

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи  
кафедра практичної психології**

**Психологічний стан та копінг-стратегії поведінки учасників бойових дій**

**Кваліфікаційна робота**

**Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

***Виконала:***

студентка 2 курсу, 604 групи

**Янюк Аліна Владиславівна**

***Керівник:***

асистент, канд. псих. наук, Чорней М. П.

*До захисту допущено  
на засіданні кафедри  
протокол №4.1 від 3 листопада 2023 р.  
Зав. кафедрою \_\_\_\_\_ Радчук В.М.*

**Чернівці 2023**

## АНОТАЦІЯ

Янюк Аліна Владиславівна. Психологічний стан та копінг-стратегії поведінки учасників бойових дій. - Магістерська робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» ОПІ «Практична психологія». – Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи. Кафедра практичної психології. – Чернівці, 2023.

Магістерська робота присвячена вивченню теоретичних основ та емпіричному дослідженню особливостей психологічного стану і копінг-стратегій поведінки учасників бойових дій в Україні, їх взаємозв'язку. У першому розділі роботи проводиться аналіз понять «розлад адаптації», «посттравматичний стресовий розлад», «депресія», «копінг-стратегії», «копінг-ресурси», «копінг-поведінка», розглядаються фактори формування негативних психологічних станів в учасників бойових дій.

Другий розділ описує вибірку, програму дослідження та методики вибрані для його проведення.

Третій розділ містить результати емпіричного дослідження, яке вивчає психологічний стан і копінг-стратегії поведінки учасників бойових дій. Здійснено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів. Виявлено зв'язок психологічного стану військових з їх копінг-стратегіями поведінки. Запропоновано рекомендації щодо превенції негативних психологічних станів у військовослужбовців.

Кваліфікаційна робота містить висновки, які узагальнюють отримані результати, список використаних джерел і додатки. Робота допоможе зрозуміти психологічний стан учасників бойових дій, їх копінг-стратегії поведінки і визначити заходи профілактики виникнення психічних розладів, формування ефективних копінг-стратегій поведінки у військових.

Ключові поняття: травма, гостра реакція на стрес (бойова стресова реакція), гострий стресовий розлад, гострий посттравматичний стресовий розлад, хронічний посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації, депресія, копінг-стратегії поведінки.

## ABSTRACT

Yaniuk Alina. Psychological state and behavioral coping strategies of combatants. - Master's thesis for obtaining a master's degree in specialty 053 "Psychology". – Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. Faculty of Pedagogy, Psychology and Social Work. Department of practical psychology. - Chernivtsi, 2023.

The master's work is devoted to the study of the theoretical foundations and empirical research of the psychological state and coping strategies of the participants in the hostilities in Ukraine, and their interrelationship. In the first section of the work, the concepts of "adjustment disorder", "post-traumatic stress disorder", "depression", "coping strategies", "coping resources", "coping behavior" are analyzed, the factors of the formation of negative psychological states in combatants are considered.

The second section describes the sample, the research program and the methods chosen to conduct it.

The third section contains the results of an empirical study that studies the psychological state and coping strategies of the behavior of combatants. Analysis and interpretation of the obtained results was carried out. The connection between the psychological state of military personnel and their coping strategies of behavior was revealed. Recommendations for the prevention of negative psychological states in military personnel are offered.

The qualification work contains conclusions summarizing the obtained results, a list of used sources and appendices. The work will help to understand the psychological state of combatants, their coping strategies of behavior and determine measures to prevent the occurrence of mental disorders, the formation of effective coping strategies of behavior in the military.

Key concepts: trauma, acute reaction to stress (combat stress reaction), acute stress disorder, acute post-traumatic stress disorder, chronic post-traumatic stress disorder, adjustment disorder, depression, behavioral coping strategies.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>	<b>6</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>7</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ .....</b>	<b>10</b>
1.1. Психологічний стан військовослужбовців, учасників активних бойових дій: поняття, структура та основні підходи до вивчення.....	10
1.2. Фактори формування негативних психологічних станів (розладу адаптації, ПТСР та депресії).....	23
1.3. Копінг-стратегії поведінки військовослужбовців у стресових ситуаціях.....	33
Висновки до розділу I.....	37
<b>РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>38</b>
2.1. Характеристика вибірки та програма дослідження.....	38
2.2. Характеристика методик дослідження.....	40
Висновки до розділу II.....	46
<b>РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ .....</b>	<b>47</b>
3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження .....	47
3.2.Превенція негативних психологічних станів у військовослужбовців .....	80

Висновки до розділу III.....	86
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>87</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>89</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>97</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗСУ – Збройні сили України.

ПТСР - Посттравматичний стресовий розлад.

ГРС – Гостра реакція на стрес.

МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

АТО/ООС – Антитерористична операція/Операція Об'єднаних сил (з 30 квітня 2018 року)

КПТ – Когнітивно-поведінкова терапія.

ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» - Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна психіатрична лікарня».

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** 24 лютого 2022 року Російська Федерація розпочала повномасштабну війну проти України. Збройні сили України забезпечують стримування збройної агресії Російської Федерації проти України та дають відсіч їй, організовують охорону повітряного простору держави та підводного простору у межах територіального моря України, а також беруть участь у заходах, спрямованих на боротьбу з тероризмом.

Від початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації до України, чисельність ЗСУ суттєво зросла. Порівняно з 2014-2021 роками чисельність української армії зросла майже втричі і продовжує рости з ходом війни.

В ряді багатьох наслідків (економічних, політичних, соціальних), які будь-яка війна несе для суспільства, з'являються також і психологічні наслідки для людей, особливо для тих, хто приймав безпосередню участь у бойових діях. Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий.

В умовах війни на всіх залучених осіб діє комплекс тривалих, інтенсивних стресогенних факторів, що в результаті можуть призвести до виникнення негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, погіршення фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, виникнення психосоматичних патологій, формування залежності від психоактивних речовин, соціальної дезадаптації, ізоляції та навіть суїцидальних тенденцій. Величезна значення, як для виживання військовослужбовців на війні, так і для попередження негативних наслідків, мають психологічна стійкість військових і їх ефективні стратегії подолання стресу, травматичних подій.

Пережиття психотравмуючої події є великим стресом і великим випробуванням для особи. Для того, щоб справитися з цим непростим досвідом, людина потребує відповідної підготовки для формування психологічної стійкості, засвоєння ефективних стратегій поведінки на війні та систематичної психологічної підтримки, адже військовослужбовці – це категорія людей досить схильних до переживання посттравматичного стресового розладу через характер їх роботи.

Різноманітні психологічні аспекти виникнення посттравматичного стресового розладу вивчали такі українські та зарубіжні дослідники, як: О.Л.Туриніна, Н.В. Коляденко, Є.О. Романенко, А.Ю. Гільман, Н.П. Кулеша, Л.О. Китаєв-Смик, О.Л. Назаренко, Н.Є.Афанасьєва, Г.Сельє, Ф.Шапіро. Попри те, що проблему формування посттравматичного стресового розладу висвітлювало багато науковців, питання його превенції, враховуючи суб'єктивно-особистісні та індивідуально-психологічні фактори, у військових в період ведення бойових дій, є недостатньо вивченим.

Реакція військових на вплив стресорів бойової обстановки може різнитися і залежить, як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей їх копінг-стратегій поведінки, копінг-ресурсів, що складають копінг-поведінку загалом. Ефективність же самої копінг-поведінки військового залежить від рівня його активності, вмотивованості, спрямованої на протидію негативному впливу стресових факторів бойової обстановки, попереднього позитивного досвіду подолання життєвих складнощів; характеру використовуваних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на когнітивні функції, емоційний стан, психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому; наявності у військовослужбовця сформованих адаптивних копінг-стратегій поведінки в стресових ситуаціях.

**Об'єктом дослідження** є психологічний стан і копінг-стратегії поведінки.

**Предмет дослідження:** особливості психологічного стану і копінг-стратегій поведінки учасників бойових дій.

**Мета дослідження:** визначити психологічний стан та поведінкові стратегії подолання стресових ситуацій в учасників бойових дій.

**Завдання дослідження:**

1. На основі аналізу психологічної літератури, визначити поняття, структуру та основні підходи до вивчення психологічного стану військовослужбовців.
2. Охарактеризувати зміст і види копінг-стратегій поведінки у забезпеченні психологічного здоров'я військовослужбовців.



3. Емпірично дослідити психологічний стан учасників бойових дій та їхні поведінкові стратегії подолання стресу.
4. Запропонувати рекомендації щодо превенції негативних психологічних станів у військовослужбовців.

**Гіпотеза дослідження:** існує зв'язок між психологічним станом учасників бойових дій та їх копінг-стратегіями поведінки.

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотези було використано такі методи: теоретичні (порівняння, узагальнення та систематизація науково-практичних та дослідницьких даних); емпіричні (опитування: «Міссісіпська шкала ПТСР» (військовий варіант), «Шкала оцінки впливу травматичних подій» (IES-R), «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS), «Методика психологічної діагностики копінг-механізмів» Е.Хейм (в адаптації Л.І.Васермана); анкетування: анкета для вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців (Додаток 1); статистичні (аналіз відсоткових співвідношень, кореляційний аналіз).

**Вибірка дослідження.** П'ятдесят діючих військовослужбовців віком від 23 до 53 років, що перебувають на лікуванні в Центрі медико-психологічної реабілітації, який був створений на базі 15 відділення ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня».

**Структура роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (60 найменувань) та 2 додатків. Робота викладена на 99 сторінках, проілюстрована 36 рисунками та 1 таблицею.

# РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

## 1.1. Психологічний стан військовослужбовців, учасників активних бойових дій: поняття, структура та основні підходи до вивчення

Як відомо, участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку постстресових психічних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції. Для визначення поняття стресу внаслідок бойових дій у закордонній літературі використовують термін «war-zone stress». Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в цьому розумінні є довготривалою реакцією на експозицію такого стресу. Для позначення більш коротких реакцій (тривалістю до 1 місяця) прийнято використовувати термін гострої реакції на стрес, а щоб підкреслити належність до бойових дій – «combat stress reactions» або реакції на бойовий стрес (бойова стресова реакція). ГРС є сильним предиктором майбутнього розвитку ПТСР.

Гостра реакція на стрес є перехідним станом, який розвивається у відповідь на травматичну подію. Трагічні події, які можуть призвести до гострої реакції на стрес, по тяжкості подібні до тих, що беруть участь в розвитку посттравматичного стресового розладу. Початок прояву принаймні деяких ознак і симптомів може бути одночасним із самою травмою або через кілька хвилин після травматичної події і може настати через кілька годин або днів після травми. У більшості випадків симптоми зникають протягом декількох днів (навіть годин). Симптоми можуть включати в себе депресію, втому, занепокоєння, зниження концентрації/пам'яті, надмірне збудження, або будь-що з чотирьох категорій реакцій:

- фізичні (озноб, утруднене дихання, запаморочення, підвищений артеріальний тиск, непритомність, втома, бруксизм, головні болі, м'язовий тремор, нудота, біль, рясне потовиділення, прискорення

серцевого ритму, посмикування серцевого ритму, посмикування м'язів, слабкість);

- когнітивні/психічні (звинувачення когось, зміна уважності, збентеження, підвищена настороженість, інтрузивні зображення, проблеми з пам'яттю, кошмари, порушення абстрактного мислення, неуважність, низька концентрація, неадекватне прийняття рішень, неадекватне вирішення проблем);
- емоційні (збуджений стан, занепокоєння, відчуття страху, заперечення, депресія, емоційний шок, страх, не в змозі впоратися з ситуацією, печаль, вина, неадекватні емоційні реакції, дратівливість, втрата емоційного контролю);
- поведінкові (збільшення споживання алкоголю, антигромадські дії, зміна активності, зміна мови, зміна сексуальної активності, зміна мови, емоційні спалахи, неможливість відпочити, зміна апетиту, ходіння назад-вперед, посилений рефлекс Моро, підозрілість, соціальна самоізоляція).

Бойова стресова реакція – це термін, що використовується для опису гострої реакції на стрес в бойовій обстановці і може включати в себе практично будь-який симптом і ознаку, в тому числі фізичні і неврологічні симптоми, в результаті впливу вкрай стресових подій або бойових дій. Це може бути результатом конкретних травматичних подій під час бою або виснаження в результаті кумулятивного впливу одного або декількох факторів, у тому числі позбавлення сну, екстремальних фізичних навантажень, поганих санітарних умов, обмеженої калорійності їжі, зневоднення або екстремальних умов навколишнього середовища.

Гострий стресовий розлад відноситься до клінічно виражених (спричинення значного дистресу або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах діяльності) симптомів, що тривають більше двох днів, але менше одного місяця після впливу травми, може прогресувати до ПТСР, якщо симптоми тривають більше одного місяця. Діагностичні критерії включають:

1) Вплив травми. Травма – надзвичайно травматичний стресовий фактор, який включає особисте переживання самої події, що містить в собі загрозу смерті, серйозних травм або іншу загрозу своїй фізичній недоторканості; бути свідком події, яка включає в себе смерть, травми або загрозу фізичної недоторканості іншої особи; дізнатися про несподівану або насильницьку смерть, серйозне завдання шкоди або загрози смерті чи травми, що переживає член сім'ї або інша близька людина. Реакція людини на ці події - сильний страх, безпорадність чи жах. [15; 57]

Можна виділити наступні ознаки травмуючої ситуації:

- дана ситуація кардинально відрізняється від повсякденних умов життєдіяльності людини, є незнайомою та новою реальністю для неї;
- висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті, впливає на загальну картину світу, знищує ілюзію невразливості та тотальної безпеки;
- характеризується подвійністю, з одного боку, несе загрозу життю та здоров'ю, створює небезпеку, може сприяти деструкції особистості, а з другого боку, апелює до стійкості, формує мужність, мотивує людину до пошуку резервів особистих ресурсів, дає можливості конструктивних змін;
- руйнує цілісність життєвого світу людини, ділить життя на до та після події, яка пов'язана з безпосереднім впливом екстремальних та невідворотних факторів;
- під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;
- під час неї ускладнюється можливість прогнозувати подальші події та знижується можливість чіткого розуміння теперішнього;
- обмежує здатність людини до самореалізації та ускладнює доступність до задоволення власних потреб;
- звужує можливості активного впливу на неї людини, коло контролю обмежується, але при цьому відкриваються нові способи активності;
- визначає напрямок пошуку сенсу та мети того, що відбувається;
- паралельно супроводжується виникненням тріадичної структури “розлад — адаптація — розвиток”. [31]

2) Якщо під час або після впливу стресових подій у людини присутні принаймні три з таких дисоціативних симптомів:

- Суб'єктивне відчуття заціпеніння, байдужості та/або відсутність емоційної чутливості.
- Зменшення сприйняття його/її оточення (наприклад, «перебування в заціпенінні»).
- Дереперсоналізація (відчуття, що звичне оточення або люди нереальні або стали дивними).
- Деперсоналізація (людина відчуває, що він/вона більше не він/вона. Його/її особистість, тіло, зовнішні події і весь світ можуть здаватися нереальними).
- Дисоціативна амнезія (тобто нездатність згадати важливий аспект травматичної події).

3) Травматична подія постійно повторно переживається особою хоча б одним з таких способів: повторні видіння, думки, ілюзії пережитих епізодів, «спалахи минулого» або дистрес у відповідь на нагадування про травматичну подію.

4) Очевидне уникнення подразників, які викликають спогади про травму (наприклад, думки, почуття, розмови, заходи, місця, люди, звуки, запахи, або інші).

5) Виражені симптоми тривоги або підвищеного збудження (наприклад, порушення сну, дратівливість, порушення концентрації, надзвичайна настороженість, перебільшені реакції переляку, рухове збудження).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1 в МКХ-10) виникає як відстрочена або тривала відповідь на короткотривалу чи довготривалу стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного. [16; 36]

Посттравматичний стресовий розлад клінічно виражений симптомами, які викликають суттєвий дистрес або погіршення в соціальних, професійних або інших важливих сферах діяльності та тривають більше одного місяця після впливу травми. Симптоми можуть включати:

1) Травматична подія постійно *повторно переживається* одним (або кількома) з таких способів:

- Періодичні та нав'язливі спогади про подію, в тому числі видіння, думки або сприйняття.
- Періодичні тривожні сни про подію.
- Дії або відчуття, ніби травматична подія повторюється (включають в себе відчуття повторного переживання події, ілюзії, галюцинації і дисоціативні «спалахи минулого», в тому числі ті, які відбуваються під час пробудження або в стані сп'яніння).
- Тяжкий психологічний стрес під впливом внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події.
- Фізіологічна реактивність при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичних подій.

2) Стійке *уникнення* подразників, пов'язаних з травмою, і відчуття заціпеніння (які не спостерігались до травми), на які вказують три або більше з наступних ознак:

- Спроби уникнути думок, почуттів, або розмов, пов'язаних з травмою.
- Спроби уникнути заходів, місць, або людей, які викликають спогади про травму.
- Неможливість згадати важливий аспект травми.
- Помітне зниження інтересу або участі в значущих заходах.
- Почуття байдужості або відчуженості від інших.
- Обмеження почуттів (наприклад, не в змозі мати почуття любові).
- Обмеження майбутньої перспективи (наприклад, не розраховує мати кар'єру, шлюб, дітей або нормальну тривалість життя).

3) Постійні симптоми підвищеного *збудження* (не мали місце до травми), про що свідчать щонайменше два з таких критерії:

- Складнощі при засинанні та під час сну.
- Дратівливість або спалахи гніву.
- Труднощі з концентрацією уваги.

- Підвищена настороженість.
- Посилена стартова реакція.

Тривалість гострого ПТСР зазвичай спостерігається від одного до трьох місяців після впливу травми. Хронічний ПТСР триває більше трьох місяців після впливу травми і навряд чи покращиться без ефективного лікування. (Додаток 2 – Стадії формування постстресових порушень).

Деякі пацієнти з ПТСР можуть мати стійкі труднощі в міжособистісних стосунках, настрої, соматизації та глибокі проблеми ідентичності.

ПТСР із відстроченим початком виникає щонайменше шість місяців після впливу травми. [15]

Можна виділити наступні діагностичні критерії ПТСР:

1) короткочасне або довготривале зіткнення із загрозливою та катастрофічною ситуацією, яка викликає у особистості почуття тривоги, страху та повного відчаю;

2) стійкі мимовільні і надзвичайно живі спогади (flash-backs) перенесених подій, які через підсвідоме проявляються у снах (нічних жахах), а також посилюються при потраплянні в ситуації, що нагадують перенесену травматичну подію або пов'язану з нею ситуацію;

3) уникнення ситуацій, що нагадують стресову подію або пов'язані з нею, при відсутності такої поведінки попередньо до стресу;

4) одна з нижченаведених двох ознак:

- часткова або повна амнезія важливих аспектів пережитої травматичної події;
- наявність не менше двох з нижченаведених ознак підвищеної психічної чутливості і збудливості, що були відсутні до експозиції стресу: а) ускладнення процесу засинання, поверхневий сон із частими пробудженнями, нічні жахи; б) дратівливість або спалахи гніву, агресивність; в) зниження когнітивних функцій; г) гіперзбудливість; д) підвищена боязкість, полохливість, постійний стан «бий-біжи» (через невпинну роботу симпатичної нервової системи);

5) за деякими винятками (відстрочений ПТСР), відповідність критеріям настає на протязі 6 місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії.

Розлад адаптації (F43.2 в МКХ-10) - психічний розлад, що виникає під впливом труднощів із пристосуванням до суттєво нових життєвих обставин, діагностується за умови відповідності стану наступним критеріям:

1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця;

2) окремі симптоми (за виключенням маячних та галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних, невротичних, стресових і соматоформних розладів і порушень соціальної поведінки, що не відповідають повністю жодному з них.

Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкістю.

Розлади адаптації, в залежності від домінуючих симптомів та проявів в клінічній картині, класифікуються таким чином (МКХ-10) :

- F43.20 короткочасна депресивна реакція, стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

- F43.21 пролонгована депресивна реакція, легкий депресивний стан як реакція на тривалу стресову ситуацію, яка при цьому триває не більше двох років;

- F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція, при якій наявна поєднана тривожна і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

- F43.23 з переважанням порушення інших емоцій симптоматика має різноманітну структуру афекту; представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їх вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

- F43.24 з переважанням порушення поведінки розлад зачіпає переважно соціальну поведінку, наприклад, агресивні або дисоціальні його форми;



- F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки; визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки. [16; 10]

Саме у військовослужбовців, що являються чи були учасниками бойових дій, психіатри найчастіше діагностують розлад адаптації чи ПТСР.

Показовим прикладом щодо поширеності ПТСР у комбатантів є дослідження, які проводились на вибірці ветеранів війни у В'єтнамі. J.J. Card обстежила 3 групи добровольців: 1) 500 ветеранів війни у В'єтнамі, котрі проходили службу протягом 60-х років минулого століття; 2) 500 ветеранів, котрі не проходили службу у В'єтнамі; 3) 500 однокласників ветеранів, які ніколи не проходили військову службу. Наявність ПТСР визначали за допомогою спеціального опитувальника, який включав питання щодо чотирьох основних індикаторів ПТСР [43; 58] :

- 1) Експозиція до значного стресора або травми.
- 2) Повторне переживання травми через флешбеки, нічні кошмари або інтрузивні спогади.
- 3) Емоційне оніміння або уникнення окремих стимулів зовнішнього середовища.
- 4) Наявність як мінімум двох симптомів із наступного переліку: підвищена пильність, порушення сну, почуття провини, порушення пам'яті, уникнення ситуацій, які можуть посилити травматичні спогади.

При ПТСР можуть спостерігатися деякі або всі з нижче перерахованих проблем особистісного характеру:

- Проблема зі здатністю контролювати емоції, особливо гнів.
- Може бути важко «залишатися в теперішньому» не впадаючи в амнезію (нездатність згадати), дисоціативність (відстороненість), деперсоналізацію (переживання відчуження, відсторонення своїх психічних процесів або свого тіла; відчуття, що людина зі сторони спостерігає за своїми думками, тілом, почуттями) або поглиненість психотравмою.
- Неможливість побачити себе дієздатною людиною, яка може попередити відчуття безпорадності, вини, сорому, самотності або самозвинувачення.

- Нездатність відділити себе від свого кривдника.
- Нездатність підтримувати позитивні, здорові відносини з іншими, при цьому не відчуваючи себе ізольованим, замкнутим, недовірчивим, нездатним захистити себе або постійно шукаючим когось, хто б міг врятувати (або кого можете врятувати).
- Складність у знаходження змісту життя і збереженні віри, надії і відчутті майбутнього, не відчуваючи при цьому відчаю і безнадії. [8; 14]

Не існує визначеної єдиної узагальненої теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Проте виділяють чотири найпоширеніші моделі ПТСР: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна.

I. Психофізіологічна модель ПТСР. ПТСР – результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність реагування на травму обумовлена темпераментом.

Е.І. Ніколаєв зазначає, що процес дезадаптації до стресової події пов'язаний зі змінами міжполушарних взаємодій. В процесі адаптації відбувається активація правої півкулі, що тісніше пов'язана з диенцефальним відділом мозку. Люди з меншою міжполушарною спеціалізацією мають певні переваги в екстремальних ситуаціях і більш ефективно до неї адаптуються.

Р. Сильверстайн довів важливу роль в системокомплексі ПТСР підвищеної адренергічної активності. Дослідження Сильверстайна показує, що у ветеранів війни виявлений підвищений рівень адреналіну, який можливо відповідає за схильність особи до гострих відчуттів, ризику, порушення встановлених правил поведінки.

II. Психодинамічна модель ПТСР. Травма призводить до розладів процесів символізації. Сучасна психодинамічна модель описує наступні наслідки травматичного впливу: регрес на оральну стадію розвитку, переміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, автоматизація. Це вказує на те, що травматична подія актуалізує дитячі конфлікти та попередні отримані травми.

Н.Н. Пуховський спробував інтегрувати психоаналітичний та медико-біологічний підходи до травми. На його думку, після гострих афективно – шоків реакцій на перший план виходить картина первинного травматичного Его-стресу (стресу свідомості), коли необхідність в новій дискомфортній посттравматичній ситуації дотримуватися «принципу реальності» породжує інтрапсихічний конфлікт. Отже, синдром Его-стресу визначається як центральна ланка патогенезу психопатологічних наслідків травмуючої ситуації.

III. Когнітивна модель ПТСР. В межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні деструктори основних базових уявлень про світ та про себе (Я-концепції). Патологічні реакції на стрес – це неадаптивні відповіді з метою подолання розпаду особистих базових уявлень, що сформувалися під час онтогенезу, пов'язані із забезпеченням потреби в безпеці і вибудовують Я-теорію. В травматичній ситуації спостерігається колапс Я-теорії. Малоадаптивні наслідки стресового впливу, можуть бути більш адаптивними, так як дають можливість більш ефективній реорганізації Я-системи. Неадаптивне подолання травматичної події проявляється в генералізації страху, гніву, уникнення, дисоціації, дезадаптації. Причиною цього є негнучкість, некорегованість сформованих раніше когнітивних схем. Дана модель найповніше пояснює етіологію, патогенез і симптоматику ПТСР, вона враховує генетичний, когнітивний, емоційний, поведінковий фактори.

IV. Інформаційна модель ПТСР. Модель запропонована М.Горовицем, який поєднав психоаналітичну, когнітивну, та психофізіологічну моделі. Стрессова подія зумовлює потік внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не співпадає з когнітивними схемами. Відбувається інформаційне перезавантаження, необроблена інформація переводиться з свідомості в підсвідомість. Відповідно до принципу уникнення болю людина намагається зберегти інформацію у безсвідомій формі, але з часом травматична інформація стає усвідомленою, як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні обробки досвід стає інтегрованим, а травма більше не зберігається в активному стані.

Погляди М.Горовица на ПТСР в подальшому були відображенні в роботі Б.Грин, Д.Вільсон, Д. Лінді. На їхню думку, подолання особистістю

психотравмуючого впливу стресових факторів військових дій залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких чинників, як індивідуальні характеристики військовослужбовців, характер психотравмуючих подій, і самі умови, в які повертається військовий після демобілізації або завершення війни. Цю модель автори назвали інтеракціоністською.

Можна виділити певні умови, які мають вплив на інтенсифікацію ПТСР:

- ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової, катастрофічної та небезпечної для життя;
- ступінь об'єктивності реальної загрози для здоров'я та життя;
- міра наближеності особи до місця трагічних подій (людина могла не постраждати фізично, але бачити загибель інших);
- рівень залученості близьких (сім'ї, друзів, партнера) суб'єкта.

До основних соціальних факторів, що впливають на успішність адаптації людей, що пережили психічну травму, належать:

- відсутність фізичних наслідків травми (контузії, ампутації, опіки, поранення);
- матеріальне забезпечення, фінансова підтримка держави;
- соціальний статус-кво;
- забезпечення допомоги з боку суспільства та рідних, друзів.

Фактор соціальної підтримки є досить значним.

Можна окреслити наступні стресогенні ситуації для військових, які мають зв'язок із соціальним оточенням, суспільством:

- військовий відчуває себе непотрібним даному суспільству, аутсайдером, «використаним матеріалом»;
- військові не відчувають суспільного визнання, є непопулярними у цивільних, як і сама війна;
- між військовими та цивільними людьми спостерігається відсутність взаєморозуміння, наявний невияснений конфлікт;

- соціум створює умови для формування комплексу провини та неповноцінності у ветеранів тощо.

Вторинні стресові фактори щодо самого екстремального досвіду отриманому на війні, можуть призвести до погіршення психічного та фізичного стану ветеранів війни.

Все це вказує на значну роль соціальних, суспільних факторів, як під час допомоги ветеранам у пропрацюванні травматичних стресових станів, інтеграції пережитого травматичного досвіду у власну біографію під час їхньої реабілітації, так і у формуванні ПТСР у тих ситуаціях, коли залученість, допомога, емпатія та розуміння зі сторони суспільства та оточуючого середовища відсутні.

Можуть зустрічатися випадки, коли військові з ПТСР проходять через вторинну травматизацію, що виникає в результаті негативних реакцій родичів, цивільних, медичного персоналу та працівників соціальної сфери при вирішенні щоденних проблем, питань (повернення до цивільних обов'язків після досвіду війни, проходження процедури встановлення групи інвалідності, отримання медичної та соціальної допомоги тощо).

Негативні реакції людей на психічно травмовану людину можуть проявляються у:

- запереченні наявності травми у військової людини, що мала травматичний досвід;
- запереченні зв'язку між травмою та стражданнями, емоційними переживаннями людини, її нерозуміння;
- негативному, агресивному ставленні до людини, яка пережила травматичний досвід;
- обвинуваченні жертви (“сам/сама винен/винна”);
- відмові у надані допомоги, негативному ставленні при зверненні за допомогою із приниженням, образами чи ігноруванням.

При інших ситуаціях вторинна травматизація може виникати в результаті домінуючої гіперопіки щодо постраждалого, навколо якого сім'я, близькі створюють “інвалідну атмосферу” (інвалідизують людину), відгороджують

військового від зовнішнього світу та перешкоджають реабілітації, реадaptaції, реінтеграції з метою «захисту».

Значний вплив на розвиток і перебіг ПТСР мають вторинні фактори, серед яких комплекс соціально-психологічних чинників посідає провідне місце, адже те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї не менше, а інколи навіть сильніше, ніж сама травма.

Відповідно до цього підходу було виділено умови, які можуть служити превенції розвитку ПТСР та пом'якшувати його перебіг. До таких умов відносять:

- негайно розпочату психотерапію з постраждалим, яка дасть йому можливість пропрацювати власні переживання в безпечному середовищі;
- ранню та лонгітюдну соціальну підтримку;
- вчасну реадaptaцію, а саме соціально-професійне відновлення або допомогу у подальшому професійному самовизначенні, переорієнтації;
- реанімування відчуття психологічної безпеки після демобілізації;
- отримання досвіду в груповій психотерапії (у стилі «рівний-рівному»), онайомлення з позитивними, успішними прикладами подолання травматичного досвіду бойових дій військових із посттравматичним зростанням;
- відсутність повторної травматизації тощо. [31]

У багатьох військовослужбовців після першого перебування в зоні бойових дій можуть спостерігатися симптоми депресії, тривоги або гострої реакції на бойовий стрес або бойову травму, депресивні реакції, генералізований тривожний розлад. Багато з них потребують допомоги фахівців – психологів, психіатрів, психотерапевтів, оскільки мають більший ризик розвитку ПТСР.

## 1.2. Фактори формування негативних психологічних станів (розладу адаптації, ПТСР та депресії)

Досвід попередніх військових подій у світі вказує на те, що не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. В деякого з військових може відбутися посттравматичне зростання, а ризик розвитку самого ПТСР залежатиме від багатьох факторів.

На військових при виконанні ними своїх обов'язків в умовах бойових дій впливає комплекс довгостроково діючих стресогенних факторів, які можуть призвести до бойової психічної травми, розладу адаптації, ПТСР, депресії, генералізованих тривожних розладів, психосоматичних та аутоімунних захворювань, хронічних психопатологічних змін особистості. [16]

Участь в психотравмуючій події є великим випробуванням для особи. Щоб справитися з цим важким досвідом військовий потребує відповідної підготовки, засвоєних ефективних стратегій поведінки на війні та систематичної психологічної підтримки ззовні, саме ці дії зможуть забезпечити належний психологічний стан учасників бойових дій і превенцію подальших психічних розладів.

Збереження ментального здоров'я військових Збройних сил України має бути одним із ключових завдань у державі в умовах війни. Саме в цей період особам найбільш притаманний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

ПТСР (посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) — психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмівних подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, фізичне чи сексуальне насильство, загроза смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті. [19]

Після впливу травматичної події під час бою на протязі двох днів у військового може виникнути бойова стресова реакція, що може переходити в гострий стресовий розлад і в подальшому прогресувати в посттравматичний стресовий розлад. Посттравматичний стресовий розлад – це клінічно значущий

стан, що характеризується симптомами, які тривають більше одного місяця після травми та викликають значний стрес або погіршення у соціальній, професійній та інших важливих сферах діяльності. [15; 56]

Симптоми посттравматичного стресового розладу часто поділяють на чотири категорії:

1) симптоми повторного переживання. Люди знову і знову переживають травмуючі події в своїй свідомості, пригадують все до найменших деталей, ніби вони відбуваються тут-і-зараз (спостерігається румінативне мислення). Ці повтори можуть тригеритися ситуаціями чи розмовами, які нагадують їм про подію, і змушують їх відчувати все пережите з початку. Симптоми включають: мимовільні повторювані спогади про травмуючу подію (інтрузії), флешбеки (небажані спогади, які настільки сильні і яскраві, що людина ніби втрачає зв'язок із реальністю і «переноситься» у ситуацію, де все відбувалося), нічні жахи або безсоння, сильні емоційні та фізичні реакції (прискорене серцебиття, тремор, пітливість, нудота, головні болі, вертиго, підвищення тиску та ін.). Спалахи можуть відбуватися у голові протягом дня. Коли це відбувається, організм часто активує симпатичну нервову систему, а саме реакцію «бий-біжи»;

2) уникання нагадування про травму. Люди навмисно уникають подій, ситуацій, певних речей, дій, місць, людей, які нагадують про травмуючу подію, тому що вони «запускають» каскад неприємних емоцій та спогадів. Уникають розмов про пережите, відчувають самотність, сум, провину, порожнечу; занепокоєння чи навіть панічні атаки, які можуть виникати у наговпі. Часто самоізолюються, емоційно та фізично віддаляються від інших людей, перестають довіряти оточуючим, особливо цивільним (довіра часто залишається лише до побратимів); їм важко повернутися на роботу, в суспільстві, займатися цивільними справами. Вони можуть втратити інтерес до діяльності, якою займалися, відпочинку, колишнього хобі, сексу, фізичних вправ. Їм властиво відчувати емоційне оніміння, бути відстороненими, відірваними від родини, друзів та знайомих, вони можуть переповнюватися почуттям сорому та провини. Для уникнути травматичних спогадів, можуть вдаватися до вживати алкоголю чи



психоактивних наркотичних речовин (з метою «забуття»), можуть виникати думки про самогубство або ще гірше, наміри та спроби вчинити його;

3) негативні когнітивні/емоційні порушення. Зниження когнітивних (пізнавальних) здібностей (уповільнене мислення, плутаність свідомості, погана концентрація уваги, погана короткострокова пам'ять). Люди сконцентровані на негативних думках про себе чи світ загалом; відчують сум, страх, тривогу, сором, вину, весь спектр негативних емоцій. Виникає неадекватне почуття провини, якому людина намагається знайти раціональне обґрунтування, патологічно перебільшуючи ступінь власної відповідальності за те, що сталося. Більшу частину часу відчують емоційне оніміння, втрату інтересу до діяльності та відносин, до соціальних заходів чи занять, які приносили задоволення до травматичної події; думають про себе як про погану чи винну людину, може спостерігатися зміна «Я-концепції»; починають вірити, що світ небезпечний і загрозливий, людям не можна довіряти; відмовляються від віри, зляться на Бога;

4) підвищена тривожність. Симптоми, пов'язані з посиленням відчуттям загрози (часто називаються «симптомами гіперзбудження»). Це надмірне переживання та пильність щодо загрози або сильна реакція на неочікувані раптові рухи чи гучний шум (коли людина реагує здриганням на найменші подразники. Наприклад, військовий лякається звуків салюту, падає на підлогу через те, що ці звуки нагадують йому вибух гранати чи бомби). Людина постійно перебуває в мобілізованому стані (постійно включена симпатична нервова система), відчутті готовності до чогось поганого, надмірної стартової реакції, передчутті ймовірної небезпеки в майбутньому, постійна тривога. Вона має проблеми зі сном (жахи, безсоння, перерваність сну, не може виспатися), дратівливість або вибухи гніву, труднощі з концентрацією уваги. [9; 10]

Питання про причини виникнення ПТСР і його розвиток є комплексним, оскільки вказаний розлад розвивається не у всіх осіб, які пережили травматичну подію. У декого з військових виникає розлад адаптації (F 43.2 в МКХ-10), що включає виражені страждання, погіршення емоційних та/або поведінкових

симптомів викликаних певним стресовим чинником, а дехто адаптується і інтегрує травматичну подію, як досвід і наратив життя.

Прогнозування виникнення та розвитку ПТСР спирається, з одного боку, на діагностичні критерії, а з іншого – на фактори довоєнного і воєнного періоду, які включають індивідуальні характеристики особи, а також фактори повернення до мирного життя, соціальної підтримки.

Здолання особистістю психотравмуючих стресових факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох складових: самого характеру психотравмуючої події, індивідуальних характеристик військовослужбовців та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни.

Дослідниками було виявлено, що ситуативні фактори мають більше значення, у порівнянні з суб'єктно-особистісними, в період дії травматичної ситуації і на ранніх етапах адаптації до мирного життя. З часом, навпаки, підсилюється і збільшується роль суб'єктно-особистісних, індивідуально-психологічних характеристик у розвитку ПТСР в порівнянні з ситуаційними.

Для прогнозування розвитку та перебігу ПТСР у військових можна використати аналіз клініко-анамнестичних факторів.

На етапі мобілізації військових до участі у бойових діях важливим є визначення та врахування наступних факторів, що можуть підвищити ризик виникнення ПТСР:

- менш функціональні (неадаптивні) копінг-стратегії поведінки;
- гіперреактивна чи дисфункціональна нервова система;
- вік (у молодих людей до 25 років вірогідність розладу вища);
- стать (жінки в два рази частіше, ніж чоловіки, отримують ПТСР);
- наявність проблем з фізичним, психічним та психологічним здоров'ям, хронічні захворювання;
- наявність близьких родичів, які страждають на психічні розлади;
- схильність до залежностей, асоціальної, девіантної поведінки;

- генетична схильність, спадкова обтяженість (психічна патологія, алкоголізм, патологічні риси характеру у батьків);
- наявність акцентуованих рис;
- неадаптивні копінг-стратегії поведінки;
- низька якість життя, низький матеріальний рівень, професійна нереалізованість;
- відсутність сенсу та мотивації участі у війні;
- дисгармонійні сімейні відносини;
- негативне ставлення до військової служби;
- низький рівень соціального стану та освіти;
- низький рівень здатності до контролю власної поведінки;
- низька ефективність психологічного захисту.

До факторів бойового періоду, важливих з точки зору ризику виникнення ПТСР, відносяться характеристики психотравмуючої події:

- рівень загрози життю та здоров'ю військових;
- тяжкість втрат побратимів, цивільного населення;
- раптовість та непербачуваність події і через це низький рівень моральної підготовки до неї;
- ізолюваність в момент травматичної події від інших людей;
- ступінь впливу навколишнього оточення;
- наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої ситуації;
- моральні конфлікти пов'язані з подією (наприклад, із вбивством іншого з метою самозахисту);
- пасивна або активна роль військового, чи був військовий жертвою або активною дійовою особою, яка контролювала ситуацію під час травматичної події;
- безпосередні психологічні та фізичні наслідки впливу даної події;

- тривалість участі в бойових діях, безперервність чи наявність можливості відпочити;
- інтенсивність психотравмуючої ситуації (бойовий досвід – інтенсивність прямого бою і тяжкість отриманих поранень; полон);
- вік (молодші на момент події більш вразливі).

Важливими для прогнозування ПТСР є також фактори післябойового періоду:

- особистісна значимість бойового досвіду, здатність до його асиміляції та інтеграції в життя військового, як цінного досвіду;
- наявність соціальної підтримки і навички стійкості;
- зміна системи відносин;
- рівень складності звикання до цивільного життя після демобілізації, дані та приклади ефективного реадаптації, ресоціалізації військових до мирного життя;
- характер висвітлення засобами масової інформації бойових подій та вкладу в мир, який зробили військові;
- ставлення до друзів і взагалі до цивільних, особливо інших чоловіків;
- уявлення про майбутнє життя;
- самооцінка, «Я-концепція»;
- рівень оцінки своєї зрілості і відповідальності, усвідомлення життя;
- проблеми зі здоров'ям;
- наявність гострих переживань в ситуаціях несправедливості і зневажливого ставлення до ветерана;
- розбіжність поглядів та ціннісних орієнтацій, що сформувалися на війні з поширеними принципами існування сучасного суспільства (прагнення до збагачення, корупція, втрата національної гідності, падіння моральності та ін.);
- дистанціювання від суспільства;
- “комбатантні акцентуації”.

Комбатантні акцентуації характеризуються сукупністю індивідуально-психологічних характеристик, які в бойовій обстановці мали пристосувальний характер. Такими характеристиками є схильність до негайного реагування, гіперзбудливість, підвищена пильність та настороженість, загострене почуття справедливості, тенденція до гуртування з іншими ветеранами, феномен соціальної безстрашності, переоцінка життєвих цінностей і цілей.

До вторинної травматизації можуть призвести: негативні реакції інших людей, особливо цивільних («Ми вас туди не посилали»); негативне ставлення медичного персоналу при реабілітації, проходженні обстеження, лікування та оформлення групи інвалідності; домінуюча гіперопіка постраждалих родичами, а саме «травматична мембрана», яку створюють рідні для захисту постраждалих від «страшного і небезпечного» зовнішнього світу; непотрібність суспільству людини з бойовим досвідом; непопулярність війни та зневага до її учасників; взаємне нерозуміння між військовими та цивільними («військовим та економічним фронтом»); комплекс провини, сорому військових, що формує суспільство. Зіткнення з цими вторинними стресорами, досить часто призводять до погіршення стану ветеранів, оскільки резистентність до лікування ПТСР можуть визначати і особливості соціальної ситуації, що впливає на процес одужання.

Відсоток прогнозування ПТСР у військових перш за все пов'язаний з методами обстеження та особливостями популяції. Аналіз результатів деяких епідеміологічних досліджень показує, що наявність ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, що виникали як наслідок травми, або були присутні спочатку. До числа таких порушень відносяться: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок чи спроб; медикаментозна, алкогольна або наркотична залежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи.

У низці українських та зарубіжних публікацій в якості об'єктивно-суб'єктивних чинників виникнення ПТСР виступає наявність або відсутність необхідних знань, умінь, навичок щодо того, як впоратися з наслідками травматичної події, а також ставлення до власного психічного і фізичного здоров'я.

В якості суб'єктивних факторів були виділені наступні індивідуально-психологічні характеристики, які пов'язані з ризиком розвитку посттравматичного стресу в учасників бойових дій:

- самооцінка (висока активність, як показник адекватної самооцінки, є предиктором низької вираженості посттравматичного стресу через кілька років),
- акцентуації характеру;
- ієрархія ціннісних орієнтацій;
- рівень суб'єктивного локусу контролю (екстраверти з інтернальним локусом контролю менш схильні до ПТСР і краще долають травматичні події);
- наявність певних особистісних рис;
- вольові якості.

Відсутність акцентуацій характеру до моменту участі у війні, позитивна оцінка ветеранами власного бойового досвіду і схильність до глибокого аналізу травматичних подій у поєднанні з оптимістичним настроєм, позитивним ставленням до себе, інших людей та світу загалом, відкритість до вирішення власних проблем із пошуком підтримки від оточуючих, зумовлюють нижчий рівень схильності до розвитку стрес-залежних захворювань.

Підвищення рівня мотивації досягнень, широти інтересів і потреб, при високому ступені відповідальності за події, що відбуваються в житті, екстравертованість особистості за наявності високого рівня інтернальності суб'єктивного контролю і низького рівня нейротизму, також сприяють зниженню ризику розвитку вираженого ПТСР.

Товариськість, активність і адекватна самооцінка сприяють нижчому рівню вираженості ПТСР через роки. З плином часу, на перший план в якості факторів, що сприяють зниженню посттравматичного стресового розладу, виходять складові Я-концепції, одним із структурних компонентів якої є самооцінка. Переробка і осмислення пережитого травматичного досвіду в позитивному ключі, пошук нових життєвих цілей, позитивне самоствавлення, активність людини, що виконує регулятивну функцію в ході адаптації, складають основу для успішного подолання наслідків психотравми та посттравматичного зростання.

Усереднений профіль військовослужбовця, який має підвищений ризик виникнення розладів, представлений наступними характеристиками:

1. Наявність психологічного комплексу неповноцінності, ущербності, неуспішності.

2. Низька толерантність до фрустрації, надмірно глибокі переживання при незадоволенні своїх інтересів і потреб, нервозність і пригніченість при невдачах, складнощах, проблемах, що викликає фрустрацію.

3. Невпевненість, сором'язливість, нерішучість, боязкість у нових ситуаціях і з незнайомими людьми, соціофобія.

4. Астенічність та апатичність. Недорозвинена здатність до психологічної мобілізації, до вольових і фізичних зусиль, до тривалої психологічної та трудової напруги.

5. Залежність від інших, відсутність самостійності, підвищена потреба в захисті, підтримці та заступництві з боку “сильних та успішних”, пасивна підпорядкованість, інфантильність. [17]

Інший розлад чи симптом, який може виникнути у військових – це депресія (спричинена втратами на війні, важкими пораненнями та ін.). Депресія — термін, що використовується для позначення настрою, симптому та синдромів афективних розладів. Зазвичай, використовується в значенні психічного стану поганого настрою і відрази до діяльності. [33]

У типових легких, помірних або важких депресивних епізодах пацієнт страждає від зниження настрою, зниження енергії та зниження активності. Здатність до насолоди, інтересу та концентрації знижується, а помітна втома навіть після мінімальних зусиль є звичайним явищем. Зазвичай порушується сон і знижується апетит. Самооцінка та впевненість у собі майже завжди знижені, і навіть у легкій формі часто присутні деякі ідеї провини або нікчемності. Знижений настрій незначно змінюється щодня, не реагує на обставини і може супроводжуватися так званими «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу та приємних почуттів, пробудження вранці на кілька годин раніше звичайного часу, депресія, що найсильніше в вранці виражена психомоторна загальмованість, збудження, втрата

апетиту, втрата маси тіла, зниження лібідо. Залежно від кількості та тяжкості симптомів депресивний епізод можна визначити як легкий, помірний або важкий. Зазначені симптоми мають значний вплив на соціальне, професійне життя людини, проявляються у вигляді клінічно значимого дистресу (тривале та/або сильне нервово перенапруження). Слід визначити, що набуті депресії як психічний стан — захисна реакція мозку на стрес. І тільки здоровий стан людини дасть змогу подолати депресії, коли відійде стрес чи фактори її виникнення. [25]



### 1.3. Копінг-стратегії поведінки військовослужбовців у стресових ситуаціях

Всесвітнє визнання теорія «копінгу» отримала в межах транзакційної теорії стресу завдяки американському психологу Р. Лазарусу, після виходу його книги «Psychological stress and the coping process» 1966 р., в якій він досліджував особливості формування та підтримування сталих патернів функціонування під дією стресу.

Копінг (від англ. coping — долати) — психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресової ситуації. [5] Поняття об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратися із запитам буденного життя. У психології копінг можна розуміти як розширення (збільшення) свідомого зусилля задля вирішення особистих та міжособистих проблем і намагання опанувати, мінімізувати або переносити стрес чи конфлікт. Ефективність копінгових зусиль (копінгу) залежить від типу стресу і/або конфлікту, індивідуальних особливостей кожної окремої людини та обставин. Людині необхідно задіяти весь свій потенціал, вміння, навички, ресурси для подолання стресової події.

Відповідно до трьохвимірної моделі, копінг-механізм складається з:

- копінг-стратегій - актуальні відповіді індивіда на загрозу, з якою він стикається; спосіб управління стресом, реагування на нього;
- копінг-ресурсів - відносно стабільні особистісні характеристики, що забезпечують психологічний фон для ефективного подолання стресу та сприяння розвитку копінг-стратегій;
- копінг-поведінки - поведінка індивіда, регульована та сформована за допомогою використання копінг-стратегій з урахуванням копінг-ресурсів.

Основним елементом цієї моделі є копінг-стратегії, які зумовлюють когнітивні, емоційні та поведінкові реакції на стрес і можуть бути реалізовані в трьох сферах:

- когнітивній (усвідомлення та співвіднесення ситуації з теоретичними знаннями щодо дії стресового фактора);
- емоційній (визначає емоційну оцінку проблемної ситуації, включає навички роботи з власними емоціями, їх вираження);
- поведінковій (визначає характер та напрямок діяльності під час стресу).

Також, щодо вживаних заходів та результату дій копінг-стратегії поведінки розподіляються на три основні групи з урахуванням ступеня їх адаптаційних можливостей:

- адаптивні;
- відносно (частково) адаптивні;
- неадаптивні.

Копінг-стратегії вважаються адаптивними, якщо сприяють досягненню рівноваги у психіці людини і в подальшому сприяють зменшенню або усуненню шкідливих побічних впливів стресових подій. [3]

До адаптивних варіантів копінг-стратегій поведінки в поведінковій сфері належать співробітництво, звернення й альтруїзм. У когнітивній сфері адаптивними варіантами є проблемний аналіз, встановлення власної цінності, збереження самовладання. В емоційній сфері такими варіантами можуть бути протест, оптимізм, емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів, впевненість в наявності конструктивного виходу з будь-якої, навіть найскладнішої небезпечної ситуації.

У реальному житті люди часто вдаються до неадаптивних або відносно адаптивних варіантів копінг-стратегій поведінки. Так, у поведінковій сфері варіантами неадаптивних копінг-стратегій можуть бути: активне уникнення, відступи, які передбачають поведінку, що обумовлює уникнення думок про неприємності або небезпеку, пасивність, ізоляцію, прагнення відійти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблеми. У когнітивній сфері: покора, розгубленість, дисимуляція, ігнорування — пасивні форми поведінки, які характеризуються загальною відмовою від подолання труднощів через зневіру у власні сили й інтелектуальні ресурси. В емоційній сфері:

придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність – варіанти поведінки, які характеризуються подавленим станом безнадії, покірності, переживання злості й покладання провини на себе та інших.

До відносно адаптивних варіантів копінг-стратегій поведінки, конструктивність яких залежить від значущості й вираженості ситуації подолання стресових подій, відносяться: у поведінковій сфері – конструктивна активність, компенсація, відволікання, як форми поведінки, які характеризуються прагненням до тимчасової відмови від вирішення проблем за допомоги алкоголю, лікарських препаратів, занурення в роботу, в хобі, мандрівки; у когнітивній сфері – відносність, надання сенсу, релігійність, як форми поведінки, які спрямовані на оцінку труднощів, надання особливого змісту їх подоланню, на віру в Бога й стійкість у вірі при зіткненні зі складними життєвими проблемами, ситуаціями, що виходять за межі звичного досвіду; в емоційній сфері – це емоційне розвантаження, пасивна кооперація, поведінка спрямована на зняття напруження, що пов'язане з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності по вирішенню труднощів іншим особам. [2]

Копінг-стратегії можна розділити на групи за ознаками спрямованості зусиль та активності:

1) спрямованість зусиль:

- на зміну ситуації - планомірне вирішення проблем, протистояння, інформаційного та інструментальних видів соціальної підтримки;
- на самозміну - зміна свого емоційного стану, ставлення до ситуації, що включає: а) зміну та контроль свого емоційного стану (звернення до соціального оточення за емоційною підтримкою, фантазування та надія на зовнішні сили, самоконтроль); б) ставлення до ситуації та своїх можливостей (позитивна переоцінка); в) прийняття відповідальності та провини (самообвинувачення);
- на ухиляння від ситуації - уникнення вирішення проблеми, через відволікання, дистанціювання, при цьому, з одного боку, зусилля спрямовані від ситуації, з іншого боку, уникнення спрямоване на зниження напруги та сили негативних емоцій;

2) активність (активні дії, готовність докласти зусиль) та пасивність (бездіяльність, пасивне пристосування). [12]

При зіткненні зі стресовою ситуацією кожна людина використовує власні копінг-стратегії поведінки на основі наявного у неї особистісного досвіду і психологічних резервів (особистісні ресурси або копінг-ресурси).

Копінг-стратегії – це засоби управління діючим стрес-чинником, які виникають як відповідь особистості на загрозу. У теорії копінг-поведінки виокремлюють базисні копінг-стратегії, до яких належать «розв’язання проблем», «пошук соціальної підтримки» та «уникання».

Дослідження копінг-стратегій поведінки є важливою складовою прогнозування адаптивної та ефективної поведінки військовослужбовців в умовах бойових дій і їх подальшого психічного стану.

Такі умови діяльності вимагають від військовослужбовців виключного високого напруження фізичних і психічних сил особистості, нерідко їх перенапруження

До того ж, враховуючи те, що більшість військовослужбовців України не мають досвіду реальних бойових дій, то перед ними стоїть задача не тільки пережити труднощі військового часу, успішно долати стрес, тривогу, напруженість, але й виконувати свої професійні функції безпомилково на високому рівні, оскільки від їх дій залежить життя великої кількості людей та територіальна цілісність України.

Так, способи подолання та компенсацію наслідків стресу науковці визначають, як копінг-стратегії – когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, які докладає людина для адаптації до вимог ситуації, що, в свою чергу, дозволяє їй оволодіти нею, послабити або пом'якшити ці вимоги, постаратися уникнути або звикнути до них, адаптуватися і таким чином погасити стресогенний вплив цієї ситуації. [46]

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Ключовим завданням в умовах воєнного часу є збереження ментального здоров'я військових Збройних сил України. Після перемоги нашої держави над агресором, українські військові будуть повертатися до мирного життя. Це повернення не буде простим і реадаптація військових, її тривалість буде залежати від їх психічного стану. З метою пришвидшення даного процесу і більш ефективної ресоціалізації військових необхідно враховувати і впливати превентивно на ті фактори, що можуть сприяти виникненню в них ПТСР ще під час війни.

Важливим завданням є прогнозування можливого виникнення у військових психічних розладів, пов'язаних з впливом травматичних бойових дій, а саме виникнення розладу адаптації, депресії, ПТСР. В роботі превентивного напрямку необхідно звернути увагу, з одного боку, на діагностичні критерії даних станів і їх наявність у діючих військових ще на ранніх етапах виникнення, а з іншого боку, на фактори довоєнного та воєнного періоду, які включають індивідуальні характеристики військових, а також чинники, що можуть негативно вплинути на психологічний, психічний, соматичний стан здоров'я кожного військового.

В період дії травматичної ситуації та на ранніх етапах адаптації до цивільного життя більше значення мають ситуативні фактори. З плином часу, посилюється роль саме індивідуально-психологічних характеристик у розвитку ПТСР. Саме тому, на нашу думку, необхідно більш детально звернути увагу і враховувати при відборі, розподілі на військову службу індивідуально-психологічні характеристики, що підвищують ризик у окремих військових виникнення ПТСР та формувати в них, ще під час підготовки до бойових дій, адаптивні копінг-стратегії поведінки в стресових умовах.

Для прогнозування можливого розвитку ПТСР у військових, що брали участь у бойових діях, важливим є використання клініко-анамнестичних факторів. Це дасть можливість прогнозувати затяжний перебіг ПТСР (хронічну форму) на ранніх етапах захворювання і, відповідно, цілеспрямовано проводити психологічні, психотерапевтичні заходи.

## **РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **2.1. Характеристика вибірки та програма дослідження**

Дослідження на тему «Психологічний стан та копінг-стратегії поведінки учасників бойових дій в Україні» проводилось на базі Центру медико-психологічної реабілітації осіб, що перенесли бойову психічну травму, який був створений на базі 15 відділення ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» згідно з наказом по Департаменту охорони здоров'я №350 від 19.05.2015 року.

Військовослужбовці направляються на лікування в Центр медико-психологічної реабілітації за направленням військової частини після консультації з психіатром в/ч А1028 для медичного, фізіотерапевтичного лікування і психологічної реабілітації, що включає клініко-психопатологічне обстеження, психоедукацію, групову та індивідуальну психокорекційну роботу.

За 2022 рік в Центрі медико-психологічної реабілітації при Обласному комунальному некомерційному підприємстві «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» допомогу отримали 676 військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях. У 463 з них було діагностовано невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. У МКХ-10 до розділу F40 - F48 відносять «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади», у даному випадку, мова йде про розлади, стрес для яких є обов'язковою і специфічною причиною їх розвитку. Серед військових були пацієнти з діагнозом F43.1 «Посттравматичний стресовий розлад» та F43.2 «Розлади адаптації».

За 9 місяців 2023 року в Центрі медико-психологічної реабілітації при Обласному комунальному некомерційному підприємстві «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» пролікувалося 437 військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях.

Емпіричне дослідження проводилось з 01.09.2023р. по 31.09.2023р. Вибірка складала 50 учасників бойових дій України чоловічої статі, які перебували на лікуванні. Психологічна діагностика кожного військового з вибірки проводилася

індивідуально в присутності психіатра 15 відділення. Під час проведення дослідження ми керувалися правилом: «Не нашкодь», тому індивідуальні бесіди і діагностика проходили в комфортних умовах для військових, з урахуванням їх побажань (перерви, якщо потрібно), в створеному позитивному психологічному кліматі, теми обговорення стосувалися лише досліджуваних питань. Серед досліджуваних були чоловіки віком від 23 до 53 років, як одружені, так і неодружені, з різним військовим досвідом. Дехто з військових приймав участь в АТО/ООС і повернувся до виконання службових обов'язків після початку повномасштабної війни на всій території України, а дехто розпочав свою службу після 24 лютого 2022 року.

Предметом нашого дослідження виступили особливості психологічного стану і копінг-стратегій поведінки учасників бойових дій в Україні.

Гіпотеза, яку ми намагалися підтвердити чи спростувати за допомогою нашого дослідження, зосереджена на існуванні зв'язку між психологічним станом учасників бойових дій в Україні та їх копінг-стратегіями поведінки.

Мета-аналіз дослідження проводився за допомогою комп'ютерної програми для статистичної обробки даних SPSS.

## 2.2. Характеристика методик дослідження

Для проведення дослідження з метою визначення психологічного стану учасників бойових дій в Україні, існування зв'язку між ним та їх копінг-стратегіями поведінки нами був використаний такий методичний інструментарій:

- 1) Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).
- 2) Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R).
- 3) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
- 4) Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е.Неім (в адаптації Л.І.Васермана).

5) Анкета для вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців (Додаток 1).

Перша використана методика - Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Асього 35 питань. Три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи "вторгнення" (інтрузії), 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи "уникнення", 8 питань третьої шкали описують симптоми "збудливості" (гіперзбудження). П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

За даними В.Ю. Шаніна (які ми використовували в магістерській):

- добре адаптовані –  $76 \pm 18$ ;
- психічні розлади –  $86 \pm 26$  (86-111);
- ПТСР –  $130 \pm 18$  (112 і вище).

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної:



Співробітники МВС -  $64,65 \pm 16,13$ ;

Військовослужбовці -  $73,76 \pm 19,64$ ;

Ветерани Афганістану, “норма” -  $70,18 \pm 11,76$ ;

Ветерани Афганістану, ПТСР -  $92,00 \pm 15,55$ .

Друга методика - Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R):

1) Субшкала “вторгнення” (інтрузії).

2) Субшкала “уникнення”.

3) Субшкала “збудливість”.

Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей на 22 питання згідно з “ключем”. Кожен пункт оцінюється так: “ніколи” – 0 балів; “рідко” – 1 бал; “іноді” – 3 бали; “часто” – 5 балів.

Високі показники даних субшкал свідчать, що у симптоматиці переживання травми цих осіб превалюють: 1) симптоми повторного переживання, тобто присутні повторювані, нав’язливі негативні спогади про подію; повторювані негативні сни, пов’язані з подією; раптові негативні емоції та почуття, викликані «поверненням» (раптовим «провалом») в психотравмуючу подію; інтенсивний психологічний стрес при подіях, що нагадують чи символізують травму; 2) симптоми уникнення, тобто присутнє уникнення думок, почуттів і діяльності, пов’язаних з подією; неможливість згадати деталі події; почуття відстороненості, відчуження від інших людей; 3) симптоми підвищеної збудливості; труднощі засинання, безсоння; дратівливість; надпильність; вибухові реакції; труднощі при концентрації уваги; фізіологічні реакції на події, що символізують або нагадують травму.

Третя методика - Госпітальна шкала тривоги і депресії.

Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів:

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

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д. [1]

Четверта методика - Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е.Неім (в адаптації Л.І.Васермана).

Види копінг-стратегій поведінки були розподілені Е. Неім на три основні групи за ступенем їх адаптивних можливостей: адаптивні, відносно адаптивні і неадаптивні. Також копінг-стратегії можуть бути реалізовані в трьох сферах:

- емоційній (визначає емоційну оцінку проблемної ситуації);

- когнітивній (усвідомлення та співвіднесення ситуації з теоретичними знаннями щодо дії стресового фактора);

- поведінковій (визначає характер та напрямок діяльності під час стресу).

1) Адаптивні варіанти копінг-поведінки.

До адаптивних когнітивних копінг-стратегій відносяться:

- «проблемний аналіз»,
- «установка власної цінності»,
- «збереження самовладання» – форми поведінки, спрямовані на аналіз проблем і можливих шляхів виходу із них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси в подоланні важких ситуацій.

Серед адаптивних емоційних копінг-стратегій:

- «протест»,
- «оптимізм» – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Серед поведінкових копінг-стратегій:

- «співпраця»,
- «звернення»,
- «альтруїзм» – під якими розуміється така поведінка особистості, при якій вона набуває співпраця зі значущими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

2) Неадаптивні варіанти копінг-поведінки.

До неадаптивних когнітивних копінг-стратегій відносяться:

- «смирнення»,
- «розгубленість»,
- «дисимуляція»,

- «ігнорування» – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невір'я у свої сили й інтелектуальні ресурси, з умисною недооцінкою неприємностей.

Серед неадаптивних емоційних копінг-стратегій:

- «придушення емоцій»,
- «покірність»,
- «самозвинувачення»,
- «агресивність» – варіанти поведінки, що характеризуються пригніченим емоційним станом, станом безнадійності, покірності та недопущення інших почуттів, переживанням злості і покладання провини на себе та інших.

Серед неадаптивних поведінкових копінг-стратегій:

- «активне уникнення»,
- «відступ» – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, самоту, спокій, ізоляція, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

Конструктивність наступних залежить від значимості і вираженості ситуації подолання.

3) До відносно адаптивних когнітивних копінг-стратегій відносяться:

- «відносність»,
- «надання сенсу»,
- «релігійність» – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Серед відносно адаптивних емоційних копінг-стратегій:

- «емоційна розрядка»,
- «пасивна кооперація» – поведінка, яке спрямоване або на зняття напруги, пов'язаного з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності за розв'язання труднощів іншим особам.

Серед відносно адаптивних поведінкових копінг-стратегій:

- «компенсація»,

- «відволікання»,
- «конструктивна активність» – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань. [13]

П'ятою діагностичною методикою стала Анкета для вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців (Додаток 1). [36]

В анкеті військовим запропоновано оцінити: рівень престижу військової служби; своє ставлення до виконання завдань, що стоять перед військовою частиною; своє ставлення до традицій Збройних Сил України, військової частини; своє ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби; рівень взаємовідносин в офіцерському колективі військової частини; відношення до заходів, що вживаються керівництвом держави щодо розвитку Збройних Сил України; свою професійну підготовленість, фаховий досвід і навички; свій рівень підготовки виконувати завдання в особливих умовах (бойові дії та інше); своє прагнення до вдосконалення знань військової справи та своєї військової спеціальності; рівень своєї соціальної захищеності; свою здатність виконувати поставлені службові або бойові завдання; рівень довіри своїм безпосереднім командирам; своє загальне самопочуття; свій психологічний стан; свої мотиви, установки і настрої на виконання завдань військової служби, які переважають; свою психологічну готовність до виконання завдань, дій в екстремальних ситуаціях; стиль управлінської діяльності командування військової частини; свою здатність переносити високі нервово-психологічні навантаження.

Всі пункти оцінювалися за 5-бальною шкалою:

- 2 - повністю негативно.
- 1 – негативно.
- 0 - нейтрально (важко відповісти).
- + 1 – позитивно.
- + 2 - повністю позитивно.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Наше дослідження на тему «Психологічний стан та копінг-стратегії поведінки учасників бойових дій в Україні» проводилось в Центрі медико-психологічної реабілітації осіб, що перенесли бойову психічну травму на базі 15 відділення ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня».

Відповідно до об'єкту, предмету та мети нашого дослідження була сформована вибірка з п'ятдесяти військовослужбовці віком від 23 до 53 років, що приймали участь у бойових діях. Серед досліджуваних були, як одружені, так і неодружені чоловіки з різним військовим досвідом. Дехто з військових приймав участь в АТО/ООС і повернувся до виконання службових обов'язків після початку повномасштабної війни на всій території України, а дехто розпочав свою службу після 24 лютого 2022 року.

Для підтвердження чи спростування нашої гіпотези, щодо існування зв'язку між психологічним станом учасників бойових дій та їх копінг-стратегіями поведінки, нами був вибраний та використаний такий методичний інструментарій:

- 1) Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).
- 2) Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R).
- 3) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
- 4) Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е.Неім (в адаптації Л.І.Васермана).
- 5) Анкета для вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців.

## РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

### 3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

Після проведення дослідження з вибіркою, яка склала п'ятдесят військовослужбовців, учасників бойових дій в Україні, і мета-аналізу нами були отримані наступні результати.

58% військовослужбовців мали попередній бойовий досвід до повномасштабної війни (брали участь в АТО/ООС), а у 42% військовий досвід до повномасштабної війни відсутній (Рисунок 3.1).

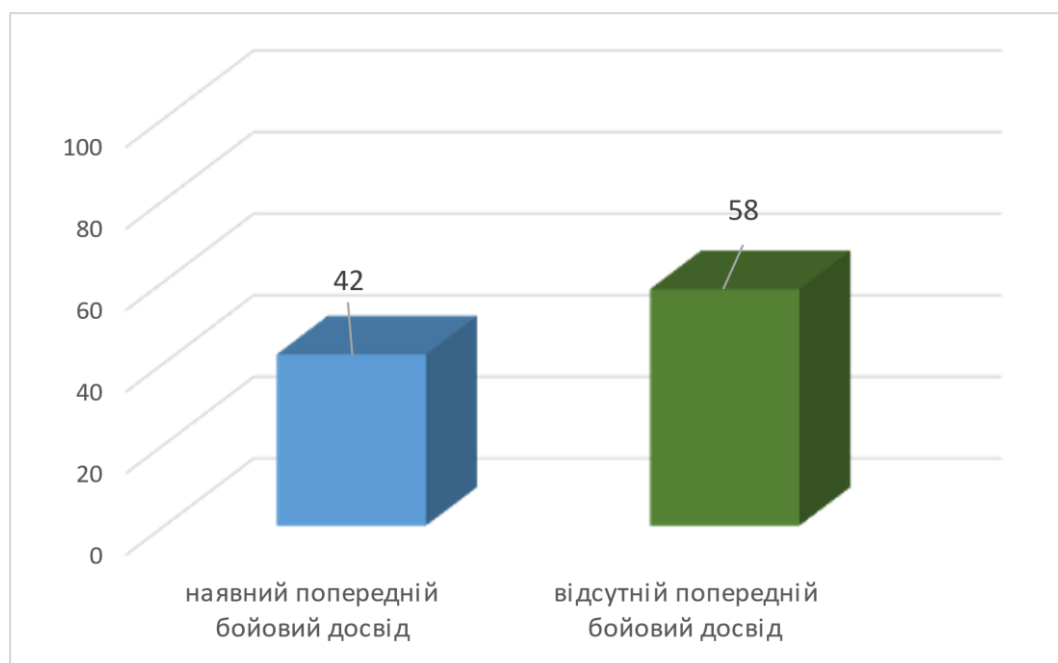


Рис.3.1. Характеристика вибірки за критерієм наявності/відсутності попереднього бойового досвіду (%).

Відповідно до вікової класифікації ВООЗ (прийнятої 2015р.), серед досліджуваних 10% склали чоловіки юнацького віку (18-24 роки), 72% - молодого віку (25-44 роки) та 18% середнього віку (45-60 років) (Рисунок 3.2).

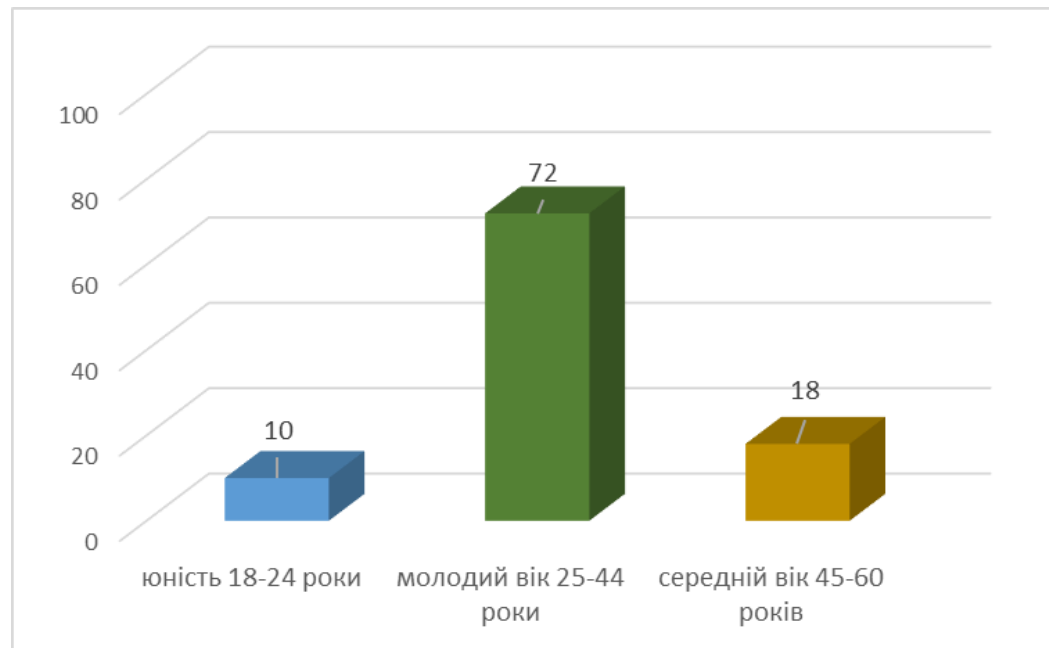


Рис.3.2. Характеристика вибірки за віком (%).

Відповідно до результатів дослідження методикою «Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант)» та врахування діагнозу виставленого психіатрами 15 відділення, було встановлено, що у 22% досліджуваних розлад адаптації та 78% посттравматичний стресовий розлад (Рисунок 3.3).

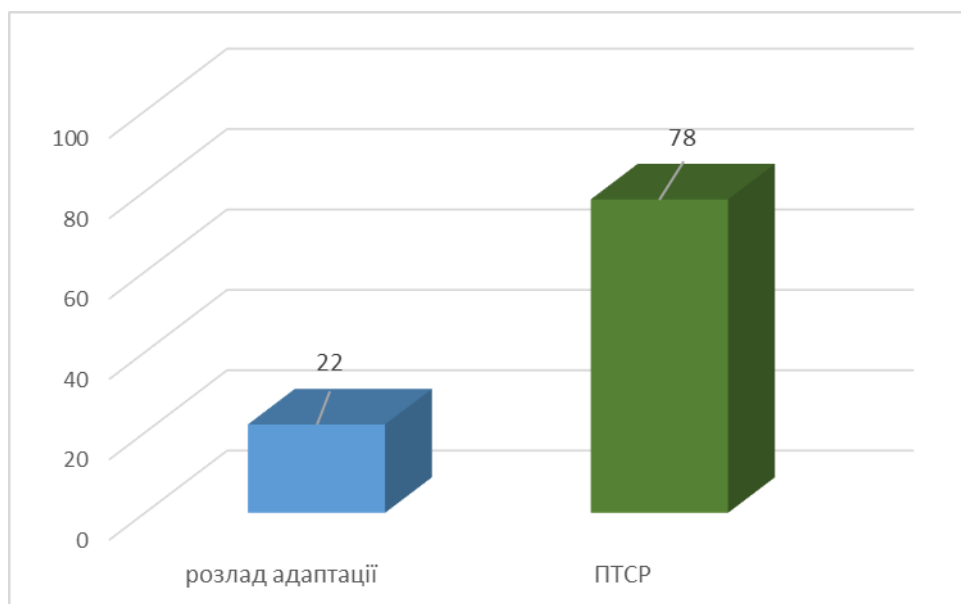


Рис.3.3. Відсоткове співвідношення розладу адаптації та ПТСР у військовослужбовців (%).

Здійснивши аналіз даних психологічного стану військових за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду, були отримані такі результати: 45% військових з розладом адаптації мали попередній бойовий досвід та у 55% він був



відсутній; у 41% учасників бойових дій з діагностованим ПТСР наявний попередній бойовий досвід (участь в АТО/ООС), а у 59% - відсутній попередній бойовий досвід (рисунок 3.4). Як видно з рисунку, значної різниці в показниках не виявлено.

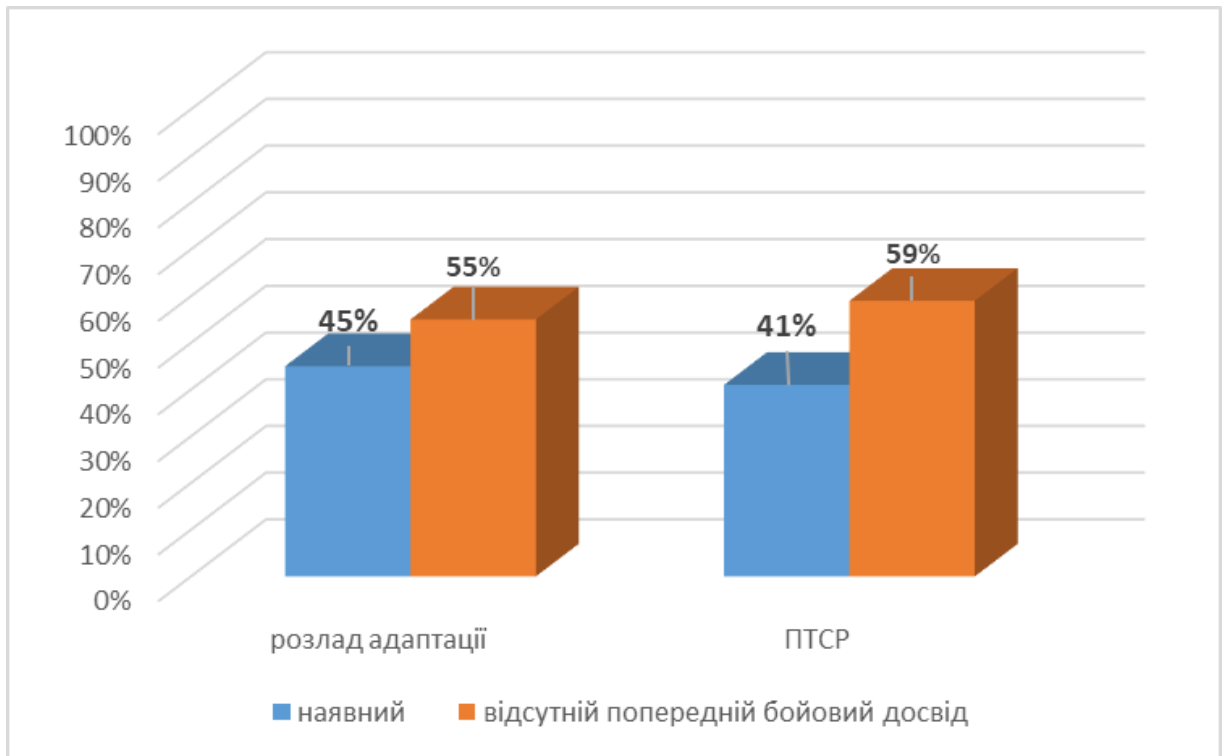


Рис.3.4. Відсоткове співвідношення ПТСР та розладу адаптації залежно від наявності/відсутності попереднього бойового досвіду (%).

Здійснивши порівняльний аналіз груп військовослужбовців з ПТСР та розладом адаптації було виявлено, що серед учасників бойових дій з розладом адаптації, 9% військових юного віку (18-24 роки), 73% молодого віку (25-44 роки), 18% військових середнього віку (45-60 років). Серед військовослужбовців із ПТСР, 10% військових юного віку, 72% молодого віку, 18% середнього віку (Рисунок 3.5). Як видно з рисунку, в обох групах найбільша кількість осіб, які мають прояви симптомів – це особи віком 25–44 роки.

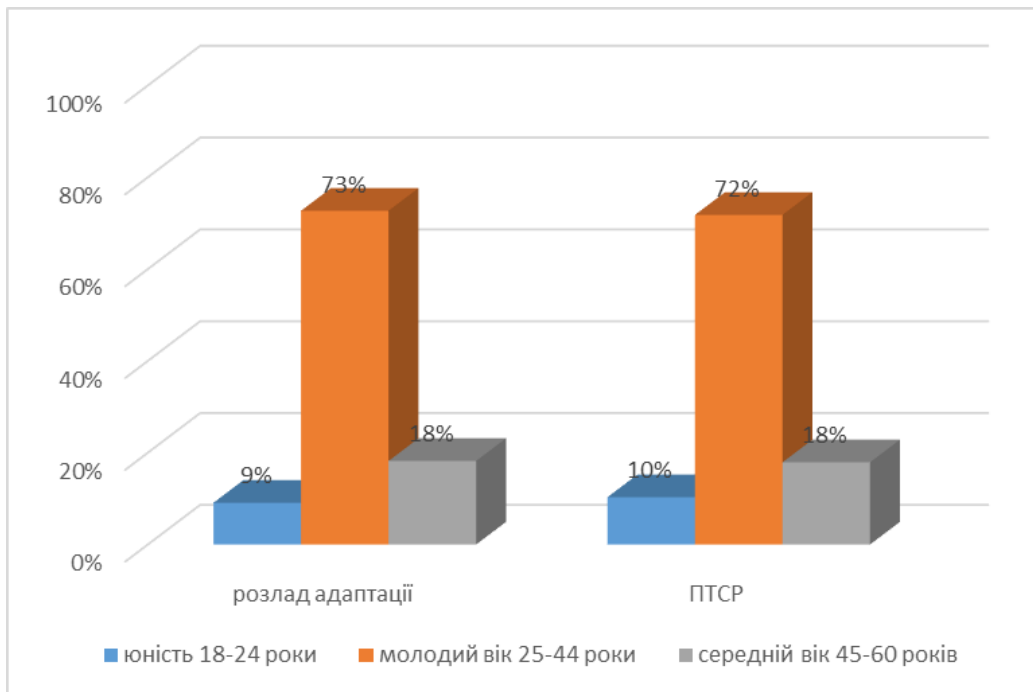


Рис.3.5. Вікова різниця прояву симптомів ПТСР та розладу адаптації (%).

В результаті проведення методики «Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R)» було встановлено рівень прояву симптомів ПТСР. Так, високий рівень інтрузії спостерігаються у 100% досліджуваних (Рисунок 3.6). Інтрузії проявляються у вигляді мимовільних повторюваних спогадів про травмуючу подію, флешбеків, нічних жахів.

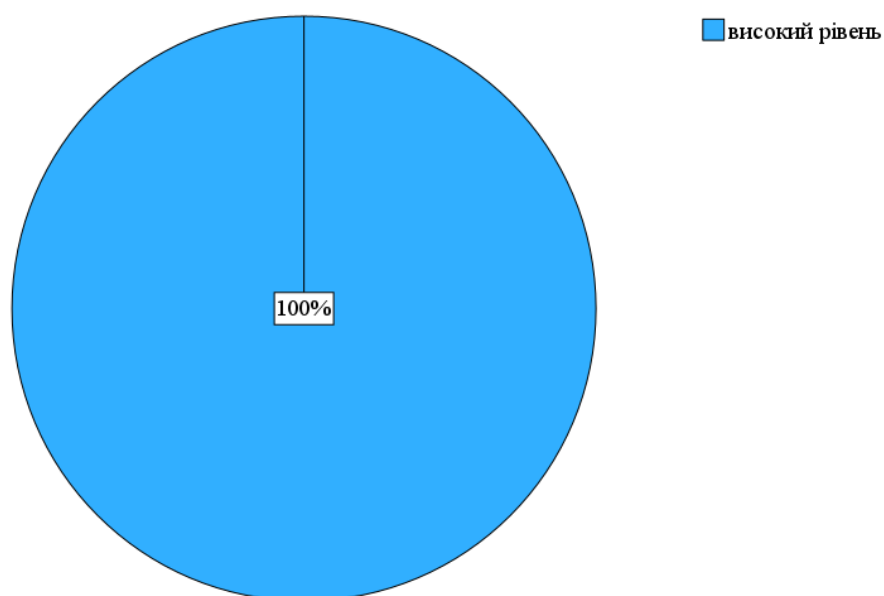


Рис.3.6. Рівень інтрузії в досліджуваних (%).

У 22% досліджуваних спостерігається підвищений рівень уникнення, а в 78% військових – високий рівень уникнення (Рисунок 3.7). Досліджувані навмисно уникають думок, подій, ситуацій, певних речей, дій, місць, людей, які нагадують про травмуючу подію.

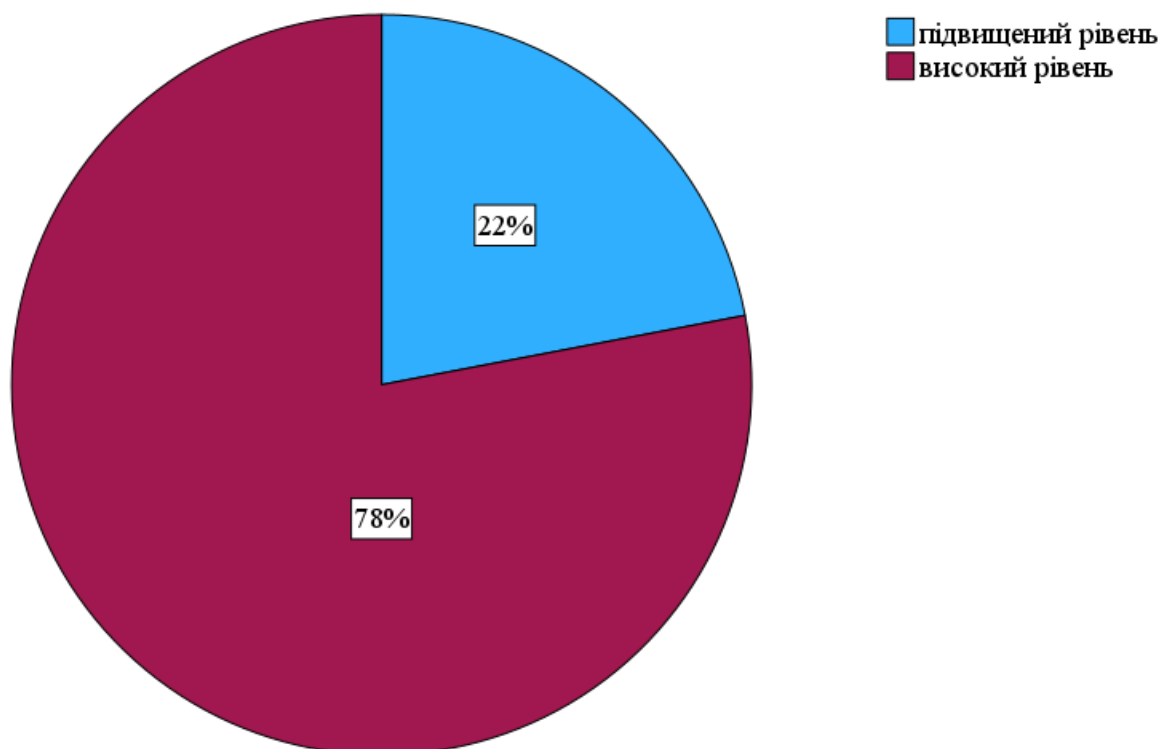


Рис.3.7. Рівень уникнення в досліджуваних (%).

В досліджуваних, учасників бойових дій, рівень збудливості (гіперзбудження) підвищений у 28% та високий – у 72% (Рисунок 3.8). Низький рівень відсутній. Високий рівень гіперзбудження у досліджуваних свідчить про посилене відчуття загрози, яке характеризується надмірною пильністю, перебільшеною реакцією здригання (наприклад, на різкий звук), порушенням сну, дратівливістю і труднощами зі зосередженістю.

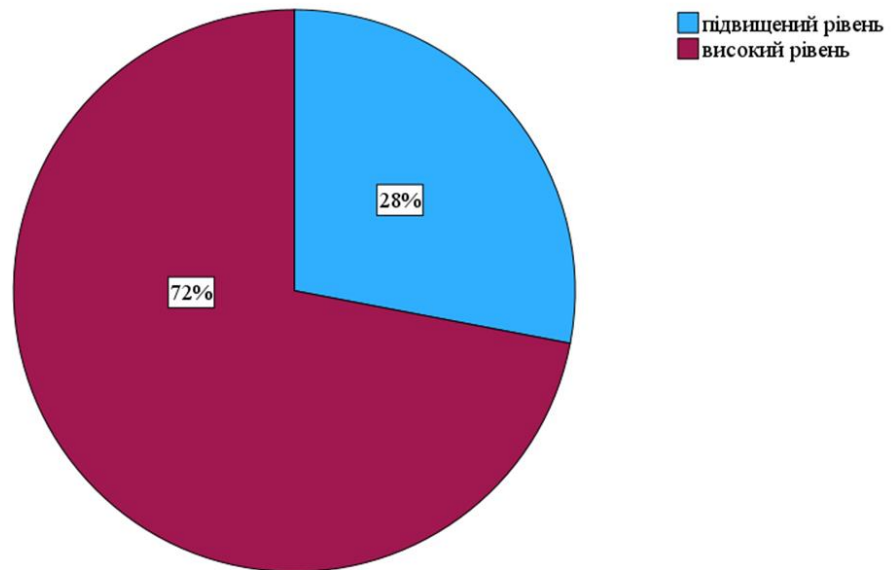


Рис.3.8. Рівень збудливості в досліджуваних (%).

Здійснивши порівняльний аналіз, було виявлено, що в досліджуваних з розладом адаптації наявний підвищений рівень уникнення мають 64% та високий рівень уникнення – 36%. У досліджуваних із ПТСР, 10% мали підвищений рівень уникнення та 90 % – високий рівень (Рисунок 3.9). Високий рівень уникнення переважає саме у досліджуваних із ПТСР (відповідно до симптоматики ПТСР).

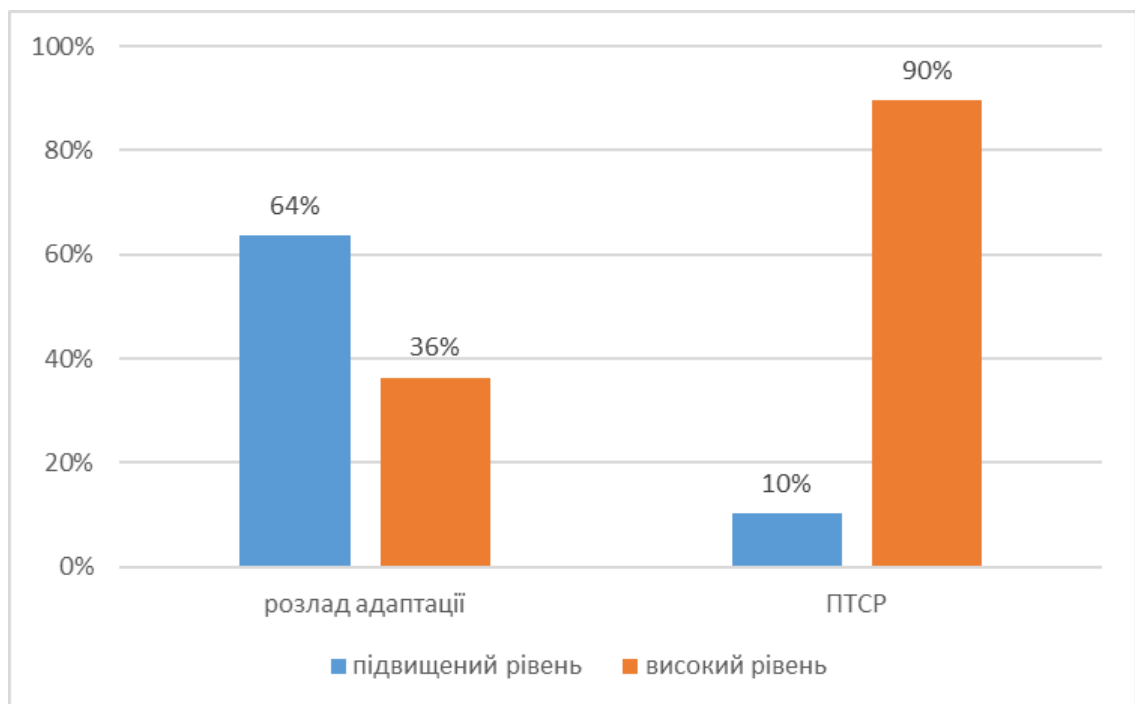


Рис.3.9. Відсоткове співвідношення рівня уникнення в осіб з ПТСР та розладом адаптації (%).

Здійснивши порівняльний аналіз за рівнем прояву гіперзбудження, були отриманні такі результати: при розладі адаптації підвищений рівень збудливості спостерігається у 55% опитаних, високий рівень збудливості – у 45%. У досліджуваних із ПТСР підвищений рівень збудливості спостерігається у 20% опитаних, високий рівень збудливості – у 80% (рисунок 3.10). Високий рівень збудливості переважає у військових, які мають ПТСР (відповідно до симптоматики ПТСР).

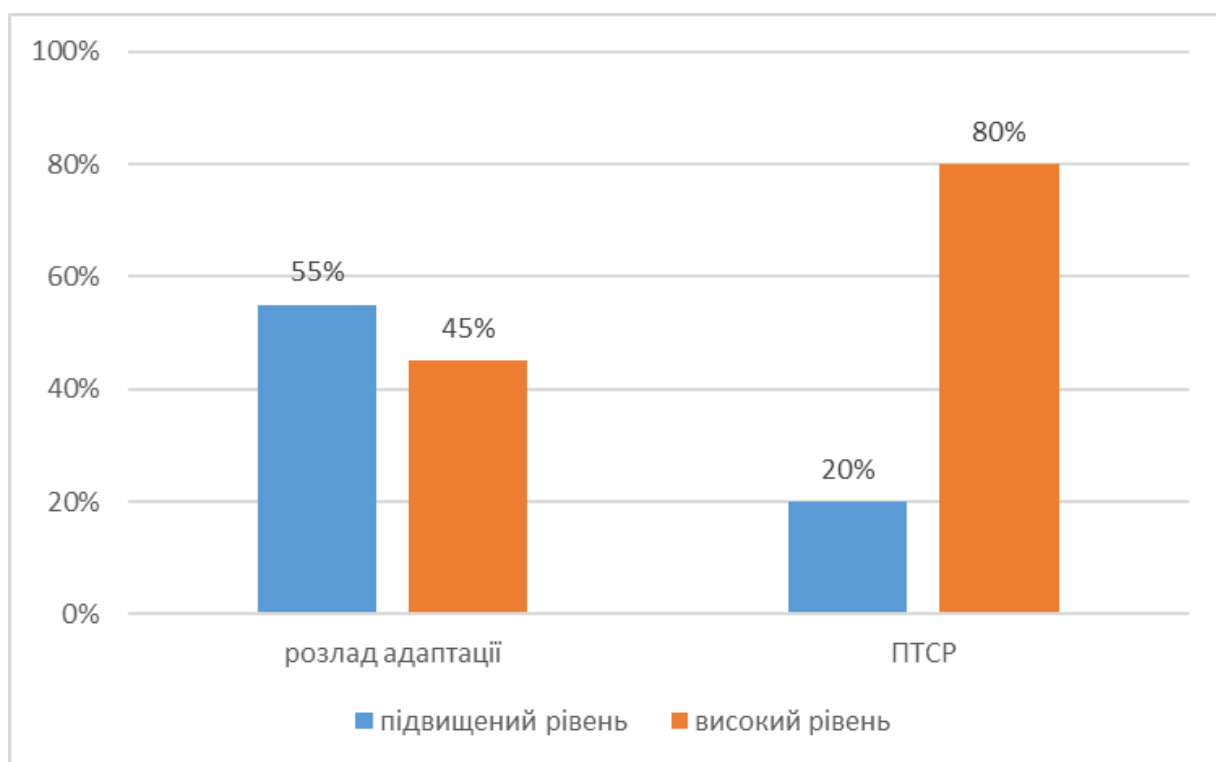


Рис.3.10. Відсоткове співвідношення рівня збудливості в осіб з ПТСР та розладом адаптації (%).

Після проведення методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» були отримані такі результати: рівень тривоги нормальний у 14% опитаних, помірно виражений – у 30%, клінічно виражений – у 56% військовослужбовців (Рисунок 3.11).

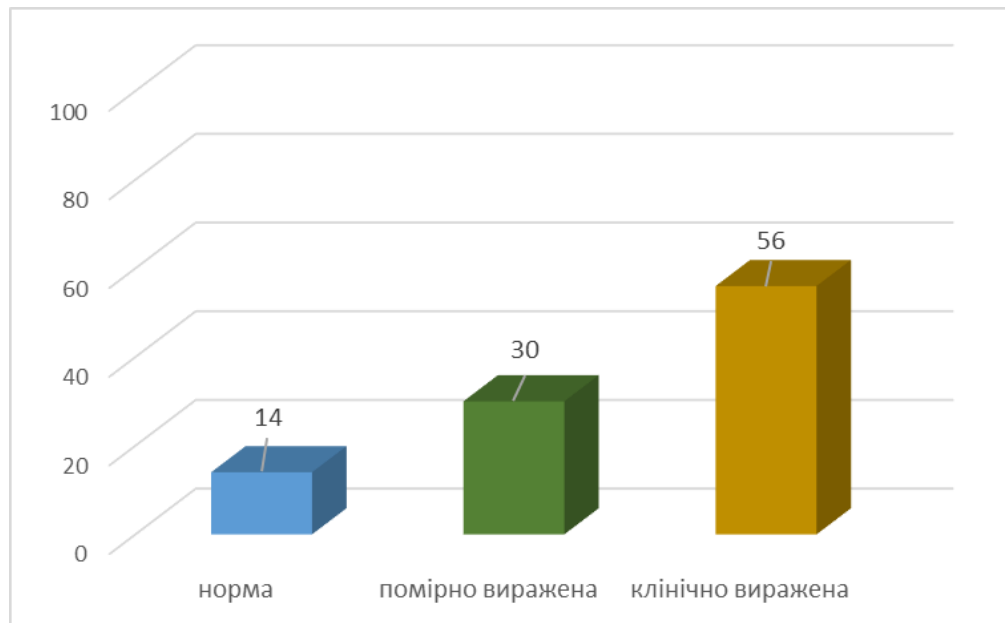


Рис.3.11. Рівень тривоги у досліджуваних військовослужбовців (%).

Рівень депресії нормальний у 26% досліджуваних, помірно виражений – у 32%, клінічно виражений – у 42% опитаних (Рисунок 3.12). Клінічно виражену депресію можна пояснити, як наслідок пережитої бойової психічної травми при участі у воєнних діях.

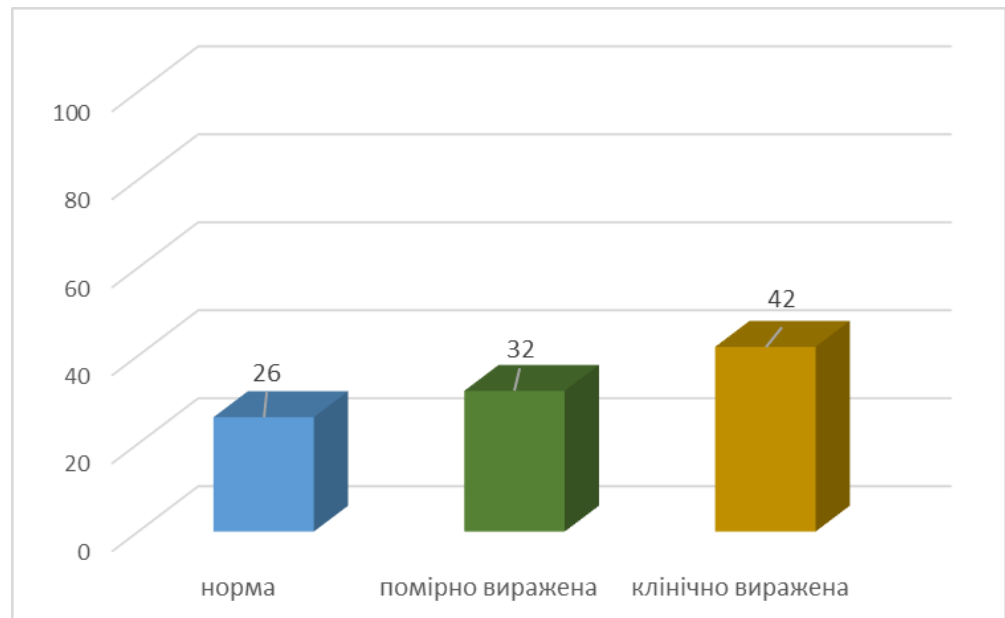


Рис.3.12. Рівень депресії у досліджуваних військовослужбовців (%).

Здійснивши порівняння субвибірок із ПТСР та розладом адаптації, за рівнем тривоги, були отримані такі результати: в учасників бойових дій із розладом адаптації у 36% нормальний рівень тривоги, у 55% помірно виражена тривога, а у 9% клінічно виражена тривога. В учасників бойових дій із ПТСР у 8%

спостерігається нормальний рівень тривоги, у 23% – помірно виражена тривога, у 69% – клінічно виражена тривога (Рисунок 3.13). Дослідження демонструє, що при ПТСР рівень клінічно вираженої тривоги значно переважає. Це можна пояснити тим, що ПТСР може поєднуватися з клінічно вираженою тривогою, а може і призводити до перманентного підвищення її рівня.

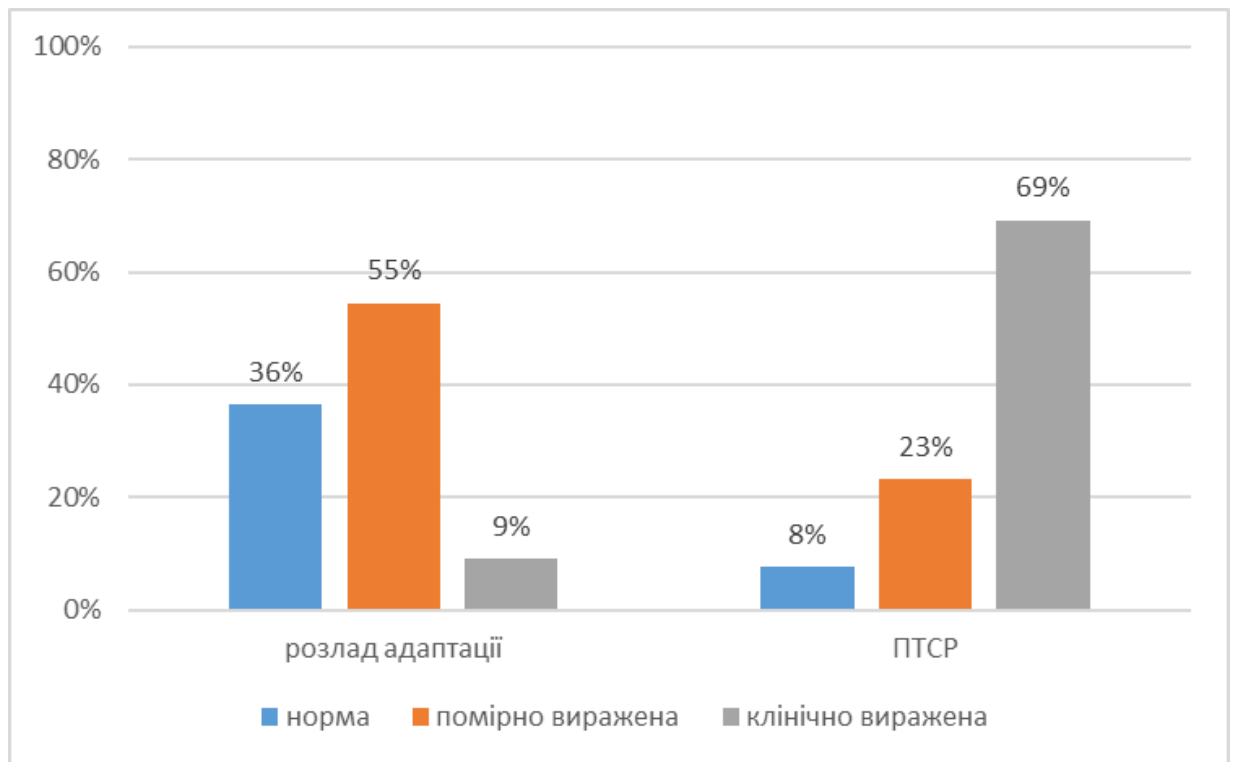


Рис.3.13. Відсоткове співвідношення рівня тривоги у військових з ПТСР та розладом адаптації (%).

Здійснивши порівняння субвибірок із ПТСР та розладом адаптації, за рівнем депресії, були отримані такі результати: у військових з розладом адаптації у 73% спостерігалася відсутність депресії, у 27% – помірно виражена депресія. У досліджуваних із ПТСР у 13% спостерігалась відсутність депресії, у 33% – виражена депресія, у 54% – клінічно виражена депресія (Рисунок 3.14). Дослідження демонструє відсутність клінічно вираженої депресії при розладі адаптації та її переважання при ПТСР. Це можна пояснити тим, що депресія у більшості випадків коморбідна із ПТСР.

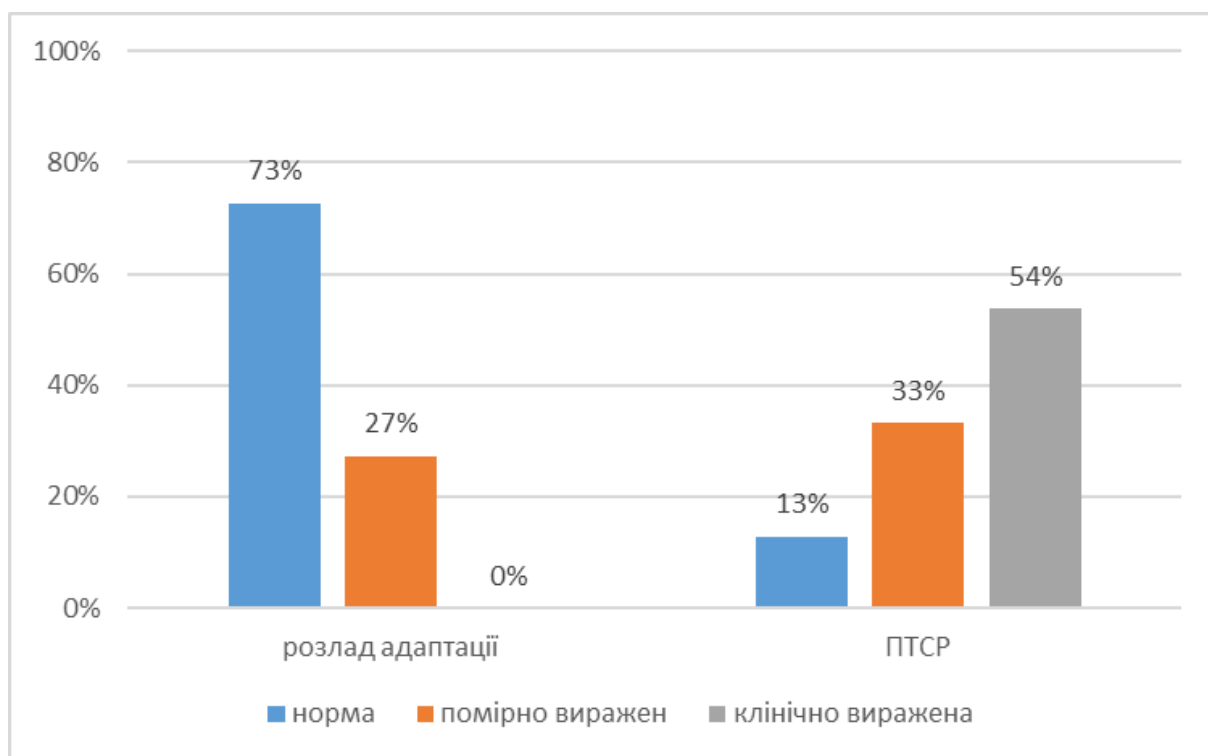


Рис.3.14. Відсоткове співвідношення рівня депресії в осіб з ПТСР та розладом адаптації (%).

При використанні методики «Психологічної діагностики копінг-механізмів Е.Хейма (в адаптації Л.І.Васермана)» було виявлено що, адаптивна когнітивна копінг-стратегія поведінки спостерігається у 58% військовослужбовців. Тобто, у цих досліджуваних копінг-стратегії поведінки спрямовані на аналіз проблем і можливих шляхів виходу із них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибокого усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси в подоланні важких ситуацій.

24% опитаних мають відносно адаптивну когнітивну копінг-стратегію, конструктивність якої залежить від значущості й виваженості ситуації подолання стресових подій. До неї належать надання сенсу, релігійність, як форми поведінки, які спрямовані на оцінку труднощів, надання особливого змісту їх подоланню, на віру в Бога й стійкість у вірі при зіткненні зі складними життєвими проблемами, ситуаціями, що виходять за межі звичного досвіду.

18% військовослужбовців мають дезадаптивну когнітивну копінг-стратегію поведінки (Рисунок 3.15). До неадаптивної когнітивної копінг-стратегії відносять: покору, розгубленість, дисимуляцію, ігнорування — пасивні форми поведінки, які



характеризуються загальною відмовою від подолання труднощів через зневіру у власні сили й інтелектуальні ресурси, з умисною недооцінкою неприємностей.

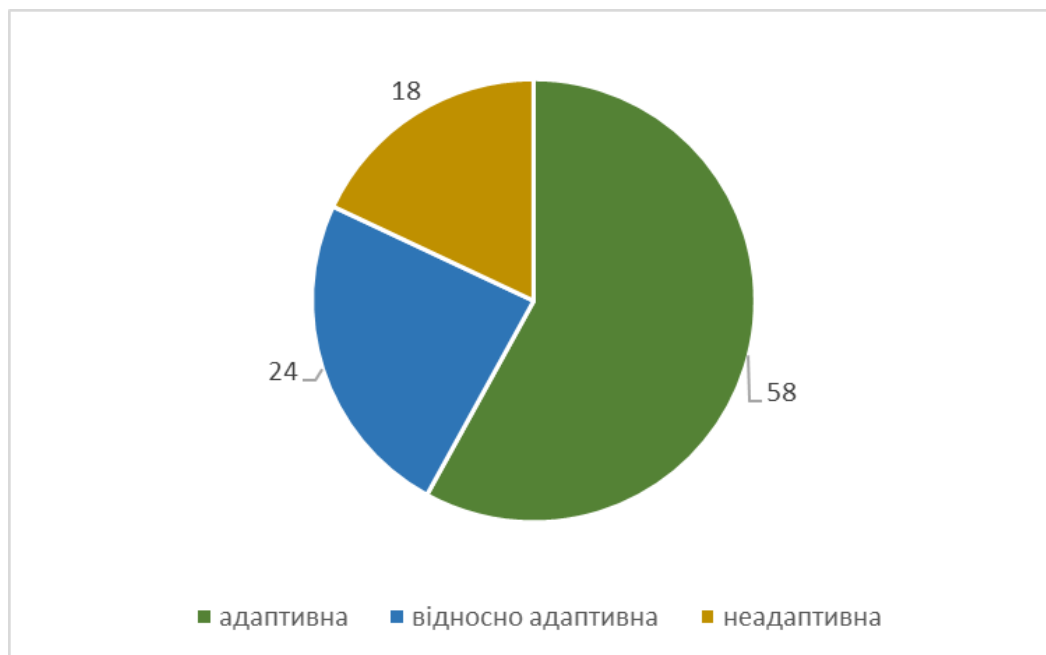


Рис.3.15. Прояв когнітивних копінг-стратегій у досліджуваних (%).

Здійснивши аналіз прояву емоційної копінг-стратегії поведінки в опитаних військовослужбовців, ми виявили, що 40% мають адаптивну емоційну копінг-стратегію поведінки. Це означає, що досліджувані можуть проявляти оптимізм, емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів, впевненість в наявності конструктивного виходу з будь-якої, навіть найскладнішої небезпечної ситуації. Ці копінг-стратегії сприяють досягненню рівноваги у психіці людини і в подальшому сприяють зменшенню або усуненню шкідливих побічних впливів стресових подій.

28% опитаних мають відносно адаптивну емоційну копінг-стратегію поведінки. До відносно адаптивних варіантів копінг-стратегій поведінки в емоційній сфері відносять: емоційне розвантаження, пасивну кооперацію, поведінку спрямовану на зняття напруження, що пов'язане з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності по вирішенню труднощів іншим особам.

Деадаптивну емоційну копінг-стратегію поведінки мають 32% опитаних військовослужбовців (Рисунок 3.16). Серед неадаптивних емоційних копінг-

стратегій поведінки виділяють: придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність. Тобто варіанти поведінки, що характеризуються пригніченим емоційним станом, станом безнадійності, покірності та недопущення інших почуттів, переживанням злості і покладанням провини на себе та інших.



Рис.3.16. Прояв емоційних копінг-стратегій у досліджуваних (%).

Здійснивши аналіз результатів прояву поведінкових копінг-стратегій, ми виявили, що 20% досліджуваних мають адаптивну поведінкову копінг-стратегію поведінки, тобто їм властива співпраця зі значущими (більш досвідченими) людьми, пошук підтримки у найближчому соціальному оточенні або здатність надавати допомогу близьким у подоланні труднощів.

50% опитаних мають відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії, до яких належать конструктивна активність, компенсація та відволікання. Вони характеризуються прагненням до тимчасової відмови від вирішення проблем за допомоги алкоголю, лікарських препаратів, занурення в роботу, хобі, мандрівки тощо.

Деадаптивні поведінкові копінг-стратегії мають 30% досліджуваних військовослужбовців (Рисунок 3.17). Варіантами неадаптивних поведінкових копінг-стратегій можуть бути: активне уникнення, яке передбачає поведінку, що обумовлює уникнення думок про неприємності або небезпеку, пасивність, ізоляцію,

прагнення відійти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

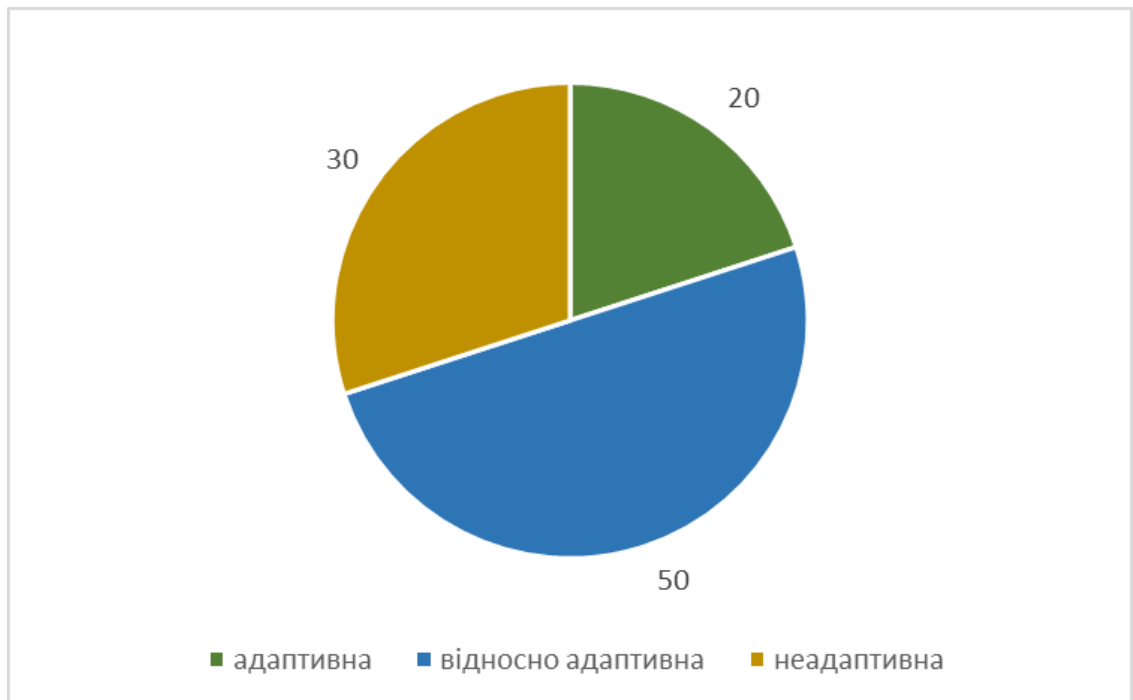


Рис.3.17. Прояв поведінкових копінг-стратегій у досліджуваних (%).

Ми здійснили порівняльний аналіз результатів прояву когнітивної копінг-стратегії поведінки в субвибірках досліджуваних з ПТСР та розладом адаптації. Так, в опитаних військовослужбовців, які мають ПТСР спостерігається більший прояв адаптивної когнітивної копінг-стратегії поведінки (56%), 21% опитаних мають відносно адаптивну когнітивну копінг-стратегію, 23% – неадаптивну когнітивну копінг-стратегію поведінки. У 64% досліджуваних з розладом адаптації спостерігається адаптивна когнітивна копінг-стратегія поведінки та у 36% – відносно адаптивна (рисунок 3.18). Дослідження демонструє, що на відміну від військовослужбовців із ПТСР, у військовослужбовців з розладом адаптації, неадаптивна когнітивна копінг-стратегія поведінки відсутня. Найбільш виражений адаптивний вид когнітивних копінг-стратегій.

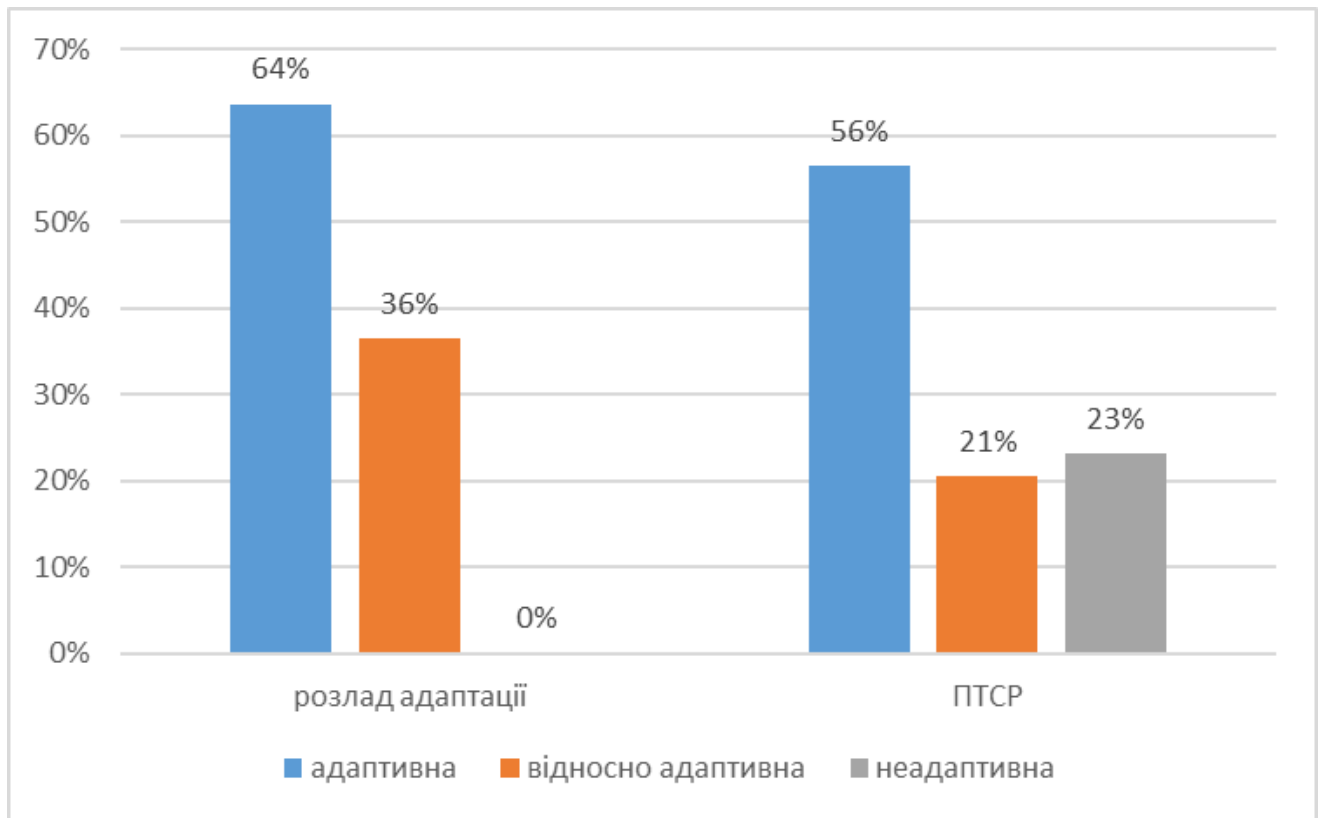


Рис.3.18. Співвідношення прояву когнітивних копінг-стратегій в осіб, які мають ПТСР та розлад адаптації (%).

Здійснивши порівняння результатів субвибірок за проявом емоційної копінг-стратегії поведінки, виявилось, що у 100% досліджуваних з розладом адаптації проявляється адаптивна емоційна копінг-стратегія поведінки. Серед досліджуваних, які мають ПТСР, у 23% виявлено адаптивну емоційну копінг-стратегію поведінки, у 36% – відносно адаптивну емоційну копінг-стратегію, у 41% – неадаптивну емоційну копінг-стратегію поведінки (рисунок 3.19). Дослідження демонструє, що при розладі адаптації у військовослужбовців спостерігається лише адаптивна емоційна копінг-стратегія поведінки, а при ПТСР переважає неадаптивна емоційна копінг-стратегія.

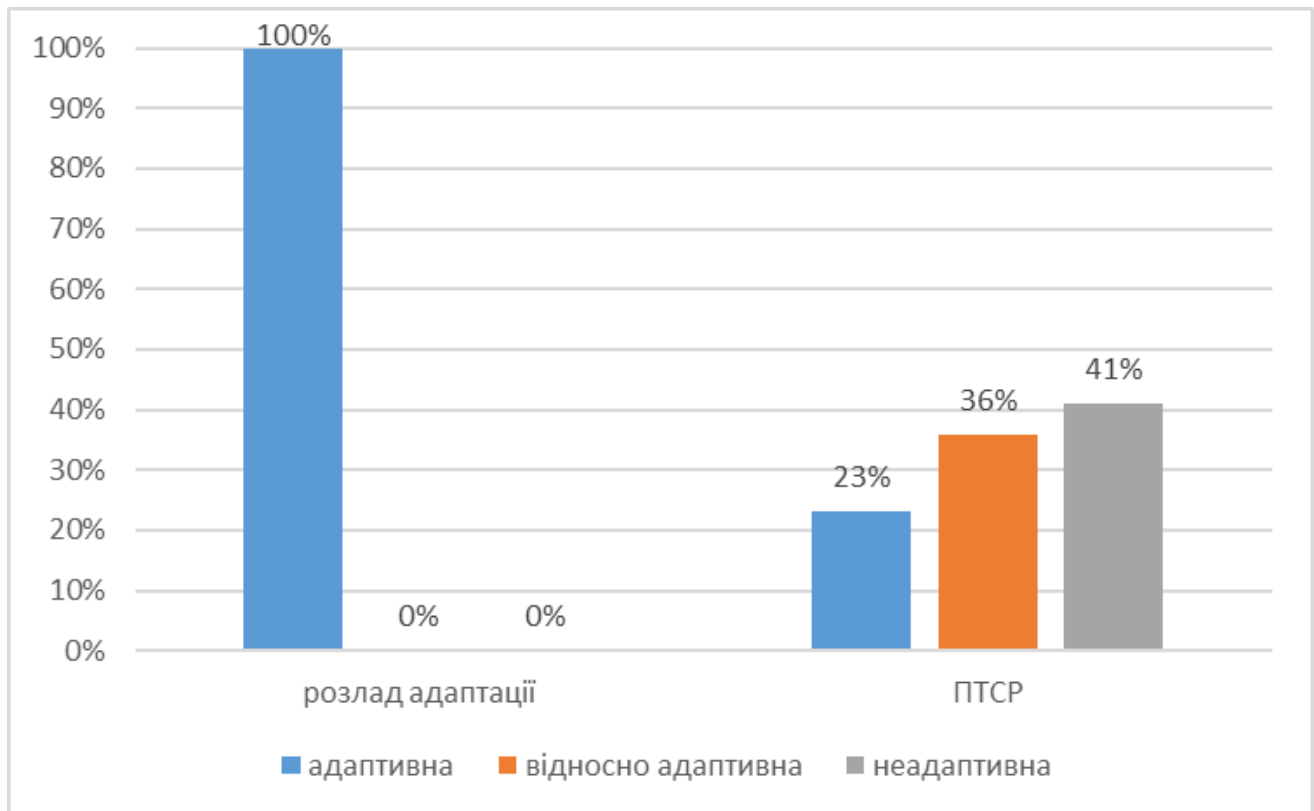


Рис.3.19. Співвідношення прояву емоційних копінг-стратегій в осіб, які мають ПТСР та розлад адаптації (%).

Здійснивши порівняння результатів субвибірок за проявом поведінкової копінг-стратегії, виявилось, що при розладі адаптації, у 46% досліджуваних спостерігається адаптивна поведінкова копінг-стратегія та у 54% – відносно адаптивна поведінкова копінг-стратегія. У досліджуваних військовослужбовців, які мають ПТСР, у 13% опитаних проявляється адаптивна поведінкова копінг-стратегія поведінки, 49% мають відносно адаптивну поведінкову копінг-стратегію поведінки, 38% – неадаптивну поведінкову копінг-стратегію поведінки (Рисунок 3.20). Дослідження виявляє, що при розладі адаптації у військовослужбовців відсутня неадаптивна поведінкова копінг-стратегія, а при ПТСР переважає відносно адаптивна та неадаптивна поведінкові копінг-стратегії.

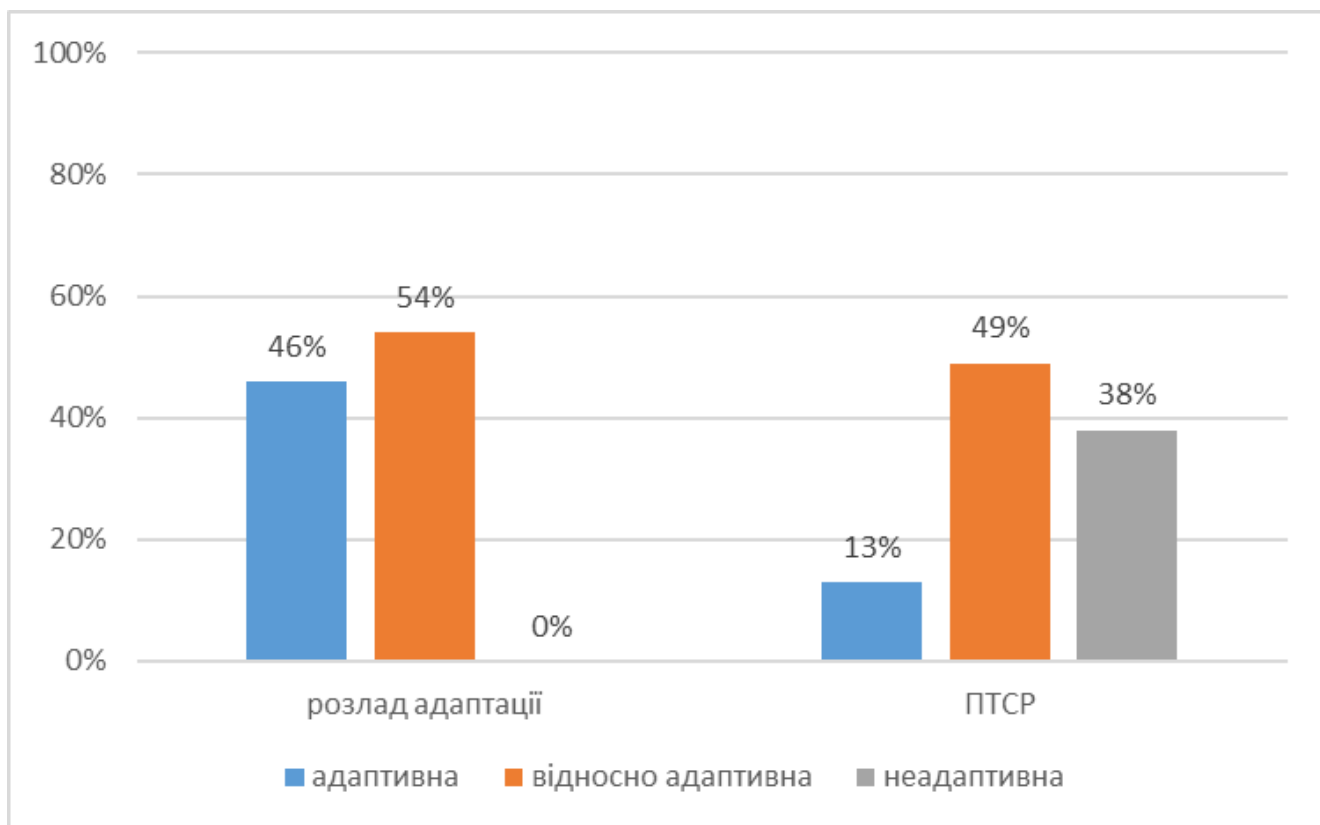


Рис.3.20. Співвідношення прояву поведінкових копінг-стратегій в осіб, які мають ПТСР та розлад адаптації (%).

Також ми проаналізували отримані дані за анкетною, спрямованою на вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців. Так, виявилось, що серед військових з розладом адаптації, 18% мають нейтральне ставлення до виконання завдань військової частини та 82% – позитивне ставлення до виконання завдань військової частини.

У 18% учасників бойових дій, які мають ПТСР, спостерігається негативне ставлення до виконання завдань військової частини, 46% – нейтральне, 36% – позитивне ставлення до виконання завдань військової частини (Рисунок 3.21). Отже бачимо, що при розладі адаптації у військових, відсутнє негативне ставлення до виконання завдань військової частини, на відміну від військовослужбовців із ПТСР.

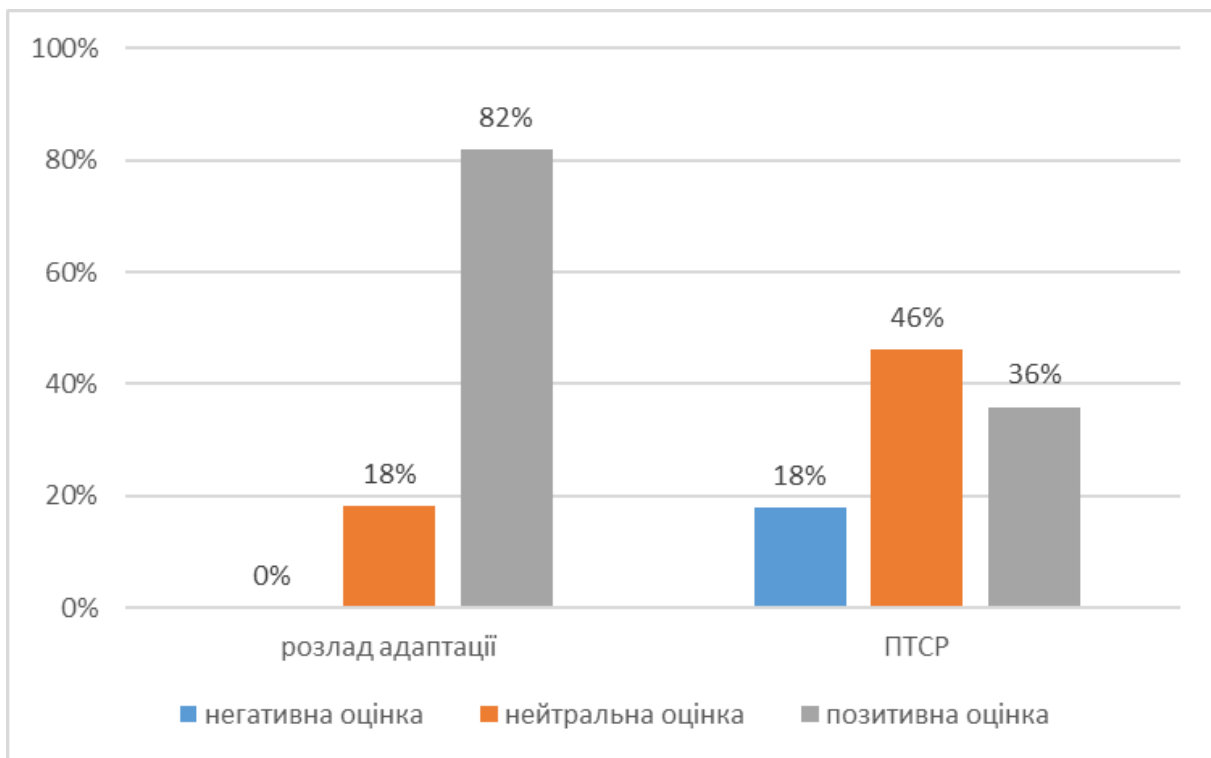


Рис.3.21. Співвідношення ставлення до виконання завдань військової частини у військових, які мають розлад адаптації та ПТСР (%).

Щодо питання про ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби, ми виявили, що при розладі адаптації 27% військових мають негативне ставлення, 55% – нейтральне та 18% – позитивне ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби. Серед осіб з ПТСР, у 44% військових виявлено негативне ставлення до перспектив своєї подальшої служби, у 36% – нейтральне та у 20% – позитивне ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби (Рисунок 3.22). Отже ми бачимо, що при розладі адаптації у військових переважає нейтральне ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби, а у військовослужбовців із ПТСР – негативне ставлення.

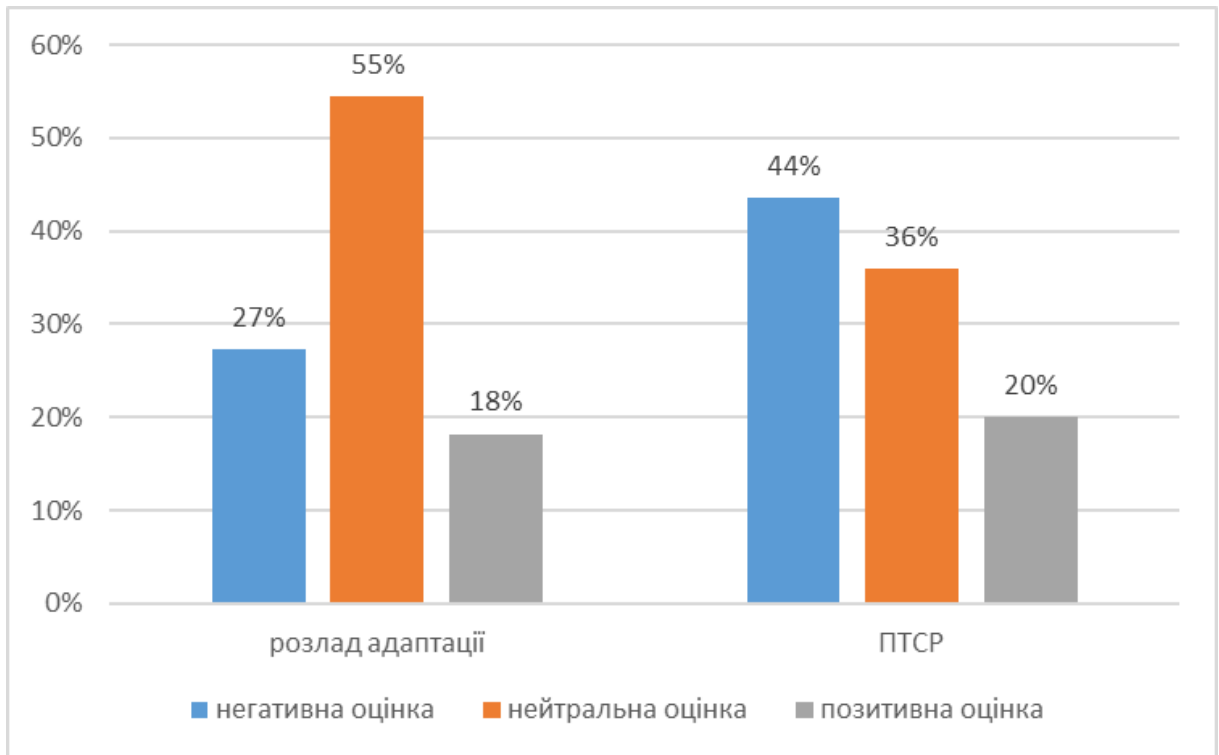


Рис.3.22. Співвідношення ставлення до перспективи своєї подальшої служби в осіб з ПТСР та розладом адаптації (%).

Наступним питанням анкети була оцінка ставлення до дій керівництва держави щодо розвитку ЗСУ. Ми отримали такі результати: у військових, що мають розлад адаптації переважає позитивне ставлення (64%). У 27% військових нейтральне ставлення, а у 9% – негативне ставлення до дій керівництва держави щодо розвитку ЗСУ. В опитаних з ПТСР, переважає нейтральне ставлення до дій керівництва держави щодо розвитку ЗСУ (41%). У 31% негативне ставлення та у 28% військових – позитивне ставлення до дій керівництва держави щодо розвитку ЗСУ (Рисунок 3.23).



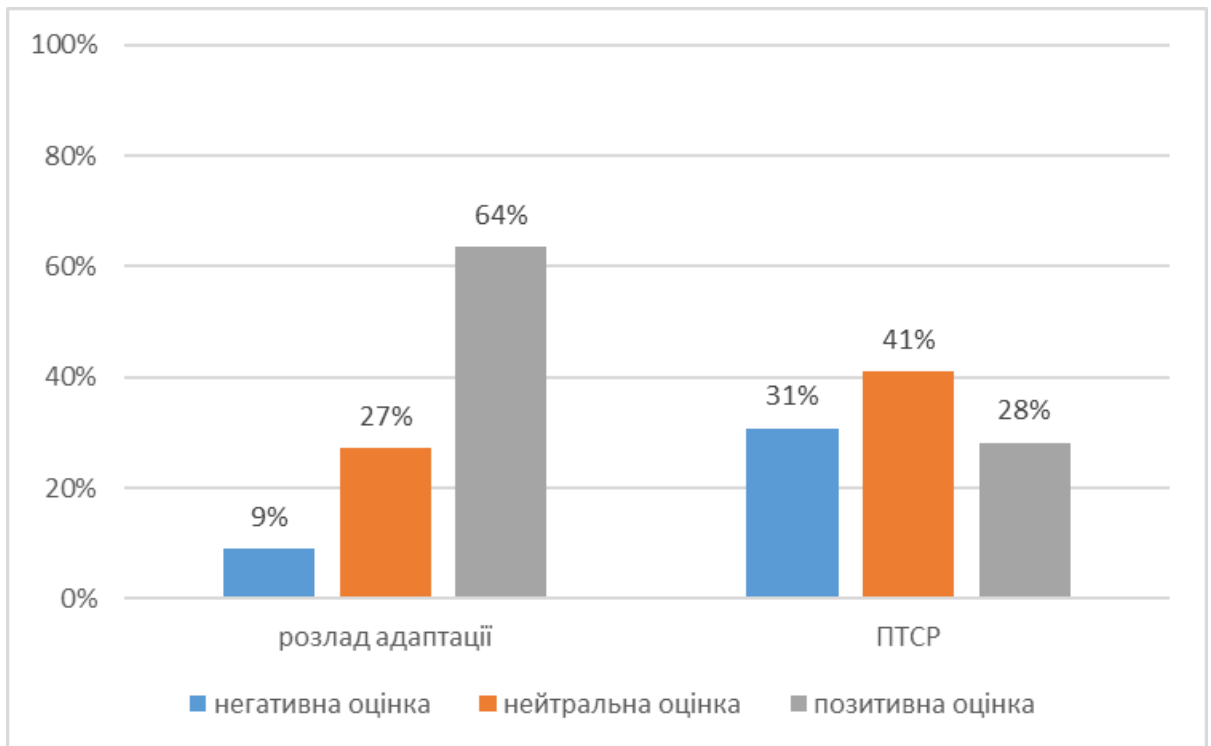


Рис.3.23. Співвідношення ставлення військовослужбовців, які мають ПТСР та розлад адаптації, до дій керівництва держави щодо розвитку ЗСУ (%).

Оцінка рівня власної соціальної захищеності була наступним питанням анкети. Виявилось, що у військовослужбовців з розладом адаптації переважає позитивна оцінка рівня власної соціальної захищеності (46%). У 36% опитаних нейтральна, а у 18% – негативна оцінка рівня власної соціальної захищеності. В досліджуваних з ПТСР переважає негативна оцінка рівня власної соціальної захищеності (57%). У 10% нейтральна та у 33% – позитивна оцінка рівня власної соціальної захищеності (Рисунок 3.24). Отже, як бачимо, в осіб з розладом адаптації переважає позитивна оцінка рівня власної соціальної захищеності, в той час, як у військовослужбовців із ПТСР – негативна оцінка рівня своєї соціальної захищеності.

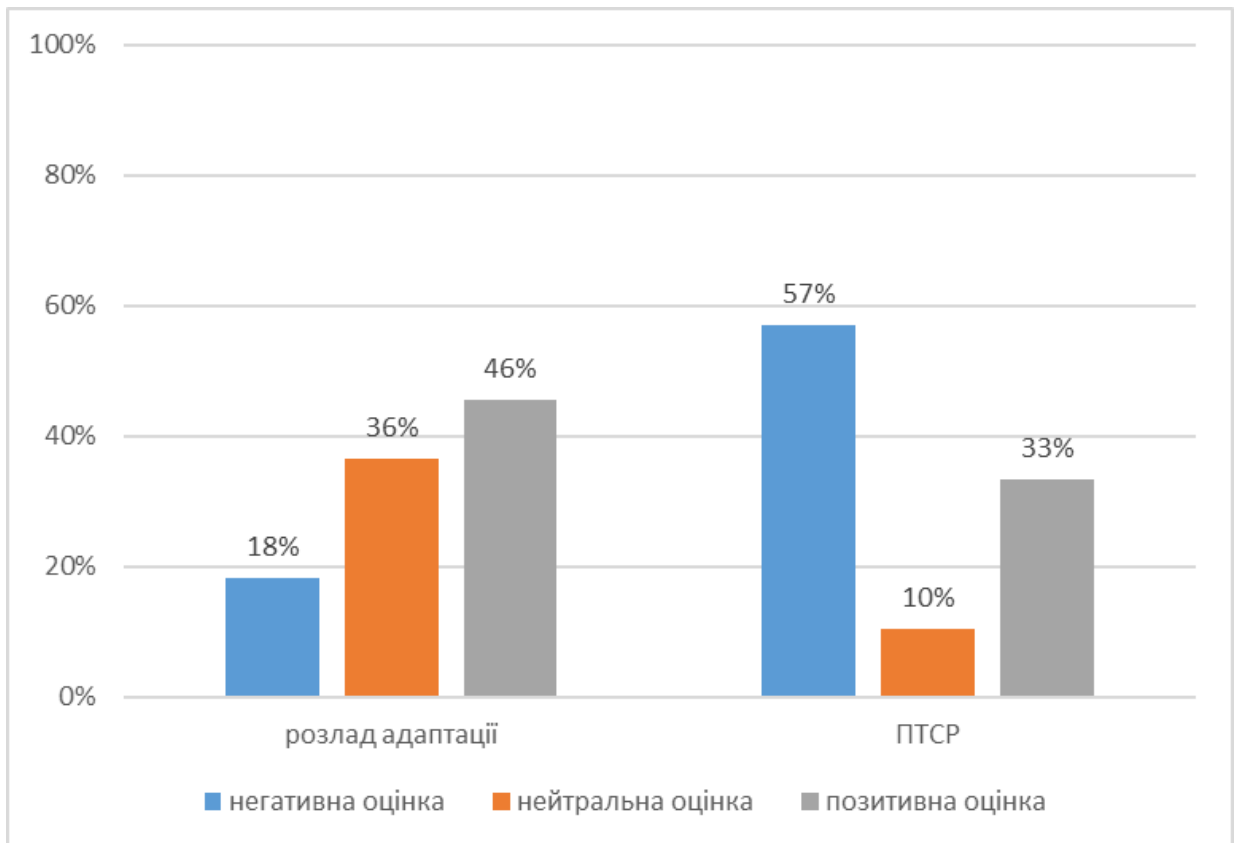


Рис.3.24. Співвідношення оцінки рівня соціальної захищеності військовослужбовців з ПТСР та розладом адаптації (%).

Також ми виявили оцінку військовослужбовцями власної здатності виконувати бойові завдання. Так, в осіб, які мають розлад адаптації, переважає позитивна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання (64%). У 27% військових нейтральна оцінка, у 9% – негативна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання. При ПТСР у 36% військових спостерігається негативна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання, у 33% – нейтральна оцінка та у 31% – позитивна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання (Рисунок 3.25). Отже, бачимо різницю в досліджуваних субвибірках. При розладі адаптації у військових домінує позитивна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання, а у військовослужбовців із ПТСР переважає негативна оцінка власної здатності виконувати бойові завдання.

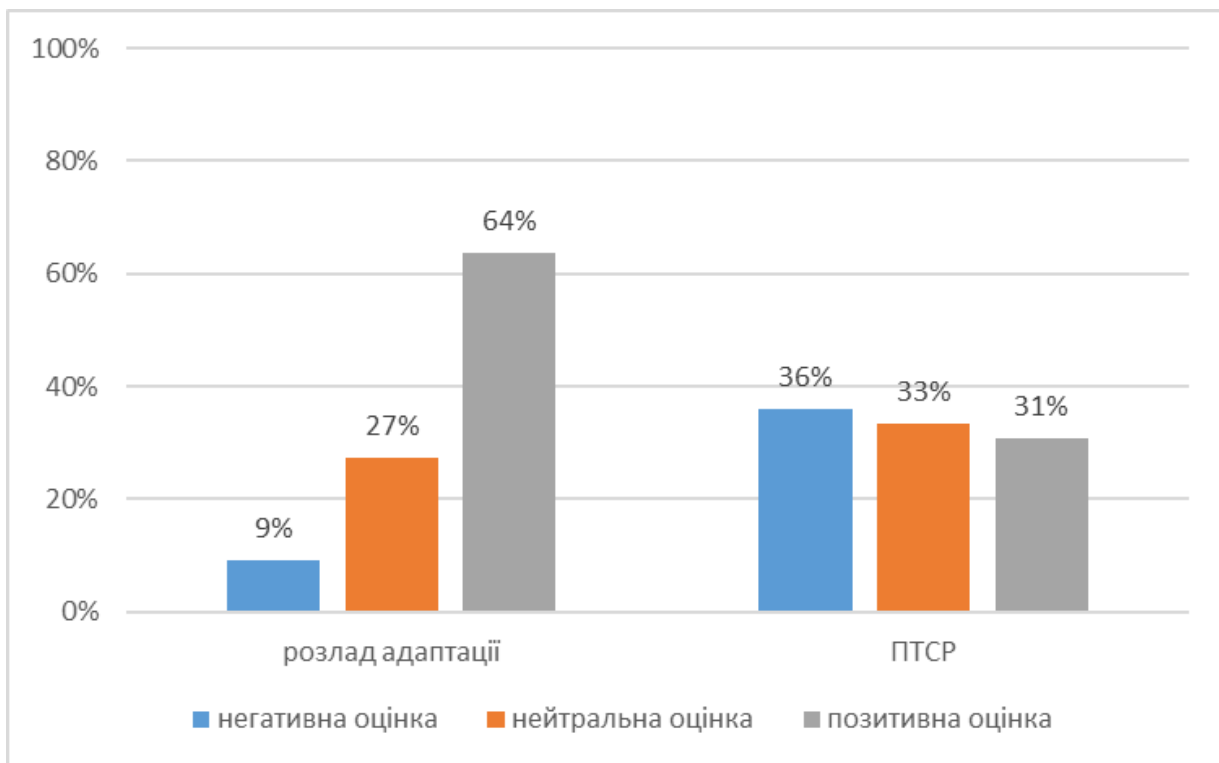


Рис.3.25. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, здатності виконувати бойові завдання (%).

Щодо питання про оцінку рівня довіри своїм безпосереднім командирам, ми отримали наступні результати. При розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка рівня довіри своїм безпосереднім командирам (73%). У 9% військових нейтральна оцінка, у 18% – негативна оцінка. При ПТСР переважає нейтральна оцінка рівня довіри своїм безпосереднім командирам (46%). У 39% – негативна оцінка та у 15% – позитивна оцінка рівня довіри своїм безпосереднім командирам (Рисунок 3.26).

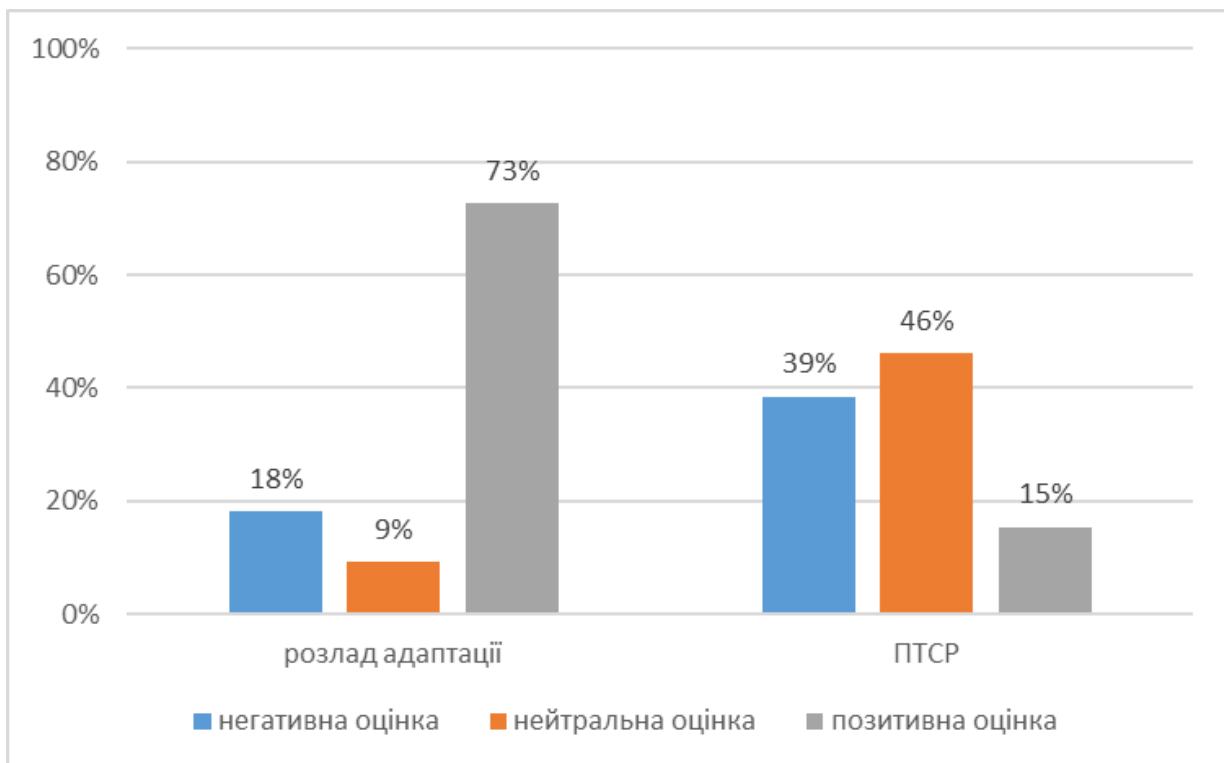


Рис.3.26. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, рівня довіри своїм безпосереднім командирам (%).

Також одним з питань анкети була оцінка свого загального самопочуття. У військовослужбовців з розладом адаптації переважає позитивна оцінка свого загального самопочуття (64%). У 18% – нейтральна та у 18% – негативна оцінка свого загального самопочуття. В осіб з ПТСР переважає негативна оцінка свого загального самопочуття (39%). У 36% – нейтральна та у 25% – позитивна оцінка свого загального самопочуття (Рисунок 3.27). Отже, бачимо відмінності в досліджуваних субвибірках. Так, при розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка свого загального самопочуття, тоді як у військовослужбовців із ПТСР – негативна оцінка свого загального самопочуття.

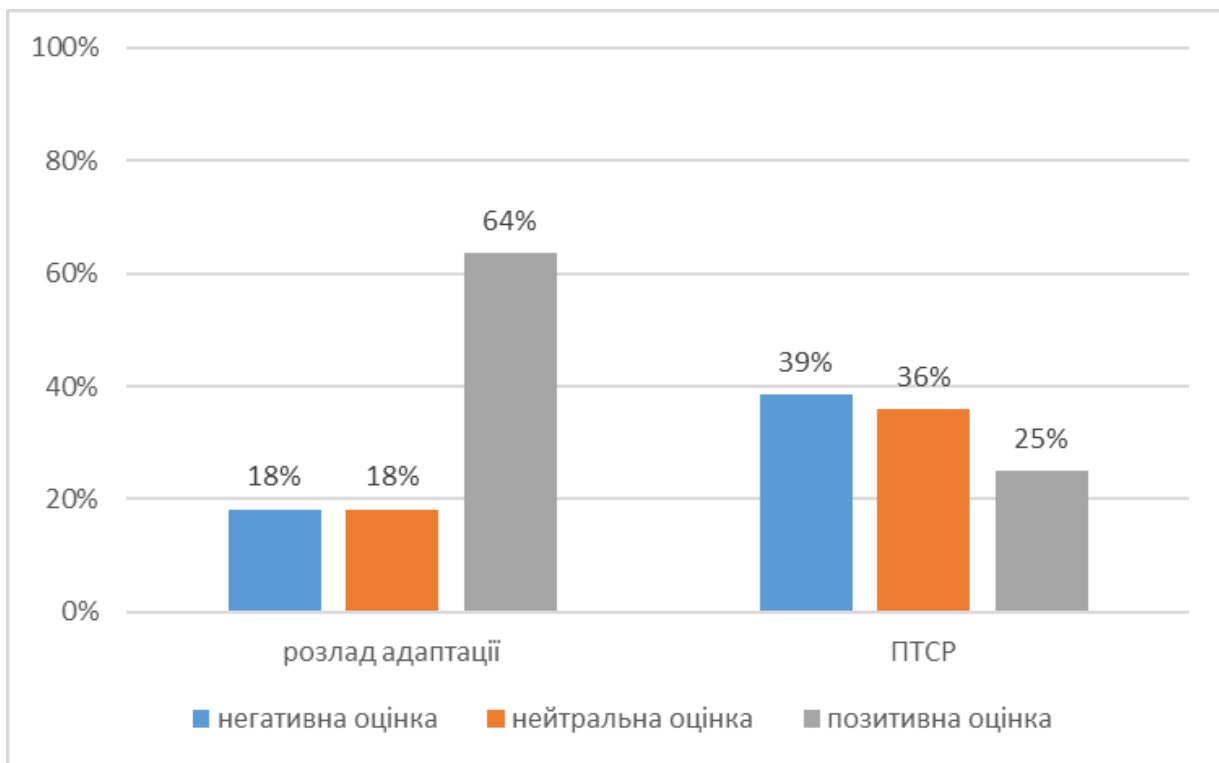


Рис.3.27. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, свого загального самопочуття (%).

Щодо оцінки свого психологічного стану військовослужбовцями, то ми виявили такі відмінності в субвибірках. При розладі адаптації переважає позитивна оцінка свого психологічного стану (64%). У 18% нейтральна та у 18% – негативна оцінка свого психологічного стану. В досліджуваних з ПТСР переважає негативна оцінка військовими свого психологічного стану (56%). У 18% – нейтральна та у 26% – позитивна оцінка свого психологічного стану (Рисунок 3.28). При розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка свого психологічного стану, а у військовослужбовців із ПТСР домінує негативна оцінка свого психологічного стану.

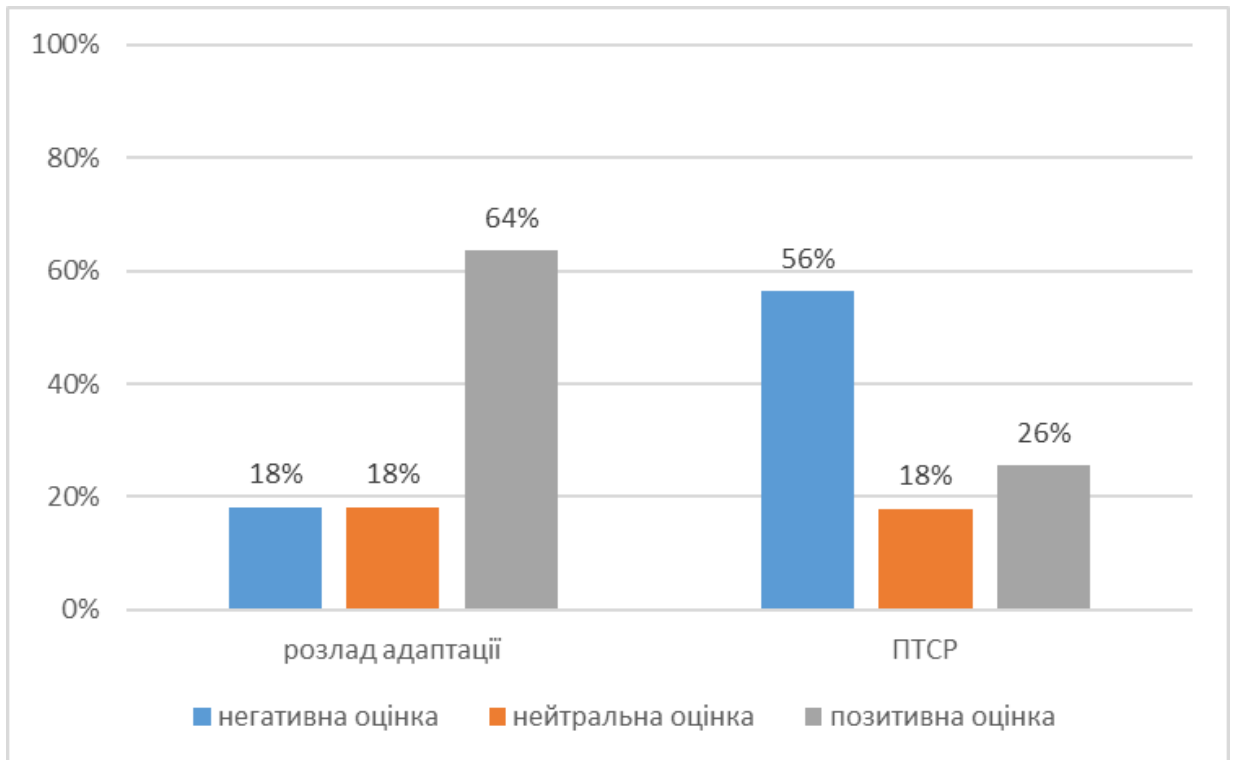


Рис.3.28. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, свого психологічного стану (%).

Оцінка своєї вмотивованості щодо виконання завдань військової служби має такий розподіл в досліджуваних субвибірках: при розладі адаптації у 73% військових вона є позитивною, у 18% – нейтральною, а у 9% – негативною. Серед осіб з ПТСР у 41% опитаних спостерігається негативна оцінка власної мотивації, у 28% – нейтральна, у 31% – позитивна оцінка своєї вмотивованості щодо виконання завдань військової служби (Рисунок 3.29). При розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка своєї вмотивованості щодо виконання завдань військової служби, тоді як у військовослужбовців із ПТСР – негативна оцінка своєї вмотивованості щодо виконання завдань військової служби.

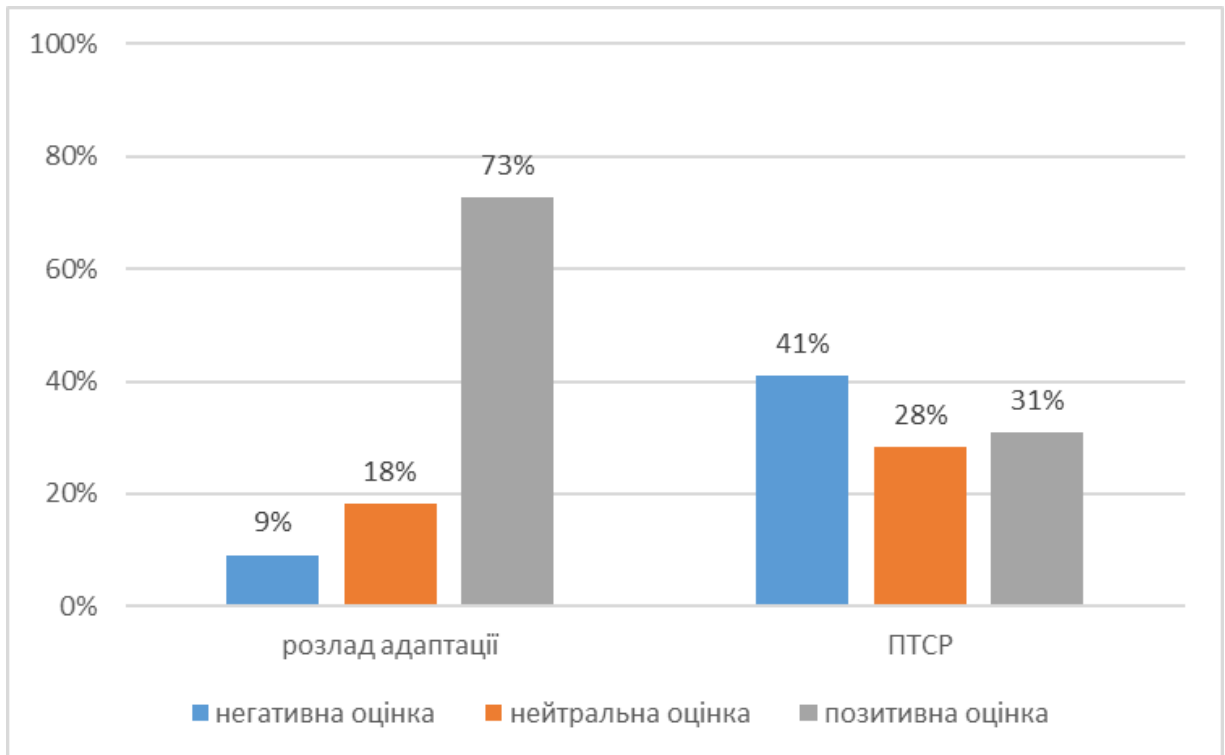


Рис.3.29. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, своєї вмотивованості щодо виконання завдань військової служби (%).

Дослідження оцінки власної психологічної готовності до виконання завдань в екстремальних ситуаціях показало, що у 46% військових з розладом адаптації вона є позитивною, у 36% – нейтральною та у 18% – негативною. У військовослужбовців, які мають ПТСР, у 44% спостерігається негативна оцінка власної психологічної готовності до виконання завдань в екстремальних ситуаціях, у 38% – нейтральна та у 18% – позитивна (Рисунок 3.30). Результати дослідження демонструють, що при розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка власної психологічної готовності до виконання завдань в екстремальних ситуаціях, а у військовослужбовців із ПТСР – негативна.

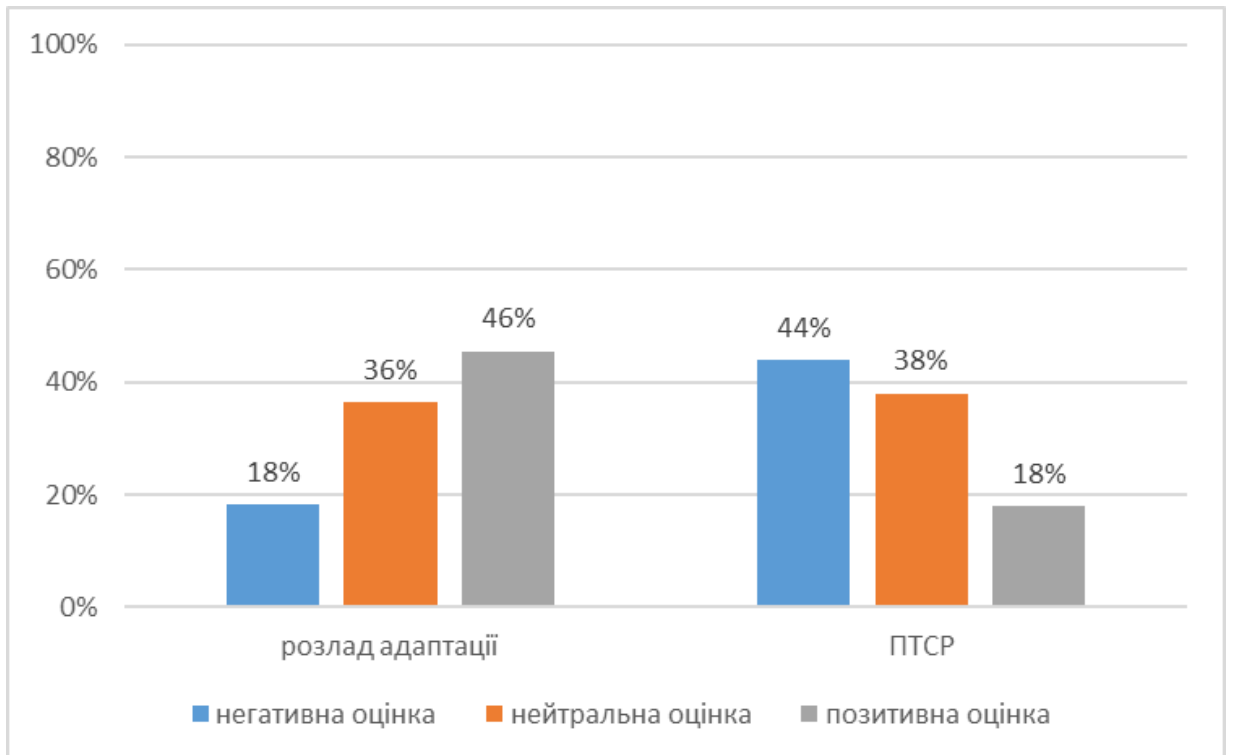


Рис.3.30. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, власної психологічної готовності до виконання завдань в екстремальних ситуаціях (%).

Також були отримані результати оцінки військовослужбовцями стилю управлінської діяльності командування військової частини. Так, при розладі адаптації, у 46% військових вона є позитивною, у 36% – нейтральною та у 18% – негативною. В субвибірці осіб з ПТСР, у 33% – негативна оцінка стилю управлінської діяльності командування військової частини, у 54% – нейтральна, 13% – позитивна (Рисунок 3.31). Так бачимо, що при розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка стилю управлінської діяльності командування військової частини, а у військовослужбовців із ПТСР – нейтральна оцінка.



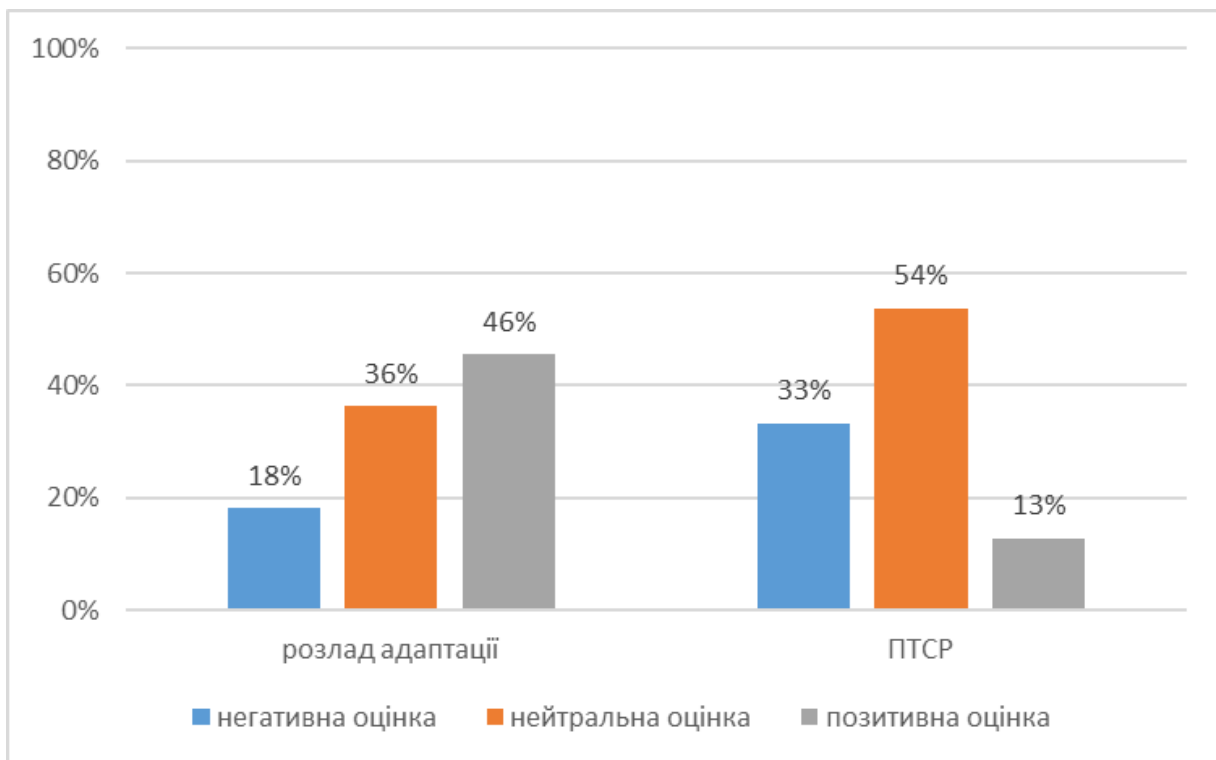


Рис.3.31. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, стилю управлінської діяльності командування військової частини (%).

Опитані військовослужбовці наступним чином оцінили свою здатність переносити високі нервово-психологічні навантаження: при розладі адаптації, 73% військових позитивно оцінили свою здатність, 18% – нейтрально та 9% – негативно. В групі досліджуваних з ПТСР, у 46% негативна оцінка власної здатності переносити високі нервово-психологічні навантаження, у 28% – нейтральна та у 26% – позитивна (Рисунок 3.32). Як бачимо, отримані результати виявили відмінності в досліджуваних субвибірках. Так, при розладі адаптації у військових переважає позитивна оцінка власної здатності переносити високі нервово-психологічні навантаження, а у військовослужбовців із ПТСР – негативна.

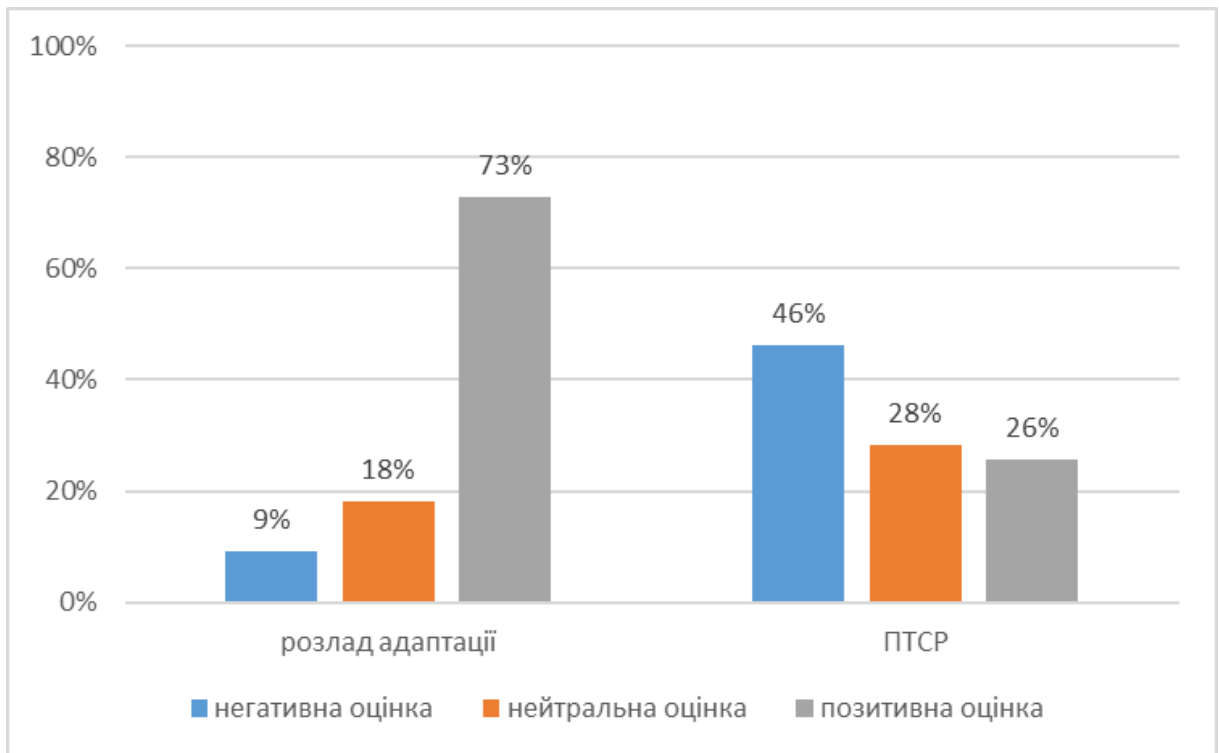


Рис.3.32. Співвідношення оцінки військовими, які мають ПТСР та розлад адаптації, власної здатності переносити високі нервово-психологічні навантаження (%).

Для перевірки гіпотези нашого дослідження, нами був використаний кореляційний аналіз. Розрахунки було здійснено за допомогою програми IBM SPSS Statistics версії 21.0.

В ході дослідження нами були встановлені кореляційні зв'язки між психічним станом учасників бойових дій в Україні та їх копінг-стратегіями. Зокрема, ми виявили двосторонній позитивний кореляційний зв'язок між наявністю у досліджуваних ПТСР та їх неадаптивною емоційною копінг-стратегією ( $r=0,588$ ,  $p<0,01$ ), неадаптивною поведінковою копінг-стратегією ( $r=0,420$ ,  $p<0,01$ ), рівнем уникнення ( $r=0,534$ ,  $p<0,01$ ), тривоги ( $r=0,518$ ,  $p<0,01$ ) та депресії ( $r=0,572$ ,  $p<0,01$ ) (Рисунок 3.33). Тому можна стверджувати, що ПТСР пов'язаний з неадаптивною емоційною та поведінковою копінг-стратегіями поведінки, підвищеним рівнем уникнення, тривоги та депресії.

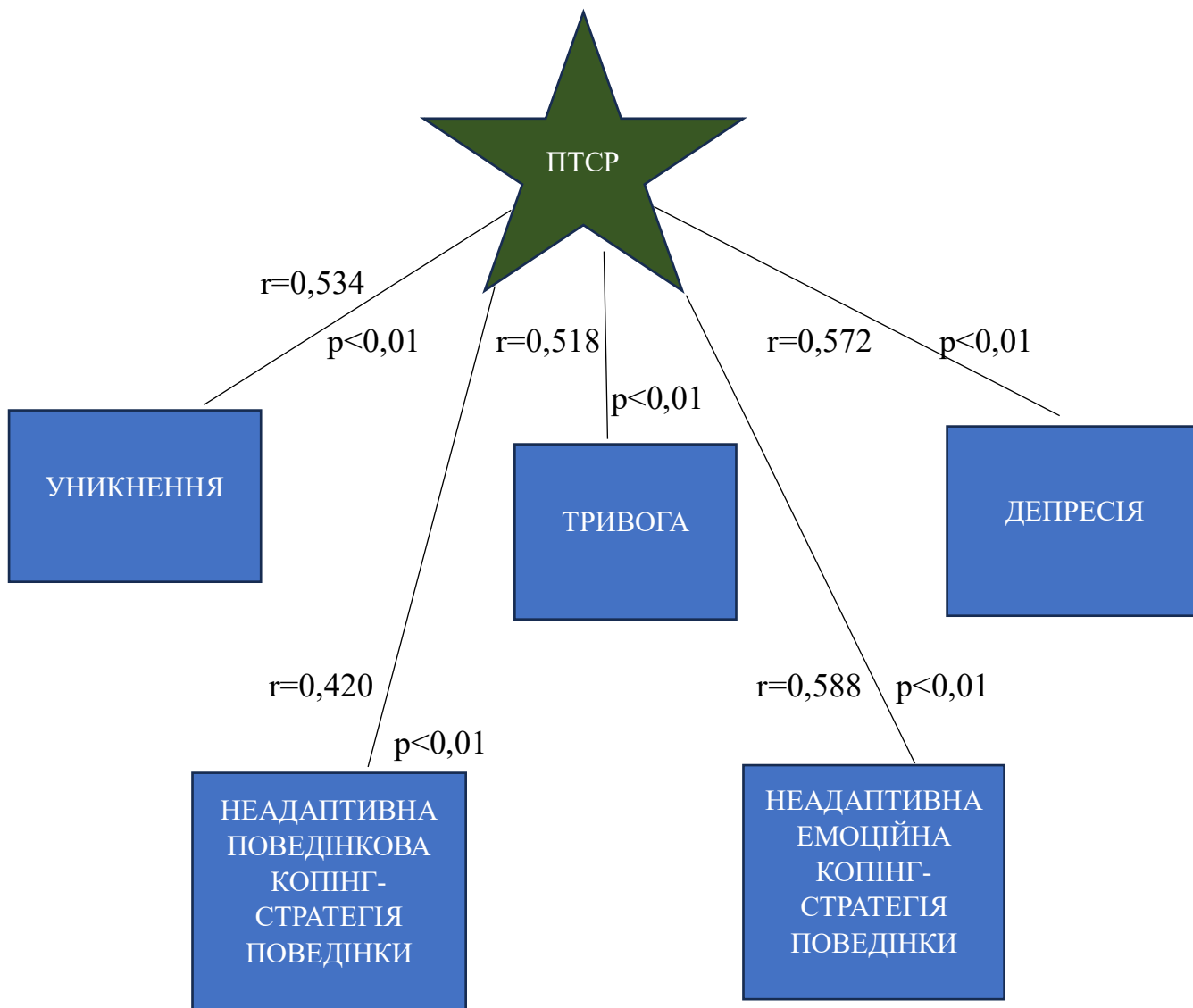


Рис.3.33. Кореляційна плеяда зв'язків між показниками психологічного стану військовослужбовців та їх копінг-стратегіями.

В результаті дослідження нами був встановлений двосторонній негативний кореляційний зв'язок між наявністю в досліджуваних ПТСР та їх ставленням до бойових завдань ( $r=-0,386$ ,  $p<0,01$ ), рівнем довіри командирам ( $r=-0,400$ ,  $p<0,01$ ) та стійкістю до нервово-психологічного навантаження ( $r=-0,405$ ,  $p<0,01$ ) (Рисунок 3.34). Отже, можемо зробити висновок, що ПТСР пов'язаний з негативним ставленням до бойових завдань, зниженням рівня довіри командирам, зменшенням стійкості до нервово-психологічного навантаження.

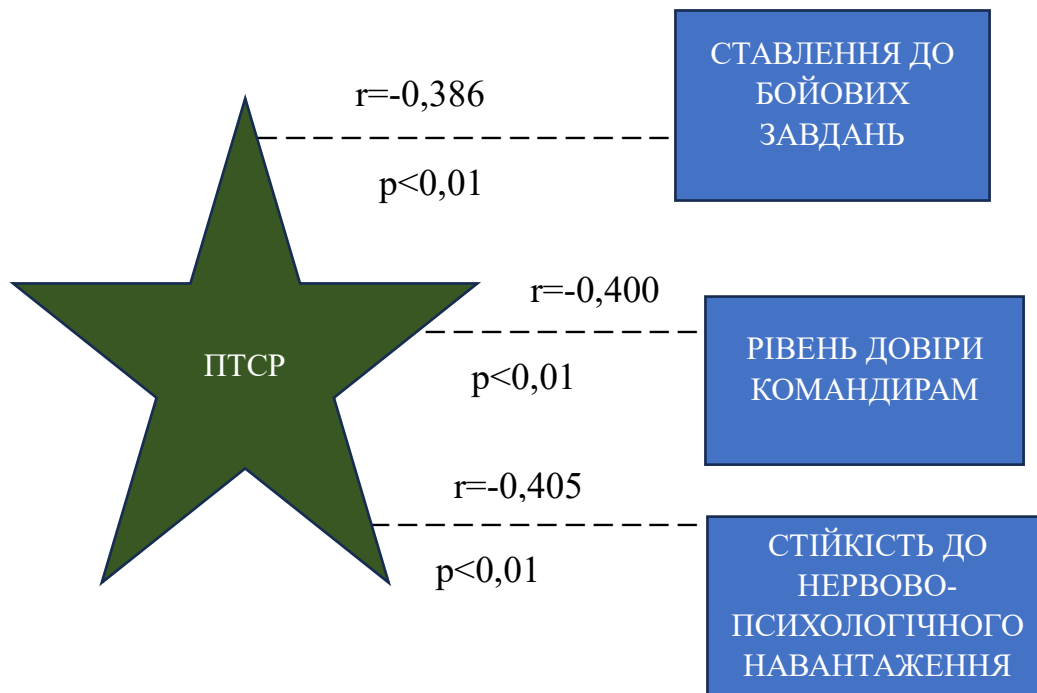


Рис.3.34. Кореляційна плеяда зв'язків між показниками ПТСР та оцінкою військовослужбовцями власного морально-психологічного стану.

В процесі обробки результатів дослідження був виявлений двосторонній позитивний кореляційний зв'язок між неадаптивною емоційною копінг-стратегією та рівнем уникнення ( $r = 0,474$ ,  $p < 0,01$ ), тривоги ( $r = 0,468$ ,  $p < 0,01$ ), депресії ( $r = 0,471$ ,  $p < 0,01$ ) та як вже попередньо зазначалося з ПТСР ( $r = 0,588$ ,  $p < 0,01$ ) (Рисунок 3.35). Тому можна стверджувати, що неадаптивна емоційна копінг-стратегія поведінки військових пов'язана з високим рівнем уникнення, тривоги, депресії та ПТСР.

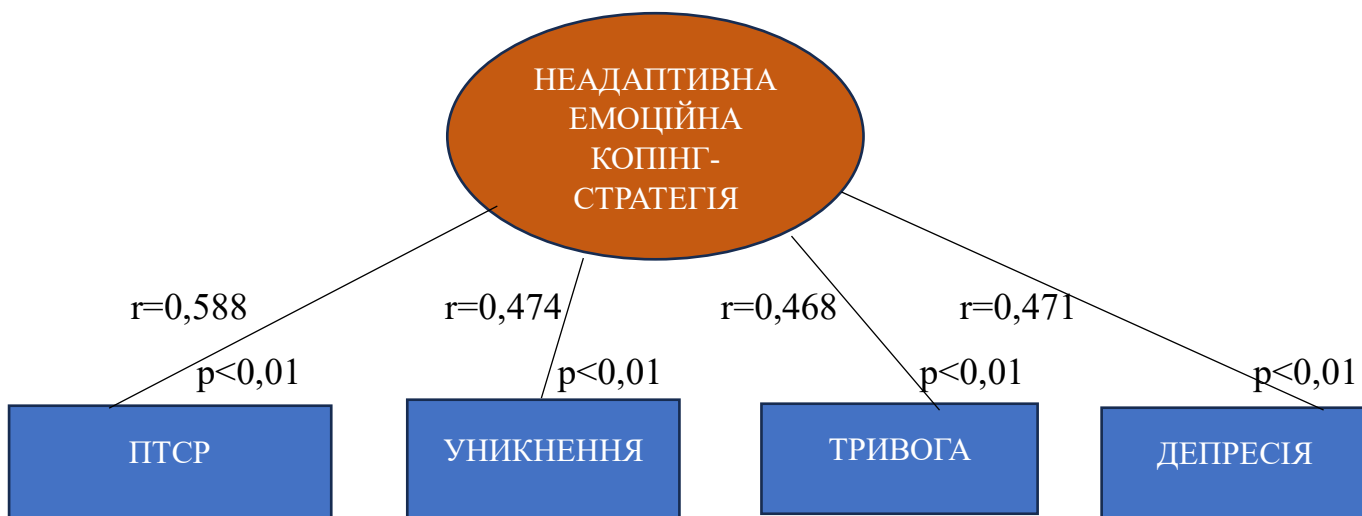


Рис.3.35. Кореляційна плеяда зв'язків між емоційною копінг-стратегією та ПТСР, тривогою, уникненням, депресією.

В процесі дослідження був виявлений двосторонній позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та неадаптивною когнітивною копінг-стратегією ( $r=0,382$ ,  $p<0,01$ ), неадаптивною емоційною копінг-стратегією ( $r=0,471$ ,  $p<0,01$ ), неадаптивною поведінковою копінг-стратегією ( $r=0,399$ ,  $p<0,01$ ) та з ПТСР ( $r=0,572$ ,  $p<0,01$ ) (Рисунок 3.36). Тому можна стверджувати, що клінічно виражена депресія пов'язана з неадаптивними копінг-стратегіями поведінки та ПТСР.

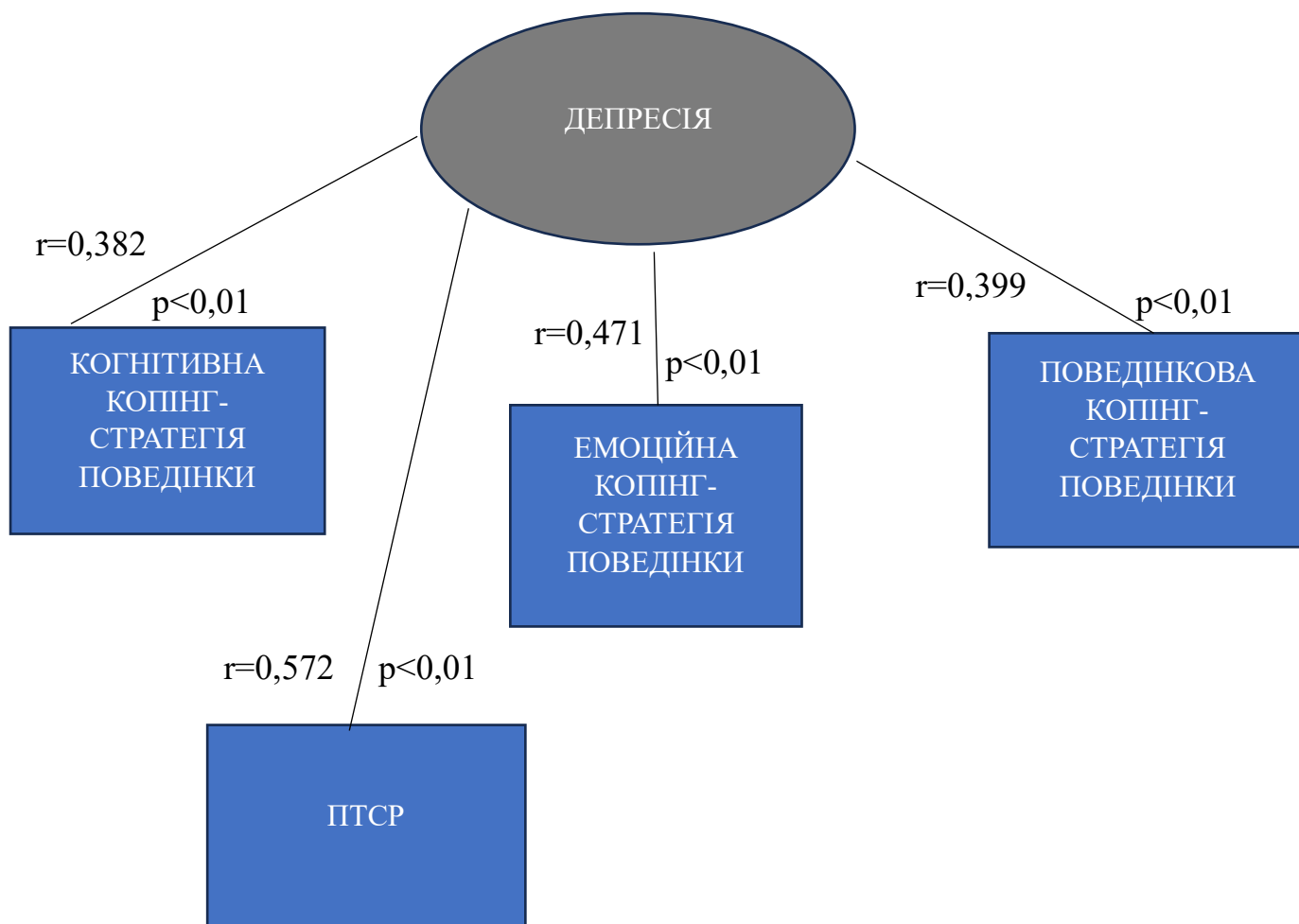


Рис.3.36. Кореляційна плеяда зв'язків між рівнем депресії, ПТСР та копінг-стратегіями досліджуваних.

Також нами були виявлені кореляційні зв'язки між депресією, тривогою та оцінкою власного морально-психологічного стану, наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Кореляційні зв'язки між показниками тривоги, депресії та оцінки морально-психологічного стану військовослужбовців

	тривога	депресія
тривога	1	0,227
депресія	0,227	1
ставлення до бойових завдань	-,302*	-,335*
перспективи подальшої служби	-0,103	-0,211
дії керівництва держави	-0,11	-0,247
підготовленість навички досвід	0,021	-0,184
підготовка до бойових дій	0,013	0,011
прагнення військового вдосконалення	-0,129	-0,01
рівень соціальної захищеності	-,288*	-0,246
здатність до виконання бойових завдань	-,326*	-0,23
рівень довіри командирам	-,449**	-,331*
загальне почуття	-,335*	-,330*
самооцінка псих стану	-,403**	-,356*
вмотивованість служити	-,330*	-0,187
психологічна готовність до бойових дій	-,395**	-0,188
стиль керівництва командирів	-,391**	-,396**
стійк до нерв.псих.навантажень	-,340*	-,312*

\* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

\*\* Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Нами виявлено достовірні негативні кореляційні зв'язки між тривогою та показниками морально-психологічного стану військовослужбовців. Як видно з таблиці, чим нижчі показники оцінки ставлення до бойових завдань, рівня соціальної захищеності, здатності до виконання бойових завдань, рівня довіри командирам, загального самопочуття та психологічного стану, вмотивованості продовжувати службову діяльність, психологічної готовності до бойових дій, стилю керівництва командирів, стійкості до нервово-психологічних навантажень, тим вищий рівень тривоги і навпаки.

Рівень прояву депресії негативно корелює з такими показниками, як ставлення до бойових завдань, рівень довіри командирам, загальне самопочуття, самооцінка психологічного стану та стиль керівництва командирів.

Отже, оцінка військовими власного морально-психологічного стану відповідає їх психологічному стану, який пов'язаний з копінг-стратегіями поведінки.

Завдяки даному дослідженню, можна зробити висновки про підтвердження гіпотези магістерської роботи, що існує зв'язок між психологічним станом учасників бойових дій та їх копінг-стратегіями поведінки.

### 3.2. Превенція негативних психологічних станів у військовослужбовців

Подолання військовим психотравмуючих факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії наступних складових: характеру самої психотравмуючої ситуації, індивідуальних характеристик військових, в тому числі копінг-стратегій їх поведінки в стресових умовах, та особливостей умов, в які демобілізований військовий потрапляє після повернення з війни, наявності підтримки соціумом.

Враховуючи важливість превенції виникнення ПТСР та інших негативних психологічних станів у військовослужбовців та беручи до уваги результати нашого дослідження, ми пропонуємо запровадити і активно використовувати програму, що включає заходи профілактики виникнення психічних розладів у військових та формування адаптивних копінг-стратегій поведінки, яка включає:

- 1) Належний відбір новобранців з урахуванням анамнезу, індивідуально-психологічних характеристик, які пов'язані з ризиком розвитку посттравматичного стресу та факторів, що необхідно враховувати на етапі мобілізації, розподіл відповідно до психологічної та професійної підготовки.
- 2) Психоедукація новобранців та діючих військовослужбовців. Пояснення та донесення необхідної інформації про психічне здоров'я, різні емоційні стани, психологічні негаразди, труднощі з регуляцією і вираженням емоцій, та їх наслідки для особистості.

Для формування адаптивної емоційної копінг-стратегії поведінки необхідно розвінчувати міфи про емоції, в які вірить багато людей, а саме:

Міф 1. Емоції випадкові і не мають цілі.

Антоніо Р. Дамасіо (невролог): «Емоції – це не розкіш, а комплексний допоміжний засіб у боротьбі за існування».

Міф 2. Проявляти емоції, значить втрачати контроль.

Міф 3. Емоції можуть бути правильні чи неправильні.

Міф 4. Тільки слабкі люди говорять про свої емоції.

Міф 5. Негативні емоції викликають погану поведінку.



Міф 6. Болючі емоції небезпечні і деструктивні.

Міф 7. Єдиний спосіб впоратися з емоціями – це ігнорувати їх.

Міф 8. Люди знають чи думають, що мої емоції мають бути краще, ніж є насправді.

Міф 9. Чоловіки не плачуть, вони мають бути сильними.

Міф 10. Сльози – прояв слабкості.

Міф 11. Військові завжди мають випромінювати силу, стійкість, мужність, хоробрість тому, що це герої, а героям не личить говорити про емоції, складнощі, плакати чи боятися.

- 3) Належне навчання та тренування психологічної стійкості військовослужбовців з урахуванням факторів травматичних подій, психологічна підготовка до них (формування адаптивних копінг-стратегій поведінки в стресових ситуаціях). Змодельований вплив травматичних подій, які можуть виникнути (вплив вогнепальної зброї, навчання виживання, пробні тренінги перебування в неволі). Особи, які ймовірно будуть мати справу з мертвими тілами, можуть навчатися в умовах похоронного середовища. Це узгоджується з класичними теоріями створення певних умов, що може допомогти зменшити збудження або тривогу, пов'язану з дією конкретних травматичних подразників. Відпрацювання адаптивних копінг-стратегій поведінки (когнітивної, емоційної, поведінкової) під час впливу стресової події через усвідомлення (аналіз), як своїх емоцій, так і ситуації загалом, з'ясування для себе значення ситуації, підтримання власної емоційної рівноваги та керування емоціями й почуттями, вибір найефективнішого способу подолання труднощів і відповідні дії (ефективне реагування на ситуацію).

Під час появи труднощів людина зосереджується здебільшого на власних переживаннях, необхідно сформувати навички військового щодо емоційної саморегуляції для зменшення впливу негативних переживань, контролю власних емоцій, а також при можливості зміни емоційного

ставлення до стресової події. До результату дії адаптивних копінг-стратегій поведінки можна віднести здатність дистанціюватися від проблемної ситуації для ефективного аналізу, підвищення самоконтролю (емоційного, поведінкового, при відсутності придушення емоцій, а саме усвідомлення, розуміння їх і управління ними та своїми діями), пошук ефективного вирішення проблеми, зниження проявів самозвинувачення при невдачі. Відповідно до нашого дослідження, саме роботі над розвитком навичок розуміння себе, усвідомлення свого емоційного стану, вербального та невербального екологічного вираження своїх емоцій, а не їх придушення, емоційної саморегуляції і формуванню адаптивної емоційної копінг-стратегії поведінки має приділятися значна увага.

- 4) Створення сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділах, що може забезпечити значну психологічну підтримку один одному під час і після бойових дій. В цьому відношенні, важливу роль відіграють зусилля по підбору складу і формування групової згуртованості між військовими командами, взводів, рот, батальйонів, також між офіцерами і їх підлеглими. Як зазначалося в результатах нашого дослідження є двосторонній негативний кореляційний зв'язок між ПТСР і рівнем довіри командирам.
- 5) Надання психологічної допомоги під час та після дії психотравмуючих чинників мобільною командою спеціалістів, що може включати психіатра, психолога та капелана, з подальшим скринінгом симптомів ПТСР у військових.
- 6) Вчасна ротація, з обов'язковою поточною діагностикою ПТСР та психологічним супроводом діючих військовослужбовців. Хронічний ПТСР триває більше 3-х місяців після впливу травматичної події, що необхідно моніторити.
- 7) Належна реабілітація та ресоціалізація після демобілізації військових із врахуванням факторів, які можуть погіршити їх психічний стан. Одним з найважливіших превентивних заходів медико-психологічної реабілітації на всіх етапах є проведення належної психологічної діагностики

військовослужбовців і постійного психологічного супроводу. При необхідності, використання таких психологічних методів лікування, як: десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою рухів очей (скор. від англ. EMDR), травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, тривала експозиційна терапія, групова та сімейна психотерапія, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, каністерапія та ін.

Психологічне значення адаптивних копінг-стратегій поведінки полягає у тому, щоб військовий якомога краще адаптувався до стресової ситуації бойових дій, що дозволить йому не лише збільшити шанси на виживання через швидке і ефективне реагування, а й зберегти психічне здоров'я. Копінг-стратегії – це усвідомлені прийоми та способи, які може застосовувати військовий, щоб справитися із травматичними обставинами війни і саме відпрацюванню цих прийомів треба приділити увагу під час підготовки новобранців. Для формування адаптивних емоційних копінг-стратегій поведінки ми пропонуємо:

1. Навчити військових технікам швидкої самодопомоги, а також техніки першої психологічної допомоги побратиму (техніки «заземлення», техніки ритмічного м'язового простукування, діафрагмального дихання) під час впливу стресової події, щоб вгамувати паніку, емоції, повернутися думками до реальності, наприклад:
  - 1) Зробіть 5 глибоких вдихів і видихів.
  - 2) Назвіть 4 звуки, які ви зараз чуєте.
  - 3) Назвіть 3 предмети, які ви бачите біля себе (опишіть їх форму, колір, матеріал, текстуру).
  - 4) Зробіть глибокий вдих та видих 2 рази.
  - 5) Скажіть 1 добру річ про себе.
2. Навчити військових техніки усвідомлення свого емоційного стану та його прийняття: «Записки для себе», або «Щоденник» (записи військовий може робити в телефоні, коли матиме можливість). Коли переповнюють емоції і є можливість знайти безпечне місце, можна записати їх, немає обмежень на

теми. Вправа допоможе дистанціюватися від проблеми, усвідомити свої емоції та виразити їх на папері не витісняючи чи заперечуючи.

3. Навчити техніки спостереження за зміною емоцій та почуттів. Почуття плавні і неминуче змінюються. Військовий може відчувати страх та тривогу, завдання щоб він подумав про те, як почне відчувати себе краще. Можна зробити запис в телефоні очікувань зміни кількома словами. Наприклад: «Я відчуваю страх та тривогу, що природно. Коли ці емоції зміняться, я очікую, що знову стану спокійним». На додаток до цього він має уявити найпершу маленьку ознаку того, що ці зміни емоцій починаються (тривога перетворюється на спокій). Це також може бути корисно записати. Варто пам'ятати, що емоції завжди змінюються.

Окрім превентивних заходів, важливими є також наступний психологічний супровід військоволужбовців на всіх етапах проходження ними служби. Завданнями психологічного супроводу військовослужбовця є: діагностика функціонального стану; збереження і зміцнення психічного здоров'я та психологічного благополуччя; підтримання сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділі; зниження травматизму, нещасних випадків та суїцидальних думок, намірів і дій; реадаптація, ресоціалізація після повернення військового в мирне життя; психологічна підтримка при виникненні стресових подій в житті ветерана. Ефективним вважаємо створення і закріплення на державному рівні чіткої структури надання медико-психологічної допомоги військовим і ветеранам війни, з Клінічним маршрутом пацієнта (алгоритмом руху пацієнта структурними підрозділами закладів, що надають допомогу за конкретного стану або захворювання). На базі районних лікарень мають функціонувати кабінети психологічного консультування (супроводу) військових.

До напрямів психолого-медичного супроводу військової діяльності можна віднести: контроль і оцінку поточного психологічного та фізичного функціонального стану військовослужбовців; реабілітацію, психокорекцію і психопрофілактичні заходи; тренування і вдосконалення професійно важливих

якостей, навичок, стресостійкості і адаптивних копінг-стратегій поведінки (емоційної, когнітивної, поведінкової).

Важливим є врахування клініко-анамнестичних особливостей військовослужбовців, які беруть чи брали участь у бойових діях. Це дає можливість прогнозувати затяжний перебіг (хронічну форму) ПТСР на ранніх етапах захворювання та цілеспрямовано проводити психотерапевтичні та фармакологічні заходи з метою корекції та реабілітації.

За даними нашого дослідження, ПТСР корелює з клінічно вираженою тривогою, депресією, неадаптивними емоційними та поведінковими копінг-стратегіями поведінки, зниженням стійкості до нервово-психічних навантажень, що може призвести до самоізоляції військових, самозвинувачення, агресивної та саморуйнівної поведінки, проблем у сімейних та дружніх стосунках, безробіття, зловживання психоактивними речовинами, матеріальних труднощів, проблем із соматичним і психічним здоров'ям, почуттям відчуженості від решти світу, змін ідентичності та ін. Саме для попередження подібних проблем необхідно здійснювати профілактичні та психокорекційні заходи.

Важливим є забезпечення психологічного супроводу військових, як під час служби, так і після демобілізації. Важливою є реінтеграція військових до цивільного життя, створення та впровадження більшої кількості програм підтримки працевлаштування та, за потреби, професійної перекваліфікації (з безкоштовним навчанням) ветеранів для їх соціальної реінтеграції.

Ситуація вимагає чітких скоординованих дій на рівні держави, суспільства, спільноти, сім'ї та самих військових.

### ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІІ

За результатами нашого емпіричного дослідження, де вибірку склали п'ятдесят діючих військовослужбовців (чоловічої статі) віком від 23 до 53 років, що приймали участь у бойових діях, нами було виявлено розлад адаптації у 22% досліджуваних та ПТСР у 78%, що і склали наші субвибірки в процесі подальшого дослідження та порівняння.

Нами було виявлено зв'язок військовослужбовців з ПТСР із неадаптивною емоційною та поведінковою копінг-стратегіями поведінки, підвищеним рівнем уникнення, тривоги та депресії; зв'язок з негативним ставленням до бойових завдань, зниженням рівня довіри командирам, зменшенням стійкості до нервово-психологічного навантаження. Досліджувані з неадаптивною емоційною копінг-стратегією поведінки демонструють високий рівень уникнення, тривоги, депресії та ПТСР.

Завдяки даному дослідженню, можна зробити висновки про підтвердження гіпотези магістерської роботи, що існує зв'язок між психологічним станом учасників бойових дій та їх копінг-стратегіями поведінки. Нами запропоновані рекомендації щодо превенції негативних психологічних станів військовослужбовців та формування ефективних копінг-стратегій поведінки, особливо адаптивної емоційної копінг-стратегії поведінки: належний відбір та розподіл новобранців з урахуванням анамнезу, індивідуально-психологічних характеристик; психоедукація новобранців та діючих військовослужбовців; навчання новобранців технікам усвідомлення свого емоційного стану, його прийняття та екологічного вивільнення емоцій; належне навчання та тренування психологічної стійкості та гнучкості; підтримка сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділах; надання психологічної допомоги під час та після дії психотравмуючих чинників мобільною командою спеціалістів (психіатр, психолог, капелан); вчасна ротація, відпустки військовослужбовців з обов'язковою поточною діагностикою ПТСР та психологічним супроводом; належна реабілітація та ресоціалізація після демобілізації військових.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі розкрито теоретичне узагальнення та результати емпіричного дослідження психологічного стану та копінг-стратегій поведінки учасників бойових дій.

За результатами нашого дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Теоретичний аналіз наукових джерел із зазначеної проблеми (О. М. Кокун, О. С. Чабан, О.Л.Турина, Н.В. Коляденко, Є.О. Романенко, А.Ю. Гільман, Н.П. Кулеш, Л.О. Китаєв-Смик, О.Л. Назаренко, Н.Є.Афанасьєва, Г.Сельс, Ф.Шапіро та ін.) свідчить, що бойова травма воєнних дій може спричинити виникнення у військових негативних психологічних станів, а саме розладу адаптації, ПТСР та депресії. Нами розглянуто стадії та фактори формування постстресових порушень у військових. Описано основні поняття: травма, гостра реакція на стрес (бойова стресова реакція), гострий стресовий розлад, гострий посттравматичний стресовий розлад, хронічний посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації, депресія.
2. Охарактеризовано зміст і види копінг-стратегій поведінки у забезпеченні психологічного здоров'я військовослужбовців, а саме когнітивні, емоційні та поведінкові, що поділені на три основні групи з урахуванням ступеня їх адаптаційних можливостей: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні. Визначено важливість дослідження копінг-стратегій поведінки з метою прогнозування адаптивної та ефективної поведінки військовослужбовців в умовах бойових дій.
3. Організовано та проведено емпіричне дослідження, яке показало, що існують відмінності у рівні прояву тривоги, депресії, оцінці власного морально-психологічного стану та копінг-стратегій у військовослужбовців з розладом адаптації та з ПТСР. Також результати дослідження дозволили підтвердити гіпотезу про те, що існує зв'язок між психологічним станом учасників бойових дій та їх поведінковими стратегіями подолання стресу. Так, були виявлені достовірні позитивні кореляційні зв'язки між

показниками ПТСР та неадаптивною емоційною та поведінковою копінг-стратегіями поведінки, підвищеним рівнем уникнення, тривоги та депресії; достовірні негативні кореляційні зв'язки зі ставленням до бойових завдань, рівнем довіри командирам, стійкістю до нервово-психологічного навантаження. Досліджувані з неадаптивною емоційною копінг-стратегією поведінки демонструють високий рівень уникнення, тривоги, депресії та ПТСР. Саме тому формування адаптивної емоційної копінг-стратегії поведінки важливе для профілактики виникнення ПТСР, депресії, тривожних розладів.

4. Запропоновано рекомендації щодо превенції негативних психологічних станів у військовослужбовців та формування адаптивних копінг-стратегій поведінки, які включають: діагностику, належний відбір та розподіл новобранців з урахуванням анамнезу, індивідуально-психологічних характеристик; психоедукацію новобранців та діючих військовослужбовців; навчання технікам усвідомлення свого емоційного стану та екологічного вивільнення емоцій; навчання та тренування психологічної стійкості та гнучкості; підтримку сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділі; надання психологічної допомоги під час та після дії психотравмуючих чинників; вчасну ротацію, з обов'язковою поточною діагностикою психологічного стану та психологічним супроводом; належну реабілітацію та ресоціалізацію після демобілізації військових та ін.

Отримані результати не вичерпують проблематики нашого дослідження, яка є досить актуальною на сьогодні через повномасштабну війну в Україні. У зв'язку з цим видається перспективним подальше вивчення чинників психологічного стану учасників бойових дій та їх копінг-стратегій поведінки.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Адаменко Л. С. Актуальні аспекти дослідження копінг-поведінки особистості / Вісник Національного університету оборони України 1 (54). 2020. - С. 13-18.
3. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2020. Том I : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. / за ред. Балахтар К. С. - Вип. 55. - 100 с.
4. Бабов К. Д. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / К. Д. Бабов; за ред. В. В. Стеблюк. - Одеса : Поліграф, 2015. - 238 с.
5. Буковська О. О. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 29 - 32.
6. Вдовиченко А. В. Особливості копінг — поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях / Вдовиченко А. В. // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету (серія «Психологічні науки») — 2013 / 114. — С. 17-20.
7. Вишко Т. Дихай і живи. Як опанувати себе в кризових ситуаціях / Т. Вишко. – Х. : Віват, 2023. – 192 с.
8. Вільямс Мері Бет. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу / Мері Бет Вільямс, Соїлі Пойюла – Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. – 528 с.

9. Возніцина К. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. — Київ, 2020. - 192 с.
10. Герасименко Л. О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник / Л. О. Герасименко, А. Скрипніков, Р. І. Ісаков. – К. : ВСМ “Медицина”, 2023. – 120 с.
11. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання. / Джудіт Герман. - Л. : Видавництво Старого Лева, 2019. – 424 с.
12. Грабовська С. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. / Грабовська С., Єсип М. // Психологічне здоров'я особи і суспільства. 2010. № 4. - С. 188–199.
13. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
14. Кірбі Ройтер: Діалектична поведінкова терапія ПТСР. Тренінг навичок. - К. : “Науковий світ”, 2022 – 256 с.
15. Клінічне Керівництво Міністерства США у справах ветеранів та Міністерства оборони США щодо лікування ПТСР (посттравматичного стресового розладу)/ Департамент у справах ветеранів Міністерства оборони США. – Переклад з англійської Pacelik Consulting Group (PCG); Наукове редагування перекладу: Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – К., 2017. – 251 с.
16. Кокун О. М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
17. Кокун О. М. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н.

- С. Лозінська // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 20. – Харків : НУЦЗУ, 2016. - С. 84–93.
18. Коун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. / Коун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
19. Коляденко Н. В. Визначення особливостей психоемоційних станів при симптомах ПТСР / Коляденко Н. В., Романенко Є. О. // Журнал «Наукові інновації та передові технології» № 8(22) 2023 (Серія «Психологія»). - С.20-27.
20. Копаниця Н. І. Особливості психологічної підготовки армій США та Великої Британії. Досвід організації психологічної роботи під час ведення збройних конфліктів, підготовки та виконання миротворчих завдань. Збірник інформаційно-аналітичних матеріалів. / Н. І. Копаниця. - Київ, 2013. – 56 с.
21. Корельчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні // Інвестиції : практика та досвід. – 2016. - № 7. – С. 104 – 111.
22. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, Т. І. Кочергіна. – К. : ІНКОС, 2002 – 272 с.
23. Куценко С. Психологічні прояви ПТСР у ветеранів бойових дій в процесі ресоціалізації: Магістерська робота: (053 «Психологія») / С. Куценко / Український католицький університет. Кафедра психології та психотерапії; наук. кер: М. Компанович – Львів: УКУ, 2022. – 81 с.
24. Ломакін Г. І. Роль соціальної активності в корекції ПТСР у ветеранів. Проблеми екстремальної та кризової психології / Ломакін Г. І. // Збірник наукових праць - Вип. 11. Харків : НУЦЗУ, 2012. – С. 109–120.
25. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. / Мішиєв В. Д. — Львів, Видавництво МС, 2004. – 208 с.

26. Островський О. О. Заходи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій / Островський О. О., Волинець Н. В. // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету „Україна” – 2017 - №14. – С. 236–242.
27. Осьодло В.І. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи / Осьодло В.І., Зубовський Д.С. // Український психологічний журнал № 1 (3). - 2017. - С.63-79.
28. Психологія бою: Посібник / Грицевич Т. Л., Гузенко І. М., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Романишин А. М.; за ред. А. М. Романишина. – Львів : Видавництво «Астролябія», 2017. — 352 с.
29. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції. / [Редакційна колегія : Чайковський М. Є., Кондратюк С. М., Волинець Н. В., Островська Н. О.]. -Хмельницький, 2018. – 232 с.
30. Турецька Х. І. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій в зоні АТО / Христина Турецька, Юліанна Штольцель // Психологія і особистість. – 2016. – №2(10). – С. 136-146.
31. Туринін О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К. : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр. : С. 149–159.
32. Чабан О. С. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції / Чабан О. С., Безшейко В. Г. // Український вісник психоневрології. - 2017. - Том 25, випуск 2 (91) – С. 80 – 84.
33. Чепа М. - Л. А. Українська психологічна термінологія: словник-довідник. / за ред. М. - Л. А. Чепи. — К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. — 302 с.
34. Якимець В. М. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки / Якимець В. М.,

- Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Якимець В. В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2022. - № 3 (93) - С. 41 – 50.
- 35.Методичні рекомендації щодо роботи з пацієнтами-ветеранами та учасниками бойових дій. – [Електронний ресурс]. – // Режим доступу : [file:///C:/Users/Smart/Downloads/veteran-1\\_0.pdf](file:///C:/Users/Smart/Downloads/veteran-1_0.pdf)
- 36.Про затвердження Інструкції про порядок оцінки морально-психологічного стану особового складу в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України. – [Електронний ресурс]. – // Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0915-13#Text>
- 37.Сервіс пошуку за довідником МКХ-10 – [Електронний ресурс].– //Режим доступу : <https://e-mis.com.ua/mkx-10>
- 38.Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій. - [Електронний ресурс]. – // Режим доступу : <http://cd-platform.org/competition/1263-ukrainska-asotsiatsiia-fakhivtsiv-z-podolannia-naslidkivpsykhotravmuiuchykh-podii-psykholohichna-kryzova-sluzhba>.
- 39.A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions / D. Forbes, M. Creamer, J. I. Bisson, J. A. Cohen, B. E. Crow, E. B. Foa, M.J. Friedman, T. M. Keane, H. S. Kudler, R. J. Ursano // *Journal of Traumatic Stress*. — 2010. — V. 23. — P. 537-552.
- 40.Asnaani A. The association between cognitive coping strategies and treatment outcomes in smokers with PTSD. / Asnaani A., Kaczkurkin A. N., Fitzgerald H. E., Jerud A. & Foa, E. B. // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 92–100. – 2020.
- 41.Bartone P. T. Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces / P. T. Bartone. // *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. – 1999. – № 51. – P. 72-82.
- 42.Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans

- Affairs facilities / K. H. Seal, D. Bertenthal, C.R. Miner, S. Sen, C. Marmar // *Arch Intern Med.* — 2007. — V. 167 (5). — P. 476-82.
43. Card J. J. Epidemiology of PTSD in a National Cohort of Vietnam Veterans / J. J. Card // *Journal of Clinical Psychology.* — 1987. — Vol. 43(1). — P. 6–17.
44. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique / M. Cloitre // *CNS Spectrums.* — 2009. — Vol. 14(Suppl 1). — P. 32–43.
45. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation / Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., McManusa F., Fennellb M. // *Behaviour Research and Therapy.* — 2005. — Vol. 43. — P. 413–431.
46. Lazarus R. S. *Stress, Appraisal and Coping* / R. S. Lazarus, S. Folkman // New York: Springer, 1984. - P. 167-169.
47. Litz B. T. / Litz B. T., Berke D. S., Kline N. K., Grimm K., Rusowicz-Orazem L., Resick P. A., Foa E. B., Wachen J. S., McLean C. P., Dondanville K. A., Borah A. M., Roache J. D., Young-McCaughan S., Yarvis J. S., Mintz J. & Peterson, A. L. // Patterns and predictors of change in trauma-focused treatments for war-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(11), 1019–1029. — 2019.
48. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson // *Archives of General Psychiatry.* — 1995. — V. 52 (12). — P. 1048-1060.
49. Post-traumatic stress disorder National Institute for Health and Clinical Excellence. — London : Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society, 2005.
50. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., & Turner S. // *British Journal of Psychiatry.* — 2007. — Vol. 90. — P. 97–104.
51. Prewar factors in combat related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam

- veterans / D.W. King, L.A. King, D.W. Foy, D.M. Gudanowski // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1996. — V. 64 (3). — P. 520-531.
52. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review  
Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Australian & New Zealand // *Journal of Psychiatry*. — 2016. — V. 44 (1). — P. 4-19.
53. Prigerson H. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. / H. Prigerson, P. Maciejewski, R. Rosenheck. // *Am. J. Public Health*. — 2002. — № 92. — P. 59-63.
54. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / R. Kulka, W. Schlenger, J. Fairbank. // *Journal of Traumatic Stress*. — 1992. — P. 321–322.
55. Foa E. B. Psychological processes related to recovery from a trauma and an effective treatment for PTSD. / In R. Yehuda & A. C. McFarlane (Eds.) // *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. New York Academy of Sciences. — 1997/ - P 410–424.
56. Foa E. B. The efficacy of 90-min versus 60-min sessions of prolonged exposure for PTSD: A randomized controlled trial in active-duty military personnel. / Foa E. B., Bredemeier K., Acierno R., Rosenfield D., Muzzy W., Tuerk P. W., Zandberg, L. J., Hart S., Young-McCaughan S., Peterson A. L. & McLean, C. P. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(6), 503–512. — 2022/
57. Fontana A. Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II, Korean, and Vietnam War veterans / A. Fontana, R. Rosenheck. // *Psychol Aging*. — 1994. — P. 27-33.
58. War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shield/Storm (ODS) returnees. / P. Sutker, M. Uddo, K. Brailey, A. Allain. // *Journal of Social Issues*. — 1993. — № 49. — P. 33–49.

59. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5. – [Электронный ресурс]. – // Режим доступа : [https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp)
60. World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva: World Health Organization, 2013. – [Электронный ресурс]. – // Режим доступа : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)



## ДОДАТКИ

## Додаток 1

**Анкета для вивчення морально-психологічного стану  
військовослужбовців**

## АНКЕТА

Шановний військовослужбовцю!

Для вивчення морально-психологічного стану просимо Вас взяти участь в опитуванні.

Прочитайте питання та поставте ту оцінку, яка відповідає Вашій думці. Оцініть показники, перераховані нижче, за 5-бальною шкалою:

Від -2 - повністю негативно

-1 - негативно

0 - нейтрально (важко відповісти)

+ 1 - позитивно

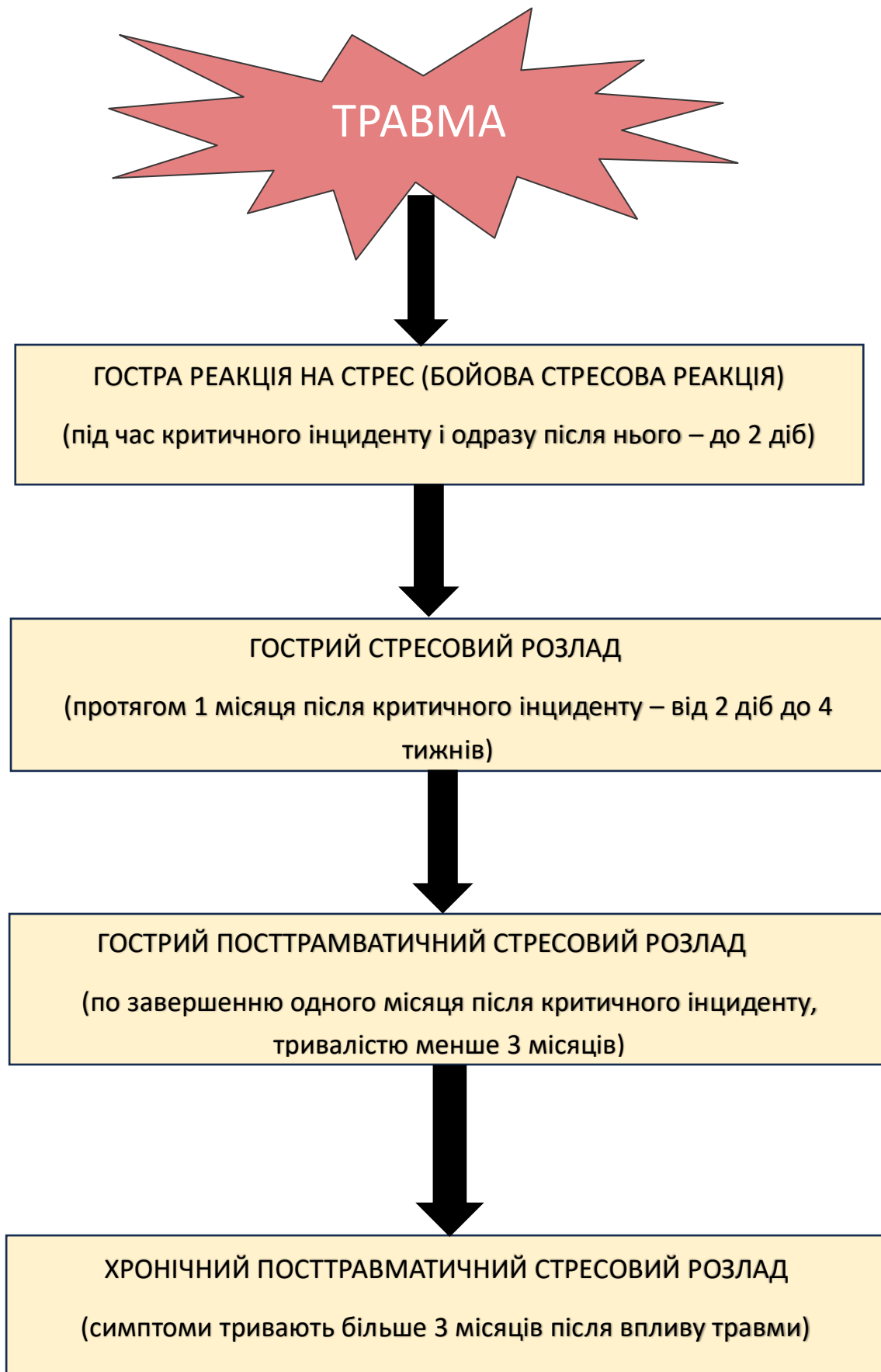
До + 2 - повністю позитивно

1	Як Ви оцінюєте:	оцінка
1.1	рівень престижу військової служби	
1.2	своє ставлення до виконання завдань, що стоять перед військовою частиною	
1.3	своє ставлення до традицій Збройних Сил України, військової частини	
1.4	своє ставлення до перспектив своєї подальшої військової служби	
1.5	рівень взаємовідносин в офіцерському колективі військової частини	
1.6	відношення до заходів, що вживаються керівництвом держави щодо розвитку Збройних Сил України	
2	Оцініть далі:	оцінка

2.1	свою професійну підготовленість, фаховий досвід і навички	
2.2	свій рівень підготовки виконувати завдання в особливих умовах (бойові дії та інше)	
2.3	своє прагнення до вдосконалення знань військової справи та своєї військової спеціальності	
2.4	рівень своєї соціальної захищеності	
2.5	свою здатність виконувати поставлені службові або бойові завдання	
2.6	рівень довіри своїм безпосереднім командирам	
3	Оцініть також:	оцінка
3.1	своє загальне самопочуття	
3.2	свій психологічний стан	
3.3	свої мотиви, установки і настрої на виконання завдань військової служби, які переважають	
3.4	свою психологічну готовність до виконання завдань, дій в екстремальних ситуаціях	
3.5	стиль управлінської діяльності командування військової частини	
3.6	свою здатність переносити високі нервово-психологічні навантаження	
4	Вкажіть чинники, що негативно впливають на Ваш морально-психологічний стан	

Дякую Вам за участь в опитуванні!

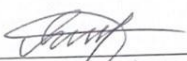
### Стадії формування постстресових порушень



Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень  
інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

  
\_\_\_\_\_ А.В.Янюк

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

  
(підпис) Ямарок А. В.