

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА
БЕЗПЕКИ**

Кафедра загальної та соціальної психології

**Кваліфікаційна робота на тему:
ФАКТОРИ РИЗИКУ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ВІЙНИ**

кваліфікаційна робота
здобувачки першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти
денної форми здобуття освіти
спеціальності 053 Психологія
Анни ВІТЕР

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

Рецензент:
доцент кафедри практичної психології,
доктор філософії в галузі психології
Наталія КАЛЬКА

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«___» _____ 2026 р., протокол № ___

Завідувач кафедри загальної та соціальної психології

Зоряна КОВАЛЬЧУК

(підпис)

Львів 2026

АНОТАЦІЯ

Вітер А. Фактори ризику ПТСР у військових та ветеранів на сучасному етапі війни. Кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Науковий керівник: Оксана Христюк, кандидат психологічних наук, доцент.

У роботі досліджено психологічні та соціальні фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових і ветеранів в умовах сучасної війни. Основна мета роботи полягає у теоретико-емпіричному вивченні чинників, що підвищують імовірність формування посттравматичних проявів після бойового досвіду. Предметом дослідження є бойовий досвід, соціальна підтримка, психологічна стійкість, тривожність, депресивні прояви та їхній зв'язок із симптомами ПТСР.

У кваліфікаційній роботі проаналізовано теоретичні підходи до розуміння ПТСР, охарактеризовано психологічні, індивідуально-особистісні, сімейно-соціальні та середовищні фактори ризику, а також визначено захисні ресурси військових і ветеранів. Емпіричне дослідження проведено на основі авторського анонімного онлайн-опитування 43 респондентів із використанням PCL-5, HADS, Brief Resilience Scale та соціально-демографічної анкети.

Ключові слова: ПТСР, військові, ветерани, бойовий досвід, травматичний стрес, соціальна підтримка, психологічна стійкість, тривожність, депресія, психологічна допомога.

ABSTRACT

Viter A. Risk Factors for PTSD in Military Personnel and Veterans at the Current Stage of the War. Bachelor's qualification paper in specialty 053 Psychology. Academic supervisor: Oksana Khrystuk, PhD in Psychology, Associate Professor.

The qualification paper examines psychological and social risk factors for the development of post-traumatic stress disorder in military personnel and veterans under the conditions of the current war. The main purpose of the study is to provide a theoretical and empirical analysis of the factors that increase the probability of post-traumatic symptoms after combat experience. The subject of the study includes combat experience, social support, psychological resilience, anxiety, depressive symptoms, and their relationship with PTSD manifestations.

The paper analyzes theoretical approaches to understanding PTSD, describes psychological, individual-personality, family-social and environmental risk factors, and identifies protective resources of military personnel and veterans. The empirical part of the study was based on an anonymous online survey of 43 respondents using the PCL-5, HADS, Brief Resilience Scale and an author's socio-demographic questionnaire.

Keywords: PTSD, military personnel, veterans, combat experience, traumatic stress, social support, psychological resilience, anxiety, depression, psychological assistance.

ЗМІСТ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ..... | 8 |
| 1.1 Поняття, сутність та історія вивчення посттравматичного стресового розладу в психологічній літературі..... | 8 |
| 1.2 Причини, механізми виникнення та діагностика посттравматичного стресового розладу..... | 13 |
| 1.3 Основні прояви та наслідки посттравматичного стресового розладу для особистості та соціального функціонування військових і ветеранів..... | 18 |
| Висновки до розділу 1..... | 23 |
| РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ..... | 25 |
| 2.1 Психологічні, індивідуально-особистісні та сімейно-соціальні фактори ризику розвитку ПТСР..... | 25 |
| 2.2 Вплив бойових дій, травматичного досвіду та чинників середовища на розвиток ПТСР..... | 28 |
| 2.3 Захисні фактори та ресурси психологічної стійкості військових і ветеранів..... | 32 |
| Висновки до розділу 2..... | 36 |
| РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ..... | 38 |
| 3.1 Мета, завдання, етапи емпіричного дослідження та характеристика вибірки..... | 38 |
| 3.2 Аналіз отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження..... | 43 |
| 3.3 Кореляційний аналіз..... | 47 |
| 3.4 Взаємозв'язок бойового досвіду, соціальної підтримки, психологічної стійкості та посттравматичних симптомів..... | 53 |
| 3.5 Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги військовим і ветеранам із ризиком розвитку ПТСР..... | 58 |
| Висновки до розділу 3..... | 61 |
| ВИСНОВОК..... | 63 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 67 |
| ДОДАТКИ..... | 74 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап війни в Україні супроводжується значним зростанням психотравмуючих впливів на військовослужбовців та ветеранів бойових дій. Участь у бойових діях пов'язана з тривалим перебуванням у ситуаціях підвищеної небезпеки, постійною загрозою поранення або загибелі, регулярними обстрілами, втратами серед побратимів, необхідністю швидко приймати рішення в умовах невизначеності та високою відповідальністю за життя інших людей. Сукупність цих чинників створює надмірне навантаження на психіку, виснажує адаптаційні ресурси особистості та може призводити до тривалих психологічних порушень. Одним із найпоширеніших і найбільш значущих наслідків бойового досвіду є посттравматичний стресовий розлад.

Посттравматичний стресовий розлад у психологічній науці розглядається як складний психічний стан, що виникає після переживання подій винятково загрозливого або катастрофічного характеру. У військовослужбовців і ветеранів він може проявлятися через повторювані нав'язливі спогади про травматичні події, кошмарні сновидіння, уникнення ситуацій, які нагадують про бойовий досвід, постійну настороженість, порушення сну, дратівливість, труднощі в емоційному реагуванні, відчуження від близьких і втрату відчуття безпеки.

Психологічні наслідки бойового досвіду впливають не лише на внутрішній стан військових і ветеранів, а й на їхню здатність підтримувати стабільні міжособистісні зв'язки, виконувати професійні обов'язки, будувати довірливі стосунки з родиною та адаптуватися до мирних умов. Підвищена напруга, емоційна замкненість, труднощі зі сном, зниження довіри до оточення, тривожність і депресивні прояви можуть істотно ускладнювати процес соціальної інтеграції.

Особливої уваги потребує період після завершення активної участі у бойових діях, коли військовослужбовці та ветерани стикаються з необхідністю відновлення звичного ритму життя. У цей час можуть загострюватися труднощі, які раніше частково стримувалися умовами служби: емоційне напруження,

відчуття відчуження, проблеми у сімейному спілкуванні, зниження мотивації, підвищена тривожність і порушення сну.

Мета дослідження полягає у теоретико-емпіричному вивченні факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів бойових дій в умовах сучасної війни.

Досягнення цієї мети передбачає послідовне розв'язання кількох взаємопов'язаних завдань: проаналізувати теоретичні підходи до розуміння ПТСР та специфіки його прояву у військовослужбовців і ветеранів; охарактеризувати психологічні, індивідуально-особистісні, сімейно-соціальні та середовищні фактори ризику розвитку ПТСР; емпірично дослідити рівень посттравматичних симптомів, тривожності, депресії та психологічної стійкості; визначити зв'язок між тривалістю бойового досвіду, соціальною підтримкою, психологічною стійкістю та інтенсивністю посттравматичних проявів.

Об'єктом дослідження є психічний стан військових та ветеранів бойових дій, оскільки саме він відображає особливості психологічного реагування людини на травматичний досвід війни. **Предмет дослідження** становлять психологічні та соціальні фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових і ветеранів, зокрема бойовий досвід, соціальна підтримка, психологічна стійкість, прояви тривожності та депресії.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення теорії стресу та копінгу Р. Лазаруса і С. Фолкман, концепції психологічної травми П. Левіна та Дж. Герман, сучасні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу, а також праці українських дослідників, присвячені бойовому стресу, психологічним наслідкам війни, соціальній адаптації, психологічній стійкості та реабілітації військовослужбовців і ветеранів. Український науковий контекст представлений працями Ю. О. Асєвої, К. В. Аймедова, А. М. Яцишиної, С. Лозюк, О. М. Шпортун, З. С. Савчук, В. В. Чорної, О. А. Блінова, О. М. Кокуна, Н. С. Лозінської та І. О. Пішко, у яких проаналізовано клінічні прояви ПТСР у військових, фактори ризику його розвитку, роль бойового стресу, саморегуляції, психологічної стійкості, соціальної підтримки та реабілітаційного

супроводу. Залучення цих підходів дає змогу розглядати посттравматичний стресовий розлад не лише як індивідуальну реакцію на травматичну подію, а як складне психологічне явище, що формується під впливом бойового досвіду, особистісних ресурсів, сімейно-соціального середовища та доступності фахової допомоги.

Наукова новизна дослідження полягає в узагальненні та систематизації факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових і ветеранів в умовах сучасної війни, а також у визначенні зв'язку між бойовим досвідом, рівнем соціальної підтримки, психологічною стійкістю, тривожністю, депресією та проявами ПТСР. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у діяльності психологів, які працюють із військовослужбовцями, ветеранами бойових дій та членами їхніх сімей. Отримані результати можуть застосовуватися під час розроблення профілактичних заходів, програм психологічного супроводу, рекомендацій щодо адаптації ветеранів до цивільного життя та заходів раннього виявлення ризику розвитку посттравматичних проявів.

Для досягнення мети дослідження використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів. Теоретичний блок охоплює аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизацію наукових джерел із проблеми ПТСР, бойового стресу, психологічної стійкості, соціальної підтримки та адаптації військових і ветеранів. Емпіричний блок представлений психодіагностичним тестуванням і анкетуванням. Для обробки отриманих результатів передбачено використання методів кількісного та якісного аналізу, описової статистики, порівняльного аналізу й кореляційного аналізу, що дає змогу встановити зв'язки між досліджуваними показниками.

Емпіричне дослідження проводилося із застосуванням шкали оцінки симптомів ПТСР PCL-5, шкали тривожності та депресії HADS, шкали психологічної стійкості Brief Resilience Scale та авторської соціально-демографічної анкети. Організація опитування здійснювалася з урахуванням українських методичних рекомендацій О. М. Кокуна щодо діагностики

професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості, оскільки вони відповідають завданню вивчення психологічної стійкості осіб, які мають досвід перебування в умовах підвищеного стресового навантаження. Опитування проводилося у стандартизованій формі за допомогою онлайн-форми, що забезпечувало однакові умови для всіх учасників. Отримані дані використовувалися лише в узагальненому вигляді. Логіка дослідження ґрунтується на таких гіпотезах:

Гіпотеза 1. Військові та ветерани з тривалішим бойовим досвідом мають вищий рівень проявів посттравматичного стресового розладу. Це припущення пов'язане з тим, що тривале перебування в умовах бойових дій, регулярної загрози життю, обстрілів, втрат і постійної напруги посилює психотравмуюче навантаження та може підвищувати ризик формування стійких посттравматичних симптомів.

Гіпотеза 2. Недостатній рівень психологічної та соціальної підтримки з боку близького оточення пов'язаний із більш вираженими симптомами посттравматичного стресового розладу. Це пояснюється тим, що дефіцит підтримки ускладнює переживання травматичного досвіду, знижує відчуття безпеки, посилює ізоляцію та перешкоджає успішній адаптації військових і ветеранів до мирного життя.

Гіпотеза 3. Нижчий рівень психологічної стійкості у військових та ветеранів пов'язаний із вищими показниками посттравматичних симптомів, тривожності та депресії. Це припущення є придатним для емпіричної перевірки, оскільки психологічна стійкість досліджується за допомогою шкали Brief Resilience Scale, а прояви ПТСР, тривожності та депресії – за допомогою методик PCL-5 і HADS. Саме тому можна встановити, чи існує зв'язок між рівнем психологічної стійкості та інтенсивністю психологічних порушень у досліджуваній групі.

Бакалаврська кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВETERANІВ

1.1 Поняття, сутність та історія вивчення посттравматичного стресового розладу в психологічній літературі

Посттравматичний стресовий розлад розглядається у психологічній літературі як складний психічний стан, що виникає після переживання або безпосереднього спостереження події, пов'язаної із реальною загрозою життю, тяжким пораненням, смертю інших людей або іншою надзвичайною травматичною ситуацією. Для військових і ветеранів така подія найчастіше пов'язана з бойовими діями, обстрілами, пораненнями, втратами побратимів, перебуванням у полоні, евакуацією поранених або тривалим очікуванням небезпеки. У сучасних клінічних підходах ПТСР відмежовується від звичайної стресової реакції тим, що симптоми зберігаються понад один місяць, порушують соціальне, професійне або сімейне функціонування та не зводяться лише до короткочасного емоційного потрясіння [12, с. 24-27].

Сутність посттравматичного стресового розладу полягає не тільки в самому факті переживання небезпечної події, а й у тому, що психіка не може повністю інтегрувати травматичний досвід у звичайну систему спогадів. Травматична подія ніби залишається «активною» у свідомості людини: вона повертається у вигляді нав'язливих образів, снів, раптових спогадів, тілесного напруження або гострих емоційних реакцій на звуки, запахи, місця чи ситуації, які нагадують про бойовий досвід. Саме тому ПТСР не можна зводити до слабкості характеру, поганої дисципліни або небажання людини адаптуватися. Йдеться про порушення психологічної переробки травми, яке має емоційні, когнітивні, поведінкові та тілесні прояви.

У військових ПТСР має специфічний зміст, оскільки бойова травма часто є не одноразовою, а повторюваною. Військовослужбовець може тривалий час перебувати у стані підвищеної готовності, очікування обстрілу, дефіциту сну, фізичного виснаження, втрати контролю над ситуацією та постійної

відповідальності за інших. Унаслідок цього травматичний досвід накопичується, а психіка не отримує достатнього часу для відновлення. У сучасних дослідженнях ПТСР у військових описується як стан, у якому поєднуються повторне переживання травми, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни у сприйнятті себе й світу та підвищена збудливість [2, с. 9-12].

Таблиця 1.1

Авторська таблиця. Еволюція наукового розуміння посттравматичного
стресового розладу в психологічній літературі

| Історичний етап | Основне поняття або термін | Зміст наукового розуміння | Значення для вивчення військових і ветеранів |
|------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Друга половина XIX ст. | «Солдатське серце» | Психічні наслідки війни переважно пояснювалися тілесними симптомами: серцебиттям, задишкою, виснаженням, безсонням | Було зафіксовано, що участь у бойових діях може спричинити тривалі порушення стану людини |
| Перша світова війна | «Снарядний шок» | Порушення пов'язували з впливом вибухів, артилерійських обстрілів і перебуванням у зоні бойових дій | З'явилося розуміння, що бойова травма може мати не лише фізичну, а й психологічну природу |
| Друга світова війна | «Бойова втома», «військовий невроз» | Увага змістилася на виснаження психіки під впливом тривалого бойового навантаження | Було посилено інтерес до відновлення військових після участі у війні |
| Після війни у В'єтнамі | Тривалі психологічні наслідки бойового досвіду | Масові труднощі ветеранів із поверненням до цивільного життя спричинили перегляд попередніх підходів | Досвід ветеранів став основою для офіційного визнання ПТСР як окремого розладу |
| 1980 р. | ПТСР у DSM-III | Посттравматичний стресовий розлад було офіційно включено до психіатричної класифікації | ПТСР почали розглядати як самостійний діагностичний феномен |
| Сучасний етап | Біопсихосоціальна модель ПТСР | Розлад пояснюється взаємодією травматичної події, індивідуальних особливостей, соціальної підтримки й умов середовища | Дає змогу аналізувати не лише симптоми, а й фактори ризику та захисні ресурси військових і ветеранів |

Історія вивчення ПТСР показує поступовий перехід від соматичного пояснення бойових наслідків до комплексного психологічного розуміння травми. Спочатку симптоми військових трактувалися як порушення роботи серця, нервово виснаження або наслідок фізичного впливу вибухової хвилі. Надалі стало очевидно, що подібні прояви виникали і в тих військових, які не мали прямого тілесного ушкодження, але перебували в умовах постійної загрози. Це дало підстави розглядати бойову травму як психологічний феномен, пов'язаний із переживанням страху, безпорадності, втрати контролю та неможливості швидко повернутися до відчуття безпеки.

Для військовослужбовців особливо характерним є зв'язок ПТСР із бойовим стресом. Бойовий стрес формується в умовах реальної небезпеки та передбачає мобілізацію всіх психофізіологічних ресурсів людини. Однак за умов тривалого перебування в зоні бойових дій така мобілізація перестає бути короткочасною і може перетворюватися на стійкий стан напруження. У дослідженнях бойового стресу підкреслюється, що його наслідки охоплюють не лише емоційну сферу, а й поведінку, міжособистісні реакції, сон, працездатність і здатність до самоконтролю [7, с. 11-15].

Сучасне розуміння ПТСР ґрунтується на тому, що розлад має кілька взаємопов'язаних груп проявів. Перша група стосується повторного переживання травматичної події: людина може знову і знову повертатися до побаченого або пережитого, навіть якщо свідомо намагається цього уникнути. Друга група охоплює уникнення: військовий або ветеран може не говорити про пережите, уникати місць, людей, новин, звуків чи запахів, які нагадують про травму. Третя група пов'язана з негативними змінами у мисленні та настрої, зокрема з провинною, соромом, недовірою, відчуженням і втратою інтересу до звичного життя. Четверта група проявляється у підвищеній збудливості: порушеннях сну, дратівливості, настороженості, різких реакціях на гучні звуки, труднощах концентрації уваги.

У психології бою ПТСР розглядається як наслідок не лише страху смерті, а й руйнування звичної системи безпеки, моральних орієнтирів і способів

контролю над реальністю. Бойова ситуація різко відрізняється від цивільного життя: у ній нормою стають ризик, наказ, швидка реакція, недосипання, фізичне напруження та постійна готовність до загрози. Коли військовий повертається до мирного середовища, його психіка може продовжувати функціонувати за логікою бойової готовності. Саме тому звичайні побутові ситуації інколи сприймаються як небезпечні, а тіло реагує так, ніби загроза ще триває [25, с. 91-96].

Таблиця 1.2

Авторська таблиця. Основні компоненти посттравматичного стресового розладу у військових і ветеранів

| Компонент ПТСР | Типові прояви | Конкретизація для військових і ветеранів | Можливий вплив на адаптацію |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Повторне переживання травми | Нав'язливі спогади, сни, флешбеки, різкі емоційні реакції | Повернення до епізодів обстрілів, поранень, втрат побратимів, евакуації або бою | Порушення сну, виснаження, складність зосередження на роботі та спілкуванні |
| Уникнення | Небажання говорити про травму, уникнення людей, місць або тем | Уникнення розмов про службу, новин про війну, зустрічей із колишніми побратимами або медичними установами | Звуження соціальних контактів, ізоляція, труднощі з отриманням допомоги |
| Негативні зміни у мисленні й настрої | Провина, сором, недовіра, відчуження, втрата інтересу | Відчуття провини за виживання, зниження довіри до цивільних, складність говорити з родиною | Погіршення сімейних взаємин, зниження мотивації, депресивні прояви |
| Підвищена збудливість | Дратівливість, настороженість, порушення сну, різкі реакції | Гостра реакція на гучні звуки, потреба контролювати простір, постійне очікування небезпеки | Конфліктність, виснаження, труднощі адаптації до мирного ритму життя |
| Порушення соціального функціонування | Складність підтримувати зв'язки, виконувати ролі, планувати майбутнє | Проблеми з поверненням до роботи, навчання, сімейних обов'язків | Ризик соціальної дезадаптації та потреба у психологічному супроводі |

ПТСР у ветеранів має відстрочений соціальний вимір, оскільки симптоми можуть особливо помітно проявлятися вже після завершення служби. У бойових умовах частина реакцій, наприклад настороженість, швидка мобілізація, емоційне стримування або контроль простору, може допомагати вижити. У цивільному середовищі ті самі реакції часто починають заважати: людина важко розслабляється, болісно реагує на побутові конфлікти, уникає близьких розмов, не може пояснити власний стан родині. Тому ПТСР у військових і ветеранів потрібно розглядати не лише як індивідуальний психічний розлад, а і як проблему адаптації після бойового досвіду.

У теоретичному аналізі важливо відрізнити ПТСР від гострої реакції на стрес. Гостра реакція виникає безпосередньо після травматичної події та може бути короткочасною, тоді як ПТСР передбачає триваліший і більш стійкий комплекс симптомів. Для діагностичного опису ПТСР застосовують стандартизовані підходи, зокрема опитувальник PCL-5, який містить 20 пунктів і дає змогу оцінити вираженість посттравматичних симптомів відповідно до основних симптоматичних груп. Українська адаптація відповідного інструментарію має значення для емпіричних досліджень, оскільки дозволяє коректніше оцінювати прояви ПТСР в українській популяції [1, с. 30-31]. У дослідженнях впливу воєнних дій також наголошується, що інтенсивність симптомів залежить не тільки від самого факту участі у бойових діях, а й від тривалості, повторюваності та суб'єктивного переживання травматичного досвіду [3, с. 138-140].

У психологічній літературі ПТСР пояснюється через поєднання кількох механізмів. На емоційному рівні травма закріплює інтенсивний страх, безпорадність або жах. На когнітивному рівні змінюються уявлення людини про себе, інших і світ: світ починає сприйматися як небезпечний, люди – як ненадійні, а власне майбутнє – як невизначене. На поведінковому рівні формується уникнення, яке тимчасово знижує напруження, але водночас не дає психіці переробити травматичний досвід. На тілесному рівні зберігається підвищена

готовність до реагування, що проявляється порушеннями сну, м'язовим напруженням, різкими реакціями на стимули та швидким виснаженням.

Для ветеранів бойових дій особливе значення має те, що ПТСР часто впливає на сімейні та соціальні зв'язки. Людина може залишатися фізично присутньою в родині, але психологічно дистанціюватися від близьких, уникати обговорення пережитого, різко реагувати на дрібні побутові подразники або втрачати інтерес до спільної діяльності. У наукових описах проявів ПТСР у ветеранів підкреслюється, що розлад може поєднуватися з тривожністю, депресивними проявами, емоційною нестабільністю та труднощами соціального функціонування [6, с. 50-54].

Отже, посттравматичний стресовий розлад у військових і ветеранів є багатовимірним психологічним явищем, яке сформувалося як окрема наукова проблема внаслідок історичного досвіду воєн, масових травматичних подій і тривалого вивчення бойових наслідків. Його сутність полягає у стійкому порушенні переробки травматичного досвіду, що проявляється через повторне переживання травми, уникнення, негативні зміни в емоційно-когнітивній сфері та підвищену збудливість. Для подальшого аналізу факторів ризику ПТСР у військових і ветеранів принциповим є розуміння того, що розлад формується не ізольовано, а під впливом бойового досвіду, особистісних ресурсів, соціальної підтримки та умов повернення до цивільного життя.

1.2 Причини, механізми виникнення та діагностика посттравматичного стресового розладу

Причини посттравматичного стресового розладу у військових і ветеранів пов'язані не з одним окремим чинником, а з комплексом психотравмуючих впливів, які діють на людину під час бойового досвіду та після повернення до цивільного життя. До таких причин належать безпосередня загроза життю, поранення, спостереження за загибеллю або тяжкими травмами інших людей, участь у бойових операціях, перебування під обстрілами, евакуація поранених, втрата побратимів, полон, а також тривале перебування в умовах невизначеності.

У військових ПТСР часто формується не після однієї події, а внаслідок повторюваного травматичного навантаження, коли психіка тривалий час перебуває у стані бойової готовності та не має достатнього періоду для відновлення [32, с. 28-39].

Ключова особливість причин ПТСР у військовослужбовців полягає в тому, що травматична подія має не лише зовнішній, а й внутрішній психологічний зміст. Однакова бойова ситуація може по-різному впливати на різних людей залежно від попереднього досвіду, віку, стану здоров'я, рівня підготовки, наявності підтримки, тривалості служби та особистісних ресурсів. Найбільш травматичними є ситуації, у яких людина переживає безпорадність, втрату контролю, сильний страх, провину за виживання або моральний конфлікт. Саме ці переживання можуть залишатися активними навіть тоді, коли зовнішня небезпека вже минула.

Механізм виникнення ПТСР починається з надмірної активації системи стресового реагування. У бойовій ситуації організм мобілізує ресурси для виживання: підвищується пильність, пришвидшується реакція, посилюється напруження м'язів, загострюється увага до небезпеки. У нормі така реакція має бути короткочасною, але в умовах війни вона може тривати тижнями або місяцями. Коли організм звикає функціонувати в режимі постійної загрози, після повернення до безпечнішого середовища він не завжди здатний швидко перейти до стану спокою. Саме тому у військових і ветеранів можуть зберігатися різкі реакції на гучні звуки, порушення сну, настороженість, дратівливість і потреба контролювати простір навколо себе [11, с. 132-138].

Психологічний механізм ПТСР пов'язаний із порушенням переробки травматичної пам'яті. Звичайні спогади поступово вбудовуються у життєвий досвід і втрачають гостроту, тоді як травматичні спогади можуть зберігатися фрагментарно: у вигляді образів, звуків, тілесних відчуттів, запахів або коротких епізодів. Через це людина не просто згадує травму, а ніби знову переживає її. Для військового таким тригером може бути звук салюту, різкий шум автомобіля, запах

диму, новина про бойові дії або перебування у натовпі. У таких випадках реакція виникає швидше, ніж людина встигає раціонально оцінити ситуацію.

Важливим механізмом підтримання ПТСР є уникнення. Воно може проявлятися у небажанні говорити про пережите, уникненні побратимів, відмові від перегляду новин, дистанціюванні від родини, небажанні звертатися до психолога або лікаря. На короткий час уникнення зменшує напруження, але в довшій перспективі воно не дає людині поступово осмислити травматичний досвід. У психотерапевтичній роботі з травмою підкреслюється, що допомога має враховувати етап травмування, рівень готовності людини до контакту з пережитим досвідом і ступінь стабілізації її емоційного стану [9, с. 91-96].

Таблиця 1.3

Авторська таблиця. Основні причини та механізми виникнення ПТСР у військових і ветеранів

| Блок чинників | Конкретні причини або умови | Психологічний механізм впливу | Можливі прояви у військових і ветеранів |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Бойова травматизація | Обстріли, поранення, загибель побратимів, участь у боях, евакуація поранених | Закріплення досвіду небезпеки як постійно актуального | Флешбеки, кошмарні сни, різкі реакції на звуки, уникнення спогадів |
| Тривале перебування у небезпеці | Довга служба в зоні бойових дій, повторювані атаки, очікування загрози | Хронічна активація системи стресу | Настороженість, порушення сну, втома, дратівливість |
| Морально складний досвід | Провина за виживання, втрати серед цивільних або військових, неможливість допомогти іншим | Формування провини, сорому, внутрішнього конфлікту | Самозвинувачення, емоційне відчуження, депресивні прояви |
| Дефіцит підтримки | Відсутність розуміння з боку родини, соціальна ізоляція, стигматизація | Посилення відчуття самотності та небезпеки | Замкненість, конфлікти, небажання звертатися по допомогу |
| Низькі ресурси відновлення | Виснаження, брак сну, слабка саморегуляція, обмежений доступ до допомоги | Зниження здатності психіки переробляти травматичний досвід | Тривожність, емоційні зриви, труднощі адаптації |
| Недостатня діагностика | Пізнє звернення, маскування симптомів, недооцінка стану | Затримка початку допомоги та | Посилення ПТСР, поєднання з |

| | | | |
|--|--|-------------------------|--------------------------------------------|
| | | хронізація симптомів | депресією або тривожними проявами |
|--|--|-------------------------|--------------------------------------------|

На когнітивному рівні ПТСР формується через зміну базових уявлень людини про світ, себе та інших. До травми людина може сприймати світ як відносно передбачуваний, а себе – як здатну контролювати події. Після бойового досвіду ці уявлення руйнуються: світ починає сприйматися як небезпечний, люди – як ненадійні, майбутнє – як невизначене, а власні реакції – як неконтрольовані. Унаслідок цього навіть нейтральні події можуть оцінюватися як загрозливі. Наприклад, звичайне запізнення близької людини, різкий звук у дворі або скупчення людей можуть викликати надмірну тривогу, напруження чи агресивну захисну реакцію.

Окреме значення має саморегуляція, тобто здатність людини керувати напруженням, емоціями, імпульсами та поведінкою у складних ситуаціях. У військових, які тривалий час перебували в бойових умовах, саморегуляція може виснажуватися, оскільки психіка працює в режимі постійної мобілізації. За таких умов знижується здатність швидко заспокоюватися, контролювати дратівливість, перемикає увагу й відновлюватися після стресу. У сучасних дослідженнях саморегуляція розглядається як один із ресурсів стійкості до посттравматичних проявів, оскільки вона допомагає зменшувати інтенсивність реакцій на тригери та підтримувати адаптивну поведінку [5, с. 1091-1093].

Соціальне середовище може як посилювати, так і послаблювати ризик розвитку ПТСР. Підтримка родини, побратимів, друзів і фахівців допомагає людині поступово відновлювати відчуття безпеки, говорити про пережите без осуду та повертатися до соціальних ролей. Натомість нерозуміння, звинувачення, емоційна холодність або вимога «швидко забути війну» можуть посилювати ізоляцію. Для ветерана це означає не лише психологічний дискомфорт, а й практичні труднощі: конфлікти в сім'ї, складність повернення до роботи, уникнення соціальних контактів і відкладання звернення по допомогу.

Діагностика ПТСР має бути поетапною, оскільки окремі симптоми можуть нагадувати прояви тривожного розладу, депресії, порушень сну, наслідків черепно-мозкової травми або загального виснаження. Спочатку потрібно з'ясувати факт травматичного досвіду та його характер, потім оцінити симптоми повторного переживання, уникнення, негативних змін у настрої та мисленні, підвищеної збудливості, а також визначити тривалість цих проявів. У клінічній практиці принциповим є те, що ПТСР не встановлюється лише за наявністю бойового досвіду: необхідне поєднання травматичної події, стійких симптомів, тривалості понад один місяць і порушення функціонування людини. У 2024 році в Україні затверджено уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги щодо гострої реакції на стрес, ПТСР і порушень адаптації, що посилює значення стандартизованого підходу до виявлення таких станів [13].

Стандартизована діагностика ПТСР у військових і ветеранів повинна поєднувати клінічну бесіду, психодіагностичні шкали та аналіз життєвого контексту. Самі опитувальники не замінюють професійного висновку, але допомагають виявити групу ризику, оцінити інтенсивність симптомів і простежити динаміку стану. Доцільним є також оцінювання тривожності, депресії, рівня психологічної стійкості, якості сну, соціальної підтримки та здатності до саморегуляції. У дослідженнях профілактики ПТСР підкреслюється значення раннього виявлення стресочутливості військовослужбовців, оскільки своєчасне виявлення вразливих груп дає змогу швидше організувати психологічний супровід [26, с. 125-130].

Під час діагностики важливо враховувати, що військові та ветерани не завжди прямо повідомляють про симптоми ПТСР. Частина з них може вважати звернення по допомогу ознакою слабкості, приховувати переживання від родини або пояснювати власний стан втомою, характером чи фізичними наслідками служби. Тому психологічне обстеження має бути етичним, безпечним і поступовим. Недоречно починати роботу з надмірного деталізування травматичних подій, якщо людина не готова про них говорити. Спочатку важливо

оцінити поточний стан, рівень напруження, сон, тривожність, підтримку, ризики для безпеки та здатність людини витримувати розмову про травматичний досвід.

Діагностика ПТСР також потребує розмежування основного розладу та супутніх проявів. У ветеранів посттравматичні симптоми можуть поєднуватися з депресивними станами, тривожністю, зловживанням алкоголем, проблемами у сімейних взаєминах, соматичними скаргами та порушеннями працездатності. Саме тому оцінювання має охоплювати не лише наявність травматичних спогадів, а й те, як вони впливають на життя людини: чи може вона працювати, спілкуватися з близькими, підтримувати режим дня, контролювати емоції та звертатися по допомогу. У дослідженнях ефективності психологічної підтримки наголошується, що допомога військовим із ПТСР має бути системною, а не зводиться лише до короткої консультації після появи гострих симптомів [14, с. 812-824].

Отже, причини виникнення ПТСР у військових і ветеранів пов'язані з інтенсивністю бойового досвіду, повторюваністю травматичних подій, морально складними переживаннями, виснаженням ресурсів, дефіцитом підтримки та недостатньою своєчасністю допомоги. Механізми розладу охоплюють хронічну активацію стресової системи, фрагментоване збереження травматичних спогадів, уникнення, негативні зміни у мисленні та порушення саморегуляції. Діагностика ПТСР повинна бути комплексною: вона має враховувати факт травми, тривалість симптомів, їхній вплив на функціонування, супутні тривожні й депресивні прояви, рівень психологічної стійкості та соціальну ситуацію ветерана. Саме такий підхід дає змогу не тільки виявити посттравматичний розлад, а й визначити подальші напрями психологічної допомоги.

1.3 Основні прояви та наслідки посттравматичного стресового розладу для особистості та соціального функціонування військових і ветеранів

Посттравматичний стресовий розлад у військових і ветеранів проявляється не лише як сукупність окремих симптомів, а як стійке порушення особистісного, емоційного, поведінкового та соціального функціонування. Після

бойового досвіду людина може формально перебувати в безпечному середовищі, однак її психіка продовжує реагувати так, ніби загроза залишається актуальною. Саме тому ПТСР у військових не можна розглядати тільки як реакцію на минулу подію. Це стан, який впливає на сприйняття реальності, контроль емоцій, здатність будувати стосунки, виконувати професійні обов'язки та відновлювати життєві плани після служби.

Основними проявами ПТСР є повторне переживання травматичної події, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також підвищена збудливість. Для військових і ветеранів повторне переживання часто має конкретний зміст: нав'язливі спогади про обстріли, втрати, поранення, евакуацію, перебування під загрозою або ситуації, у яких потрібно було швидко приймати рішення. Такі спогади можуть виникати не лише під час розмов про війну, а й у відповідь на звуки транспорту, різкий шум, запах диму, темряву, новини або скупчення людей. У діагностичних критеріях DSM-5 симптоми ПТСР структуровано через окремі групи проявів, що дає змогу відмежовувати цей розлад від звичайної реакції на стрес або короткочасного емоційного напруження [10].

Уникнення є одним із найбільш помітних поведінкових проявів ПТСР. Ветеран може уникати розмов про службу, не підтримувати контакт із побратимами, відмовлятися від перегляду новин, не відвідувати місця, які нагадують про лікування, поранення або втрату. На перший погляд така поведінка може здаватися способом самозахисту, але фактично вона звужує соціальне життя людини. Чим більше ветеран уникає тем, людей і ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом, тим складніше йому поступово інтегрувати цей досвід у власну життєву історію. У результаті зростає відчуження, знижується довіра до близьких і посилюється внутрішня напруга.

Таблиця 1.4

Авторська таблиця. Основні прояви ПТСР та їхній вплив на особистість і соціальне функціонування військових і ветеранів

| Група | Конкретні | Прояви | у | Наслідки | для | Наслідки | для |
|-------|-----------|--------|---|----------|-----|----------|-----|
|-------|-----------|--------|---|----------|-----|----------|-----|

| проявів ПТСР | симптоми | військових і ветеранів | особистості | соціального функціонування |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Повторне переживання травми | Нав'язливі спогади, флешбеки, кошмарні сни, тілесні реакції на тригери | Повернення до епізодів бою, обстрілів, поранень, втрат побратимів | Виснаження, страх втрати контролю, емоційна напруга | Порушення сну, зниження працездатності, складність підтримувати звичайний ритм життя |
| Уникнення | Відмова говорити про травму, уникнення місць, людей, новин, спогадів | Небажання контактувати з побратимами, уникнення медичних або ветеранських установ | Звуження життєвого простору, емоційна закритість | Ізоляція, віддалення від родини, затримка звернення по допомогу |
| Негативні зміни у мисленні й настрої | Провина, сором, недовіра, песимістичне бачення майбутнього | Провина за виживання, відчуття нерозуміння з боку цивільних | Зниження самооцінки, депресивні прояви, втрата мотивації | Конфлікти в сім'ї, труднощі з поверненням до роботи або навчання |
| Підвищена збудливість | Дратівливість, настороженість, порушення сну, різкі реакції | Контроль простору, напруження в натопті, гостра реакція на гучні звуки | Висока втомлюваність, емоційні зриви, труднощі саморегуляції | Напруження у спілкуванні, конфліктність, зниження соціальної активності |
| Порушення адаптації | Втрата стабільного режиму, труднощі планування, зниження інтересу до звичного життя | Складність повернення до цивільних ролей після служби | Відчуття непотрібності, безперспективності, внутрішньої розгубленості | Соціальна дезадаптація, проблеми з професійним і сімейним функціонуванням |

Емоційні наслідки ПТСР проявляються у тривалому напруженні, дратівливості, спалахах гніву, емоційній притупленості або різкій зміні настрою. Військовий або ветеран може важко переносити побутові суперечки, надмірно гостро реагувати на критику, відчувати провину або сором через те, що вижив, не зміг когось урятувати або повернувся з війни іншим. У дослідженнях психологічних проявів ПТСР у військовослужбовців наголошується, що цей

розлад часто поєднується з тривожністю, депресивними проявами, порушеннями сну та емоційною нестабільністю [27, с. 114-119].

Когнітивні прояви ПТСР стосуються того, як людина починає сприймати себе, інших і майбутнє. Після травматичного досвіду світ може здаватися небезпечним, люди – ненадійними, а власна здатність контролювати життя – зниженою. У ветеранів це може проявлятися у постійному очікуванні небезпеки, недовірі до цивільного середовища, труднощах планування майбутнього та переконанні, що близькі не здатні зрозуміти пережите. Такі зміни безпосередньо впливають на соціальне функціонування, оскільки людина поступово звужує коло контактів і зменшує участь у звичних формах активності.

Поведінкові наслідки ПТСР пов'язані з тим, що реакції, корисні в бойових умовах, стають проблемними у цивільному житті. Настороженість, швидка мобілізація, емоційне стримування, контроль простору й готовність до небезпеки допомагають військовому виживати на фронті, але після повернення можуть заважати відпочинку, спілкуванню та професійній діяльності. У методичних матеріалах щодо психологічної роботи з військовослужбовцями на етапі відновлення підкреслюється, що адаптація після бойового досвіду потребує поступового відновлення режиму, стабілізації емоційного стану та повернення до соціальних ролей [17, с. 47-52].

ПТСР істотно впливає на сімейне функціонування військових і ветеранів. Родина часто стає першим середовищем, у якому проявляються наслідки травматичного досвіду: замкненість, мовчазність, небажання пояснювати свій стан, різкі реакції, проблеми зі сном, дистанціювання від партнера або дітей. Близькі можуть сприймати ці зміни як байдужість, грубість або небажання спілкуватися, хоча на психологічному рівні вони часто пов'язані з виснаженням, недовірою, соромом, провинною або страхом втратити контроль над емоціями. Психологічна підтримка в таких випадках має охоплювати не лише ветерана, а й членів його сім'ї, оскільки сімейне середовище може або сприяти відновленню, або посилювати ізоляцію [18, с. 34-41].

Соціальні наслідки ПТСР проявляються у зниженні здатності підтримувати сталі контакти, працювати в колективі, дотримуватися стабільного режиму, брати участь у громадському житті та приймати допомогу. Ветеран може уникати великих груп людей, конфліктувати з керівництвом або колегами, швидко виснажуватися від комунікації, втрачати інтерес до попередньої професійної діяльності. У післявоєнний період соціально-психологічна адаптація військовослужбовців залежить не лише від особистої мотивації, а й від якості підтримки, прийняття в соціальному середовищі та доступності фахової допомоги [28, с. 157-162].

ПТСР може мати і тілесні прояви, які не завжди одразу пов'язують із психологічною травмою. До них належать хронічна втома, головний біль, напруження м'язів, проблеми зі шлунково-кишковою системою, прискорене серцебиття, порушення сну та підвищена чутливість до зовнішніх подразників. Для ветеранів особливо виснажливими є безсоння та нічні пробудження, оскільки вони зменшують здатність до відновлення й посилюють дратівливість удень. Унаслідок цього погіршується самоконтроль, знижується працездатність і підвищується ризик конфліктів у сімейному та професійному середовищі. Окремим наслідком ПТСР є порушення психологічної стійкості, тобто здатності витримувати стрес, відновлюватися після напруження та зберігати цілісність поведінки у складних умовах. У військовослужбовців психологічна стійкість підтримує здатність діяти в небезпеці, але після тривалого бойового навантаження вона може знижуватися. У практичних матеріалах щодо забезпечення психологічної стійкості в умовах бойових дій акцентовано увагу на ролі саморегуляції, групової підтримки, командної взаємодії та своєчасного психологічного супроводу [15, с. 63-69]. Для ветеранів це означає, що відновлення має включати не тільки роботу із симптомами ПТСР, а й поступове зміцнення ресурсів адаптації.

Наслідки ПТСР для особистості військового або ветерана можуть проявлятися у зміні самооцінки, життєвих цілей, цінностей і відчуття власного майбутнього. Людина, яка до служби мала стабільний образ себе, після

травматичного досвіду може переживати внутрішню розгубленість, відчувати себе «іншою», втрачати інтерес до попередніх занять або не бачити сенсу у плануванні. У частини ветеранів це поєднується з прагненням бути корисними, допомагати іншим військовим або брати участь у ветеранських ініціативах. Тому наслідки ПТСР не є однаковими для всіх: вони залежать від глибини травматичного досвіду, рівня підтримки, особистісних ресурсів і доступу до допомоги.

Психологічна реабілітація військових і ветеранів із ПТСР має бути спрямована не лише на зменшення симптомів, а й на відновлення соціального функціонування. Це означає роботу зі сном, тривожністю, емоційною регуляцією, сімейною комунікацією, професійною адаптацією та поступовим поверненням до активної участі в житті громади. У сучасних підходах до реабілітації військовослужбовців із ПТСР підкреслюється необхідність комплексної допомоги, що поєднує психологічний супровід, соціальну підтримку, роботу з родиною та відновлення повсякденної активності [19, с. 50-56].

Отже, основні прояви ПТСР у військових і ветеранів охоплюють повторне переживання травматичного досвіду, уникнення, негативні зміни у мисленні й настрої, підвищену збудливість, порушення сну, емоційну нестабільність і труднощі соціальної взаємодії. Наслідки цього розладу стосуються не лише внутрішнього стану людини, а й її сімейних зв'язків, професійної діяльності, здатності довіряти, планувати майбутнє та приймати допомогу. Саме тому ПТСР у військових і ветеранів потрібно розглядати як комплексну психологічну й соціальну проблему, для подолання якої необхідні раннє виявлення, підтримка близького оточення, фахова психологічна допомога та поступове відновлення ресурсів адаптації.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було розкрито теоретичні основи вивчення посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів. ПТСР

визначено як складний психічний стан, що виникає після переживання травматичних подій винятково загрозливого характеру та проявляється через повторне переживання травми, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни у мисленні й настрої, а також підвищену збудливість. У військових і ветеранів цей розлад має особливу специфіку, оскільки бойова травматизація часто є не одноразовою, а тривалою і повторюваною, пов'язаною з обстрілами, втратами, пораненнями, постійною загрозою життю та високим рівнем відповідальності.

Проаналізовано причини та механізми виникнення ПТСР. Встановлено, що розвиток розладу залежить не лише від самого факту участі у бойових діях, а й від інтенсивності травматичного досвіду, тривалості перебування в небезпеці, морально складних переживань, рівня виснаження, соціальної підтримки та здатності до саморегуляції. Основними механізмами формування ПТСР є хронічна активація стресової системи, фрагментоване збереження травматичних спогадів, уникнення травматичних стимулів, негативна зміна уявлень про себе й світ, а також порушення емоційної регуляції. Діагностика ПТСР потребує комплексного підходу, який враховує наявність травматичної події, тривалість симптомів, їхній вплив на соціальне функціонування та можливі супутні тривожні й депресивні прояви.

Отже, теоретичний аналіз дав змогу визначити ПТСР як багатовимірне явище, що формується під впливом бойового досвіду, особистісних ресурсів, соціального середовища та доступності психологічної допомоги. Розуміння сутності, причин, механізмів виникнення, діагностики та наслідків ПТСР створює основу для подальшого розгляду факторів ризику розвитку цього розладу у військових і ветеранів. Саме поєднання психологічних, індивідуально-особистісних, сімейно-соціальних і середовищних чинників визначає, наскільки глибокими будуть посттравматичні прояви та якими можуть бути напрями психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ

2.1 Психологічні, індивідуально-особистісні та сімейно-соціальні фактори ризику розвитку ПТСР

Психологічні, індивідуально-особистісні та сімейно-соціальні фактори ризику розвитку ПТСР у військових і ветеранів доцільно розглядати не як окремі, ізольовані причини, а як взаємопов'язану систему чинників, які посилюють або послаблюють дію бойової травми. Один військовослужбовець може мати інтенсивний бойовий досвід, але зберігати відносно стабільний психічний стан завдяки високій стресостійкості, підтримці підрозділу та родини. Інший може пережити менш тривалий бойовий епізод, але мати вищий ризик ПТСР через попередні травми, порушення сну, низький рівень саморегуляції, ізоляцію після повернення та відсутність доступної психологічної допомоги. Тому в аналізі факторів ризику важливо враховувати не лише факт перебування в зоні бойових дій, а й те, як людина переживає травматичну подію, як оцінює власні дії, чи має ресурси для емоційного відновлення та чи отримує підтримку після повернення до цивільного середовища.

Психологічні фактори ризику розвитку ПТСР насамперед пов'язані з тим, як саме психіка фіксує, переробляє або блокує травматичний досвід. До таких факторів належать повторювані нав'язливі спогади, нічні кошмари, флешбеки, сильні фізіологічні реакції на звуки або ситуації, що нагадують бойову обстановку, а також стійке уникнення розмов, місць, людей або інформації, пов'язаних із травмою. Для військових особливо ризикованим є поєднання гіперпильності та емоційного виснаження: людина залишається в режимі постійного очікування небезпеки навіть після завершення бойового завдання. У таких умовах звичайні подразники цивільного життя – гучний звук, натовп, салют, різкий рух поруч – можуть сприйматися як потенційна загроза. Це підтримує хронічне напруження, порушує сон, знижує здатність до концентрації та створює основу для закріплення посттравматичної симптоматики.

Індивідуально-особистісні фактори ризику охоплюють рівень життєстійкості, самоконтролю, психологічної гнучкості, здатності переносити невизначеність і використовувати ефективні стратегії подолання стресу. У зарубіжному дослідженні 236 ветеранів воєн в Іраку та Афганістані було встановлено, що психологічна негнучкість прогнозувала вираженість симптомів ПТСР через 1 рік спостереження навіть після врахування сили травми, сприйнятої загрози, перитравматичної дисоціації, соціальної підтримки та особистісних рис; статистична значущість цього зв'язку становила $p < .001$ [16, с. 19–22; 37, с. 383–390].

Низька стресостійкість стає фактором ризику не сама по собі, а через конкретні поведінкові наслідки. Військовий або ветеран із недостатньо сформованою саморегуляцією частіше реагує на напруження імпульсивно, уникає звернення по допомогу, гірше відновлюється після безсонної ночі, має нижчу здатність відокремлювати реальну небезпеку від нагадування про минулу загрозу. Якщо до цього додаються виснаження, біль, поранення, контузія, хронічне недосипання або алкоголь як спосіб тимчасового зниження напруги, ризик закріплення ПТСР зростає. Важливим індикатором є не лише загальна емоційність людини, а й те, чи може вона зупинити наростання реакції: розпізнати тригер, назвати власний стан, перейти до безпечної дії, відновити контроль над диханням, сном, поведінкою та спілкуванням. Саме дефіцит таких навичок робить травматичний досвід довготривалим психічним навантаженням.

Сімейно-соціальні фактори ризику проявляються у тому, що після повернення із зони бойових дій людина часто потрапляє не в простір відновлення, а в нову систему напруження. Ветеран може стикатися з нерозумінням з боку близьких, конфліктами у сім'ї, труднощами в розмовах про пережите, відчуттям відчуження, проблемами з роботою, побутом, лікуванням або юридичним оформленням статусу. У практичному посібнику з психологічної допомоги військовослужбовцям-учасникам бойових дій окремо виділено медичні, психологічні, соціальні, економічні, побутові та сімейні проблеми адаптації, а також зазначено, що у 96% військовослужбовців-учасників бойових

дій фіксувався низький рівень мотивації до реабілітації через хибне уявлення про неї як неефективну та марну. Це означає, що ризик ПТСР посилюється не лише симптомами самої травми, а й недовірою до допомоги, відмовою від реабілітації та слабкою включеністю в систему підтримки [24, с. 206–207].

Особливо значущим сімейним фактором є якість комунікації після повернення військового або ветерана додому. У родині може виникати ситуація, коли близькі очікують швидкого «повернення до норми», а сама людина залишається внутрішньо пов'язаною з бойовими подіями. Через це звичайні сімейні розмови, побутові обов'язки або потреба в емоційній близькості можуть сприйматися як надмірне навантаження. Ризик зростає, коли родина реагує на симптоми тільки критикою або вимогами, не розуміючи, що дратівливість, уникнення, емоційне оніміння, порушення сну чи різкі реакції на звуки можуть бути проявами травматичного стресу. Водночас надмірна опіка також може шкодити, якщо вона позбавляє ветерана відчуття самостійності й посилює переживання власної безпорадності.

Соціальне середовище військового під час служби також впливає на ризик розвитку ПТСР. До захисних умов належать згуртованість підрозділу, довіра до командирів, зрозумілість завдань, відчуття справедливого ставлення, підтримка побратимів і можливість говорити про складні переживання без стигматизації. Натомість факторами ризику є конфлікти всередині підрозділу, відчуття покинутості, дефіцит відпочинку, невизначеність ротацій, нестача інформації та тривале перебування у ситуації, де небезпека поєднується з обмеженим контролем над подіями. У сучасних українських дослідженнях психологічної стійкості військовослужбовців соціальні чинники розглядаються як один із ключових ресурсів підтримання бойової активності, оскільки стійкість залежить не лише від індивідуальної витримки, а й від характеру взаємодії людини з групою, командуванням і ширшим суспільним середовищем [33, с. 139–145].

Для оцінювання ризику ПТСР у військових і ветеранів доцільно використовувати профільний підхід: визначати не один головний чинник, а комбінацію найбільш небезпечних ознак. До високоризикового профілю можна

віднести наявність інтенсивних нав'язливих спогадів, частих нічних кошмарів, вираженого уникнення, постійної гіперпильності, клінічної тривожності або депресії, низької стресостійкості, слабкої соціальної підтримки та відмови від психологічної допомоги. Якщо одночасно наявні 4–5 таких ознак, ризик хронізації посттравматичних симптомів помітно зростає, оскільки людина не має достатніх внутрішніх і зовнішніх ресурсів для переробки травматичного досвіду. Тому аналіз факторів ризику має бути спрямований не тільки на опис симптомів, а й на виявлення тих умов, які підтримують їх у часі.

Сучасний підхід до профілактики ПТСР передбачає регулярне відстеження психоемоційного стану військовослужбовців, а не лише разове звернення після появи виражених симптомів. У моделі моніторингу та управління психоемоційним станом військовослужбовців запропоновано поєднувати психодіагностику, шкалювання емоцій, фізіологічний моніторинг і психологічні інтервенції, зокрема емоційну саморегуляцію, когнітивну реструктуризацію та релаксаційні методи. Такий підхід є важливим саме для роботи з факторами ризику, тому що дозволяє виявляти не лише вже сформований ПТСР, а й ранні ознаки небезпечного психоемоційного виснаження: зростання тривожності, порушення сну, зниження контролю реакцій, емоційне оніміння, ізоляцію та погіршення соціального функціонування [21, с. 68–75].

2.2 Вплив бойових дій, травматичного досвіду та чинників середовища на розвиток ПТСР

Бойові дії є одним із найсильніших травматичних чинників розвитку ПТСР, оскільки військовий не просто одноразово стикається з небезпекою, а тривалий час перебуває в умовах повторюваної загрози смерті, поранення, втрати побратимів, руйнування звичного середовища та постійного очікування атаки. На відміну від цивільної травматичної події, бойовий досвід часто має накопичувальний характер: один епізод обстрілу, евакуації поранених або штурму накладається на попередні події, а психіка не отримує достатнього часу

для відновлення. У таких умовах ризик ПТСР формується через три ключові механізми: інтенсивність загрози, повторюваність травматичних епізодів і неможливість повністю контролювати ситуацію. У психологічній моделі ПТСР в умовах воєнного стану саме воєнна травма, тривале перебування в небезпечному середовищі, порушення відчуття безпеки та повторне переживання травматичних подій розглядаються як базові умови закріплення посттравматичних симптомів [23, с. 110–120].

Особливість сучасної війни полягає в тому, що чинники небезпеки не обмежуються безпосереднім боєм. До них додаються артилерійські обстріли, ракетні удари, мінна небезпека, атаки безпілотників, перебування в укриттях, нестача сну, холод, шум, обмежені побутові умови, тривале очікування наказів, невизначеність щодо ротації та необхідність постійно залишатися функціонально готовим. Для психіки це означає, що організм тривалий час працює в режимі мобілізації: підвищується настороженість, прискорюється реакція на звук, знижується глибина сну, посилюється дратівливість і зменшується здатність до емоційного перемикання. Саме тому ПТСР у військових часто виникає не лише після одного надзвичайно сильного епізоду, а після серії подій, які поступово виснажують адаптаційні ресурси.

Травматичний бойовий досвід має особливу силу тоді, коли він пов'язаний із безпосереднім сприйняттям смерті або серйозного поранення. Для військового небезпечним є не тільки факт власної загрози, а й ситуації, коли він бачить загибель побратима, не може надати допомогу пораненому, змушений ухвалювати рішення в умовах дефіциту часу або відчуває провину за те, що вижив. Такі епізоди часто стають ядром травматичної пам'яті: людина не просто згадує подію, а ніби знову переживає її через зорові образи, запахи, звуки, тілесні реакції, відчуття страху або безпорадності. У роботі, присвяченій психологічній реабілітації ветеранів ЗСУ, наголошено, що бойові дії спричиняють у військовослужбовців серйозні психоемоційні проблеми, зокрема ПТСР, підвищену тривожність, депресивні прояви та соціальну дезадаптацію; у 2022–2024 рр. в Україні вже було запроваджено низку програм психологічної

підтримки, а з жовтня 2024 до квітня 2025 р. планувалося проведення 70 триденних тренінгів психологічного відновлення для особового складу, залученого до виконання завдань у районах бойових дій [29, с. 227–232].

Фізичні умови бойового середовища діють як окремий підсилювач травматизації. Недосипання, неможливість повноцінно відновитися, постійний шум, перебування у бліндажах або укриттях, нестача приватного простору, порушення харчування, біль після поранень або контузій знижують здатність психіки стримувати стресову реакцію. Особливо небезпечним є порушення сну, оскільки сон виконує функцію емоційної переробки пережитого досвіду. Коли військовий тривалий час спить фрагментарно, здригається від звуків або прокидається від нічних кошмарів, травматичні образи не послаблюються, а навпаки – закріплюються. Це пояснює, чому після повернення із зони бойових дій ветерани можуть реагувати на побутові звуки як на бойову загрозу: двері, що різко зачинилися, гучний транспорт або сирена можуть автоматично запускати реакцію небезпеки [30, с. 181–183].

Середовищні чинники після повернення також можуть підтримувати або послаблювати ПТСР. До ризикових належать відсутність стабільної психологічної допомоги, складність доступу до реабілітації в регіонах, стигматизація звернення до психолога, конфлікти з близькими, нерозуміння симптомів родиною та труднощі професійного відновлення. Ветеран може формально перебувати в безпечних умовах, але психологічно залишатися у війні: контролювати виходи, уникати натовпу, сидіти спиною до стіни, здригатися від різких звуків, не переносити несподіваних дотиків. Якщо родина трактує ці реакції як «характер», «байдужість» або «агресивність», соціальне середовище перестає бути ресурсом і починає посилювати ізоляцію. Саме тому чинники середовища після бойового досвіду мають таке саме значення, як і події, пережиті на фронті.

Морально травматичний досвід є окремим різновидом бойового навантаження. Він виникає тоді, коли військовий переживає події, які суперечать його уявленням про справедливість, відповідальність, провину, обов'язок або

межі допустимого. Це може бути неможливість врятувати побратима, вимушене рішення в умовах бою, втрата цивільних, помилка командування або ситуація, після якої людина звинувачує себе, навіть якщо реально не могла змінити обставини. Такі переживання не завжди проявляються як страх; частіше вони закріплюються через сором, провину, самозвинувачення, відчуження від родини та небажання говорити про пережите. У дослідженні ізраїльських ветеранів, побудованому на вибірці 102 діад «батько-ветеран – дитина», посттравматичні симптоми та моральна травма розглядалися як чинники, пов'язані з батьківським функціонуванням і уявленнями батьків про тривожність дітей, що підтверджує перенесення бойового досвіду в сімейну сферу [39, с. 1–3].

Гендерний аспект також має значення для розуміння впливу бойового досвіду. Жінки-військовослужбовиці та жінки-ветеранки можуть переживати ті самі бойові загрози, що й чоловіки, але після повернення частіше стикаються з додатковими очікуваннями щодо родинних ролей, емоційної доступності, материнства та соціальної «нормальності». У дослідженні ізраїльських жінок-ветеранок було порівняно 616 жінок із бойовим досвідом і 484 жінки без бойового досвіду. Встановлено, що жінки з бойовим досвідом мали вищий рівень бойового впливу та симптомів ПТСР, а всі п'ять дезадаптивних особистісних рис були позитивними предикторами симптомів ПТСР і депресії; найсильнішим предиктором виступав психотизм. Це показує, що сама участь у бойових діях не діє однаково на всіх, а її наслідки залежать від поєднання травматичного середовища, попередніх особистісних особливостей і післябойових умов адаптації [42, с. 1525–1533].

Окрему увагу потрібно приділити порушенням сну, оскільки вони одночасно є наслідком бойового досвіду і чинником, який підтримує симптоми ПТСР. У дослідженні P. Held та співавторів було проаналізовано 449 ветеранів, які проходили двотижневу інтенсивну програму лікування ПТСР на основі терапії когнітивного опрацювання. Серед учасників 53,90% становили чоловіки, 82,18% служили після 11 вересня 2001 р.; для оцінювання безсоння використовувалася 7-пунктова шкала ISI з діапазоном 0–28 балів, а для

оцінювання симптомів ПТСР – PCL-5. Серед тих, хто продемонстрував відповідь за PCL-5, 102 особи, тобто 33,01%, одночасно були респондерами за ISI, що означає: навіть при зниженні симптомів ПТСР порушення сну можуть залишатися окремою клінічно значущою проблемою [34, с. 3–5].

Для практичного аналізу ризику ПТСР у військових і ветеранів важливо оцінювати не тільки факт участі в бойових діях, а й повний ланцюг травматизації: інтенсивність бойового контакту, кількість повторюваних небезпечних епізодів, досвід втрат, морально складні ситуації, поранення або контузії, тривалість недосипання, якість підтримки підрозділу, умови демобілізації та доступ до реабілітації. Високий ризик формується тоді, коли бойова травма поєднується з фізичним виснаженням і несприятливим середовищем після повернення. У такому разі військовий не має достатнього часу, простору та підтримки для переробки пережитого досвіду, а симптоми закріплюються через уникнення, гіперпильність, порушення сну, тілесну напругу, конфлікти в родині та соціальне відчуження. Саме тому профілактика ПТСР має починатися ще під час служби через моніторинг бойового стресу, психоедукацію, ротаційне відновлення, роботу з підрозділами та подальший супровід ветеранів після повернення до цивільного життя.

2.3 Захисні фактори та ресурси психологічної стійкості військових і ветеранів

Захисні фактори розвитку ПТСР у військових і ветеранів охоплюють не лише загальну «силу характеру», а конкретні ресурси, які знижують імовірність хронізації травматичних симптомів після бойового досвіду. До таких ресурсів належать здатність до емоційної саморегуляції, упевненість у власній спроможності впоратися з наслідками травми, підтримка побратимів і родини, доступ до психологічної допомоги, стабільний сон, відновлення фізичного стану, соціальна включеність і наявність зрозумілої перспективи після завершення служби [38, с. 1194–1198].

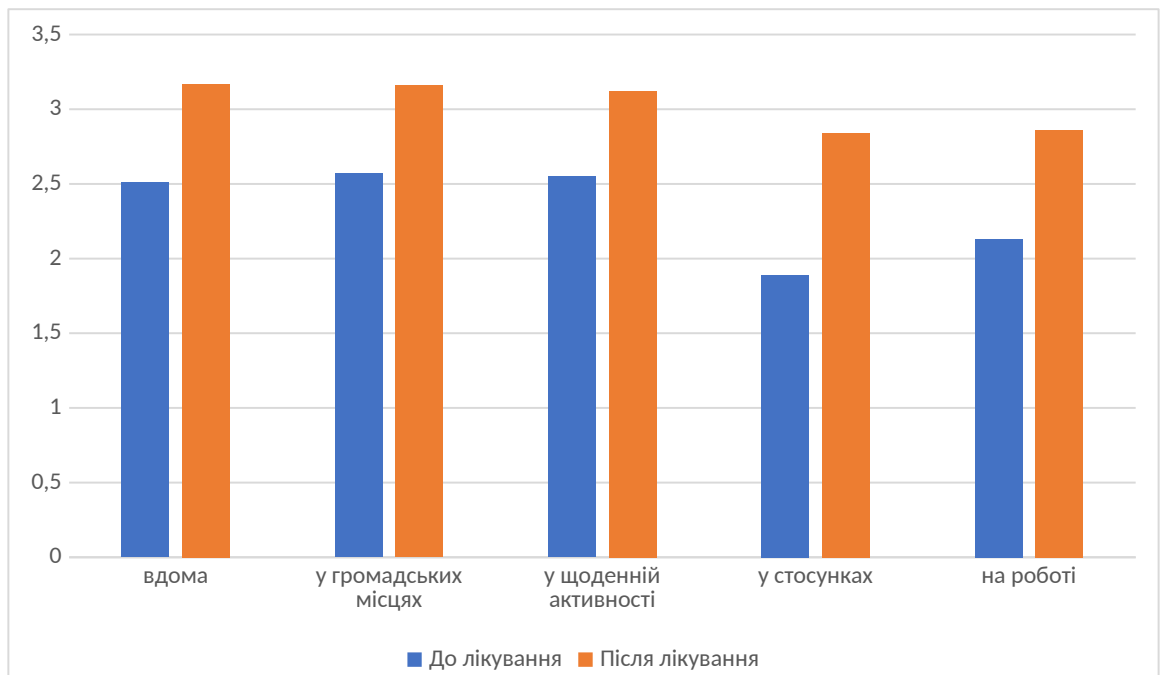


Рис. 2.1. Динаміка зростання самоєфективності подолання симптомів ПТСР у військовослужбовців і ветеранів під час двотижневої інтенсивної програми

Психологічна стійкість військового або ветерана формується як поєднання внутрішньої готовності до подолання стресу та зовнішніх умов, які не руйнують цю готовність. Якщо після травматичного досвіду людина має змогу відновити сон, отримати фахову підтримку, поступово повернутися до соціальних ролей і не залишатися ізольованою, імовірність загострення симптомів зменшується. Навпаки, навіть високий рівень особистої витримки поступово виснажується, якщо ветеран не має стабільного середовища, постійно стикається з нерозумінням близьких, економічною невизначеністю або недоступністю допомоги. Тому ресурси стійкості потрібно оцінювати не абстрактно, а через конкретні показники: якість сну, рівень тривожності, здатність контролювати реакцію на тригери, готовність звертатися по допомогу, підтримку родини, наявність роботи або навчання, участь у спільнотах ветеранів.

Таблиця 2.1

Авторська таблиця. Захисні фактори та ресурси психологічної стійкості військових і ветеранів

| Захисний фактор | Конкретний прояв у житті військового або ветерана | Що саме знижує ризик ПТСР | Практичне значення для психологічного супроводу |
|-----------------|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------|
| | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Самоефективність подолання симптомів | Віра у здатність контролювати реакції вдома, на роботі, у громадських місцях і стосунках | Зменшує безпорадність, підвищує готовність до активного відновлення | Доцільно відстежувати під час консультування як показник динаміки відновлення |
| Емоційна саморегуляція | Уміння розпізнати тригер, стабілізувати дихання, знизити напруження, не переходити до імпульсивної реакції | Послаблює гіперпильність, дратівливість і панічні реакції | Потребує тренування через дихальні, тілесні та когнітивні техніки |
| Підтримка родини | Прийняття симптомів без звинувачень, передбачуване спілкування, участь близьких у відновленні | Зменшує ізоляцію, сором і конфліктність | Родині потрібна психоедукація щодо ПТСР і правил безпечної комунікації |
| Побратимська підтримка | Контакт із людьми, які мають подібний досвід і не стигматизують симптоми | Знижує відчуття самотності та «відокремленості» від цивільного середовища | Ефективна у групах підтримки, ветеранських спільнотах, програмах наставництва |
| Доступ до фахової допомоги | Психодіагностика, індивідуальна терапія, групові програми, кризове консультування | Дає змогу виявити симптоми до їх хронізації | Допомога має бути регулярною, доступною й не обмежуватися одноразовою консультацією |
| Фізичне відновлення | Сон, лікування болю, реабілітація після поранень, контроль артеріального тиску | Зменшує соматичне виснаження, яке підтримує тривожність і напругу | Психологічна допомога має поєднуватися з медичним супроводом |
| Соціальна включеність | Робота, навчання, волонтерство, участь у житті громади | Повертає відчуття корисності, ролі й майбутнього | Потрібні програми працевлаштування, адаптації та соціального супроводу |

Соціальна підтримка є одним із найбільш практично значущих захисних факторів, оскільки вона діє на кількох рівнях одночасно. Родина допомагає стабілізувати побут, побратими зменшують відчуття самотності, командири можуть своєчасно помічати ознаки виснаження, а фахівці забезпечують діагностику та терапевтичний супровід. Проте підтримка працює лише тоді, коли

вона не перетворюється на контроль, знецінення або вимогу швидко «стати як раніше». Для ветерана важливо мати право на поступове відновлення: спати окремо, уникати перевантаження, не говорити про травматичні події без готовності, повертатися до роботи дозовано, мати зрозумілий план лікування або консультування. Саме передбачуваність і повага до темпу людини роблять підтримку не формальною, а реально захисною.

Захисні фактори мають бути включені в систему раннього виявлення ризику ПТСР. На практиці це означає, що психологічний супровід не повинен обмежуватися питанням «чи є симптоми», а має оцінювати, які ресурси вже доступні людині. Наприклад, ветеран із високою тривожністю, але з наявною сімейною підтримкою, стабільним сном і готовністю відвідувати терапію має кращий прогноз, ніж ветеран із помірними симптомами, але з повною ізоляцією, безсонням, болем, конфліктами в родині та відмовою від допомоги. Тому психологічна робота має поєднувати психодіагностику, психоедукацію, формування навичок саморегуляції, підтримку родини, планування режиму дня, повернення до соціальної активності та контроль фізичного стану.

Психологічна стійкість військових і ветеранів має також довгостроковий когнітивний вимір. У дослідженні Національного координаційного центру з вивчення хвороби Альцгеймера було проаналізовано дані 11 961 літньої особи, серед яких 179 мали ПТСР. Спостереження охоплювало 7 років і включало оцінювання робочої пам'яті, негайного та відкладеного епізодичного запам'ятовування й виконавчих функцій. Було встановлено, що ПТСР пов'язаний із додатковим щорічним зниженням робочої пам'яті на 0,031 стандартного відхилення, $B = -0,031$, 95% CI $[-0,055; -0,007]$, а серед осіб із ПТСР чоловіки демонстрували швидше зниження робочої пам'яті та відкладеного пригадування, ніж жінки. Це підкреслює значення ранньої профілактики, оскільки підтримка стійкості після бойового досвіду впливає не тільки на емоційний стан, а й на збереження когнітивного функціонування в подальшому житті [35, с. 646–648].

Фізичне здоров'я також слід розглядати як частину психологічної стійкості. Постійне напруження, порушення сну, гіперпильність, біль, соматичні

наслідки поранень і хронічна тривога створюють навантаження не лише на психіку, а й на серцево-судинну систему. Тому захист від ПТСР не може зводитися тільки до розмовної терапії. Для ветеранів важливими є регулярні медичні огляди, контроль артеріального тиску, робота зі сном, лікування болю, фізична реабілітація та поступове повернення до рухової активності. Чим краще відновлюється тіло, тим більше ресурсів має психіка для зниження тривожності, стабілізації настрою та подолання нав'язливих реакцій.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 було встановлено, що ризик розвитку ПТСР у військових і ветеранів формується під впливом взаємодії психологічних, індивідуально-особистісних, сімейно-соціальних, бойових і середовищних чинників. ПТСР не виникає лише як автоматичний наслідок участі у бойових діях, оскільки значення мають інтенсивність травматичного досвіду, тривалість перебування в небезпечних умовах, кількість повторюваних травматичних епізодів, досвід втрат, поранень, морально складних ситуацій, рівень виснаження, порушення сну та особливості післябойової адаптації. Найбільш небезпечним є поєднання кількох чинників одночасно: нав'язливих спогадів, уникнення, гіперпильності, тривожності, депресивних проявів, соматичного напруження, низької стресостійкості та недостатньої підтримки після повернення із зони бойових дій.

Психологічні та індивідуально-особистісні фактори ризику проявляються через зниження здатності до саморегуляції, психологічної гнучкості, контролю емоційних реакцій і подолання стресу. Для військових і ветеранів особливо небезпечними є хронічна напруга, порушення сну, імпульсивні реакції на тригери, відчуття безпорадності, провина за виживання, моральна травма та зниження довіри до оточення. Сімейно-соціальні чинники можуть як посилювати, так і послаблювати ризик ПТСР: підтримка родини, побратимів і фахівців сприяє відновленню, тоді як нерозуміння симптомів, ізоляція, конфлікти, стигматизація психологічної допомоги та відсутність стабільного соціального середовища ускладнюють адаптацію ветерана до цивільного життя.

Захисними факторами, які знижують ризик хронізації ПТСР, є психологічна стійкість, самоефективність, відчуття керованості життя, емоційна саморегуляція, підтримка родини й побратимів, доступ до фахової допомоги, стабілізація сну, фізична реабілітація, соціальна включеність і поступове повернення до значущих життєвих ролей. Ефективна профілактика ПТСР повинна починатися ще під час служби через моніторинг психоемоційного стану, психоедукацію, раннє виявлення виснаження, підтримку підрозділів і доступ до кризової допомоги.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПТСР У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ

3.1 Мета, завдання, етапи емпіричного дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження було спрямоване на конкретизацію факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів на основі авторського анкетування. Метою емпіричного етапу стало виявлення зв'язку між характеристиками бойового досвіду, травматичними подіями, рівнем соціальної підтримки, здатністю до саморегуляції та вираженістю посттравматичних проявів. Дослідження не розглядалося як клінічна діагностика ПТСР, оскільки анкетування фіксувало самооцінку респондентів, а не встановлення медичного діагнозу. Такий підхід є доцільним для первинного психологічного аналізу, адже посттравматичні прояви потребують не лише фіксації симптомів, а й урахування індивідуального досвіду переживання травматичних подій [22, с. 89-91].

Завдання емпіричного дослідження полягали у визначенні соціально-демографічного профілю респондентів, описі їхнього військового та бойового досвіду, встановленні частоти ключових травматичних подій, аналізі поширеності окремих посттравматичних проявів і виявленні зв'язків між факторами ризику та психологічними наслідками. Окрему увагу було приділено тривалості служби, перебуванню в районі бойових дій, частоті безпосередньої загрози життю, впливу обстрілів, наявності поранення або контузії, пережитим втратам, підтримці з боку родини, побратимів і готовності звертатися по психологічну допомогу.

Емпіричне дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів. На підготовчому етапі було визначено зміст анкети, сформульовано питання щодо статусу респондента, віку, статі, тривалості військової служби, досвіду перебування в районі бойових дій, травматичних подій, посттравматичних проявів і доступу до підтримки. На організаційному етапі анкети було оформлено в онлайн-формі, що дало змогу забезпечити однаковий порядок проходження

опитування для всіх учасників. На етапі збору даних респонденти самостійно заповнювали анкету після підтвердження згоди на участь. На аналітичному етапі було підраховано абсолютні значення, частки у відсотках, узагальнено структуру вибірки та підготовлено дані для подальшого кореляційного аналізу.

Усього було проаналізовано 43 анкети. Усі 43 респонденти підтвердили згоду на участь в анонімному дослідженні, тобто показник добровільної згоди становив 100,0%. Відмов від участі не було зафіксовано – 0,0%, тому всі отримані анкети були включені до подальшого аналізу. Вибірка має пілотний характер, оскільки її обсяг є обмеженим, а структура нерівномірною за статтю. Водночас вона є релевантною для теми дослідження, адже охоплює саме тих осіб, які мають військовий, ветеранський або демобілізаційний досвід.

Таблиця 3.1

Авторська таблиця. Соціально-демографічна та військова характеристика вибірки респондентів

| Показник | Варіант відповіді | Кількість осіб | Частка, % |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|-----------|
| Згода на участь | Так | 43 | 100,0 |
| Згода на участь | Ні | 0 | 0,0 |
| Статус | Військовослужбовець / військовослужбовиця | 19 | 44,2 |
| Статус | Ветеран / ветеранка | 14 | 32,6 |
| Статус | Демобілізований / демобілізована | 10 | 23,3 |
| Вік | До 25 років | 5 | 11,6 |
| Вік | 26–35 років | 17 | 39,5 |
| Вік | 36–45 років | 13 | 30,2 |
| Вік | 46–55 років | 6 | 14,0 |
| Вік | Понад 55 років | 2 | 4,7 |
| Стать | Чоловіча | 36 | 83,7 |
| Стать | Жіноча | 6 | 14,0 |
| Стать | Не бажаю відповідати | 1 | 2,3 |
| Загальна тривалість військової служби | До 6 місяців | 3 | 7,0 |
| Загальна тривалість військової служби | 6–12 місяців | 8 | 18,6 |
| Загальна тривалість військової служби | 1–2 роки | 14 | 32,6 |

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|----|------|
| Загальна тривалість військової служби | 2–5 років | 13 | 30,2 |
| Загальна тривалість військової служби | Понад 5 років | 5 | 11,6 |
| Перебування в районі бойових дій | Не перебувала / не перебував | 2 | 4,7 |
| Перебування в районі бойових дій | До 1 місяця | 3 | 7,0 |
| Перебування в районі бойових дій | 1–6 місяців | 10 | 23,3 |
| Перебування в районі бойових дій | 6–12 місяців | 13 | 30,2 |
| Перебування в районі бойових дій | Понад 12 місяців | 15 | 34,9 |

За статусом на момент проходження опитування найбільшу частку становили військовослужбовці та військовослужбовиці – 19 осіб, або 44,2%. Ветерани та ветеранки становили 14 осіб, або 32,6%, а демобілізовані респонденти – 10 осіб, або 23,3%. Отже, вибірка не обмежувалася лише однією групою, а поєднувала осіб, які продовжують службу, вже мають ветеранський статус або перебувають на етапі повернення до цивільного середовища. Це важливо для аналізу ПТСР, оскільки ризик посттравматичних проявів може зберігатися як під час служби, так і після її завершення.

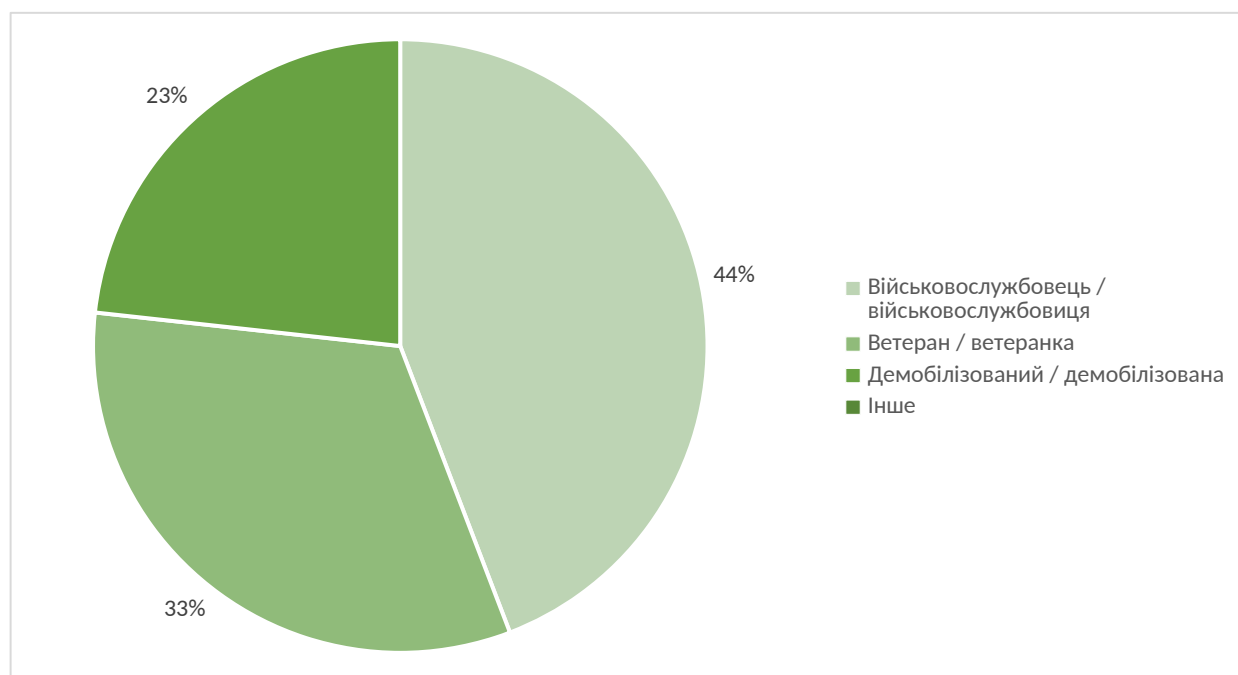


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за статусом на момент проходження опитування

Вікова структура вибірки показала, що найбільше респондентів належали до групи 26–35 років – 17 осіб, або 39,5%. Другою за чисельністю була група 36–45 років – 13 осіб, або 30,2%. Разом ці дві вікові категорії охопили 30 осіб, або 69,7% усієї вибірки. До групи 46–55 років належали 6 осіб, або 14,0%, до групи до 25 років – 5 осіб, або 11,6%, а понад 55 років – 2 особи, або 4,7%. Такий розподіл свідчить, що основну частину опитаних становили респонденти активного працездатного віку, для яких психологічні наслідки бойового досвіду можуть впливати не лише на особистий стан, а й на професійну, сімейну та соціальну адаптацію.

За статтю у вибірці переважали чоловіки – 36 осіб, або 83,7%. Жінки становили 6 осіб, або 14,0%, ще 1 респондент, або 2,3%, обрав варіант «не бажаю відповідати». Такий розподіл потрібно враховувати під час інтерпретації результатів, оскільки кількість жінок у вибірці є недостатньою для глибокого порівняльного аналізу за статтю. Тому основний акцент дослідження було зроблено не на гендерних відмінностях, а на зв'язку між бойовим досвідом, травматичними подіями, підтримкою та посттравматичними проявами.

За загальною тривалістю військової служби найбільшу групу становили респонденти зі стажем 1–2 роки – 14 осіб, або 32,6%. Досвід 2–5 років мали 13 осіб, або 30,2%, 6–12 місяців – 8 осіб, або 18,6%, понад 5 років – 5 осіб, або 11,6%, до 6 місяців – 3 особи, або 7,0%. Отже, 32 респонденти, або 74,4%, мали військовий досвід понад один рік. Це означає, що більшість опитаних не перебувала на початковому етапі служби, а вже мала сформований досвід тривалого функціонування в умовах військового навантаження.

За тривалістю перебування в районі бойових дій найбільша частка респондентів мала досвід понад 12 місяців – 15 осіб, або 34,9%. Ще 13 осіб, або 30,2%, перебували в районі бойових дій від 6 до 12 місяців. Варіант 1–6 місяців обрали 10 осіб, або 23,3%, до 1 місяця – 3 особи, або 7,0%, а не перебували в районі бойових дій 2 особи, або 4,7%. Загалом 28 респондентів, або 65,1%, мали

досвід перебування в районі бойових дій від шести місяців і більше. Саме ця характеристика є однією з ключових для подальшого аналізу, оскільки тривалість перебування в зоні небезпеки може посилювати накопичення психотравмуючих впливів.

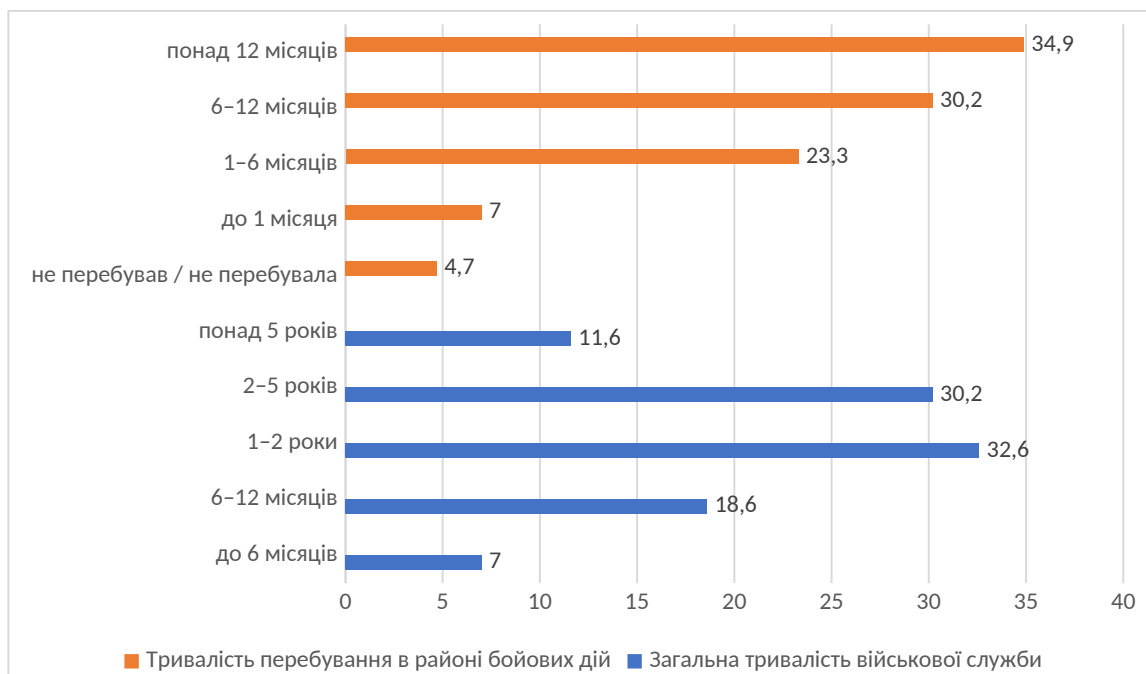


Рис. 3.2. Профіль військового досвіду респондентів за тривалістю служби та перебуванням у районі бойових дій

Характеристика вибірки показує, що дослідження охопило групу з вираженим досвідом військової служби та значним рівнем контакту з бойовим середовищем. У структурі респондентів переважали особи зі службою понад один рік і перебуванням у районі бойових дій понад шість місяців. Це підвищує аналітичну цінність отриманих даних, оскільки дослідження зосереджене саме на тих факторах, які можуть накопичуватися з часом: тривалій небезпеці, повторюваному стресі, втраті побратимів, фізичних ушкодженнях, порушеннях сну, емоційному виснаженні та труднощах повернення до мирного середовища.

Водночас вибірка має певні обмеження. По-перше, кількість респондентів становить 43 особи, тому результати слід трактувати як дані пілотного авторського дослідження. По-друге, вибірка нерівномірна за статтю, оскільки чоловіки становлять 83,7%, а жінки – 14,0%. По-третє, анкетування проводилося у форматі самооцінки, тому отримані відповіді відображають суб'єктивне

сприйняття власного досвіду та психологічного стану. Проте саме самооцінка є важливою для вивчення посттравматичних проявів, оскільки дозволяє зафіксувати ті симптоми й труднощі, які респондент безпосередньо пов'язує зі службою, бойовим досвідом і поверненням до цивільного життя.

Соціальна підтримка була включена до емпіричного аналізу як один із важливих ресурсних чинників, оскільки адаптація військових із посттравматичними проявами значною мірою залежить від родинного, побратимського та професійного середовища. У дослідженні враховувалися не лише формальні показники наявності підтримки, а й оцінка її якості: розуміння психологічного стану близькими, підтримка з боку родини, підтримка з боку побратимів і готовність звернутися по допомогу в разі погіршення стану. Такий підхід відповідає положенню про те, що психологічна підтримка є важливою умовою соціальної адаптації військових із ПТСР [8, с. 50-56].

Отримана характеристика вибірки створює основу для аналізу факторів ризику розвитку ПТСР у подальших підрозділах. Найбільш значущими змінними для подальшої обробки виступають тривалість перебування в районі бойових дій, частота перебування в умовах безпосередньої загрози життю, вплив обстрілів і мінної небезпеки, наявність поранення або контузії, свідчення загибелі чи важкого поранення інших людей, пережиті втрати, рівень підтримки та здатність до самозаспокоєння. Саме ці показники дають змогу перейти від загального опису вибірки до встановлення конкретних зв'язків між бойовим досвідом, соціальними ресурсами та посттравматичними симптомами.

3.2 Аналіз отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження

Для емпіричного вивчення факторів ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів було використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів. Теоретичні методи охоплювали аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизацію наукових підходів до розуміння ПТСР, бойового стресу, травматичного досвіду, психологічної стійкості та соціальної підтримки. Емпіричний блок дослідження був представлений анкетуванням і

психодіагностичним тестуванням. Статистичний блок передбачав кількісну обробку відповідей, підрахунок абсолютних і відносних показників, порівняння груп відповідей, а також кореляційний аналіз для визначення зв'язків між бойовим досвідом, соціальною підтримкою, психологічною стійкістю та посттравматичними проявами. Така логіка відповідає вже визначеній у роботі структурі емпіричного дослідження, де передбачено поєднання анкетування, психодіагностичного тестування, описової статистики та кореляційного аналізу.

Основним інструментом збору первинних даних була онлайн-анкета, створена у стандартизованій формі. Її використання дало змогу забезпечити однаковий порядок подання запитань для всіх респондентів, зменшити вплив дослідниці на відповіді та зберегти анонімність учасників. На початку анкети було розміщено питання про добровільну згоду на участь у дослідженні. Усі 43 респонденти підтвердили згоду, тому 100,0% отриманих анкет було включено до подальшої обробки. Відмов від участі не зафіксовано. Дані використовувалися лише в узагальненому вигляді, без збирання імен, контактних даних або іншої інформації, яка могла б прямо ідентифікувати учасників.

Авторська соціально-демографічна анкета була спрямована на опис вибірки та фіксацію базових факторів, які можуть впливати на ризик розвитку ПТСР. До неї увійшли питання про статус респондента на момент проходження опитування, вік, стать, загальну тривалість військової служби та тривалість перебування в районі бойових дій. За результатами анкетування встановлено, що серед 43 учасників було 19 військовослужбовців або військовослужбовиць, що становило 44,2%, 14 ветеранів або ветеранок – 32,6%, а також 10 демобілізованих осіб – 23,3%. За віком найбільшими групами були респонденти 26–35 років – 17 осіб, або 39,5%, та 36–45 років – 13 осіб, або 30,2%. Отже, 69,7% вибірки становили особи віком 26–45 років, тобто основна частина респондентів перебувала у працездатному віці.

Окремий блок анкети був присвячений бойовому та травматичному досвіду. У ньому респонденти відповідали на питання про частоту перебування в умовах безпосередньої загрози життю, вплив обстрілів, ракетних ударів, атак

дронів або мінної небезпеки, наявність поранення, контузії чи інших фізичних ушкоджень, свідчення загибелі або важкого поранення побратимів чи інших людей, а також втрату близьких або побратимів унаслідок війни. Частина запитань оцінювалася за шкалою від 1 до 5, де 1 означало мінімальну вираженість показника, а 5 – максимальну. Це дало змогу не лише зафіксувати сам факт наявності травматичного досвіду, а й визначити його інтенсивність за самооцінкою респондентів.

Для оцінки посттравматичних проявів у дослідженні було використано шкалу оцінки симптомів ПТСР PCL-5. Ця методика дає змогу виявити основні групи симптомів, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом: повторне переживання травматичних подій, уникання нагадувань про травму, негативні зміни в емоційному стані та мисленні, а також підвищену збудливість. У межах авторського опитування ці прояви конкретизувалися через питання про нав'язливі спогади, уникання розмов, місць або людей, які нагадують про бойовий досвід, підвищену настороженість, проблеми зі сном, дратівливість, різкі емоційні реакції та складність повернення до звичайного цивільного життя. Це дозволило наблизити психодіагностичну оцінку до реального досвіду військових і ветеранів.

Для оцінки тривожності та депресивних проявів було використано шкалу HADS, яка дає змогу окремо оцінити два блоки психологічного стану: тривожність і депресію. Її включення до дослідження було важливим, оскільки ПТСР у військових і ветеранів часто не проявляється ізольовано. Посттравматичні симптоми можуть поєднуватися з постійним внутрішнім напруженням, очікуванням небезпеки, втратою інтересу до звичайних справ, емоційним виснаженням, зниженням мотивації та труднощами в соціальному функціонуванні. Тому показники HADS використовувалися як додатковий діагностичний блок, що дозволяє ширше оцінити психологічний стан респондентів, а не обмежуватися лише симптомами ПТСР.

Для визначення психологічної стійкості було використано Brief Resilience Scale. Ця шкала дала змогу оцінити здатність респондентів відновлюватися після

стресових і травматичних подій, повертатися до відносно стабільного стану після пережитого напруження та зберігати функціональність в умовах психологічного навантаження. У межах дослідження психологічна стійкість розглядалася як захисний фактор, який може послаблювати зв'язок між травматичним досвідом і вираженістю посттравматичних симптомів. Саме тому результати за Brief Resilience Scale надалі зіставлялися з показниками ПТСР, тривожності, депресії, соціальної підтримки та бойового досвіду.

Процедура проведення опитування передбачала послідовне проходження кількох блоків. Спочатку респондент підтверджував добровільну згоду на участь, після чого заповнював соціально-демографічний блок. Далі подавалися питання щодо військового досвіду, перебування в районі бойових дій і травматичних подій. Після цього респонденти оцінювали посттравматичні прояви, симптоми тривожності та депресії, психологічну стійкість, рівень підтримки з боку родини, близьких, побратимів або ветеранської спільноти, а також доступність і досвід звернення по психологічну допомогу. Такий порядок був обраний для того, щоб спочатку зібрати об'єктивніші біографічні та службові дані, а вже потім перейти до чутливіших питань про психологічний стан і травматичні переживання.

Обробка результатів здійснювалася у кілька етапів. Спочатку було перевірено повноту отриманих анкет і визначено загальну кількість валідних відповідей – 43 анкети. Далі за кожним питанням було підраховано кількість відповідей у кожній категорії та їхню частку у відсотках. Для шкальних запитань окремо враховувалися низькі, середні та високі оцінки, зокрема показники 4–5 балів як ознака високої вираженості досліджуваного прояву. На завершальному етапі проводилося зіставлення показників між собою, щоб визначити, які фактори найбільше пов'язані з посттравматичними проявами. Отримані результати інтерпретувалися як дані пілотного авторського дослідження, а не як клінічний діагноз, оскільки вибірка є обмеженою за чисельністю, а онлайн-опитування фіксує самооцінку респондентів, а не результати індивідуального клінічного обстеження.

3.3 Кореляційний аналіз

Аналіз рівня прояву ПТСР, тривожності, депресивних ознак і психологічної стійкості було проведено за результатами авторського анкетування 43 військових, ветеранів і демобілізованих осіб. Оскільки дослідження мало пілотний характер, отримані результати не трактуються як клінічне встановлення діагнозу, а відображають самооцінку респондентами власного психологічного стану після бойового або травматичного досвіду. Основний акцент було зроблено на високих оцінках 4–5 балів, оскільки саме вони вказують на найбільш виражений рівень прояву симптому.

Таблиця 3.2

Рівень прояву посттравматичних, тривожно-депресивних і ресурсних показників у респондентів

| Показник | Низький рівень, 1–2 бали | Середній рівень, 3 бали | Високий рівень, 4–5 балів |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Нав'язливі спогади, образи або думки про пережите | 7 осіб / 16,3% | 9 осіб / 20,9% | 27 осіб / 62,8% |
| Уникання розмов, місць, людей або інформації, що нагадують про бойовий досвід | 10 осіб / 23,3% | 15 осіб / 34,9% | 18 осіб / 41,9% |
| Підвищена настороженість, напруження або очікування небезпеки | 7 осіб / 16,3% | 9 осіб / 20,9% | 27 осіб / 62,8% |
| Проблеми зі сном після бойового або травматичного досвіду | 10 осіб / 23,3% | 14 осіб / 32,6% | 19 осіб / 44,2% |
| Дратівливість, різкі емоційні реакції або труднощі з контролем емоцій | 7 осіб / 16,3% | 14 осіб / 32,6% | 22 особи / 51,2% |
| Складність повернення до звичайного цивільного життя або мирного середовища | 8 осіб / 18,6% | 13 осіб / 30,2% | 22 особи / 51,2% |
| Підтримка з боку родини або близьких людей | 5 осіб / 11,6% | 23 особи / 53,5% | 15 осіб / 34,9% |
| Підтримка з боку побратимів, колег або ветеранської спільноти | 6 осіб / 14,0% | 13 осіб / 30,2% | 24 особи / 55,8% |
| Розуміння психологічного стану з боку близьких людей | 9 осіб / 20,9% | 22 особи / 51,2% | 12 осіб / 27,9% |
| Доступність професійної психологічної допомоги | 13 осіб / 30,2% | 19 осіб / 44,2% | 11 осіб / 25,6% |
| Готовність звернутися по психологічну допомогу в разі погіршення стану | 13 осіб / 30,2% | 15 осіб / 34,9% | 15 осіб / 34,9% |
| Здатність самостійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травму | 18 осіб / 41,9% | 19 осіб / 44,2% | 6 осіб / 14,0% |

Найвищі показники серед посттравматичних проявів були зафіксовані за двома симптомами: нав'язливими спогадами та підвищеною настороженістю. В обох випадках високі оцінки 4–5 балів дали по 27 респондентів, або 62,8% вибірки. Нав'язливі спогади, образи або думки про пережите мали такий розподіл: 1 бал – 1 особа, 2 бали – 6 осіб, 3 бали – 9 осіб, 4 бали – 16 осіб, 5 балів – 11 осіб. Підвищена настороженість розподілилася подібно: 1 бал – 1 особа, 2 бали – 6 осіб, 3 бали – 9 осіб, 4 бали – 18 осіб, 5 балів – 9 осіб. Це означає, що для більшості опитаних характерним є не лише повернення до травматичних спогадів, а й постійне перебування у стані внутрішньої готовності до небезпеки.

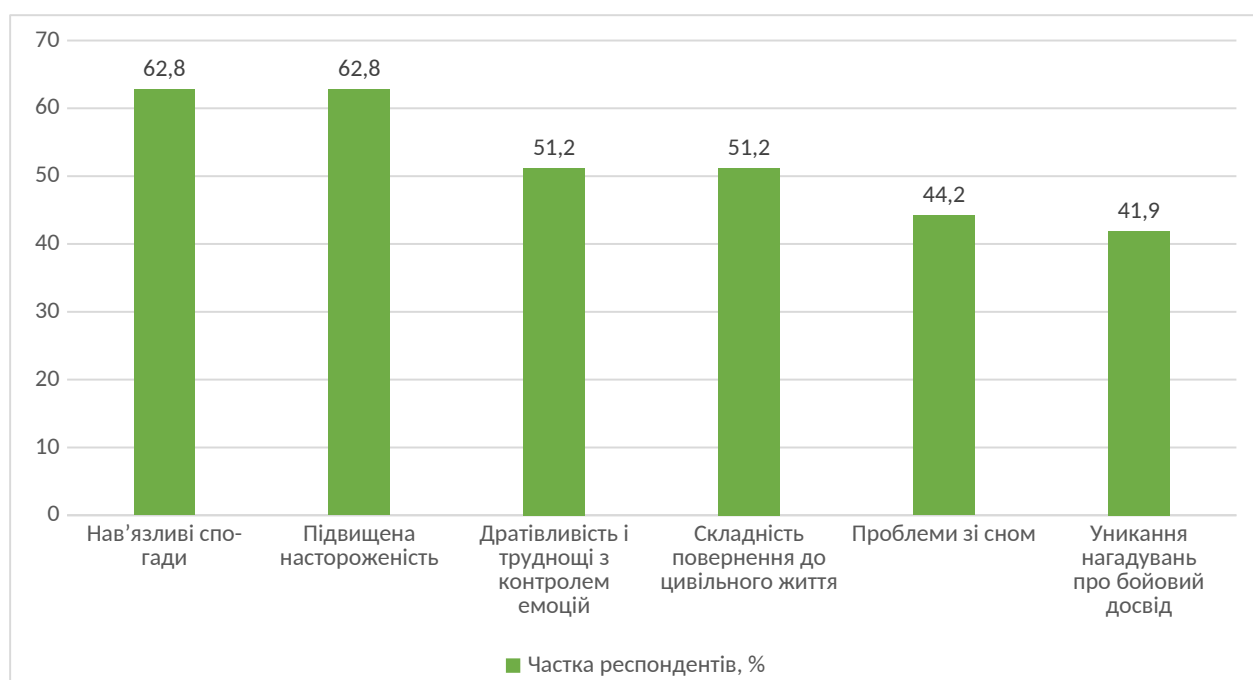


Рис. 3.3. Частка респондентів із високим рівнем основних посттравматичних проявів.

Уникання нагадувань про бойовий досвід було менш вираженим, ніж нав'язливі спогади та настороженість, однак також охоплювало значну частину вибірки. Високий рівень уникання зафіксовано у 18 осіб, або 41,9%. Середній рівень, тобто 3 бали, зазначили 15 осіб, або 34,9%, а низькі оцінки 1–2 бали дали 10 осіб, або 23,3%. Такий розподіл показує, що уникання не є провідним симптомом для всіх опитаних, проте майже кожен другий респондент має виражену тенденцію уникати розмов, місць, людей або інформації, які нагадують про бойовий досвід. Для військових і ветеранів це може ускладнювати звернення

по допомогу, сімейне спілкування та включення у програми психологічного супроводу.

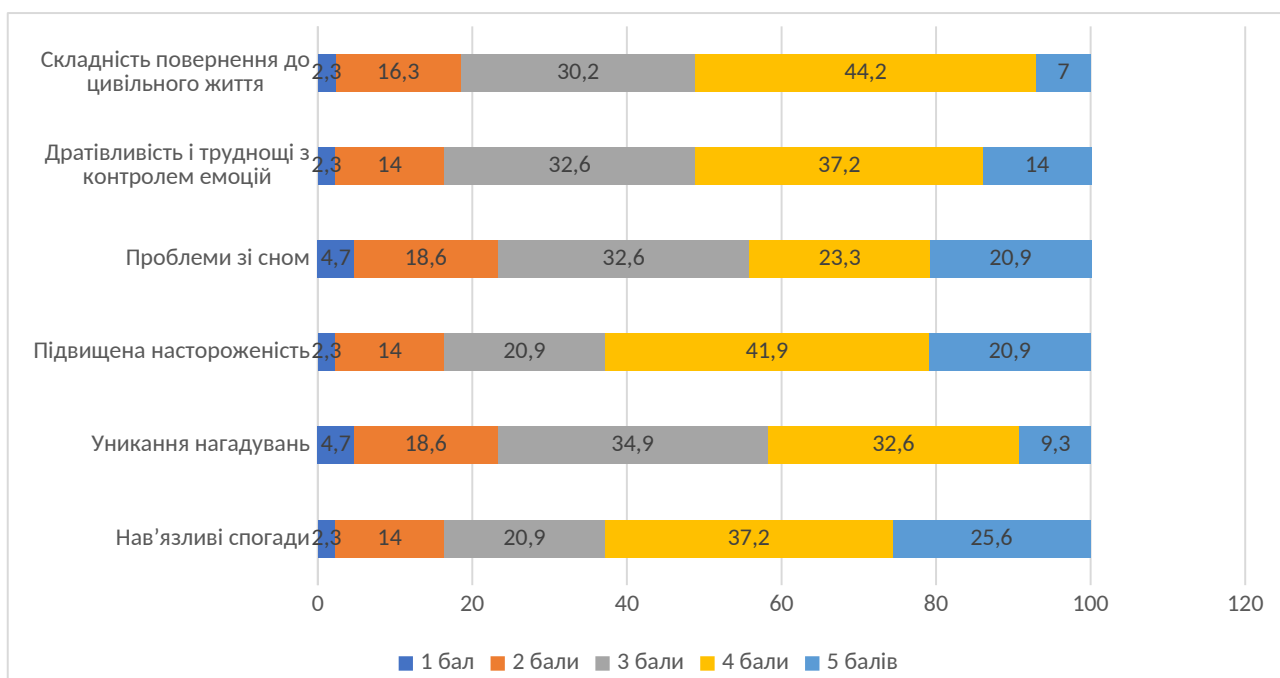


Рис. 3.4. Детальний розподіл оцінок посттравматичних проявів за шкалою від 1 до 5

Тривожний компонент у вибірці найбільш чітко проявився через підвищену настороженість, очікування небезпеки та проблеми зі сном. Високі оцінки настороженості дали 62,8% респондентів, а високий рівень проблем зі сном – 44,2%. За шкалою проблем зі сном 2 особи, або 4,7%, поставили 1 бал; 8 осіб, або 18,6%, – 2 бали; 14 осіб, або 32,6%, – 3 бали; 10 осіб, або 23,3%, – 4 бали; 9 осіб, або 20,9%, – 5 балів. Це свідчить про те, що порушення сну не завжди досягають максимальної вираженості, але лише 23,3% респондентів оцінили цей прояв на низькому рівні. Отже, для більшості опитаних сон залишається вразливою сферою після пережитого бойового або травматичного досвіду.

Депресивно-адаптаційний блок проявів у дослідженні найбільше відображався через труднощі повернення до звичайного цивільного життя, емоційну нестабільність, втому від постійного напруження та зниження здатності самостійно заспокоюватися після сильного стресу. Високий рівень складності повернення до цивільного життя зафіксовано у 22 осіб, або 51,2%, такий самий показник отримано за дратівливістю, різкими емоційними

реакціями або труднощами з контролем емоцій. Це узгоджується з висновками сучасних досліджень про те, що наслідки ПТСР у ветеранів не обмежуються психічними симптомами, а можуть поєднуватися з тривалими соматичними, поведінковими та соціальними ризиками [41, с. 1-12].

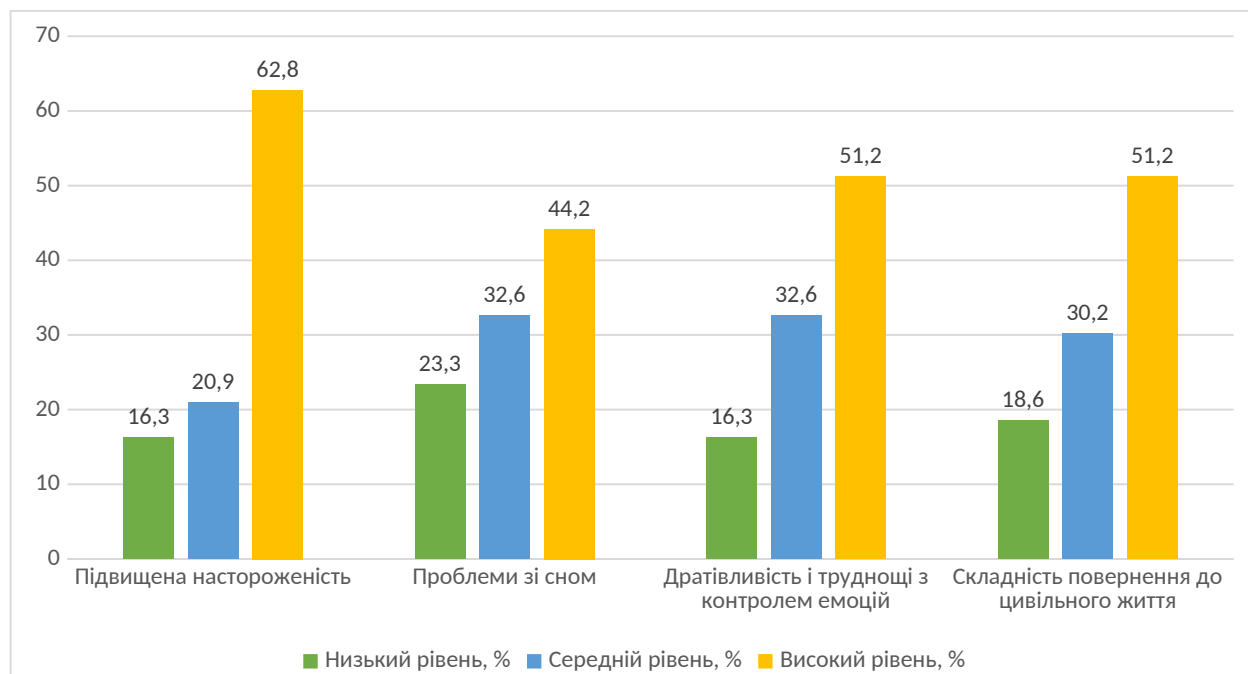


Рис. 3.5. Співвідношення низького, середнього та високого рівнів тривожно-депресивних і адаптаційних проявів.

Психологічна стійкість у межах цього підрозділу аналізувалася через ресурсні показники: підтримку родини, підтримку побратимів або ветеранської спільноти, розуміння психологічного стану близькими, доступність професійної допомоги, готовність звернутися по допомогу та здатність самостійно заспокоїтися після сильного стресу. Найвищим ресурсним показником була підтримка з боку побратимів, колег або ветеранської спільноти: високі оцінки 4–5 балів дали 24 особи, або 55,8%. Підтримку родини на високому рівні оцінили 15 осіб, або 34,9%, однак найбільша частина респондентів – 23 особи, або 53,5%, поставила їй середній бал. Це означає, що родина присутня як ресурс, але її підтримка не завжди сприймається як достатньо сильна або повністю відповідна стану респондента.



Рис. 3.6. Ресурсний профіль психологічної стійкості, підтримки та готовності до допомоги у вибірці.

Найслабшим ресурсним показником виявилася здатність самостійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травматичну подію. Високі оцінки 4–5 балів дали лише 6 осіб, або 14,0%, тоді як 18 осіб, або 41,9%, оцінили цю здатність на 2 бали, а 19 осіб, або 44,2%, – на 3 бали. Максимальну оцінку 5 балів не поставив жоден респондент. Отже, 86,1% вибірки перебуває в зоні низького або середнього рівня саморегуляції, що є особливо важливим показником для розуміння психологічної стійкості. За таких умов навіть наявність родини або побратимського середовища не завжди компенсує дефіцит внутрішніх навичок заспокоєння, стабілізації та повернення до контрольованого стану.

Доступність професійної психологічної допомоги також була оцінена стримано. Високі оцінки 4–5 балів дали лише 11 осіб, або 25,6%, тоді як 13 осіб, або 30,2%, оцінили доступність на 2 бали, а 19 осіб, або 44,2%, – на 3 бали. Це означає, що для 74,4% респондентів професійна допомога сприймається як недостатньо доступна або лише частково доступна. Водночас готовність звернутися по психологічну допомогу в разі погіршення стану була вищою: 15 осіб, або 34,9%, дали 4 бали, ще 15 осіб, або 34,9%, поставили 3 бали, а 13 осіб,

або 30,2%, – 2 бали. Максимальної готовності 5 балів не було зафіксовано. Це свідчить про наявність обережної готовності до допомоги, але не про повну відкритість до регулярного психологічного супроводу.

Потреба у підтримці виявилася дуже високою, що підтверджують відповіді на питання з множинним вибором. Підтримку родини як найбільш потрібний вид допомоги обрали 40 осіб, або 93,0%, допомогу з адаптацією до цивільного життя – 35 осіб, або 81,4%, індивідуальну психологічну консультацію – 31 особа, або 72,1%. Медичну реабілітацію зазначили 15 осіб, або 34,9%, групу підтримки для військових або ветеранів – 13 осіб, або 30,2%, юридичну або соціальну допомогу – 7 осіб, або 16,3%. Варіант «не потребує підтримки» обрали тільки 2 особи, або 4,7%. Це підтверджує, що психологічна допомога військовим і ветеранам має поєднувати індивідуальну роботу, сімейну підтримку, адаптаційний супровід і врахування досвіду втрати, оскільки переживання загибелі побратимів або близьких людей істотно впливає на емоційний стан і потребу в підтримці [20, с. 103-117].

Узагальнення результатів підрозділу дає підстави стверджувати, що в досліджуваній групі найвиразнішими були прояви повторного переживання травми та постійної готовності до небезпеки: по 62,8% респондентів мали високий рівень нав'язливих спогадів і підвищеної настороженості. Понад половина вибірки повідомила про високий рівень емоційної нестабільності та труднощів повернення до цивільного життя – по 51,2%. Водночас ресурсна частина профілю є нерівномірною: підтримка побратимів оцінюється найвище – 55,8%, але розуміння з боку близьких – лише 27,9%, доступність професійної допомоги – 25,6%, а здатність самотійно заспокоїтися – 14,0%. Така структура показує, що ризик ПТСР у вибірці пов'язаний не лише з високою інтенсивністю травматичних проявів, а й з недостатньою сформованістю стабілізаційних ресурсів.

3.4 Взаємозв'язок бойового досвіду, соціальної підтримки, психологічної стійкості та посттравматичних симптомів

Для перевірки взаємозв'язку між бойовим досвідом, соціальною підтримкою, психологічною стійкістю та посттравматичними симптомами було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, оскільки більшість показників в анкеті вимірювалися за порядковою шкалою від 1 до 5. Інтегральний показник посттравматичних проявів було сформовано як середнє значення п'яти шкал: нав'язливі спогади, уникання, підвищена настороженість, проблеми зі сном, дратівливість та емоційна нестабільність. У бінарних питаннях відповіді «не бажаю відповідати» не включалися до відповідних парних розрахунків. Такий підхід дав змогу не лише описати окремі симптоми, а й перевірити, які саме фактори найтісніше пов'язані з посиленням посттравматичних проявів у межах вибірки з 43 респондентів.

Найсильніший зв'язок було виявлено між тривалістю перебування в районі бойових дій та інтегральним показником посттравматичних проявів. Коефіцієнт Спірмена становив $r = 0,929$ при $p < 0,001$, що свідчить про дуже сильний прямий зв'язок. Це означає, що зі збільшенням тривалості перебування в зоні бойових дій зростали оцінки нав'язливих спогадів, підвищеної настороженості, проблем зі сном, уникання та емоційної нестабільності. Описові дані підтверджують цю закономірність: 15 респондентів, або 34,9%, перебували в районі бойових дій понад 12 місяців, ще 13 осіб, або 30,2%, – від 6 до 12 місяців. Отже, 28 осіб, або 65,1% вибірки, мали тривалий досвід перебування в умовах бойової небезпеки.

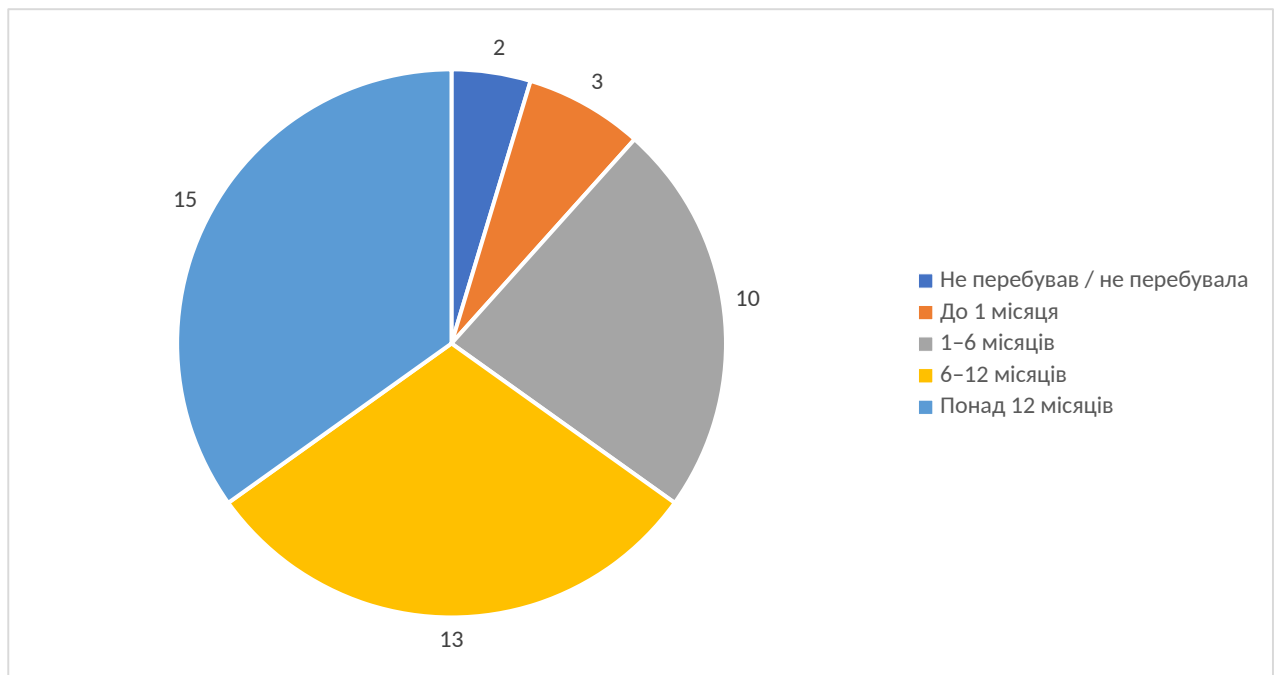


Рис. 3.7. Розподіл респондентів за тривалістю перебування в районі бойових дій

Частота перебування в умовах безпосередньої загрози життю також мала сильний прямий зв'язок з інтегральним показником посттравматичних проявів: $r = 0,830$, $p < 0,001$. У межах вибірки це означає, що респонденти, які частіше повідомляли про реальну загрозу життю, мали вищі показники настороженості, нав'язливих спогадів, емоційної напруги та порушень сну. За результатами опитування 16 осіб, або 37,2%, поставили цьому показнику максимальні 5 балів, а ще 12 осіб, або 27,9%, – 4 бали. Сукупно високі оцінки 4–5 балів дали 28 респондентів, або 65,1%.

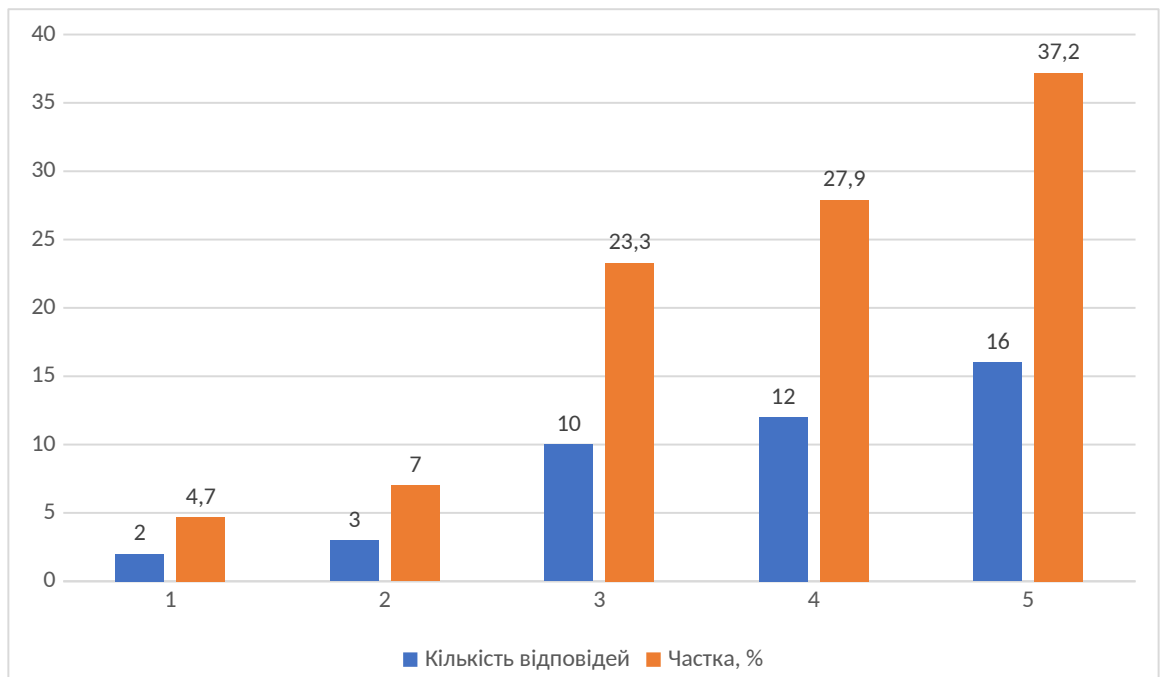


Рис. 3.8. Частота перебування респондентів в умовах безпосередньої загрози життю.

Окремо було встановлено зв'язок між впливом обстрілів, ракетних ударів, атак дронів або мінної небезпеки та проблемами зі сном. Коефіцієнт Спірмена становив $r = 0,662$ при $p < 0,001$, що вказує на помітний прямий статистично значущий зв'язок. Це означає, що респонденти з вищими оцінками впливу обстрілів і мінної небезпеки частіше повідомляли про порушення сну. Описовий розподіл також підтверджує високий рівень цього бойового чинника: 13 осіб, або 30,2%, оцінили його на 5 балів, 16 осіб, або 37,2%, – на 4 бали. Загалом високий рівень впливу обстрілів, атак дронів, ракетних ударів або мінної небезпеки зафіксовано у 29 респондентів, або 67,4%.

Свідчення загибелі або важкого поранення побратимів чи інших людей мало помітний прямий зв'язок з інтегральним показником посттравматичних проявів: $r = 0,614$, $p < 0,001$. У цьому розрахунку було враховано 42 валідні відповіді, оскільки 1 респондент, або 2,3%, не побажав відповідати на відповідне питання. За описовими даними 29 осіб, або 67,4%, повідомили, що були свідками загибелі або важкого поранення інших людей, 13 осіб, або 30,2%, відповіли «ні».

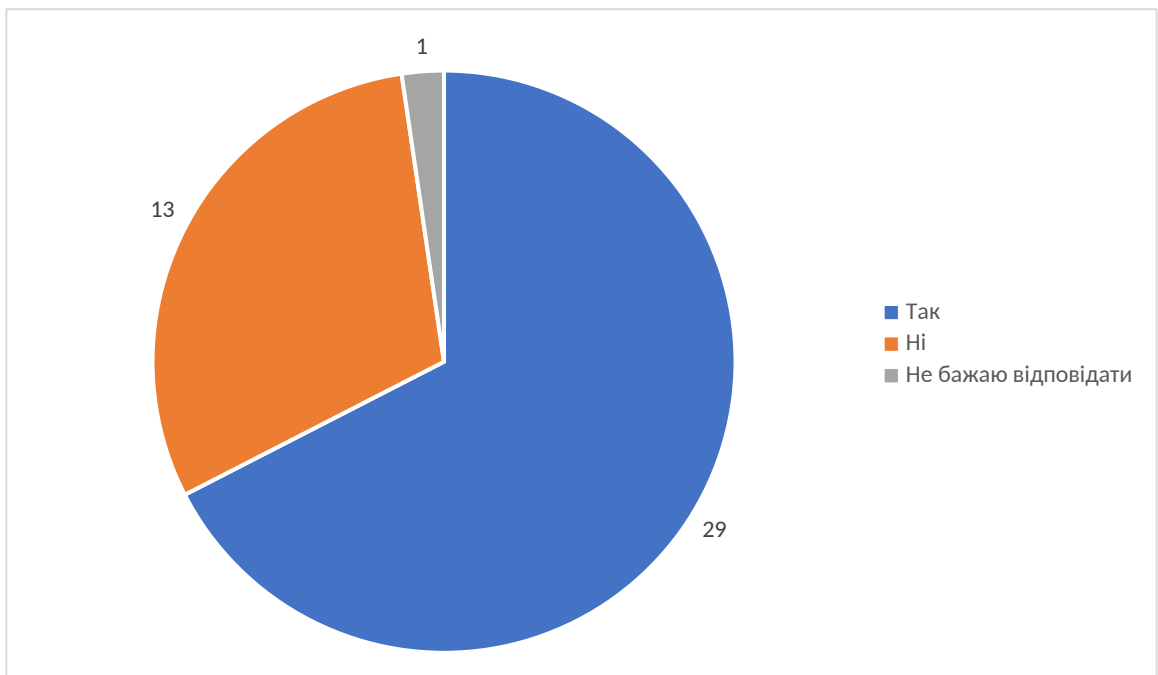


Рис. 3.9. Розподіл відповідей щодо свідчення загибелі або важкого поранення побратимів чи інших людей

Наявність поранення, контузії або інших фізичних ушкоджень, пов'язаних зі службою, також була статистично пов'язана з посттравматичними проявами, але сила цього зв'язку була нижчою. Коефіцієнт Спірмена становив $r = 0,470$ при $p = 0,002$, що відповідає помірному прямому зв'язку. З 42 валідних відповідей 23 особи, або 53,5% від усієї вибірки, повідомили про поранення, контузію або інші фізичні ушкодження, пов'язані зі службою, 19 осіб, або 44,2%, таких ушкоджень не зазначили.

Захисні фактори мали обернений зв'язок із посттравматичними симптомами. Найбільш вираженим був зв'язок між ресурсним індексом підтримки та інтегральним показником посттравматичних проявів: $r = -0,725$, $p < 0,001$. Ресурсний індекс було сформовано на основі оцінок підтримки родини, підтримки побратимів або ветеранської спільноти, розуміння психологічного стану близькими та здатності до самозаспокоєння. Від'ємне значення коефіцієнта означає, що вищий рівень підтримки й особистісних ресурсів пов'язаний із нижчою вираженістю симптомів. Водночас цей результат не можна трактувати як доказ прямої причинності, оскільки анкетування показує зв'язок між показниками, але не встановлює, що саме підтримка безпосередньо знижує

симптоми або що тяжчі симптоми автоматично зменшують оцінку підтримки. Важливим окремим показником стала здатність самотійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травматичну подію. Вона мала помітний обернений зв'язок з інтегральним показником посттравматичних проявів: $r = -0,547, p < 0,001$.

Розуміння психологічного стану респондента з боку близьких людей мало помітний обернений зв'язок зі складністю повернення до цивільного життя: $r = -0,386, p = 0,011$. Це означає, що чим вище військові та ветерани оцінювали розуміння з боку близьких, тим нижчими були оцінки труднощів адаптації до мирного середовища. При цьому описові результати показали, що високі оцінки розуміння з боку близьких дали лише 12 осіб, або 27,9%, тоді як 22 особи, або 51,2%, поставили середній бал, а 9 осіб, або 20,9%, – 2 бали. Отже, проблема полягає не тільки в наявності родини або близького оточення, а в якості психологічного розуміння, здатності близьких витримувати складні реакції ветерана, не знецінювати пережите та не вимагати швидкого «повернення до норми».

Не було виявлено статистично значущого зв'язку між доступністю професійної психологічної допомоги та готовністю звернутися по допомогу в разі погіршення стану: $r = 0,001, p = 0,994$. Це означає, що сама оцінка доступності допомоги майже не пояснювала готовність респондентів звернутися до фахівця. Такий результат може вказувати на наявність інших бар'єрів: недовіри, попереднього негативного досвіду, стигматизації психологічної допомоги, небажання відкривати травматичні переживання або сумнівів щодо ефективності консультацій. Саме тому базова психологічна допомога має передбачати не лише формальну наявність фахівця, а й створення безпечного контакту, стабілізацію стану, підтримку людини в кризі та поступове формування готовності приймати допомогу [4].

Узагальнення результатів кореляційного аналізу показує, що перша гіпотеза дослідження підтвердилася: триваліший і більш інтенсивний бойовий досвід пов'язаний із вищою вираженістю посттравматичних симптомів.

Найсильнішими факторами ризику стали тривалість перебування в районі бойових дій $r = 0,929$, частота безпосередньої загрози життю $r = 0,830$, вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки на проблеми зі сном $r = 0,662$, а також свідчення загибелі або важкого поранення інших людей $r = 0,614$. Друга й третя гіпотези також отримали емпіричне підтвердження: нижчий рівень підтримки, слабше розуміння з боку близьких і нижча здатність до самозаспокоєння пов'язані з вищими посттравматичними проявами. Отже, ризик ПТСР у досліджуваній групі формується не одним окремим чинником, а поєднанням тривалого бойового навантаження, травматичних подій, фізичних ушкоджень, втрат, недостатнього психологічного розуміння та обмежених навичок саморегуляції.

3.5 Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги військовим і ветеранам із ризиком розвитку ПТСР

Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги військовим і ветеранам із ризиком розвитку ПТСР мають ґрунтуватися на результатах емпіричного дослідження, оскільки у вибірці було зафіксовано високий рівень посттравматичних проявів за кількома ключовими показниками. Найбільш вираженими були нав'язливі спогади та підвищена настороженість: високі оцінки 4–5 балів за кожним із цих проявів дали по 27 респондентів, або 62,8%. Також 22 особи, або 51,2%, повідомили про високий рівень дратівливості, різких емоційних реакцій або труднощів із контролем емоцій, а ще 22 особи, або 51,2%, зазначили складність повернення до звичайного цивільного життя або мирного середовища. Це свідчить про потребу не в одноразових консультаціях, а в системному психологічному супроводі, який поєднує стабілізацію стану, роботу з травматичними спогадами, розвиток саморегуляції та підтримку соціальної адаптації.

Першим напрямом допомоги має бути раннє виявлення військових і ветеранів із підвищеним ризиком розвитку ПТСР. До групи підвищеної уваги доцільно включати осіб, які тривалий час перебували в районі бойових дій, часто

були в умовах безпосередньої загрози життю, зазнали впливу обстрілів, ракетних ударів, атак дронів або мінної небезпеки, мали поранення чи контузію, були свідками загибелі або важкого поранення побратимів, а також пережили втрату близьких людей унаслідок війни. У дослідженні 28 респондентів, або 65,1%, перебували в районі бойових дій від шести місяців і більше, 29 осіб, або 67,4%, оцінили вплив обстрілів і мінної небезпеки на високому рівні, а 33 особи, або 76,7%, повідомили про втрату побратимів або близьких людей унаслідок війни. Саме ці показники мають бути підставою для скринінгу психологічного стану та запрошення до добровільної консультації без тиску й стигматизації.

Другим напрямом має бути стабілізаційна робота з проявами постійної напруги, настороженості та порушень сну. Високий рівень проблем зі сном було зафіксовано у 19 респондентів, або 44,2%, що свідчить про значну поширеність виснаження, нічного напруження, труднощів із засинанням або частих пробуджень після бойового досвіду. На початковому етапі психологічної допомоги доцільно застосовувати короткі техніки заземлення, дихальні вправи, тілесно орієнтовані методи зниження напруги, вправи на повернення відчуття контролю та безпеки. Робота не повинна починатися з детального відтворення травматичних подій, якщо людина не готова до цього, оскільки передчасне занурення у спогади може посилити тривогу, уникання і порушення сну.

Третім напрямом є розвиток навичок саморегуляції, оскільки саме цей ресурс у вибірці виявився найслабшим. Лише 6 респондентів, або 14,0%, оцінили здатність самостійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травму на високому рівні, тоді як 18 осіб, або 41,9%, дали низьку оцінку, а 19 осіб, або 44,2%, – середню. Це означає, що більшість опитаних не має достатньо сформованих внутрішніх способів швидкої психологічної стабілізації. Практична робота має включати навчання розпізнаванню тілесних сигналів напруги, ведення короткого щоденника тригерів, опанування вправ на переключення уваги, планування безпечних дій під час різкого спогаду, використання індивідуального «плану стабілізації» на випадок нічної тривоги, панічної реакції, спалаху гніву або сильного емоційного виснаження.

Четвертим напрямом має бути підтримка соціальної адаптації та повернення до цивільного життя. Оскільки 51,2% респондентів повідомили про високий рівень труднощів адаптації до мирного середовища, психологічна допомога має виходити за межі лише роботи із симптомами. Ветеранам і демобілізованим особам потрібна допомога у відновленні щоденного режиму, поступовому поверненні до навчання або роботи, налагодженні спілкування з родиною, плануванні майбутнього та зменшенні відчуття відчуження від цивільного середовища. Доцільними є індивідуальні консультації з психологом, групи підтримки для військових і ветеранів, адаптаційні програми, зустрічі з фахівцями соціального супроводу, а також координація з медичними, реабілітаційними та юридичними службами у випадках, коли психологічні труднощі поєднуються з фізичними наслідками служби.

П'ятим напрямом є залучення родини та близького оточення до процесу підтримки. За результатами дослідження підтримку родини або близьких людей на високому рівні оцінили 15 осіб, або 34,9%, однак розуміння психологічного стану з боку близьких на високому рівні зазначили лише 12 осіб, або 27,9%. Це означає, що сама наявність родини не завжди дорівнює якісній психологічній підтримці. Близьким людям варто пояснювати, що дратівливість, уникання розмов, настороженість, порушення сну або емоційна відстороненість можуть бути наслідками травматичного досвіду, а не свідомим небажанням спілкуватися. У роботі з родиною доцільно використовувати психоосвіту, сімейні консультації, рекомендації щодо безпечної комунікації, пояснення правил реагування на нічні тривожні реакції, спалахи гніву або різке замикання в собі.

Шостим напрямом має бути підвищення доступності професійної психологічної допомоги та зменшення бар'єрів звернення. Високий рівень доступності психологічної допомоги зазначили лише 11 респондентів, або 25,6%, тоді як 74,4% оцінили її як низьку або середню. Водночас готовність звернутися по допомогу в разі погіршення стану на високому рівні виявили 15 осіб, або 34,9%, що свідчить про часткову відкритість до підтримки, але не про повну довіру до неї. Тому психологічна допомога має бути конфіденційною,

добровільною, зрозумілою за процедурою і максимально наближеною до потреб військових та ветеранів. Ефективними можуть бути короткі первинні консультації без обов'язкового глибокого розкриття травми, можливість повторного звернення, онлайн-консультації, кризова підтримка, перенаправлення до психотерапевта або психіатра за наявності тяжких симптомів, а також чітке пояснення, що звернення по допомогу не є ознакою слабкості, а є способом відновлення контролю над власним станом.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було проведено емпіричне дослідження факторів ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів. У дослідженні проаналізовано 43 анкети, отримані в межах авторського анонімного опитування. Вибірка мала пілотний характер, однак була релевантною до теми роботи, оскільки охоплювала військовослужбовців, ветеранів і демобілізованих осіб. Найбільшу частку становили військовослужбовці та військовослужбовиці – 19 осіб, або 44,2%; ветерани й ветеранки становили 14 осіб, або 32,6%; демобілізовані особи – 10 осіб, або 23,3%. Основна частина вибірки мала тривалий військовий досвід: 32 респонденти, або 74,4%, служили понад один рік, а 28 осіб, або 65,1%, перебували в районі бойових дій від шести місяців і більше.

За результатами аналізу встановлено високий рівень поширення посттравматичних проявів серед опитаних. Найбільш вираженими були нав'язливі спогади та підвищена настороженість: високі оцінки 4–5 балів за кожним із цих показників дали по 27 респондентів, або 62,8%. Високий рівень драгівливості, різких емоційних реакцій або труднощів із контролем емоцій зафіксовано у 22 осіб, або 51,2%; такий самий показник отримано щодо складності повернення до звичайного цивільного життя або мирного середовища. Проблеми зі сном на високому рівні зазначили 19 осіб, або 44,2%, а високий рівень уникання нагадувань про бойовий досвід – 18 осіб, або 41,9%. Отже, посттравматичні прояви у вибірці мали комплексний характер і

поєднували повторне переживання травми, тривожну настороженість, емоційну нестабільність, порушення сну та труднощі адаптації.

Кореляційний аналіз підтвердив зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та посттравматичними симптомами. Найсильніший прямий зв'язок було виявлено між тривалістю перебування в районі бойових дій та інтегральним показником посттравматичних проявів – $r = 0,929$, $p < 0,001$. Частота перебування в умовах безпосередньої загрози життю також мала сильний зв'язок із посттравматичними проявами – $r = 0,830$, $p < 0,001$. Вплив обстрілів, атак дронів, ракетних ударів або мінної небезпеки був пов'язаний із проблемами зі сном – $r = 0,662$, $p < 0,001$, а свідчення загибелі або важкого поранення побратимів чи інших людей мало зв'язок із загальною вираженістю посттравматичних симптомів – $r = 0,614$, $p < 0,001$. Це підтверджує, що ключовими факторами ризику є не лише сам факт служби, а тривалість перебування в небезпечному середовищі, повторюваність загрози життю, фізична травматизація, втрати та безпосереднє спостереження тяжких наслідків війни.

Захисні ресурси у вибірці виявилися нерівномірними. Найвищим ресурсним показником була підтримка з боку побратимів, колег або ветеранської спільноти: високі оцінки дали 24 особи, або 55,8%. Водночас підтримку родини на високому рівні оцінили 15 осіб, або 34,9%, розуміння психологічного стану з боку близьких – 12 осіб, або 27,9%, доступність професійної психологічної допомоги – 11 осіб, або 25,6%, а здатність самотійно заспокоїтися після сильного стресу або травматичного спогаду – лише 6 осіб, або 14,0%. Отже, практична психологічна допомога військовим і ветеранам із ризиком ПТСР має бути спрямована на раннє виявлення симптомів, стабілізацію стану, нормалізацію сну, розвиток саморегуляції, підтримку родини, роботу з адаптацією до цивільного життя та підвищення доступності фахової психологічної допомоги.

ВИСНОВОК

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретико-емпіричне дослідження факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів на сучасному етапі війни. Мета роботи досягнута, оскільки було проаналізовано наукові підходи до розуміння ПТСР, визначено основні психологічні, особистісні, сімейно-соціальні та середовищні чинники ризику, проведено емпіричне дослідження серед військових і ветеранів, а також встановлено зв'язки між бойовим досвідом, соціальною підтримкою, психологічною стійкістю та вираженістю посттравматичних проявів. Структура висновків узгоджена з розділами дипломної роботи та вимогами до формулювання підсумків дослідження.

У першому розділі було узагальнено теоретичні основи вивчення посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів. Визначено, що ПТСР є складним психічним станом, який виникає після переживання подій, пов'язаних із реальною загрозою життю, пораненням, смертю інших людей або тривалим перебуванням у небезпечних умовах. Для військовослужбовців і ветеранів цей розлад має особливу специфіку, оскільки бойовий досвід часто є не одноразовим, а повторюваним і тривалим. У теоретичному аналізі встановлено, що ПТСР проявляється через нав'язливе повторне переживання травми, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни у мисленні й настрої, підвищену збудливість, порушення сну, дратівливість, настороженість і труднощі соціального функціонування.

У межах першого розділу також було з'ясовано, що формування ПТСР не можна пояснювати лише самим фактом участі у бойових діях. Важливе значення мають інтенсивність і тривалість психотравмуючого впливу, суб'єктивне переживання небезпеки, попередній психологічний стан людини, наявність морально складного досвіду, здатність до саморегуляції та рівень підтримки після повернення з бойового середовища. ПТСР у військових і ветеранів впливає не лише на внутрішній емоційний стан, а й на сімейні взаємини, професійну

активність, здатність підтримувати соціальні контакти, адаптуватися до цивільного життя та приймати психологічну допомогу.

У другому розділі було систематизовано основні фактори ризику розвитку ПТСР у військових і ветеранів. До найбільш значущих психологічних та індивідуально-особистісних чинників належать висока тривожність, емоційна нестабільність, труднощі контролю реакцій, порушення сну, виснаження, провина за виживання, зниження довіри до оточення, схильність до уникнення травматичних спогадів і недостатньо сформовані навички самозаспокоєння. Сімейно-соціальні чинники проявляються через якість підтримки з боку родини, побратимів, друзів, ветеранської спільноти та фахівців. Нерозуміння психологічного стану військового або ветерана, соціальна ізоляція, стигматизація звернення по допомогу та конфлікти в близькому оточенні можуть посилювати ризик хронізації посттравматичних симптомів.

У другому розділі також обґрунтовано значення бойових і середовищних чинників ризику. Найбільш травматичними для військових і ветеранів є тривале перебування в районі бойових дій, регулярна загроза життю, обстріли, атаки дронів, ракетні удари, мінна небезпека, поранення, контузії, свідчення загибелі або важкого поранення побратимів, а також постійне очікування небезпеки. Водночас визначено захисні ресурси, які можуть знижувати ризик розвитку ПТСР: психологічна стійкість, самоефективність, здатність до саморегуляції, підтримка родини й побратимів, доступ до професійної психологічної допомоги, стабілізація сну, фізична реабілітація, соціальна включеність і поступове повернення до значущих життєвих ролей.

У третьому розділі було проведено емпіричне дослідження факторів ризику розвитку ПТСР серед 43 респондентів із числа військових, ветеранів і демобілізованих осіб. Вибірка охоплювала респондентів із різною тривалістю служби та різним рівнем бойового досвіду, що дало змогу порівняти інтенсивність посттравматичних проявів залежно від характеру травматичного навантаження. Результати опитування показали, що значна частина респондентів має виражені посттравматичні симптоми, зокрема нав'язливі спогади, підвищену

настороженість, порушення сну, дратівливість, емоційну напругу, уникнення нагадувань про бойовий досвід і труднощі повернення до звичайного цивільного життя.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих зв'язків між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем посттравматичних проявів. Найсильніший зв'язок було виявлено між тривалістю перебування в районі бойових дій та інтегральним показником посттравматичних симптомів. Також встановлено зв'язок між частотою перебування в умовах безпосередньої загрози життю, досвідом обстрілів, атак дронів, ракетних ударів, мінної небезпеки, пораненнями або контузіями та вираженістю окремих симптомів ПТСР. Це підтверджує, що чим тривалішим і більш інтенсивним є бойове навантаження, тим вищою є ймовірність формування стійких посттравматичних проявів.

Результати емпіричного дослідження також засвідчили важливу роль соціальної підтримки та психологічної стійкості. Недостатнє розуміння з боку близьких, низький рівень підтримки, обмежена готовність звертатися по допомогу та слабко сформована здатність самотійно заспокоюватися після сильного стресу були пов'язані з вищою вираженістю посттравматичних симптомів. Водночас підтримка родини, побратимів, ветеранського середовища та доступ до фахової психологічної допомоги можуть виступати важливими захисними чинниками. Таким чином, усі три гіпотези дослідження отримали підтвердження: триваліший бойовий досвід, недостатній рівень підтримки та нижча психологічна стійкість пов'язані з більш вираженими проявами ПТСР. Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані психологами, фахівцями служб психологічного забезпечення, реабілітаційними центрами та організаціями, які працюють із військовими, ветеранами і членами їхніх родин. Психологічна допомога особам із ризиком розвитку ПТСР має передбачати раннє виявлення посттравматичних проявів, стабілізацію емоційного стану, роботу з порушеннями сну, розвиток навичок саморегуляції, психоосвіту для родини, зменшення стигматизації звернення по допомогу та підтримку поступового повернення до цивільного життя. Особливу

увагу доцільно приділяти не лише самим симптомам ПТСР, а й тим умовам, які або посилюють ризик їх хронізації, або допомагають людині відновлювати психологічну рівновагу.

Отже, проведене дослідження підтвердило, що посттравматичний стресовий розлад у військових і ветеранів на сучасному етапі війни є багатофакторним явищем, яке формується під впливом бойового досвіду, травматичних подій, особистісних ресурсів, сімейно-соціального середовища та доступності психологічної допомоги. Найбільш значущими ризиками є тривале перебування в зоні бойових дій, повторювана загроза життю, досвід втрат і поранень, емоційне виснаження, порушення сну, недостатня підтримка та слабка саморегуляція. Водночас своєчасна психологічна допомога, підтримка близьких, розвиток психологічної стійкості та включення ветеранів у стабільне соціальне середовище можуть знижувати інтенсивність посттравматичних проявів і сприяти більш успішній адаптації після бойового досвіду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *НейроNEWS*. 2018. № 3 (96). С. 30–31. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/3%2896%29/pages-30-31/adaptaciy-a-shkali-dlya-klinichnoyi-diagnostiki-ptsr-ta-opituvalnika-perelik-simptomiv-ptsr-dlya-ukrayinskoji-populyaciyi-> (дата звернення: 02.05.2026).
2. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8–17. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2>.
3. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. Вип. 63. С. 137–141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>.
4. Базова психологічна допомога [Електронний ресурс]. 2023. Режим доступу: <https://www.medical.te.ua/ua/news-1-0-705-bazova-psihologichna-dopomoga> (дата звернення: 02.05.2026).
5. Балашов Е., Лозюк С. Саморегуляція як чинник резистентності до ПТСР у військовослужбовців. *Grail of Science*. 2025. № 59. С. 1091–1093. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.12.12.2025.137>.
6. Беспьоктов О. В. Психологічні особливості проявів ПТСР у ветеранів бойових дій. *Психологічний часопис*. 2019. Т. 5, № 8. С. 45–60. URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/683> (дата звернення: 02.05.2026).
7. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>.
8. Бондаренко І. В., Грищук О. В. Роль психологічної підтримки в процесі соціальної адаптації військових із ПТСР. *Практична психологія і соціальна робота*. 2021. № 2. С. 50–56.

9. Вінс В. А., Горбенко І. В., Кузьменко Т. М. Психотерапевтичні засади роботи з клієнтами на різних етапах травмування. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2022. Вип. 3. С. 91–96. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.3.15>.
10. Гончар-Чердаклі Л. Діагностичні критерії ПТСР Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів, 5-е видання (DSM-5). 2022. URL: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/diahnostychni-kryteriyi-ptsr-kerivnytstva-z-diahnostyky-istatystyky-psykhichnykh> (дата звернення: 03.05.2026).
11. Горват А. М. Війна та посттравматичний стресовий розлад: механізми виникнення та підходи до лікування. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 1. С. 132–138. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15358>
12. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації : клінічна настанова, заснована на доказах. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, Державний експертний центр МОЗ України, 2024. 217 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення: 03.05.2026).
13. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації : уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptasiyi> (дата звернення: 03.05.2026).
14. Дичко О. О., Гайнутдінов А. В., Карлов О. Ю. Ефективність психологічної підтримки у військових: аналіз впливу на подолання посттравматичного

- стресового розладу. Перспективи та інновації науки. 2024. Вип. 3 (37). С. 812–824. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-3\(37\)-812-824](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-3(37)-812-824).
15. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Коkun, В. В. Ключков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с. URL: https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/07/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_.pdf (дата звернення: 03.05.2026).
16. Коkun О. М. Діагностика професійної життестійкості та психофізіологічної стійкості : метод. рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 58 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739679/> (дата звернення: 04.05.2026).
17. Коkun О. М., Агаєв Н. А., Лозінська Н. С. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО/ООС на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 182 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706440/> (дата звернення: 04.05.2026).
18. Коkun О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/> (дата звернення: 05.05.2026).
19. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50–56. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6>.
20. Малина О. Г. Особливості психологічної допомоги членам сімей загиблих Захисників і Захисниць України. *Psychological patterns of social processes and personality development in modern society* / за ред. Н. Ф. Шевченко, М. Г. Ткалич, Н. О. Губа. Riga : Baltija Publishing, 2024. С. 103–117. URL:

- <https://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/514/13629/28533-1> (дата звернення: 05.05.2026).
21. Новіков О. А., Балашов Е. М. Модель моніторингу та управління психоемоційним станом військовослужбовців як засіб запобігання та подолання посттравматичного стресового розладу. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2025. № 18. С. 68–75. DOI: <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2025-18-68-75>.
 22. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Матеріали конференції МЦНД. 2020. С. 89–91. DOI: <https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1.12>.
 23. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. 2022. Вип. 57. С. 110–120. DOI: [https://doi.org/10.31909/26168774.2022-\(57\)-13](https://doi.org/10.31909/26168774.2022-(57)-13).
 24. Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій : практичний посібник / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін. ; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 259 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747184/> (дата звернення: 05.05.2026).
 25. Психологія бою / Т. Л. Грицевич, Т. М. Мацевко, А. Б. Неурова, А. М. Романишин. Львів : Астролябія, 2022. 336 с.
 26. Салюк М., Меркулов М. Аналіз стресочутливості військовослужбовців з метою профілактики ПТСР. Молодий вчений. 2024. № 6 (130). С. 125–130. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-6-130-27>.
 27. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Молодий вчений. 2024. № 4 (128). С. 114–119. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-4-128-42>.

28. Спіріна Т., Дуля А., Боброва О. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Ввічливість. Humanitas*. 2025. № 1. С. 157–162. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2025.1.21>.
29. Стасюк В. В., Федоренко Ю. А. Психологічна реабілітація ветеранів Збройних Сил України, які брали участь у збройному конфлікті. *Габітус*. 2025. Вип. 70. С. 227–232. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.41>.
30. Федорець С. Вплив посттравматичного стресового розладу на сексуальне функціонування військових та ветеранів. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2023. № 2 (70). С. 180–186. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-70-180-186>.
31. Шпортун О. М., Савчук З. С. Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 1 (43). С. 951–970. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-951-970](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-951-970).
32. Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В., Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Рибінський М. В., Ангельська В. Ю., Павленко Н. П. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28–39. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>.
33. Чорний В., Романишин А., Остапчук О., Вавілова Н. Психологічна стійкість українських військовослужбовців в ході російсько-української війни: соціальні чинники. *Збірник наукових праць Центру воєнно-стратегічних досліджень Національного університету оборони України*. 2024. № 2 (81). С. 139–145. DOI: <https://doi.org/10.33099/2304-2745/2024-2-81/139-145>.
34. Held P., Boland A., Pridgen S. A., Smith D. L. Sleep disturbances and PTSD: Identifying baseline predictors of insomnia response in an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. Vol. 16, № 1. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2514885>.

35. Lawrence K. A., Speaks H. R., Abner E. L., Schmitt F. A., Vasterling J. J., Smith B. N., Segerstrom S. C. Lifetime posttraumatic stress disorder and longitudinal cognitive decline: A cognitive aging framework in the National Alzheimer's Coordinating Center Uniform Data Set. *Journal of Traumatic Stress*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.23165>.
36. McLean C. L., Faytol A., Chu G. M., Henneken A., Rabin B. A., Pittman J. O. E., Lindamer L., Lang A. J. Evaluating the mobile Mantram Repetition Program for veterans with PTSD: A multimethod randomized feasibility trial of self-directed versus text support delivery. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001811>.
37. 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. Vol. 11, № 4. P. 383–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>.
38. Murphy J. W., Shotwell-Tabke C., Smith D. L., Valdespino-Hayden Z., Patton E., Pridgen S., Held P. Evaluating self-efficacy as a treatment mechanism during an intensive treatment program for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001836>.
39. Ne'eman-Haviv V., Freaman S., Zerach G. Associations between posttraumatic stress symptoms, moral injury, and parenting among Israeli male veterans: The mediating role of parental beliefs about children's anxiety. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001848>.
40. Nohr L., Nesterko Y., Specht F., Stammel N., Sotelo I., Böttche M. Distinctive factors contributing to psychological distress in second-generation offspring of Holocaust survivors: Posttraumatic stress and sense of coherence. *Journal of Traumatic Stress*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.23173>.

41. Serier K. N., Burns H. M., Magruder K. M., Spiro A., Kaiser A. P., Kimerling R., Frayne S. M., Kilbourne A. M., Stock E. M., Forsberg C. W., Smith N. L., Smith B. N. Posttraumatic stress disorder and hypertension in older adult Vietnam Era male and female veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.23162>.
42. Zerach G., Tov E. S., Shati S. The contribution of maladaptive personality traits to PTSD and depression symptoms among Israeli female veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001779>.

ДОДАТКИ

Додаток А. Посилання на авторське Google-опитування щодо факторів ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів

У межах емпіричної частини кваліфікаційної роботи було проведено авторське анонімне онлайн-опитування, спрямоване на вивчення факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових та ветеранів на сучасному етапі війни. Опитування було створене за допомогою сервісу Google Forms, що забезпечило стандартизовану форму подання запитань, однакові умови проходження анкети для всіх учасників та зручність подальшої кількісної обробки результатів.

Посилання на Google-опитування: <https://forms.gle/Azx6scs7abRbLmhC7>

Назва опитування: «Фактори ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів»

Мета опитування полягала у зборі первинних емпіричних даних щодо бойового та травматичного досвіду, проявів посттравматичних симптомів, рівня соціальної підтримки, доступності психологічної допомоги та особистісних ресурсів психологічної стійкості військових і ветеранів. Анкета містила питання соціально-демографічного характеру, питання про тривалість військової служби та перебування в районі бойових дій, а також блоки, спрямовані на оцінку травматичних подій, емоційного стану, порушень сну, настороженості, дратівливості, труднощів адаптації до цивільного життя та готовності звертатися по психологічну допомогу.

Участь в опитуванні була добровільною. На початку анкети респонденти підтверджували згоду на участь в анонімному дослідженні. Отримані відповіді використовувалися лише в узагальненому вигляді для написання емпіричного розділу кваліфікаційної роботи. Персональні дані, які могли б прямо ідентифікувати учасників, не збиралися.

Додаток Б. Зміст авторської анкети для емпіричного дослідження факторів ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів

Таблиця Б.1

Зміст авторської анкети для емпіричного дослідження факторів ризику розвитку ПТСР у військових та ветеранів

| № | Питання анкети | Тип питання | Варіанти відповіді / шкала оцінювання |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Чи підтверджуєте Ви добровільну згоду на участь в анонімному дослідженні? | Закрите, один варіант відповіді | Так; Ні |
| 2 | Який Ваш статус на момент проходження опитування? | Закрите, один варіант відповіді | Військовослужбовець / військовослужбовиця; ветеран / ветеранка; демобілізований / демобілізована |
| 3 | Ваш вік | Закрите, один варіант відповіді | До 25 років; 26–35 років; 36–45 років; 46–55 років; понад 55 років |
| 4 | Ваша стать | Закрите, один варіант відповіді | Чоловіча; жіноча; не бажаю відповідати |
| 5 | Яка загальна тривалість Вашої військової служби? | Закрите, один варіант відповіді | До 6 місяців; 6–12 місяців; 1–2 роки; 2–5 років; понад 5 років |
| 6 | Скільки часу Ви перебували в районі бойових дій? | Закрите, один варіант відповіді | Не перебував / не перебувала; до 1 місяця; 1–6 місяців; 6–12 місяців; понад 12 місяців |
| 7 | Наскільки часто Ви перебували в умовах безпосередньої загрози життю? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не часто, 5 – дуже часто |
| 8 | Наскільки сильним був вплив обстрілів, ракетних ударів, атак дронів або мінної небезпеки на Ваш психологічний стан? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – мінімальний вплив, 5 – дуже сильний вплив |
| 9 | Чи мали Ви поранення, контузію або інші фізичні ушкодження, пов'язані зі службою? | Закрите, один варіант відповіді | Так; ні; не бажаю відповідати |
| 10 | Чи були Ви свідком загибелі або важкого поранення побратимів чи інших людей? | Закрите, один варіант відповіді | Так; ні; не бажаю відповідати |
| 11 | Чи переживали Ви втрату побратимів або близьких людей унаслідок війни? | Закрите, один варіант відповіді | Так; ні; не бажаю відповідати |
| 12 | Наскільки часто після травматичних подій у Вас виникали нав'язливі спогади, образи або думки про пережите? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не виникали, 5 – виникали дуже часто |
| 13 | Наскільки часто Ви уникали розмов, місць, людей або інформації, які нагадували про бойовий досвід? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не уникав / не уникала, 5 – дуже часто уникав / уникала |
| 14 | Наскільки часто Ви відчували підвищену настороженість, напруження або очікування небезпеки? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не відчував / не відчувала, 5 – відчував / відчувала дуже часто |
| 15 | Наскільки вираженими були проблеми зі сном після бойового або травматичного досвіду? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – проблем майже не було, 5 – проблеми були дуже вираженими |
| 16 | Наскільки часто Ви помічали дратівливість, різкі емоційні реакції або труднощі з контролем емоцій? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не помічав / не помічала, 5 – дуже часто помічав / помічала |
| 17 | Наскільки складним для Вас було повернення до звичайного цивільного життя або мирного середовища? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не складно, 5 – дуже складно |
| 18 | Як Ви оцінюєте підтримку з боку родини або близьких людей? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – підтримки майже немає, 5 – підтримка дуже висока |
| 19 | Як Ви оцінюєте підтримку з боку | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – підтримки майже немає, 5 – |

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | побратимів, колег або ветеранської спільноти? | | підтримка дуже висока |
| 20 | Наскільки близькі люди розуміють Ваш психологічний стан? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не розуміють, 5 – повністю розуміють |
| 21 | Чи зверталися Ви по психологічну або психотерапевтичну допомогу після бойових дій чи травматичних подій? | Закрите, один варіант відповіді | Так, уже звертався / зверталася; ні, але планую звернутися; ні, не звертався / не зверталася і не планую; не бажаю відповідати |
| 22 | Наскільки доступною для Вас є професійна психологічна допомога? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім недоступна, 5 – повністю доступна |
| 23 | Наскільки Ви готові звернутися по психологічну допомогу в разі погіршення стану? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не готовий / не готова, 5 – повністю готовий / готова |
| 24 | Наскільки Ви здатні самостійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травматичну подію? | Шкальне питання | Шкала від 1 до 5, де 1 – майже не здатний / не здатна, 5 – повністю здатний / здатна |
| 25 | Яка підтримка є для Вас найбільш потрібною зараз? | Закрите, множинний вибір | Підтримка родини; допомога з адаптацією до цивільного життя; індивідуальна психологічна консультація; медична реабілітація; група підтримки для військових / ветеранів; юридична або соціальна допомога; не потребує підтримки; інше |

Додаток В. Узагальнені результати авторського анкетування військових та ветеранів щодо факторів ризику розвитку ПТСР

Таблиця В.1

Соціально-демографічна характеристика респондентів

| Показник | Варіант відповіді | Кількість осіб | Частка, % |
|-----------------|----------------------------------------------|----------------|-----------|
| Згода на участь | Так | 43 | 100,0 |
| Згода на участь | Ні | 0 | 0,0 |
| Статус | Військовослужбовець / військовослужбовиця | 19 | 44,2 |
| Статус | Ветеран / ветеранка | 14 | 32,6 |
| Статус | Демобілізований / демобілізована | 10 | 23,3 |
| Вік | До 25 років | 5 | 11,6 |
| Вік | 26–35 років | 17 | 39,5 |
| Вік | 36–45 років | 13 | 30,2 |
| Вік | 46–55 років | 6 | 14,0 |
| Вік | Понад 55 років | 2 | 4,7 |
| Стать | Чоловіча | 36 | 83,7 |
| Стать | Жіноча | 6 | 14,0 |
| Стать | Не бажаю відповідати | 1 | 2,3 |

Таблиця В.2

Військовий, бойовий і травматичний досвід респондентів

| Показник | Варіант відповіді / бал | Кількість осіб | Частка, % |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|
| Загальна тривалість військової служби | До 6 місяців | 3 | 7,0 |
| Загальна тривалість військової служби | 6–12 місяців | 8 | 18,6 |
| Загальна тривалість військової служби | 1–2 роки | 14 | 32,6 |
| Загальна тривалість військової служби | 2–5 років | 13 | 30,2 |
| Загальна тривалість військової служби | Понад 5 років | 5 | 11,6 |
| Перебування в районі бойових дій | Не перебував / не перебувала | 2 | 4,7 |
| Перебування в районі бойових дій | До 1 місяця | 3 | 7,0 |
| Перебування в районі бойових дій | 1–6 місяців | 10 | 23,3 |
| Перебування в районі бойових дій | 6–12 місяців | 13 | 30,2 |
| Перебування в районі бойових дій | Понад 12 місяців | 15 | 34,9 |
| Безпосередня загроза життю | 1 бал | 2 | 4,7 |
| Безпосередня загроза життю | 2 бали | 3 | 7,0 |
| Безпосередня загроза життю | 3 бали | 10 | 23,3 |

| | | | |
|------------------------------------------------------|----------------------|----|------|
| Безпосередня загроза життю | 4 бали | 12 | 27,9 |
| Безпосередня загроза життю | 5 балів | 16 | 37,2 |
| Вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки | 1 бал | 2 | 4,7 |
| Вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки | 2 бали | 6 | 14,0 |
| Вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки | 3 бали | 6 | 14,0 |
| Вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки | 4 бали | 16 | 37,2 |
| Вплив обстрілів, атак дронів і мінної небезпеки | 5 балів | 13 | 30,2 |
| Поранення, контузія або інші фізичні ушкодження | Так | 23 | 53,5 |
| Поранення, контузія або інші фізичні ушкодження | Ні | 19 | 44,2 |
| Поранення, контузія або інші фізичні ушкодження | Не бажаю відповідати | 1 | 2,3 |
| Свідчення загибелі або важкого поранення інших людей | Так | 29 | 67,4 |
| Свідчення загибелі або важкого поранення інших людей | Ні | 13 | 30,2 |
| Свідчення загибелі або важкого поранення інших людей | Не бажаю відповідати | 1 | 2,3 |
| Втрата побратимів або близьких людей унаслідок війни | Так | 33 | 76,7 |
| Втрата побратимів або близьких людей унаслідок війни | Ні | 9 | 20,9 |
| Втрата побратимів або близьких людей унаслідок війни | Не бажаю відповідати | 1 | 2,3 |

Таблиця В.3

Розподіл посттравматичних проявів за шкалою від 1 до 5

| Показник | 1 бал | 2 бали | 3 бали | 4 бали | 5 балів | Високий рівень, 4–5 балів |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|------------|------------|---------------------------|
| Нав'язливі спогади, образи або думки про пережите | 1 / 2,3% | 6 / 14,0% | 9 / 20,9% | 16 / 37,2% | 11 / 25,6% | 27 / 62,8% |
| Уникання розмов, місць, людей або інформації, що нагадують про бойовий досвід | 2 / 4,7% | 8 / 18,6% | 15 / 34,9% | 14 / 32,6% | 4 / 9,3% | 18 / 41,9% |
| Підвищена настороженість, напруження або очікування | 1 / 2,3% | 6 / 14,0% | 9 / 20,9% | 18 / 41,9% | 9 / 20,9% | 27 / 62,8% |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|
| небезпеки | | | | | | |
| Проблеми зі сном після бойового або травматичного досвіду | 2 / 4,7% | 8 / 18,6% | 14 / 32,6% | 10 / 23,3% | 9 / 20,9% | 19 / 44,2% |
| Дратівливість, різкі емоційні реакції або труднощі з контролем емоцій | 1 / 2,3% | 6 / 14,0% | 14 / 32,6% | 16 / 37,2% | 6 / 14,0% | 22 / 51,2% |
| Складність повернення до звичайного цивільного життя або мирного середовища | 1 / 2,3% | 7 / 16,3% | 13 / 30,2% | 19 / 44,2% | 3 / 7,0% | 22 / 51,2% |

Таблиця В.4

Соціальна підтримка, психологічна допомога та ресурси саморегуляції
респондентів

| Показник | 1 бал / варіант | 2 бали / варіант | 3 бали / варіант | 4 бали / варіант | 5 балів / варіант | Високий рівень, 4–5 балів |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------|
| Підтримка з боку родини або близьких людей | 0 / 0,0% | 5 / 11,6% | 23 / 53,5% | 14 / 32,6% | 1 / 2,3% | 15 / 34,9% |
| Підтримка з боку побратимів, колег або ветеранської спільноти | 0 / 0,0% | 6 / 14,0% | 13 / 30,2% | 21 / 48,8% | 3 / 7,0% | 24 / 55,8% |
| Розуміння психологічного стану з боку близьких людей | 0 / 0,0% | 9 / 20,9% | 22 / 51,2% | 11 / 25,6% | 1 / 2,3% | 12 / 27,9% |
| Доступність професійної психологічної допомоги | 0 / 0,0% | 13 / 30,2% | 19 / 44,2% | 10 / 23,3% | 1 / 2,3% | 11 / 25,6% |
| Готовність звернутися по психологічну допомогу в разі погіршення стану | 0 / 0,0% | 13 / 30,2% | 15 / 34,9% | 15 / 34,9% | 0 / 0,0% | 15 / 34,9% |
| Здатність самостійно заспокоїтися після сильного стресу або спогаду про травму | 0 / 0,0% | 18 / 41,9% | 19 / 44,2% | 6 / 14,0% | 0 / 0,0% | 6 / 14,0% |

Таблиця В.5

Досвід звернення по психологічну допомогу та найбільш потрібні види
підтримки

| Показник | Варіант відповіді | Кількість осіб | Частка, % |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|--------------|
| Досвід звернення по психологічну або психотерапевтичну допомогу | Так, уже звертався / зверталася | 29 | 67,4 |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----|------|
| Досвід звернення по психологічну або психотерапевтичну допомогу | Ні, але планую звернутися | 4 | 9,3 |
| Досвід звернення по психологічну або психотерапевтичну допомогу | Ні, не звертався / не зверталася і не планую | 3 | 7,0 |
| Досвід звернення по психологічну або психотерапевтичну допомогу | Не бажаю відповідати | 6 | 14,0 |
| Найбільш потрібна підтримка | Підтримка родини | 40 | 93,0 |
| Найбільш потрібна підтримка | Допомога з адаптацією до цивільного життя | 35 | 81,4 |
| Найбільш потрібна підтримка | Індивідуальна психологічна консультація | 31 | 72,1 |
| Найбільш потрібна підтримка | Медична реабілітація | 15 | 34,9 |
| Найбільш потрібна підтримка | Група підтримки для військових / ветеранів | 13 | 30,2 |
| Найбільш потрібна підтримка | Юридична або соціальна допомога | 7 | 16,3 |
| Найбільш потрібна підтримка | Не потребую підтримки | 2 | 4,7 |
| Найбільш потрібна підтримка | Інше | 0 | 0,0 |