

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**«АКТИВІЗАЦІЯ РЕСУРСІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ
СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ»**

**Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**

Виконав: здобувач 231Мз групи
Спеціальності 053 «Психологія»
Назарій ТИМЧУК
Керівник: к. психол. н., доцентка
Капіталіна ДЕМЕНТЬЄВА

Івано-Франківськ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕСУРСІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	6
1.1. Сутність, характеристика посттравматичних стресових розладів у психології.....	6
1.2. Особливості посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.....	16
1.3. Ресурси подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.....	22
Висновок до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	27
2.1. Етапи, методи та база дослідження.....	27
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	31
Висновок до розділу 2.....	38
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	40
3.1. Психологічний інструментарій активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів.....	40
3.2. Корекційно-розвивальна програма активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.....	51
Висновок до розділу 3.....	56
ВИСНОВКИ.....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТОК.....	71

ВСТУП

Актуальність дослідження. Робота з учасниками бойових дій в сучасних умовах доволі актуальна. Адже починаючи з 2014 року, анексії Криму та окупації Донецька та Луганської області, а від лютого 2022 року від початку повномасштабного військового вторгнення Росії на території України щодня збільшується кількість учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом.

Професійна діяльність військовослужбовців та учасників бойових дій, виділяється своєю виразною екстремальністю, наявністю в ній великої кількості різноманітних стресових факторів. Це викликає розвиток ознак посттравматичного стресового розладу. Усі ці причини негативно впливають на продуктивність їх професійної діяльності.

Посттравматичний стресовий розлад – серйозне психічне захворювання, яке розвивається у людей, які пережили тяжку травматичну подію. Військові, які знаходяться чи знаходилися в зоні бойових дій, є однією з найбільш вразливих груп для прояву захворювання. Відповідно до даних Міністерства оборони України, близько 20%-37% ветеранів, учасників бойових дій стикаються з посттравматичним стресовим розладом.

Західними авторами: Б.Л. Грін, М. Грейс, Дж. Лінду, Г. Глезер, М.Дж. Хоровітз, Д.С. Вейс в багатьох дослідженнях було виявлено, що знаходження в травматичних ситуаціях згубно впливає на людину та може в подальшому призвести до нестандартним змінам у психіці.

Психологічний супровід військових, активація ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій, які перенесли значні психотравмуючі впливи в ході участі в бойових діях, представляє собою актуальну проблему в наш час. Психологічна травма, пов'язана зі стресом, який отриманий при участі в бойових діях, є однією з основних внутрішніх бар'єрів для адаптації військовослужбовців до звичного, мирного життя.

Не дивлячись на технічний процес в армії, ключовою фігурою залишається людина. Саме від здібностей людини оцінювати ситуацію, приймати важливі рішення, брати на себе відповідальність за хід військових операцій, за життя інших людей, залежить хід та результативність службово-бойових завдань. Результатом реагування психіки військовослужбовців, учасників локальних бойових дій на ці впливи є бойовий стрес, психологічна травма. Тому необхідно працювати з психологічними травмами та виробляти конструктивні механізми психологічних захистів виходу зі стресових ситуацій. А також активувати ресурси подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретично та дослідити на практиці прояви посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій та розробити програму активізації ресурсів подолання ПТСР.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження – активізація ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Ознайомитися з сутністю, характеристикою посттравматичних стресових розладів у психології.
2. Охарактеризувати особливості посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.
3. Розглянути ресурси подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.
4. Дослідити посттравматичні стресові розлади учасників бойових дій.
5. Проаналізувати психологічний інструментарій активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів.
6. Розробити корекційно-розвивальну програму активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження було застосовано комплекс теоретичних методів.

Ключовим методом став аналіз науково-методичної літератури, який передбачав бібліографічний аналіз та контент-аналіз. Бібліографічний аналіз містив систематичне вивчення та критичне осмислення широкого кола літературних джерел, таких як наукові статті, підручники, навчально-методичні посібники, які стосувалися проблематики активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. Метою бібліографічного аналізу було виявлення сучасних тенденцій, теоретичних підходів, факторів впливу та практичних розробок у досліджуваній сфері. Особлива увага приділялася аналізу праць провідних фахівців у галузі теорії та методики активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. Контент-аналіз, як метод дослідження, був спрямований на кількісне та якісне опрацювання змісту текстової інформації, отриманої з наукових публікацій, методичних рекомендацій, матеріалів конференцій тощо. За допомогою контент-аналізу було ідентифіковано ключові поняття, закономірності, тенденції, протиріччя та перспективи у досліджуваній темі.

Наукова новизна дослідження полягає у вивченні специфічних психологічних факторів, що впливають на емоційний та психічний стан військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. Дослідження також зосереджується на ідентифікації психологічних механізмів адаптації до стресу, звичного життя, що може допомогти в розробці нових теоретичних підходів для кращого розуміння цього явища.

Практична значущість дослідження полягає в розробці та впровадженні комплексних стратегій активізації ресурсів учасників бойових дій у подоланні посттравматичних стресових розладів.

Структура роботи. Робота містить вступ, три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел (78 позицій). Загальний обсяг роботи № сторінки, з них основної частини № сторінок. В роботі 7 рисунків, 3 таблиці.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕСУРСІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Сутність, характеристика посттравматичних стресових розладів у психології

Емоційні стреси мають соціальне походження, та стійкість до них у різних людей різниться. Дослідивши літературу за даною темою, ми можемо стверджувати, що будь-який стрес стає травматичним після того, як вплив стресору на людину викликає специфічне порушення у її психічній сфері. Такий вплив за своєю силою та значимістю можна порівняти з фізичними порушеннями. У людини викривлюється когнітивна модель світу, неврологічні механізми, які керують процесами навчання, дають збій. У таких ситуаціях травмуючі події можуть виступати у якості стресору – екстремальні кризові ситуації, які мають сильні негативні наслідки, ситуації, які погрожують життю для людини та для її близьких. Такі події порушують почуття безпеки людини. Сам факт проживання такого стресу для більшої кількості людей є фактором прояву у них у майбутньому посттравматичного стресового розладу.

Аналізуючи теоретичні джерела можна зробити висновок, що одним з перших наукових дослідників цього явища був А. Кардінер у 1941 році. Він назвав його «хронічний військовий невроз». А. Кардінер дав такий опис симптоматики: збудженість та роздратованість; нестримний тип реагування на несподівані подразники; фіксація на обставинах травмуючої події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [16, с. 65-69].

Актуальність та необхідність подібних досліджень усвідомилась американським суспільством в середині 70-х років ХХ століття, коли воно вперше зіткнулося з поведінкою учасників бойових дій у В'єтнамі. Серед

цього контингенту людей була виявлена велика кількість самогубств, актів насилля та проблем у сімейному та соціальному житті. Усе це змусило владу держави прийняти міри з реабілітації ветеранів В'єтнаму [31, с. 72-78].

П. Борн був одним з перших, хто вивчав узагальнюючий характер. Він виділив один із загальних симптомів – «повторні нав'язливі спогади», які приймають в основному форму яскравих емоційно-сенсорних репрезентацій. Зазвичай такі спогади супроводжувались страхом, депресією, сомато-вегетативними розладами, моторошними снами бойового характеру, почуттям провини [32, с. 91].

В основі психологічної травми розташовується ситуація, яка виходить за межі життєвого досвіду, тому кожна травма має свій генез та не існує універсального зразку її опрацювання. У західній психології усілякий травматичний розлад вважається звичною та нормальною реакцією на ненормальні впливи ззовні.

Посттравматичний стресовий розлад – це відкладена чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно погрожуючого чи катастрофічного характеру, які можуть викликати дистрес практично у будь-якої людини.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ПТСР - це відстрочена або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка спричиняє глибокі переживання страху, безпорадності чи жаху. Такі події можуть бути пов'язані з бойовими діями, природними катастрофами, терористичними актами, фізичним або сексуальним насильством, аваріями тощо [34, с. 91-95].

Основні фактори, такі як, особливості тієї чи іншої особистості чи наявність у неї нервового захворювання в анамнезі, можуть суттєво знизити поріг для розвитку цього синдрому чи, навпаки, ускладнити його течію, але вони ніколи не є головними чи достатніми для пояснення його появи. Грунтуючись на теоретичні джерела, можна стверджувати, що основними факторами, виникнення ПТСР без яких воно не могло б виникнути є саме стресові події.

У своїх роботах багато вітчизняних авторів О. Друзь, Т. Мелешко, О. Паллаг, С. Бурмей, Н. Максименко, В. Досенко, О. Кокун, О. Колесніченко, В. Чорна, О. Серебреннікова, В. Коломієць та ін. виділяють, що симптомами ПТСР є: підвищена тривожність, прокручування в голові епізоди психотравми та переживання їх повторно, як реальні, нічні кошмари, безсоння, небажані спогади. Також має місце депресія, емоційна притупленість, агресія та роздратованість [36, с. 120-128].

Психологічна сутність ПТСР полягає у дезінтеграції системи особистісної саморегуляції та порушенні цілісності «Я-концепції», що проявляється в зниженні відчуття контролю над власним життям, втраті почуття безпеки, спотворенні часової перспективи та стійких когнітивних схем. Травматичний досвід стає домінантним у психіці, формуючи так звану патологічну пам'ять, у якій події минулого постійно реконструюються через механізми нав'язливих спогадів.

На відміну від короткочасного стресу, що виконує адаптивну функцію, на думку Р. Янофф-Бульмана, ПТСР має дезадаптивний характер, оскільки перешкоджає нормальній інтеграції травматичного досвіду в особистісну структуру. Психологічна травма розглядається не лише як наслідок події, але і як порушення базових переконань особистості про світ, людей і власне «Я» [37, с. 28].

Основними механізмами формування посттравматичного стресового розладу виступають процеси, що поєднують нейрофізіологічні, когнітивні та емоційно-регулятивні аспекти. Перш за все, унаслідок дії травматичного чинника відбувається гіперактивація стресової системи, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до тривалого підвищення рівня кортизолу й адреналіну. Такий стан формує постійну готовність організму до небезпеки, порушує біоритми й енергетичний баланс, спричиняючи відчуття внутрішньої напруги. Одночасно активуються дисоціативні процеси, що виконують захисну функцію психіки - людина ніби відмежовується від

власних переживань, що виявляється у відчуженні, деперсоналізації чи навіть амнезії окремих епізодів травматичної події.

Істотну роль відіграє також порушення когнітивної переробки інформації: спогади про травму не інтегруються у звичну систему автобіографічної пам'яті, а зберігаються у фрагментарній, емоційно насиченій формі. Це зумовлює феномен емоційної фіксації - коли травматичний досвід постійно «повертається» у вигляді флешбеків, нічних кошмарів або нав'язливих образів. Унаслідок цього змінюється система цінностей, життєвих орієнтирів і самоідентичності: світ починає сприйматися як небезпечний, а власне «Я» - як беззахисне й зруйноване. Таким чином, формування ПТСР є результатом взаємодії фізіологічного стресового перенавантаження, психологічних захисних реакцій і глибокої когнітивно-емоційної дезорганізації [38, с. 108-113].

Сучасна психологічна наука пропонує низку теоретичних моделей, що пояснюють механізми виникнення й розвитку посттравматичного стресового розладу. Когнітивно-біхевіоральна модель (С. Фoa, М. Ротхбаум) розглядає ПТСР як результат некоректного опрацювання травматичних спогадів і формування умовних страхів, які підтримують патологічну тривогу. Психодинамічна модель (С. Фреуд, Б. Ван дер Колк) інтерпретує розлад як наслідок конфлікту між свідомими й несвідомими імпульсами, де травматичний досвід витісняється, але продовжує діяти у вигляді симптомів. Біопсихосоціальна модель підкреслює роль взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, а модель посттравматичного зростання (Т. Калхоун, Р. Тедеші) демонструє можливість позитивних особистісних змін, що виникають унаслідок глибокого опрацювання травматичного досвіду [41, с. 28-32].

Згідно з сучасними психодіагностичними критеріями (DSM-5, ICD-11), ПТСР характеризується трьома основними групами симптомів: рекурентними або інтрузивними (нав'язливі спогади, флешбеки, сновидіння), симптомами уникання (свідоме чи несвідоме уникнення думок, місць, людей, пов'язаних із

травмою, емоційна оціпенілість), а також симптомами гіперактивації (підвищена тривожність, порушення сну, дратівливість, надмірна настороженість). Окрім цього, у DSM-5 зазначено негативні зміни у когніціях і настрої, що проявляються у стійкому почутті провини, сорому, емоційній притупленості, втраті довіри до світу та до себе [42, с. 115].

Динаміка розвитку ПТСР передбачає послідовне проходження кількох фаз. Гостра фаза охоплює період безпосереднього реагування на травматичну подію, коли домінують страх, шок, дезорієнтація. У хронічній фазі симптоматика закріплюється, формуються вторинні психоемоційні розлади - депресія, тривожність, соматизація. На етапі ремісії або посттравматичного росту можливе поступове відновлення внутрішньої рівноваги, переосмислення досвіду й формування нових життєвих орієнтирів, що свідчить про розвиток психологічної стійкості.

Виділені чотири типи симптомів, які частіше за все зустрічаються при хронічній течії ПТСР [43, с. 372]:

1. Тривожний тип ПТСР відповідає клінічним проявам синдрому. Він вважається стандартом хронічного ПТСР. Для цього типу характерний рівень суверенної та психічної тривожності, яка не обтяжена нав'язливими спогадами про травмуючі події. Пацієнти можуть порушити ці спогади, зайнявши себе будь-якою діяльністю.

2. Дисфорічний тип ПТСР. Як і тривожний тип, також має конкретний набір та яскраву виразність симптоматики. Присутні раніше невластиві людині риси: роздратованість, агресивність, гнівливість. Домінування сумно-апатичного настрою є ознакою депресії.

3. Астенічний тип ПТСР. Для цього типу характерним є домінуючі та нав'язливі спогади. У свідомості вони проявляються з помірним ступенем виразності. Поведінка характеризується пасивністю.

4. Соматоформний тип ПТСР. Для такого типу характерні симптоми ПТСР які виникають через пів року після подій, які травмували психіку. Таким чином, можна стверджувати, що випадки відносяться до відстроченого

варіанту ПТСР, де спостерігається практично повна відсутність ряду симптомів.

Для осіб із посттравматичними розладами характерна підвищена емоційна лабільність, схильність до раптових емоційних реакцій, відчуття провини та безпорадності, що супроводжуються зниженням самооцінки. У поведінковому аспекті часто спостерігаються соціальна ізоляція, уникання міжособистісних контактів і труднощі у спілкуванні. Когнітивні процеси зазнають спотворень - людина схильна до узагальнених негативних суджень і крайніх оцінок дійсності. Нерідко ПТСР супроводжується соматичними проявами: хронічною втомою, порушенням сну, головним болем, розладами серцево-судинної системи.

У цілому, посттравматичний стресовий розлад постає як комплексна форма психологічної дезорганізації, що охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості, суттєво ускладнює адаптацію до реальності й обмежує можливості самореалізації.

З кожним новим переглядом класифікацій психічних розладів продовжуються уточнення та доповнення діагностичних критеріїв ПТСР. Так, вже у 1987 році при публікації DSM-III-R з'являються доповнення до опису діагнозу, які уточнюють критерії події, які можуть привести до виникнення діагнозу, а також додаються критерії впливу. В DSM-IV (1994) и DSM-IV-TR (2000) продовжують вносити доповнення. В DSM-V (2013), яка є останньою версією, діагностичні критерії ПТСР суттєво доповнюються та переглядають основні визначення [46, с. 158].

Зараз в DSM-V та МКБ-11 є різні критерії діагностики ПТСР, продовжується полеміка обґрунтувань та уточнень критеріїв для розведення діагнозу з іншими попутними психічними захворюваннями. В DSM-V були внесені виправлення основних помилок попередніх випусків. Тим не менш, в галузі діагностики ПТСР, як розладу, яке виникає у зв'язку з впливом травми, залишаються питання, які стосуються визначення критеріїв травми та невідповідності між впливом та визначенням травми. У 2017 році була

опублікована робота Блер Е. Віско та співавторів, у якій проводилося дослідження співвідношення постановки діагнозу ПТСР критеріям, представленим у DSM-IV, V та МКБ-11 у ветеранів бойових дій США в межах національного дослідження здоров'я та життєстійкості у ветеранів. Дослідники використовували дві вибірки, оцінювали симптоми протягом всього життя та за останній місяць. В першій групі (n=3517) вони застосовували версії з DSM-IV, у другій групі (n=1484) – версію DSM-V - PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [47, с. 32-35].

За кожною класифікацією потрібно було в анамнезі наявність пережитої травми, тривалістю проявів симптомів протягом одного місяці чи більше, та діагностований розлад, пов'язаний з симптомами ПТСР. Оцінювалися супутні психічні захворювання протягом життя.

У першій вибірці ПТСР протягом життя та за останній місяць було діагностовано у більшій кількості ветеранів у рамках DSM-IV, ніж при застосуванні діагностичних критеріїв МКБ-11. У другій вибірці були отримані аналогічні результати: значно більша частка ветеранів була діагностована ПТСР у рамках DSM-V, ніж у МКБ-11. У тому числі 21,8—35,9% тих, хто відповідав критеріям ПТСР відповідно до DSM-IV або DSM-V, не відповідали критеріям МКБ-11, тоді як тільки 2,4-7,1% тих, хто відповідав критеріям ПТСР у рамках МКБ-11, не відповідали вимогам DSM-IV або DSM-V. Таким чином, завдяки цьому дослідженню було виявлено, що діагностичні критерії ПТСР МКБ-11 дозволили отримати значно нижчі показники поширеності, ніж у DSM-IV або DSM -V які дали аналогічні оцінки поширеності один для одного. Результати дослідження засвідчили, що МКБ-11 виявляє значно менше випадків ПТСР, ніж DSM-V [49, с. 87].

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) є офіційною діагностичною системою, яка використовується у всьому світі. На даний момент чинною є десята версія МКБ (МКБ-10). У 2018 році ВООЗ опублікувала МКБ-11, яка набула чинності 1 січня 2022 року. До неї були внесені суттєві зміни у постановці діагнозів,

пов'язані з травматичним досвідом, що стосуються категорії «Розлади, пов'язані зі стресом». Попередній варіант, представлений у МКБ-10, був доповнений з урахуванням п'ятого видання посібника з діагностики та статистики, а до діагностичної номенклатури вперше було включено комплексне ПТСР (CPTSD). Багатонаціональні дослідження продемонстрували точність диференціальних діагнозів між формулюваннями ПТСР та комплексним ПТСР, а огляд проведених досліджень показав обґрунтованість включення двох діагнозів: ПТСР та комплексного ПТСР [50, с. 189].

Вже з'являються дослідження, що спираються на МКБ-11, що вивчають фактори ризику, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та комплексним ПТСР (КПТСР). Одне з них було проведено у 2018 році. В опитуваннях взяли участь 1051 респондент (доросле населення Великобританії). Усі респонденти мали в анамнезі травматичний досвід. З'ясувалося, що комплексне ПТСР є найпоширенішим, болючим та важким станом порівняно з простою формою ПТСР. Було виявлено, що комплексне ПТСР частіше виникає після травматичних подій міжособистісного характеру, яких неможливо уникнути, при перенесеному травматичному досвіді в міжособистісних відносинах у дитячому віці зі значними дорослими. Наприклад, при сексуальному насильстві у дитинстві, тортурах, досвіді перебування у полоні. Ця диференціація важлива, оскільки комплексне ПТСР є складною формою ПТСР, з проявами важчих станів і симптомів, ніж за простої форми ПТСР. Складна форма вимагає інших інтервенцій та тривалої психотерапії на відміну від роботи з простим ПТСР [51, с. 20].

Нові дані, отримані в основному з клінічних вибірок, вказують на те, що сексуальне насильство над дітьми, пов'язане з травмою, негативне уявлення про себе, низька стійкість до стресів і проблеми з безробіттям пов'язані з підвищеним ризиком розвитку комплексного ПТСР. Комплексне ПТСР більшою мірою пов'язане з симптомами депресії, тривоги, наявністю

суїцидальних тенденцій та поведінки, а також прикордонним розладом особистості, ніж проста форма ПТСР [55, с. 23-26].

В останніх дослідженнях було виявлено, що найпоширенішою травматичною подією в дитинстві є фізичне насильство (32,4%; $n = 340$), а найпоширенішою травматичною подією у дорослому віці – раптова та несподівана смерть близької людини (47,4%; $n = 498$), яка є для респондентів, «найбільш травматичною подією у житті» (29,4%; $n = 309$). У часі, з моменту травматичної події найчастіше минуло «понад 20 років» (40,1%; $n = 421$) [56, с. 93].

Проста форма ПТСР найчастіше зустрічається у жінок. Зазвичай даний діагноз пов'язаний з відносинами і з травматичного впливу має менший часовий інтервал, ніж за комплексному ПТСР. Навпаки, комплексне ПТСР дає відсилання до більш раннього віку та переживань, які пов'язані з міжособистісними відносинами, як у дитячому, так і у дорослому віці. Високі рівні коморбідності спостерігалися у разі ПТСР та комплексного ПТСР. Однак великий депресивний розлад та генералізований тривожний розлад більш пов'язані з комплексним ПТСР, ніж з простою формою ПТСР. Ризик самогубства зростає більш ніж утричі за наявності комплексного ПТСР, а ризик виникнення хронічних захворювань підвищується приблизно удвічі [57, с. 18].

У цьому дослідженні у Великій Британії було виявлено, що комплексне ПТСР є поширеним діагнозом, ніж проста форма ПТСР. Це суперечить висновкам дослідження в Ізраїлі. Там проста форма ПТСР (9,0%) перевищувала комплексне ПТСР (2,6%) за поширеністю. Дослідження в США продемонстрували інші показники: ПТСР – 3,4% та комплексне ПТСР – 3,8%. Дослідження у Великій Британії виявили, що поширеність простого та комплексного ПТСР може бути високою, враховуючи, що 70% світового населення мали у своєму досвіді принаймні одну травматичну подію [58, с. 35].

Дослідження ПТСР і можливості його вирішення протягом життя надали невтішні результати, що доводять повільний процес і складність одужання від ПТСР, перехід даного діагнозу в інші психічні розлади, а також наводять приклади різноманітних реакцій у відповідь на травматичну ситуацію. Було виявлено дві форми дозволу ПТСР, одна з яких є адаптивною, інша - переходом ПТСР до інших психічних розладів [59, с. 224].

Ризик розвитку ПТСР зростає із збільшенням кількості пережитих травматичних ситуацій. За гендерною ознакою виявлено, що серед жінок ризик виникнення ПТСР вищий, ніж у чоловіків. Також уразливішими для ПТСР є постраждалі від військових дій старше 45 років. У 50% випадків симптоми ПТСР редукуються у перші два роки після травматичних подій. Потім процес одужання уповільнюється. Через шість років у третині випадків ПТСР зберігається і переходить у хронічну форму течії. У постраждалих від травматичних подій згодом діагностуються тривожні, депресивні та самотоформні розлади, що у ряді випадків розвиваються коморбідно з ПТСР або самостійно, викликаючи професійну та соціальну дезадаптацію зі стійкими змінами особистісних рис [60, с. 33].

Серед розладів постраждалих від бойових дій не виявлено специфічних форм ПТСР. Ряд інших досліджень у світі демонструють, що жінки вдвічі частіше за чоловіків схильні до ПТСР. Дані відмінності пояснюються біологічними факторами (наприклад, гормональними).

Виявлено, що ризик діагностики ПТСР вищий у випадках, коли з дня травматичної події минуло менше часу. Цей зв'язок пояснювався підвищеною активністю мигдалини після травматичного впливу для реакції у відповідь під впливом страху [62, с. 377].

На даний час проведено безліч досліджень, які уточнюють моделі та визначення ПТСР. Залишається актуальним та спірним питання: що ж є психічною травмою та що є її впливом? На даний момент немає чіткості у визначенні критеріїв травми.

У перспективі очікується більше досліджень негативного впливу хронічного травматичного досвіду на психічне та соматичне здоров'я. Також стають більш актуальними дослідження випадків хронічної травми в дитинстві, де у пацієнтів могло не бути в анамнезі тяжкого фізичного та сексуального насильства, проте вони зазнавали емоційного насильства та відчували зневагу з боку значних дорослих та іншого оточення [62, с. 392].

Дослідження комплексного ПТСР у Великій Британії дозволяють задуматися про масштаби поширення цієї форми ПТСР, а також про важливість детального вивчення факторів, які провокують розвиток розладу, але при цьому можуть не виявлятися.

Статистика поширення ПТСР на даний момент збільшується, що говорить про великі масштаби впливу несприятливого досвіду на здоров'я людини. У майбутньому важливо присвятити дослідження профілактиці виникнення ПТСР та комплексного ПТСР, вивченню факторів, які можуть сприяти дитині та дорослому впоратися з травматичним досвідом без ризику виникнення ПТСР. У рамках цієї проблематики в майбутньому можуть бути перспективними дослідження зовнішніх та внутрішніх ресурсів людини, які необхідні для сприятливого виходу із травматичного досвіду.

1.2. Особливості посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій

Війна залишає після себе не тільки фізичні рани, але і глибокі психологічні наслідки. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – одна із самих серйозних проблем, з якою стикаються військові після повернення із зони бойових дій.

Біль, втрати, постійна погроза життя, необхідність приймати рішення в умовах смертельного ризику – усе це має потенціал травмувати психіку навіть найстійкіших.

Не дивлячись на розповсюджений стереотип, ПТСР розвивається не у всіх військовослужбовців. Але ті, хто пережили бойові дії, знаходяться в групі підвищеного ризику. Порушення сну, нав'язливі спогади, роздратованість, емоційна відстороненість чи, навпаки, надмірна пильність – це лише частина признаков, які можуть свідчити про початок розладу.

Повномасштабне військове вторгнення Росії на територію України, в лютому 2022 року стало великим викликом для усього чоловічого населення країни, адже більшість чоловіків в перші дні добровільно пішли захищати країну, і до сьогодні відбувається поповнення лав ЗСУ військовослужбовцями. Війна залишає глибокий слід у психіці її учасників. Всюдисуща небезпека, невідомість, невизначеність, раптовість початку бойових подій, загибель та поранення бойових товаришів, участь у фізичному знищенні противника, висока відповідальність за результати бойової роботи, позамежна тривалість термінів перебування в зоні бойових дій, відрив від рідних та інші обставини, дії розрізнено та у поєднанні, накопичуючись до «критичної маси», здатні породжувати у військових бойовий дистрес, викликати бойову психічну травму, а пізніше проявлятися в різних несприятливих психологічних наслідках клінічного рівня.

Дослідники ПТСР у військових говорять наступне: «Аби вижити в ситуації повсякденної небезпеки, невідомості, невизначеності, поранень, гибелі бойових товаришів, необхідності фізично знищувати противника, тривалого знаходження в безпосередній близькості з противником, коли не лише чути його мову, але й відчувається його запах, щоб вижити у цій ситуації, психіка, нервова система, весь організм людини повинні кардинально перебудуватися під вимоги військової обстановки. І така адаптивна перебудова відбувається. Перш за все перестроюється мозок. Він змінюється не лише функціонально, але і структурно, фізично. За 40-45 діб перебування у бойових діях у людини утворюються багато тисяч нових нейронних зв'язків, нові нейрони, цілісні нейронні мережі, які керують поведінкою людини в бою. Одночасно неактуальні «громадянські» нейронні мережі згасають та керовані

ними схеми поведінки не відтворюються. У кров виділяються гормони стресу (адреналін, норадреналін, кортизол) та перетворюють її у своєрідний стресовий гормональний коктейль [1, с. 516].

Поступово у учасників військових подій в середньому за 66 діб формуються стійкі навички та звички реагування на події, які забезпечують його виживання в екстремальних умовах війни шляхом мінімізації когнітивної діяльності та посилення імпульсивного реагування. Вони вибудовуються на основі рефлексу.

Людина в екстремальній обстановці практично не спить, так як одна півкуля мозку постійно в бадьорому стані. Крім того, що вона позбавляється можливості повноцінно відновити сили організму, її гіпокамп не може консолідувати травматичні спогади та відправити їх до біографічної пам'яті, залишаючи весь цей процес на післявоєнний час.

Такий стан військовий відчуває протягом багатьох місяців. Такий статус нервової системи, психіки, організму закріплюється, стає звичним. Метафорично його психіка «воєнізується» [2, с. 5-23].

Повернувшись додому, військовий виявляє, що члени його родини змінилися. Дружина, яка тривожилася, сумувала та разом із ним боролася в своєму серці, вимушено засвоїла багато чоловічих функцій, прийняла відповідальність за родину. Син швидко змужнів, донька була змушена відстоювати себе та свої кордони серед однокласників. Усі вони змінилися, разом зі змінами в нервовій та гормональній системах, поведінці та звичках. Вони стали більш самостійними, сильними, жорсткими, вимогливими до себе та людей. Але вони не відчувають змін, які з ними сталися, бо принцип поступовості не був порушений.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, який виникає після переживання надмірно травматичної ситуації. У військових ПТСР частіше за все розвивається як відповідь на бойову травму: загроза життю, свідoctво загибелі побратимів, участь в боях, поранення чи полон. Ці

події настільки сильні, що психіка не встигає їх переробити, і як наслідок – нервова система ніби «застряє» в режимі постійної тривоги [5, с. 5-10].

У цьому стані організм продовжує діяти так, ніби небезпека все ще поряд. Людина з ПТСР знову і знову переживає травму у спогадах, сні чи навіть при незначних зовнішніх триггерах – звуках, запахах, новинах. Це не просто «поганий настрій» чи «звична втома»: ПТСР суттєво змінює поведінку, емоційне сприйняття світу, соціальні зв'язки та якість життя в цілому.

Особливість ПТСР у військових – у його тісному зв'язку з бойовим досвідом. Багато симптомів, які в громадянському житті вважаються патологічними, на фронті могли бути нормою чи навіть рятівною реакцією. Саме тому цей розлад потребує окремої уваги та підходу до допомоги [9, с. 33-35].

Посттравматичний стресовий розлад не з'являється раптово. Воно є результатом глибокої психічної травми, яку організм не зміг повністю прожити та переробити. У військових частіше за все ПТСР виникає після безпосередньої участі в бойових діях, коли була загрозна ситуація для життя чи вимагала діяти всупереч базовим моральним установкам. Поштовхом може стати загибель побратима, контузія, поранення, перебування в полоні чи під обстрілами, застосування летальної зброї [10, с. 37-41].

Після травматичної події нервова система активується для виживання: виробляється норадреналін, посилюється активність мигдалеподібного тіла мозку – центра емоційного реагування. Це викликає підвищену пильність, реакцію «бий чи біжи». В нормі ця реакція згасає після припинення загрози, однак у випадку ПТСР вона зберігається навіть тоді, коли загроза минула.

Організм залишається у стані постійної мобілізації. Префронтальна кора – зона мозку, яка відповідає за логіку та аналіз, - втрачає активність. Гіпокамп, який відповідає за структурування пам'яті, працює нестабільно. Як результат – людина знову і знову переживає ті ж емоції, ніби подія триває до сих пір. Це викликає хронічне психоемоційне виснаження, яке і є основою ПТСР [11, с. 33-36].

Посттравматичний стресовий розлад у військових може проявлятися дуже по-різному, але є ряд характерних симптомів, які вказують на порушення роботи нервової системи.

Вони зазвичай формуються поступово – іноді відразу після травматичної події, коли – через місяці чи навіть роки після повернення з фронту.

Частіше за все, симптоми ПТСР розділяють на чотири групи [13, с. 367]:

1. Повторне переживання травми – це нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки, коли військовий раптово «повертається» в ситуацію бою. Такі епізоди супроводжуються сильними емоційними фізичними реакціями – серцебиттям, тремтінням, пітливістю, панікою.

2. Уникання – свідоме чи несвідоме уникання усього, що може нагадати про події: людей, місць, розмов, запахів, новин. Це також може проявлятися у втраті інтересу до того, що раніше було важливим.

3. Негативні зміни у мисленні та емоціях – людина може втратити здатність відчувати радість, починає бачити світ як загрожуючий та безнадійний. З'являються почуття провини, сорому, емоційної заціпенілості.

4. Гіперзбудження – це постійна настороженість, проблеми зі сном, роздратованість, вибухи гніву, необачна поведінка. Людина ніби не може «відключитися» від бойового режиму.

Такі симптоми не лише виснажують емоційно, але і негативно впливають на стосунки з близькими, працєвитість, загальну якість життя. Якщо вони тривають довше місяця – це привід звернутися за допомогою.

Посттравматичні реакції у військових не завжди мають однакову інтенсивність чи тривалість – це залежить від характеру пережитої події, власного досвіду та наявності підтримки. Відомо декілька форм ПТСР, які відрізняються течією та моментом прояву [14, с. 78].

Гостра реакція на стрес виникає вже у перші години чи дні після травмуючих подій. Людина може знаходитися у стані шоку, втрачати зв'язок з реальністю, мати фізіологічні симптоми: запаморочення, серцебиття, розлад

сну. У більшості випадків ця реакція зникає самостійно, як тільки припиняється загроза та з'являється підтримка.

Гострий стресовий розлад проявляється протягом 30 днів після події. Він характеризується вже чітко окресленими симптомами ПТСР – флешбеками, тривожністю, униканням, гіперзбудженням. Якщо за цей час симптоми не проходять, можливий перехід в ПТСР.

ПТСР діагностується, коли симптоми тривають більше місяця. Це найбільш стабільна форма розладу, яка потребує комплексного підходу до лікування.

ПТСР з відстроченим початком виникає через багато місяців після події – іноді навіть після року. Часто його «активує» новий стрес чи подію, яка нагадує про попередню травму [15, с. 190].

Комплексний ПТСР виникає після тривалого чи повторного впливу травмуючих фактів: полону, катувань, тривалого перебування під обстрілами. У таких випадках порушується не тільки емоційний стан, але і самоідентичність, стосунки з іншими, сприйняття світу.

Найбільш вразливими до ПТСР є військовослужбовці, які [16, с. 65-69]:

- Втратили побратимів чи були свідками масової гибелі;
- Отримали поранення, контузії, потрапили в полон чи оточення;
- Тривалий час знаходилися під обстрілами чи на передовій;
- Відчували безсилля в ситуаціях, які погрожували життю;
- Вже мали в анамнезі психічні травми чи попередні епізоди тривожних розладів.

тривожних розладів.

Таким чином, ПТСР у учасників бойових дій – серйозна проблема. Він займає одне з провідних положень у сучасній психології та вимагає уважного вивчення та корекції наслідків. Концепція відкладених реакцій на ПТСР лежить в основі сучасних підходів до вивчення психологічних наслідків озброєних конфліктів. Психологічні наслідки бойових дій можуть проявитися не одразу після повернення до мирних умов, а через деякий час.

На активність військовослужбовців у бойовій обстановці впливають стресові фактори підвищеної інтенсивності. Залежно від тривалості їх впливу та їх травматичності в психічній діяльності людини можуть відбуватися зміни, зниження ефективності життєдіяльності вже в мирних умовах. ПТСР впливає як на психологічний, так і на фізіологічний рівень.

Слід розуміти, що ПТСР виникає, коли екстремальні ситуації в професійній діяльності, які переживає військовослужбовець, мають велике значення в системі ставлення особистості до дійсності. У формуванні посттравматичного стресового розладу більше значення має тип першої травми.

1.3. Ресурси подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій

У сучасній психології поняття «ресурс» трактується як сукупність внутрішніх і зовнішніх можливостей, які суб'єкт може актуалізувати для підтримання психологічної рівноваги та ефективного функціонування в умовах стресу. Теорія ресурсів збереження підкреслює, що люди прагнуть накопичувати, підтримувати і захищати власні ресурси, а їхня втрата є ключовим чинником розвитку стресу.

Отже, ресурси подолання ПТСР розглядаються як система індивідуальних і соціальних потенціалів, які дозволяють людині зменшити інтенсивність посттравматичних симптомів, адаптуватися до мирного життя та відновити психологічне благополуччя [17, с. 140-148].

Психологічні ресурси подолання посттравматичних наслідків мають багаторівневу структуру і охоплюють особистісні, когнітивні, емоційно-вольові, соціальні та духовні компоненти. Їх об'єднує функція внутрішнього регулятора, який дозволяє трансформувати травматичний досвід у досвід зростання й самопізнання.

Особистісний рівень представлений такими характеристиками, як самоефективність, стресостійкість, оптимізм, внутрішній локус контролю та високий рівень рефлексивності. Ці якості забезпечують активне ставлення до труднощів і сприяють використанню конструктивних стратегій подолання. Дослідження показують, що військовослужбовці з розвиненою впевненістю у власній спроможності впливати на події мають нижчий рівень симптомів ПТСР [18, с. 51-59].

На когнітивному рівні ресурсами виступають здатність до когнітивної переоцінки травматичної події, гнучкість мислення та позитивна інтерпретація досвіду. Пережита подія може бути осмислена не лише як руйнівна, але і як така, що надає сенсу життю, формує нові життєві цінності та підвищує рівень усвідомленості.

Емоційно-вольовий рівень охоплює здатність до емоційної регуляції, контролю імпульсивності, самозаспокоєння та підтримання мотивації у процесі відновлення. Вміння розпізнавати власні емоції й управляти ними є визначальним чинником ефективного подолання наслідків травми [19, с. 61-68].

Соціальний рівень ресурсів полягає у підтримці соціальних зв'язків, залученості до групи побратимів, родинній підтримці та довірі до соціальних інституцій. Соціальне оточення виступає буфером, що пом'якшує вплив травматичного досвіду і сприяє реінтеграції ветерана у мирне середовище [28, с. 64-70].

Духовно-ціннісний рівень ресурсів охоплює віру, життєвий сенс, почуття місії та прагнення до самотрансценденції. Духовність допомагає інтегрувати досвід болю у ширшу систему світоглядних уявлень, надає подіям метафізичної значущості й забезпечує психологічне прийняття себе після травми.

Згідно з транзакційною теорією стресу Р. Лазаруса і С. Фолкман, подолання є процесом постійної когнітивної та поведінкової адаптації до вимог середовища. Ресурси подолання реалізуються через певні копінг-

стратегії, які можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер [30, с. 130-131].

Для учасників бойових дій типовими є емоційно-орієнтовані стратегії (регуляція афекту, зниження напруги через спілкування, молитву, фізичну активність) і проблемно-орієнтовані (активне вирішення ситуацій, пошук нових життєвих ролей, участь у волонтерстві). Натомість уникання або витіснення травматичних спогадів може тимчасово зменшити біль, але в довгостроковій перспективі сприяє хронізації симптомів ПТСР.

Особливу роль відіграє смислове подолання, спрямоване на переосмислення травматичного досвіду через формування нових життєвих цілей і цінностей. У цьому контексті важливим є феномен посттравматичного зростання, який відображає позитивні зміни в особистісній структурі після травми: поглиблення духовності, підвищення емпатійності, розвиток внутрішньої сили й життєвої мудрості [31, с. 72-78].

Процес подолання посттравматичних розладів у військовослужбовців значною мірою залежить від зовнішніх умов і соціального контексту. Підтримка з боку родини, побратимів, психологічних служб і суспільства формує середовище безпеки, яке дозволяє ветерану поступово відновлювати довіру до світу.

Ресурсним фактором є також участь у групових програмах психологічної підтримки та психотерапевтичних інтервенціях, що сприяють відновленню комунікативних навичок і соціальної взаємодії. Важливе значення має професійна реабілітація, яка забезпечує відчуття корисності, самореалізації й повернення до соціально значущої діяльності [34, с. 91-95].

На рівні державної політики вагомим є розвиток системи психологічної допомоги ветеранам, що включає психоосвітні програми, кризову інтервенцію, підтримку родин і формування культури звернення по допомогу. Усе це створює умови для відновлення особистісних ресурсів і формування нових стратегій життя після війни.

Комплексна модель ресурсного подолання ПТСР у учасників бойових дій передбачає взаємодію трьох основних блоків [39, с. 219]:

1. Внутрішні ресурси особистості (емоційна стабільність, самоефективність, когнітивна гнучкість, смислова інтегрованість).
2. Міжособистісні ресурси (соціальна підтримка, групова ідентичність, довіра, комунікація).
3. Соціокультурні ресурси (нормативна підтримка, громадянська позиція, культурні цінності, духовні орієнтири).

Взаємодія цих компонентів формує цілісну систему ресурсного потенціалу особистості, яка забезпечує адаптацію до мирного життя, зменшує ризик рецидиву ПТСР і сприяє особистісному зростанню.

Отже, ресурси подолання посттравматичних стресових розладів є системою внутрішніх і зовнішніх потенціалів, які забезпечують адаптацію особистості до наслідків травматичного досвіду. Для учасників бойових дій ключовими ресурсами виступають самоефективність, соціальна підтримка, емоційна регуляція та смислове переосмислення пережитого.

Розвиток і підтримка цих ресурсів можливі через поєднання індивідуальної психотерапії, групових програм, соціально-реабілітаційних заходів і духовно-ціннісного відновлення. Формування ресурсного підходу до подолання ПТСР сприяє не лише відновленню психологічного благополуччя ветеранів, а й їх посттравматичному зростанню та активній соціальній інтеграції.

Висновок до розділу 1

1. Посттравматичний стресовий розлад – це відкладена чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно погрожуючого чи катастрофічного характеру, які можуть викликати дистрес практично у будь-якої людини.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ПТСР - це відстрочена або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка спричиняє глибокі переживання страху, безпорадності чи жаху. Такі події можуть бути пов'язані з бойовими діями, природними катастрофами, терористичними актами, фізичним або сексуальним насильством, аваріями тощо. У цілому, посттравматичний стресовий розлад постає як комплексна форма психологічної дезорганізації, що охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості, суттєво ускладнює адаптацію до реальності й обмежує можливості самореалізації.

2. ПТСР у учасників бойових дій – серйозна проблема. Він займає одне з провідних положень у сучасній психології та вимагає уважного вивчення та корекції наслідків. Концепція відкладених реакцій на ПТСР лежить в основі сучасних підходів до вивчення психологічних наслідків озброєних конфліктів. Психологічні наслідки бойових дій можуть проявитися не одразу після повернення до мирних умов, а через деякий час.

На активність військовослужбовців у бойовій обстановці впливають стресові фактори підвищеної інтенсивності. Залежно від тривалості їх впливу та їх травматичності в психічній діяльності людини можуть відбуватися зміни, зниження ефективності життєдіяльності вже в мирних умовах. ПТСР впливає як на психологічний, так і на фізіологічний рівень.

Слід розуміти, що ПТСР виникає, коли екстремальні ситуації в професійній діяльності, які переживає військовослужбовець, мають велике значення в системі ставлення особистості до дійсності. У формуванні посттравматичного стресового розладу більше значення має тип першої травми.

3. Ресурси подолання посттравматичних стресових розладів є системою внутрішніх і зовнішніх потенціалів, які забезпечують адаптацію особистості до наслідків травматичного досвіду. Для учасників бойових дій ключовими

ресурсами виступають самоефективність, соціальна підтримка, емоційна регуляція та смислове переосмислення пережитого.

Розвиток і підтримка цих ресурсів можливі через поєднання індивідуальної психотерапії, групових програм, соціально-реабілітаційних заходів і духовно-ціннісного відновлення. Формування ресурсного підходу до подолання ПТСР сприяє не лише відновленню психологічного благополуччя ветеранів, а й їх посттравматичному зростанню та активній соціальній інтеграції.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Етапи, методи та база дослідження

Нами було організоване дослідження, метою якого було визначити наявність посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Дослідження проходило на базі механізованої бригади сухопутних військ ЗСУ (відповідно до пункту 5.6.3. політики інформаційної безпеки Збройних сил України приналежність залученого особового складу до конкретної військової частини вказати не можу).

У дослідженні приймали участь 21 військовослужбовець, з них, на період проведення дослідження усі були учасниками бойових дій. Військову службу усі респонденти проходять за контрактом, більшість офіцерського складу, та сержантського. Також варто відмітити, що учасники опитування, усі постійно перебувають в екстремальних умовах. Усі учасники дослідження чоловічої статі. Див. табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл учасників дослідження

Вік	2 особи – 29 років, 1 особа – 37 років, 34 роки, 31 рік, 44 роки, 22 роки, 54 роки, 36 років, 23 роки, 25 років, 43 роки, 40 років, 28 років. 3 особи – 32 роки. 3 особи – 24 роки, 33 роки, 32 роки.
Стать	Чоловік
Ви є учасником бойових дій	Так

Ви проходите військову службу	7 військовослужбовців мобілізовані, та 14 за контрактом
Військове звання, належить до осіб	16 військовослужбовців офіцерського складу, та 5 осіб сержантського складу
Зараз ви знаходитесь	13 осіб знаходяться безпосередньо в зоні бойових дій, 1 військовий перебуває у відпустці, решта 7 осіб відмовились вказувати
Термін діяльності в екстремальних умовах	3 2014 року і до тепер – 3 військовослужбовців; з 2014 по 2024 – 1 військовий; 6 місяців – 1 особа; 3 роки – 1 особа; 9 місяців – 2 військових; 4 місяці – 1 військовослужбовець; з 2022 року – 6 військових; 10 місяців – 1 особа; 7 років – 1 особа; 2,5 років – 1 військовий; 5 місяців – 1 військовослужбовець; 1,5 років – 1 особа.
Чи були у вас поранення	4 військовослужбовців указали, що не мали поранень. Решта, 17 військових мали поранення різної тяжкості, осколкові, та ін.
Контузія (коли та яка)	Була у п'яти військовослужбовців, 1 військовий не пам'ятає, та решта 15 військових не мали контузії.
Скільки минуло часу після критичного інциденту	Більшість військовослужбовців – 14 осіб не мали критичного інциденту.

	Решта розподілилась наступним чином: 1 місяць – 1 особа, 2 місяці – 1 особа, 4 місяці – 1 особа, 5 місяців – 1 особа, 6 місяців – 1 військовий, 7 місяців – 1 військовий, та 2 роки – 1 військовий.
Чи був у вас досвід перебування в полоні	Усі одностайно відповіли «ні».

Ми ретельно та відповідально підійшли до організації нашого дослідження. Дослідження проходило в три етапи:

1 етап – підготовчий. На цьому етапі ми займалися підбором методик, друкування та роздрукуванням бланків, пошуком місця проведення дослідження, знайомство з персоналом та колективом місця проведення дослідження, та безпосередньо знайомство з військовими учасниками дослідження.

2 етап – основний. На даному етапі ми займалися безпосереднім проведенням дослідження.

3 етап – заключний. На цьому етапі ми ретельно вивчали отримані результати дослідження, аналізували їх, описували та зображували графічно.

Для нашого дослідження були підібрані наступні методики:

1. ОС ПТСР О.А. Блінова (військовий варіант).
2. ОБСБ О.А. Блінова.
3. Методика самооцінка психічних станів Г. Айзенка.

Для нашого дослідження ми обрали саме ці методики через, по-перше, їх легкість та простоту виконання й обробки отриманих результатів; по-друге, через невелику кількість питань, тому, що військовослужбовці не можуть присвятити весь день дослідженню, та і це не ефективно, навантажувати респондента методиками де 100 чи більше питань. По-третє, дані методики зрозумілі респондентам з будь-якою освітою, а в нашому випадку, коли

приймають участь поранені військові, хоч і вже проходять реабілітацію, але все одно, небажано навантажувати нервову систему.

Ознайомимося з обраними нами методиками.

1. ОС ПТСР О.А. Блінова (військовий варіант).

Даний опитувальник містить 7 питань, розроблених для визначення ознак ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів за діагностичними критеріями DSM-IV (PTSD CheckList – Military Version (PCL-M)).

Військовослужбовцям надають список відчуттів та станів, які вони можуть відчувати чи відчували при виконанні служби. Респондентам варто уважно прочитати ствердження та відповісти «так» чи «ні».

Якщо виявляють три позитивні відповіді у респондента, то варто додатково провести дообстеження, на предмет можливого ПТСР.

Якщо ж виявляють 4 та більше позитивних відповіді, це вказує на наявність ПТСР. Детальніше, див. дод. А.

2. ОБСБ О.А. Блінова.

Мета методики – визначити бойовий стрес у військовослужбовців.

Оцінювання бойового стресу відбувається за трьома рівнями:

- 1 рівень – бойовий стрес низької інтенсивності;
- 2 рівень – середня інтенсивність;
- 3 рівень – висока інтенсивність.

Питання методики поділені на субшкали:

Субшкала № 1 – діагностує гострі стресові розлади, та посттравматичні стресові розлади. Має 7 питань.

Субшкала № 2 – розкриває спроможність військового долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях. Також 7 питань.

Субшкала № 3 – визначає вплив стрес-факторів безпосередньо на особистість військового. Має 5 питань.

Субшкала № 4 – визначає вплив стрес-факторів опосередковано на особистість військовослужбовця. Має також 5 питань. Детальніше див. дод. Б.

3. Методика самооцінка психічних станів Г. Айзенка.

За допомогою даної методики, можна визначити як оцінюють у себе особистості психічні стани. А саме такі, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Ці стани є важливими елементами для визначення загальних адаптативних можливостей людини. Методика налічує 40 стверджень, які включають опис різних психічних станів. Якщо респондентам цей стан часто притаманний, ставиться 2 бала, якщо цей стан буває рідко, то ставиться 1 бал, якщо ж зовсім не підходить - 0 балів. Анкета складається із 4 блоків, кожен з яких відповідає певним станам: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності. Деталі див. додаток В.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Ознайомимося ретельніше з отриманими результатами нашого дослідження.

Першими будуть висвітлені результати за методикою ОС ПТСР О.А. Блінова.

За допомогою даної методики нам вдалося встановити, що серед 100% респондентів, виключно у всіх є ознаки ПТСР. Однак у 67,3% військовослужбовців, які відмітили 2 і більше позитивних відповідей, отримані результати вказують на високі показники ПТСР та необхідність допомоги спеціаліста, решта військових 32,7% які вказали лише негативні відповіді, отримані результати демонструють нам необхідність додаткового до обстеження (див. рис. 2.1.).

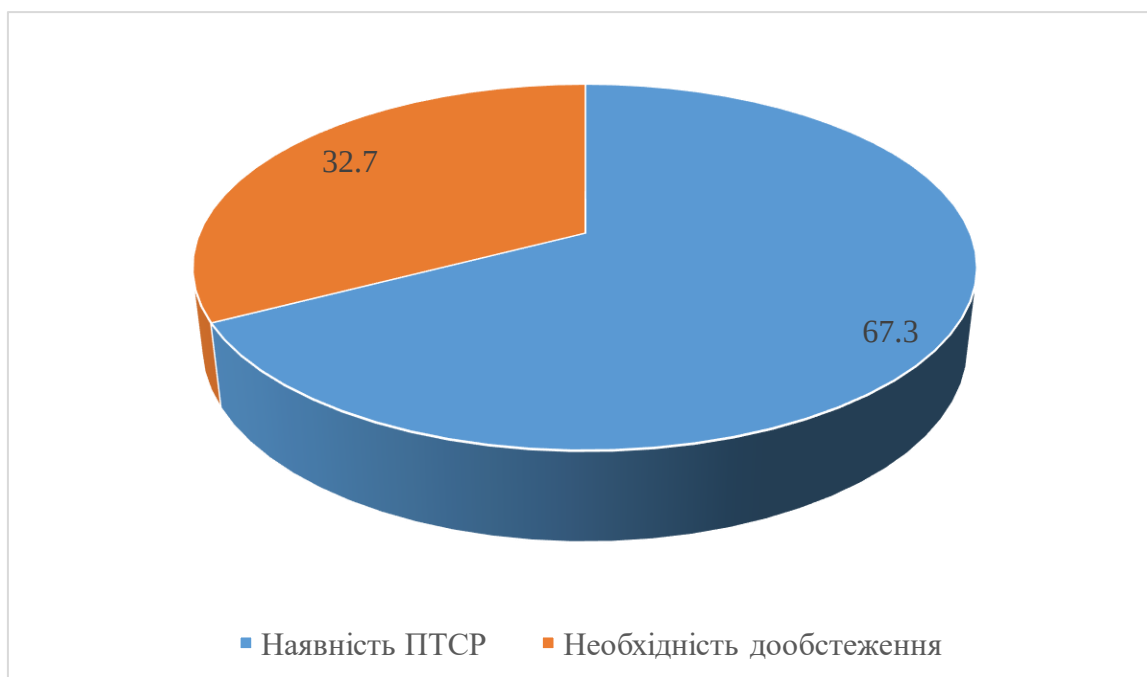


Рис. 2.1. Результати респондентів за методикою ОС ПТСР

Як бачимо із зображених результатів, усі військовослужбовці мають виражені симптоми ПТСР, що вказує на необхідність надання кваліфікованої допомоги психолога. Однак були виявлені респонденти, які потребують додаткового обстеження, аби здобути чіткі результати.

Наступним етапом нашого дослідження, була методика ОБСБ О.А. Блінова. Отримані результати демонструють нам наступне, первинні результати, з підрахунком інтегральним показником див. табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Інтегральні показники респондентів

Номер учасника	Розрахунок інтегрального показника $\sum$ загальн. : 24 =
1	4,208333
2	2,125
3	1,833333
4	2,416667
5	2,416667
6	3,125
7	3,25
8	2,208333
9	1,875
10	2,708333

11	3,583333
12	3,125
13	3,458333
14	2,75
15	2,5
16	1,875
17	3,083333
18	3,791667
19	2,291667
20	2,583333
21	2,333333

Отже, отримані результати свідчать нам про наступне: бойовий стрес низької інтенсивності продемонстрували 63% військовослужбовців. У цих військових в ситуації бойового стресу відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму. Військові знаходяться в стані напруженості і настороженості. Організм ніби готується до наступної стадії, військовий може відчувати піднесений настрій, поведінка залишається незмінна. Бойовий стрес середньої інтенсивності був виявлений у 32% військовослужбовців. На цій стадії військовий може збалансовано витратити адаптаційні ресурси, іншими словами це період опору. Військовослужбовець, який знаходиться на даній стадії, вже пристосувався до подій, які відбуваються навколо нього та з ним. Поводить себе цілком стерпно, без душевного підйому, який притаманний першій стадії. Може відчуватися втома. Бойовий стрес високої інтенсивності був виявлений у 5% військовослужбовців. Це свого роду кінцева стадія, яка характеризується цілковитим виснаженням, втратою енергії, зламаним фізіологічним та психологічним захистом. На цій стадії військовослужбовець вже не може захищатися чи чинити супротив, він потребує негайної допомоги (див. рис. 2.2.).

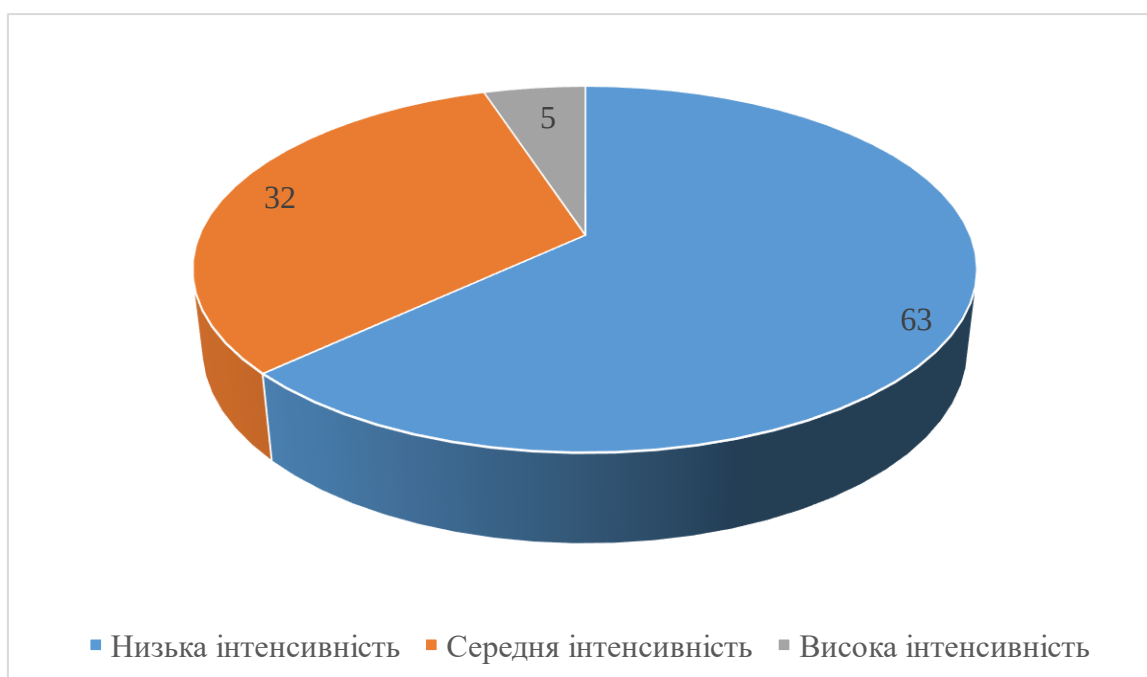


Рис. 2.2. Інтенсивність бойового стресу респондентів

Далі ми ознайомимося з результатами респондентів за останньою методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Отримані результати ми проаналізували та зобразили окремо за кожним психічним станом, який досліджували у респондентів. Отже, результати діагностики з виявлення особистої тривожності показали, що: у 28% респондентів переважає низький рівень тривожності, середній рівень виявлений у 19% учасників, та високий рівень тривожності був виявлений у 60% опитуваних. Звісно, ситуація в Україні не сприяє зниженню тривожності у населення, тим паче військовослужбовці, які постійно перебувають в жорстких, небезпечних умовах, та ще мають виконувати свій військовий обов'язок, приймати рішення (див. рис. 2.3.).

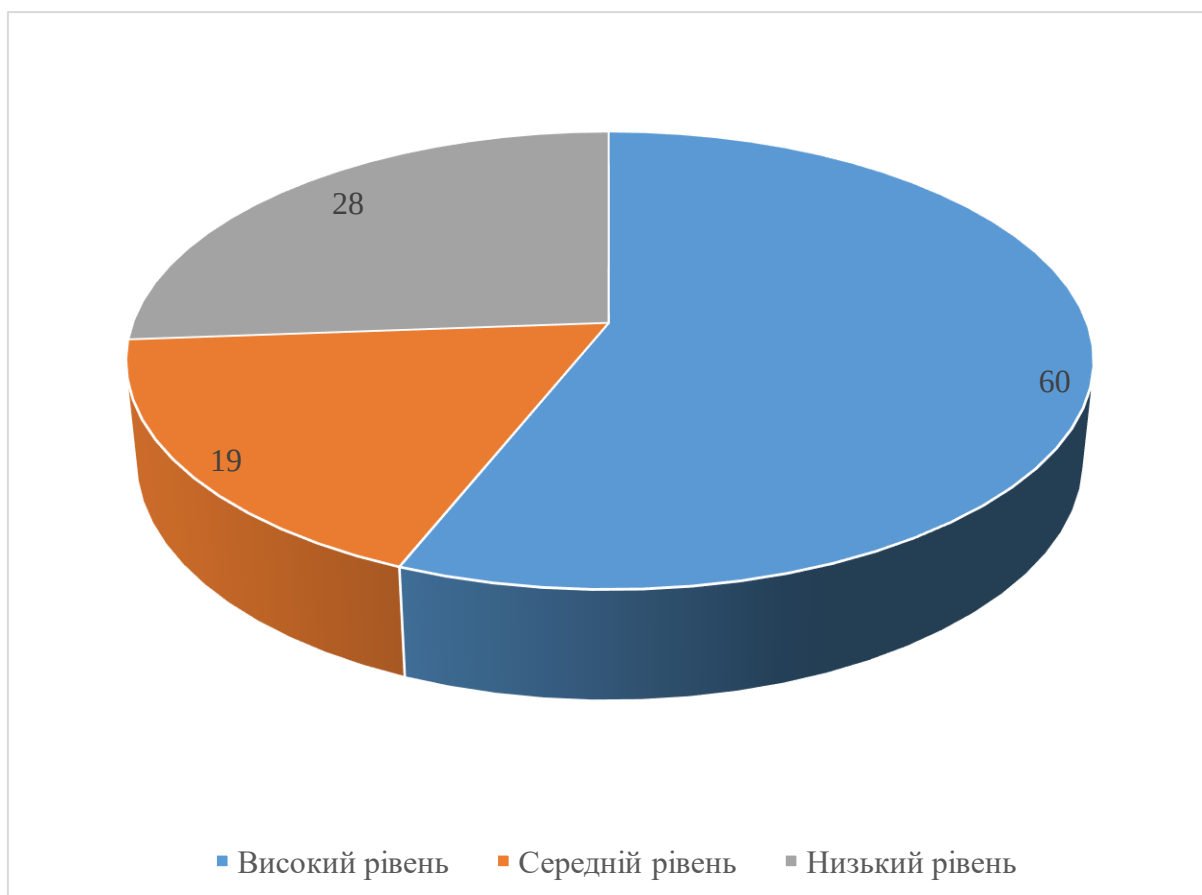


Рис. 2.3. Рівень тривожності у респондент

Рівень фрустрації (див. рис. 2.4.).

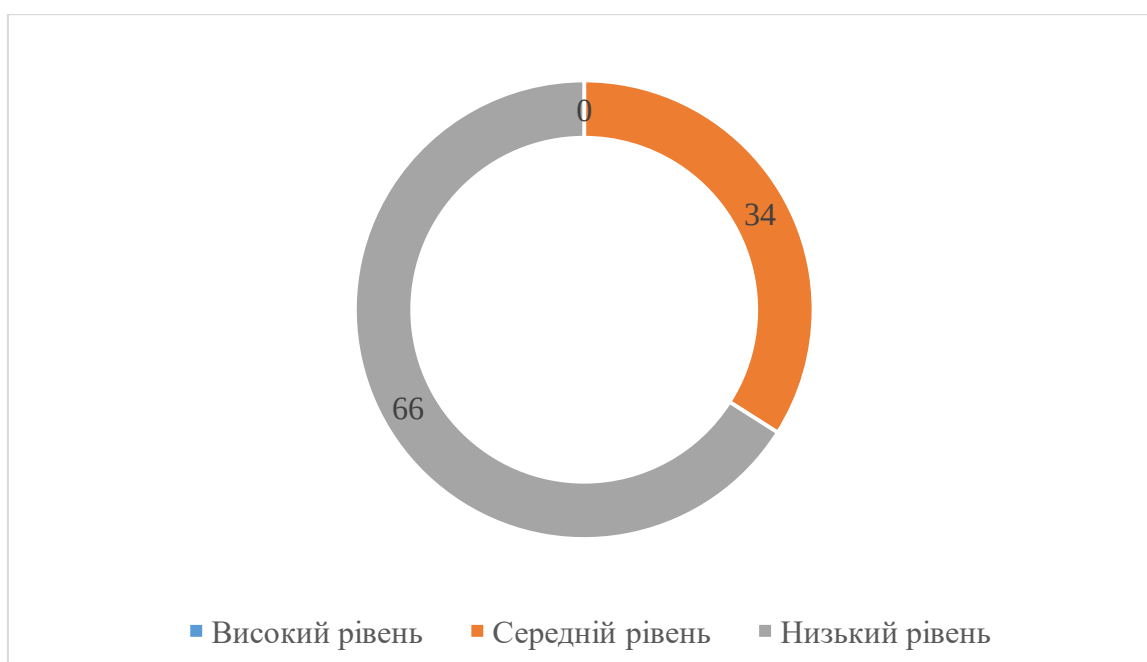


Рис. 2.4. Рівень фрустрації військовослужбовців

Це свідчить про те, що респонденти або не мають навичок ефективно справлятися з фрустраційними життєвими обставинами, або володіють такими навичками, але, на жаль, не в повному обсязі.

Згідно з дослідженнями Г. Айзенка, рівень агресивності виявився наступним: 47% учасників мають низький рівень, 33% - середній, а 20% - високий рівень агресивності. Ці результати свідчать про те, що більшість респондентів знаходяться в межах норми. Проте показники середнього рівня вказують на необхідність незначної корекційної роботи, спрямованої на зниження агресивності. Респондентам із високим рівнем агресивності потрібна кваліфікована допомога спеціалістів (див. рис. 2.5.).

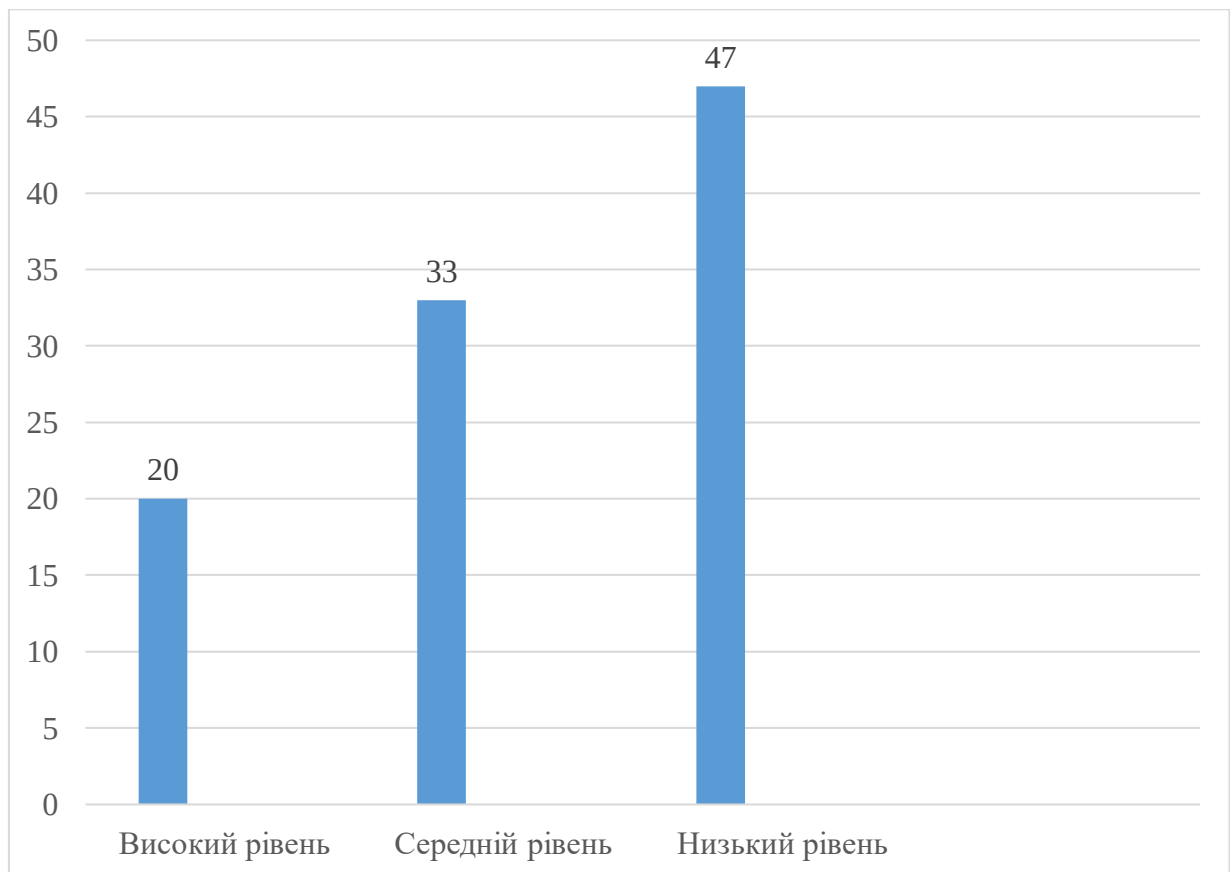


Рис. 2.5. Рівень агресивності учасників

Високий рівень ригідності був виявлений у 5% учасників, що вказує на гостру необхідність кваліфікаційної допомоги. Ці військовослужбовці не мають захисних механізмів та не можуть опанувати себе в ситуаціях бойового стресу, та до змін у ситуації. Середній рівень ригідності був виявлений у 45%

респондентів, такі показники вказують на наявність труднощів у адаптації своєї поведінки до змін у ситуації. Низький рівень ригідності продемонстрували 50% військовослужбовців, що характеризує їх, як осіб які легко переключаються з однієї діяльності на іншу і швидко адаптуються до змінних умов (див. рис. 2.6.).

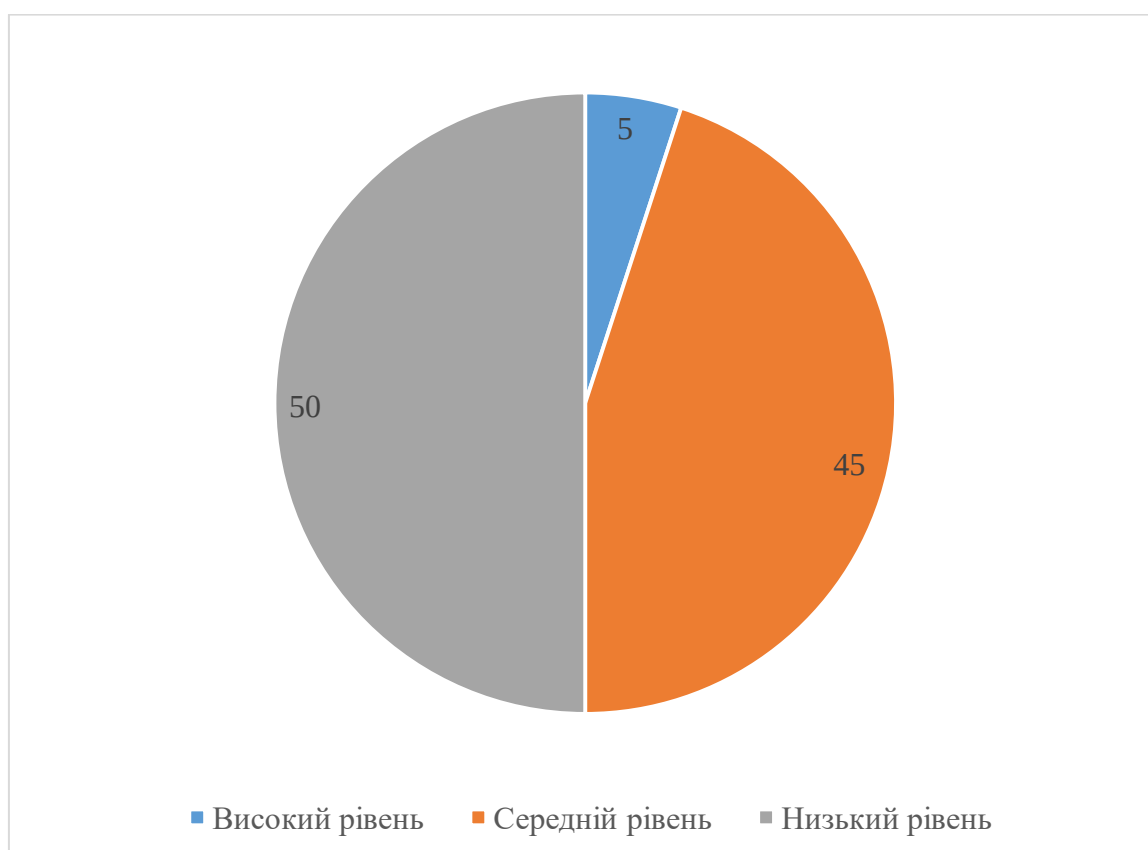


Рис. 2.6. Ригідність респондентів за Г. Айзенком

Узагальнюючі результати за методикою Г. Айзенка (див. рис. 2.7.).

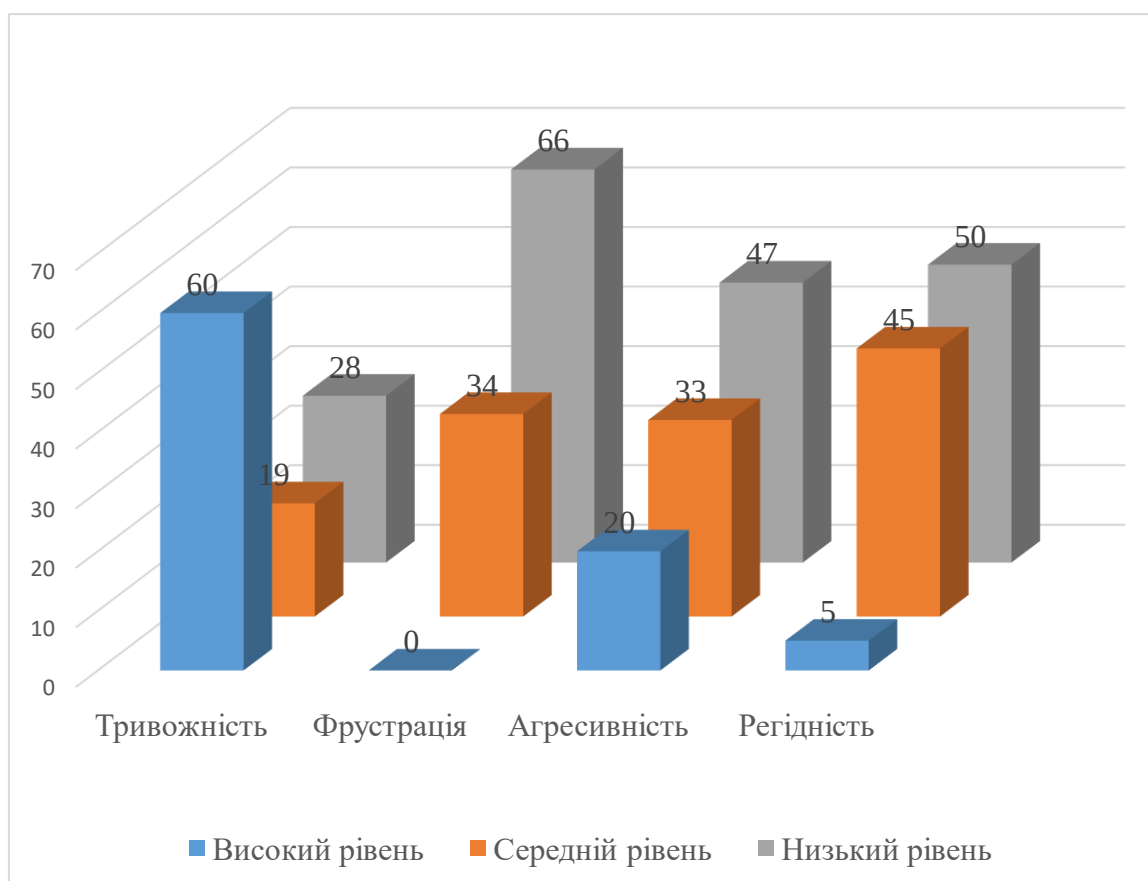


Рис. 2.7. Узагальнюючі результати за методикою Г. Айзенка

За результатами проведеного нами дослідження ми встановили, що у більшості військовослужбовців були виявлені ознаки ПТСР. Звісно були й ті, які потребували додаткового обстеження.

За допомогою методики ОБСБ нами було визначено, що у більшості учасників дослідження стресові розлади або відсутні, чи мають слабкі прояви. Їм властива висока спроможність в подоланні стресу. Стрес-фактори або взагалі не впливають, або мають дуже малий вплив. Їм притаманне збалансоване витрачання адаптаційних резервів, підтримка існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптації можливостей.

Менша кількість військовослужбовців яка потребує негайної кваліфікованої допомоги. Ці учасники продемонстрували високі показники, які вказують на наявність гострих проявів стресового розладу чи ПТСР. Їм присутні низькі показники, що доводить, що у них низький рівень спроможності в подоланні стресу на когнітивному, афективному,

поведінковому рівнях. Стрес-фактори мають високий вплив на особистість військовослужбовця. Також відсутні захисні механізми в стресових ситуаціях.

Дослідження психічних станів військовослужбовців допомогло нам з'ясувати, що у більшості респондентів тривожність на високому рівні, що веде до погіршення самопочуття. Фрустрація у більшості на низькому рівні; агресивність у меншості представлена на високому рівні, у більшості переважає низький та середній рівні. Ригідність переважає на низькому та середньому рівнях, що свідчить про легкість перебудови з однієї діяльності на іншу, на відміну від показників високого рівня.

Висновок до розділу 2

Таким чином, за результатами проведеного нами дослідження, можна підсумувати, що у кожного військовослужбовця присутні різного роду проблеми психологічного плану, але це й не дивно, враховуючи те, що їм доводиться робити, бачити. Нами було визначено, що кожному військовослужбовцю присутні нейротизм, висока тривожність, агресивність, ригідність. Наявність ПТСР була виявлена у третини, саме ці респонденти потребують кваліфікованої, невідкладної допомоги. Саме у цих військовослужбовців високі стрес-фактори, низький рівень спроможності в подоланні стресу, та відсутні захисні механізми.

Нами вдалося визначити, що у більшості респондентів тривожність на високому рівні, що веде до погіршення самопочуття. Фрустрація у більшості на низькому рівні; агресивність у меншості представлена на високому рівні, у більшості переважає низький та середній рівні. Ригідність переважає на низькому та середньому рівнях, що свідчить про легкість перебудови з однієї діяльності на іншу, на відміну від показників високого рівня.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Психологічний інструментарій активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів

Психологічна робота, безпосередньо у пунктах підготовки до бойових дій, покладена на штатного психолога, однак і командири підрозділів, частин мають також розуміти та проводити профілактичну роботу серед особового складу.

Саме на офіцерів покладена відповідальність за благополучне функціонування військових, обов'язок своєчасно інформувати психолога, медичну частину про помічені несприятливі зміни, тривожні тенденції, щоденне відстеження та аналіз психологічного благополуччя військовослужбовців. Адже саме офіцер знаходиться поряд з особовим складом як в частині, так і в зоні бойових дій.

Основними напрямками роботи психолога з військовослужбовцями з симптомами ПТСР є:

1. Інтеграція внутрішнього світу.
2. Залучення напрацьованих під час бойових дій поведінкових програм в контексті соціально-прийнятних видів діяльності. Реалізуючи дану стратегію варто використовувати техніки поетапного розгортання навичок поведінки, які вже склалися, усвідомлюючи сигнали, які запускають неадекватні реакції. Може бути запропонований самостійний аналіз професіограм особливих екстремальних професій, де дані навички розглядаються як професійно важливі.
3. Відновлення цілісності, гармонійності когнітивної моделі світу, усвідомлення військовим травматичного досвіду щирих причин та значення

травматичної події з точки зору звичного життя, що дозволяє переоцінити минулий досвід. В якості методів, які дозволяють здійснити цю стратегію, можуть застосовуватися техніки раціональної терапії, гештальттерапії.

4. Пошук та відновлення ресурсів. Психологи можуть використовувати різні техніки саморегуляції, ресурсного трансу, а також залучення людини у зовнішню діяльність, яка сама по собі створює передумови системи регуляції, так як в процесі витрачання ресурсів паралельно виробляється механізм їх поповнення.

В роботі з подолання наслідків ПТСР застосовують різноманітні методи та технології. В кожному конкретному випадку методи підбираються залежно від стану людини та вирішуваних в процесі соціально-психологічної адаптації завдань.

Для надання психологічної допомоги військовослужбовцям з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) найбільш ефективними є методи когнітивно-поведінкової та особисто орієнтованої психотерапії, які можуть проводитися як в індивідуальному, так і в груповому форматах.

Раціональна психотерапія базується на зрозумілому тлумаченні характеру та причин виникнення травматичного стресу через логічне переконання та навчання ефективному мисленню. Основна мета психотерапевтичної роботи полягає в поясненні військовим природи, причин і механізмів негативних наслідків ПТСР, з тим щоб допомогти їм усвідомити, що ці стани є нормальними та природними реакціями на ненормальні обставини.

Раціональна психотерапія – це метод, що ґрунтується на здатності людини здійснювати аналіз, робити висновки та обґрунтовувати їх. За допомогою цього підходу психотерапевт працює над викривленими уявленнями військовослужбовців, які можуть викликати додаткові емоційні стреси. Основні напрямки впливу включають: зняття невизначеності, корекцію суперечностей і непослідовностей у їхніх переконаннях, а також

навчання правильному мисленню. Раціональна психотерапія здійснюється у формі бесід з військовослужбовцями, які зазнали бойового стресу.

Під час бесіди вирішуються наступні психокорекційні завдання:

1. Повіdomляють військовослужбовцю про те, що з ним відбувається, розкривають сутність даного виду психічної травми, механізм її дії. При цьому головним є роз'яснення того, що цей розлад – не унікальний, а широко розповсюджене явище.

2. Переконавання учаснику бойових дій у можливості та неминучості успішного подолання несприятливої ситуації яка виникла та повного одужання.

3. Демонстрація прикладів вольової поведінки побратимів подібній ситуації.

4. Підкріплення продуктивних думок та висловлювань військовослужбовців.

5. Роз'яснення згубності безвольної поведінки, самопідпорядкування хворобі.

Засобами психологічного впливу в даному випадку виступають:

- Переконавання;
- Роз'яснення;
- Відволічення;
- Погодження;
- Авторитет;
- Престиж.

Важливою характеристикою цього виду психотерапії є його директивність та коротка тривалість сеансів. У контексті війни ця особливість набуває особливого значення.

Якщо потрібно внести ще зміни або уточнення, дай знати! Зміна неправильних уявлень військового досягається конкретними методичними прийомами (пояснення, роз'яснення, переконавання, переорієнтація та ін.), які побудовані на логічній аргументації, що є суттєвою якістю раціональної

терапії. Значну роль в ефективності аргументації психотерапевта, спростуванні неправильних доводів військового, спонуканні його до формулювання нових висновків може зіграти методика сократівського діалогу. Сократівський діалог – метод раціональної терапії, який має на меті корекцію непослідовних, бездоказових, які протиставляють суджень військовослужбовця, які відбуваються ґрунтуючись на переконанні засобами логічної аргументації.

Під час бесіди психотерапевт ставить питання військовослужбовцю таким чином, щоб той надавав лише позитивні відповіді, на основі чого військовий підводиться до прийняття суджень, яке на початку бесіди не приймалося, було незрозумілим чи невідомим.

Ефективність раціональної психотерапії значною мірою залежить від врахування індивідуальних установок та можливостей пацієнта, а також від послідовної і систематичної роботи з ним.

При розвитку депресії, яка є реакцією на психотравмуючий стрес, найбільш ефективними вважаються методи, що ґрунтуються на когнітивній психотерапії. Основна концепція цих методів полягає в тому, що нормальні реакції залежать від когнітивних процесів, які дозволяють людям адекватно сприймати навколишню дійсність. При дестабілізації психічного стану ця здатність порушується, що призводить до виникнення когнітивних помилок. У реальному житті це може проявлятися в так званому «тунельному баченні», яке призводить до негативної самооцінки, песимістичного сприйняття оточення і майбутнього. Людина починає діяти на основі жорстко визначених ірраціональних установок.

Отже, основна психокорекційна стратегія спрямована на допомогу людині в пошуку та виявленні дезадаптивних переконань, з подальшим переосмисленням і заміною їх на більш адаптивні. Одним із найефективніших методів є виокремлення прихованого сенсу дезадаптивного переконання, що дозволяє людині усвідомити алогічність та ірраціональність негативної установки в її мисленні.

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ) Альберта Елліса є одним із методів когнітивної психотерапії, що ґрунтується на твердженні, що основний вплив на емоційні реакції здійснюють не самі події, а система переконань і уявлень особи. Основне завдання РЕТ полягає в тому, щоб допомогти людині оскаржити свої ірраціональні переконання, змінити їх та сформувати нову життєву філософію, звільнившись від самозвинувачення. Раціональні уявлення – це думки, які сприяють переживанню адекватних емоцій та відповідній поведінці. Вони бувають двох видів:

1. Когнітивні розмірковування про те, що відбувається в житті людини.
2. Висловлюють бажання та переваги людини.

Ірраціональні уявлення – думки, які сприяють формуванню неадекватних почуттів та невідповідної поведінки. Вони бувають трьох видів:

1. Категоричний підсумок.
2. Категоричне оціночне ствердження.
3. Категорична вимога.

Військові, які пережили ПТСР, можуть жорстко дотримуватися своїх ірраціональних уявлень, вважаючи, що їхнє життя повинно залишатися таким же, як раніше, а оточуючі мають їх підтримувати та проявляти співчуття. Коли реальність не відповідає цим очікуванням, психотравмована людина відчуває тривогу, депресію, а також може відчувати гнів, самопереживання і ненависть до себе.

Завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти людині усвідомити свої ірраціональні переконання та змінити їх. Раціонально-емоційна терапія (РЕТ) виходить із того, що в стані паніки чи депресії люди можуть подолати руйнівні емоції та почати жити більш щасливо та спокійно, змінивши своє сприйняття ситуацій.

РЕТ є методом психотерапії, який базується на раціональному логічному переконанні клієнта в можливості змінити ставлення до «безвихідних» ситуацій, переходячи від ірраціональних установок до раціональних. Робота психолога будується з урахуванням схеми А, В, С і має кілька етапів.

Перший етап - кларифікація параметрів події (А), що включає прояснення тих аспектів, які найбільше емоційно вплинули на клієнта та викликали у нього неадекватні реакції.

Другий етап - ідентифікація наслідків (С), особливо афективного впливу подій. На цьому етапі проводиться робота з ірраціональними установками, що проявляються через слова, які відображають високий ступінь емоційного залучення військового. Ці слова часто містять обов'язкові приписи та глобальні оцінки особи, об'єкта або події.

Відповідно до видів ірраціональних уявлень А. Елліс виділив чотири найбільш розповсюджених групи ірраціональних установок, які створюють проблеми:

- Катастрофічні установки;
- Установки обов'язкового зобов'язання;
- Установки обов'язкової реалізації своїх потреб;
- Глобальні оцінні установки.

Мета етапу досягнута коли в проблемній галузі виявлені ірраціональні установки.

Третій етап – реконструкція ірраціональних установок. Реконструкція відбувається на одному з трьох рівнів: когнітивному, уявному або поведінковому. Під час роботи на рівні уяви військовослужбовець занурюється в психотравмуючі ситуації. Він має глибоко відчувати первісну емоцію або уявити цю ситуацію з позитивним емоційним забарвленням. Цей процес повторюється до тих пір, поки інтенсивність відчуттів не зменшиться.

Четвертий етап – закріплення адаптивної поведінки через домашні завдання, які військовослужбовець виконує самостійно. Методи поведінкової психотерапії спрямовані на формування у військових адаптивних навичок та звичок, що допомагають впоратися з психотравмуючими ситуаціями. Найбільш ефективні з них:

- Для купірування симптомів стресу – метод систематичної десенсибілізації;

- Метод іммерсії;
- Метод парадоксальної інтенції;
- Метод десенситизації рухами очей;
- 6-ти кроковий рефреймінг.

Метод систематичної десенсибілізації базується на поведінковому принципі протиобумовлення. Цей принцип стверджує, що особа може подолати дезадаптивну поведінку, спричинену певною ситуацією або об'єктом, шляхом поступового наближення до страхогенних ситуацій. При цьому важливо поєднувати ці ситуації з відчуттям релаксації, що допомагає знизити тривогу. Страх і тривога можуть бути зменшені, якщо в один і той же час представлені стимулі, що викликають страх, і антагоністичні до нього стимули, такі як релаксація. Суть цього методу полягає в тому, що у людини, яка перебуває в стані глибокої релаксації, викликаються уявлення про ситуації, що спричиняють страх. Далі, за допомогою ще більш глибокої релаксації, вона може зменшити тривогу, що виникає.

У цьому процесі розглядаються різноманітні ситуації - від простих до складних, що викликають найбільший страх. Процедура завершується, коли найсильніший стимул перестає викликати у людини страх.

Виділяють три етапи цієї процедури:

1. Опанування методики м'язової релаксації (за Джекобсоном);
2. Формування ієрархії ситуацій, які спричиняють страх;
3. Власне десенсибілізація.

На даному етапі обговорюється методика зворотного зв'язку – інформування людиною психолога про наявність чи відсутність у неї страху в момент уявлення ситуації.

Для корекції страху, поряд із методикою систематичної десенсибілізації, використовується метод «іммерсії». Цей підхід в поведінковій психотерапії передбачає демонстрацію пацієнту об'єктів страху без попереднього розслаблення, проте в присутності психотерапевта. Основна техніка полягає в систематичній експозиції об'єкта страху. До імерсивних методик також

належить «парадоксальна інтенція», розроблена В. Франклом, що полягає в усвідомленому переживанні страху з почуттям гумору. Цей метод особливо ефективний при фобіях, коли пацієнт боїться повторення симптомів. На відміну від систематичної десенсибілізації, методи іммерсії та парадоксальної інтенції не вимагають стану релаксації, тому їх можна застосовувати для роботи з психічними травмами малої інтенсивності та невротичними страхами. Особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса.

Основною метою даного виду психотерапії є зміна ставлення військового до факту наявності у його житті психотравмуючої ситуації.

Типові стратегії психотерапевтичної допомоги включають такі взаємопов'язані аспекти:

1. Військовий звертається за підтримкою, усвідомлено прийнявши це рішення. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб допомогти військовому усвідомити свою незалежність у виборі та взяти на себе відповідальність за вирішення своїх проблем. Психотерапевт має показати, що клієнт повинен самотійно створити умови для розв'язання своїх труднощів.

2. Психотерапевт заохочує вільне вираження почуттів, пов'язаних із проблемою. Це досягається через дружнє, відкрите та зацікавлене ставлення.

3. Психотерапевт ідентифікує, приймає та прояснює негативні емоції. Він реагує не на слова військового, а на ті почуття, що стоять за ними. Основне завдання полягає в тому, щоб своїми словами та діями створити середовище, в якому людина може усвідомити свої негативні емоції та прийняти їх як частину себе, а не проектувати на інших чи приховувати за допомогою захисних механізмів.

4. Після того, як клієнт висловлює негативні емоції, спостерігається нерішучий прояв позитивних імпульсів, які сприяють розвитку самосвідомості. Чим глибше і яскравіше виражені негативні почуття, тим вищою є ймовірність появи позитивних емоцій, таких як любов, самоповага, прагнення і зрілість.

5. Психолог визнає і приймає позитивні емоції, які висловлює клієнт, але при цьому не виявляє ні погодження, ні схвалення. Ці емоції сприймаються як складова особистості нарівні з негативними проявами.

6. Після прояснення проблем клієнтом, психотерапевт допомагає йому прояснити можливість вибору, постаратися зробити усвідомленим почуття страху та недолік мужності рухатися далі, які на даний момент відчуває людина.

Групова психотерапія вважається одним з основних методів психологічної підтримки для людей, які пережили психотравмуючий стрес. Цей підхід може включати велику кількість учасників і поступово активувати здорові захисні механізми. Групова психотерапія сприяє полегшенню симптомів, зміні позицій окремих учасників та зміцненню їх почуття приналежності до групи через внутрішні взаємодії та емоційні реакції.

Основна мета групової психотерапії – допомога вербалізувати свої почуття, навчити особистість розуміти свої емоції та легше з ними справлятися.

Ефективність групової психотерапії забезпечується трьома факторами:

- Розвитком позитивних стосунків між психологом та учасниками;
- Вільним виразом почуттів;
- Можливістю більш детального аналізу психологічних проблем.

Для надання психологічної підтримки військовим, які пережили психотравмуючий стрес, отримали популярність «Рар» групи. «Рар» група є формою групової психотерапії для тих, хто зазнав психотравмуючого стресу.

Виділяють три рівні розвитку групи:

1. Інформаційні групи мають на меті поступово залучати людей до обговорення їх психологічних проблем і інформувати про можливі наслідки психотравмуючих ситуацій. У таких групах можна вирішувати питання, пов'язані з подоланням нав'язливих спогадів, горя та депресії, страхів, соціальної ізоляції, а також сприяти підвищенню самоконтролю та активності у спілкуванні.

2. Спонукальні групи мають на меті створення умов для аналізу минулого психотравмуючого досвіду та його співвідношення з актуальним життям. До цієї групи можуть приєднуватися люди з різними травматичними переживаннями, щоб розширити спектр обговорюваних психологічних проблем, поглибити довіру до інших та відкритість у взаєминах. Це також допомагає усвідомити свій негативний Я-образ, сприяє процесу самопізнання та покращує комунікативні навички.

Групи, орієнтовані на тривалий термін, мають основну мету – взаємну підтримку. У них обговорюються психологічні проблеми, і можуть брати участь також люди без психотравмуючого досвіду. Таке поступове розширення складу учасників допомагає створити умови, близькі до реального оточення, в якому перебуває особа з травматичним досвідом. Завданням є досягнення більш глибоких особистісних змін.

Найпоширенішою і найчастіше використовуваною формою групової раціональної терапії є психологічний дебрифінг, що передбачає організоване обговорення стресу, який військові пережили спільно під час виконання бойових завдань.

Метою дебрифінга ставиться мінімізація та купірування психічних страждань військовослужбовців.

Завданнями групового обговорення стресу є:

- Пропрацювання вражень, реакцій та почуттів;
- Формування у учасників групової роботи розуміння сутності подій, які відбулися та психотравмуючого досвіду;
- Зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями;
- Мобілізація внутрішніх ресурсів, групової підтримки, солідарності та розуміння;
- Зниження індивідуального та групового напруження;
- Підготовка до переживання тих симптомів та реакцій, які можуть виникнути в майбутньому.

Дебрифінг організовується для груп до 15 військовослужбовців, які разом пережили психотравмуючу подію, протягом 48 годин після її завершення.

Група проходить через 5-7 стадій під час своєї роботи.

1. Ввідна фаза – знайомство учасників, пояснення цілей, завдань та правил групового обговорення, а також створення атмосфери психологічної безпеки і комфорту.

2. Фаза «факти» – учасники діляться своїми спостереженнями та діями під час бою, формуючи загальну картину подій. На цій стадії недоречні висловлювання емоцій і оцінок.

3. Фаза «думки, емоції, почуття» – перехід від опису фактів до обговорення внутрішніх психологічних реакцій військовослужбовців. Враження, емоційні реакції та імпульсивні дії учасників стають спільним надбанням групи.

4. Фаза «симптоми» – обговорюються емоційні, фізіологічні та поведінкові реакції, пов'язані з посттравматичним стресом, а також зміни в самоусвідомленні та самооцінці. Ознайомлення з симптомами допомагає учасникам зрозуміти, що їхні переживання не є унікальними.

5. Фаза «інформування» – пояснюється психологічна природа постстресових розладів як «нормальних реакцій на ненормальні умови бою» та шляхи подолання негативних наслідків бойового стресу.

6. Фаза «закриття минулого» – підсумок пережитого досвіду. Визначаються стратегії для подолання наслідків бойового стресу та ситуації, коли учаснику потрібна додаткова психологічна підтримка.

Під час проведення дебрифінгу необхідно дотримуватися правил групової роботи:

- Участь на добровільних засадах;
- Забезпечення конфіденційності;
- Уникнення взаємних оцінок;
- Відсутність критики та недоброзичливості;

- Безперервна робота з можливістю виходу учасників за потреби;
- Свобода ставити будь-які запитання;
- Попередження учасників про можливість повторного переживання негативних емоцій та важливість цього для пошуку шляхів їх подолання;
- Обговорення лише власних переживань, а не реакцій інших.

Дебрифінг сприяє кращому розумінню природи травматичного стресу, його симптомів і дозволяє освоїти ефективні способи їх подолання, а також запобігти виникненню відстрочених негативних наслідків.

Отже, для того щоб досягти «ціннісного» ставлення суспільства до ветеранів бойових дій, необхідно створити відповідну систему психологічної реабілітації, яка включатиме комплексну психологічну допомогу в тісній взаємодії з медичною, професійною та соціальною реабілітацією.

3.2. Корекційно-розвивальна програма активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій

Проблема психологічної реабілітації учасників бойових дій після пережиття травматичних подій є одним із пріоритетних напрямів сучасної військової та медичної психології. Дослідження показують, що у значної частини ветеранів зберігаються прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР): підвищена тривожність, емоційна нестабільність, порушення сну, відчуття провини та соціальної ізоляції. Усе це свідчить про необхідність цілеспрямованої корекційно-розвивальної роботи, спрямованої не лише на зменшення симптоматики, а й на активізацію внутрішніх ресурсів подолання.

Основою для розроблення програми виступає ресурсно-орієнтований підхід, що розглядає людину не як пасивного об'єкта терапевтичного впливу, а як активного суб'єкта, здатного до самоцілення, саморозвитку та посттравматичного зростання. Цей підхід інтегрує ідеї гуманістичної (К. Роджерс, А. Маслоу), когнітивно-біхевіоральної (А. Бек, Е. Фoa),

екзистенційної (В. Франкл) та позитивної психології (М. Селігман, К. Петерсон).

Метою корекційно-розвивальної програми є активізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів учасників бойових дій для подолання посттравматичних наслідків, підвищення адаптаційного потенціалу та формування стійких копінг-стратегій.

Основні завдання програми полягають у:

- розвитку навичок саморегуляції та усвідомленого керування емоціями;
- формуванні позитивної «Я-концепції» та самоєфективності;
- переосмисленні травматичного досвіду і відновленні смислової цілісності;
- розширенні соціальних контактів та підтримці групової згуртованості;
- інтеграції духовно-ціннісних аспектів у процес самовідновлення.

Розроблена програма ґрунтується на таких принципах:

1. Принцип суб'єктності - учасник виступає активним творцем власного досвіду, а не пасивним реципієнтом допомоги.
2. Принцип інтегративності - поєднання когнітивних, емоційних, поведінкових і тілесно-орієнтованих методик.
3. Принцип поетапності - поступовий перехід від стабілізації емоційного стану до глибинного опрацювання травми і смислового відновлення.
4. Принцип безпеки та довіри - створення підтримувального терапевтичного середовища.
5. Принцип ресурсної актуалізації - зосередженість на сильних сторонах особистості, а не на дефіцитах.

Програма реалізується у груповій та індивідуальній формах і складається з трьох основних етапів:

1. Стабілізаційно-діагностичний (1–3 заняття) – створення атмосфери довіри, зниження емоційної напруги, первинна діагностика рівня ПТСР і ресурсних характеристик.

2. Ресурсно-активізуючий (4–10 заняття) – розвиток емоційної регуляції, самоефективності, соціальної взаємодії, формування адаптивних копінг-стратегій.

3. Інтеграційно-смісловий (11–15 заняття) – переосмислення травматичного досвіду, актуалізація духовно-ціннісних орієнтирів, формування позитивного життєвого плану.

Змістове наповнення корекційно-розвивальної програми визначається принципом комплексності та багатовимірності травматичного досвіду. У ній поєднано елементи когнітивно-біхевіоральної терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик, психодрами, технік майндфулнес і наративного підходу.

Структура та зміст корекційно-розвивальної програми активізації ресурсів подолання ПТСР див. табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Структура та зміст корекційно-розвивальної програми

Етап	Назва блоку/заняття	Мета	Основні методи і техніки	Очікуванні результати
1. Стабілізаційно - діагностичний етап	1. Знайомство та створення безпечного простору	Формування довіри, зниження напруги, визначення очікувань	Групова дискусія, вправа «Моє ім'я в історії», техніка «контейнер безпеки»	Емоційна стабілізація, формування групової згуртованості
	2. Самодеагностика ресурсів	Усвідомлення власних ресурсів та труднощів	Тестування (PCL-5, шкала самоефективності і Шварцера),	Первинна оцінка рівня ресурсності

			вправа «мої сили»	
2. Ресурсно-активізуючий етап	3. Емоційна саморегуляція	Навчання розпізнаванню й управлінню емоціями	Дихальні вправи, техніка «заземлення», арт-терапія «мій емоційний пейзаж»	Зниження тривоги, розвиток усвідомленості і
	4. Відновлення самоефективності і	Формування відчуття контролю і впевненості	Когнітивна реструктуризація, вправа «колесо можливостей»	Підвищення впевненості у власних силах
	5. Робота з травматичними спогадами	Безпечне опрацювання болючих переживань	Наративна техніка «моя історія сили», елементи психодрами	Зниження інтенсивності флешбеків, емоційне розвантаження
	6. Соціальні ресурси та підтримка	Розвиток навичок взаємодії, прийняття допомоги	Групові дискусії, техніка «коло підтримки»	Підвищення соціальної інтеграції
	7. Пошук життєвих сенсів	Переосмислення травми, формування ціннісної системи	Екзистенційне інтерв'ю, вправа «дерево мого життя»	Формування життєвого сенсу, духовна інтеграція
3. Інтеграційно-смісловий етап	8. Планування майбутнього	Розроблення стратегії самореалізації після травми	Техніка «мій життєвий шлях», SMART-планування	Створення позитивної перспективи
	9. Закріплення досягнень	Підбиття підсумків,	Вправа «лист собі в	Інтеграція отриманого

		аналіз особистісних змін	майбутнє», обговорення досвіду	досвіду, підвищення мотивації до розвитку
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	--

Ефективність програми передбачається оцінювати за кількома напрямками:

1. Емоційно-регулятивний компонент: зниження рівня тривожності, дратівливості, емоційної напруги; покращення сну, зменшення проявів гіперактивації.

2. Когнітивно-смісловий компонент: формування позитивних переконань, когнітивна переоцінка травматичних подій, розвиток усвідомлення особистісних ресурсів.

3. Особистісно-соціальний компонент: підвищення самоефективності, соціальної включеності, розвитку довіри, покращення міжособистісних стосунків.

4. Духовно-ціннісний компонент: відновлення життєвого сенсу, прийняття власного досвіду, формування позиції «життєстійкої особистості».

Позитивна динаміка передбачається у вигляді зниження балів за шкалами ПТСР (PCL-5), підвищення показників самоефективності (за шкалою Шварцера), зростання рівня позитивного афекту та загального психологічного благополуччя (за шкалою Ryff).

Розроблена програма має подвійне значення - корекційне та розвивальне. З одного боку, вона спрямована на редукцію симптомів ПТСР, а з іншого - на формування нових моделей поведінки, смислів і життєвих стратегій. Її використання дає змогу:

- підвищити ефективність психологічної реабілітації ветеранів;
- запобігти хронізації посттравматичних розладів;
- забезпечити довготривалу соціальну адаптацію;
- створити умови для особистісного зростання і самореалізації.

Програма може бути впроваджена у практику центрів психологічної допомоги ветеранам, військових шпиталів, громадських організацій, що працюють із поствоєнною адаптацією.

Висновки до розділу 3

Нами був окреслений психологічний інструментарій активізації ресурсів подолання посттравматичного стресового розладу. Ми детально розписали можливості психотерапії, корекційної роботи з військовослужбовцями, найбільш успішні та ефективні методи роботи, форми та алгоритм дії в різних формах роботи з військовослужбовцями.

Корекційно-розвивальна програма активізації ресурсів подолання ПТСР є ефективним інструментом психологічної допомоги учасникам бойових дій, який забезпечує гармонійне поєднання терапевтичного й реабілітаційного впливу.

Програма сприяє розвитку стресостійкості, емоційної саморегуляції, самоєфективності, соціальної підтримки та смислової інтеграції — ключових чинників посттравматичного відновлення.

Ресурсно-орієнтований підхід, покладений в її основу, забезпечує позитивну динаміку не лише в напрямі зменшення симптомів ПТСР, а й у формуванні психологічного благополуччя, життєстійкості та посттравматичного зростання.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів теоретичного обґрунтування та дослідження активізації ресурсів подолання посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій дає підстави зробити такі висновки:

1. Здійснений аналіз психологічних і соціальних джерел підтвердив важливість і актуальність обраної нами теми. Узагальнення наукових поглядів на проблему дозволило відзначити, що посттравматичний стресовий розлад – це відкладена чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно погрожуючого чи катастрофічного характеру, які можуть викликати дистрес практично у будь-якої людини.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ПТСР - це відстрочена або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка спричиняє глибокі переживання страху, безпорадності чи жаху. Такі події можуть бути пов'язані з бойовими діями, природними катастрофами, терористичними актами, фізичним або сексуальним насильством, аваріями тощо. У цілому, посттравматичний стресовий розлад постає як комплексна форма психологічної дезорганізації, що охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості, суттєво ускладнює адаптацію до реальності й обмежує можливості самореалізації.

2. Систематизація й узагальнення наукових доробок дали підстави уточнити, що ПТСР у учасників бойових дій – серйозна проблема. Він займає одне з провідних положень у сучасній психології та вимагає уважного вивчення та корекції наслідків. Концепція відкладених реакцій на ПТСР лежить в основі сучасних підходів до вивчення психологічних наслідків озброєних конфліктів. Психологічні наслідки бойових дій можуть проявитися не одразу після повернення до мирних умов, а через деякий час.

На активність військовослужбовців у бойовій обстановці впливають стресові фактори підвищеної інтенсивності. Залежно від тривалості їх впливу

та їх травматичності в психічній діяльності людини можуть відбуватися зміни, зниження ефективності життєдіяльності вже в мирних умовах. ПТСР впливає як на психологічний, так і на фізіологічний рівень.

Слід розуміти, що ПТСР виникає, коли екстремальні ситуації в професійній діяльності, які переживає військовослужбовець, мають велике значення в системі ставлення особистості до дійсності. У формуванні посттравматичного стресового розладу більше значення має тип першої травми.

3. Узагальнення наукових поглядів дали змогу встановити, що ресурси подолання посттравматичних стресових розладів є системою внутрішніх і зовнішніх потенціалів, які забезпечують адаптацію особистості до наслідків травматичного досвіду. Для учасників бойових дій ключовими ресурсами виступають самоефективність, соціальна підтримка, емоційна регуляція та смислове переосмислення пережитого.

Розвиток і підтримка цих ресурсів можливі через поєднання індивідуальної психотерапії, групових програм, соціально-реабілітаційних заходів і духовно-ціннісного відновлення. Формування ресурсного підходу до подолання ПТСР сприяє не лише відновленню психологічного благополуччя ветеранів, а й їх посттравматичному зростанню та активній соціальній інтеграції.

4. Проведене нами дослідження допомогло визначити наступне: у більшості військовослужбовців були виявлені ознаки ПТСР. Звісно були й ті, які потребували додаткового обстеження.

За допомогою методики ОБСБ нами було визначено, що у більшості учасників дослідження стресові розлади або відсутні, чи мають слабкі прояви. Їм властива висока спроможність в подоланні стресу. Стрес-фактори або взагалі не впливають, або мають дуже малий вплив. Їм притаманне збалансоване витрачання адаптаційних резервів, підтримка існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптації можливостей.

Менша кількість військовослужбовців яка потребує негайної кваліфікованої допомоги. Ці учасники продемонстрували високі показники, які вказують на наявність гострих проявів стресового розладу чи ПТСР. Їм присутні низькі показники, що доводить, що у них низький рівень спроможності в подоланні стресу на когнітивному, афективному, поведінковому рівнях. Стрес-фактори мають високий вплив на особистість військовослужбовця. Також відсутні захисні механізми в стресових ситуаціях.

Дослідження психічних станів військовослужбовців допомогло нам з'ясувати, що у більшості респондентів тривожність на високому рівні, що веде до погіршення самопочуття. Фрустрація у більшості на низькому рівні; агресивність у меншості представлена на високому рівні, у більшості переважає низький та середній рівні. Ригідність переважає на низькому та середньому рівнях, що свідчить про легкість перебудови з однієї діяльності на іншу, на відміну від показників високого рівня.

5. Окреслений нами психологічний інструментарій активізації ресурсів подолання посттравматичного стресового розладу допоміг розкрити сучасні методи та техніки роботи в даному напрямку. Ми детально розписали можливості психотерапії, корекційної роботи з військовослужбовцями, найбільш успішні та ефективні методи роботи, форми та алгоритм дії в різних формах роботи з військовослужбовцями.

Корекційно-розвивальна програма активізації ресурсів подолання ПТСР є ефективним інструментом психологічної допомоги учасникам бойових дій, який забезпечує гармонійне поєднання терапевтичного й реабілітаційного впливу.

Програма сприяє розвитку стресостійкості, емоційної саморегуляції, самоєфективності, соціальної підтримки та смислової інтеграції — ключових чинників посттравматичного відновлення.

Ресурсно-орієнтований підхід, покладений в її основу, забезпечує позитивну динаміку не лише в напрямі зменшення симптомів ПТСР, а й у

формуванні психологічного благополуччя, життєстійкості та посттравматичного зростання.

Проведене дослідження, звісно, не вичерпує всіх питань активізації ресурсів подолання посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій та відкриває перспективу для подальшого їх вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Дикун В. Г., Чорний В. С. Морально-психологічне забезпечення у збройних силах України: підруч. : у 2 ч. Ч. I. / ред. В. В. Стасюк. 2-ге вид. Бровари : ТОВ “7БЦ” 2020. 754 с.
2. Агаєв Н. А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікація, визначення, ідентифікація. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. 2016. № 2 (4). С. 5–23.
3. Агаєв Н.А., Кокун 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.
4. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
5. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2015. № 1 (32). С. 5–10.
6. Анатомо-фізіологічні основи нервової системи: методичні рекомендації до проведення практичних занять та виконання самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 «Психологія» / Укладачі В.А.Дуфинець, І.І. Штих. Мукачево: МДУ, 2021. 33 с.
7. Антонік І. П., Антонік В. І. Фізіологічні дослідження нервових процесів та вищої нервової діяльності. Кривий Ріг: ВД Суха Балка, 2006. 126с

8. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник. за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.

9. Блінов О.А., Вернік О.Л. Встановлення проявів ознак посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. К.: КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. С. 33-35.

10. Блінов О.А. Організаційно-методичні рекомендації управління бойовим стресом військовослужбовців. *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри: матеріали міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 31 травня – 1 червня 2018 року)*. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія»; Фенікс, 2018. С. 37-41.

11. Блінов О.А. Особливості прояву бойового стресу в поранених комбатантів та шляхи корекції його наслідків. Філософськосоціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (Київ, 7 червня 2018 р.) Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. К.: НУОУ, 2018. С. 33-36.

12. Блінов О. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника обсб. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 5–18.

13. Блінов О. Психологія бойового стресу : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. Київ, 2020. 660 с.

14. Бойовий та оперативний стрес у військово-професійній діяльності офіцерів-лідерів : збірник матеріалів науково-практичного семінару (м. Київ, 27 квітня 2023 р.). Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2023. 149 с.

15. Бондарев Г., Круть П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків : нац. ун-т внутр. справ, 2020. 272 с.

16. Васильєва Г. В., Колеснік Н. В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок птср. *Габітус*. 2021. № 30. С. 65–69.
17. Взаємозв'язок особистісних рис з копінг-стратегіями в учасників операції об'єднаних сил / М. Yarmolchuk та ін. *Journal of scientific papers "social development and security"*. 2021. Т. 11, № 4. С. 140–148.
18. Галич М., Галич Я. Детермінанти появи й особливості виявів психічних поведінкових порушень в умовах воєнного стану. *Юридична психологія*. 2023. Vol. 32, no. 1. Р. 51–59.
19. Гаркуша І. В., Кайко В. І. Детермінанти стійкості військових ЗСУ до бойового стресу. *Bulletin of alfred nobel university. series "pedagogy and psychology"*. 2019. Т. 1, № 17. С. 61–68.
20. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Інформаційний портал MozOk.ua URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS> (дата звернення: 31.08.2024).
21. Грицевич Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Ткачук П. П. Соціально-психологічні технології управління військовими колективами: навч.-метод. посіб. Львів: НАСВ, 2018. 256 с
22. Дегтяренко Т. В., Бринза І. В. Методологія єдності психологічного і психофізіологічного підходів в оцінці індивідуально-типологічних особливостей людини. *Психофізіологія та медична психологія*. 2023. № 48. С. 185–193.
23. Дегтяренко Т. В., Пікалова Т. А. Співставлення основних властивостей нервової системи з показниками нейротизму у студентів-першокурсників. *Актуальні проблеми психології особистості : теорія, досвід, практика : Матеріали Всеукр. науково-практ. конф., м. Одеса, 28–29 квіт. 2022 р. / ред. О. П. Саннікова; ПНПУ імені К. Д. Ушинського, каф. загальної та диференціальної психології соціально-гуманітарного факультету*. Одеса, 2022. С. 106–112.

24. Дегтяренко Т. Психофізіологія індивідуальних відмінностей. історичні концепції. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2020. № 3. С. 64–73.
25. Дикун В. Г., Мороз В. М., Стасюк В. В. Методологічні дослідження морально-психологічного стану особового складу військ: навч.-метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 383 с.
26. Дослідження психології ортобіозу людини : колект. монографія / наук. ред Проф Н. В. Родіна. Київ : Ліра-К, 2021. 234 с.
27. Дягтяренко Т., Орлик Н., Костюк О. Психофізіологія індивідуальних відмінностей. *Історичні концепції. Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2020. № 3. С. 64–73.
28. Жигайло Н., Матеюк О. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія: психологічні науки*. 2022. № 13. С. 64–70.
29. Зв'язок індивідуально-типологічних особливостей з адаптацією до умов служби військовослужбовців Повітряних Сил Збройних Сил України / М. Yarmolchuk та ін. *Journal of scientific papers "social development and security"*. 2022. Т. 12, № 4. С. 85–94.
30. Здоровець О. М. Методи саморегуляції поведінки в стресових ситуаціях. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. 2019. Вип. № 3 (41), спецвип. С. 130–131.
31. Іванова Н., Андрусишин Ю. Психологічні детермінанти стресостійкості військовослужбовців в умовах впливу психотравмуючих чинників. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. С. 72–78.
32. Іонов І.А. Фізіологія вищої нервової діяльності. навчальний посібник І.А Іонов. Т.Є Комісов. А.В Мамотенко. С.О Шаповалов. Сукач О.М. Теремецька Н.Ф. Катеринич О.О. ФОП Петров В.В. Х.: 2017. 143 с.

33. Кириченко А. В. Модель психологічної готовності військовослужбовця десантно-штурмових військ до діяльності в бойових умовах. *Габітус*. 2022. № 38. С. 59–63.
34. Ключко А., Семенець-Орлова І. Бойовий стрес як детермінанта порушень ментального здоров'я в умовах війни. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 1 (15). Р. 91–95.
35. Ковешніков В.Г., Сікора В.З., Пикалюк В.С. та ін. Нервова система. Органи чуття: навч. посіб. / За заг. ред. В.З. Сікори. Суми : СумДУ, 2010. 110 с.
36. Когут О. О. Детермінанти стресостійкості особистості. *Psychological gornal*. 2021. Т. 7, № 5(49). С. 120–128.
37. Когут О. О. Психологія стресостійкості особистості : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07. Переяслав, 2021. 47 с.
38. Когут О. Матриця розвитку стресостійкості особистості. *Наукові записки національного університету «Острозька академія»: серія психологія*. 2021. Vol. 1. Р. 108–113.
39. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
40. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ – Одеса: Фенікс, 2022. 88 с.
41. Кононова М., Кучма Т. Сутність стресу як психологічної категорії. *Молодий вчений*. 2020. № 1 (89). С. 28–32.
42. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції: монографія / К. О. Кравченко, О. В. Тімченко, Ю. М. Широбоков. Харків.: НУЦЗУ, ФОЛ Мезіна В. В., 2017. 186 с.

43. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія В. М. Крайнюк. К.: Ніка-Центр, 2017. 432 с.
44. Кумар В., Аббас А. К., Астер Дж. К. Основи патології за Роббінсоном : пер. 10 англ. вид.: у 2 т. Т. 2 / наук ред. пер. І. Сорокіна: С. Гичка, І. Давиденко. Київ: ВСВ "Медицина", 2020. 532 с.
45. Лефтеров В. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. *Психологія і суспільство*. 2012, № 2. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/24813>
46. Малхазов О. Р. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 215 с.
47. Матейко Н. Особливості стресу та емоційного вигорання в умовах бойових дій. *Grundlagen der modernen wissenschaftlichen forschung*. 2021. С.32-35.
48. Михайлишин У., Нестерова І. Вплив темпераменту на стресостійкість у юнацькому віці. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 2(58). С. 137–159.
49. Мотиваційні ресурси стресостійкості військовослужбовців підрозділів Національної гвардії України з конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних: монографія. Н.В. Юр'єва, В.І. Пасічник Х.: Національна академія НГУ, 2017. 226 с.
50. Неурова А., Ромашин А. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями. Київ, 2023. 335 с.
51. Неурова А. Б. Емпіричне дослідження особливостей психологічної стійкості військовослужбовців учасників операції Об'єднаних сил. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон, 2019. Вип. 4. С. 23-29.
52. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців збройних сил України – учасників бойових дій. *Медсестринство*. 2021. № 4. С. 23–26.

53. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник О.М. Кокурн, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

54. Павленко Г. Особливості прояву особистісних диспозиції в суб'єктивних та об'єктивних умовах невизначеності життя. *Paradigmatic view on the concept of world science*. 2020. С.56-59.

55. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 68 с.

56. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. Київ, Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 13*. 2015. С. 198-207.

57. Посттравматичний стресовий розлад, метаболічний синдром і вегетативна нервова система / В. А. Сергієнко та ін. *Ендокринологія*. 2023. Т. 28, № 4. С. 377–392.

58. Потапчук, Є. М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців : дис... д-ра психол. наук: 19.00.09 / Потапчук Євген Михайлович ; Національна академія держ. прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2004. 429 с.

59. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Сучасний стан розвитку екстремальної та кризової психології: IV Міжнародна науково-практична конференція*. Х.: НУЦЗУ, 2017.

60. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). 2020. 91 с.

61. Психологічні засади ефективності службово-бойової діяльності військовослужбовців військової служби за контрактом внутрішніх військ МВС України : монографія / Я. В. Мацегора, В. І. Воробйова, І. І. Приходько та ін. Х. : Акад. ВВ МВС України, 2013. 326 с.

62. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія / М. С. Корольчук, В. М. Корольчук, А.І. Кулаженко та ін. К. : КНТЕУ, 2014. 275 с.

63. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

64. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчальнометодичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія» Укл.: Ложкін Г.В., Блохіна І.О. К. : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.

65. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 236 с.

66. Пузирьов Є., Ізвєков В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. сер. психологія*. 2023. № 1. С. 203–209.

67. Радченко О. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Здоров'я України.. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я - Health-ua. URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin> (дата звернення: 31.08.2024).

68. Самойленко О.О. Формування психологічної готовності мобілізованих військовослужбовців-прикордонників до ведення бойових дій: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Нац. акад. ДПСУ ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2018. 310 с

69. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчальнометод. посіб. для студентів 4 курсу мед. ф-тів. Запоріжжя, 2017. 72 с.

70. Тютюнник Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Т. 55, № 2. С. 106–115.

71. Genetics of psycho-emotional well-being: genome-wide association study and polygenic risk score analysis / A. Y. Yakovchik et al. *Frontiers in psychiatry*. 2024. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1188427>
72. Individual stress response patterns: preliminary findings and possible implications / R. Jacoby et al. *Plos one*. 2021. Vol. 16, no. 8. P. e0255889.
73. Kardiner, A. *The traumatic Neurosis of War*. N.Y.: Heber, 1941.– P. 86-89.
74. Kardiner, A. Spiegel H. *War Stress and Neurotic lines*. N.Y., 1947. P. 325-330.
75. Lee R. S. The physiology of stress and the human body's response to stress. *Epigenetics of stress and stress disorders*. 2022. P. 1–18.
76. Liberati A. S., Perrotta G. Neuroanatomical and functional correlates in post-traumatic stress disorder: a narrative review. *Ibrain*. 2024.
77. Nervous and endocrine system dysfunction in posttraumatic stress disorder: an overview and consideration of sex as a biological variable / A. V. Seligowski et al. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*. 2020. Vol. 5, no. 4. P. 381–391.
78. Schneider M., Schwerdtfeger A. Autonomic dysfunction in posttraumatic stress disorder indexed by heart rate variability: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2020. Vol. 50, no. 12. P. 1937–1948.

ДОДАТОК

Додаток А

ОС ПТСР О.А. Блінова

№	Запитання	Відповіді
1	Ваша діяльність проходила в умовах загрози для життя?	Так
		Ні
2	Ви швидко реагуєте на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого?	Так
		Ні
3	Ви відчуваєте відчуженість до інших людей?	Так
		Ні
4	Вам достатньо невеликої дрібниці щоб почати гніватися?	Так
		Ні
5	Ви намагаєтеся уникати спогадів про травматичні події?	Так
		Ні
6	Ви відчуваєте провину за деякі речі що робили раніше?	Так
		Ні
7	Ви маєте проблеми зі сном?	Так
		Ні

Обробка результатів.

3 позитивні відповіді потребують поглибленого обстеження військовослужбовця на предмет можливого ПТСР.

4 і більше позитивних відповідей – вказують на наявність ПТСР.

При роботі з опитувальником респондента просять відповідати «так», якщо він згоден із заданим йому запитанням і відповідати «ні», якщо він не згоден. Далі підраховується кількість питань на які були дані позитивні відповіді.

Додаток Б**ОБСБ О.А. Блінова**

Оцінка бойового стресу (в балах) здійснюється за трьома рівнями, а саме:

1. Бойовий стрес низької інтенсивності. Вважається таким, коли отримуються результати від 1,0 до 2,66 бала (самий високий рівень адаптованості військовослужбовця до дії стрес-факторів).

2. Бойовий стрес середньої інтенсивності. Результат – від 2,66 до 3,91 бала (середній рівень адаптованості).

3. Бойовий стрес високої інтенсивності. Результат від 3,91 до 5,0 балів (самий низький рівень адаптованості до дії бойових стресорів).

Розподіл питань опитувальника здійснюється наступним чином.

Субшкала № 1. Призначена для діагностики гострих стресових розладів (ГСР) і посттравматичних стресових розладів (ПТСР); використовуються питання за № 1, 5, 9, 13, 17, 21, 23 (разом 7 питань). Відповіді, які отримали високу оцінку за цією субшкалою (5 балів) вказують на ймовірність наявності ГСР або ПТСР (залежно від часу з моменту критичного інциденту).

Субшкала № 2. Представлена ресурсним блоком (РБ). Сукупність питань, які розкривають спроможність військовослужбовця долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях. Питання за № 2 характеризує рівень віри людини. Питання за № 6 характеризує спроможність респондента використовувати афективні та емоційні методи. Питання за № 10 характеризує соціальність (спілкування) людини. Питання за № 14 характеризує уяву респондента. Питання за № 18 характеризує когніції (переконання, розсудливість) спроможність людини використовувати свої ресурси. Питання за № 22 і № 24 надають характеристику фізичної активності респондента. Всього разом 7 питань.

Питання субшкали № 2 у порівнянні з питаннями інших субшкал мають зворотній зміст. Чим вищий рівень ресурсу позитивної спрямованості позначається респондентом тим нижча повинна бути бальна оцінка.

Субшкала № 3. Для визначення впливу стрес-факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ) використовуються питання за № 3, 7, 11, 15, 19 (разом 5 питань).

Субшкала № 4. Для визначення впливу стрес-факторів, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФОЕВ) використовуються питання за № 4, 8, 12, 16, 20 (разом 5 питань). Питання за № 16, 20 розкривають вплив фізіологічного стану респондента на його самопочуття.

В опитувальнику надані три основні стадії розвитку стресу для поглибленого ознайомлення з отриманими результатами. Також пропонується ознайомитися з таблицею змін у психічних сферах особистості (дивись Таблицю А), а також визначити особливості проявів стресових розладів за часовими характеристиками (дивись Таблицю Б).

Перша стадія. Стрес низького рівня у військовослужбовців (від 1,0 до 2,66 бала). Це аларм-стадія, або «мобілізація по пожежній тривозі», коли відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму. На цій стадії людина знаходиться в стані напруженості і настороженості. Це, свого роду, підготовка до наступного етапу, тому іноді першу стадію називають «передстартовою готовністю». Триває від декількох годин до двох діб і включає дві фази: 1) фаза шоку – загальний розлад функцій організму внаслідок психічного потрясіння або фізичного пошкодження, у результаті бойової діяльності. 2) фаза «протишоку». При достатній силі стресора фаза шоку закінчується загибеллю організму, протягом перших годин або днів. Якщо адаптаційні можливості організму здатні протистояти стресору, то настає фаза протишоку, де відбувається мобілізація захисних реакцій організму. Фізично і психологічно людина почувається добре, перебуває в піднесеному настрої. Жоден організм не може постійно перебувати в стані тривоги. Якщо стресогенний фактор дуже сильний або продовжує свою дію, настає наступна стадія.

Друга стадія. Стрес середнього рівня (від 2,66 до 3,91 бала). Вона співвідноситься зі стадією резистентності (опору). Складається зі збалансованого витрачання адаптаційних резервів, підтримується існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних можливостей. Тривалість періоду опору залежить від вродженого потенціалу швидкої адаптації до умов життєдіяльності, стресостійкості людини і від сили діючих стрес-факторів. Відповідь організму залежить не тільки від дії подразника, в його якості може виступати будь-який предмет, явище або значима інформація, також грають важливу роль внутрішні і зовнішні умови життєдіяльності.

Людина розвиває оптимальну енергію, пристосовуючись до обставин, що змінюються. Почуває себе цілком стерпно, хоча вже без душевного підйому, характерного для першої фази. Людина ніби «впрацювалася» і готова до більш-менш тривалого зусилля з подолання труднощів. Однак іноді відчувається, що накопичилася втома. Якщо ж стресор продовжує діяти ще довше, настає третя стадія. Ця стадія призводить, або до стабілізації стану та одужання, або, якщо стресор продовжує діяти й надалі, змінюється останньою стадією – виснаження.

Третя стадія. Стрес високого рівня (від 3,91 до 5,0 балів). Співвідноситься зі стадією виснаження (утратою резистентності). На цій стадії енергія вичерпана, фізіологічний і психологічний захист виявляється зламаним. Існує невідповідність стресогенних впливів середовища і відповідей організму на його вимоги. Людина не має більше можливості захищатися. На відміну від першої стадії, коли стресовий стан організму веде до розкриття адаптаційних резервів і ресурсів стан третьої стадії більше схожий на «заклик про допомогу», яка може прийти тільки ззовні – або у вигляді підтримки, або у вигляді усунення стресора, що виснажує організм. Якщо на першій та другій стадії діагностуються деякі ознаки ГСР і ПТСР, то на третій стадії вони об'єднуються вже в цілісний комплекс (синдром).

Інструкція опитувальника бойового стресу Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими питаннями для відповідей. Виберіть такий варіант власної думки із запропонованої п'ятибальної шкали, що найбільш розкриває її зміст. В бланку відповідей в кожній колонці праворуч від порядкових номерів позначте вибрану вами цифру:

- 5 – абсолютно вірно;
- 4 – скоріше, вірно;
- 3 – частково вірно, частково невірно;
- 2 – скоріше, невірно;
- 1 – абсолютно невірно.

Текст опитувальника

1. Моя діяльність проходила в умовах загрози для життя.
2. У мене немає традицій і ритуалів, яких я люблю дотримуватися.
3. Несподіваність сприяє виникненню непередбачуваної поведінки.
4. Моя діяльність в умовах дефіциту часу приводила інколи до негативних наслідків.
5. Я швидко реаую на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого.
6. Я рідко відчуваю турботу близьких людей.
7. Нестандартний перебіг подій задає багато клопоту.
8. Підвищення мною темпу дій сприяє швидкому розвитку втоми.
9. Я намагаюся уникати спогадів про травматичні події.
10. Для мене не важлива взаємна допомога та підтримка.
11. Я втрачаю самовладання коли бачу невідповідальність посадових осіб.
12. Надлишок інформації ускладнює процес адаптації.
13. Я відчуваю провину за деякі вчинки, що робив раніше.
14. Імпровізація не моя стихія.
15. Згадка про діяльність в екстремальних умовах викликає у мене негативні емоції.

16. Виконання декількох справ одночасно підвищує ризик помилок в управлінні.

17. Інколи я відчуваю відчуженість до людей.

18. Для мене не важлива точна оцінка ситуації.

19. Буває, що я втомлююсь від служби.

20. Я вважаю, що недостатній рівень злагодженості колективу приводить до зайвих проблем.

21. Достатньо невеличкої дрібниці, щоб я почав гніватися.

22. Я не використовую фізичні, дихальні та м'язові практики у боротьбі зі стресом.

23. Я маю проблеми зі сном.

24. Для мене немає різниці між фізичною активністю і періодами відпочинку.

Порядок визначення бальної оцінки інтегрального показника бойового стресу здійснюється наступним чином. Спочатку підраховується загальна кількість балів за всі нараховані бали питань опитувальника. Потім підраховується їх середнє арифметичне значення. Отриманий результат заноситься в бланк відповідей.

Таблиця змін у психічних сферах особистості

Рівні стресу	Характеристика	Психічні сфери		
		Когнітивна	Афективна	Поведінкова
Низький	Розкриття адаптаційних ресурсів та резервів	Адекватне оцінювання обстановки	Здатність керувати своїми емоціями	Стан «стартової готовності» і початок наполегливої служби
Середній	Витрати ресурсів і резервів	Напружена робота свідомості з ознаками втоми у вигляді проблем з пам'яттю, швидкістю обробки інформації та ін.	Фіксуються окремі прояви неконтрольованих емоцій	Стабільність поведінки з ознаками легкої дратівливості, депресивності або агресивності

Високий	Потребує зовнішньої допомоги у вигляді підтримки або у формі усунення стресора, який виснажує організм	Ознаки професійного вигорання: - Психофізичні: відчуття втоми, часті головні болі без причини, повне або часткове безсоння та ін.; - Соціально-психологічні: байдужість, нудьга, пасивність та депресія, підвищена дратівливість, часті неврози та ін.; - Поведінкові: відчуття, що служба стає все важчою, а виконувати її – все важче; невіра в покращення, байдужість до результатів та ін.	Ознаки емоційного вигорання: - Фізичні: фізична втома, виснаження, безсоння, та ін.; - Емоційні: брак емоцій, песимізм, байдужість та ін.; - Поведінкові: байдужість до харчування; нещасні випадки – падіння, травми, аварії, тощо; - Інтелектуальні: зниження інтересу до альтернативних підходів у вирішенні проблем, апатія, втрата інтересу до життя та ін.; - Соціальні: низька соціальна активність, зниження інтересу до дозвілля та ін.	Вектор змін поведінки від глибокої депресії і загальмованості до ауто і зовнішньої агресії на оточуючих.
---------	--	---	---	--

Класифікація стресових розладів за часовими характеристиками

Гострий стресовий розлад	Діагностується в період від двох до одного місяця після травматичного інциденту
Посттравматичний стресовий розлад	Діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може

	тривати від кількох тижнів до 6-ти місяців або до кількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом.
--	---

Додаток В

**ОПИТУВАЛЬНИК «САМООЦІНКА СТАНІВ ТРИВОЖНОСТІ,
ФРУСТРАЦІЇ, АГРЕСИВНОСТІ ТА РИГІДНОСТІ» (адаптований
варіант методики Г. Айзенка) (Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., &
Зайчикова, Т.**

Загальна характеристика методики: Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Методика складається із 40 питань та спрямована на визначення рівня таких станів як тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності.

Інструкція для учасників опитування: Дайте, будь ласка, оцінку зазначених психічних станів, які можуть виникати у Вас під час конфліктної ситуації, та зробіть позначку у відповідній колонці таблиці бланка для відповідей. Спробуйте, будь ласка, бути відвертими, пам'ятаючи, що Ваша відповідь має відображати реальний, а не бажаний психічний стан. Обробка та інтерпретація результатів: Усі твердження, що входять до складу тесту й описують психологічні стани особистості, поділяються на чотири парні групи:

- перша група (питання №№ 1–10) – характеризують тривожність;
- друга група (№№ 11–20) – фрустрацію;
- третя група (№№ 21–30) – агресивність;
- четверта група (№№ 31–40) – ригідність. Відповіді респондентів, відповідно до визначеної групи, розподіляються за кожним психічним станом, після чого підраховується частота його виявлення у кожній групі.

Тривожність: 0–7 балів – Ви не тривожні. 8–14 балів – середня тривожність, рівень допустимий. 15–20 балів – Ви надто тривожні.

Фрустрація: 0–7 балів – Ви маєте високу самооцінку, стійкі до невдач і не боїтеся труднощів. 8–14 балів – середній рівень фрустрації. 15–20 балів – у Вас низька самооцінка, уникаєте труднощів, боїтеся невдач, остерігаєтеся конфліктів та гострих суперечок.

Агресивність: 0–7 балів – Ви спокійні й врівноважені. 8–14 балів – середній рівень агресивності. 15–20 балів – Ви агресивні, нестримані. Маєте труднощі в стосунках із людьми. Схильні до провокації конфліктів і конфліктних ситуацій.

Ригідність: 0–7 балів – ригідність відсутня. Вам властиві легкість і гнучкість у поведінкових реакціях і прийнятті рішень. 8–14 балів – середній рівень ригідності. 15–20 балів – сильно виражена ригідність. Вам протипоказані зміна робочого місця, а також зміни в житті, в стосунках з іншими людьми, оскільки це призводить до виникнення труднощів у спілкуванні, стресів, конфліктів, погіршення самопочуття.

Питання:

1. Не почуваюся впевненим
2. Нерідко червонію через дрібниці
3. Мій сон неспокійний
4. Легко впадаю в тугу
5. Турбуюся через неприємності, які існують поки що лише в моїй уяві
6. Мене лякають конфлікти
7. Люблю «порпатися» у власних недоліках
8. Мене легко переконати
9. Я самовразливий
10. Важко витримую час очікувань
11. Нерідко мені здається безвихідною ситуація, з якої насправді можна знайти вихід
12. Неприємності дуже мене засмучують
13. У разі великих неприємностей я схильний до самозвинувачувань
14. Нещастя й невдачі нічого мене не навчили
15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною
16. Я часто почуваюся беззахисним
17. Іноді я відчуваю відчай
18. Зазнаю почуття розгубленості перед труднощами

19. Іноді, у важкі хвилини, поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли

20. Вважаю недоліки власного характеру невинними

21. Залишаю за собою останнє слово

22. Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника

23. Мене легко розсердити

24. Полюблю робити зауваження

25. Прагну бути авторитетом для оточуючих

26. Не задовольняюся малим, хочу набагато більше

27. Коли розгніваюся, не вмію стримуватися

28. Люблю керувати, а не підпорядковуватися

29. Маю різку, грубувату жестикуляцію

30. Я мстивий

31. Мені важко змінювати звички

32. Важко переключаю увагу

33. Дуже насторожено ставлюся до всього нового

34. Мене важко переконати

35. Нерідко мене не залишають думки, яких варто було б позбутися

36. Важко сходжуся з людьми

37. Мене засмучує щонайменша зміна плану дій

38. Я неохоче йду на ризик

39. Гостро переживаю відхилення від установленого мною звичного режиму

40. Почуваюся на межі можливостей.