

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Навчально-науковий інститут управління, психології та безпеки
Кафедра загальної та соціальної психології

**ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ: МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ**

Кваліфікаційна робота
здобувачки вищої освіти
першого (бакалаврського) рівня
вищої освіти,
денної форми здобуття освіти,
спеціальності 053 Психологія
Наталія ОРИЩАК

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та
соціальної психології
Оксана ХРИСТУК

Рецензент:
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та
соціальної психології
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«___» _____ 2025 р., протокол №___
завідувач кафедри загальної та соціальної психології
доктор психологічних наук, професор
_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів 2025

АНОТАЦІЯ

Орищак Н. ПТСР у військових: методи діагностики, психотерапії та профілактики

Робота присвячена вивченню особливостей посттравматичного стресового розладу у військових з метою глибшого аналізу впливу травматичних подій на їхню психіку і емоційний стан. У даній кваліфікаційній роботі в теоретичній частині розглянуто та проаналізовано аспекти поняття ПТСР, зокрема з акцентом на симптоматиці, розглянуто вплив травми на емоційно-психологічний стан військових і оцінку тяжкості проявів, також про процес підтримки після травматичних подій та адаптації до мирного життя військовослужбовців. Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню де розглядаються взаємозв'язки симптомів посттравматичного стресового розладу з емоційним станом та оцінкою рівня стійкості до стресу військових. Таким чином, було виявлено, що залежно від рівня стійкості до стресу залежить процес відновлення після травматичної події для військовослужбовців .

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад(ПТСР), травматична подія, стрес.

Oryshchak N. PTSD in the military: methods of diagnosis, psychotherapy and prevention

The work is devoted to the study of the specifics of post-traumatic stress disorder in the military in order to analyze the impact of traumatic events on their psyche and emotional state in more depth. In the theoretical part of this qualification work, aspects of the concept of PTSD are reviewed and analyzed, in particular with a focus on symptoms, the impact of trauma on the emotional and psychological state of the military and the assessment of the severity of manifestations, as well as the process of support after traumatic events and adaptation to civilian life of military personnel. The second section is devoted to an empirical study that examines the relationship between the symptoms of post-traumatic stress disorder and the emotional state and assessment of the level of stress resistance of the military. Thus, it was found that the process of recovery from a traumatic event for military personnel depends on the level of stress resistance.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatic event, stress.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У ВІЙСЬКОВИХ.....	8
1.1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) військових у психологічній літературі.....	8
1.2. Методи діагностики та психотерапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових.....	14
1.3. Методи профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових.....	23
Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ.....	28
2.1. Опис вибірки та методик дослідження.....	28
2.2. Аналіз отриманих результатів описових підрахунків.....	32
2.3. Кореляційний аналіз даних.....	35
Висновки до другого розділу.....	41
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	50

ВСТУП

Актуальність теми: Ця тема є досить важливою на сьогоднішній час, так як багато військових зазнають бойового досвіду і багатьох інших стресових та травматичних ситуацій на цьому етапі життя, що може створити умови для формування симптомів посттравматичного стресового розладу.

Виконання бойових завдань може бути досвідом переживання травматичної події, що викликає підвищений рівень психофізіологічного стресу і веде за собою ряд наслідків.

На теперішній час в Україні збільшується кількість військовослужбовців, які пережили і переживають зараз травматичні події та стикаються з наслідками ПТСР.

Ці події викликають великий рівень стресу, який порушує звичний процес нервової системи, погіршення сну, викликає повторювані спогади та багато інших наслідків. Часто такі стани можуть переростати в хронічні і це може бути перешкодою звичній життєдіяльності військових, якщо не буде вдосконалюватися система професійної психологічної допомоги.

Психологічна допомога повинна бути спеціально адаптована до таких умов, які є у військовій службі, бо це має велике значення для підтримки ментального здоров'я та в подальшому ефективного лікування посттравматичних стресових розладів. Враховуючи таку специфіку військового досвіду, важливо інтегрувати не лише основні психотерапевтичні підходи, але й травматичні події, що пов'язані з бойовими завданнями.

Також, треба зауважити, що є і вторинні наслідки, які є часто присутні в сімейному житті і в соціумі для військових після травматичних подій. Тяжко є і членам сім'ї та родини, бо вони не знають і не вміють справлятися з їх відстороненістю, агресивністю, надмірною тривожністю і те, що вони часто перебувають в стані «бойової готовності» та не знають, як правильно їх підтримувати.

В час війни ПТСР є однією з найпоширеніших форм реакцій людини, яка перебувала в зоні бойових дій і зазнала травматичного досвіду. Фахівці з

психічного здоров'я мають надавати комплексну професійну психологічну допомогу військовим, що буде знижувати ризик суїцидальних форм поведінки військових.

Отже, можна дійти висновку, що дана проблема посттравматичного стресового розладу у військових є надзвичайно актуальною на сьогоднішній день вона потребує постійного наукового пошуку. Для ефективного лікування ПТСР потрібна професійна допомога фахівців, які надаватимуть потрібну підтримку, шукаючи індивідуальний підхід до кожного військового. І також важливо надавати психологічну підтримку сім'ям військовослужбовців, надавати психоедукацію щодо ефективного спілкування з військовими, як реагувати на їхні реакції при певних тригерах і як вірно їх вміти підтримувати.

Мета даної роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні посттравматичного стресового розладу у військових: методів діагностики, психотерапії і профілактики.

Для досягнення мети, було визначено наступні теоретичні та емпіричні **завдання** даного дослідження:

1. Вивчити теоретичні особливості прояву посттравматичного розладу у військових та впливу травматичної події на них.
2. Визначити ефективні методи діагностики ПТСР, психотерапевтичної підтримки, допомоги та профілактики.
3. Дослідити рівень стійкості до стресу у військовослужбовців і їхню здатність відновитися після травматичних подій з урахуванням проявів ПТСР.
4. Розглянути взаємозв'язок між симптомами проявлення посттравматичного стресового розладу та психоемоційними станами.

Об'єкт: Посттравматичні стресові стани у військових.

Предмет: Особливості методів діагностики, психотерапії та профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових.

Гіпотеза: можна припустити, що військові з високим рівнем стресостійкості мають менший шанс проявів важких симптомів ПТСР і їм легше

відновитися після травматичних подій, які вони зазнали ніж ті, що мають нижчий рівень стійкості до стресу.

Теоретична основа: теоретично-методологічні основи дослідження посттравматичного стресового розладу у військових спираються на підходи, теорії і напрямки психотерапії у вітчизняній і зарубіжній психології. Такі, як психофізіологічний підхід, який включає в себе методи релаксації та аутогенного тренування(Й. Шульц); теорії соціально-психологічної адаптації особистості до екстремальних умов де, також є пряма участь в бойових діях(Л. Філіпс, Ж. Піаже); трансперсональний підхід(К. Юнгом), який дозволяє більш глибоко обдумати внутрішній світ, через роботу з архетипами, символами і колективним несвідомим; клієнт-центрований підхід(А. Маслоу, К. Роджерс) і когнітивну психотерапію(А.Т. Беком, Ж. Піаже). Також дослідження ПТСР ґрунтуються на основі наукових робіт українських дослідників, які детально аналізували наслідки з якими стикаються військові після бойових дій і їхній вплив на психічний стан військових. Їхній внесок закладається в дослідженні наслідків бойових дій, травматичних подій, терапевтичних методів діагностики та реабілітації (наприклад, Т.М. Титаренко, І.В. Гаврилюк, О. Чабан, В.О. Климчук, О.І. Романчук, К.О. Кравченко, О. В. Кудренко, В. С. Афанасенко, В. Горбунова, М.С. Дворник).

Наукова(теоретична) новизна: теоретичне значення дослідження полягає в узагальненні та розширенню уявлень про посттравматичний стресовий розлад у військових. Вивченні ефективних методів дослідження, психотерапії та профілактики ПТСР.

Практичне заняття: результати даного дослідження можуть бути використані у роботі психологів, психотерапевтів та волонтерів, які працюють з військовослужбовцями для профілактики і лікування ПТСР.

Методологія: в процесі даного дослідження було використано традиційні теоретичні методи, такі як аналіз та узагальнення наукової літератури, статей, посібників, книг з вказаної теми, аналіз основних понять і даних термінів. Також застосовані різні емпіричні методи, такі як метод якісного-кількісного обробки

отриманих результатів, математико-статистичні методи опрацювання цих даних з використанням програми SPSS(кореляційний аналіз).

Структура роботи: бакалаврська робота складається з вступу; двох розділів: 1 – теоретичний, 2 – емпіричний; висновків; списку використаних джерел та додатків.

1.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У ВІЙСЬКОВИХ: МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

1.1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) військових у психологічній літературі

Психічна травма – це шкода, заподіяна психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу різних несприятливих факторів довкілля, гостро емоційних травматичних подій на людську психіку[14, 45].

Коли травматична подія лишила великий відбиток на військовому, то відповідно це збиває з пантелику, бо в цей момент зникає ось це звичне відчуття безпеки і в результаті вони починають по іншому ставитись до себе та до оточуючих. Великий слід на собі відчувають військові, які перебувають в зоні бойових дій, бо вони знаходяться в різних небезпечних ситуацій, навколо них багато смертей і їхній емоційний стан є в постійному напруженні.

Людина в цей момент може відчувати себе безпорадною, бо вона не може нічого вдіяти з цією стресовою ситуацією, яка з нею сталась. Ця психологічна травма має великий вплив на людину, яка зазнала її, це може відобразитися як на її поведінці так і на її думках, почуттях, емоціях.

Реакція на травму, а особливо на їх сприйняття людиною та її оточенням, може мати досить серйозний вплив на стан здоров'я, самопочуття та навіть самооцінку в майбутньому[10, с. 12].

Посттравматичний стресовий розлад включає в себе багато різних реакцій людини на ненормальні події, які відбувалися з нею в певний проміжок часу. Також це може бути не лише коли людина стає жертвою в травматичній ситуації, а й коли вона є її свідком, або коли дізнається, що таке жахіття сталося з її близькими.

Приклади неприродних подій, через які отримують травматичний досвід військові:

- Вбивство товариша(побратима) з яким разом воював;

- Перебування під обстрілами, як короткий так і тривалий час;
- Перебування в полоні;
- Зазнати катування, бачити або чути, як знущаються над іншими, пережити фізичне так і психологічне насильство;
- Бути свідком жорстокості, вбивства – своїх побратимів, мирного населення: літніх людей, немовлят, дітей, тварин;
- Коли військові змушені лишити загиблих або тяжкопоранених на полі бою через складну бойову ситуацію;
- Коли військовий мусить зробити вибір між життям одної людини(яку змусили поранити інших) і життям цілої групи, яким хочуть заподіяти шкоду;
- Потрапляння в оточення ворога;
- Бачили багато понівечених і мертвих тіл;
- Тяжкі поранення, втрата кінцівок.

Після важких травматичних подій, які зазнають військовослужбовці формуються різні стадії після бойового досвіду:

1. Гостра реакція на стрес – може тривати до 3 днів;
2. Гострий стресовий розлад – тривалість до 4 тижнів;
3. Посттравматичний стресовий розлад – триває більше 4 тижнів.

Перші ознаки, які може відчути в себе людина, яка **зазнала гострої реакції на стрес** може нести за собою багато різних наслідків. Гостра реакція на стрес – розлад, що розвивається у людини у відповідь на незвичний фізичний чи психічний стрес, в більшості випадків стихає через декілька годин до декількох днів[32, с. 43, 35].

Але ці реакції є нормальними для військових, які пережили і переживають неадекватні події.

Наприклад, якщо в людини може бити присутнє виразне *нервове тремтіння*, воно проявляється у треморі кінцівок – це демонструється тремтінням рук, ніг, всього тіла, або при говорінні голос може також здригатися, тремтіти.

В деяких проявляється через *істерику*, бо військові зазнають багато стресових реакцій при виконанні бойових завдань або різних екстремальних ситуацій, які виникли в процесі бойових дій.

Плач – це також ознака глибокого потрясіння, яке вони зазнають, наприклад при втраті товариша, кінцівок та безвихідності.

Ще можна зазначити таку реакцію, як *ступор* при якій будь хто відчуватиме себе паралізованим, бо при такій реакції людина не реагуватиме ні на що і ні на кого, навіть, якщо це може нести загрозу життю.

Рухове збудження – це коли людина просто не розуміє де вона знаходиться і що з нею відбувається, перестає раціонально мислити, також можна спостерігати, що особа досить активна, швидко рухається і робить недоречні дії.

Відчуття *безпорадності*, яке виникає при сильному та довготривалому напруженні і в такому стані також присутнє відчуття сильної втоми при якому нічого не хочеться робити.

Також ще є *афективний стан* – це відчуття роздратування, застосування нецензурної лексики і м'язове напруження тіла; та *панічний страх* – це стан в якому людина не в змозі себе контролювати, має прискорене серцебиття.

Якщо вище перелічені симптоми не проходять протягом 1–3 днів, а продовжуються і далі, то це переростає в **гострий стресовий розлад**.

Гострий стресовий розлад проявляється через багато фізіологічних і психологічних симптомів, які показують реакції організму на цей стан. Військові в яких діагностували такий розлад часто мають проблеми з засинанням і самими *снами*, в більшості випадків їм часто сняться кошмари, які можуть бути зв'язані з травматичними подіями, які їм прийшлось пережити. Коли вони в пригніченому настрої, то не відчують ніякого сенсу життя чи радості в дрібничках. Вони в такому стані, що надають перевагу побути наодинці, уникають різного оточення людей, знайомих, рідних і різних комунікацій з ними: «закриваються від них». До того ж їхнє тіло перебуває в сильному напруженні і вони відчують страх коли згадують про події, які прожили давніше, або нещодавно.

При збереженні симптоматики гострого стресового розладу більше 4 тижнів, то це призводить до ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад діагностується за критеріями 309.81(F43.10) (див. Додаток А). [21, с.85-91, 17].

Отже, можна дійти висновку, що посттравматичний стресовий розлад діагностується коли симптоматика присутня більше ніж 4 тижні. Бо якщо після травматичної ситуації симптоми довгий час лишаються, а не проходять, то це свідчить про погіршення стану.

Але треба звертати увагу на те, що ПТСР розвивається не у всіх людей, які зазнали травматичної події чи були свідком якихось злочинних дій, смертей.

Щоб діагностувати ПТСР, потрібно звернути увагу на важливі симптоми.

Дані симптоми часто поділяють на чотири категорії:

- симптоми повторного переживання (інтрузії, флешбеки, нічні жахи, сильні емоційні реакції, сильні фізичні реакції);
- уникання нагадування про травму;
- негативні когнітивні/емоційні порушення;
- підвищена тривожність (посилене відчуття загрози)[5, с.21, 6].

Думки і спогади, які непрохано приходять нам в голову, прокручуючи ту чи іншу подію знову і знову – це є *інтрузія*. Відповідно вони не є приємними, так як вони нагадують про ненормальну ситуацію, яка склалася. Наприклад військовий, який вернувся з зони бойових дій додому і він хоче класно провести час з рідними, відпочиваючи з ними, але з нізвідки в голову приходить спогад про атаку, яку здійснили на них вороги, про поранених після того і тд. – це і називають *інтрузивними думками*.

Флешбеки відрізняються від інтрузії, але часто люди можуть плутати ці два значення. Бо *флешбеки* – це спогади з минулого, тої події, яка була травматичною, але ці згадки настільки яскраві, що людина вважає ніби вона вернулася назад ту мить. І це представлено не тільки, як картинка перед очима, а те, що людина може відчувати звуки, запахи, відчути температуру середовища в

якому вона тоді перебувала(чи їй на той момент було холодно чи гаряче) і інші відчуття[16, с.15, 41].

Що інтрузії, що флешбеки можуть виникнути при будь якій деталі, яка їм нагадує про ту подію. Наприклад, при перегляді фільму «Прощай, Крістофер Робін», де батько Крістофера почувши дзижчання бджіл – повернувся в той момент коли він стояв на полі бою, навколо нього було багато мертвих побратимів і був відчутний і запах і гул мух, які прилетіли на ті тіла. Це наглядний приклад флешбеку, який відбувся на звук гулу бджіл, який переніс його в той час.

Нічні жахіття та погані сни найпоширеніший і найчастіший симптом у військових з діагнозом ПТСР. В них ці сни дуже реалістичні, тому коли вони просинаються від таких кошмарів, то в них є присутнє прискорене серцебиття та відчуття сильного жаху, що вони знов прожили цю подію чи подібну тій ситуацію, яка з ними насправді відбулася.

У військових часто виникають *сильні емоційні реакції* на подразник який нагадує їм про їхню травматичну подію. Коли людина була в зоні бойових дій і приїжджає на територію де немає війни, і наприклад вона почує якийсь звук який може нагадати про стресову подію, то це викликає сильні емоційні реакції. Вони на них досить різко можуть реагувати, відчуваючи тривогу, бо це їм асоціюється з тими жахливими моменти, які їм прийшлося пережити коли вони перебували на бойових операціях. Наприклад, звук того як летить літак, як гримить небо, гул сирени чи, як лопають повітряні кульки.

Так як на емоційному рівні ми відчуваємо тривогу, занепокоєння при схожому запаху, звуку, так і наше тіло пам'ятає той період. Такі *сильні фізичні реакції* часто супроводжуються пришвидшеним серцебиттям, нервовим тремтінням, напругою всіх м'язів тіла, нудотою, порушенням роботи кишечника і багато інших симптомів.

Той хто має діагностований посттравматичний стресовий розлад в більшості випадків стараються уникати всього, що їм нагадує про ті ненормальні події, які з ними відбувались протягом великого періоду часу. Уникнення місця

події, не хотіння туди повертатись. Військові відгороджують себе від розмов на ті теми, деколи бувають випадки коли рідні починають розпитувати або просто пропонують вислухати, але вони переводять фокус діалогу на іншу тему.

Уникнення — це звичайний спосіб людини переживати біль та сум. Багато військових уникають людей, місць чи ситуацій, які нагадують їм про те, що відбулося. Деякі особи можуть виявити, що в певний час вони «відключаються», що може бути способом розуму уникнути сильних відчуттів[15, 26].

Ось така реакція дозволяє військовим з ПТСР знижувати свій рівень тривоги, який виникає, панічного страху та душевного і тілесного болю якого завдає цей спогад. Але ця стратегія уникнення заважає перебороти цю травму і жити далі.

Зниження *когнітивних (пізнавальних) здібностей* (уповільнене мислення, плутаність свідомості, погана концентрація уваги, погана пам'ять. [5, с. 24, 42]. Наприклад, військовослужбовцям може бути важко сконцентруватися на одній якійсь справі так як вони привикли, що в зоні бойових дій повинні постійно бути наготові, прислуховуватись до кожного звуку. Відповідно коли є бажання щось зробити вони не можуть зосередитись на тій одній справі, бо одночасно прислуховуються до будь якого звуку, який їх оточує(шум машин за вікном, розмови людей/сусідів).

Симптоми, пов'язані з посиленням відчуттям загрози (часто називаються «*симптомами гіперзбудження*»). Це надмірне занепокоєння та пильність до загрози або сильна реакція на неочікувані раптові рухи чи гучний шум (коли людина реагує здриганням на найменші подразники)[5, 39]. Особа перебуваючи у такому стані завжди в очікуванні, що може статися щось погане, хоча насправді загрози немає.

Отже, такі яскраво виражені симптоми посттравматичного стресового розладу мішають спробам військових влитися в буденність і їхнього процесу адаптації до мирного життя.

1.2.Методи діагностики та психотерапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових

Реакції людей на неприродні події, які відбуваються під час війни – є нормальними, як і будь-які травматичні реакції.

Діагностика ПТСР у військових включає в себе багато різних методів, які дозволяють виявити симптоми і оцінити їхню тяжкість, щоб назначити відповідне лікування за демонстрацією симптоматики.

Для діагностики симптомів ПТСР використовують DSM-5 – це є 5 видання «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів», яке є розроблене Американською психіатричною асоціацією(див. Додаток А). Щоб встановити діагноз посттравматичного стресового розладу за допомогою DSM-5 потрібно відповідати таким критеріям, як:

- Критерій А;
- один або більше симптомів з Критерію В;
- один або більше симптомів з Критерію С;
- два або більше симптомів з Критерію D;
- два або більше симптомів з Критерію Е;
- Критерій F;
- Критерій G;
- Критерій Н. [7, 36].

Міжнародна класифікація хворіб(МКХ) – це є система, яка створена для класифікації захворювань і різних станів здоров'я, яка була сформовано ВООЗ. За допомогою цієї системи є змога стандартизувати діагностику, збирати різні медичні дані та використовувати їх для статистичних цілей і моніторингу стану здоров'я населення. МКХ – одинадцятий перегляд цієї класифікації(див. Додаток Б)

Також спеціалісти проводять клінічне інтерв'ю з військовими, іншими словами – психологічна бесіда. Клінічне інтерв'ю проводять для вивчення психологічного стану військового, який зазнав травматичних подій. Вона

ґрунтується на вербальній соціально-психологічній взаємодії між фахівцем та пораненим, з яким проводять бесіду[24].

Це дозволяє при комунікації задавати такі спрямовані питання, щоб виявити симптоми та діагностувати певний психологічний розлад.

Клінічне інтерв'ю синхронно виконує як терапевтичну, так і діагностичну функцію в процесі цієї сесії. Основними положеннями психологічної бесіди є: чіткість і точність формулювання питань, також важливою складовою є їхня логічна послідовність, об'єктивність та гнучкість в процесі інтерв'ю.

Але результат і структура клінічного інтерв'ю в більшості випадків залежить від попередніх висновків, а саме діагностичних – до яких дійшов психолог. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування клієнта на першому етапі дослідження. [23, с. 15].

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент для самостійного проведення оцінки стану при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5[2, 19, 40].

Цей опитувальник є ефективним і валідним для оцінки симптомів ПТСР, які є відповідні до критеріїв DSM-5. Він складається з 20 пунктів(див. Додаток В). Завдяки ньому можна своєчасно виявити посттравматичний стресовий розлад, прослідкувати за симптоматикою, простежувати вираженість в побутовому житті і динаміку процесу під час лікування. Але треба пам'ятати, що цей опитувальник не є головним, а є чіткою основою для подальших клінічних оцінок стану військових і індивідуалізації психотерапевтичної роботи в подальшому.

CAPS-5 – це структуроване клінічне інтерв'ю, яке використовують для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу[18].

Це інтерв'ю оцінює ключові критерії ПТСР, ступінь функціональних порушень, клінічну оцінку важкості даного розладу, а також і зміну тяжкості у

процесі лікування. Воно складається з 30 запитань. Пункти, які зазначені в цій шкалі відповідають діагностичним критеріям ПТСР із рекомендаціями DSM-5:

- Критерій А – наявність травматичної події.
- Критерій В – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.
- Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення.
- Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.
- Критерій Е – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.
- Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).
- Критерій G – порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування[2].

Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III(Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями) – це є клінічна тестова методика, яка допомагає спеціалістам в оцінці та діагностиці ПТСР, і також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів. Цей опитувальник складається з 35 питань у військовому варіанті і 39 питання у цивільному. Призначенням цієї клінічної тестової методики є те, що – це є для підтвердження діагнозу ПТСР і його рівня тяжкості.

IES-R(Шкала Оцінки Впливу Травматичної Події) – результативний і надійний метод для оцінки симптомів ПТСР. При застосуванні цієї шкали фахівці/спеціалісти краще можуть зрозуміти відповідний стан військового і сформулювати індивідуальний план лікування та подальших дій. Отже, завдяки простоті та валідності, IES-R – є суттєвим методом як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Ця шкала складається з 22 пунктів і кожен з них оцінює один з аспектів реакції на травму.

Є три основних етапи психотерапії, які використовують у практиці – це стабілізація військових, опрацювання їхньої травми та адаптація до змін в житті.

Реабілітація військовослужбовців – це система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних

процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності[25, с. 103].

Для того, щоб військові могли повноцінно відновитись, як фізично так і психологічно після екстремальних подій, неодмінно потрібна – реабілітація. Вона знижує розвиток багатьох розладів і посттравматичного також. Дозволяє також відновитись, щоб вони були готовими повернутися до своїх минулих обов'язків. Важливо комплексно підійти до реабілітації воєнного, щоб результат був ефективнішим.

Успішне використання психореабілітаційної роботи з військовими, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, можливе при застосуванні таких підходів: психофізіологічний підхід, інтеракціоністський підхід, трансперсональний підхід, когнітивна психотерапія, гештальт-терапія, гуманістична психотерапія, арттерапія, музикотерапія, малюнкова терапія, бібліотерапія, ТФ-КПТ-терапія, EMDR-терапія, схемотерапія та інші[20].

Психофізіологічний підхід: релаксація, аутогенне тренування (Й. Шульца)

Аутогенне тренування є дієвим і корисним методом розслаблення, його використовують для регулювання емоційного стану людини, ще також застосовують і в боротьбі з безсонням. Найкращим часом для цього тренування є саме момент після пробудження зранку і перед тим як лягати спати. Для того, щоб виконувати релаксацію необхідно розслабитися. Це може бути, як і поза лежачи так і сидяче – головне, щоб було зручно. Її радять використовувати або одну або в комбінації з іншими методиками.

Інтеракціоністський підхід

Інтеракціоністське вчення акцентує увагу в більшості на проблемах соціально-психологічної адаптації людини до умов де проводяться бойові і військові дії. Цю ідею розвиває Л. Філіпс і він доказує, що всі види адаптації людини спричинені саме внутрішніми переживаннями військового і аспектами між військовослужбовцями. Наприклад, деякі військові легко адаптуються, вони приймають ті норми, які суспільство в певній мірі очікує від них. Але це не тільки про їхню адаптацію до норм в військовому соціумі, а це говорить про гнучкість

при певних кризових, екстрених і небезпечних умов. Ця адаптована поведінка базується на проявлянні ініціативи у військових, у правильному прийнятті рішень ну і точним розумінням власного майбутнього життя.

Отже, цей підхід показує чітку лінію між адаптацією і пристосуванням, ще також показує і їхню розбіжність. Тому, для них адаптація вважатиметься успішною тільки тоді коли буде проявлена власна ініціатива і військовий за власним бажанням буде іти до встановленої мети навіть у небезпечних і напружених ситуаціях, а не під тиском командира.

Когнітивна психотерапія

Жан Піаже, А. Т. Бек і інші вважали, що основним завданням цього напрямку є дослідження обробки інформації від моменту самого сприйняття до отримання реакції на цю подію[33]. Розум людини спроможний аналізувати надану йому інформацію про реальність, порівнювати різні об'єми відомостей, приймати рішення та вирішувати новоутворені проблеми, які склалися на кожному періоді життя. Когнітивна терапія зосереджує свою увагу над розробкою методів навчання різних програм розвитку інтелекту і науковою аналіз показань, інформації.

Отже, такі зміни можуть ускладнити передбачення власної поведінки в майбутньому і це підвищує можливість здійснення численних помилок в наших очікуваннях, які ми складаємо.

Гештальт-терапія

Цей напрямок психотерапії показує, що його мета – це є розширення свідомості людини, покращення її розуміння та сприйняття самої себе, поліпшення контакту з навколишнім світом ну і з оточуючими людьми також.

Притаманна риса групової форми гештальт-терапії – це техніка «гарячий стілець», коли пропонується комусь, але саме з власної волі ні в якому разі не через силу, щоб хтось з групи при інших виконав цю вправу. Бо саме та емоційна підтримка з боку учасників цієї групи регулює благополучний ефект на хід даної терапії.

Також важливим є робота з сновидіннями. Основним є те, щоб військовий розповідав і говорив від імені персонажу з свого сну, який йому приснився. І в ході такої розмови він сам починає усвідомлювати суть цього фундаментального конфлікту, який виражений в його сновидінні. Але таку ключову роль для розуміння виявляє не основний персонаж в сні, а зазвичай це є той на кого не зверталась увага, той про якого завжди забувалось.

Клієнт-центрована психотерапія

Ця психотерапія вибудована на тому, що людина є цілісна, бо всі компоненти такі, як емоції, почуття, думки, поведінка є взаємопов'язаними між собою. Цей підхід полягає в тому, що людина може і має ту саму внутрішню силу в собі, щоб змінити своє життя на краще. А. Маслоу і К. Роджерс вважали, що людина має потенціал, щоб самовиражатися і розвиватися протягом життя.

Характерні кроки для допомоги:

- військовослужбовець приходить сам по допомогу(з власної волі);
- визначається ситуація; заохочується вільне виявлення почуттів;
- психотерапевт сприймає і пояснює клієнту своє сприйняття того, що відбувається;
- відбувається поступове вираження позитивних почуттів;
- вияв позитивних імпульсів;
- поява інсайту;
- прояснення вибору;
- позитивні дії;
- зростання інсайту, незалежності;
- зменшення потреби в допомозі[20].

Отже, можна дійти висновку, що цей процес психотерапевтичної допомоги сприяє формуванню благополучних умов де пацієнт починатиме краще усвідомлювати власні почуття і потреби, що призведе до сприятливих змін в поведінці і зменшить підвладність від зовнішньої підтримки.

Арттерапія

У процесі арт-терапії досвід психічної травми спочатку може виражатися за допомогою символічних і до символічних форм і лише після цього може бути описаний словами[3,4].

Арттерапія націлена на відновлення ментальних сил військового за допомогою мистецтва, творчої діяльності, бо це справляє великий позитивний вплив на психіку людини. Виділяють такі види арттерапії, як: малюнкова терапія, музикотерапія і бібліотерапія.

Малюнкова терапія: Наприклад, якщо військовослужбовця щось пригнічує він розпочне малювати, його негативні емоції зникнуть, емоційний стан покращиться, зникне напруга і він зможе глибше усвідомити це. Коли клієнт починає малювати, то в ту секунду надає своїм почуттям волю. Завдяки цьому людина проектує і легше сприймає, якісь дискомфортні для неї образи чи події, які з нею відбулися. Військовий психолог пропонує техніки залежно до симптомів, скарг. І використовують різні методики.

Наприклад, використовують такий підхід, коли кожен намалював свій малюнок; тоді пропонується, що роботу кожного – перше обговорюватимуть інші учасники, а потім вже власник свого малюнку. Або ще можна запропонувати «сумарне малювання» – це коли один починає малювати, передає і інший домальовує і так по черзі.

Музикотерапія: Сесії можуть проводитись наприклад, в приміщенні де можна помістити велику кількість військових, бо обмежень в кількості осіб для цього підходу в більшості немає. Звук має бути якісний навіть при мінімальній гучності, і тривалість може сягати 40-50 хвилин. Музикотерапію часто поєднують ще з аутогенним тренуванням.

Бібліотерапія – це працюючий метод психотерапії, який допомагає духовно підняти військовим, запобігає їхнім негативним емоціям. Цей метод можна застосовувати, як при груповій терапії так і при індивідуальній; підбираючи літературу, яка відповідає потребам клієнта чи клієнтів і емоційно відновлює.

Трансперсональний підхід

Трансперсональна психологія досліджує зміни у свідомості, які допомагають військовослужбовцям змінювати свої основні цінності і зазнати духовного відновлення, щоб покращити свій емоційний стан. Цей підхід вивчає те, що трапляється у несвідомому, і те як це впливає на людину. Відомі психологи такі, як К. Юнг, А. Маслоу і інші говорять, що наша психіка робить протилежний обмін між свідомим та несвідомим. Трансперсональний підхід допомагає розкрити свій внутрішній потенціал і визначити психологічні та фізичні витоки, які людина не може пригадати в теперішньому, бо вони є в несвідомому стані.

Важливим елементом є в тому, що потрібно терпляче ставитись до військового та надавати йому стільки часу для встановлення контакту стільки він потребує, щоб мати з ним результативну роботу зі зціленням психологічної травми.

У сучасній психотерапії існує ще декілька ефективних і часто застосовуваних методів такі, як КПТ-терапія та EMDR-терапія. Обидва ці підходи часто використовують для військових, які зазнали сильних травматичних подій для їхнього відновлення.

Метод десенсибілізації та опрацювання травми рухом очей – це цілісний метод психотерапії, який об'єднує в собі елементи психотерапевтичних підходів та поєднує з рухами очей клієнта або ще з іншими варіантами стимуляції з обох боків.

Ціль EMDR-терапії: це активація різних природних механізмів обробки інформації мозком.

Основними показаннями до застосування методу EMDR є:

- ПТСР у ветеранів локальних війн і цивільних осіб (спричинений сексуальним насильством, нападами, аваріями, пожежами, техногенними катастрофами та стихійними лихами);
- obsесивно-компульсивний розлад;
- панічний розлад;

- психогенні сексуальні дисфункції;
- дисоціативні розлади (за наявності у психотерапевта спеціальних навичок);
- залежність від психоактивних речовин (дані про терапевтичні результати досить суперечливі);
- хронічні соматичні захворювання і пов'язані з ними психологічні травми;
- випадки гострого горя (синдром втрати);
- невротичні та психосоматичні розлади, в анамнезі яких виявлена психотравма, ймовірно зв'язана з поточною патологією (травматичний епізод піддається переробці);
- подружні і виробничі конфлікти;
- проблеми, пов'язані з підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі, низькою самооцінкою тощо»[8, 9].

КПТ-терапія, а саме Травмофокусована Когнітивно-поведінкова терапія(ТФ-КПТ) ця терапія охоплює багато різних алгоритмів утручань, які спрямовані саме на переосмислення та повторне проживання тої травматичної ситуації чи події, але в вже в безпечному місці.

Ціль ТФ-КПТ-терапії: має на мені ідентифікацію та зміну негативних уявлень про травму, послаблення симптомів повторюваних та ліквідації дисфункційної поведінки, що сприяє відновленню емоційного стану військового.

Схемотерапія

Складається з аспектів КПТ-терапії, психоаналізу, гештальт-терапії та інших, і це в сукупності формує новий вид психотерапії – це схемотерапія.

Ціль схемотерапії полягає в тому, щоб виявляти та змінювати глибокі нефункціональні схеми, які в людей формуються з самого дитинства через незадоволені емоційні потреби, а зараз завдання спеціаліста полягає в допомозі клієнту задовольнити ці потреби здоровим шляхом.

Таким чином, вище перелічені підходи використовують для реабілітації та зменшенню проявів симптоматики посттравматичного стресового розладу у військових.

1.3.Методи профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових

Коли військові, які перебувають на бойових позиціях, в тих екстремальних ситуаціях і стикаються з травматичною подією, яка з ними сталась, або вони були свідком її, то це спричиняє великий стрес на них, на їх психіку та тіло.

В ситуації стресу людська нервова система реагує збудженням, в результаті чого вивільняються гормони необхідні для того, щоб людина змогла швидше зорієнтуватись та відреагувала на загрозу[7, с. 8]. Наднирники активують викид таких гормонів, як: адреналін, норадреналін, кортизол та інші.

Військовим перед відправленням в зону бойових дій має бути надана психологічна підготовка до такого виду дій. Заняття з психологічної підготовки проводяться в польових умовах, у комплексі занять бойової підготовки з конкретною прив'язкою до визначеної теми занять з тактичної та вогневої підготовки загальною тривалістю кожного заняття – одна навчальна година[36, 38].

Психологічна допомога в системі профілактики психотравматизації військовослужбовців являє собою комплекс діагностичних, психокорекційних і психологічних заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення оптимального психічного стану й соціальної життєдіяльності, підвищення рівня психологічної стійкості особистості[29, 34, 37].

Психологічна профілактика і підтримка для військових несе в собі – навчання і тренінги, в яких увага буде в більшості зосереджена на актуальній інформації, також будуть організаційні заходи на яких знижуватимуть емоційну напругу після травматичних подій, проводитимуть психологічну діагностику і надаватимуть відповідні консультації.

Освітні програми, які проводяться в рамках програм психологічної профілактики та підтримки, можуть бути розділені на дві підгрупи: програма психологічної підготовки рядових та командного складу до бойових

дій і програми профілактики небажаних проявів у воєнний та мирний час[11, 22, с. 56].

Ментальна підготовка для військових повинна відбуватися з застосуванням словесного методу подавання інформації, навчання, виконання різних вправ і технік, щоб був наглядний приклад як собі допомагати в різних ситуаціях. Розглядання теми моделювання психологічних факторів бою, методів аварійних умов і як діяти при стресових подіях. Заняття, які проводяться для військових повинні бути легкими для сприйняття, вміщати в собі загальну інформацію, передавати основні принципи, застосовувати форми та методи психологічної підготовки. І обов'язковим є те, що це має і практикуватися, – *теорія має бути закріплена практикою*.

Військові, які мають скоро виходити на бойові завдання чи вже, які є на них часто відчують сильну тривогу. Тривога – це бентега, яку людина відчуває навіть коли немає загрози. Вона виникає при сильних стресових умовах чи ситуаціях, коли особа не усвідомлює чого саме вона боїться, але цей страх все одно відчувається. Але у військовослужбовців це виникає від того, що вони завжди перебувають в очікуванні чогось, постійна готовність до небезпеки в бойових умовах.

Коли відбувається процес психологічної діагностики, то спеціаліст концентрує увагу на тому, що саме помагає клієнту впоратись з такою подією, в чому і де саме він черпає ті сили, а не лише на загальних поняттях, симптомах. Ці ресурси бувають різні, але саме вони допомагають воїнам повернути сили після складних подій чи ситуацій, які викликали великий стрес.

Цілі першої психологічної допомоги:

1. запобігти погіршенню стану;
2. зменшити рівень психологічного збудження;
3. мобілізувати підтримку найбільш постраждалих військовослужбовців;
4. відновити зв'язок із товаришами по службі, друзями, коханими і членами сім'ї;
5. забезпечити інформування про ситуацію і стан потерпілого;

6. інформувати потерпілого про можливі ризики[27, с. 98].

Рекомендації для зниження стресу у надмірно тяжких умовах:

- Якщо паніка оволодіває розумом і тілом, варто зробити собі боляче(наприклад, вщипнути, стиснути сильно певну ділянку тіла і тд.), щоб мати змогу сконцентруватися на цьому відчутті.
- «Техніка заземлення»(5-4-3-2-1) – допоможе при моменті коли військовий розгубився.
- Дихальні вправи
- Техніки релаксації та інші.

Для військових, які перебували в зоні бойових дій тяжко вертатися до звичного життя без війни. Їм тяжко адаптуватися до простого, спокійного життя, адже на полі бою вони ділять все на чорне(вороги) і біле(свої). А перебуваючи в місці де немає бойових дій, обстрілів вони наче губляться.

Соціальна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період – це процес комплексної підтримки військових, що включає психологічну реабілітацію, соціально-економічну допомогу та інтеграцію у цивільне життя з метою забезпечення їхнього повноцінного функціонування у суспільстві[12, с. 312, 31].

Ознаки, які свідчать про успішну адаптацію військових до життя в період мирного часу:

- 1) психологічна стійкість;
- 2) соціальна інтеграція;
- 3) економічна стабільність;
- 4) фізичне здоров'я;
- 5) забезпечення житлом;
- 6) юридична обізнаність та підтримка;
- 7) громадське визнання та підтримка;
- 8) особиста задоволеність та розвиток.

Отже, адаптація у військових після перебуванні на війні, в екстремальних умовах, які загрожують життю є досить складним процесом. Це вимагає індивідуальних підходів, що кожен військовослужбовець могли пристосуватися до мирного життя. Психологічна допомога і також ще фізичне відновлення є такими основними складовими, які допомагають справитись з негативними наслідками війни і стабілізації військових в спокійний умовах.

Отже, варто зауважити, що потрібно вчасно надавати потребує психологічну допомогу, щоб зменшити вплив травматичної події на військового, для уникнення погіршення симптомів ПТСР і навчити справлятися з стресовими ситуаціями.

Висновки до 1 розділу

З вище написаної інформації можна сформулювати висновок таким чином, що психічна травма, яка є наслідком травматичної події має серйозний вплив на психіку військовослужбовців, що проявляється гострими стресовими реакціями. Такими, як ступор, нервові тремтіння, плач, апатія, афективний стан, страх, панічний страх, відчуття безпорадності, рухове збудження, істерика. Якщо ці прояви гострої реакції на стрес не проходить через декілька днів, то це може перерости в гострий стресовий розлад, а надалі – у посттравматичний стресовий розлад.

ПТСР є тяжким психічним станом, що є наслідком травматичної події та діагностується за критеріями DSM-5(коли ці симптоми є присутні більше ніж 4 тижні).

Загальні симптоми класифікують: уникання спомин про травматичні ситуації; прояви повторюваного переживання; когнітивні/емоційні порушення та посилена тривожність.

Дані прояви можуть мішати буденному життю і заважати військовим адаптуватись до мирного середовища. Ці симптоми мішають повноцінному відновленню.

Міжнародні класифікатори симптомів(DSM-5, МКХ-11), клінічне інтерв'ю та методи психологічної оцінки – це важливі інструменти для діагностики посттравматичного стресового розладу.

Класифікатори симптомів дозволяють встановити чіткий діагноз по точним критеріям. Клінічне інтерв'ю включає в себе як терапевтичний так і діагностичний процес для глибшого розуміння зазваної травми. А тестові методики(PCL-5, CAPS-5, Mississippi Scale та IES-R) полегшують оцінку симптомів, їх інтенсивність і процес подальшого лікування.

Психотерапія базується на основних трьох етапах – це стабілізація, опрацювання травми та процес адаптації до мирного життя.

Результативна психореабілітація є досяжною, коли використовують різні підходи такі, як: ТФ-КПТ, EMDR-терапія, схемотерапія, арттерапія, гештальт-терапія, клієнт-центрованої терапія, гуманістична психотерапія, когнітивна психотерапія, психофізіологічний підхід, інтеракціоністський підхід і також – трансперсональний.

Отримуємо такий висновок: що такі підходи застосовують для полегшення проявів ПТСР та для відновлення військових після травматичних подій.

Отже, так як військовим тяжко адаптуватися до мирного життя після періоду коли побули в зоні бойових дій, спеціалісти мають надавати допомогу, яка включатиме в себе психологічну підтримку і реабілітацію, соціальну інтеграцію і як психологічне так і фізичне відновлення. Потрібно пам'ятати, що для відновлення потрібно надавати індивідуальний підхід, адже кожен військовий має різні потреби для стабілізації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

2.1. Опис вибірки та методик дослідження

Для емпіричного дослідження на тему «ПТСР у військових: методи діагностики, психотерапії та профілактики» було використано методики: Шкала PCL-5; Шкала депресії, тривоги та стресу та тест «Стійкість до стресу».

Зазначена комбінація методик є ефективною, бо в подальшому буде змога виявити прояви посттравматичного стресового розладу і в загальному оцінити емоційний стан учасників, а саме виміряти їхній рівень депресії, тривоги та стресу і стійкості до стресових ситуацій, що є важливим при ПТСР.

Також задіяні методики забезпечують можливість перевірити висунуту гіпотезу про те, що «військові з високою стійкість до стресу мають менше виражені симптоми ПТСР та легше проходять процес відновлення після пережитих травматичних подій, на відмінну від тих у кого цей рівень є нижчий».

PTSD Checklist for DSM-5(PCL-5)— це шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу, як для цивільних так і для військових[13, 43,44].

Даний опитувальник як інструмент суб'єктивної оцінки ПТСР був створений на основі критеріїв діагностики DSM-5. PCL-5 містить в собі 20 запитань, кожне з яких оцінюватиметься від 0 до 4 балів(це обумовлюватиметься від помітності симптомів).

Питання за цією шкалою відображають певні групи симптомів посттравматичного стресового розладу за класифікацією DSM-5, такі як:

- Критерій А – деталізація травматичного досвіду;
- Критерій В – прояви інтрузії(це з 1 по 5 питання даного опитувальника);
- Критерій С – прояви уникнення(6 і 7 питання);
- Критерій D – негативні думки та емоції(з 8 по 14 запитання);
- Критерій E – прояви надмірної реактивності(від 15 по 20 запитання)[1, 30].

Деталізація травматичного досвіду(Критерій А) – на такому етапі досвідчений фахівець прояснює з військовим, яка саме це була травматична подія. Також варто уточнити чи клієнт був свідком такої ситуації чи особисто її прожив. Повинні бути ще прояви з чотирьох наступних критеріїв, і ці симптоми мають мішати нормальному функціонуванню. Проміжок часу: регулярний, протягом довгого часу.

Прояви інтрузій(Критерій В) – цей критерій відповідає за повторювані спогади, які колись відбувались з військових коли він перебував у травматичній ситуації, але зараз є в безпечному місці. Це також може проявлятися у вигляді нічних жахів, коли особі сниться ці події знову і знову.

Прояви уникнення(Критерій С) – військовий часто замикається в собі, віддаляється від інших, уникає розмов про ті події, старається не думати про це; якщо є місце де це сталося, то остерігається його. Такі дії уповільнюють процес опрацювання цієї події.

Негативні думки та емоції(Критерій D) – при такому симптомі військовослужбовці часто відчувають злість, почуття сорому, відчуття провини. Ті справи, які колись приносили задоволення стають для них неважливими, позбавленими сенсу.

Прояв надмірної реактивності(Критерій Е) – при такому критерії присутня важкість в концентрації уваги, спалахи гніву, наявне відчуття дратівливості, мають стан «бойової готовності» і в очікуванні того, що зараз станеться щось жахливе.

Примітка:

1. 0 балів – мінімальний бал, який може отримати респондент; 80 балів – максимальний.
2. Для діагностики ПТСР за даним опитувальником потрібен наявний травматичний досвід у досліджуваного(який відбувся особисто з учасником або в ролі свідка бачили таку подію, яка відбулась з кимось).

Методика DASS-21(Depression Anxiety Stress Scale 21)

Дана методика це засіб для оцінки емоційних симптомів і поведінкових дій, які взаємопов'язані з депресією, тривогою чи стресом. DASS-21 розробили Петер Ловібонд та Сідней Ловібонд в 1995 році, спочатку вона містила в собі 42 запитання, але згодом була запропонована скорочена версія – на 21 питання[28].

Опитувальник включає у собі три шкали – це шкала депресії, тривожності та стресу, кожна з яких має по 7 запитань.

Шкала Депресії: розглядає такі компоненти як, – безнадійність, знецінення власного життя, самоприпинення, відсутність інтересу до когось/чогось.

Шкала Тривоги, розглядає: бентегу, напруженість у всьому тілу, умовну тривогу та суб'єктивне переживання тривожного афекту.

Шкала Стрес, розглядає: труднощі, які виникають при розслабленні, нервові збудження, здатність легко засмучуватись, відчуття сильної дратівливості і нетерплячості.

Опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу»

Дана методика надає можливість визначати рівень стійкості до стресу особистості. Стресостійкістю називають процес коли особа може справлятися з напруженими і стресовими для неї ситуаціями, знижувати стресові фактори, які тиснуть на неї та вміти відновлюватися після таких подій.

Цей тест покаже рівень стійкості до стресу респондентів, результат може бути: низький, середній та високий рівень.

Примітка: чим менше балів набере досліджуваний тим більша стійкість до стресу і навпаки.

Так, як військові стикаються з стресом кожен день коли перебувають на бойових завданнях – цей тест має продемонструвати, яка в них стійкість до стресу і кому треба надати психологічну підтримку і знання щодо того, як справлятися з такими подіями. Ті, які мають високий рівень ефективніше справлятимуться з даними завданнями, які є досить небезпечні та екстремальні, бо вміють належно справлятися з таким потоком стресу і надавати собі допомогу. А з низьким рівнем – не дуже, тому їм потрібна психологічна

підтримка для того, щоб навчитися справлятися з стресом і уникнути негативних наслідків у вигляді розладів.

У даному дослідженні брали участь 50 респондентів – військові(див. рис. 2.1). З даних досліджуваних: чоловіків – 48, а жінок – 2. Вік: з 18 по 59 років(див. рис. 2.2). Опитування проводилось в Гугл Формі.

Стать

50 відповідей

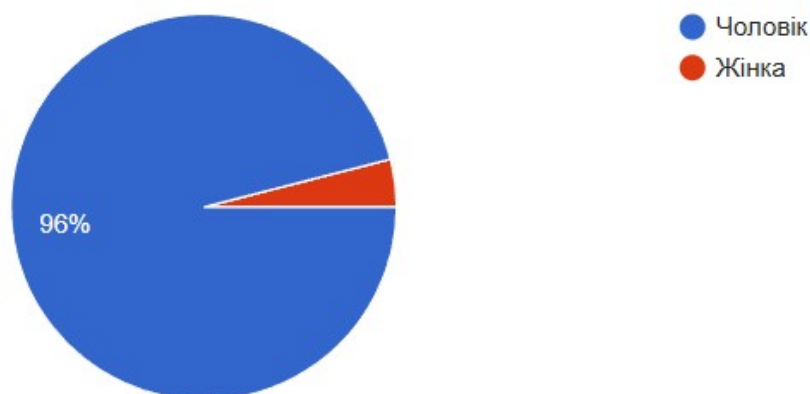


Рис. 2.1. Кількість респондентів за статтю

Вік

50 відповідей

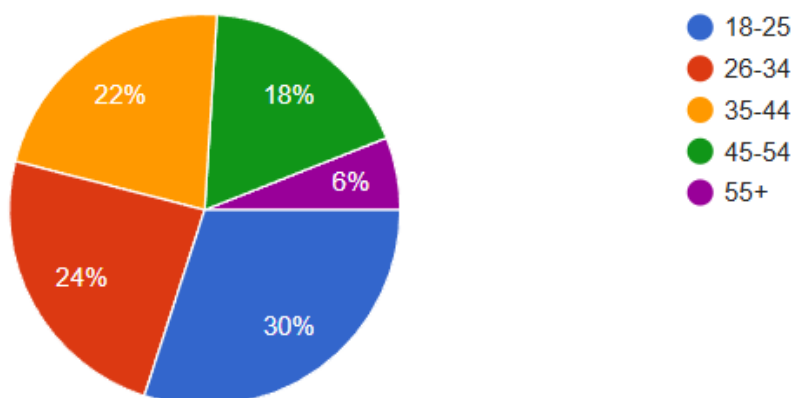


Рис. 2.2. Кількість респондентів за віком

Отже, для дослідження на тему: «ПТСР у військових: методи діагностики, психотерапії та профілактики» застосовували методики PCL-5; DASS-21 та тест «Стійкість до стресу». Загальна кількість шкал – 11. В анонімному опитуванні приймало участь 50 військових, віком 18-55+ років.

2.2. Аналіз отриманих результатів описових підрахунків

Результати описової статистики, отримані при використанні програми SPSS є представлено в структурованій таблиці(див. Додаток Г).

Застосування описової статистики надає змогу дійти до обґрунтованого висновку відносно середнього значення симптомів посттравматичного стресового розладу у військових(див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Описова статистика методики PCL-5.

	N (кількість)	Мінімальне значення	Макси- мальне значення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Критерій В	50	1,00	20,00	10,700	4,92495
Критерій С	50	0,00	8,00	3,9600	2,28536
Критерій D	50	1,00	26,00	12,8800	7,01206
Критерій Е	50	0,00	23,00	12,1200	5,97150
Загальний бал	50	3,00	72,00	39,6600	17,92799

Аналізуючи таблицю, можна виокремити мінімальне значення – критерій С(симптоми уникнення) і максимальне значення – критерій D(негативні думки та емоції).

Ураховуючи даний мінімальний показник, який свідчить про меншу схильність уникати нагадувань, думок чи місць, які пов'язані з травматичними

подіями у досліджуваних військових; це вказує на те, що така поведінка у військовослужбовців не є домінуючим процесом психологічної реакції в даній вибірці. Уникнення є одним із симптомів ПТСР, який виконує більше захисну функцію для того, щоб не переживати повторно травматичні події. Результати показують, що цей критерій є на низькому рівні у респондентів. Це може залежати від види травми, усвідомлення подій, які з ними відбулись, а можливо мають належну підтримку від рідних і також індивідуальними особливостями.

Отже, «симптом уникнення» не є провідним у формуванні проявів посттравматичного стресового розладу в військових за результатами даного опитування.

А максимальний показник «негативні думки та емоції» вказує на те, що коли учасники пережили травматичні ситуації, то найбільш помітні зміни вони відчувають саме у своїх думках і відчуттях. Це проявляється – постійною тривогою, почуттям провини і сорому, часто можливе відчуття емоційного виснаження й відчуття відстороненості. Високі бали за цим критерієм вказують, що у багатьох військових є глибокі внутрішні зміни в їхніх емоціях, думках і мисленні, які погіршують їхній емоційний стан та заважають відновлюватись і пристосовуватись до життя після травми.

Отже, даний критерій «негативні думки та емоції» є найбільш виражений за даним опитуванням у військових.

При визначенні загального балу методики PCL-5, середній показник є більше середнього і це свідчить про те, що більшість респондентів мають наявні симптоми ПТСР. Тому, цей рівень балів показує, що травматичні події лишили великий слід на військових і те що вони не досягли повного відновлення після пережитих подій.

Крім того, було проаналізовано оцінку емоційних симптомів і поведінкових дій, зв'язаних з депресією, тривогою і стресом(див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Описова статистика методики DASS-21

	N (кількість)	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Шкала Депресія	50	0,00	21,00	7,7600	5,12122
Шкала Тривога	50	0,00	20,00	8,3200	4,84637
Шкала Стрес	50	0,00	19,00	9,9000	4,97853

За результатами даної таблиці, виділяємо мінімальне та максимальне значення шкал.

Мінімальне значення – «Шкала Депресії», це означає, що ця шкала має найнижче середнє значення серед інших шкал. Це свідчить про низький рівень депресивних проявів у респондентів та вказує в загальному на позитивний емоційний стан. Немає сильно виражених симптомів пригніченості чи смутку. Тому це свідчить про стабільний емоційний стан досліджуваних та не наявності депресивних тенденцій в вибірці.

Максимальне значення – «Шкала Стресу», це свідчить про виражену присутність стресових реакцій серед більшості респондентів. Отже, військові регулярно відчувають труднощі з розслабленням, часто дратуються і є проявляють нетерплячість. Це може виникнути від постійного напруження і нездатності повністю відновитися через стресові ситуації та події, постійної бойової готовності, перебування в небезпечних умовах для життя, перевтоми і порушеного сну.

Також було, ще проаналізовано рівень стійкості до стресу у вибірці(див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Описова статистика опитувальника «Самооцінка стійкості до стресу»

	N	Мінімальне	Макси-	Середнє	Стандартне
--	---	------------	--------	---------	------------

	(кількість)	значення	мальне значення	значення	відхилення
Низький рівень	9	44,00	48,00	45,0000	1,58114
Середній рівень	25	31,00	42,00	36,5600	3,34265
Високий рівень	16	18,00	30,00	27,1250	3,13847

Аналізуючи дану таблицю, можна виокремити мінімальне значення – високий рівень та максимальне значення – низький рівень стійкості до стресу.

Отже, мінімальне середнє значення – високий рівень стресостійкості і це свідчить, що серед даних військових є ті, які добре справляються з стресовими ситуаціями, зібрані при великому стресі і в небезпечних місцях, мають швидку реакцію й здатність відновлюватись після таких подій. В результаті виявлено, що таких респондентів не велика кількість. Але це показує, що вони мають гарну психологічну підготовку та ефективно справляються з екстремальними подіями.

А максимальне середнє – низький рівень стійкості до стресових подій, і це показує, що є більше військових яким важко витримати це стресове середовище, вони швидше виснажуються і не вміють повноцінно відновитись після таких подій. Можна зробити висновок, що таким військовим треба надати належну психологічну допомогу і важливості індивідуального підходу в роботі з ними.

Отже, з аналізу даних результатів можна зробити висновок, що гіпотеза про в військових, які мають меншу стійкість до стресу мають більший шанс проявів симптомів ПТСР і те, що їм важче відновитись після травматичних подій частково підтвердилась.

2.3. Кореляційний аналіз даних

Результат кроскореляції емпіричних відомостей є зображено в таблиці з програми SPSS(див. Додаток Г). На основі зібраної інформації, було виявлено, що чим більше військовий відчуває такі психічні стани, як: депресію ($r = 0.78$ при $p < 0,01$), тривогу ($r = 0,82$ при $p < 0,01$) та стрес ($r = 0,84$ при $p < 0,01$) тим більше в нього є шансів, що він матиме прояви посттравматичного стресового розладу(див. рис. 2.3.).

Отже, проведений кореляційний аналіз загального балу свідчить, що чим більші показники шкали депресії, стресу та тривоги представлені в респондента, то тим більше проявляються ознаки посттравматичного стресового розладу. Ці всі зв'язки є тісними, що показує на досить високий рівень кореляції. Але найбільш сильніший має шкала стрес і це вказує, що це є найбільш впливовіший чинник при ПТСР у даних військових.

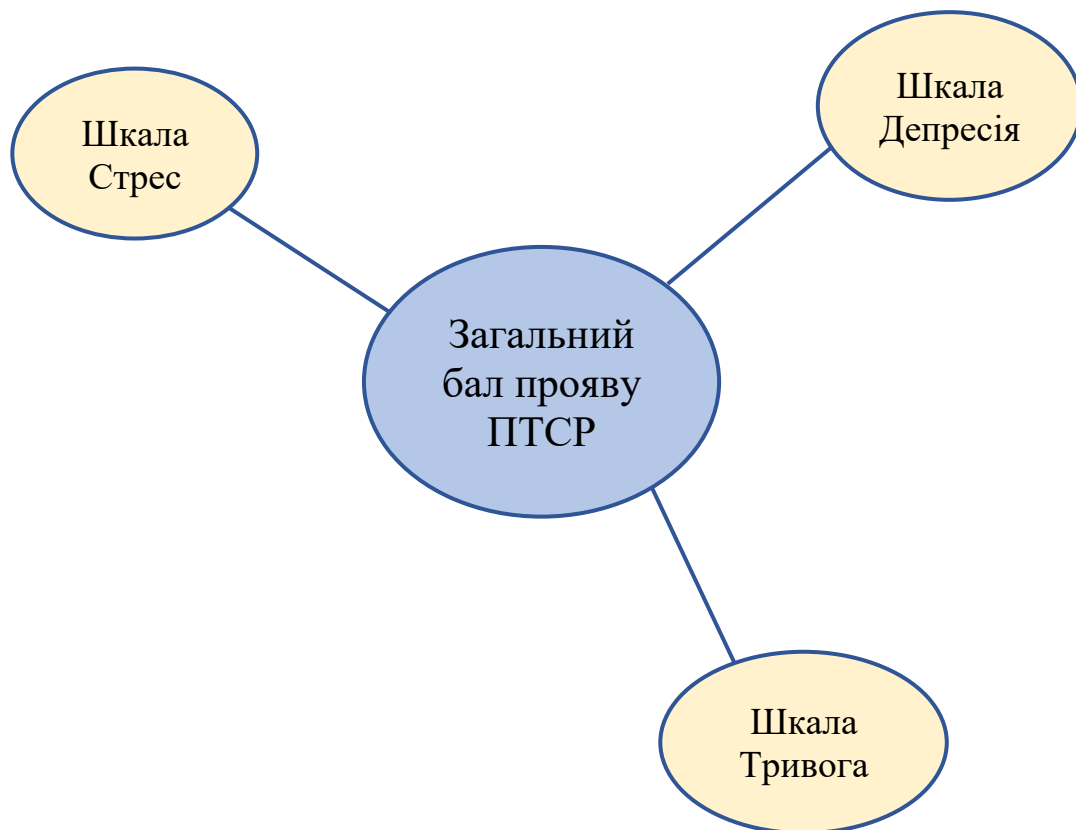


Рис. 2.3. Кореляційний зв'язок за шкалою «Загальний бал прояву ПТСР»

Аналізуючи Критерій В – симптоми інтрузії, показано, що чим більш в військовослужбовця проявлено симптоми інтрузії, то тим сильніше виражена тривога ($r = 0,76$ при $p < 0,01$), депресія ($r = 0,65$ при $p < 0,01$) та стрес ($r = 0,77$ при

$p < 0,01$). Це свідчить про тісний взаємозв'язок між цими станами і те, що вони можуть посилювати один одного(див. рис. 2.4.).

Таким чином отриманий аналіз вказує про те, що чим більше в військового проявляються повторювані нав'язливі спогади, які виникають досить спонтанно, то тим вищий шанс розвитку підвищеної тривоги, депресії чи стресового напруження. Такий тісний зв'язок показує на підсилення цих психічних станів. Наприклад, при таких повторюваних спогадах може підсилювати підвищення тривоги та стресу, а саме переживання через такі нав'язливі спогади в свою чергу підвищує тривогу і депресію, а це погіршує ознаки посттравматичного стресового розладу.

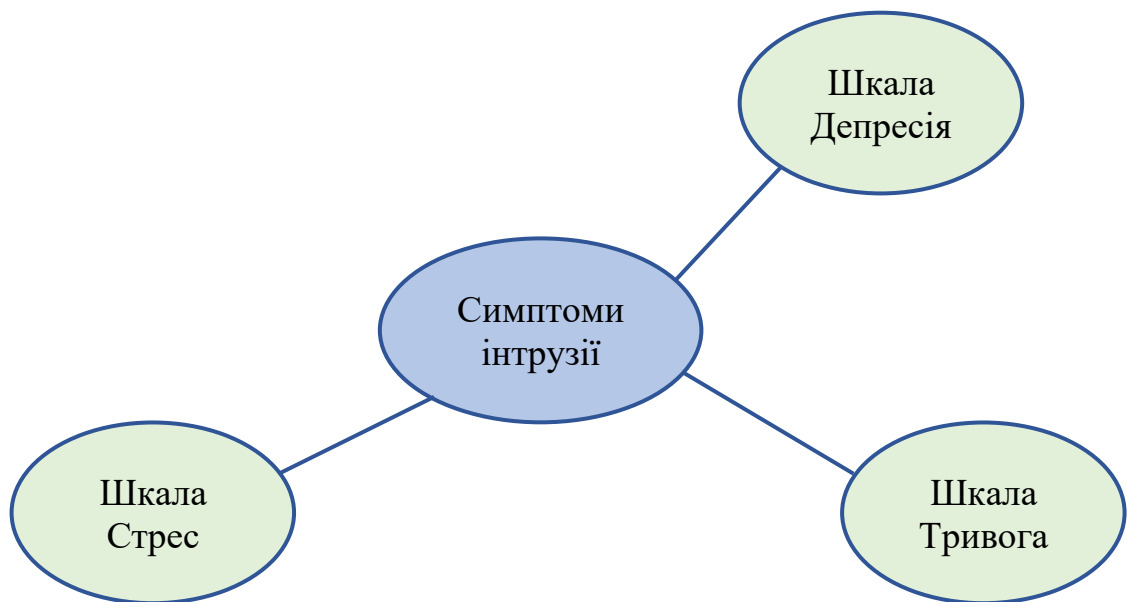


Рис. 2.4. Кореляційний зв'язок за шкалою Критерій В «Симптоми інтрузії»

Розглядаючи Критерій С «симптом уникнення» у респондентів, було виявлено, що чим більше проявляється депресія ($r = 0,43$ при $p < 0,01$), тривога ($r = 0,42$ при $p < 0,01$), стрес($r = 0,46$ при $p < 0,01$) і понижується низький рівень стійкості до стресу($r = - 0,82$ при $p < 0,01$), то тим більш помітніше в них виражається прояв уникнення(див. рис. 2.5.).

Внаслідок цього це показує, що у військових, які мають підвищену тривожність, депресивність і стрес, то вони мають більш уникливу поведінку – це як захисний механізм. Але ще зазначається, що чим нижчу здатність вони

мають при адаптації до стресових подій, то тим більше в них виражений «симптом уникнення».

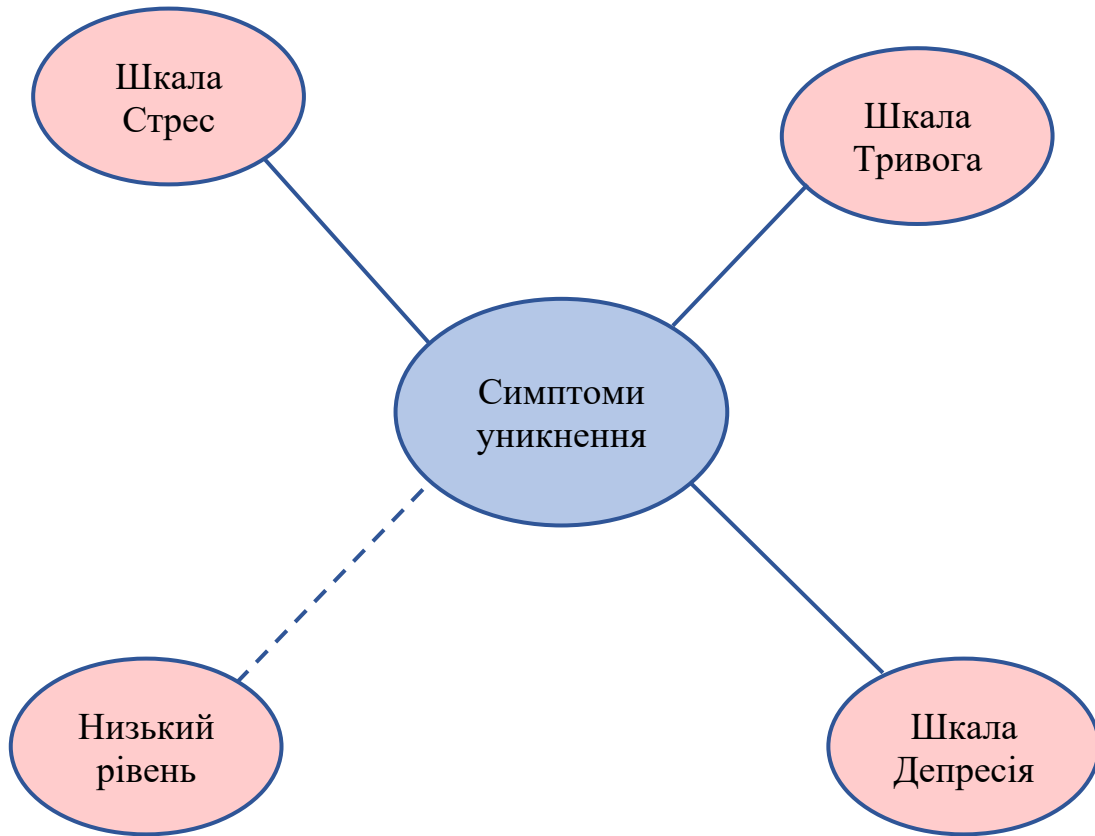


Рис. 2.5. Кореляційний зв'язок за шкалою Критерій С «Симптоми уникнення»

Ще аналізуючи симптом «негативні думки та емоції» у досліджуваних військових продемонстровано, що чим більше у них є прояв депресії ($r = 0,81$ при $p < 0,01$), тривоги ($r = 0,73$ при $p < 0,01$) та стресу ($r = 0,75$ при $p < 0,01$), то інтенсивність напливу їхніх негативних емоцій і думок значно зростає (див. рис. 2.6.).

Таким чином видно, що негативні думки та емоції, які відчують військові тісно пов'язані з тривогою, депресією і стресом. Тут формується таке замкнене коло коли негативні переживання підсилюють одне одного.

Такі взаємозв'язки можуть ускладнити процес адаптації і сповільнити процес відновлення.



Рис. 2.6. Кореляційний зв'язок за шкалою Критерій D «Негативні думки та емоції»

Також аналізуючи симптоми «надмірної реактивності» у військовослужбовців, було встановлено, що чим більше проявляється тривога ($r = 0,73$ при $p < 0,01$), депресія ($r = 0,73$ при $p < 0,01$) та стрес ($r = 0,73$ при $p < 0,01$) і високий рівень стійкості до стресу ($r = 0,73$ при $p < 0,05$), то тим більше демонструється прояв надмірної реактивності (див. рис. 2.7.).

Внаслідок цього результати показують, що надмірна реактивність, яка спостерігається у військових пов'язана з їх психоемоційним станом. Коли вони мають підвищену тривогу, депресію та стрес, то відповідно реагують у вигляді імпульсивних реакцій чи підвищеної дратівливості і збудливості. Тут спостерігається, що навіть при високій стійкості до стресу все одно є сильні прояви надмірної реактивності.

Отже, проведений кореляційний аналіз дозволяє зробити висновок, що в військових було виявлено важливі взаємозв'язки між проявами симптомів посттравматичного стресового розладу та психоемоційними станами такі, як депресія, тривога та стрес. Ці результати показують, що чим яскравіше у респондентів виражені прояви ПТСР: симптоми інтрузії, уникнення, надмірної

реактивності і негативних думок та емоцій, то тим вищий рівень в них депресивності, тривожності і стресової напруги, який виражається помітніше.

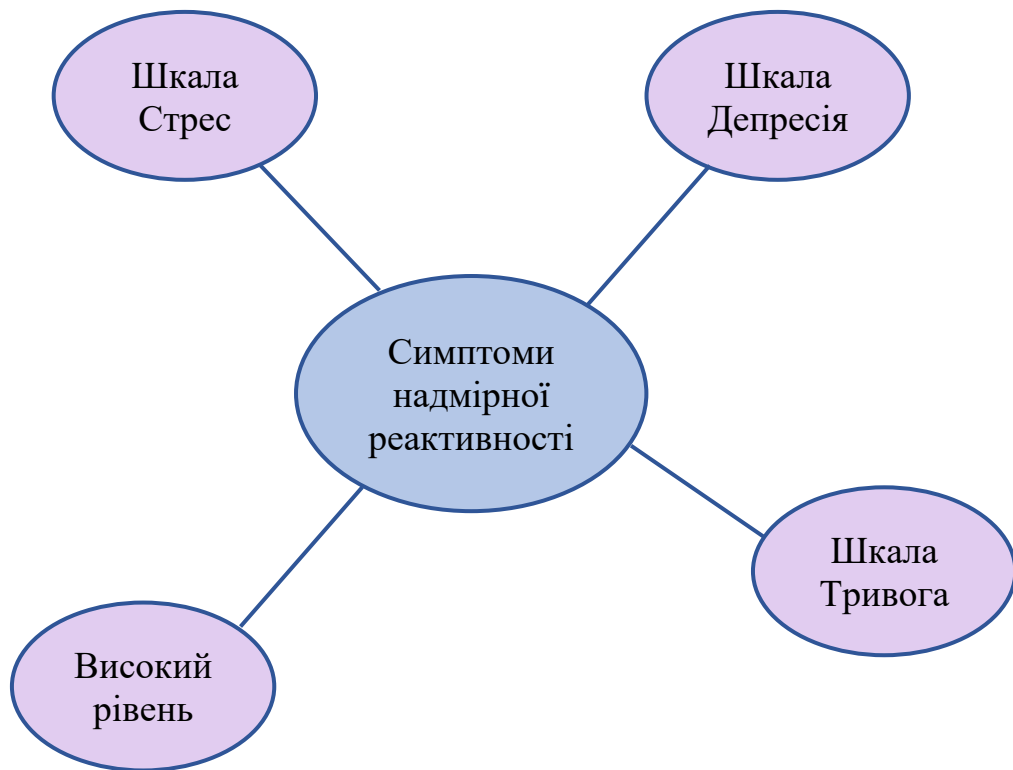


Рис. 2.7. Кореляційний зв'язок за шкалою Критерій Е «Симптоми надмірної реактивності»

Найбільш тісний кореляційний взаємозв'язок помічається між стресом, тривогою та інтрузіями, – це показує, що військові мають схильність до стресового напруження, яке в свою чергу знов і знов акцентує увагу на травматичному досвіді. Уникнення = підвищеній тривожності і депресивності, але із пониженим рівнем стійкості до стресу, а це демонструє невміння адаптуватися в стресових екстремальних подій.

Також ще було помічено, що є позитивний зв'язок між високим рівнем стресостійкості і симптомами посттравматичного стресового розладу – це свідчить військові мають власні внутрішні ресурси, які їм допомагають справлятися з травмою. Хоч і травма викликає в них негативні реакції, але вони вміють справлятися з цими труднощами.

Отже, ПТСР у військових взаємопов'язаний з психоемоційним їхнім станом. При високій тривожності, підвищеному стресі і депресивності

симптоматика розладу підкріплюється, а низький рівень стійкості до стресу уповільнюють подолання і відновлення від цих проявів.

Висновки до 2 розділу

Отже, у другому розділі було проведено емпіричне дослідження та вибрані обґрунтовані методики, які є ефективними при оцінці симптомів посттравматичного стресового розладу, емоційного стану респондентів та визначенні рівня стійкості до стресових ситуацій – це PCL-5, DASS-21 та тест «Самооцінки стійкості до стресу». Обрана кількість методик дозволила дослідити гіпотезу і частково підтвердити її.

При аналізі описових статистичних відомостей за методикою PCL-5 підтвердилось, що найбільш яскравим проявом ПТСР у даних досліджуваних – негативні думки та емоції, а так як уникнення для них неприйнятне. А за DASS-21 – є найбільш вираженими реакції стресу і це показує те, що вони перебувають в постійній напрузі, в небезпечних місцях чи ситуаціях. От шкала депресії має найнижчий середній показник, що демонструє відносну емоційну стабільність. Стійкість до стресу за результатами дослідження виявилось, що більшість військових має низький рівень. А це може ускладнювати їхнє відновлення після пережитої травматичної події.

Тому, отримані результати частково підтверджують гіпотезу про те, що при низькому рівні стійкості до стресу військовим відновитись після травми є складніше і в них присутні більш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу.

Констатуємо наступне, що кореляційний аналіз вказав на значущі зв'язки між симптомами ПТСР, психоемоційними станами і рівнями стійкості до стресу.

Отже, в цілому, підсумовуючи результати бачимо те, що чим більше виражена тривожність, депресія чи стрес, тим інтенсивніше проявляються симптоми посттравматичного стресового розладу, а саме при низькому рівні стійкості до стресу.

ВИСНОВКИ

Підбиваючи підсумки теоретичної частини і емпіричного дослідження було підтверджено, що психічна травма, яка в військових виникає через екстремальні події, які вони проживають – нанесло серйозний відбиток на їхнє ментальне здоров'я. Це проявляється у вигляді гострих стресових реакцій на стрес: ступор, тремтіння, нервові збудження, плач, панічна тривога, ступором, апатією та іншими симптомами.

Гострі реакції на стрес є початком психологічного реагування на ту подію, яка відбулась з військовослужбовцями. Якщо не надати належної психологічної допомоги і підтримки, то це переросте в складніший розлад такий, як гострий стресовий розлад і з часом в посттравматичний(ПТСР). Ці симптоми не часто легко розпізнати, навіть військові не завжди це можуть помітити, бо це може приховуватись в соматичних скаргах і ін. Через це деколи складніше провести діагностику, тому потрібно уважніше спостерігати за поведінкою військового, його емоціями і загальним станом, щоб краще зрозуміти, що відбувається з клієнтом і надати відповідну допомогу.

Завдяки критеріям DSM-5 підтверджуються ймовірні симптоми ПТСР, але при умові що ці прояви більше 4 тижнів. З загальних симптомів посттравматичного стресового розладу у військових зустрічаються негативні емоції та думки, повторювані спогади травматичної події та підвищена тривожність.

Ці симптоми є некомфортними для військових, бо сповільнюють процес відновлення так, як емоційно навантажують і утруднюють процес адаптації до звичного спокійного життя. Негативні думки і емоції, які виникають гальмують реабілітацію, бо присутні постійні сумніви, негативні переконання і невизначеність. Повторювані спогади, які нагадують їм про травматичну подію часто підсилюють тривожність і мішають звично жити і виникають ускладнення з засинанням. Ще проявляються на соматичних станах такі, як підвищений тиск, пришвидшене серцебиття, біль головний, нудота чи болі в животі. При

відновленні кожен симптом потребує індивідуального підходу при психологічній допомозі і подальшому лікуванні.

Можна узагальнити наступний висновок, що з сильно вираженими ознаками ПТСР військовослужбовцям тяжче адаптуватися до спокійного життя, без бойових дій. Результати даного дослідження показали, що так, як респонденти мають низький рівень стійкості до стресу і їм буде складніше в процесі реабілітації після пережитих екстремальних подій. Це підтверджується завдяки методикам PCL-5, DASS-21 та тесту «Самооцінка стійкості до стресу».

Під час кореляційного аналізу зазначено, що симптоми уникнення, інтрузії, надмірної реактивності та негативних думок та емоцій пов'язані з депресією, тривогою та стресом. Також важливим аспектом є рівень стійкості до стресу серед військових. Також був помітний тісний зв'язок між низьким рівнем стресостійкості і симптомами, які мають високий рівень вираження посттравматичного стресового розладу – і це ще раз підкреслює про тяжкість адаптації і відновлення до спокійного життя.

Тому, психологічна допомога і підтримка має допомогти військовим з низьким рівнем стійкості до стресу навчитися краще справлятися з стресовими ситуаціями, які виникли для кращого відновлення.

Отже, підсумовуючи зазначаємо наступне, що дані результати дослідження підтверджують гіпотезу про що стійкість до стресу має великий вплив на проявлення і відновлення при ПТСР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Львів: Видавництво «Компанія Манускрипт», 2024. 592 с.
2. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції // Психотерапія: наука і практика. 2016. № 1[Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>. Дата звернення: 15.04.2025.
3. Бойко Г.М. Реабілітаційна психологія: навч. посібник. Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
4. Бриндіков Ю.Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія. Хмельницький : Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб, 11-а редакція. Розлад, пов'язаний із травмою: посттравматичний стресовий розлад (F43.1) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/diahnostychni-kryteriyi-ptsr-kerivnytstva-z-diahnostyky-i-statystyky-psykhichnykh>. Дата звернення: 13.04.2025.
6. Горбунова В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Центр психічного здоров'я та травматерапії. Інститут психічного здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/PROSTIR_NADIJY-dr.pdf. Дата звернення: 16.04.2025.
7. Гридковець Л., Вебер Т., Журавльова Н., Запорожець О., Климишин О., Креймейер Д., Мокроусова А., Пророк Н., Сиротич Н., Сіренко Т., Царенко Л., Шапошник Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3. Київ: 2018. 236 с.

8. Гринь К.В., Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Шиндер В.В. Спосіб лікування посттравматичних стресових розладів : патент. ВДНЗУ «УМСА»; опубл. 10.05.2018, Бюл. № 9.
9. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021, 158 с.
10. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник. Київ: 2017, 185 с.
11. Куркова К.М., Луценко-Миськів Л.І. Соціальна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період // Публічне право та управління. 2024. № 1. С. 309–316.
12. Максименко С.Д., Кокун О.М., Панок В.Г., Даниленко Г.М., Лінський І.В., Сердюк О.О., Бурлака В.В., Щербакова О.О., Лунченко Н.В. Українське лонгітюдне дослідження (Ukrainian Longitudinal Study, ULS). Методичні рекомендації з використання психодіагностичних інструментів третьої хвилі дослідження. Київ–Харків, 2022.
13. Мальована О. Психологічна травма та ПТСР (посттравматичний стресовий розлад): симптоми, етапи, лікування [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://arpp.com.ua/articles/psychological-trauma-and-ptsd-post-traumatic-stress-disorder-symptoms-stages-treatment/>
14. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАО, 2014. 223 с.
15. Мюллер Мартіна. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. Серія «Сам собі психотерапевт». Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.
16. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів». Київ: Національна академія внутрішніх справ, 2014. 38 с.
17. Національний центр з вивчення ПТСР. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) [Електронний ресурс]. Режим доступу:

<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>.

Дата

звернення: 20.04.2025.

18. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?: довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Вознічиної, Л. Литвиненко. 2-ге вид., доповн. Київ, 2023. 164 с.
19. Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 // Дарницька районна в місті Києві державна адміністрація [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://darnytsia.ua/ptsr/opytuvalnyk-posttravmatychnoho-stresovoho-rozladu-pcl-5>. Дата звернення: 20.04.2025.
20. Павлик Н.В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. Київ : Ін-т пед. освіти і освіти дорослих ім. Івана Зязюна НАПН України, 2019. 95 с.
21. Підлісецька Л. (упоряд., наук. ред.). Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / пер. з англ. Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.
22. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Д., Гридковець Л., Царенко Л., Ковальчук О., Невмержицький В., Кондратенко Л., Манилова Л., Чекстєре О., Палієнко Т. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
23. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів: матеріали для самостійної роботи / Національна академія внутрішніх справ, навчально-науковий інститут № 4. Київ, 2016. 37 с.
24. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій // Медична психологія. 2020. № 4. С. 23–26.

25. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) // Економіка та держава. 2012. № 3. С. 103–106.
26. Реакція на травматичний досвід // Psychology Tools. Пер. з англ. Psychology Tools, 2022. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.psychologytools.com/resource/reactions-to-trauma/>. Дата звернення: 21.04.2025.
27. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. 2012. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma>. Дата звернення: 22.04.2025.
28. Савченко І. Є. Вплив травматичних подій на психоемоційний стан особистості // Сучасна освіта в Україні: актуальні виклики та можливості. 2023. С. 98.
29. Тімченко О. В. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
30. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.
31. Христюк О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2017. Випуск 2. С. 183–191 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2017_2_22
32. Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценко Л., Кочубей В., Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
33. Чабан О. С. Психотерапія при ПТСР має бути спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності // Нейро News: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2010. № 2 (21). С. 5–8.

34. Чубенко І. М., Котвіцький В. В., Григор'єв В. В., Литвиненко Е. С. Стандарт підготовки І–СТ–4. Індивідуальна підготовка військовослужбовця з психологічної підготовки. Київ: Міністерство оборони України, 2013. 29 с.
35. Щербатих Ю. В. Психологія стресу. Київ : 2006. 304 с.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
37. Clinical Psychology Review. 2000. Vol. 28, No. 8, pp. 1041–1065.
38. Combat and Operational Stress Control / Field Manual Headquarters No. 4-02.51 (8-51). Washington, DC: Department of the Army, 2006. July 6.
39. Crede M., Tynan M., Harms P. D., Lester P. B. Clarifying the association between adverse childhood experiences and postdeployment posttraumatic stress disorder symptom severity: A meta-analysis and large-sample investigation // Journal of Traumatic Stress. 2023. Vol. 36. P. 700–711. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22940>.
40. McNally R. J., Shin L. M. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans // Am. J. Psychiatry. 1995. № 152. С. 936–938.
41. Meyer E. C., La Bash H., DeBeer B. B., Kimbrel N. A., Gulliver S. B., Morissette S. B. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2019. Т. 11, № 4. С. 383–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
42. Micale, M. S., Lerner, P. (eds.). Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 320 p.
43. Oppenheim H. Die Traumatischen Neurosen. 2-е вид. Berlin: Hirschwald, 1892.

44. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Электронный ресурс] // National Center for PTSD. Режим доступа:
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
45. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD, 2013. 20 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

А. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події / подій.
2. Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
3. Травматична подія / події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими.
4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи.

В. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію / події.

Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації / ситуацій.

2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і / або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією / подіями.

Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.

3. Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія / події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент).

Примітка: у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4. Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.

С. Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

1. Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію / події чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією подією / подіями.

2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію / події чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею / ними.

Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події / подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).

2. Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована»).

3. Постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших.

4. Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).
5. Помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них.
6. Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів:

1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокування чи без), що, зазвичай, проявляється як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів.
2. Ризикована або самоушкоджуюча поведінка.
3. Надмірна пильність.
4. Перебільшена реакція здригання.
5. Проблеми із зосередженістю.
6. порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон).

Е. Тривалість розладу (критерії В, С, D, Е) понад 1 місяць.

Г. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

Н. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

1. Повторне переживання травматичної події в реальному часі, в якому подія (події) не просто згадується, а переживається як те, що відбувається тут і зараз. Зазвичай це відбувається у формі яскравих настирливих спогадів чи образів; флешбеків, які можуть варіювати від легких (виникає швидкоплинне почуття повторення події в режимі реального часу) до важких (відбувається повна втрата усвідомлення справжнього навколишнього середовища) або повторюваних снів або кошмарів, які тематично пов'язані з подією (подіями), що травмує. Повторне переживання зазвичай супроводжується сильними чи непереборними емоціями, такими як страх чи жах та сильними фізичними відчуттями. Повторне переживання при цьому може також включати почуття пригніченості або занурення в ті ж інтенсивні емоції, які були присутні під час травматичної події без когнітивного аспекту, і може виникати у відповідь на нагадування про подію. Рефлексії або роздуми про подію (події) та спогади про почуття, які людина відчувала на той час, недостатні для кваліфікації повторного переживання.
2. Уникнення нагадувань, які можуть спричинити повторне переживання травматичної події (подій). Це може набувати форми або активного внутрішнього уникнення, тобто, думок та спогадів, пов'язаних з подією (подіями), або зовнішнього уникнення, тобто, людей, розмов, діяльності або ситуацій, що нагадують про подію (події). У крайніх випадках людина може змінити своє оточення (наприклад, переїхати в інше місто або змінити роботу), щоб уникнути нагадувань.
3. Постійне почуття підвищеної поточної загрози, наприклад, у вигляді підвищеної пильності чи перебільшеної реакції переляку на такі подразники, як несподіваний шум. Люди з гіперпильністю постійно захищають себе від небезпеки та відчують, що їм самим чи близьким людям загрожує безпосередня небезпека як у конкретних ситуаціях, так і загалом. Вони можуть формувати нові моделі поведінки, спрямовані на безпеку (наприклад, не сидіти спиною до дверей, постійно перевіряти дзеркала заднього виду в автомобілі)

Симптоми зберігаються протягом щонайменше кількох тижнів і викликають значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Додаток В

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток Г

Описова статистика

Опис статистики					
	N	Мінімум	Максимум	Середнє значення	Стд. відхилення
Вік	50	18	59	34,40	11,263
Категорія В	50	1,00	20,00	10,7000	4,92495
Категорія С	50	0,00	8,00	3,9600	2,28536
Категорія D	50	1,00	26,00	12,8800	7,01206
Категорії E	50	0,00	23,00	12,1200	5,97150
Загальний бал	50	3,00	72,00	39,6600	17,92799
Депресія	50	0,00	21,00	7,7600	5,12122
Тривога	50	0,00	20,00	8,3200	4,84637
Стрес	50	0,00	19,00	9,9000	4,97853
Низький рівень	9	44,00	48,00	45,0000	1,58114
Середній	25	31,00	42,00	36,5600	3,34265

рівень					
Високий рівень	16	18,00	30,00	27,1250	3,13847
N валідні(ціл і)	0				

Додаток Г

Кореляційна матриця даних

Кореляції		Критерій В	Критерій С	Критерій Д	Критерій Е	Загальний бал
Критерій В	Кореляція Пірсона	1	,545**	,700**	,803**	,885**
	Знч.(2-сторонній)		0	0	0	0
	N	50	50	50	50	50
Критерій С	Кореляція Пірсона	,545**	1	,538**	,489**	,651**
	Знч.(2-сторонній)	0		0	0	0
	N	50	50	50	50	50
Критерій Д	Кореляція Пірсона	,700**	,538**	1	,820**	,925**
	Знч.(2-сторонній)	0	0		0	0
	N	50	50	50	50	50
Критерій Е	Кореляція Пірсона	,803**	,489**	,820**	1	,937**
	Знч.(2-сторонній)	0	0	0		0
	N	50	50	50	50	50
Загальний бал	Кореляція Пірсона	,885**	,651**	,925**	,937**	1
	Знч.(2-сторонній)	0	0	0	0	
	N	50	50	50	50	50
Депресія	Кореляція Пірсона	,648**	,425**	,812**	,690**	,780**
	Знч.(2-сторонній)	0	0,002	0	0	0
	N	50	50	50	50	50
Тривога	Кореляція Пірсона	,759**	,421**	,730**	,803**	,815**
	Знч.(2-сторонній)	0	0,002	0	0	0
	N	50	50	50	50	50
Стрес	Кореляція Пірсона	,764**	,455**	,746**	,834**	,837**
	Знч.(2-сторонній)	0	0,001	0	0	0
	N	50	50	50	50	50
Низький рівень	Кореляція Пірсона	0,43	-,817**	0,527	0	0,202
	Знч.(2-сторонній)	0,248	0,007	0,145	1	0,602
	N	9	9	9	9	9
Середній рівень	Кореляція Пірсона	0,061	-0,254	0,028	0,268	0,085
	Знч.(2-сторонній)	0,773	0,221	0,895	0,195	0,686
	N	25	25	25	25	25
Високий рівень	Кореляція Пірсона	0,477	0,305	0,397	,520*	0,481
	Знч.(2-сторонній)	0,062	0,25	0,128	0,039	0,059
	N	16	16	16	16	16