу здійснити якісну оцінку здатності людини ефективно функціонувати в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, спираючись на її самооцінку. Стрес розглядається як невід'ємна частина життєдіяльності, що у помірних межах виконує адаптивну та стимулюючу функцію, підвищуючи ефективність діяльності й рівень самоконтролю. Водночас надмірна інтенсивність або тривалість стресових впливів може призвести до дистресу, який негативно позначається на психічному та фізичному стані, провокуючи розвиток емоційного виснаження, психосоматичних розладів або навіть загрожуючи здоров'ю.

Результати проходження тесту дозволяють виявити індивідуальні ресурси стресостійкості військовослужбовців, що є важливим чинником їхньої психологічної адаптації. Аналіз отриманих показників допомагає:

- зберігати ясність мислення та впевненість у критичних ситуаціях;

- активізувати внутрішній потенціал для подолання труднощів;
- швидко відновлювати фізичні та психічні сили після навантажень;
- долати наслідки бойового та емоційного стресу;
- чіткіше усвідомлювати цілі й ефективніше їх досягати;
- підвищувати рівень адаптивності та здатність до навчання в нових умовах;
- зменшувати рівень внутрішньої напруги, запобігаючи розвитку невротичних і психосоматичних симптомів.

Таким чином, тест В. Семиченка є цінним інструментом для діагностики та розвитку психологічної стійкості військовослужбовців, що відіграє ключову роль у процесі їхньої реабілітації та подальшої професійної ефективності.

4. Тест «Оцінка агресивності у стосунках» (автор – А. Ассінгер) є психодіагностичним інструментом, що використовується для визначення рівня агресивності особистості, її коректності та доброзичливості у взаємодії з оточенням. Методика дозволяє оцінити, наскільки людина схильна до конфліктів, як вона реагує на стресові чи провокативні ситуації та яким чином агресивні тенденції впливають на міжособистісні відносини.

Отримані результати дають змогу виявити ступінь емоційної врівноваженості, толерантності та контролю над власними імпульсами, що є важливими показниками соціально-психологічної адаптації, особливо у військових колективах. Надмірний рівень агресивності може призводити до напруженості у взаєминах, погіршення психологічного клімату та зниження ефективності спільної діяльності. Водночас помірна агресивність у поєднанні з упевненістю й цілеспрямованістю може виступати конструктивним чинником професійної реалізації.

Для підвищення об'єктивності результатів можливе проведення взаємооцінювання, коли респонденти відповідають на запитання щодо своїх

колег. Такий підхід допомагає зіставити самооцінку з оцінкою з боку оточення та визначити рівень адекватності сприйняття власної поведінки.

Тест складається з 20 тверджень і трьох варіантів відповідей на кожне. За результатами підрахунку балів виділяють три рівні агресивності:

- Надмірна агресивність (45 балів і більше) – схильність до конфронтації, емоційна нестабільність, прагнення домінування;
- Помірна агресивність (36–44 бали) – упевненість у собі, рішучість, адекватна самоповага;
- Надмірна миролюбність (до 35 балів) – схильність уникати суперечок, надмірна поступливість, непевненість у власних силах.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Початковим етапом емпіричного дослідження стало визначення рівня сформованості посттравматичного стресу серед військовослужбовців. З цією метою було використано Міссісіпську шкалу оцінювання ПТСР. Узагальнені результати тестування подано на рис. 2.1.

Отримані дані свідчать, що у військових, які брали участь у бойових діях, спостерігається зниження особистісних ресурсів порівняно з учасниками, які не мали бойового досвіду. Це зумовлено низкою чинників, пов'язаних із впливом бойового стресу, емоційного виснаження та психофізіологічного перевантаження.

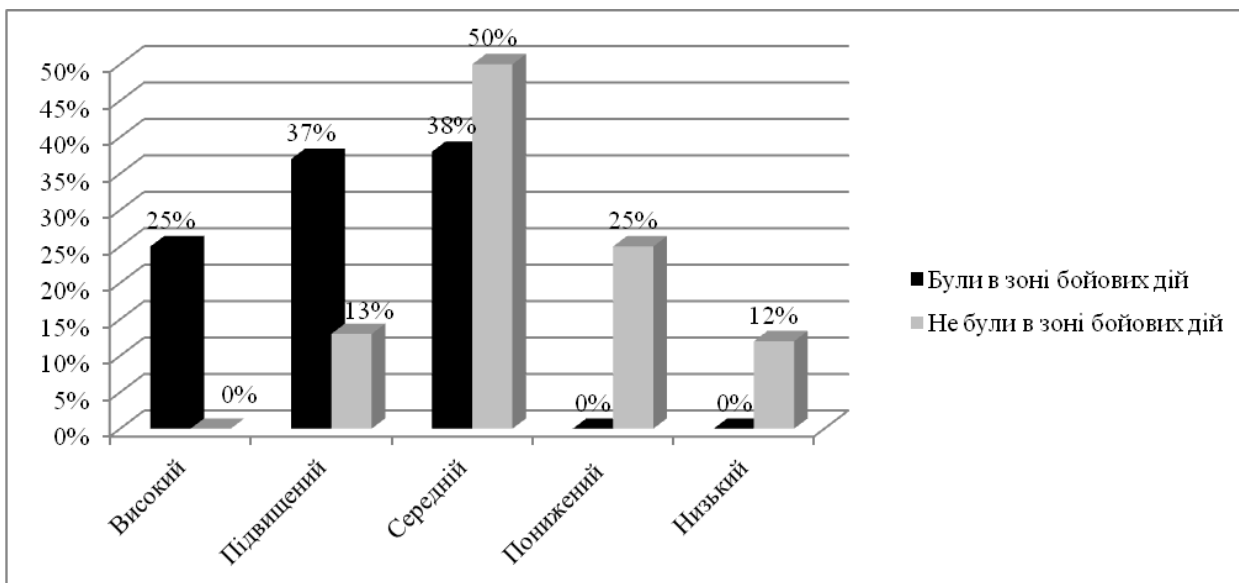


Рис. 2.1. Рівень прояву ПТСР у військовослужбовців

Отримані результати свідчать про помітні відмінності у вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, та тими, хто не перебував у зоні бойових дій.

Серед учасників бойових дій 25% мають високий рівень прояву ПТСР, що свідчить про значну інтенсивність емоційних і поведінкових симптомів, зокрема нав'язливих спогадів, підвищеної тривожності, порушень сну, емоційної напруги та відчуття відчуження. Ще 37% респондентів демонструють підвищений рівень ПТСР, що вказує на наявність виражених, але частково контрольованих симптомів стресового реагування. 38% військових мають середній рівень, який можна розглядати як адаптивний стан, коли психічна система поступово справляється з наслідками травматичного досвіду.

Натомість серед осіб, які не брали участі у бойових діях, переважають середній (50%) та понижений (25%) рівні прояву ПТСР, тоді як високі показники відсутні. Це свідчить про відносну емоційну стабільність і меншу залученість до травматичних подій. Невеликий відсоток осіб із низьким рівнем ПТСР (12%) підтверджує наявність гармонійного психологічного стану та достатніх адаптаційних ресурсів.

Загалом, результати демонструють чітку закономірність: ступінь вираженості ПТСР прямо пропорційний інтенсивності бойового досвіду. Військові, які безпосередньо перебували у зоні бойових дій, мають вищий рівень психоемоційного напруження, що вимагає системної психологічної підтримки, реабілітаційних заходів і розвитку механізмів стресостійкості для профілактики хронічних посттравматичних станів.

Наступним етапом емпіричного дослідження стало визначення рівня впливу пережитої травматичної ситуації на психоемоційний стан військовослужбовців, які перебувають на етапі реабілітації після участі у бойових діях. З цією метою було застосовано методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale, IES), розроблену М. Горовіцем, що є одним із найпоширеніших інструментів для оцінювання ступеня інтенсивності посттравматичних симптомів.

Дана методика дозволяє дослідити, наскільки глибоко травматична подія вплинула на емоційну сферу, когнітивні процеси та поведінкові реакції військовослужбовців, а також визначити наявність і вираженість основних симптомокомплексів ПТСР – інтрузій (нав'язливих спогадів), уникнення (емоційного відсторонення від спогадів про подію) та гіперактивації (підвищеної тривожності, роздратованості, порушень сну тощо).

Для військовослужбовців, які пережили бойові події, ця методика є надзвичайно інформативною, оскільки дозволяє виявити не лише наявність симптомів стресового розладу, а й ступінь дезадаптації, пов'язаної з бойовим досвідом, зокрема труднощі у міжособистісній взаємодії, підвищену збудливість або, навпаки, емоційне «відключення».

Результати дослідження за методикою М. Горовіца дали змогу кількісно оцінити інтенсивність посттравматичних реакцій серед військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та порівняти їх із показниками осіб, які не мали такого досвіду. Отримані дані свідчать про вищу частоту та вираженість симптомів інтрузії та гіперактивації у військових з бойовим

досвідом, що вказує на стійкий вплив травматичного досвіду на психічний стан навіть після повернення до мирного життя.

Таким чином, застосування шкали М. Горовіца дозволило глибше розкрити структуру та специфіку переживання травматичних подій у військовослужбовців, визначити рівень емоційної напруги, а також окреслити подальші напрямки психокорекційної та реабілітаційної роботи. Узагальнені результати дослідження за даною методикою подано на рис. 2.2.

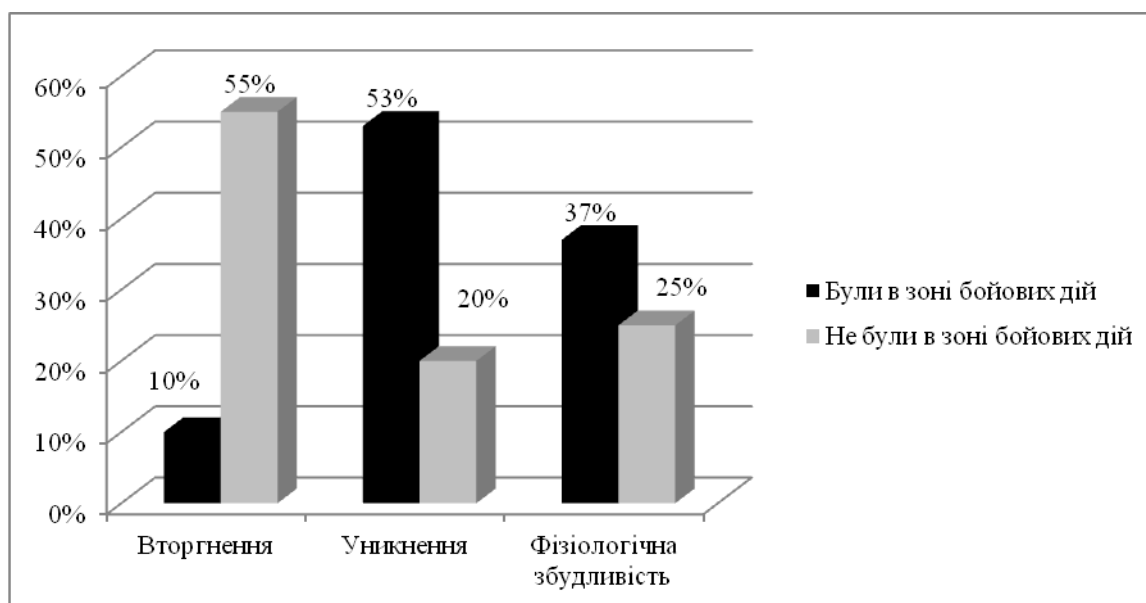


Рис. 2.2. Типи реакцій на травматичну подію військовослужбовців

Отримані результати дозволяють виявити суттєві відмінності у структурі посттравматичних реакцій між військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, та тими, хто не мав бойового досвіду.

Для учасників бойових дій найбільш характерним виявився тип реакції уникнення (53%), що свідчить про домінування механізмів психологічного захисту, спрямованих на зменшення емоційного болю та уникнення нагадувань про травматичні події. Такі військовослужбовці часто намагаються не згадувати бойові ситуації, уникають розмов про них, можуть проявляти емоційну відстороненість, замкненість або схильність до ізоляції.

Ця реакція є типовою на етапі посттравматичної адаптації, оскільки дозволяє тимчасово знизити рівень психоемоційної напруги, однак за тривалої фіксації вона перешкоджає глибшому опрацюванню травматичного досвіду.

Фізіологічна збудливість (37%) серед військових, які брали участь у бойових діях, вказує на наявність симптомів гіперактивації нервової системи – підвищену пильність, роздратованість, тривожність, проблеми зі сном або концентрацією уваги. Такі прояви відображають стан постійного очікування небезпеки, який формується у відповідь на бойовий досвід. Психіка перебуває у стані «бойової готовності», навіть у мирних умовах, що утруднює повноцінне відновлення.

Водночас лише 10% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, продемонстрували реакцію вторгнення, тобто наявність нав'язливих спогадів, флешбеків чи нічних кошмарів. Це може свідчити про певну десенсибілізацію до травматичних стимулів або про свідоме їх витіснення, що знову ж таки узгоджується з домінуванням механізмів уникнення.

Для групи військовослужбовців, які не перебували в зоні бойових дій, спостерігається інша тенденція: понад половина (55%) мають виражену реакцію вторгнення, тобто емоційно гостро реагують навіть на уявні або опосередковані уявлення про травму (наприклад, через новини, розповіді, уявлення небезпеки). Це може бути наслідком вторинної травматизації, коли емоційне співпереживання або очікування можливого залучення у війну викликає аналогічні симптоми.

20% представників цієї групи демонструють реакцію уникнення, а 25% – фізіологічну збудливість, що вказує на помірний рівень тривожності та емоційного напруження, властивий умовам нестабільності та воєнної загрози.

Отже, аналіз показників свідчить, що у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, домінують реакції уникнення та гіперактивації, тоді як у тих, хто не мав бойового досвіду, переважають реакції вторгнення. Це відображає різні механізми переживання травматичних подій: у ветеранів –

захисне витіснення досвіду, спрямоване на збереження психічної стабільності, а у військових без бойового досвіду – емоційна чутливість і підвищена тривожність, зумовлена уявленням про можливу загрозу.

Такі результати підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психологічної реабілітації: для військових з бойовим досвідом важливо працювати з подоланням уникнення та формуванням навичок емоційного вираження, тоді як для інших доцільно акцентувати на розвитку стресостійкості та контролі тривожних реакцій.

Наступним етапом емпіричного дослідження стала діагностика рівня та форм прояву агресивності у військовослужбовців, спрямована на визначення характеру їхніх міжособистісних взаємодій у процесі реабілітації після участі в бойових діях. З огляду на специфіку військової служби, питання агресивності є надзвичайно важливим, оскільки бойовий досвід часто супроводжується підвищеною емоційною напругою, імпульсивністю, а також труднощами у контролі власних реакцій. Після повернення до мирного життя це може призводити до внутрішніх конфліктів, міжособистісної напруги та соціальної дезадаптації.

З метою вивчення цих аспектів було використано методику «Оцінка агресивності у стосунках» (А. Assinger), яка дозволяє визначити рівень вираженості агресивних тенденцій, їх спрямованість (на себе чи на інших), а також ступінь коректності поведінки у взаєминах з оточенням. Дана методика є зручною для роботи з військовими, оскільки вона не лише вимірює агресію як деструктивну силу, але й дозволяє оцінити її адаптивні прояви, що можуть бути ресурсом для відновлення впевненості, самоконтролю та внутрішньої дисципліни.

Особливу увагу під час діагностики було приділено виявленню типу агресивних реакцій, які формуються як наслідок пережитих бойових ситуацій. У військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях, агресивність може проявлятися у вигляді захисної реакції на стрес,

гіперпильності або емоційного відсторонення, що відрізняється від відкритої ворожості. Водночас надмірна миролюбність або пригнічення агресивних імпульсів може свідчити про внутрішню напругу, що потребує психологічної корекції.

Отримані результати діагностики за методикою А. Ассінгера (рис. 2.3.) свідчать про виражені відмінності у рівнях агресивності між військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, та тими, хто не перебував у зоні бойових дій.

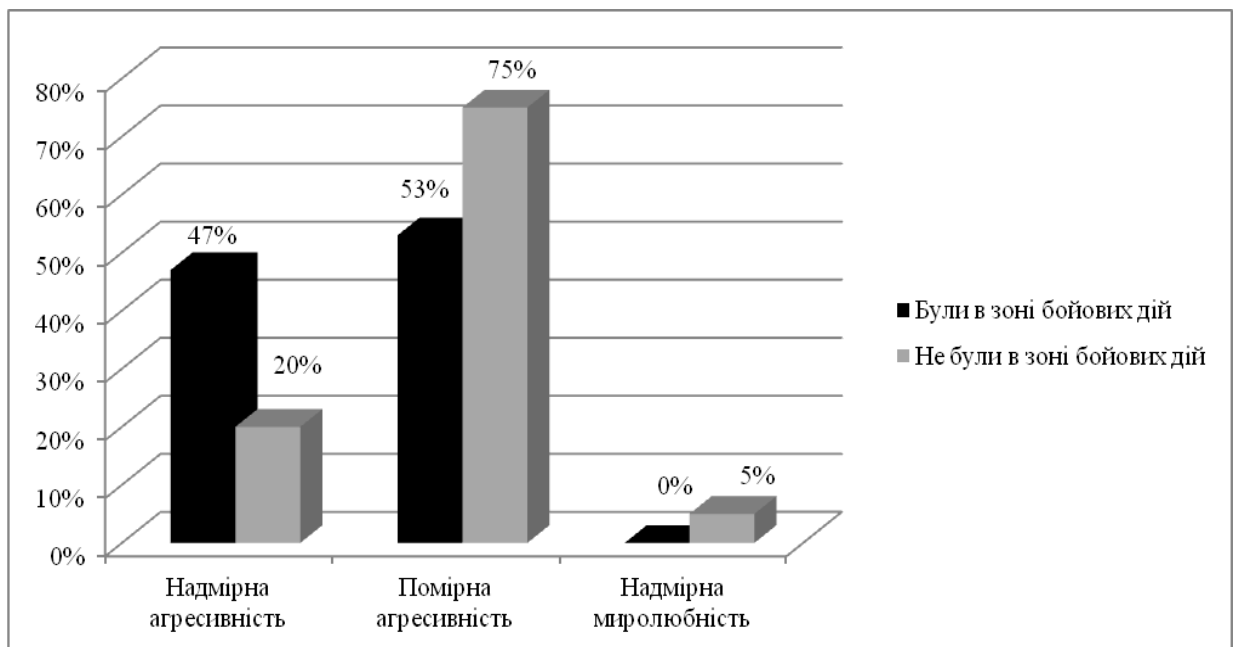


Рис. 2.3. Прояви агресивності військовослужбовців

Серед військових із бойовим досвідом 47% продемонстрували надмірний рівень агресивності, що є показником підвищеного емоційного напруження, імпульсивності та схильності до конфліктних реакцій у міжособистісній взаємодії. Такий рівень агресії часто є результатом бойового стресу, який формує підвищену готовність до захисту, настороженість і реактивність навіть у мирних умовах. У цьому випадку агресивність може виконувати захисно-компенсаторну функцію, допомагаючи підтримувати

внутрішнє відчуття контролю, проте в цивільному середовищі така поведінка нерідко призводить до труднощів у соціальній адаптації.

Більшість представників цієї групи (53%) мають помірний рівень агресивності, що свідчить про збалансованість емоційної сфери, достатній рівень самоконтролю та здатність до конструктивної комунікації. Така агресивність може розглядатися як адаптивна, адже вона забезпечує впевненість, наполегливість, здатність до самозахисту та відстоювання власної позиції без переходу до деструктивних форм поведінки.

У групі військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях, ситуація має інший характер. Лише 20% з них проявляють надмірну агресивність, тоді як 75% мають помірний її рівень, що свідчить про емоційну стабільність і низьку ймовірність виникнення конфліктів у міжособистісних стосунках. Невеликий відсоток (5%) осіб з надмірною миролюбністю демонструє тенденцію до уникання конфліктів, надмірної поступливості та невпевненості у власних силах, що може свідчити про пасивну поведінкову стратегію або страх перед агресивними реакціями інших.

Таким чином, результати свідчать, що бойовий досвід істотно впливає на емоційно-поведінкову сферу військовослужбовців, зокрема підвищує ризик формування агресивних або реактивних форм поведінки, які часто є наслідком пережитого стресу, тривалого напруження та необхідності діяти в екстремальних умовах.

З психологічної точки зору, агресивність у військових не завжди є деструктивною – у помірних межах вона може відігравати адаптивну роль, сприяючи впевненості, рішучості та психологічній витривалості. Водночас надмірна агресивність потребує корекційно-терапевтичної роботи, спрямованої на розвиток емоційної регуляції, формування навичок ненасильницького спілкування та зниження рівня внутрішнього напруження.

Останній етап дослідження мав на меті виявлення стресостійкості військовослужбовців. Результати діагностики за описаною вище методикою наведені на рис. 2.4.

Результати діагностики стресостійкості демонструють виражені відмінності між військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, та тими, хто не мав бойового досвіду.

Серед військових, які перебували в зоні бойових дій, 35% осіб показали високий рівень стресостійкості. Це свідчить про сформовані навички саморегуляції, контролю емоцій і збереження ефективності діяльності в умовах підвищеного напруження. Такі військовослужбовці, як правило, мають розвинену здатність до адаптації, вміють швидко приймати рішення в екстремальних ситуаціях і зберігати психологічну рівновагу навіть у кризових умовах. Досвід участі в бойових діях у цьому випадку міг виступити каталізатором розвитку внутрішньої витривалості та підвищення толерантності до стресу.

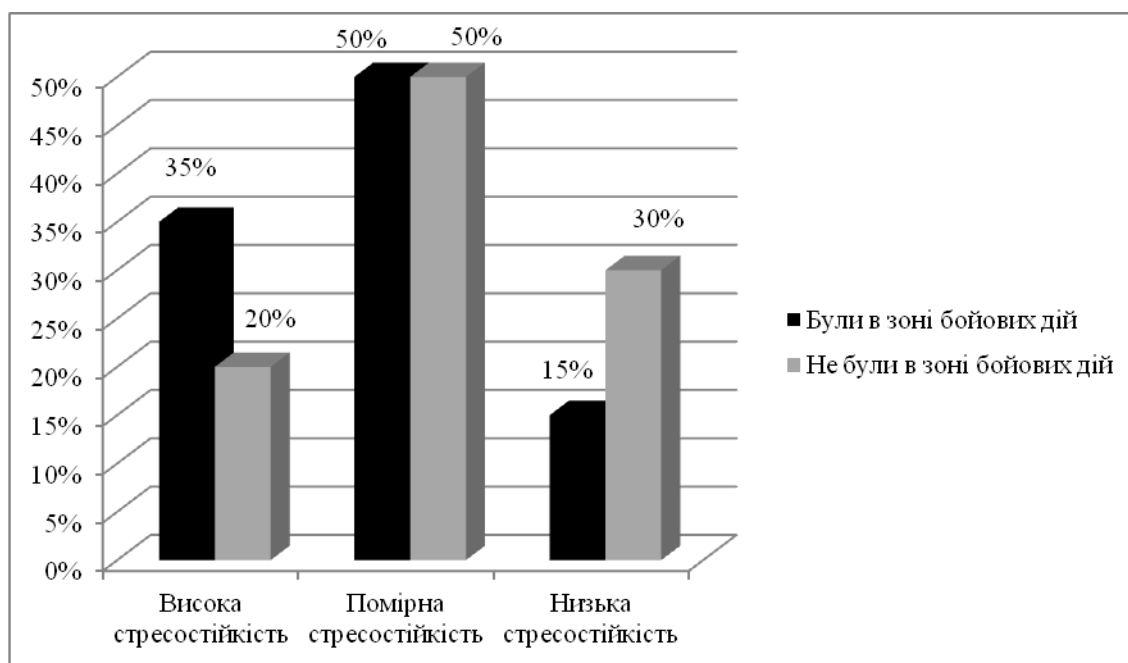


Рис. 2.4. Рівень прояву стресостійкості військовослужбовців

Половина військових (50%) із бойовим досвідом мають помірний рівень стресостійкості, що свідчить про збалансований психоемоційний стан і достатній, але не стабільний рівень контролю над емоційними реакціями. Такі військовослужбовці здатні ефективно діяти у стресових умовах, однак при тривалому чи інтенсивному впливі стресорів можуть відчувати емоційне виснаження або тимчасове зниження працездатності. Це вказує на необхідність психологічної підтримки та формування додаткових механізмів подолання стресу (копінг-стратегій).

Водночас 15% учасників бойових дій продемонстрували низький рівень стресостійкості, що може бути наслідком накопиченого бойового стресу, емоційного вигорання або симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ця група військовослужбовців потенційно потребує цілеспрямованої психокорекційної роботи, спрямованої на зниження рівня тривожності, розвиток навичок емоційної саморегуляції та відновлення адаптаційних ресурсів.

У групі військових, які не брали участі в бойових діях, спостерігається інша тенденція. Лише 20% мають високий рівень стресостійкості, що свідчить про обмежену кількість осіб, здатних ефективно реагувати на тривалі чи непередбачувані навантаження. 50% респондентів цієї групи мають помірний рівень стресостійкості, що є типовим показником для осіб, які не зазнавали інтенсивного психічного навантаження. Натомість 30% військовослужбовців, які не перебували в зоні бойових дій, продемонстрували низьку стресостійкість, що може бути зумовлено недостатнім досвідом подолання екстремальних ситуацій або відсутністю розвинених механізмів емоційної саморегуляції.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що бойовий досвід сприяє формуванню вищого рівня психологічної стійкості, але водночас може мати подвійний ефект: у частини військовослужбовців він зміцнює

здатність до самоконтролю та витривалості, а в інших – через перевантаження нервової системи – призводить до емоційного виснаження.

2.3. Математичний аналіз результатів діагностики

Завершальним етапом емпіричного дослідження став аналіз статистичних відмінностей у рівнях прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, який проводився з метою виявлення закономірностей впливу бойового досвіду на психоемоційний стан досліджуваних. На цьому етапі особливу увагу було приділено перевірці достовірності відмінностей між показниками військових, які брали участь у бойових діях, та тими, які не мали безпосереднього бойового досвіду.

Для об'єктивного підтвердження виявлених тенденцій використано методи математичної статистики, що дозволяють визначити, чи є спостережувані відмінності між групами статистично значущими, тобто чи не є вони випадковими. Зокрема, було застосовано U-критерій Манна–Уїтні – один із найпоширеніших непараметричних методів, призначених для порівняння двох незалежних вибірок за рівнем вираженості певної ознаки.

Цей критерій є доцільним у психологічних дослідженнях, де розподіл даних не завжди відповідає нормальному, а шкали вимірювання (наприклад, за результатами психодіагностичних тестів) мають порядковий або ранговий характер. У нашому випадку застосування критерію Манна–Уїтні дозволило виявити достовірні розбіжності між військовими, які пережили бойові дії, та тими, хто проходив службу поза зоною активних бойових дій, за такими показниками, як рівень ПТСР, стресостійкість, емоційна реактивність та інтенсивність проявів симптомів уникнення, інтрузії та фізіологічної збудженості.

Як ми бачимо з таблиці 2.1. деякі виявленні відмінності мають закономірний характер. Так, зокрема, «Прояв посттравматичного стресового

розладу (ПТСР)» – значення критерію Манна–Уїтні $U = 120,5^*$ ($p < 0,05$) свідчить про виражену різницю між військовими, які були та не були в зоні бойових дій. У першій групі спостерігається вищий рівень посттравматичних симптомів, що вказує на глибший вплив бойового стресу та більшу психічну вразливість до травматичних подій. Це підтверджує, що пережитий бойовий досвід є ключовим фактором формування ПТСР, особливо у військових, які безпосередньо стикалися з небезпекою для життя, втратою побратимів чи іншими психотравмуючими ситуаціями.

За параметром агресивності отримані наступні результати:

1. Надмірна агресивність ($U = 132,5$)* – у військових, які брали участь у бойових діях, агресивні тенденції виражені сильніше. Це може пояснюватися підвищеною збудливістю нервової системи, накопиченням фрустрацій, внутрішнього напруження та формуванням захисних агресивних реакцій у відповідь на стрес.

Таблиця 2.1.

Результати застосування критерія Манна-Уїтні

Методики	Вибірка	Сума рангів	Статистика U
Прояв ПТСР (Міссісіпська шкала)	Були в зоні бойових дій	975,5	120,5*
	Не були в зоні бойових дій	639,5	
Надмірна агресивність	Були в зоні бойових дій	877,5	132,5*
	Не були в зоні бойових дій	633,5	
Помірна агресивність	Були в зоні бойових дій	617,5	150*
	Не були в зоні бойових дій	781,5	
Надмірна миролюбність	Були в зоні бойових дій	657,5	351

	Не були в зоні бойових дій	599,5	
Стресостійкість	Були в зоні бойових дій	744,5	141,5*
	Не були в зоні бойових дій	602,5	
Вторгнення	Були в зоні бойових дій	587,5	90,5*
	Не були в зоні бойових дій	781,5	
Уникнення	Були в зоні бойових дій	937,5	122,5*
	Не були в зоні бойових дій	702,5	
Фізіологічна збудливість	Були в зоні бойових дій	765,5	381
	Не були в зоні бойових дій	733,5	

* – результат значимий на рівні 0,01

2. Помірна агресивність ($U = 150$)* – більш характерна для військовослужбовців без бойового досвіду, що свідчить про більш збалансований емоційний фон і збережену здатність до конструктивної комунікації.

3. Надмірна миролюбність ($U = 351$) не показала статистично значущих відмінностей, що може вказувати на відносну стабільність поведінкових стратегій уникнення конфліктів серед усіх респондентів.

Таким чином, бойовий досвід сприяє посиленню імпульсивності та реактивності, що проявляється у схильності до різких емоційних реакцій і конфліктності, тоді як відсутність бойового навантаження підтримує більш адаптивні механізми соціальної взаємодії.

Стресостійкість. Показник $U = 141,5^*$ свідчить про статистично значущу різницю між групами: військові, які брали участь у бойових діях, мають вищу стресостійкість, ніж їхні колеги без такого досвіду. Це може бути

пов'язано з адаптацією до екстремальних умов та розвитком психологічних механізмів витривалості. Водночас такий ефект може мати амбівалентний характер: у частини військових стресостійкість є результатом внутрішньої мобілізації, тоді як у інших – наслідком емоційного виснаження або десенсибілізації.

Типи реакцій на травматичну подію. Значущі розбіжності виявлені за двома шкалами методики М. Горвіца:

1. Вторгнення ($U = 90,5$)* – військові, які не були в зоні бойових дій, показали вищий рівень нав'язливих спогадів і тривожних переживань, ніж учасники бойових дій. Це може свідчити про психологічний механізм витіснення або емоційного оніміння у ветеранів, які намагаються дистанціюватися від болісних спогадів.

2. Уникнення ($U = 122,5$)* – навпаки, більш притаманне військовим із бойовим досвідом, що свідчить про домінування захисної поведінки, спрямованої на уникнення нагадувань про травму та емоційного контакту з минулими подіями.

3. Показник фізіологічної збудливості ($U = 381$) не продемонстрував статистично значущих відмінностей, що свідчить про приблизно однаковий рівень психофізіологічної напруги у представників обох груп, можливо, зумовлений загальною військовою діяльністю.

Висновки до другого розділу

В результаті проведеного емпіричного дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Учасники бойових дій демонструють більш виражені симптоми ПТСР, серед яких переважають реакції уникнення та фізіологічна збудливість, що вказує на активізацію захисних механізмів психіки та підвищену емоційну напругу. У той самий час вони характеризуються вищим

рівнем стресостійкості, що свідчить про наявність адаптивних ресурсів і сформованих навичок саморегуляції, необхідних для дій в екстремальних умовах.

2. У військових, які брали участь у бойових діях, домінують реакції уникнення та гіперактивації, що відображає дію захисних механізмів психіки, спрямованих на зниження інтенсивності болісних переживань. Такі прояви свідчать про прагнення дистанціюватися від травматичного досвіду, водночас зберігаючи підвищений рівень внутрішньої напруги та пильності. У цій групі відзначається тенденція до емоційного «закриття» та труднощів у вираженні почуттів, що ускладнює процес відновлення під час реабілітації.

Натомість у військовослужбовців, які не мали безпосереднього бойового досвіду, переважають реакції вторгнення, що проявляються у нав'язливих думках, тривожних спогадах і підвищеній емоційній чутливості. Це може свідчити про ефект вторинної травматизації, пов'язаної з переживанням війни опосередковано – через новини, близьке оточення чи очікування небезпеки.

Отже, результати підтверджують, що структура посттравматичних реакцій відрізняється залежно від ступеня особистої залученості у бойові події. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної реабілітації, який має враховувати як домінування захисних реакцій у ветеранів, так і підвищену емоційну вразливість військовослужбовців без бойового досвіду.

3. Виявлено також, що бойовий досвід сприяє зростанню рівня агресивності, яка виконує переважно захисно-компенсаторну функцію, але в умовах мирного життя може ускладнювати соціальну адаптацію. Натомість військовослужбовці без бойового досвіду мають більш збалансований емоційний стан, помірну агресивність і середній рівень стресостійкості, однак частіше схильні до проявів тривожності та вторинної травматизації.

4. Військові, які брали участь у бойових діях, загалом продемонстрували вищий рівень стресостійкості, що свідчить про розвиток навичок саморегуляції, витривалості та здатності підтримувати ефективність діяльності в умовах психоемоційного напруження. У цій групі бойовий досвід виступає чинником психологічної загартованості, підвищуючи толерантність до стресових ситуацій і сприяючи адаптації до складних обставин.

Водночас виявлено, що у частини військовослужбовців спостерігається зниження стресостійкості, що може бути наслідком тривалого бойового навантаження, емоційного виснаження або проявів посттравматичного стресового розладу. Це свідчить про амбівалентний характер впливу бойового досвіду: він може як зміцнювати психологічні ресурси, так і виснажувати їх за умов хронічного стресу.

У військових без бойового досвіду переважає помірний або низький рівень стресостійкості, що зумовлено відсутністю навичок реагування на екстремальні ситуації та меншим рівнем сформованості адаптивних копінг-стратегій.

5. Проведений статистичний аналіз виявив суттєві психологічні відмінності між військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, та тими, хто не мав такого досвіду. Бойовий досвід виявився потужним психогенним фактором, що впливає на емоційний стан, поведінкові реакції та адаптаційні можливості особистості.

Учасники бойових дій продемонстрували вищі показники посттравматичного стресу, агресивності та схильності до уникнення травматичних спогадів, що свідчить про значний вплив бойового стресу та домінування захисних механізмів психіки. Водночас у них спостерігається вищий рівень стресостійкості, який відображає розвиток адаптивних механізмів і психологічної витривалості.

Військові без бойового досвіду характеризуються більш збалансованим емоційним станом і помірними рівнями агресивності, проте частіше демонструють тривожність і нав'язливі переживання.

Отже, результати підтверджують, що бойовий досвід формує як ресурси стійкості, так і ризики психоемоційного виснаження, що зумовлює потребу в цілеспрямованій психологічній реабілітації та профілактиці посттравматичних розладів.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Загальні рекомендації практичним психологам щодо організації а проведення реабілітаційної роботи з військовослужбовцями

Психологічна реабілітація військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, є Організація психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, передбачає системний, комплексний і науково обґрунтований підхід. Практична діяльність психолога в цьому напрямі має ґрунтуватися на принципах професійної етики, доказової психотерапевтичної практики, міждисциплінарної взаємодії та індивідуалізації допомоги.

1. Забезпечення безпечного терапевтичного середовища.

Психолог зобов'язаний створити умови, що забезпечують психологічну безпеку, конфіденційність і добровільність участі клієнта у реабілітаційних заходах. Важливо уникати оцінювання і тиску, формуючи простір для вільного висловлення емоцій, переживань та думок військовослужбовця. Оптимальним є використання принципу «терапевтичної рівності», що сприяє налагодженню довіри та співпраці.

2. Комплексна діагностика психоемоційного стану.

Перед початком психокорекційної роботи необхідним є проведення комплексної діагностики з урахуванням:

- інтенсивності травматичного досвіду,
- проявів посттравматичного стресового розладу,
- рівня тривожності, депресивних симптомів, емоційного вигорання,
- особистісних ресурсів (життєстійкість, самооцінка, копінг-стратегії).

Використання стандартизованих психодіагностичних інструментів забезпечує об'єктивність та дозволяє визначити найбільш ефективні напрямки подальшого психологічного втручання.

3. Індивідуалізація підходів та гнучкість методів.

Реабілітаційні програми повинні враховувати особистісні та соціальні характеристики військовослужбовців, тривалість їхнього перебування в зоні бойових дій, рівень підтримки з боку сім'ї та соціуму. Застосування одноманітних або жорстко стандартизованих методів є недоцільним; натомість рекомендовано використовувати гнучкі, адаптивні інтервенції на основі потреб та стану конкретної особи.

4. Мультидисциплінарна взаємодія.

Ефективність реабілітаційної роботи підвищується завдяки взаємодії з іншими спеціалістами: психіатрами, неврологами, сімейними лікарями, соціальними працівниками, представниками ветеранських організацій. Така координація забезпечує комплексний супровід, який охоплює психічне, фізичне, соціальне та професійне відновлення військовослужбовця.

5. Використання доказових психотерапевтичних технологій.

Доцільним є застосування методів із доведеною ефективністю у роботі з травмою та бойовим стресом, зокрема:

- когнітивно-поведінкова терапія,
- EMDR-терапія (десенсибілізація і переробка травматичних спогадів),
- методи релаксації та емоційної регуляції,
- групова психотерапія та програми побратимської підтримки.

Психологові слід уникати неперевіраних технік і втручань, що можуть поглибити травматичний досвід.

6. Підтримка соціальних зв'язків та ресоціалізація.

Важливою складовою реабілітації є сприяння відновленню соціального функціонування військовослужбовця, укріпленню його сімейних, професійних і суспільних зв'язків. Робота з сім'єю, групи взаємопідтримки,

соціально-психологічні тренінги та профорієнтаційна допомога сприяють інтеграції ветерана у мирне життя.

7. Профілактика вторинної травматизації та професійного вигорання психолога.

Психолог повинен дбати про власний психічний стан, дотримуючись професійної гігієни:

- регулярні супервізії та інтервізійні зустрічі,
- самоспостереження та техніки контролю емоційного стану,
- баланс між роботою та відпочинком,
- своєчасне звернення по підтримку у разі ознак виснаження або вторинної травматизації.

Таким чином, ефективність реабілітаційної роботи з військовослужбовцями забезпечується комплексним, гуманістичним, науково обґрунтованим підходом, що включає глибоку діагностику, індивідуалізацію психологічних інтервенцій, мультидисциплінарну взаємодію та підтримку соціального середовища клієнта. Психолог виступає не лише консультантом, а й фасилітатором процесу відновлення, підтримуючи адаптаційний потенціал особистості та сприяючи її гармонійній інтеграції у мирне життя.

3.2. Програма психологічної підтримки військових під час реабілітації

Загальна характеристика програми:

Назва програми: «Відновлення. Психологічна підтримка військовослужбовців у процесі реабілітації».

Тривалість: 8–10 занять (по 90 хвилин), 2–3 рази на тиждень.

Форма роботи: групова (8–12 учасників) з елементами індивідуальних консультацій.

Мета програми – сприяти відновленню емоційної рівноваги, розвитку психологічної стійкості, адаптації до мирного життя, формуванню навичок саморегуляції та соціальної взаємодії у

Завдання програми:

1. Зменшити рівень емоційного напруження, тривоги та агресії.
2. Розвинути навички усвідомлення та конструктивного вираження емоцій.
3. Формувати механізми психологічної саморегуляції (дихальні, тілесні, когнітивні).
4. Сприяти переосмисленню бойового досвіду, інтеграції травматичних переживань у життєвий контекст.
5. Розвивати ресурси життєстійкості, довіри, соціальної взаємодії та підтримки.

Очікувані результати реалізації програми:

1. зниження рівня тривожності та напруги;
2. підвищення життєстійкості, самоефективності, здатності до саморегуляції;
3. формування навичок конструктивної комунікації;
4. розвиток мотивації до самовідновлення та подальшої соціальної активності;
5. зміцнення довіри, відновлення почуття сенсу життя.

Після завершення курсу проводиться повторна психодіагностика (порівняння показників до і після участі). Оцінюються:

1. рівень тривожності та депресії (HADS),
2. рівень життєстійкості (CD-RISC-10),
3. рівень посттравматичних симптомів (PCL-5),
4. суб'єктивна задоволеність життям (опитувальник Дінера).

Зниження показників тривоги, покращення рівня адаптації та підвищення емоційної стабільності свідчать про ефективність програми.

Теоретико-методологічна основа програми:

1. концепція стресу та копінг-механізмів (Р. Лазарус, С. Фолкман);
2. теорія життєстійкості (С. Мадді);
3. гуманістична парадигма психологічної допомоги (К. Роджерс);
4. українські підходи до психологічної реабілітації військових (Т. Титаренко, В. Осьодло, О. Блінов, Н. Корнієнко).

Етап I. Діагностично-мотиваційний.

Мета – встановлення контакту, створення безпечного терапевтичного простору, первинна діагностика та формування мотивації до участі у програмі.

Форми роботи: вступна групова бесіда, анкетування, психодіагностика (PCL-5, HADS, CD-RISC-10).

Вправи:

1. «Знайомство через символ» – учасники обирають предмет чи образ, що символізує їхній теперішній стан, і коротко представляють себе.
2. «Мій ресурс» – створення колажу чи короткої історії про те, що допомагає витримувати труднощі.
3. «Моя мета участі» – письмове формулювання очікувань та особистих завдань.

Очікувані результати – формування довірливого клімату, усвідомлення власних потреб, активація внутрішньої мотивації до змін.

Етап II. Емоційно-корекційний.

Мета – зниження рівня внутрішньої напруги, навчання саморегуляції, опрацювання травматичних спогадів.

Методи: елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), тілесно-орієнтованих технік, арт-терапії.

Вправи:

1. «Контроль дихання» – тренування діафрагмального дихання з ритмом 4–4–6 (вдих–затримка–видих).

2. «Малюнок мого стану» – арт-терапевтичне завдання на вираження емоцій через кольори та лінії. Обговорення асоціацій після виконання.

3. «Заземлення» (grounding) – фокусування на тілесних відчуттях, щоб повернути увагу в «тут і тепер».

4. «Точка спокою» – створення візуального чи тілесного образу безпеки (місце, звук, запах), який потім використовується для самозаспокоєння.

Очікувані результати – зниження емоційної напруги, підвищення контролю над реакціями, усвідомлення власних емоційних станів.

Етап III. Ресурсно-адаптаційний.

Мета – розвиток життєстійкості, зміцнення самооцінки, формування конструктивних копінг-стратегій, відновлення комунікативних навичок.

Методи: когнітивно-поведінкові техніки, позитивна психотерапія, групові дискусії, рольові ігри.

Вправи:

1. «Мої перемоги» – кожен учасник пригадує три ситуації, у яких він подолав труднощі; обговорюється, які внутрішні якості цьому сприяли.

2. «Коло підтримки» – візуалізація людей і ресурсів, які можуть підтримати у складній ситуації; подальша робота над розширенням цього кола.

3. «Карта життєвих цілей» – побудова особистої карти майбутнього із коротко- та довгостроковими цілями (професійними, сімейними, соціальними).

4. «Рольові сценарії» – моделювання мирних життєвих ситуацій (наприклад, спілкування з членами сім'ї, працевлаштування, публічний виступ).

Очікувані результати – активізація життєвих ресурсів, розвиток впевненості, формування навичок соціальної взаємодії.

Етап IV. Завершальний (інтеграційно-рефлексивний).

Мета – інтеграція отриманого досвіду, усвідомлення особистих змін, формування навичок самопідтримки.

Форми роботи: підсумкові вправи, індивідуальні консультації, групова рефлексія.

Вправи:

1. «Мій шлях» – учасники малюють символічний шлях своєї участі в програмі, позначаючи труднощі, відкриття та результати.

2. «Лист самому собі» – письмове звернення до себе в майбутньому з побажаннями й настановами, що допомагають утримати внутрішню рівновагу.

3. «Колективне коло вдячності» – обмін словами підтримки й вдячності між учасниками групи.

Очікувані результати – підвищення усвідомленості, відчуття завершеності, посилення внутрішньої опори, формування намірів щодо подальшої саморозвитку.

Висновки до третього розділу

Розроблені нами загальні рекомендації для практичних психологів підкреслюють важливість створення безпечного терапевтичного простору, проведення комплексної психодіагностики, використання гнучких індивідуалізованих методів, а також налагодження міждисциплінарної взаємодії між психологами, психіатрами, соціальними працівниками та медичними фахівцями. Важливим є застосування доказових психотерапевтичних технологій (когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, методів релаксації, групових форм роботи), що довели свою ефективність у процесі подолання наслідків бойової психотравми.

У межах дослідження створено та описано програму психологічної підтримки військовослужбовців у процесі реабілітації, яка включає чотири етапи:

1. діагностично-мотиваційний – спрямований на формування довіри та усвідомлення власних потреб;
2. емоційно-корекційний – забезпечує зниження психоемоційного напруження і розвиток навичок саморегуляції;
3. ресурсно-адаптаційний – стимулює розвиток життєстійкості, самооцінки, соціальних умінь;
4. інтеграційно-рефлексивний – сприяє усвідомленню змін і формуванню здатності до самопідтримки.

Зміст програми побудовано з урахуванням сучасних наукових підходів (Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Мадді, К. Роджерс, Т. Титаренко, В. Осьодло, О. Блінов) і включає систему вправ, спрямованих на активізацію особистісних ресурсів, зниження рівня тривожності та підвищення психологічної стійкості.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати проведеного теоретичного й емпіричного аналізу, можна зробити висновок, що:

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші посттравматичні стани на сучасному етапі війни проявляються переважно на середньому рівні інтенсивності.

У військовослужбовців ці стани найчастіше виявляються через підвищену особистісну тривожність, зумовлену постійною загрозою життю та здоров'ю, невизначеністю майбутнього, хвилюванням за побратимів, а також страхом полону, втрати свободи чи частин тіла.

Одним із найбільш поширених симптомів є інтрузивні, нав'язливі спогади й думки, які провокують порушення сну. Сон стає неспокійним і поверхневим, що ускладнює відновлення виснажених ресурсів після бойових дій. У свою чергу, хронічна втома негативно позначається на фізичному та психічному стані, знижує концентрацію, сповільнює реакцію, підвищує ризик прийняття неправильних рішень, збільшує ймовірність травм та послаблює загальну бойову ефективність. Саме втома часто виступає однією з ключових причин розвитку ПТСР.

2. На сучасному етапі війни військовослужбовці нерідко стикаються з труднощами у соціальній сфері. Це може проявлятися як відчуття віддаленості від цивільного життя, складнощі у взаємодії з цивільним населенням після повернення з фронту, втрата відчуття приналежності, дефіцит підтримки та розуміння з боку оточення. Додатково виникають проблеми з адаптацією до мирного життя після тривалого перебування у військовому середовищі та труднощі у формуванні й підтримці міжособистісних відносин через травматичний досвід.

Симптоми ПТСР та інші посттравматичні прояви істотно погіршують самопочуття, здоров'я та якість життя військових. Це є закономірністю в

умовах бойових дій, проте особливо негативним фактором виступає наростаюче відокремлення цивільного населення від військового середовища. Як підтверджено емпіричною частиною дослідження, найбільш інтенсивно симптоми ПТСР проявляються у тих військових, які перебувають на службі понад один рік.

Це свідчить про виснаження організму під впливом тривалого контакту зі стресовими подіями, накопичення травматичних переживань, обмежений доступ до психологічної допомоги та соціальну ізоляцію. Важливо наголосити, що ремісія ПТСР передбачає не лише зникнення симптомів, але й відновлення внутрішнього балансу, психологічного та духовного комфорту, чого в умовах бойових дій досягти вкрай складно.

3. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, виявляють більш інтенсивні прояви посттравматичного стресового розладу, серед яких переважають реакції уникнення та підвищеної фізіологічної збудливості. Це свідчить про активізацію психологічних захисних механізмів і зростання рівня емоційної напруги. Водночас вони демонструють вищий рівень стресостійкості, що відображає наявність адаптивних внутрішніх ресурсів і сформованих умінь емоційної саморегуляції, необхідних для ефективного функціонування в екстремальних умовах.

4. Для військових із бойовим досвідом характерні переважно реакції уникнення та гіперактивації, що свідчить про дію захисних психологічних механізмів, спрямованих на зниження сили травматичних переживань. Такі респонденти прагнуть дистанціюватися від травматичного досвіду, що дозволяє тимчасово зменшити емоційне навантаження, але водночас зберігає високий рівень внутрішньої напруженості та настороженості. Для цієї групи типова емоційна замкнутість і труднощі у вираженні почуттів, що ускладнює реабілітаційний процес. Натомість військовослужбовці, які не брали участі в бойових діях, частіше демонструють реакції вторгнення – нав'язливі думки, спогади, підвищену емоційну чутливість і тривожність, що може бути

наслідком вторинної травматизації, пов'язаної з опосередкованим переживанням війни через новини, розповіді або страх можливого залучення. Отже, структура посттравматичних реакцій суттєво різниться залежно від рівня особистої участі у бойових діях, що підкреслює потребу у диференційованій психологічній допомозі – орієнтованій на подолання уникнення у ветеранів і розвиток емоційної стабільності в осіб без бойового досвіду.

5. Виявлено, що бойовий досвід пов'язаний зі зростанням рівня агресивності, яка часто має захисно-компенсаторний характер і допомагає підтримувати відчуття контролю в небезпечних ситуаціях. Проте в умовах мирного життя така агресивність може ускладнювати соціальну адаптацію та спілкування. Військові без бойового досвіду, навпаки, відзначаються більш емоційною врівноваженістю, помірною агресивністю й середнім рівнем стресостійкості, але водночас мають вищу схильність до тривожності й емоційної вразливості.

6. Учасники бойових дій загалом демонструють вищу стресостійкість, що свідчить про сформовані навички самоконтролю, здатність до адаптації та психологічну витривалість. Для них бойовий досвід часто стає чинником психологічного загартування, який посилює толерантність до стресу та сприяє ефективній поведінці у кризових ситуаціях. Водночас у частини військових спостерігається зниження рівня стресостійкості, що є наслідком тривалого перебування в умовах напруження, емоційного виснаження або симптомів ПТСР. Це підтверджує подвійний характер впливу бойового досвіду: він може як посилювати адаптивні ресурси, так і сприяти їх виснаженню в умовах хронічного стресу. Військовослужбовці без бойового досвіду переважно демонструють помірну або низьку стресостійкість через відсутність досвіду дії в екстремальних обставинах та недостатню сформованість ефективних копінг-стратегій.

Результати статистичного аналізу підтверджують, що бойовий досвід істотно впливає на психологічний стан військовослужбовців, змінюючи характер емоційних реакцій, рівень стресостійкості, агресивності та схильність до уникнення травматичних спогадів.

Військові, які брали участь у бойових діях, демонструють вищий рівень ПТСР, підвищену агресивність та схильність до уникнення травматичного досвіду, що свідчить про формування адаптаційних, але водночас захисних і напружених форм психічного реагування.

Ці результати підтверджують необхідність цільових психокорекційних програм, спрямованих на:

- зниження рівня тривожності та емоційного напруження;
- навчання ефективних стратегій подолання стресу;
- розвиток навичок саморегуляції;
- профілактику деструктивних проявів агресії;
- підтримку посттравматичного зростання та ресоціалізації.

Таким чином, результати аналізу за критерієм Манна–Уїтні статистично підтверджують психологічну закономірність: участь у бойових діях суттєво змінює структуру емоційно-особистісних характеристик військовослужбовців, формуючи одночасно ресурсні (стресостійкість, витривалість) та ризикові (агресивність, уникнення, ПТСР) риси, які потребують комплексної реабілітаційної підтримки.

Гіпотеза дослідження про те, що у військовослужбовців, які перебували в зоні активних бойових дій і зазнали поранень чи контузій, найбільш поширеним симптомом ПТСР є уникнення (ухилення від нагадувань про травматичні події, емоційна відстороненість, свідоме або несвідоме витіснення спогадів), порівняно з військовослужбовцями, які не перебували в зоні активних бойових дій – підтвердилася.

7. Узагальнюючи результати проведеної роботи, слід зазначити, що розроблені рекомендації для практичних психологів акцентують увагу на

необхідності системного, науково обґрунтованого підходу до реабілітації військовослужбовців після участі в бойових діях. Ключовим чинником ефективності психологічної допомоги визначено створення безпечного та підтримувального терапевтичного середовища, яке сприяє довірі, емоційному розвантаженню та саморозкриттю клієнта.

Важливою умовою успішного відновлення є комплексна психодіагностика, що дозволяє оцінити індивідуальні особливості військовослужбовця, ступінь травматизації та рівень адаптаційних ресурсів. Практична робота має ґрунтуватися на індивідуалізації підходів та використанні гнучких методів впливу, які враховують специфіку бойового досвіду та особистісний стан кожного учасника.

8. У межах дослідження створено програму психологічної підтримки військовослужбовців під час реабілітації, яка включає чотири взаємопов'язані етапи:

1. Діагностично-мотиваційний – спрямований на встановлення довіри, підвищення усвідомлення власних потреб і формування позитивної мотивації до змін;

2. Емоційно-корекційний – орієнтований на зниження емоційного напруження, подолання тривоги, розвиток навичок саморегуляції;

3. Ресурсно-адаптаційний – забезпечує формування життєстійкості, розвиток самооцінки, впевненості, соціальних і комунікативних навичок;

4. Інтеграційно-рефлексивний – сприяє усвідомленню власних змін, інтеграції травматичного досвіду та формуванню здатності до подальшої самопідтримки.

Таким чином, створена програма та узагальнені рекомендації становлять цілісну модель психологічного супроводу військових, що поєднує діагностичний, корекційний і рефлексивний компоненти, спрямовані на відновлення психоемоційної рівноваги, особистісного потенціалу та соціальної адаптації ветеранів у мирному житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдул-Хамід В.К., Хьюз Дж.Х. Нічого нового під сонцем: посттравматичні стресові розлади в стародавньому світі. *Early Sci Med*. 2018. 19. С. 549-557.
2. Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. К. : Ніка-Центр, 2017. 432 с.
4. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. К., 2017. 134 с.
5. Бондаренко М., Вернодубов М., Паламарь А. Актуальні проблеми психогігієни та психопрофілактики у військових частинах та підрозділах: методичний посібник для командирів, офіцерів виховної роботи та лікарів. Одеса : ВКФ ДРУК, 2018. 107 с.
6. Баєвський Р.М. Прогнозування станів на межі норми і патології. К., 2019.
7. Белшер, Б.Е., Ауербах Бук, Є. , Еватт, Д. , Смоленський, Д. Дж. , Ши, М. Т. , Отто, Дж. Л. , Розен, К. С. , & Шнурр, П. П. (2019). Терапія, орієнтована на сьогоднішній день (РСТ) для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих. 2019.
8. Березін Б.Ф. Психічна і психофізіологічна адаптація людини. К., 2018.
9. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М, Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., & Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM–5 (CAPS-5): розвиток і початкова

психометрична оцінка у військових ветеранів. Психологічна оцінка, 30(3). 2018. С. 383-395.

10. Військова психологія / За редакцією В.В. Шеляг, А.Д. Глоточкін, К. К. Платонова. К., 2022.

11. Військова психологія і педагогіка : Навчальний посібник / За ред. В. Ф. Кулакова. К., 2020.

12. Герман, Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева. 2019.

13. Гофман, А. EMDR. Терапія наслідків психотравми: практичний посібник. Львів: Видавництво «Свічадо». 20197.

14. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ, 1, 2016. С. 228-240.

15. Климчук В.О. (2020). Психологія посттравматичного зростання. Монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

16. Куценко С. та Компанович М. Реабілітація та ресоціалізація учасників бойових дій, український досвід. Наукові проблеми запровадження правового режиму воєнного стану в Україні: сучасний вимір: матеріали науково-практичного онлайн-заходу. 29 квітня 2022 р., 2022. С. 151-153.

17. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції

18. Радецька Л.В., Лаба І.О., Смачило А.І., Нечаєва О.О., Лопатенко К.О., Баумер М.М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України - учасників бойових дій. Медсестринство, 4, 2020. С. 23-26.

19. Посттравматичний стресовий розлад. Бібліотека «Здоров'я України»[Електронний ресурс]
20. Чабан О.С., Хаустова О.О.,Омелянвич В.Ю. (2023), Психічні розлади воєнного часу: Монографія.
21. Лютц Г., Грінберг Л. Терапія емоційних травм. Київ: Освіта Нова, 2020. 312 с.
22. Левін П. Зцілення травми. Підхід орієнтований на тіло. В-цтво Дух і Літера, 2021. 208 с.
23. Міжнародна асоціація Психосоматики та Тілесної Терапії. Психологічна допомога військовим. К.В-цтво «Психобук», 2022. 124с.
- 24.Маккензі Л. Стресостійкість: практичні методики для роботи з військовими. В-цтво Віват, 2021. 304 с.
25. Пітерсон К. Посттравматичний ріст: як травма може змінити ваше життя на краще. В-цтво Дух і Літера, 2021. 348 с.
26. Расс Г. Терапія прийняття та відповідальності, яка сфокусована на травмі. В-цтво АСТ 2024. 488с.
27. Тараріна О. Практикум з арт-терапії: скринька майстра. В-цтво Старого Лева, 2016. 214с.
28. Франкл В. Лікар та душа, основи логотерапії. В-цтво «Харків КСД» 2023. 272с.
29. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. В-цтво «Харків КСД» 2022. 159с.
30. Франкл В. Сказати життю так. В-цтво «Харків КСД» 2022. 230с.
31. Шор Р. Психологічна інтеграція травм: методики для консультантів і терапевтів. В-цтво Екологія, 2018. 402 с.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2022. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> 58

34. Benedict, T.M, Keenan, P.G, Nitz, A.J, Moeller-Bertram, T. (2020). PostTraumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Military Medicine*, 185 (9-10), e1481–e1491, doi.org/10.1093/milmed/usaa052
36. Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, P. 97 - 104. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021402
37. Blais, R.K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. & Zalta, A.K. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2021.
38. Fogle, B.M., Tsai, J., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J.H., Southwick, S.M. & Pietrzak, R.H. The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions. *Front. Psychiatry*, 2020. 11:538218. doi: 10.3389/fpsy.2020.538218
39. Gibbons, S., Migliore, L., Convoy, S., Greiner, S. & DeLeon, P. Military mental health stigma challenges: policy and practice considerations. *Journal for Nurse Practitioners*. 2014. P. 365–372. doi: 10.1016/j.nurpra.2014.03.021
40. Harwood-Gross, A., Weltman, A., Kanat-Maymon, Y., PatHorenczyk, R. & Brom D. Peace of mind: Promoting psychological growth and reducing the suffering of combat veterans. *Military Psychology*, 2022. DOI: 10.1080/08995605.2022.2044119 79
41. Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A. & Niklewski, G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006. P. 1225–1233. doi: 10.1017/S003329170600780X

42. Kühn, S., Butler, O., Willmund, G., Wesemann, U., Zimmermann, P. & Gallinat, J.. The brain at war: effects of stress on brain structure in soldiers deployed to a war zone. *Translational Psychiatry*, 2021.

42. Marotta-Walters, S., Choi, J., & Shaine, M.D. Posttraumatic Growth Among Combat Veterans: A Proposed Developmental Pathway. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020.

43. Pietrzak, R.H., Pitts, B.L., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S.M. & Whealin, J.M. Factors protecting against the development of suicidal ideation in military veterans. *World Psychiatry*. 2017. P. 326–327. doi: 10.1002/wps.20467

44. Prykhodko, I. I. Program of psychological rehabilitation of the National Guard of Ukraine military personnel participated in combat actions. *International Journal of Science Annals*, 2020. 1 (1-2), P. 34-42.

45. Purcell, N., Zamora, K., Bertenthal, D., Abadjian, L., Tighe, J. and Seal, K.H. How VA Whole Health Coaching Can Impact Veterans' Health and Quality of Life: A Mixed-Methods Pilot Program Evaluation. *Global Advances in Health and Medicine* 2

46. Solomon, Z. From the Frontline to the Homefront: The Experience of Israeli Veterans. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. doi: 10.3389/fpsyt.2020.589391

47. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 2004. P. 1-18.

48. The Office of Patient Centered Care and Cultural Transformation. Personal Health Inventory. 2019. URL: https://www.va.gov/wholehealth/docs/10-773_PHI_July2019_508.pdf

49. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M. & Zhang, L. A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans. *PLoS ONE*, 10 (3), e0120270. 2015. doi:10.1371/journal.pone.0120270 2

50. Ypsilanti, A., Gettings, R., Lazuras, L., Robson, A., Powell, P.A. & Overton, P.G. Self-Disgust Is Associated With Loneliness, Mental Health

Difficulties, and Eye-Gaze Avoidance in War Veterans With PTSD. *Front. Psychol.* 2020. 11:559883. doi: 10.3389/fpsyg.2020.559883

51. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M. & Zhang, L. A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans. *PLoS ONE*, 10 (3), e0120270. 2015. doi:10.1371/journal.pone.0120270

52. Ypsilanti, A., Gettings, R., Lazuras, L., Robson, A., Powell, P.A. & Overton, P.G. Self-Disgust Is Associated With Loneliness, Mental Health Difficulties, and Eye-Gaze Avoidance in War Veterans

53. Dempster A.P., Laird N.M., & Rubin D.B. Maximum likelihood estimation from incomplete data using the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B.* 2017. 39. pp. 1-38.

54. Donahue J.J., Santanello A., Marsillo M.C., & Van Male LM. Acceptance and commitment therapy for anger dysregulation among military veterans: a pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 47. (2017). pp. 233-241.

55. Dempster A.P., Laird N.M., & Rubin D.B. Maximum likelihood estimation from incomplete data using the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B.* 2017. 39. pp. 1-38.

56. Donahue J.J., Santanello A., Marsillo M.C., & Van Male LM. Acceptance and commitment therapy for anger dysregulation among military veterans: a pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 47. (2017). pp. 233-241.

57. *Combat and Operational Stress Control / Field Manual Headquarters No. 4- 02.51 (8-51)* – Washington, DC: Department of the Army, 2016. – July 6.

58. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management* / C. R. Figley, W. P. Nash, eds. New York : Routledge, 2017. 341 p.

59. Hall D. P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy. *Military Medicine.* 2016. 131. pp. 159–162.



Звіт подібності

Метадані

Назва організації

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Заголовок

Аманова _магістерська робота

Автор Науковий керівник / Експерт

АмановаОлександр Непша

підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



11719

Кількість слів



94982

Кількість символів