

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

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

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОЯВІВ ТА ОЗНАК ПТСР У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ БОЙОВИМ ДОСВІДОМ**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:

студентка 2 курсу, 622 групи

Куцак Олена

Керівник:

доцент, канд. псих. наук, Радчук В. М.

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

Чернівці – 2023

АНОТАЦІЯ

Куцак О. М. **Особливості переживання проявів та ознак ПТСР у військовослужбовців із бойовим досвідом.** – Кваліфікаційна робота.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - один з найбільш актуальних та водночас найменш досліджених психологічних станів. ПТСР виникає в результаті переживання особою травматичних подій, що можуть мати катастрофічні наслідки для її психічного та фізичного здоров'я. Особлива увага сучасних досліджень присвячена виявленню особливостей прояву та ознак переживання стресу у військовослужбовців.

У роботі проведений аналіз наукової літератури з проблематики ПТСР у військовослужбовців. Визначені особливості емоційної сфери військовослужбовців, охарактеризовані особливості їхніх посттравматичних реакцій. Виявлені прояви та ознаки посттравматичного стресового розладу військових із бойовим досвідом.

Проаналізовані теоретичні напрацювання з окремих аспектів теми ПТСР у військовослужбовців., визначені прояви та ознаки посттравматичного стресового розладу досліджуваних. У роботі також емпірично досліджено та проаналізовано значення стресогенних факторів для військовослужбовців в залежності від складу сім'ї, тривалості служби та військового звання.

Проведений аналіз емпіричного дослідження вказує на те, що значення стрес-факторів для військовослужбовців відрізняється в залежності від військового звання. Найбільш вираженою ознакою ПТСР у військовослужбовців рядового складу було виявлено фізіологічну збудливість. Натомість, в офіцерів на першому місці – симптом уникнення. Емпірично доведено, що вибір основних стрес-факторів військовими залежить від тривалості їхнього бойового досвіду.

Ключові слова: ПТСР, військовослужбовці, стресогенні фактори, ознаки ПТСР.

ABSTRACT

Kutsak O. M. **Peculiarities of experiencing manifestations and signs of PTSD in servicemen with combat experience.**– Graduate work.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most pressing and, at the same time, least studied psychological conditions. PTSD occurs as a result of a person's experience of traumatic events that can have catastrophic consequences for their mental and physical health. Particular attention of modern research is devoted to identifying the peculiarities of manifestation and signs of stress in servicemen.

The paper analyzes the scientific literature on the problem of PTSD in military personnel. The peculiarities of the emotional sphere of servicemen are determined, the features of their post-traumatic reactions are characterized. The manifestations and signs of post-traumatic stress disorder of servicemen with combat experience are revealed.

Theoretical developments on certain aspects of the topic of PTSD in servicemen are analyzed, the manifestations and signs of post-traumatic stress disorder of the studied are identified. The paper also empirically investigates and analyzes the significance of stressors for servicemen depending on family composition, length of service and military rank.

The analysis of the empirical study indicates that the significance of stressors for servicemen differs depending on their military rank. Physiological excitability was found to be the most pronounced sign of PTSD in enlisted personnel. On the other hand, officers have an avoidance symptom in the first place. It is empirically proven that the choice of the main stressors by the military depends on the duration of their combat experience.

Keywords: PTSD, military personnel, stressors, signs of PTSD.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР).....	6
1.1. Сутність, зміст та структура посттравматичного стресового розладу.....	6
1.2. Порівняльний аналіз сучасних поглядів зарубіжних та вітчизняних вчених на проблематику ПТСР	12
РОЗДІЛ II. ПСИХОТРАВМУЮЧІ ФАКТОРИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ.....	17
2.1. Причини і фактори, що призводять до ПТСР у військовослужбовців...	17
2.2. Поняття бойового стресу та бойової психічної травми.....	24
2.3. Особливості переживання ПТСР військовослужбовцями з бойовим досвідом.....	34
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОЯВІВ ТА ОЗНАК ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЯКІ МАЮТЬ БОЙОВИЙ ДОСВІД.....	43
3.1. Опис вибірки та методик дослідження.....	43
3.2. Психологічний аналіз проявів та ознак посттравматичних реакцій у військовослужбовців із бойовим досвідом.....	48
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	73
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Військова служба завжди була складною та вимогливою сферою життя, де особливу увагу приділяють психологічному здоров'ю військовослужбовців. За останні роки військового конфлікту та більше ніж півтора року повномасштабного вторгнення, багато військовослужбовців пережили травмуючі події, які залишили сліди в їхньому психічному стані. Серед цих травматичних наслідків особливе місце належить посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), який визнається серйозною проблемою в контексті військових конфліктів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) впливає на всі аспекти функціонування людини, охоплюючи фізіологічний, особистісний, міжособистісний та соціальний рівні. Внаслідок цього відбуваються значущі зміни в особистості і житті членів сімей тих, хто пережив травматичні події. ПТСР може виникати у близько 20% людей навіть без фізичних травм або поранень, і часто супроводжується різноманітними психічними розладами і психосоматичними симптомами.

Численні дослідження посттравматичних стресових розладів були виконані в межах медичного та медико-психологічного профілю і вивчали вплив стресу на психіку (В. Kolk, J. Herman, R. Yehuda Charles Marmar та ін.).

Однак на сьогоднішній день, як в зарубіжній так і вітчизняній науці, ПТСР вивчається переважно з позицій психології емоційної сфери особистості (В. Цихоня, Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О та ін.).

Досить вагома серія актуальних досліджень присвячена виявленню особливостей прояву та ознак переживання стресу у військовій діяльності (Л. Китаєв-Смик, І. Котєньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, Н. Лозінська, С. Яковенко та ін.)

Роботи Е. Краерелін містять перші описи травматичного неврозу, який виявлявся у важких психологічних переживаннях та розладах, що мають здатність залишитися назавжди або ж навіть погіршуватися з часом. Після

Другої світової війни вчені досліджували психоемоційні стани у ветеранів війни. Інтерес до цієї проблеми також зріс в останні десятиліття, особливо в контексті нових військових конфліктів, а також природних і техногенних катастроф [9].

Згідно American Psychiatric Association, ПТСР визначається як глибокий психічний розлад, який розвивається внаслідок страшних подій, травматичних вражень та загрози життю. Він характеризується такими симптомами, як повторювані флешбеки, кошмари, гострі стресові реакції на подібні подразники, відчуття відчуження від навколишнього світу та тривожність [57].

Маніфестація психічних порушень при цьому відбувається у вигляді напливів нав'язливих спогадів про екстремальну травмуючу ситуацію в свідомості особистості, які супроводжуються афективними реакціями: тривогою, страхами або униканням у вигляді спроб заховатися від усього, що може нагадувати про трагічну подію. Нав'язливі спогади, зазвичай, виникають без зовнішніх стимулів, але їх переживання бувають настільки сильними, що людина відчуває їх як реальні [12].

Можливий розвиток депресії, тривожних розладів. Має місце зловживання алкоголем. Постраждалі мають поганий контакт з оточуючими, їм складно співіснувати в родині внаслідок роздратованості та періодичних немотивованих нападів агресії [69]. Звичайні обов'язки щодо домашньої роботи здаються їм непосильними. В осіб можна спостерігати глибоку пригніченість, тривогу, тугу, інколи з почуттям провини, думками про самогубство та нав'язливими спогадами травматичних подій, які вони пережили.

Практично всі особи з ПТСР мають певні порушення сну, що проявляються у вигляді проблем із засинанням, прокиданням серед ночі або ж характерні жахливі, тривожні сновидіння. Проблеми та переживання близьких, знайомих людей здаються їм неважливими, дрібними. Вони також набувають впевненості, що люди, які не пережили таких страждань, не можуть їх зрозуміти. Часто через 4–6 міс на фоні порушення сну, відчаю, безвиході,

песимістичної оцінки ситуації у 15–22% осіб з ПТСР розвивається депресія [25].

Об’єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад.

Предмет – особливості переживання ознак ПТСР військовослужбовцями із бойовим досвідом.

Мета дослідження — визначення особливостей проявів та ознак ПТСР у військовослужбовців, які мають бойовий досвід.

Завдання:

1. Охарактеризувати особливості емоційної сфери військовослужбовців.
2. Надати оцінку посттравматичних реакцій військовослужбовців.
3. Виявити прояви та ознаки посттравматичного стресового розладу досліджуваних.
4. Порівняти значення стресогенних факторів для військовослужбовців в залежності від складу сім’ї, тривалості служби та військового звання.

Гіпотеза дослідження: військовослужбовцям із бойовим досвідом притаманні симптоми та ознаки переживання ПТСР.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР).

1. 1. Сутність, зміст та структура посттравматичного стресового розладу

У сучасному контексті, українське суспільство переживає значні макросоціальні та державні перетворення. Реалізація військового озброєного конфлікту на території України ініціювала новий цикл досліджень наукових концепцій щодо посттравматичного стресового розладу, враховуючи особливості цього конфлікту. Агресивне вторгнення росії на територію України призвело до необхідності створення методології для діагностики та профілактики посттравматичного стресового розладу в умовах військового конфлікту.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - один з найбільш актуальних та водночас найменш досліджених психологічних станів. ПТСР виникає в результаті переживання особою травматичних подій, що можуть мати катастрофічні наслідки для її психічного та фізичного здоров'я. Внаслідок того, що ПТСР зазвичай супроводжується комплексом інших психічних розладів, його виявлення та лікування є вкрай важливими в психологічній практиці. Попри все, ця тема лише починає отримувати належну увагу в академічному співтоваристві, і виникає багато питань щодо етіології, діагностики та лікування ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) був розглянутий в різних визначеннях та контекстах. Варто навести декілька визначень, які часто зустрічаються у науковій психологічній літературі.

У п'ятому виданні "Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів" (DSM-5) ПТСР визначається як психічний розлад, що може виникнути після того, як людина пережила, стала свідком або зіткнулася з однією або кількома травматичними подіями [57]

J. Herman у своїй книзі "Травма та відновлення" розширює поняття ПТСР, включаючи в нього не тільки активну травму, але й ті травми, які виникли через тривале й повторне насильство, як-то домашнє насильство або злочини війни [69]

B. Kolk, у своїй книзі "Тіло виставляє рахунок", висуває ідею, що ПТСР — це не просто психологічне, але й фізіологічне стан, де тіло відгукнулось на травму шляхом "заморожування" відповіді по типу «бити чи тікати» [90]

National Institute of Mental Health (NIMH) визначає ПТСР як розлад, який розвивається у відповідь на шокуючу, страшну або небезпечну подію. Пацієнти можуть відчувати приступи страху, часті спогади про подію, а також почуття роздратованості та відчуженості від інших людей [80]

В міжнародній класифікації хвороб (ICD-11), ПТСР визначається як виникнення певних симптомів, що включають переживання травматичних подій, уникнення пам'яті про подію та постійне напруження [94]

C. A. Courtois розробила концепцію складного ПТСР, який виникає внаслідок тривалого, повторного або екстремального насильства або жорстокого поводження [63]

J. Shay аналізує ПТСР у контексті воєнних ветеранів, зокрема, у тих, хто відчуває зраду і порушення довіри від своїх військових керівників або товаришів [84]

D. Kinchin описує ПТСР як надмірну реакцію на події, які перевищують звичайний життєвий досвід людини, зокрема, він акцентує важливість "психологічного дебрінгу" для того, щоб допомогти людям обробити травматичний досвід [74]

Ці визначення підкреслюють різні аспекти ПТСР та способи, якими люди можуть впоратися з травматичними подіями.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), безумовно, є одним з найбільш дискусійних діагнозів у сфері психіатрії. Споры виникають через невизначеність щодо подій, що вважаються достатньо травматичними для виклику ПТСР, типу характерних симптомів, які можуть виникнути після

травми, підходів до профілактики і лікування ПТСР, а також відносно компенсацій, які мають право отримати особи з ПТСР. Проте, водночас було здійснено значний прогрес в розумінні багатьох аспектів ПТСР. Діагностичні класифікації як від Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), так і від Американської психіатричної асоціації (АРА) включають широкий спектр категорій симптомів (таких як повторне переживання, уникнення/чутливість та збудженість) і відзначають, що вплив межових стресових подій може призвести до глибоких змін в сприйнятті, емоціях та поведінці, які можуть тривати десятки років або навіть все життя.

Зміст ПТСР охоплює ряд характеристик, що включають повторні спогади про травматичну подію, уникнення місць, людей або ситуацій, що нагадують про травму, негативні зміни в думках і настрої, та посилену стимуляцію, таку як гіпервигільність або посилені реакції на страх [57].

ПТСР може бути поділений на чотири основних кластери симптомів, що включають:

а) Переживання травми: Наративні спогади, нічні кошмари, або флешбеки, пов'язані з травматичною подією.

б) Уникнення: Уникнення людей, місць, думок або почуттів, що асоціюються з травмою.

в) Негативні зміни в думках та настрої: Це може включати негативні вірування про себе, інших або світ, постійну вину або сором, відчуженість або втрату інтересу до активності, що раніше приносила задоволення.

г) Зміни в поведінці та реактивності: Гіпертривожність, посилені реакції на страх, проблеми з концентрацією, та проблеми зі сном [96].

Як вказують у своїх роботах сучасні українські науковці Галич М. Ю., Литвин В. В., особи, що страждають від ПТСР, включаючи комплексний ПТСР, демонструють широкий спектр симптомів, які відображаються у функціональних розладах:

- Симптом постійного переживання травматичної події;
- Уникання травматичних подій або ситуацій;

- Постійно перебувають у стані надмірної напруги (наприклад, бути надто пильними, роздратованими або гнівними);

- Мають негативні зміни в настрої та процесах мислення;

- Демонструють емоційну відчуженість;

- Страждають від дисоціації;

- Мають проблеми з емоційним регулюванням;

- Знаходяться у складних міжособистісних відносинах або мають проблеми в стосунках;

- Мають негативне самоприйняття, включаючи відчуття пригніченості, спустошеності або меншовартості.

Травматичні події, що можуть спричинити розвиток ПТСР, можуть включати одноразові, повторні або постійні події, такі як:

- Важкі пережиті аварії;

- Фізичне або сексуальне насильство;

- Жорстоке поводження, включаючи дитяче або домашнє насильство;

- Травма, пов'язана з роботою, включаючи дистанційні впливи;

- Травми, які пов'язані зі значними проблемами зі здоров'ям людини, можливо, пологами (наприклад, термінова госпіталізація до лікарні або смерть новонародженого);

- Війна та військові конфлікти;

- Каткування [9]

Оскільки посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є знаковою проблемою у галузі психології та психіатрії, українські вчені активно вивчають його поняття, структуру, клінічні ознаки і терапевтичні підходи.

Так Шиліна А. А. наголошує, що ПТСР є психологічною реакцією на травматичну подію або події, які спричинили інтенсивний страх, жах або безпомічність [54].

Разом із цим Н.В. Бондаренко та В.П. Галицький наголошують на тому, що події, які могли б викликати ПТСР, охоплюють війну, насильство, стихійні бідства або серйозні нещасні випадки. При цьому важливо враховувати

індивідуальну вразливість та переживання особи, оскільки реакції на травматичні події можуть значно варіюватися [5].

Структура ПТСР, як аргументує О.М. Кравченко, В.І. Василенко, включає чотири основні групи симптомів: постійне переживання травматичної події, уникнення нагадувань про травму, негативні зміни в мисленні та настрої, посилення реактивності і арузальності. Арузальність при цьому є психофізіологічним станом, що характеризується підвищеним рівнем активності або спостережливості. Вона відображає готовність організму до відповіді на можливі зовнішні подразники або загрози. В контексті ПТСР, арузальність може проявлятися у вигляді посилення гніву, проблем з сном, а також у вигляді постійного страху.

Подібні переживання можуть проявлятися як в нав'язливих спогадах, так і в нічних кошмарах. Уникнення може бути свідомим або несвідомим і може призводити до обмежень в житті людини. Негативні зміни в мисленні і настрої можуть включати почуття провини, знецінення або депресію. Посилення реактивності і арузальності може включати посилення гніву, дратівливості, проблем зі сном та гіпервігільантності. Гіпервігільантність при цьому розуміється таким станом, коли людина в посиленому режимі спостерігає за своїм оточенням, шукаючи потенційні загрози. Це може включати посилену реактивність на неочікувані звуки, рухи або інші стимули, а також постійне очікування небезпеки. У контексті ПТСР, гіпервігільантність є одним з основних симптомів, оскільки люди з ПТСР можуть постійно відчувати небезпеку через переживання травматичних подій [22].

В українській літературі, зокрема у працях В. А. Стрепетової, акцентується велика різноманітність клінічних ознак ПТСР. Ці ознаки можуть включати порушення сну, зниження інтересу до раніше приємних дій, відчуття відчуженості від інших, посилення іритабельності, гніву або агресії, постійний початок страху, проблеми із концентрацією. Іритабельність відноситься до стану збільшеної роздратованості, в якому людина може легко розгніватися або ставати злою. Цей стан може бути викликаний стресом, недосипанням,

психологічними проблемами, або бути симптомом певного медичного стану, такого як ПТСР. У контексті ПТСР, іритабельність може виражатися через загострення емоційної реакції на невеликі подразники, втрату самоконтролю, а також в нездатності впоратися зі стресом або фрустрацією. Це часто спричиняє конфлікти в особистих відносинах і може ускладнювати роботу та повсякденне життя особи [42].

Також В. Цихоня вказує, що деякі пацієнти можуть мати труднощі з самоідентифікацією симптомів або можуть не асоціювати свої симптоми з травматичною подією [52].

Також українські психологи та психіатри розробляють та адаптують новітні методики для ефективного лікування ПТСР. Зокрема, Н.А. Гончаренко та М.І. Іванов, розглянули такі методики, як когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, експозиційна терапія, EMDR (терапія рухами очей, десенсибілізація та переробка) [11]. Разом із цим Я.І. Савченко зазначає, що вибір терапевтичного підходу має бути індивідуальним та враховувати специфіку симптомів, історію травми, а також культурні та особистісні особливості пацієнта [38].

Отже, на основі проведеного аналізу можна сформулювати узагальнене визначення ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психологічний стан, що може виникати після переживання, свідчення або зіткнення з однією або кількома травматичними подіями. Цей розлад характеризується рядом симптомів, таких як переживання травматичних подій, уникнення пам'яті про подію, постійне напруження, приступи страху, часті спогади про подію, а також почуття роздратованості та відчуженості від інших людей.

Він може також включати тривалі та повторні травми, які виникли через насильство, таке як домашнє насильство, злочини війни або зраду та порушення довіри від своїх керівників або товаришів. Деякі вчені розглядають ПТСР не тільки як психологічне, але й як фізіологічне стан, де тіло відгукнулось на травму шляхом "заморожування" відповіді бій або біжи. Інші

вчені акцентують важливість психологічного дебріфінгу для того, щоб допомогти людям обробити травматичний досвід.

Таким чином, ПТСР - це комплексний розлад, який вимагає діагностики та лікування з врахуванням широкого спектру факторів, включаючи особистісні, соціальні, культурні та біологічні аспекти.

1.2. Порівняльний аналіз сучасних поглядів зарубіжних та вітчизняних вчених на проблематику ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) вивчається як на світовому, так і на українському рівні. При порівнянні поглядів вчених обох контекстів, можна виділити декілька спільних і відмінних характеристик.

Спільні характеристики:

1. Розуміння ПТСР: Вчені обох контекстів визнають ПТСР як серйозний психологічний розлад, який виникає після переживання травматичної події. Вони також підтверджують схожість основних симптомів ПТСР, включаючи переживання травми, уникнення нагадувань про травму, негативні зміни в думках та настрої, та посилення арузальності [26,32,47,80].

2. Лікування ПТСР: Вчені обох контекстів визнають ефективність когнітивно-поведінкової терапії, EMDR (терапія рухами очей, десенсибілізація та переробка), а також медикаментозного лікування для ПТСР [12, 20, 61,67].

Відмінні характеристики:

1. Фокус на культурні впливи: Українські вчені часто акцентують на важливості культурних та соціальних факторів у розумінні та лікуванні ПТСР. Зокрема, вони підкреслюють значення історії конфліктів та політичних турбулентностей в Україні для розуміння ПТСР [1; 5, 14, 28].

2. Підхід до лікування: Хоча вчені обох контекстів визнають значення різних форм терапії, українські дослідники часто підкреслюють важливість

індивідуального підходу до лікування, враховуючи культурні та особистісні особливості пацієнтів [16, 34, 46].

Дослідження психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у американському психологічному товаристві є значимою темою досліджень. Упродовж останніх десятиліть було проведено численні дослідження, спрямовані на розуміння різних аспектів ПТСР серед американських пацієнтів. Одним зі значущих досліджень є робота Р. А. Resick та співавторів, яка досліджувала взаємозв'язок між переживанням травми та розвитком ПТСР у ветеранів війни в Афганістані та Іраку. Вони виявили, що психологічні фактори, такі як інтенсивність страху під час травматичних подій, відсутність соціальної підтримки та негативні когнітивні переконання, були пов'язані з більш вираженими симптомами ПТСР у цій групі ветеранів [83].

Ще одне важливе дослідження було проведено N. Breslau та співавторами, які вивчали психологічні особливості переживання ПТСР у громадських жертв насильства. Вони з'ясували, що психологічні чинники, такі як переживання насильства у дитинстві, розлади настрою та особистісні риси, відіграють важливу роль у розвитку та проявах ПТСР у цій популяції. Дослідження показали, що індивідуальні фактори взаємодіють з травматичним досвідом і можуть впливати на тяжкість симптомів ПТСР [58].

Дослідники Y. E. Jung та співавтори провели мета-аналіз, щоб визначити основні психологічні фактори, що сприяють розвитку та підтримці ПТСР у цивільних осіб. Вони виявили, що негативні когнітивні переконання, низька самооцінка та недостатня соціальна підтримка були пов'язані з вищим ризиком розвитку ПТСР. Дослідження також підтвердили важливість психологічного добробуту та регулювання емоцій як факторів, що сприяють попередженню та лікуванню ПТСР [72].

Дослідження, проведені в американському психологічному товаристві, вказують на значення різних психологічних факторів у розвитку та проявах ПТСР. Інтенсивність страху, наявність негативних когнітивних переконань,

рівень соціальної підтримки та особистісні риси грають важливу роль у формуванні симптомів ПТСР.

Дослідження психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не обмежені Америкою, а охоплюють також країни Європи. У цих дослідженнях розглядаються різні аспекти ПТСР та його вплив на пацієнтів у європейському контексті.

Одне зі значущих досліджень проведено в Нідерландах. Дослідники А. Elklit та F. Petermann вивчали фактори, що сприяють появі та розвитку ПТСР у населення зі схильністю до травми. Результати показали, що негативні переконання про світ та себе, низька якість соціальних взаємин та обмежені соціальні мережі є важливими факторами, що сприяють розвитку та утриманню ПТСР [66].

Ще одне дослідження, проведене в Норвегії, визначило вплив самої травми на розвиток ПТСР у жінок, які пережили сексуальне насильство. I. J. Brevik та співавтори виявили, що серйозність самої травми та соціальна підтримка є ключовими факторами, які впливають на розвиток та прояви ПТСР у цій групі жінок. Дослідження підкреслили важливість соціальної підтримки та допомоги у процесі реабілітації після травми [59].

Дослідження, проведені в Швеції, продемонстрували вплив психосоціальних факторів на розвиток ПТСР після військових та цивільних травм. О. Corneliussen та колеги з'ясували, що відсутність підтримки від родини та друзів, низька якість життя та негативні когнітивні переконання є тими факторами, які збільшують ризик розвитку та утримання ПТСР у клієнтів. Дослідження наголошує на важливості соціальної підтримки та покращення якості життя для пацієнтів з ПТСР [62].

Узагальнюючи, дослідження психологічних особливостей ПТСР в європейському контексті показують, що негативні переконання, соціальна підтримка, серйозність травми та якість життя є ключовими факторами, що впливають на появу та розвиток ПТСР. Розуміння цих факторів може сприяти покращенню підходів до діагностики, лікування та підтримки клієнтів з ПТСР.

Зупинимось детальніше на унікальності вітчизняного підходу до розуміння сутності поняття ПТСР.

Однією з відмінних характеристик українського підходу до розуміння ПТСР є акцентування на культурних впливах. Україна, як багатонаціональна та культурно різноманітна країна, має свою специфіку, яка впливає на сприйняття та виявлення ПТСР. Українські дослідники розглядають культурні чинники, такі як історія конфліктів, соціальні зв'язки, релігійні переконання та традиції, як важливі детермінанти у розвитку та проявах ПТСР.

Наприклад, дослідження О. М. Кравченко та В. І. Василенко детально аналізує структуру симптомів ПТСР в українському контексті, враховуючи специфіку культурних факторів. Вони виявили, що українські пацієнти частіше виявляють "трансцендентні" симптоми, пов'язані з духовністю та релігійністю, які є унікальними для цього контексту [22].

Українські дослідники, зокрема Стрепетова В. А., також акцентують значення індивідуального підходу до лікування ПТСР. Вони підкреслюють, що кожна людина має свою унікальну історію, особистісні особливості та контекст травми, які потребують індивідуального підходу в терапевтичному процесі. Українські психологи та психіатри використовують техніки, що враховують цю індивідуальність, такі як інтерактивні техніки, діалогова терапія та розвиток самосвідомості, для покращення ефективності лікування [42].

Дослідження Я. І. Савченко також підкреслюють важливість індивідуального підходу до лікування ПТСР. Вони зазначають, що культурні особливості та контекст травми мають великий вплив на вибір терапевтичного підходу та стратегій лікування, адаптуючи їх до потреб та цінностей пацієнтів [38].

Український дослідник Павлик Н.В. вивчає також особливості комунікації та сприйняття ПТСР серед українського населення. У працях наголошується, що пацієнти з ПТСР часто стикаються зі складнощами в поясненні своїх емоцій та досвідів, оскільки певні аспекти ПТСР можуть бути

недостатньо зрозумілими або недоречно висловлюватися в українській культурі [31]. Для українських дослідників важливо розвивати належне сприйняття ПТСР і виявлення симптомів, а також ефективно комунікувати з пацієнтами з урахуванням культурних нюансів.

Україна має важливий історичний та політичний контекст, який має великий вплив на розуміння та лікування ПТСР. Наприклад, внаслідок військового конфлікту на сході України з 2014 року та з повномасштабного вторгнення лютого 2022 року багато українців стали свідками або жертвами насильства, що призвело до поширення ПТСР в цьому регіоні. Українські дослідники, зокрема Н. Пророк, наголошують на важливості врахування цього контексту при розумінні та лікуванні ПТСР, а також розробці відповідних підходів до психотерапії та підтримки постраждалих [27].

Узагальнюючи дослідження американських, європейських та українських психологів щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР), можна виділити кілька спільних висновків та тематичних аспектів.

Отже, всі дослідження підтверджують існування основних симптомів ПТСР, таких як повторюване переживання травматичного досвіду, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та гіпервігільантність. Ці симптоми є характерними для ПТСР у всіх контекстах, незалежно від країни чи культурних особливостей.

Загальною тенденцією є також прагнення до розширення знань про ПТСР та удосконалення підходів до діагностики та лікування цього розладу. Багато дослідників використовують систематичний підхід та мета-аналізи для узагальнення наявних даних та визначення найефективніших методик психотерапії ПТСР.

В цілому, дослідження американських, європейських та українських психологів свідчать про універсальність основних симптомів ПТСР, але також підкреслюють важливість врахування контексту та культурних особливостей при дослідженні, діагностиці та психологічному супроводі цього розладу.

РОЗДІЛ II. ПСИХОТРАВМУЮЧІ ФАКТОРИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

2.1. Причини і фактори, що призводять до ПТСР у військовослужбовців

Причини і фактори, що призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, є предметом великої кількості досліджень. Розуміння цих факторів є важливим для ефективного попередження, діагностики та психологічного супроводу ПТСР у цій уразливій групі людей. Розглянемо детальніше деякі з них.

Небезпеки військової служби

Однією з основних причин розвитку ПТСР у військових, як вказує Е. К. Dursa, є сама природа військової служби. Вони стикаються з високим ризиком травм та травма викликаючими подіями, які можуть негативно вплинути на психічне здоров'я. Бойові операції, експозиція до ворожого вогню, вибухи та фізичні травми є серйозними стресорами, які можуть спричинити розвиток ПТСР [65].

На думку R. H. Pietrzak, D. C. Johnson, бойові операції є однією з найважливіших складових небезпек військової служби. Військовослужбовці можуть зазнавати прямого контакту з ворожою силою, виконувати бойові завдання, а також бути свідками жахливих подій, які залишають глибокий слід в їхній психіці. Ці події можуть включати атаки, вибухи, стрілянини та інші форми фізичної насильницької поведінки. Дослідження показують, що пряма експозиція до бойових дій і ворожого вогню є значним ризиковим фактором розвитку ПТСР у військовослужбовців [82].

Як вказує J. Sundin та колеги, втрати товаришів також є небезпекою, пов'язаною з військовою службою, і можуть мати серйозний емоційний вплив на військових. Втрата близького товариша може викликати глибоке горе та траур, а також посилювати почуття вини, втрати і безпорадності. Це може

стати причиною розвитку ПТСР через травматичний характер таких втрат та вплив на соціальну ідентичність та підтримку [89].

Крім того, постійна загроза життю, яка є характерною для військової служби, може створювати тривожність та психологічний дискомфорт. Військовослужбовці постійно знаходяться у середовищі, де загрози та ризики є частиною їхнього щоденного життя. Це може призводити до гіпервигілантності, тривожності та станів готовності до відповіді на потенційну небезпеку. Такі постійні стресори можуть відігравати роль у розвитку ПТСР та інших психічних проблем у військовослужбовців.

Особистісні та біологічні фактори

Біологічні фактори також грають роль у розвитку ПТСР. Деякі дослідження, зокрема Н. Xian та колег вказують на вплив генетичних факторів, які можуть збільшити ризик розвитку ПТСР у військових. Наприклад, деякі гени, пов'язані з регулюванням стресових відповідей, можуть впливати на вразливість до розвитку ПТСР після травматичного досвіду [95].

Особистісні фактори також можуть впливати на ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців. E. J. Ozer, S. R. Best вказують, що деякі люди мають більшу вразливість до стресу та травми, і це може підвищити їхній шанс розвитку ПТСР. Наприклад, особи з високим рівнем тривожності, негативними когнітивними моделями та історією попередніх психологічних проблем можуть бути більш схильними до ПТСР [81].

Ряд особистісних рис можуть сприяти появі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Розуміння цих рис є важливим для виявлення осіб, які можуть бути більш вразливими до розвитку ПТСР та для розробки ефективних стратегій попередження та психологічного супроводу.

На думку J. Sundin, одна з таких рис - це наявність попередніх психічних проблем. Люди, які мають історію депресії, тривожності або інших психічних розладів, можуть бути більш схильними до розвитку ПТСР після травматичного досвіду. Це може бути пов'язано з психологічною вразливістю,

вже наявними стресорами та нездатністю ефективно копіювати з травматичними подіями [89].

Крім того, високий рівень тривожності, на думку R. Yehuda, C. W. Hoge та ін., є іншою особистісною рисою, яка може сприяти появі ПТСР. Люди з природною схильністю до тривожності можуть мати посилену вразливість до стресу та експозиції до травматичних подій. Їхні емоційні реакції можуть бути більш інтенсивними, що може ускладнити процес адаптації та одужання після отриманої психологічної травми [70, 96].

Як вказує C. S. Carver, деякі особистості також мають негативні когнітивні стилі, що можуть підвищити ризик розвитку ПТСР. Це включає посилене сприйняття небезпеки, провини, беспорядності та втрати контролю. Такі когнітивні переконання можуть підсилювати стресову реакцію та утримувати симптоми ПТСР [61].

Додатково, низький рівень соціальної підтримки та відсутність механізмів підтримки можуть сприяти розвитку ПТСР. На цей фактор вказують як вітчизняні, так і зарубіжні вчені, зокрема E. J. Ozer, S. R. Best, M. Ю. Галич, В. В. Литвин, О.М. Кокун та ін. Науковці відзначають, що особи, які мають обмежену підтримку з боку родини, друзів або колег, можуть бути більш вразливими до негативних наслідків травматичного досвіду. Соціальна підтримка може відігравати важливу роль у подоланні стресу та покращенні психологічного благополуччя [9, 20, 81].

Узагальнюючи, особистісні риси, такі як наявність попередніх психічних проблем, високий рівень тривожності, негативні когнітивні стилі та низький рівень соціальної підтримки, можуть сприяти появі ПТСР після травматичного досвіду. Розуміння цих рис є важливим для ідентифікації осіб, які можуть потребувати додаткової підтримки та інтервенцій у зв'язку з високим ризиком розвитку ПТСР.

Соціальна підтримка та оточення

Соціальна підтримка від родини, друзів та колег є важливим фактором, який може впливати на ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців. На

думку R. H. Pietrzak, D. C. Johnson та ін. недостатня підтримка або негативне оточення можуть підвищити шанси на розвиток ПТСР після травматичного досвіду. Зворотній зв'язок та взаємодія зі стабільними та підтримуючими людьми можуть зменшити ризик розвитку та сприяти одужанню [82].

Перш за все, соціальна підтримка передбачає емоційну підтримку від родини, друзів, колег та інших членів соціальної мережі. Це може включати розуміння, співчуття, підтримку та виявлення інтересу до досвіду та емоцій військовослужбовців. Емоційна підтримка може допомогти в зменшенні почуття самотності, відчуття вини та втрати контролю, які можуть бути пов'язані з ПТСР.

Додатково, інструментальна підтримка є важливою формою соціальної підтримки. Вона включає практичну допомогу, таку як забезпечення основних потреб, фінансову підтримку, розуміння прав та привілеїв військових, доступ до необхідних ресурсів та послуг. Інструментальна підтримка може допомогти військовослужбовцям впоратися з практичними труднощами та стресовими ситуаціями, які можуть виникати після травматичного досвіду.

Крім того, соціальне оточення військовослужбовців може впливати на їхній ризик розвитку ПТСР. Позитивне та підтримуюче оточення, яке включає в себе сприятливі відносини з командиром, колегами та співробітниками, може сприяти резилієнтності та зменшити ризик розвитку ПТСР. Натомість, негативне оточення, таке як конфлікти, стигма, осуд та відчуття відокремленості, можуть погіршити симптоми ПТСР та перешкоджати одужанню[82].

Термін "резилієнтність" в психології використовується для опису здатності людини відновлюватись, адаптуватись та пристосовуватись після травматичного чи стресового досвіду. Він вказує на психологічну стійкість та здатність людини до пристосування до негативних життєвих подій і повернення до нормального функціонування.

Резилієнтність також означає здатність зберігати позитивне психологічне функціонування, навіть у ситуаціях стресу, травми або великих

життєвих викликах. Резилієнтні люди проявляють здатність адаптуватись, вирішувати проблеми, знаходити позитивні ресурси та використовувати стратегії копіngu для подолання стресових ситуацій [57].

Як вказує К. М. Magruder, В. С. Frueh та ін. цей фактор підкреслює гнучкість та вміння впоратися з викликами, що виникають у житті, незалежно від їхньої складності чи інтенсивності. Резилієнтність може бути розглянута як процес, що залучає ряд психологічних факторів, таких як позитивна самооцінка, соціальна підтримка, оптимізм, гнучкість мислення та регулювання емоцій.

В контексті військової служби, резилієнтність виявляється у здатності військовослужбовців зберігати емоційну стійкість, зосередженість, адаптацію до складних ситуацій та здатність повернутися до нормального функціонування після травматичного досвіду чи стресових подій [77].

Загалом, належна соціальна підтримка та підтримуюче оточення є важливими факторами, які можуть знизити ризик розвитку ПТСР та сприяти одужанню у військовослужбовців. Розуміння цих факторів може допомогти у створенні ефективних стратегій підтримки та інтервенцій, спрямованих на забезпечення психологічного благополуччя військових.

Стратегії копіngu

На думку S. M. Southwick та колег, стратегії копіngu, які використовуються військовослужбовцями для владнання з травматичними подіями, також можуть впливати на розвиток ПТСР. Здатність до ефективного регулювання емоцій, пошук підтримки та використання позитивних стратегій копіngu можуть знизити ризик розвитку ПТСР та сприяти покращенню після травми [87].

Хоча не всі люди, які стикалися з травматичними подіями, мають ПТСР, існує ряд факторів, які впливають на його появу. Один з таких факторів – це, безумовно, стратегії копіngu, які використовуються людиною для подолання стресу та адаптації до травматичних подій.

Два основних підходи до стратегій копіngu - це проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований підходи.

Проблемно-орієнтований підхід передбачає активну спробу змінити саму ситуацію або фактори, які викликають стрес. Це може включати пошук інформації, планування, прогнозування та прийняття рішень. Використання проблемно-орієнтованих стратегій копіngu може сприяти відчуттю контролю над ситуацією та зниженню рівня стресу.

Емоційно-орієнтований підхід, натомість, спрямований на регулювання емоційної реакції на стрес. Це може включати вираження емоцій, пошук підтримки та використання релаксаційних технік. Емоційно-орієнтовані стратегії копіngu можуть сприяти зниженню емоційного дискомфорту та покращенню психологічного благополуччя [87].

Аналізуючи вплив стратегій копіngu на ПТСР, американські дослідники C. S. Carver, J. Connor-Smith наголошують на тому, що стратегії копіngu можуть впливати на розвиток ПТСР після травматичного досвіду. Дослідження вчених показують, що проблемно-орієнтовані стратегії копіngu, такі як пошук інформації та планування, можуть бути пов'язані з меншою вразливістю до розвитку ПТСР. Використання цих стратегій може сприяти активному розгляду ситуації та зниженню почуття безпорадності.

З іншого боку, емоційно-орієнтовані стратегії копіngu можуть мати більш складний взаємозв'язок з ПТСР. Деякі дослідження показують, що певні емоційно-орієнтовані стратегії, такі як уникання емоцій або вираження негативних емоцій, можуть бути пов'язані з більшою вразливістю до ПТСР. Однак інші дослідження підтримують ідею, що емоційно-орієнтовані стратегії можуть сприяти емоційному вираженню, видаленню емоційного навантаження та сприяти одужанню [61].

Стратегії копіngu мають особливе значення для військовослужбовців, оскільки вони зазнають надзвичайних стресових ситуацій, пов'язаних з військовою службою. Особливості стратегій копіngu, які використовуються військовими, можуть впливати на появу посттравматичного стресового

розладу (ПТСР). Дослідження показують декілька факторів, які впливають на ефективність стратегій копіngu в контексті військової служби.

Важливим фактором, перш за все, виступає соціальна підтримка. Як вказує В. М. Синишина, військовослужбовці, які мають доступ до підтримки своїх товаришів по службі, сім'ї та професійних спеціалістів, можуть відчувати більшу впевненість та здатність впоратися зі стресом. Соціальна підтримка може надавати важливий ресурс для співпереживання, поради та збереження позитивних стосунків, що може знизити ризик розвитку ПТСР [41].

Іншим фактором, на думку О.В. Тімченко, є особистісні риси військовослужбовців. Деякі особистісні характеристики, такі як внутрішня мотивація, самоконтроль та ризиковий стиль поведінки, можуть впливати на вибір та ефективність стратегій копіngu. Наприклад, внутрішньо мотивовані військовослужбовці можуть бути більш нахилені до активного підходу до подолання стресу та використання проблемно-орієнтованих стратегій. Отже, особистісні фактори можуть модерувати вплив стратегій копіngu на ризик розвитку ПТСР [44].

Також важливо зазначити, що ефективність стратегій копіngu, на думку Процик Л. С., може залежати від контексту військової служби. Наприклад, військовослужбовці, які мають доступ до підтримки та ресурсів, таких як тренування з медитації та стресового управління, можуть бути краще підготовлені до подолання стресу та зниження ризику ПТСР. Отже, військова культура та ресурси також можуть впливати на використання та ефективність стратегій копіngu [34].

Отже, стратегії копіngu грають важливу роль у виникненні ПТСР у військових. Соціальна підтримка, особистісні риси та контекст військової служби є факторами, які можуть впливати на ефективність стратегій копіngu та ризик розвитку ПТСР. Розуміння цих факторів може допомогти в розробці інтервенцій та програм психологічної підтримки, спрямованих на зменшення ризику ПТСР та поліпшення благополуччя військовослужбовців.

Таким чином, можна стверджувати, що розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців залежить від багатьох причин та факторів. Небезпеки, пов'язані з військовою службою, особистісні та біологічні фактори, роль соціальної підтримки та оточення, а також ефективність стратегій копінгу впливають на ризик розвитку ПТСР у групі військовослужбовців. Розуміння цих різноманітних факторів має важливе значення для розробки ефективних стратегій попередження, діагностики та психологічної підтримки військовослужбовців з ПТСР.

2.2. Поняття бойового стресу та бойової психічної травми

Поняття бойового стресу в психологічній науці відноситься до психологічних реакцій та наслідків, які виникають під час чи після виконання військових обов'язків та участі в бойових діях. Цей термін використовується для опису фізичних, емоційних та когнітивних відповідей, які військовослужбовці отримують під час військових конфліктів або операцій.

О. М. Кокун та колеги досліджували бойовий стрес як поведінку військовослужбовців під час воєнних дій, яку можна розглядати як сигнал про те, що солдат втрачає здатність продовжувати бойові дії [20].

Бойовий стрес може бути спричинений різними факторами, такими як загроза безпеці, насильство, загибель товаришів по службі, життя та суспільства, переживання смерті та поранення, невизначеність майбутнього та тривала віддаленість від дому. Ці фактори можуть призводити до почуття страху, тривоги, безпорадності та викликати емоційний дискомфорт у військовослужбовців. Варто розглянути деякі з них детальніше.

1. Загроза безпеці. Як вказує В. N. Smith та колеги, військовослужбовці часто стикаються з серйозною загрозою своєму фізичному благополуччю та життю. Бойові ситуації, такі як бойові дії, напади і пастки, можуть створювати надмірну тривогу та страх у військовослужбовців, що призводить до бойового стресу [85].

2. Травми та втрати: Війна та бойові дії часто супроводжуються травматичними подіями та втратами, такими як поранення та смерть товаришів по службі. Ці втрати можуть мати серйозний емоційний вплив на військовослужбовців і викликати розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

3. Відокремлення від сім'ї та домашнього середовища: Як вказують у своїх роботах J. J. Vasterling, S. P. Proctor, O. O. Буряк, Ю. Романенко, Н. Коляденко та ін., довготривала віддаленість від родини, друзів та домашнього оточення виступає дуже потужним джерелом стресу. Військовослужбовці відчують сумніви, тривогу, а також часто суперечності між особистими зобов'язаннями та обов'язками перед службою [7, 37, 92].

4. Невизначеність та непередбачуваність: С. W. Ногє, описуючи досвід військових в Афганістані та Н. Пророк, обговорюючи досвід українських військових в умовах сьогодення, наголошують на позиції, що військова служба пов'язана зі значною невизначеністю та непередбачуваністю. Військовослужбовці часто стикаються зі змінами планів, стратегій та випадків, які непередбачувані. Це може призводити до постійної напруги, тривоги та загального психо-емоційного виснаження [27, 70].

5. Екстремальні умови: А. І. Єна у своїх наукових доробках наголошує на тому, що військова служба змушує військовослужбовців працювати в екстремальних умовах, таких як низькі або високі температури, погане харчування, виснаження та недостатність сну. Ці умови можуть призводити до фізичного й емоційного виснаження, що сприяє розвитку бойового стресу [14].

Представлені фактори не є вичерпним переліком, існують інші аспекти, такі як висока вимогливість до результатів, низький рівень підтримки та ресурсів, які також можуть впливати на бойовий стрес у військовослужбовців. Розуміння цих факторів дозволяє розробити ефективні стратегії попередження та лікування бойового стресу, що сприяє покращенню психологічного благополуччя та функціонування військовослужбовців.

На думку О.М. Кокуна, Н.А. Агаєвого, І.О. Пішко, Н.С. Лозінської, в залежності від взаємодії наведених вище факторів, прояви бойового стресу в різних військовослужбовців будуть відрізнятися за такими критеріями:

- Інтенсивність прояву: від підвищеної психічної напруженості до патологічних станів.
- Переважаючий рівень проявів: психологічний, психофізіологічний, патологічний.
- Ступінь усвідомленості свого стану (інсайт) військовослужбовцем.
- Переважаючий прояв стресу в різних сферах особистості військовослужбовця: емоційній, когнітивній, мотиваційній, вольовій, поведінковій.
- Ступінь самоконтролю проявів бойового стресу військовослужбовцем (рівень самовладання), гіпер- або гіпомобілізованість.
- Вплив військовослужбовця, який перебуває в стресовому стані, на психічний стан інших військовослужбовців.
- Тривалість прояву стресових розладів у військовослужбовця.
- Характер впливу на бойову діяльність [20].

Ці параметри дозволяють більш детально описати різноманітні аспекти бойового стресу та його вплив на військовослужбовців.

Дослідження психологічних аспектів бойового стресу спрямовані на розуміння механізмів, які лежать в основі цього явища, а також на розробку стратегій попередження та лікування. Важливою частиною таких досліджень є визначення факторів резиліентності та адаптації, які допомагають військовослужбовцям подолати стресові ситуації та зберегти своє психічне здоров'я.

Л. Китаєв-Смик класифікує бойовий стрес на декілька типів:

1. Конструктивний бойовий стрес: цей тип стресу викликає появу нових корисних психологічних властивостей у військовослужбовців. Вони стають

більш дисциплінованими та охайними, більш уважними до своєї зброї, здатними швидко вивчити нові види зброї. Під час бою вони налаштовані на перемогу і виживання, а стосовно полонених і місцевих жителів проявляють лояльність.

2. Деструктивний бойовий стрес: цей тип характеризується найменшою пристосованістю військовослужбовців до бойових умов. Навіть у порівнянні з їхнім становищем під час прибуття на фронт, вони не вдаються до змін, не витримують психологічних навантажень, але з ними, навпаки, відбуваються деструктивні та руйнівні зміни. Автор називає таких військовослужбовців "ті, які зламалися" або "оскаженілі", і рекомендує їх ізолювати в тилкових зонах.

3. Вторинний військовий (післявоєнний) стрес: цей тип стресу виникає внаслідок інверсії (перевертання) бойового ентузіазму молодих бійців у відчай та бажання вчинити протестний суїцид (самогубство) як помсту кривдникам. Цей тип стресу спостерігається у молодих ветеранів, коли їм не надають достатню допомогу під час процесу інтеграції в мирне життя [18].

Окрім того О. М. Кокун, слідом за Л. Китаєвим-Смиком поділяє бойовий стрес на стрес першого, другого та третього рангів.

Стрес, який називається бойовим стресом першого рангу, виникає в ситуаціях раптової небезпеки, коли люди реагують по-різному. Деякі стають активними і збудженими, проявляють сміливість, відвагу, тоді як інші, навпаки, втрачають ініціативу та стають пасивними. Це свідчить про відмінності у вроджених програмах поведінки під час стресу.

Бойовий стрес другого рангу характеризується негативними впливами на комунікацію та взаємовідносини у службі. Він також супроводжується появою різних фізичних проявів (психосоматичних захворювань), таких як артеріальна гіпертензія, стенокардія, гастрит, виразкова хвороба шлунка та кишківника та інші. У цей період помітно знижується витривалість та боєздатність військовослужбовців. Якщо госпіталізація неможлива, рекомендується направити їх хоча б у тилкові підрозділи.

Бойовий стрес третього рангу виявляється у формі патофізіологічних (внутрішньо тілесних) проявів. Важкий стрес, який зустрічається під час мирного життя, може призводити до самознищення. Ті, хто не здатні впоратися зі стресом, можуть бути схильні до глибокої депресії, виявляти інфантилізацію або, навпаки, брутальну агресивність [19, 20].

Психологічні наслідки бойового стресу можуть бути різноманітними, включаючи розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, втрату сну, зміни настрою та поведінки. Ці наслідки можуть суттєво вплинути на функціонування військовослужбовців як у військовій, так і у цивільній сферах життя.

Український науковець О.В. Тімченко, у власних дослідженнях психологічних наслідків бойового стресу також вивчає інші психічні розлади, які можуть виникати у військовослужбовців, такі як депресія та тривожність. Довготривала експозиція до стресу та травматичних подій може призводити до серйозного зниження настрою, втрати інтересу до раніше приємних занять, втрати енергії та зниження самооцінки [44].

Крім психічних розладів, дослідження О.Ф. Хміляр та Д.С. Зубовського показують, що бойовий стрес може впливати на фізичне здоров'я військовослужбовців. Вони часто зазнають фізичних травм, що можуть мати довготривалий вплив на їхнє фізичне функціонування та якість життя. Дослідження психологічних наслідків бойового стресу, у цьому випадку, допомагають встановити зв'язок між психічним та фізичним здоров'ям, а також розробляти інтегровані підходи до лікування [47].

Ободовська Л., Шавровська Н. наголошують на тому, що окрім прямих наслідків, бойовий стрес також може мати вплив на соціальну адаптацію військовослужбовців. Вони можуть відчувати проблеми взаємодії зі своїми близькими, друзями та соціальним оточенням після повернення з військової служби. Дослідження соціальних наслідків бойового стресу сприяють розумінню цих проблем та розробці програм підтримки та реабілітації для військовослужбовців та їх родин [28].

Таким чином, поняття бойового стресу в психологічній науці описує психологічні реакції та наслідки, які виникають у військовослужбовців під час виконання їх військових обов'язків. Дослідження психологічних наслідків бойового стресу мають велике значення для розуміння впливу військової служби на психічне та фізичне благополуччя військовослужбовців. Вони дозволяють виявити різноманітні психічні наслідки, такі як ПТСР, депресія та тривожність, та розробити ефективні стратегії попередження, діагностики та психологічного супроводу. Крім того, дослідження допомагають встановити зв'язок між психічним та фізичним здоров'ям, розуміти соціальні виклики, що виникають у зв'язку з бойовим стресом, та розробляти програми підтримки та реабілітації для військовослужбовців та їх родин.

Бойова психічна травма визначається як серйозна психологічна реакція на переживання небезпечних або травматичних подій під час воєнних дій. Вона може виникати внаслідок безпосереднього досвіду бойових дій, свідчення про насильство чи травми, а також через участь у діях, що пов'язані зі смертельними загрозами, ураженням або терором. Бойова психічна травма може викликати ряд симптомів, включаючи повторні спогади, кошмари, підвищену пильність, емоційну відстороненість, відчуття відчуженості та функціональні обмеження, які суттєво впливають на психологічний стан та якість життя постраждалої особи.

Бойова психічна травма, за даними О. М. Кокуна, «займає значне місце в структурі бойових поразок. Вона в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і від 10 до 50% послаблює боєздатність збройних сил» [20].

Згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), бойова психічна травма входить в розділ (F43) Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

У розвитку бойової психічної травми виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F43.0);

- посттравматичний стресовий розлад - ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Гостра реакція на стрес (F43.0) – транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в особистості без видимого психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психічний стрес, який проходить через кілька годин або днів.

Гостра реакція на стрес може бути:

- легкою (F43.00),
- помірною (F43.01),
- важкою (F43.02) [57].

Гостра реакція на стрес є одним з проявів психологічної реакції організму на важкі та стресові ситуації. Ця реакція виникає в результаті нагромадження фізичних, емоційних та психологічних напружень, що перевищують здатність людини їх адаптувати. У світлі наукових досліджень, можна відзначити кілька основних симптомів та проявів гострої реакції на стрес.

Зарубіжні вчені, зокрема М. М. Steenkamp, В. Т. Litz та ін. виділяють фізіологічні та психологічні симптоми гострої реакції на стрес. Фізіологічні симптоми включають зміни в автономній нервовій системі. Людина може відчувати прискорений пульс, підвищену артеріальний тиск, потовиділення, дихальні труднощі, тремтіння рук та ніг, м'язову напругу та болі у різних частинах тіла. Ці фізіологічні зміни виникають відповідно до активації біологічних механізмів організму для подолання стресу [88].

Психологічні симптоми гострої реакції на стрес, на думку Л. Царенко, включають інтенсивні емоційні реакції. Людина може відчувати високу тривожність, нервовість, страх, роздратованість та посилену чутливість до подразників. Ці емоційні стани часто виявляються у вигляді панічних атак, сильного відчуття загрози та тривоги без явних причин.

Когнітивні симптоми гострої реакції на стрес проявляються в порушенні зосередженості та уваги. Людина може мати труднощі з прийняттям рішень,

забувати важливу інформацію, мати знижену пам'ять та уповільнене мислення. Це пов'язано зі збільшеною внутрішньою напругою та переживаннями [50].

О.Ф. Хміляр, Д.С. Зубовський наголошують на тому, що емоційні та поведінкові реакції на гострий стрес є важливими аспектами його симптоматики. Адже, організм реагує на стресори не лише через фізіологічні зміни, але й через зміни в емоційному стані та поведінці людини.

Емоційні реакції на гострий стрес можуть включати почуття тривоги, страху, роздратування, беспорядності та втрати контролю. Людина може відчувати надмірні сумніви у всьому, нервозність, напругу та нездатність розслабитися. Важливо зазначити, що емоційні реакції можуть бути індивідуальними і різні у різних людей, залежно від їхньої особистості та досвіду.

Поведінкові реакції на гострий стрес також можуть бути різноманітними. Людина може виявляти підвищену активність та надмірну рухливість, або навпаки, відчувати втому та безсилля. Іноді спостерігаються зміни у харчових звичках, наприклад, втрата апетиту або, навпаки, переїдання. У певних випадках можуть виникати ризиковані або небезпечні дії, такі як надмірне вживання алкоголю або наркотиків, агресивна поведінка чи саморуйнівні наміри [47].

Важливо зазначити, що емоційно-когнітивні та поведінкові реакції на гострий стрес можуть бути тимчасовими та зникнути після зняття стресора та адаптації організму до нових умов. Однак, у деяких випадках ці реакції можуть бути тривалими та призвести до розвитку психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Узагальнюючи, гострий стрес може супроводжуватися різними емоційними та поведінковими реакціями, які варіюються в залежності від особистості, контексту та стресорів, з якими людина стикається.

Загалом, гостра реакція на стрес є складним феноменом, що включає психологічні, когнітивні та фізіологічні симптоми. Розуміння цих проявів є

важливим для вчених та практикуючих психологів для розробки ефективних стратегій управління стресом та підтримки людей, які переживають гостру реакцію на стрес.

У контексті нашого дослідження важливим є також аналіз стадій формування бойової психічної травми. Вони представляють собою послідовний процес розвитку травматичних наслідків у військовослужбовців. Розуміння цих стадій є важливим для вчених та практиків, що займаються діагностикою, лікуванням і психологічною підтримкою військовослужбовців, які постраждали від бойового стресу. Дослідження Шелкошвєєва І. В., Солохіної Л. О. показують, що формування бойової психічної травми може відрізнятися в залежності від індивідуальних характеристик і контексту бойових дій [53].

Українські дослідники Ромашенко В., Яковлєв Р. виділяють декілька стадій бойової психічної травми.

Перша стадія формування бойової психічної травми - передбойовий період. На цій стадії військовослужбовець може відчувати збудження, тривогу та очікування перед бойовими діями. Цей період може бути супроводжений фізичними симптомами, такими як безсоння, поганий апетит і підвищена роздратованість. Психологічна напруженість і тривога можуть посилюватися з наближенням до фронту і виникненням безпосередньої загрози.

Друга стадія - активна бойова діяльність. Під час цієї стадії військовослужбовець знаходиться у ситуації постійної небезпеки та стресу. Він може бути свідком насильства, спостерігаючи травми і загибель товаришів, а також бути сам пораненим. На цій стадії можуть виникати сильні емоційні реакції, такі як жах, обурення, депресія та безпорадність. Військовослужбовець може також демонструвати гіпервігилантність, постійно перебуваючи в стані пильності та готовності до вияву небезпеки.

Третя стадія - післябойовий період. Після закінчення активних бойових дій, військовослужбовець може відчувати фізичне та емоційне виснаження. На цій стадії можуть виникати симптоми ПТСР, такі як повторні спогади,

кошмари, відчуття відчуженості та емоційної відстороненості. Важливо враховувати, що формування бойової психічної травми може зайняти різний час для різних військовослужбовців, і багато людей можуть потребувати професійної підтримки та лікування для подолання цих наслідків [36].

Натомість, Л. Царенко у своїх наукових роботах виокремлює наступні етапи переживання бойової психічної травми:

1. Етап шоку (бойовий шок). На цьому етапі відзначаються такі ознаки, як бліда шкіра, пильний погляд, непримирення, людина забуває про плани та обов'язки, відсутність емоційного відгуку, уповільнене мовлення, холодні кінцівки, потреба в усамітненні та слабкий м'язовий тонус або спазми.

2. Етап надзбудження (бойовий стрес). На цьому етапі спостерігаються ознаки, такі як почервоніння шкіри, часте моргання, різкий сміх, непокій, метушливість, надмірне пітніння, швидке та нестримне мовлення, підвищена пильність та настороженість, емоційні вибухи, тривалість страху, відчуття жару, відведення погляду та підвищена чутливість, напружені м'язи.

3. Етап втоми (бойове виснаження). На цьому етапі відзначаються такі ознаки як песимізм, пригніченість, в'ялість, дратівливість, тривожність, напружений вираз обличчя, важкість встановлення контакту з іншими людьми, голосне мовлення, проблеми зі сном та апетитом, знижена працездатність.

4. Етап виходу з травми. На цьому етапі можуть виникати почуття суму, провини та образи, бажання плакати при згадці про травматичні події, небажання жити, стримування сліз, погіршення імунітету, психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищений тиск, головний біль тощо).

5. Етап адаптації до екстремальної ситуації. На цьому етапі спостерігаються поліпшення уваги, активізація мислення, загострення вищих почуттів, таких як патріотизм, відповідальність, колективізм, готовність до самопожертви, віра в свої сили, сподівання на краще, стійкість до тимчасових невдач та здатність до концентрації для розв'язання завдань [51].

Отже, активна реакція на стрес як прояв бойової психічної травми, в першу чергу, виявляється досить часто серед значної кількості осіб, які беруть участь у бойових діях, і значно підриває боєздатність військових підрозділів. Крім того, ця реакція має патологічні наслідки для постраждалих і вимагає проведення профілактичних, лікувальних та реабілітаційних медико-психологічних заходів.

2.3. Особливості переживання ПТСР військовослужбовцями з бойовим досвідом

На думку українських дослідників, зокрема К. Давіденко, Я.І. Савченко, В.І. Гриценко, реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить від того, наскільки важливими вони є для конкретного учасника бойових дій, а також від його індивідуальних особливостей та копінг-поведінки (поведінки, спрямованої на подолання стресу). Оцінка важливості впливу бойових стресорів на психіку військовослужбовця залежить від його особистих якостей, професійної та психологічної готовності до бойових дій, рівня бойової мотивації та сприйняття місця і ролі бойових дій у своїй історії та майбутньому [12, 38].

Ці фактори враховуються військовослужбовцем при оцінці стресової ситуації та прийнятті рішень щодо подолання стресу. Важливість кожного стресора може бути різною для кожного військовослужбовця, оскільки це залежить від його індивідуальних особливостей та контексту бойових дій. Крім того, важливим фактором є наявність підтримки від командного складу та товаришів зброї, яка може впливати на здатність військовослужбовця впоратися з бойовим стресом [38].

О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська наводять типові психологічні реакції військовослужбовців під дією стрес-факторів бойової обстановки [20].

Табл.1.1. Типові психологічні реакції, що виникають під впливом стрес-факторів в умовах локального збройного конфлікту

ПОЗИТИВНІ	НЕГАТИВНІ
<p>-Мобілізація психологічних можливостей</p> <p>-Активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності</p> <p>-Прояв інтересу, ентузіазму</p> <p>-Активізація й оптимізація пізнавальної діяльності</p> <p>-Актуалізація творчих можливостей</p> <p>-Підвищення готовності до рішучих і сміливих дій</p> <p>-Підвищення витривалості, невибагливості</p> <p>-Зниження порогу відчуттів, прискорення реакцій</p> <p>-Зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми, безтурботності</p> <p>-Виникнення азарту, емоційного збудження</p> <p>-Підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів</p> <p>-Покращення запам'ятовування значимого матеріалу</p> <p>-Покращення продуктивного мислення – швидкості пошуку і оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася</p> <p>-Підвищення рівня розвитку вольових якостей</p> <p>-Посилюється роль соціально-значимих і високих громадських мотивів</p>	<p>-Прояв занепокоєння, непевності, тривоги</p> <p>-Загострення почуття самозбереження</p> <p>-Гостра боротьба мотивів обов'язку й особистої безпеки</p> <p>-Нерозуміння того, що відбувається, дезорганізація пізнавальної діяльності</p> <p>-Руйнація відпрацьованих навичок, поява помилок у роботі</p> <p>-Недостатня змобілізованість (гіпозмобілізованість), прояв розсіяності в діях</p> <p>-Втрата самоконтролю, прояв істеричних реакцій, панічні дії</p> <p>-Поява почуття слабості, втоми, крайньої змореності</p> <p>-Виникнення гострих психотичних станів</p> <p>-Прояв розгубленості (фрустрація, заціпеніння, ступор)</p>

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психологічним наслідком для військовослужбовців з бойовим досвідом. Ця група осіб зазнає надзвичайних стресових ситуацій та травматичних подій, які можуть суттєво вплинути на їх психологічне становище та функціонування. Дослідження показують, що у військовослужбовців з бойовим досвідом спостерігаються певні особливості у переживанні ПТСР. Нижче ми розглянемо деякі з них.

По-перше, однією з особливостей переживання ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом є інтенсивність та тривалість симптомів. Це означає, що вони можуть переживати більш виражений і довготривалий дистрес, тривожність, пригнічений настрій та фізичні симптоми, такі як болі у тілі та втома. На думку О.М. Кравченко, В.І. Василенко, інтенсивний стрес і травматичні події, пов'язані саме із бойовими діями, можуть викликати значну психологічну реакцію, що поглинає їх усвідомлення та впливає на загальний психоемоційний стан. Вони можуть проявлятися в різних аспектах життя військовослужбовців, включаючи емоційну, психологічну та фізичну сфери. Детальне розуміння цих особливостей є важливим для ефективної діагностики, лікування та підтримки військових, що страждають від ПТСР.

Переживання ПТСР характеризується інтенсивними емоційними реакціями, які можуть включати посилену тривогу, страх, роздратування та відчуття безпорадності [22].

Як вказує у своїй роботі Слюсаревський М.М., тривалість симптомів ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом також може бути вражаючою. Багато хто з цих осіб мож відчувати повторювані спалахи тривожності, кошмари та відчуття повернення до травматичних подій навіть після закінчення служби. Ці симптоми можуть тривати довгий час після завершення бойових дій і суттєво впливати на якість життя військових та їх здатність функціонувати в повсякденному житті.

Важливо зазначити, що інтенсивність та тривалість симптомів ПТСР можуть варіювати в залежності від індивідуальних особливостей військовослужбовців. Деякі можуть демонструвати більш виражені симптоми, тоді як інші можуть мати меншу вразливість до розвитку ПТСР. Це може бути пов'язано з факторами резиліентності, попереднім досвідом травм або індивідуальними характеристиками особистості [43].

По-друге, у військовослужбовців з бойовим досвідом спостерігається певна специфіка емоційних реакцій. Вони можуть відчувати посилену тривогу, страх, гнів та роздратування, пов'язані з травматичними згадками та спогадами. Ці емоційні реакції можуть бути надзвичайно сильними та періодичними, які важко піддаються контролю. Ця специфіка може бути важливим фактором у розвитку та проявах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових.

Дослідники з Європи та США докладають зусиль для вивчення емоційних реакцій у військових контекстах. Наприклад, у своїх дослідженнях Т. Kets та його колеги з Голландії досліджували емоційні реакції ветеранів бойових дій та виявили, що вони мають підвищену чутливість до негативних стимулів, таких як звуки, запахи або зображення, пов'язані з їхнім бойовим досвідом. Це може призводити до інтенсивних емоційних реакцій, таких як тривога, гнів або страх [73].

Крім того, J. Smith та колеги зі Сполучених Штатів Америки провели дослідження, в якому вони звернули увагу на специфічну емоційну відповідь військовослужбовців під час переживання бойових подій. Вони виявили, що емоційна відповідь може визначатися різними факторами, такими як тривалість та інтенсивність стресу, наявність травматичних подій та рівень підготовки військових.

Ці дослідження підтверджують існування специфічних емоційних реакцій у військовослужбовців з бойовим досвідом. Вони підкреслюють важливість вивчення цих реакцій для розуміння механізмів, що лежать в

основі ПТСР та для розробки ефективних стратегій діагностики, попередження та лікування цього розладу [85].

Ізраїль відомий своїми дослідженнями в галузі психології і ПТСР, особливо в контексті військових операцій та бойового досвіду. Значна кількість вчених та практичних психологів з Ізраїлю принесла важливий внесок у розуміння особливостей переживання ПТСР у військовослужбовців.

Одним з відомих дослідників з Ізраїлю є А. Gilad, який у своїх дослідженнях зосереджується на вивченні емоційних реакцій і психологічних наслідків військових операцій. Він відзначає, що військовослужбовці, що мали бойовий досвід, часто демонструють підвищену тривожність, інтенсивність страху та гніву, а також високий рівень підвищеної готовності до вияву агресії [68].

Ще одним відомим вченим з Ізраїлю є Y. Litt, який досліджує взаємозв'язок між емоційними реакціями та фізіологічними показниками у військовослужбовців з бойовим досвідом. Його дослідження вказують на те, що ці військовослужбовці можуть мати підвищений рівень адаптаційної активності, що проявляється в збільшеному виробленні гормонів стресу та активності нервової системи [76].

Поєднання підходів вчених з Європи, США та Ізраїлю дозволяє отримати більш повне уявлення про специфічні емоційні реакції у військовослужбовців з бойовим досвідом. Вони вказують на підвищену тривалість та інтенсивність симптомів ПТСР, які можуть включати підвищену тривожність, гнів, підвищену готовність до агресії, а також збільшену вироблення гормонів стресу та активності нервової системи.

У своїх наукових дослідженнях українські вчені також визначають фактори, що впливають на переживання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з бойовим досвідом. Так Орловська О. А. зосереджується на вивченні різних факторів, що можуть впливати на переживання ПТСР у військовослужбовців. Зокрема, вони розглядають роль особистісних факторів, таких як психологічна стійкість, рівень тривожності,

самооцінка, а також роль соціальних факторів, таких як підтримка родини, колег, військової організації та суспільства загалом.

Автор використовує методи емпіричного дослідження, включаючи анкетування та інтерв'ю, для збору даних про фактори, що впливають на ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом. Результати дослідження свідчать про те, що кілька факторів можуть мати значущий вплив на розвиток та переживання ПТСР, зокрема, рівень тривожності, рівень підтримки оточуючих та особистісні особливості військовослужбовців [26].

По-третє, військовослужбовці з бойовим досвідом можуть проявляти певні особливості у поведінкових реакціях. Наприклад, вони можуть виявляти підвищену пильність та гіпервігільантність, проявляти збудженість та нервозність у військових ситуаціях або демонструвати пасивне уникання та відчуження від навколишнього середовища. Ці поведінкові реакції є спробою захистити себе від подальших потенційних травматичних ситуацій або зменшити психологічну навантаженість [26].

Т. Денисенко та Ю. Іванова досліджують різні психологічні аспекти ПТСР у військовослужбовців, зокрема, вони зосереджуються на вивченні емоційних, пізнавальних та поведінкових проявів цього розладу. Автори також розглядають вплив соціально-психологічних чинників, таких як соціальна підтримка, на переживання та подолання ПТСР у військовослужбовців. Результати проведеного ними дослідження підтверджують, що військовослужбовці з ПТСР демонструють широкий спектр емоційних реакцій, таких як тривога, депресія, гнів, відчуття вини та байдужості. Вони також можуть проявляти погіршення пізнавальних функцій, знижену концентрацію уваги та вплив на міжособистісні відносини.

Автори вказують на важливість розуміння психологічних аспектів ПТСР у військовослужбовців для розробки ефективних стратегій діагностики, лікування та психологічної підтримки. Вони рекомендують враховувати індивідуальні особливості військовослужбовців, їхні ресурси та потреби при

розробці програм та інтервенцій для підтримки військовослужбовців з ПТСР [13].

Важливо розуміти, що одна й та ж подія може викликати травматичну реакцію у одних людей, а у інших - ні. Це залежить від багатьох факторів. На сьогодні науковці активно досліджують різноманітні чинники та фактори, що сприяють розвитку стресових розладів. Хоча варто відзначити підхід тих науковців, які вважають, що зовнішній фактор є визначальним у травматичному досвіді, підкреслюючи зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та розвитком психологічних проблем. Американський експерт з вивчення стресу, R. Abouserie зауважує: "Якщо в ситуації існує щось, що ви вважаєте потенційною загрозою для своєї гідності або фізичного благополуччя, то при зіткненні з цією ситуацією ви відчуваєте тривогу і стрес". У цьому твердженні важливим є саме те, що рівень тривоги і стресу визначається не зовнішніми факторами, такими як бойовий досвід, а головним чином - ставленням людини до самої ситуації [56].

Згідно з висловлюваннями вітчизняних та зарубіжних дослідників, особистісні чинники також впливають на характер стресу. Зокрема, можна виділити такі значущі аспекти:

1) Генетична схильність: Дослідники вказують, що до 30% реакцій людини на стрес визначаються генетичними факторами, які успадковуються від батьків.

2) Ранній дитячий досвід: Психотравмуючі переживання, що виникають у перших семи роках життя дитини, можуть ускладнити подальший перебіг стресових реакцій у дорослому житті.

3) Характер людини: Деякі особистісні риси також можуть впливати на сприйняття і переживання стресу. Наприклад, дратівливі та песимістичні люди можуть бути більш вразливими до стресу, тоді як відкриті та доброзичливі особистості можуть проявляти більшу емоційну стійкість та здатність краще справлятися зі стресом. Згідно з дослідженнями Т. П. Тімченко, такі люди мають більші шанси успішно подолати стрес та жити довше [44].

Дослідниця Шиліна А. А. також наголошує на ролі певних особистісних якостей у сприйнятті стресу. Вона зазначає, що у людей з вираженим почуттям справедливості, відчуттям обов'язку та бажанням контролювати свої емоції, а також у людей з вираженими суворими та реалістичними рисами, спостерігаються частіші соматоформні прояви стресу, порівняно з людьми, які мають протилежні особистісні якості [54].

Військовослужбовці з великою кількістю бойового досвіду, безперечно, мають особливості у переживанні посттравматичного стресового розладу. Низка досліджень, проведених вченими психологами, вказує на наступні особливості.

Як вказують у своїх роботах Е. Л. Зеліксон, А. М. Герасименко, М. Є. Черняк, військові з бойовим досвідом можуть демонструвати більш виражену форму ПТСР, характеризуючися інтенсивністю симптомів. Вони можуть переживати інтенсивний стрес, пов'язаний з насильством, загрозою для життя та свідком важких подій [16].

С. С. Бойчук доповнює, що у військовослужбовців з бойовим досвідом часто спостерігається тривале переживання симптомів ПТСР. Дослідження показують, що вони можуть мати більш тривалі та стійкі симптоми, які можуть продовжуватися протягом довгих періодів часу [4].

У цьому контексті варто навести позицію, висвітлену у роботах О.Л. Туріної, В. Христенко, Я. Овсяннікової. Вчені наголошують на тому, що у військових з бойовим досвідом спостерігаються специфічні тематики симптомів ПТСР. Вони можуть досвіджувати повторні спогади, кошмари або флешбеки, пов'язані з бойовими подіями, втратою товаришів чи загрозою для життя [40; 46, 48].

А. І. Єна вказує, що ПТСР також може суттєво впливати на функціонування військовослужбовців з бойовим досвідом. Вони можуть мати проблеми із зосередженістю, міжособистісними взаєминами та професійною діяльністю [14].

Представлені особливості переживання ПТСР у військових з бойовим досвідом підкреслюють важливість диференційованого підходу до психологічної підтримки та психологічного супроводу цієї категорії людей.

Отже, психологічні особливості переживання ПТСР військовослужбовцями з бойовим досвідом є складними та включають інтенсивність симптомів, специфіку емоційних реакцій та певні поведінкові особливості. Розуміння цих особливостей є важливим для розробки ефективних стратегій попередження, діагностики та психологічного супроводу ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом. Дослідження у цій галузі продовжуються, і вони сприятимуть покращенню психологічної підтримки та допомоги для цієї вразливої групи осіб.

Однак, важливо підкреслити, що важливим фактором в розвитку ПТСР є не лише зовнішні ситуаційні чинники, але перш за все ставлення самої людини до ситуації. Це означає, що тривога та стрес визначаються особистим ставленням до потенційних загроз для гідності та фізіологічного благополуччя.

Аналізуючи дослідження вчених з різних країн, зокрема Ізраїлю, США та України, було виявлено, що вони акцентують увагу на різних аспектах переживання ПТСР у військових з бойовим досвідом. Наприклад, дослідники з Ізраїлю досліджували вплив соціально-психологічної підтримки на процес подолання ПТСР, українські вчені аналізували фактори, що впливають на переживання ПТСР, американські експерти розглядали зв'язок між бойовим досвідом та виникненням психогенії.

Отже, з урахуванням вищезазначених фактів, важливо розуміти, що переживання ПТСР у військових з бойовим досвідом є складним явищем, що залежить від багатьох факторів. Дослідження в цій галузі виконані вченими з різних країн, що дає можливість отримати широкий огляд особливостей цього стану. Детальне розуміння цих особливостей може служити основою для розробки ефективних психологічних підходів до підтримки військовослужбовців, які страждають від ПТСР.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОЯВІВ ТА ОЗНАК ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЯКІ МАЮТЬ БОЙОВИЙ ДОСВІД

3.1. Опис вибірки та методик дослідження.

Мета дослідження передбачала визначення особливостей ПТСР у військовослужбовців, які мають бойовий досвід. Для досягнення поставленої мети нами було проведене психодіагностичне дослідження, участь у якому взяли 50 військовослужбовців Чернівецького осередку всеукраїнської Громадської організації «Альфа Браво». Серед них 2 жінки та 48 чоловіків. Вікова категорія досліджуваних становить від 26 до 57 років. Досліджувані були поділені нами на групи в залежності від:

- сімейного стану (одружені/ неодружені)

- наявності дітей (наявні/ відсутні)

- військового звання:

- 1 група – рядовий склад;

- 2 група- офіцерський склад (окрім вищого офіцерського складу)

- тривалості бойового досвіду:

- 1 група - досліджувані, які мають бойовий досвід до 6ти місяців;

- 2 група – досліджувані, які мають бойовий досвід від 6ти до 12 місяців;

- 3 група – досліджувані, які мають бойовий досвід більше 1 року

Представлений поділ респондентів на групи був запропонований нами з метою виявлення факторів, які відіграють значущу роль у появі ознак ПТСР військовослужбовців.



Рис. 3.1. Розподіл досліджуваних респондентів за критерієм «сімейний стан» та «наявність дітей»

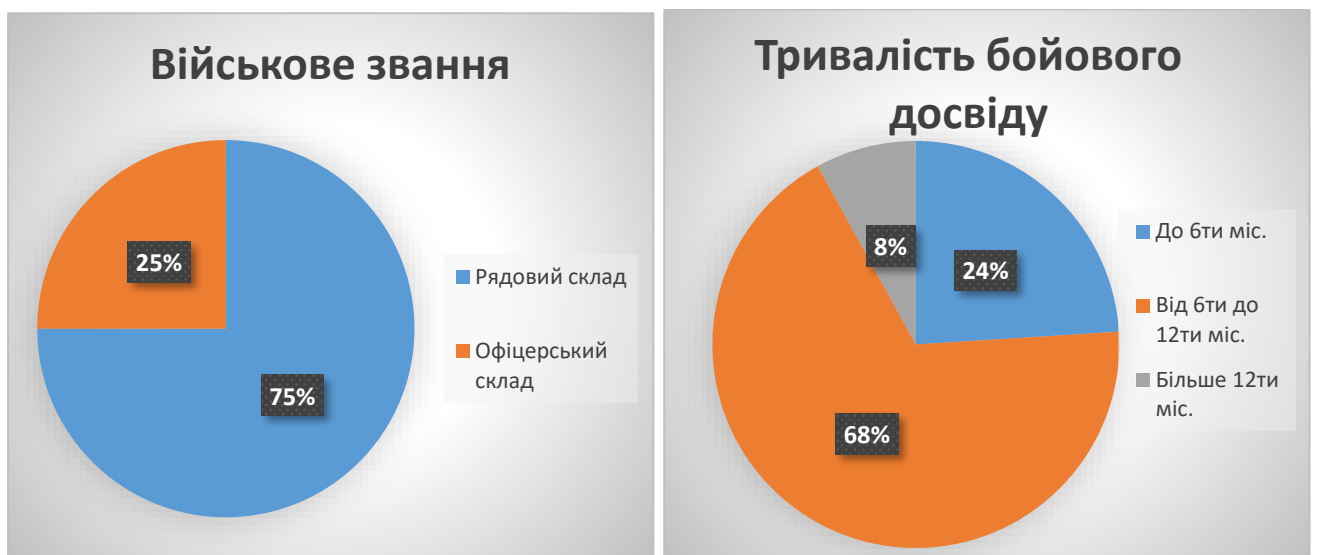


Рис. 3.2. Розподіл досліджуваних респондентів за критерієм «військове звання» та «тривалість бойового досвіду»

Для реалізації поставленої мети дослідження нами були використані наступні психодіагностичні методики.

1. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В. В. Hart) [15].

Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного

виду психічні травми. Ця методика проста і доступна для роботи з пацієнтами будь-якої категорії: опитувальник складається з десяти простих запитань, які передбачають однозначні відповіді. Як інструмент первинного скринінгу добре визначає найспецифічніші прояви ПТСР, такі як тривога і депресія.

Таким чином, дану шкалу доцільно застосовувати при скринінгу широкого контингенту, в тому числі у польових умовах. Також коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР може застосовуватися для самодіагностики, долучатися до комплексних опитувань особистісного складу, спрямованих на виявлення осіб із груп ризику і т.д.

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей «Так».

2. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) [15].

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. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

“Ключ”

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані – 76 ± 18 ; - психічні розлади – 86 ± 26 ; - ПТСР – 130 ± 18 .

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	$92,00 \pm 15,55$

3. Шкала оцінки впливу травматичної події [15].

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Шкала Втручання передбачає нав'язливі думки, кошмари, нав'язливі почуття та образи, дисоціативні повторні переживання. Шкала Уникнення включає пригнічення чутливості, уникнення почуттів, ситуацій та ідей. Шкала Збудливості передбачає: гнів, дратівливість, підвищену пильність, труднощі з концентрацією.

Обробка та інтерпретація результатів.

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт оцінюється:

“ніколи” – 0 балів;

“рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

4. Анкета «Стрес-фактори» (Агаєв Н.А.) [15].

Анкета виявляє негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій. Розроблена науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.

За результатами заповнення анкети проводиться обробка даних відповідно до правил ранжування, з метою визначення значимих стрес-факторів.

3.2. Психологічний аналіз проявів та ознак посттравматичних реакцій у військовослужбовців із бойовим досвідом

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) була використана нами з метою виявлення загальної картини найбільш типових негативних психологічних наслідків травматизації. Результати були представлені нами з урахуванням сімейного статусу та наявності/ відсутності дітей.

Таблиця 3.1.

Показники наявних ознак психологічної травматизації у досліджуваних за методикою «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)» в залежності від сімейного стану та наявності дітей (у%)

	Сімейний стан		Наявність дітей	
	Одружений	Не одружений	Наявні	Відсутні
%	38,4	61,6	43,3	56,7

Як видно з рис.3.1., показник психологічної травматизації значно вищий у не одружених респондентів (61,6%) порівняно із одруженими (38,4%). Вочевидь, науковий аналіз і вивчення психології військових та впливу бойового досвіду на їхній психологічний стан є складним завданням. Варто зауважити, що вплив подібних чинників може варіюватися в залежності від індивідуальних реакцій і контексту. Однак можна розглядати деякі можливі причини, чому показник психічної травматизації може бути вищим у неодружених військових порівняно з одруженими.

Одружені військові можуть мати більше доступу до соціальної підтримки від своїх партнерів. Моральна і емоційна підтримка від близьких допомагає знімати стрес та психічний тиск після воєнної служби. У неодружених досліджуваних може бути менше такої підтримки.

Неодружені військові також частіше стикаються з більшою соціальною ізоляцією після повернення з військової служби. Вони можуть не мати близьких відносин, які б допомогли їм адаптуватися до цивільного життя та подолати психологічні труднощі.

Існує точка зору, що неодружені військові можуть бути більш схильні приховувати свої емоції, що може погіршити психологічну травму [96].

Важливо зауважити, що це загальні спостереження, і кожна ситуація є індивідуальною. Одружені і неодружені військові можуть переживати свій бойовий досвід по-різному у кожному індивідуальному випадку.

Важливо також відзначити, що рівень психологічної травматизації вищий у військових, які не мають дітей (56,7%) порівняно з тими, хто має хоча б одну дитину (43,3%). Можемо пояснити це тим, що військові, які мають дітей, мають додаткове джерело соціальної підтримки в своїй сім'ї. Це включає психологічну підтримку, розуміння і співчуття від партнера та дітей, що може допомогти зняти стрес та травматичні емоції.

Важливим моментом при цьому є те, що для багатьох батьків діти можуть бути головним джерелом мотивації та сенсу власного існування. Це може допомогти військовим з дітьми краще долати труднощі, пов'язані із пережитими воєнними подіями та отриманим бойовим досвідом, оскільки вони будуть відчувати, потребу власних дітей у їхній підтримці та захисті.

Окремо варто відзначити й те, що при відсутності дітей, військовослужбовці можуть переживати більше почуття втрати та відокремлення, а відтак, і вищий рівень психологічної травматизації.

Деякі дослідження вказують на роль батьківства як захисту від стресу. Це може бути одним із факторів, які впливають на зниження рівня травматизації серед військовослужбовців, які є батьками [97].

Таблиця 3.2.

Показники наявних ознак психологічної травматизації у досліджуваних за методикою «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)» в залежності від військового звання (у%)

	Офіцерський склад	Рядовий склад
%	33,1	51,9

Як видно з табл. 3.2., показники тривоги, депресії та ПТСР у військових рядового складу вищі порівняно із військовими з офіцерськими званнями (51,9 % та 33,1 % відповідно). Пояснюємо це тим, що військові рядового складу приймають більшу участь у бойових діях і знаходяться у більшому ризику фізичних та психологічних травм під час активного бойового сутичок. Офіцери можуть більше займатися стратегічним плануванням і керівництвом, менше бувати безпосередньо на фронтовій лінії, що несе меншу безпосередню загрозу.

З іншого боку, офіцери часто несуть вищий рівень відповідальності за планування бойових операцій та безпеку свого підрозділу. Це може створювати додатковий стрес, але також дати їм відчуття контролю над ситуацією, що може сприяти виробленню ефективних копінг стратегій.

Таблиця 3.3.

Показники наявних ознак психологічної травматизації у досліджуваних за методикою «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)» в залежності від тривалості бойового досвіду (у%)

	Тривалість бойового досвіду		
%	До 6 міс.	Від 6 до 12 міс.	Більше 12 міс.
	31,2	65,3	41,7

Як видно з таблиці 3.3., показники тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) змінюються в залежності від тривалості бойового досвіду у військових. Отримані кількісні дані демонструють різні рівні цих психологічних симптомів у трьох різних груп військових. Це можна пояснити декількома можливими факторами.

Військові з бойовим досвідом до 6 місяців можуть переживати психологічний стрес та травму під час першого бойового досвіду, особливо якщо вони не були підготовлені до таких умов. Це, вочевидь, призводить до високих рівнів тривоги та депресії.

Поруч із цим військові з досвідом від 6 до 12 місяців знаходяться в більш довготривалому стресі і бойових умовах, що призводить до збільшення появи тривоги та ризику розвитку ПТСР. Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути більше вираженими саме у цієї категорії досліджуваних через кілька можливих факторів. Вони набули значну кількість стресових подій і травматичного досвіду під час цього періоду. Це може включати бойові операції, втрату товаришів по службі, фізичну небезпеку і т. д. Накопичення цих подій може призвести до розвитку ПТСР. Окрім того, симптоми ПТСР відтерміновані у часі, коли особа активно намагається впоратися зі своїми емоціями. Від 6 до 12 місяців після бойових подій може бути часом, коли симптоми починають проявлятися більш інтенсивно. Також з часом військові можуть ставати більш обізнаними щодо своїх емоційних реакцій. Це може призвести до того, що вони більше усвідомлюють свої симптоми ПТСР і звертаються за професійною допомогою.

Військові з більш тривалим бойовим досвідом (більше 12 місяців) можуть бути краще підготовлені до стресових ситуацій та мають достовірно більше досвіду у вирішенні поставлених бойових задач, що, у деяких випадках, може сприяти зменшенню психологічних симптомів ПТСР.

За методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», яка була використана нами з метою виявлення рівня впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду та ознак ПТСР,

було встановлено, що із загальної вибірки 17% досліджуваних продемонстрували ПТСР, 40% - характерні для ПТСР розлади, а 43% - добре адаптовані (рис. 3.3)

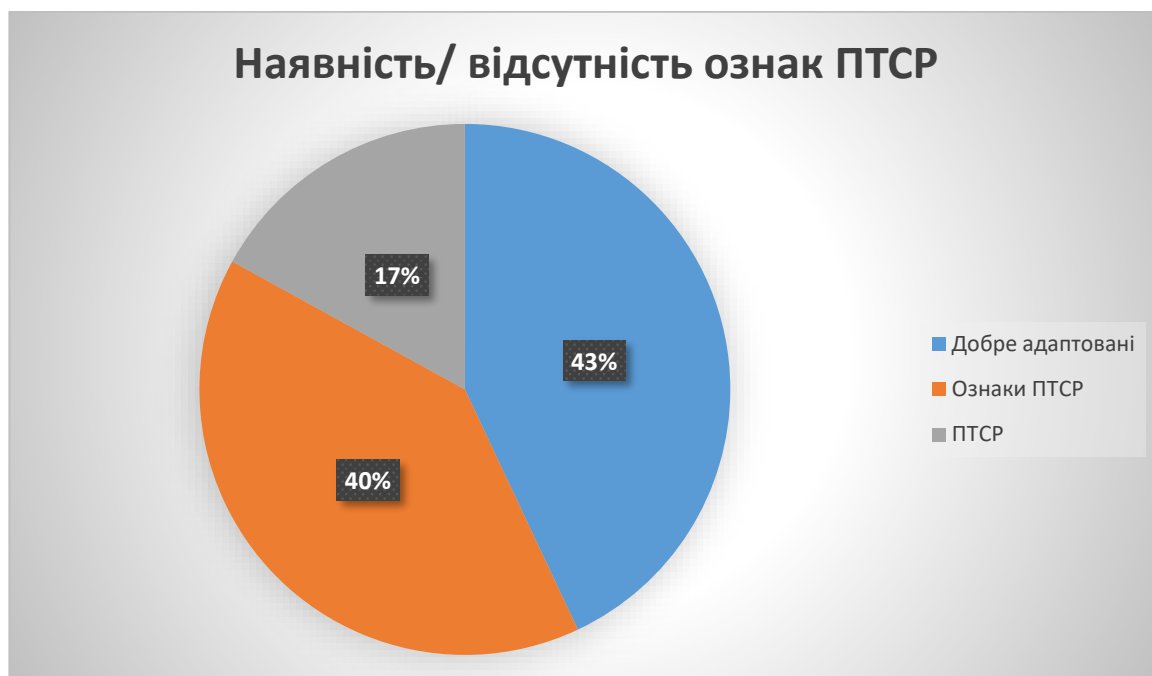


Рис. 3.3. Співвідношення досліджуваних військових із наявними та відсутніми ознаками ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Можемо припустити, що 17% військових, які брали участь у дослідженні, мають загальний клінічний діагноз ПТСР (оскільки пункти, які містяться в опитувальнику, базуються на критеріях міжнародної класифікації хвороб DSM IV). Це вказує на те, що ці особи проявляють істотні симптоми та ознаки, які відповідають критеріям ПТСР.

Поруч із цим у 40% - були визначені характерні для ПТСР розлади. Вочевидь, ці особи можуть мати симптоми, які вказують на потенційний ПТСР, але не всі з них відповідають усім критеріям для загального клінічного діагнозу. Вони все ще можуть відчувати значний психологічний стрес та дистрес, пов'язаний зі своїм пережитим бойовим досвідом.

Водночас, 43% досліджуваних були визначені як «добре адаптовані». Особи, які складають цю групу, мають більш адаптований психологічний стан та можливо менше симптомів ПТСР або взагалі не відповідають критеріям для діагнозу ПТСР.

Нами також були отримані результати за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» в залежності від складу сім'ї та наявності дітей.

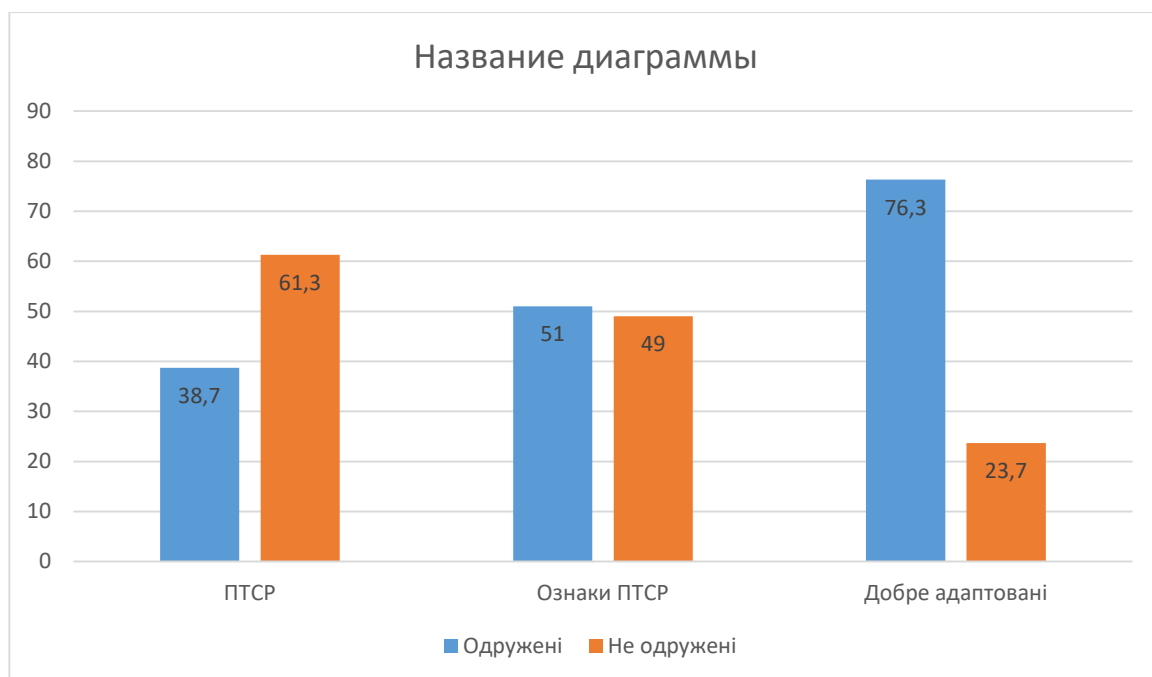


Рис. 3.4. Співвідношення досліджуваних військових із ознаками ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» в залежності від складу сім'ї.

Як видно з рис. 3.4., посттравматичний стресовий розлад частіше проявляється у військових, які не одружені (61,3%) порівняно з одруженими (38,7%), і це може бути пов'язано з кількома можливими факторами. Одружені військові мають додатковий рівень соціальної підтримки від своїх партнерів та сім'ї. Ця підтримка допомагає їм краще справлятися зі стресом та психологічними труднощами. Спільний досвід та рефлексія з партнером можуть допомогти вирішувати психологічні проблеми. У неодружених

військових може бути менше можливостей для виразу емоцій та знаходження психологічної підтримки.

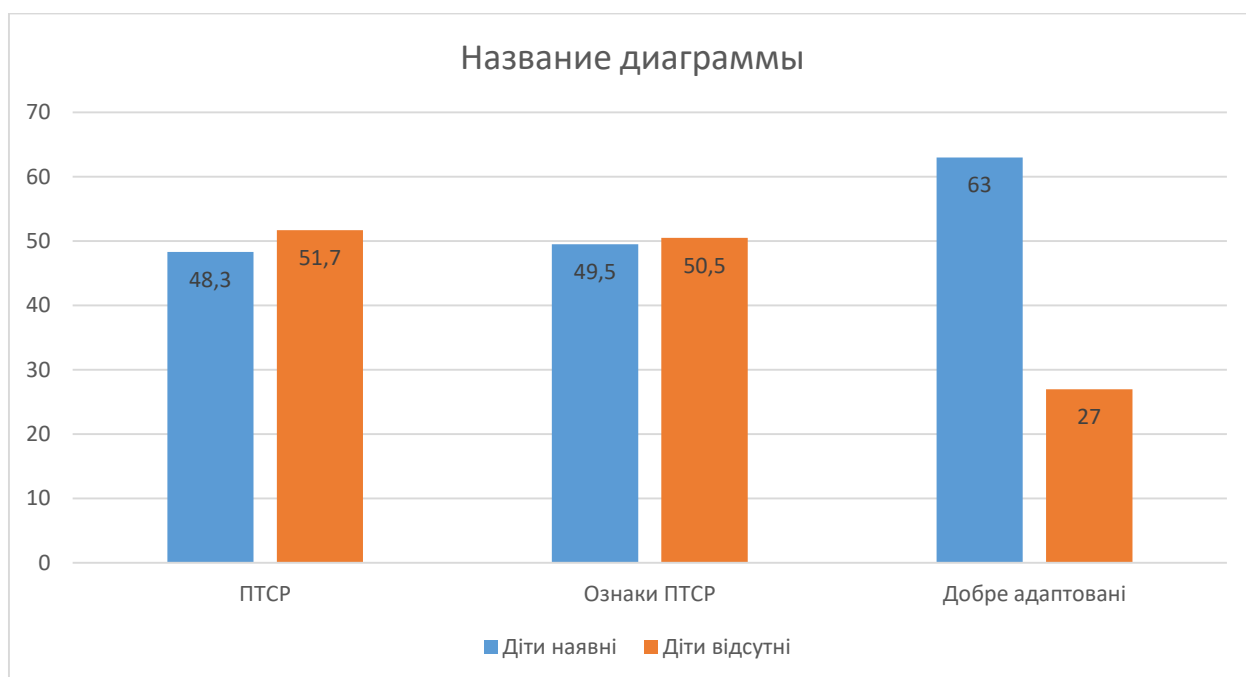


Рис. 3.5. Співвідношення досліджуваних військових із ознаками ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» в залежності від наявності/ відсутності дітей.

Як видно з рис. 3.5., не було виявлено суттєву різницю у ПТСР та ознаках ПТСР у досліджуваних в залежності від наявності чи відсутності дітей. Отже, ознаки ПТСР можуть бути специфічними для кожної особи, і наявність дітей не завжди буде визначальним фактором у розвитку його симптомів. Наявність спеціалізованої допомоги, соціальної підтримки та підтримки від колег і командного складу може бути важливішою для подолання ПТСР, ніж сімейний статус. Окрім того, важливо враховувати конкретні події, які пережив військовослужбовець. Деякі військові можуть бути свідками або жертвами травматичних подій, які мають значний вплив на їхню психіку, незалежно від сімейного статусу.

Нами також було визначено, що наявність ПТСР та ознак ПТСР частіше проявляється у військовослужбовців рядового складу, порівняно з офіцерським (рис. 3.6.).

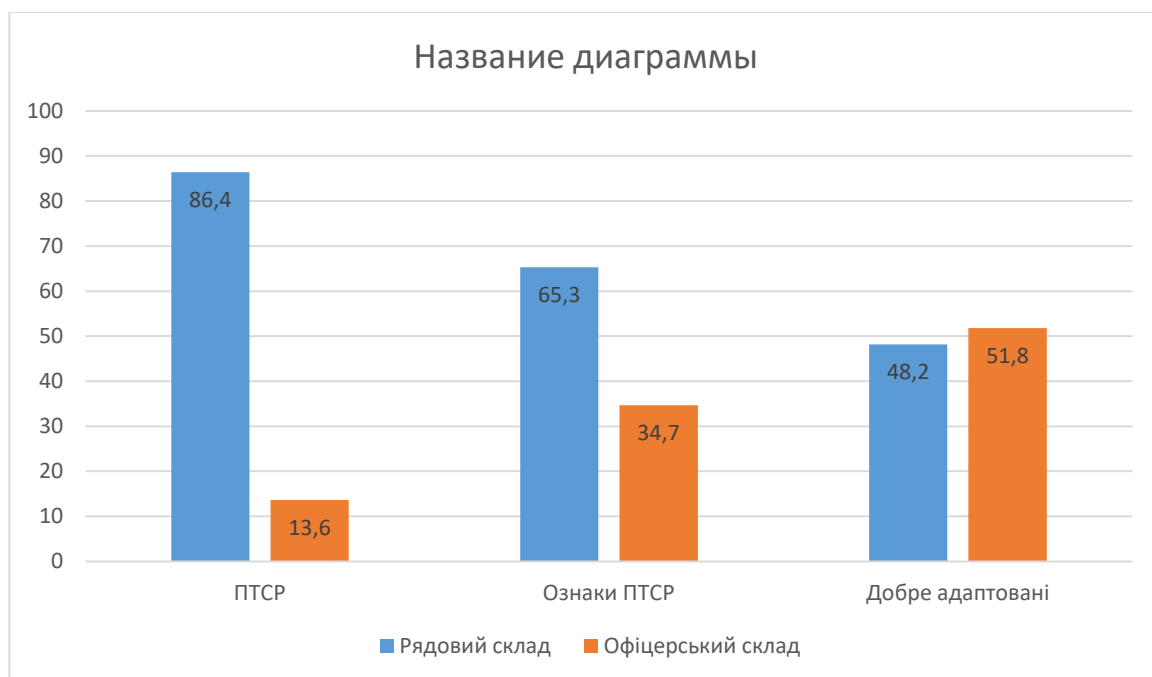


Рис. 3.6. Співвідношення досліджуваних військових із ознаками ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» в залежності від військового звання.

Різницю в проявах посттравматичного стресового розладу між військовослужбовцями рядового і офіцерського складу можемо пояснити, у першу чергу, експозицією до ризику. Військовослужбовці рядового складу можуть бути більше в експозиції до ризику та бойових дій, особливо на передніх лініях. Вони можуть частіше знаходитися у безпосередній небезпеці, приймати активну участь у бойових операціях, що збільшує їхній ризик виникнення ПТСР.

Офіцери у своєму службовому досвіді, окрім прямої участі в бойових операціях, мають також адміністративну та командну роботу, яка може бути менше небезпечною.

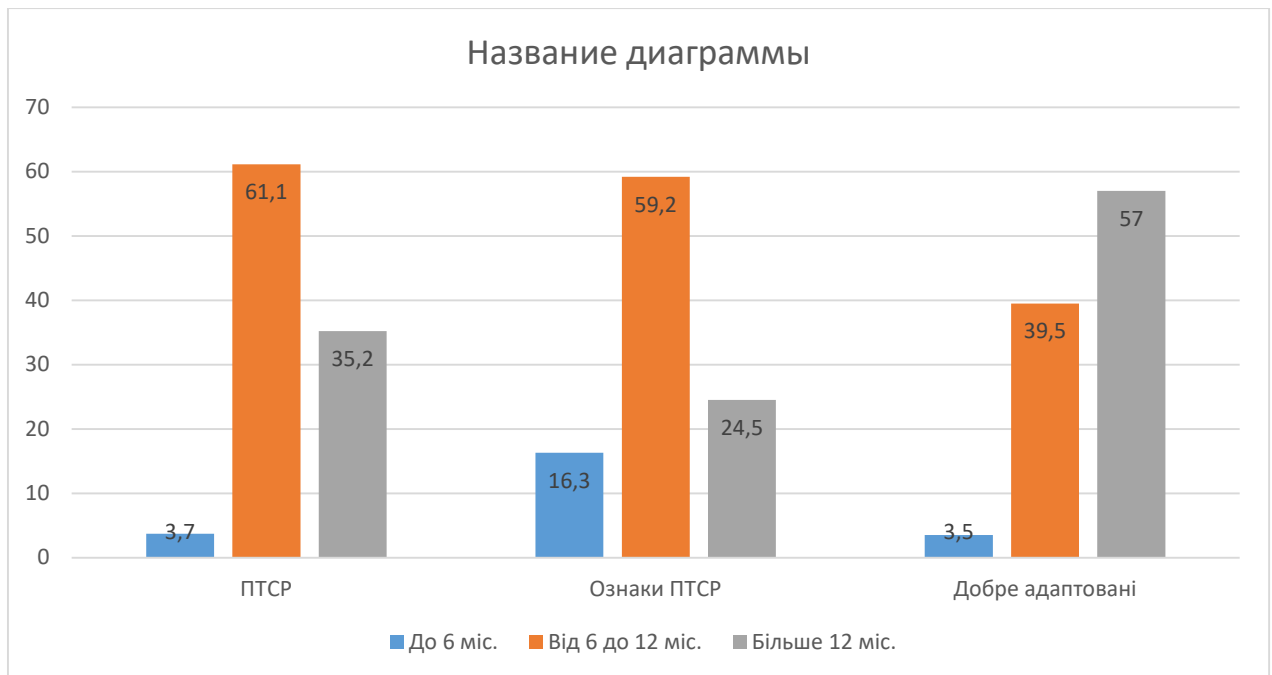


Рис. 3.7. Співвідношення досліджуваних військових із ознаками ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» в залежності від тривалості бойового досвіду.

Як видно з рис. 3.7. ПТСР та ознаки ПТСР частіше проявляються у військових, які мають бойовий досвід від 6 до 12 місяців, порівняно з тими, які мають досвід до 6 місяців або більше 12 місяців. Пояснюємо це накопиченням стресу в порівнянні з тими, хто служив менше 6 місяців. Окрім того, типовий час для прояву симптомів ПТСР часто припадає як раз на період після 6 місяців.

Також, перші місяці військової служби можуть бути періодом адаптації і навчання, після якого військовий стикається з більш інтенсивними бойовими операціями, що можуть призвести до більшого ризику стресу та ПТСР. Під час перших місяців бойового досвіду військовослужбовці часто знаходяться в стані підвищеного емоційного напруження, що впливає на їхню здатність копіювати зі стресом і реагувати на травматичні ситуації.

Важливим також є той факт, що з часом рівень соціальної підтримки та розуміння від родини та колег може змінюватися. Військовослужбовці, які мають бойовий досвід від 6 до 12 місяців, можуть знаходитися на етапі, коли

підтримка і розуміння з боку оточення зменшуються, що може підсилити симптоми ПТСР.

«Шкала оцінки впливу травматичної події» була спрямована нами на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Вона дозволила також визначити субшкали “вторгнення”, “уникнення» та “збудливості”.

Таблиця 3.4.

Показники за «Шкалою оцінки впливу травматичної події»
в залежності від військового звання (у%)

Критерії	Військове звання	
	Рядовий склад	Офіцерський склад
Вторгнення	20	18
Збудливість	45	33
Уникнення	35	49

Найбільш вираженою ознакою ПТСР у військовослужбовців рядового складу було виявлено фізіологічну збудливість (45%). Основні фізіологічні ознаки підвищеної збудливості при цьому включають порушення сну з неможливістю заснути, нічні кошмари, які повторюються; дратівливість, спалахи неконтрольованого гніву; спалахи агресії, які можуть виявлятися через застосування силового тиску на інших, навіть в тих ситуаціях, які не є критичними для життя, при чому це може стосуватися навіть рідних і близьких. При цьому також характерна надмірна та невиправдана пильність, з якою військовослужбовці пильно стежать за подіями навколо себе та шукають потенційної загрози. Це виявляється у постійному фізичному напруженні, яке не дає можливості відпочити та розслабитися.

Підвищена збудливість також проявляється надмірними полохливими реакціями, які включають стрімкі рухи під час навіть найменших несподіванок, таких як кидання на землю під час звуків, що нагадують звук двигуна танка або різкі повороти та прийом бойової позиції при наближенні когось з-за спини. Збільшена підозрілість, яка призводить до недовіри майже до всіх, окрім товаришів, які були в зоні бойових дій разом із ними. Часто ця підозрілість також розповсюджується на родичів і близьких військовослужбовця. У межевому випадку можна також спостерігати параною яка виявляється в постійному переконанні, що за ними хтось стежить і намагається завдати шкоди. Це призводить до постійної напруженості та неможливості розслабитися навіть вночі [7].

Натомість, в офіцерів на першому місці – симптом уникнення (49%). Цей стан характеризується тим, що військовослужбовці активно уникають будь-яких стимулів, які нагадують їм про пережитий травматичний досвід. Це супроводжується емоційним виснаженням і відчуттям відірваності від інших осіб. Вони намагаються уникати думок і почуттів, пов'язаних з травмою, а також уникають будь-яких дій або ситуацій, які можуть викликати спогади про травму. У них також може бути порушена здатність згадувати важливі аспекти травми (психічна амнезія). Вони часто відчувають відчуження від оточуючих, мають обмежену здатність до співпереживання та психологічної близькості з іншими людьми.

Ще одним симптомом, який серйозно погіршує якість життя військовослужбовців, які брали активну участь у бойових діях, є «вторгнення». Воно включає в себе постійні спогади і відтворення подій, які можуть позбавляють бійців відчуття реальності, погіршують їх загальний емоційний стан, викликає відчуття постійної тривоги. Виникаючі флешбеки у військових з бойовим досвідом у деяких випадках навіть можуть створювати потенційну небезпеку для оточуючих.

Таблиця 3.5.

Показники за «Шкалою оцінки впливу травматичної події»
в залежності від тривалості бойового досвіду (у%)

Критерії	Тривалість бойового досвіду		
	До 6 міс.	Від 6 до 12 міс.	Більше 12 міс.
Вторгнення	40	26	25
Збудливість	51	44	24
Уникнення	9	30	51

Як видно з табл. 3.5. у військовослужбовців із тривалістю бойового досвіду до 6 місяців частіше проявляється такий симптом ПТСР як «збудливість» (51%), на другому місці – «вторгнення» (40%) та на третьому «уникнення» (9%). Пояснюємо це тим, що в перші місяці служби військовослужбовці ще тільки адаптуються до військового життя та бойових ситуацій. Цей період може бути особливо надзвичайно напруженим та страшним через незнайомість із загрозами та стресами, які неминучі у бойовій зоні. Саме це призводить до надмірної збудливості і підвищеної реакції на подразники, оскільки військові ще не мають достатньо досвіду управління стресом. Окрім того, військовослужбовці з нетривалим бойовим досвідом можуть бути більш активно включені в бойові дії, що збільшує їх ризик виникнення різних симптомів ПТСР, включаючи збудливість. Інтенсивні бойові дії викликають більше потужних вражень та, як правило, супроводжуються сильнішою травматизацією.

В перші місяці бойового досвіду військовослужбовці можуть бути більш уразливими до почуттів страху та тривоги, оскільки ще не розвинули механізми копінг стратегій. Це може призвести до посиленої збудливості та психологічної напруги. Ураховуючи ці фактори, цілком можливо, що збудливість більше проявляється у військовослужбовців з малим бойовим досвідом (до 6 місяців), оскільки це їхній перший досвід в небезпечних умовах

і бойових діях, і вони ще не навчилися ефективно керувати своїми емоціями та реакціями на стрес.

Натомість, у досліджуваних із бойовим досвідом від 6 до 12 місяців також переважає симптом збудливості (44%), однак симптом уникнення зростає до 30%.

Поясненням цього, в першу чергу, може бути те, що військовослужбовці, які перебували в бойових діях вже протягом півроку, зазнають накопичення стресових і травматичних вражень від довшого перебування в небезпечних умовах. Цей триваліший термін служби може призвести до підвищеного ризику для всіх симптомів ПТСР, особливо уникнення.

Окрім того, протягом 6-12 місяців військовослужбовці мають більше можливостей бути свідками або взяти безпосередню участь у травматичних подіях. Це може включати в себе бойові дії, переживання втрат товаришів, фізичні травмування та інші страшні ситуації, які викликають бажання уникати будь-яких подій або ситуацій, що нагадують про ці події.

Тривалість служби в бойових умовах також може призвести до того, що травматичні події стають надто неприємними і стійкими в спогадах військовослужбовця. Військові намагаються уникати всього, що нагадує їм ці події, щоб зменшити постійний психологічний дискомфорт.

Для досліджуваних військовослужбовців, які мають бойовий досвід більше 12 місяців також найбільш характерним симптомом ПТСР було визначене «уникнення». Вочевидь, це пояснюється накопиченням стресу і травматичних подій. Окрім того, з тривалістю служби більше 12 місяців військовослужбовці можуть стати глибше зв'язаними з бойовим середовищем, що призводить до більших витрат фізичної та емоційної енергії. Це викликає відчуття виснаження та бажання уникати будь-яких додаткових стресових ситуацій.

Важливо також наголосити на тому, що такий тривалий термін бойового досвіду може вказувати на постійну небезпеку та тривалий стрес, що

супроводжує військовослужбовців. Це може призвести до перебільшеної уваги до ризику і бажання уникати будь-яких ситуацій, які можуть збільшити їхню вразливість.

Отже, проведений аналіз дозволяє узагальнити, що із збільшенням тривалості бойового досвіду у військовослужбовців відбувається зміна провідного симптому ПТСР від "збудливості" до "уникнення", що може бути наслідком накопичення стресу та травматичних подій протягом тривалої служби. З часом військові можуть навчитися уникати ситуацій, які нагадують про пережитий травматичний досвід, в якості одного зі способів знизити психологічний дискомфорт.

У проведеному нами дослідженні була використана анкета «Стрес-фактори» (Агаєв Н.А.), яка дозволила виявити негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій (табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Показники за анкетною «Стрес-фактори» у військовослужбовців
із бойовим досвідом

№	Стрес-фактори	%
1	Страх полону	54,3
2	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	53,6
3	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	53,4
4	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	53
5	Помилки командування	51,9
6	Різкі, неочікувані зміни умов служби	48,6
7	Поранення, контузії, каліцтва	46,7
8	Побоювання, страх власної загибелі	46
9	Незадоволеність у матеріальних потребах.	45,3
10	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	41,6

11	Довготривалі навантаження, які породжують втому	40
12	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	32
13	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).	29,8
14	Необхідність переробки великого обсягу інформації та необхідність прийняття рішень	25
15	Неможливість змінити умови свого існування.	21,3

У таблиці 3.6. нами представлені ті фактори, які досліджувані визначили як найбільш стресогенні. На першому місці за кількістю виборів можна побачити такий фактор стресу як «страх полону». Можемо пояснити це тим, що військовослужбовці, особливо ті, які вже мають досвід бойових дій, зазвичай, навчені відчувати себе впевнено та контролювати ситуації. Потрапляння в полон означає втрату цього контролю і незалежності, що викликає страх і тривогу. Перебування у полоні часто супроводжується фізичними та психологічними травмами. Сам факт знаходження в таких умовах, де існує загроза фізичному і психічному здоров'ю, викликає страх.

Полонені військовослужбовці, зазвичай, відокремлені від свого військового колективу та підтримки. Ця соціальна ізоляція може поглиблювати відчуття страху та відчуження. Важливим також є відчуття невизначеності та невідомості стосовно свого майбутнього, можливого визволення та подальшої долі. Окрім того, перебування у полоні означає втрату особистої свободи і гідності, що може викликати почуття безсилля, страху та образи.

Друге місце за кількістю виборів посідають «Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності. Можемо пояснити це тим, що інстинкт самозбереження є одним з найсильніших інстинктів в людини. У військових цей інстинкт розвинутий особливо сильно, оскільки вони

навчаються ставити своє життя на кон, коли це необхідно задля виконання своїх обов'язків.

Разом із отриманням бойового досвіду військові навчаються реагувати на загрози та ситуації, які можуть загрожувати його життю. Вони вивчають техніки і тактики для збереження власної безпеки, однак навіть найкраще підготовлені військові можуть відчувати страх та стрес в ситуаціях, які безпосередньо загрожують життю. Військовослужбовці часто зазнають травматичних подій, які залишають негативний слід у їхній психіці. Ситуації, які загрожують життю, часто стають джерелом посттравматичного стресового розладу, який проявляється в сильних реакціях на травматичні події.

Отже, базовий інстинкт самозбереження, накопичений бойовий досвід, потужні емоційні реакції та можливість розвитку травматичних розладів роблять ці ситуації особливо стресовими та навіть травматичними для психіки військових.

Серед факторів стресу для військових із бойовим досвідом важливим було також визначено «Випадки загибелі мирних громадян та побратимів». Пояснюємо це тим, що військові навчаються співчувати та підтримувати одне одного в бойових умовах. Побратими стають родиною, і втрата кого-небудь з них внаслідок військового конфлікту або травми може сильно вразити психологічно і викликати потужний стрес. Окрім цього, військові можуть стикатися з моральними та етичними дилемами, коли їхні дії або рішення призводять до смерті мирних громадян або побратимів. Якщо військовий був свідком або брав участь у подіях, які спричинили смерть мирних громадян або побратимів, це може викликати відчуття провини. Усвідомлення власної участі в таких подіях посилює психологічну травму.

Одним із значущих факторів стресу досліджуваними було визначено «Помилки командування». Передусім, можемо це пояснити страхом за власну безпеку. Військові знають, що некомпетентні рішення або недбалість у командуванні можуть призвести до небезпеки для їхнього життя. Цей страх за

власну безпеку може бути дуже потужним та викликати надмірні стресові реакції.

Військові, які бачать помилки у командуванні, також можуть відчувати надмірний тиск та відповідальність за виправлення цих помилок або їхні наслідки. Окрім цього, помилки та недоліки в командуванні можуть підірвати довіру військових до всієї системи та негативно вплинути на їхню мотивацію до служби.

Окрім описаних стрес-факторів, досліджувані військовослужбовці також часто обирали різкі, неочікувані зміни умов служби; поранення, контузії, каліцтва; незадоволеність у матеріальних потребах; події, у результаті яких постраждали честь та гідність; довготривалі навантаження, які породжують втому; фізичне знищення бойовиків (особливо вперше); стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження); необхідність переробки великого обсягу інформації та необхідність прийняття рішень; неможливість змінити умови свого існування.

Нами також було визначено співвідношення стрес-факторів у військовослужбовців в залежності від їхнього військового звання (рис. 3.8.)

Як видно з діаграми 3.8., страх полону вищий серед військових рядового складу порівняно з офіцерами. Можемо це пояснити тим, що офіцери мають більше досвіду, підготовки та самоідентифікації з лідерською роллю, що дозволяє їм більше контролювати свої страхи та діяти рішуче. Рядові військові можуть більше ідентифікувати себе з роллю "звичайного бійця" і відчувати більший страх полону через ближчий соціальний та емоційний зв'язок з побратимами.

Стрес-фактори, такі як «Ситуації, які загрожують життю» та «Випадки загибелі мирних громадян та побратимів», більш виражені у військових рядового складу порівняно з офіцерами. Це може бути пояснене кількома причинами.

По-перше, рядові військові, зазвичай, перебувають на передньому краї фронту та знаходяться безпосередньо в зоні бойових дій. Вони зазнають більше напруги та можливих небезпек. По-друге, роль рядового військового часто вимагає від них строго дотримання вказівок командування та забезпечення безпеки своїх товаришів зі складу. Ця відповідальність може створювати додатковий стрес та психологічне навантаження. По-третє, рядові військові можуть мати тісніший емоційний контакт з побратимами, з якими вони служать поруч і діляться багатьма важливими моментами. Втрата побратима або загибель мирних громадян може сильно вплинути на їхню психічну стійкість.

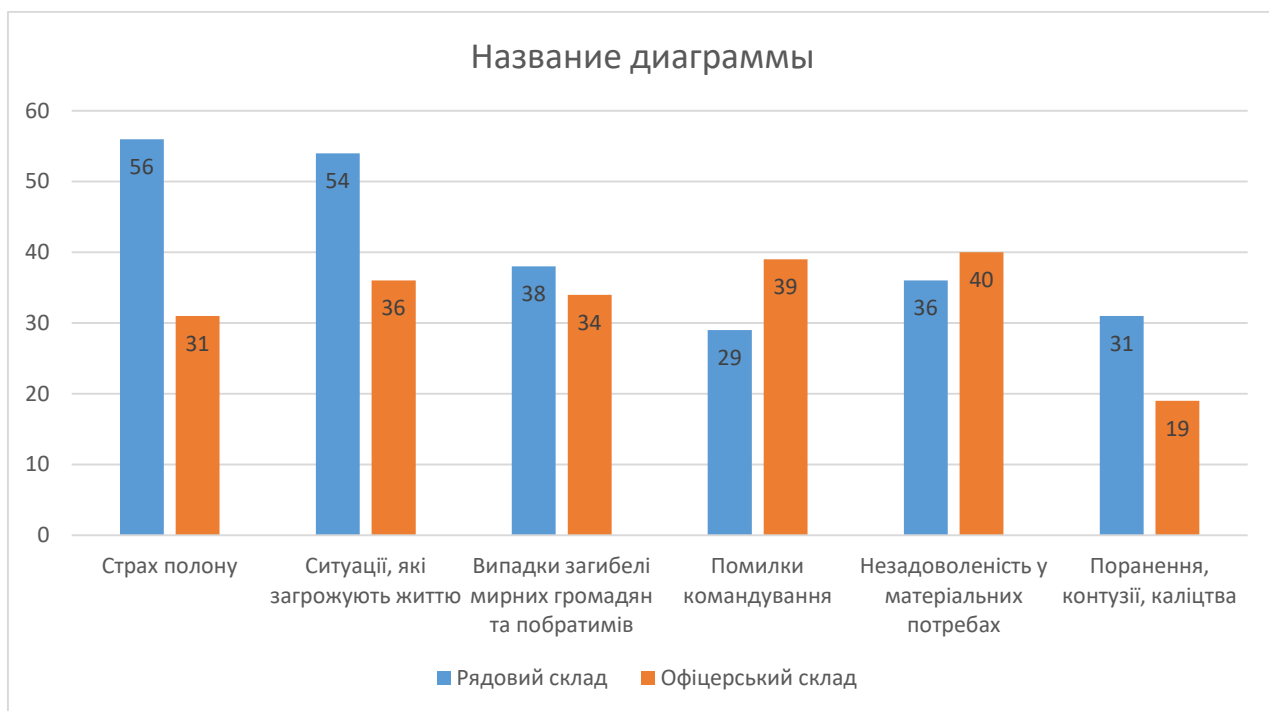


Рис. 3.8. Співвідношення стрес-факторів у військовослужбовців в залежності від військового звання

Нами також було визначено, що такі стрес-фактори як «Помилки командування» та «Незадоволеність у матеріальних потребах», вищі у військовослужбовців офіцерського складу порівняно з рядовими.

Можемо це пояснити тим, що офіцери несуть на собі велику відповідальність за прийняття стратегічних рішень та координацію операцій. Помилки командування можуть мати серйозні наслідки для успішності місії та безпеки військового персоналу. Така велика відповідальність створює психологічний тиск на офіцерів, і викликає високий рівень стресу. По-друге, офіцери часто підпадають під вплив політичних та адміністративних рішень, які можуть впливати на хід операцій та робочі умови. Вони можуть відчувати незадоволеність щодо рішень, над якими вони не мають контролю.

Окрім того, офіцери відчують незадоволеність у матеріальних потребах через обмеженість ресурсів та обладнання, необхідного для виконання їхніх обов'язків. Вони переживають труднощі у забезпеченні своєї команди необхідними ресурсами.

Такий стрес-фактор, як «Поранення, контузії та каліцтва» виявився вищими у військових рядового складу порівняно з офіцерським. Пояснюємо це тим, що рядові частіше знаходяться на передовій лінії під час бойових операцій, де ризик поранення та контузій є значно вищим. Вони можуть бути більш прямо втягнуті в воєнні дії та ближче до бойових зон, що підвищує їхню вразливість до фізичних травм. Вони, як правило, виконують більше завдань на передовій, таких як патрулювання, оборона позицій та інші дії, які можуть підвищувати їхній ризик поранення.

Нами також було визначено співвідношення стрес-факторів у військовослужбовців в залежності тривалості бойового досвіду (рис. 3.9.).

Як видно з рис. 3.9., стрес-фактори «Страх полону» та «Ситуації, які загрожують життю» сильніше виражені у військових із бойовим досвідом до 6 місяців, а з тривалістю служби вони суттєво зменшуються.

Можемо пояснити це тим, що військові, які тільки почали служити, стикаються з новими та несподіваними ситуаціями на передовій, і це може підвищувати їхній страх перед небезпекою. З часом та набутим досвідом, вони стають більш впевненими та адаптованими до таких умов, що призводить до

зменшення страху. Також, соціальна підтримка військового співтовариства грає важливу роль у допомозі новачкам впоратися зі стресом та страхами.

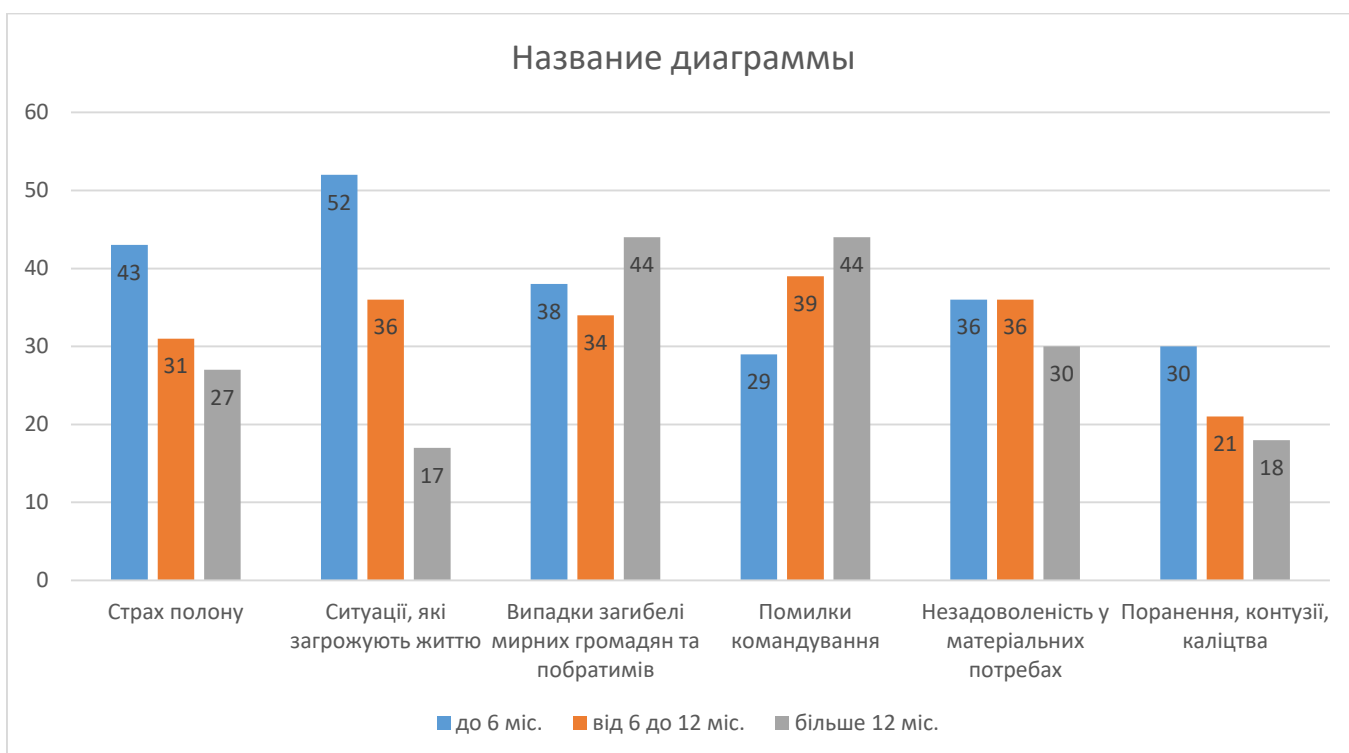


Рис. 3.9. Співвідношення стрес-факторів у військовослужбовців в залежності від тривалості бойового досвіду

Цікавим виявилися результати, отримані за стрес-фактором «Випадки загибелі мирних громадян та побратимів». В якості основного стрес-фактору його обрали 38% досліджуваних з тривалістю бойового досвіду до 6 місяців, від 6 до 12 місяців – 34%, від 12 місяців – 44%.

Цей стрес-фактор є дуже значущим у воєнних умовах, оскільки свідчить про трагічні події, які військові можуть спостерігати під час бойових операцій.

Таким чином, той результат, де військові з бойовим досвідом до 6 місяців вказують на цей стрес-фактор як основний, може пояснюватися їхньою новизною та невідомістю бойових умов. Під час перших місяців служби військові особливо чутливі до таких подій та переживань.

У військових з тривалістю служби від 6 до 12 місяців (34%) цей стрес-фактор також залишається важливим, але ймовірно, з часом вони починають адаптуватися до побаченого та набувають більшої психологічної стійкості.

Для категорії військових, які служать більше 12 місяців і вказують на стрес-фактор "Випадки загибелі мирних громадян та побратимів" як основний (44%), це може бути пояснене більшою зближеністю з побратимами. Адже під час тривалої служби військові мають можливість встановити близькі стосунки з іншими військовослужбовцями, особливо тими, з ким вони проходять через бойові ситуації та небезпеку разом. Побратими стають не лише колегами, але і друзями, які можуть підтримувати один одного в складних моментах та розуміти специфіку військової служби.

«Помилки командування» зі збільшенням тривалості бойового досвіду виступають більшим стрес-фактором для військовослужбовців. З тривалістю служби військові можуть набувати більше досвіду і навичок у визначенні та розпізнаванні помилок власного командування. Вони можуть відчувати більшу відповідальність за результати своєї діяльності і роботу свого підрозділу. Це вказує на те, що вони стають більш самокритичними і більш прискіпливо оцінюють роботу командування. Окрім того, більш досвідчені військові є більш обізнані щодо можливих наслідків та впливу невірних рішень командування щодо безпеки і результатів їхньої служби, що може підвищувати їхню тривогу та стрес.

«Поранення, кантузії, каліцтва» в якості основного стрес-фактору суттєво зменшується з тривалістю бойового досвіду у військовослужбовців. Це може бути пояснене тим, що з плином часу військовослужбовці можуть пристосовуватися до ризиків і небезпек, пов'язаних з військовою службою. Вони можуть розвивати більшу стійкість до стресових ситуацій та реагувати менш емоційно на можливі поранення або травми. Отже, зменшення цього фактору з тривалістю бойового досвіду у військовослужбовців може бути наслідком їхньої адаптації, розвитку досвіду та навичок, а також набуття психологічної стійкості.

Таким чином, проведений кількісний та якісний аналіз дозволяє узагальнити, що відчуття стресу у військовослужбовців залежить від їхнього військового звання. Рядові військовослужбовці переживають більший ступінь стресу внаслідок таких факторів, як "Ситуації, які загрожують життю", "Випадки загибелі мирних громадян або побратимів" та "Поранення, контузії та каліцтва", у порівнянні з офіцерами. З іншого боку, "Помилки командування" та "Незадоволеність у матеріальних потребах" більш інтенсивно впливають на офіцерів, порівняно з рядовими військовослужбовцями.

Вибір основних стрес-факторів також залежить від тривалості військового досвіду. Сильніше виражені стрес-фактори, такі як "Страх полону", "Ситуації, що загрожують життю" та "Поранення, кантузії, каліцтва", спостерігаються у військових з бойовим досвідом до 6 місяців, а після 12 місяців служби їх значення суттєво зменшується. Разом із цим, стрес-фактор "Випадки загибелі мирних громадян та побратимів" найбільше впливає на військових з тривалістю бойового досвіду більше 12 місяців. "Помилки командування" також виступають більшим стрес-фактором для військовослужбовців у залежності від тривалості служби.

ВИСНОВКИ

1. Дослідники звертають увагу на вплив психосоціальних факторів при розвитку та прояві ПТСР. Зокрема, негативні когнітивні переконання, низька якість соціальних взаємин, відсутність соціальної підтримки та серйозність травми є важливими факторами, що сприяють розвитку та утриманню ПТСР. Дослідження також підкреслюють важливість соціальної підтримки та покращення якості життя для клієнтів з ПТСР.

Українські дослідники акцентують увагу на врахуванні культурних особливостей та контексту травми при розумінні та лікуванні ПТСР. Врахування індивідуальних потреб та цінностей пацієнтів, адаптація терапевтичних підходів до культурних нюансів є важливими аспектами ефективного психологічного супроводу ПТСР.

2. Причини та фактори, що призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, є багатограними. Небезпеки військової служби, особистісні та біологічні фактори, соціальна підтримка та оточення, а також стратегії копіngu грають важливу роль у розвитку ПТСР у цій групі. Розуміння цих факторів є важливим для розробки ефективних стратегій попередження, діагностики та психологічного супроводу ПТСР у військовослужбовців.
3. Військовослужбовці з бойовим досвідом можуть демонструвати вищу інтенсивність та тривалість проявів та ознак ПТСР, що може бути пов'язане з їхнім високим рівнем стресу, зумовленого бойовими умовами. Вони можуть мати специфічні тематики симптомів, пов'язаних зі своїм бойовим досвідом, втратами та загрозою для життя.
4. Сімейний статус та наявність чи відсутність дітей - це лише деякі фактори, які впливають на ризик розвитку ознак ПТСР, і вони

повинні розглядатися разом з іншими факторами в контексті історії життя конкретної особи.

5. Найбільш вираженою ознакою ПТСР у військовослужбовців рядового складу було виявлено фізіологічну збудливість. Натомість, в офіцерів на першому місці – симптом уникнення.
6. Із збільшенням тривалості бойового досвіду у військовослужбовців відбувається зміна провідного симптома ПТСР від "збудливості" до "уникнення", що може бути наслідком накопичення стресу та травматичних подій протягом тривалої служби. Отже, з часом військові можуть навчитися уникати тих ситуацій, які нагадують їм про пережитий травматичний досвід.
7. Страх полону вважається військовослужбовцями одним із найсильніших факторів стресу, оскільки він впливає на їхню самостійність, безпеку, соціальну підтримку та психологічний комфорт.
8. Значення стрес-факторів для військовослужбовців відрізняється в залежності від військового звання. Такі стрес-фактори як «Ситуації, які загрожують життю», «Випадки загибелі мирних громадян чи побратимів», «Поранення, контузії та каліцтва» більш інтенсивно переживаються рядовими військовими у порівнянні з офіцерами. Натомість «Помилки командування» та «Незадоволеність у матеріальних потребах», вищі у військовослужбовців офіцерського складу порівняно з рядовими.
9. Вибір основних стрес-факторів військовими залежить від тривалості їхнього бойового досвіду. Стрес-фактори «Страх полону», «Ситуації, які загрожують життю» та «Поранення, кантузії, каліцтва» сильніше виражені у військових із бойовим досвідом до 6 місяців, а з тривалістю служби вони суттєво зменшуються. Стрес-фактор «Випадки загибелі мирних громадян та побратимів» найбільше виражений у військових з тривалістю бойового досвіду більше 12

місяців. «Помилки командування» з тривалістю бойового досвіду також виступають більшим стрес-фактором для військовослужбовців.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алещенко В.І. Організація і забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців: Навчальний посібник /В.І. Алещенко, О.Д. Сафін, Є.М. Потапчук – Київ. – 2017. – 134 с.
2. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб. / Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2020. – 272 с.
3. Блінов О. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. // Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. – № 2 (12). – Вип. 12. – Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. – С. 9-22.
4. Бойчук, С. С. Комплексне дослідження готовності до змін і толерантності до невизначеності у поліцейських КОРД із різним рівнем життєздатності Право і безпека. 2021. № 3 (82). С. 58-69.
5. Бондаренко Н.В., Галицький В.П. Різноманітність реакцій на травматичні події. Український психологічний журнал, 2022. 4(1), 28-37.
6. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія / Ю. Л. Бриндіков. – Хмельницький : Вид-во «Поліграфіст», 2018. – 372 с.
7. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил. – 2015. – № 2 (43). – С. 176–181.
8. Галич М. Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період : дис. ... канд. психол. наук : 053. Київ, 2020. 207 с.

9. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика// Юридична психологія №1 (30). - 2022. С. 22-28
10. Голяченко А. О. Соціально-медичні та економічні аспекти організації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : 14.02.03 / А. О. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.
11. Гончаренко Н.А., Іванов М.І.. Сучасні методики лікування ПТСР: ефективність і перспективи. Український психотерапевтичний журнал, 2012. 7(3), 100-112.
12. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatischnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>.
13. Денисенко Т., Іванова Ю. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Український журнал клінічної та лабораторної медицини, 2016. 5(1), 43-52.
14. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5–16.
15. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

16. Зеліксон, Е. Л., Герасименко, А. М., Черняк, М. Є.. Психологічні особливості прояву ПТСР у військовослужбовців. *Психологія і суспільство*, 2017, 4(66), 5-16.
17. Іванова Н., Литовченко О. Вплив бойового досвіду на розвиток посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український журнал військової медицини*, 2020, Том 1, 56-72.
18. Китаєв-Смик Л. А. Бойовий стрес і післябойовий стрес: проблеми психологічної оцінки. - Львів, 2004. - 216 с.
19. Китаєв-Смик Л. О. Бойовий стрес і психотравматичний синдром: Психолого-психіатричний аналіз. – Київ: Атіка, 2016. – 145 с.
20. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. наук. пр. 2016. Вип. 20. С. 84–93.
21. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
22. Кравченко О.М., Василенко В.І. Структура симптомів ПТСР: детальний аналіз. *Український журнал клінічної психології*, 2017. 5(2), 30-42.
23. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
24. Литвиненко В., Шевченко Ю. Соціальна підтримка як фактор психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. 2017. *Психологія і суспільство*, 1(3), 78-92.

25. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного Університету Оборони України. 2019. № 50 (2). С. 65–73.
26. Орловська О. А. Посттравматичний стресовий розлад учасника бойових дій та сімейна адаптація. - 2020. Соціальна психологія. Юридична психологія. Вип 15. С.251-255
27. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / За заг. ред. Н. Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
28. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91.
29. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 243–253.
30. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. Український психологічний журнал : зб. наук. пр. 2017. № 1 (3). С. 63–79.
31. Павлик Н.В. Психологічна адаптація особистості в екстремальних умовах військової діяльності. Наук.-дослід. центр гуманітарних проблем Зб. сил України. 2005. Т. 8. № 4. С. 37–41.
32. Пономаренко Я. С. Психоемоційне здоров'я поліцейських в умовах воєнного стану // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 184-188

33. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) : наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 702 [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16/card2#Card>.
34. Процик Л. С. Особливості переживання особистістю психічного стану «нульового ресурсу» // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму / Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 188-191
35. Радиш Я. Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я. Ф. Радиш, О. М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – № 3. – С. 103–106.
36. Ромашенко В., Яковлев Р. Психічна стійкість працівника поліції як основа готовності до службової діяльності в екстремальних ситуаціях. // Особистість в екстремальних умовах : матеріали X Всеукраїнської науково-практичної конференції (21 травня 2021 р., м. Львів). С.51-54
37. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). Р. 297–304.
38. Савченко О. В. Інструментальне забезпечення реалізації рефлексивності як загальної здібності особистості // Актуальні проблеми психології. 2015. Т. VI, вип. 11. С. 234–244.
39. Самогубства в армії: Матіос заявляє, що Міноборони бреше. URL: <https://gk-press.if.ua/samogubstvav-armiyi-matios-zayavlyaye-shho-minoborony-breshe> (дата звернення: 8.09.2021).

40. Світова гібридна війна. Український фронт. Монографія / за заг. ред. В.П. Горбуліна. – К.: НІСД, 2017. – 496 с.
41. Синишина В. М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції // Науковий вісник харківського державного університету. Серія «Психологічні науки». Вип.4.2021. С. 162-170
42. Стрепетова В. А. специфіка посттравматичного зростання військовослужбовців. // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму / Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 207-210
43. Слюсаревський М.М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді Вісник НАПН України, 2022, 4(1) С.85-92
44. Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Х. : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
45. Титович А., Востоцька І. Психічний стан як характеристика психічної діяльності спортсмена. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 2017. № 5(69). С. 183–193.
46. Туріна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с
47. Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. Т. 2. Вип. 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6 (дата звернення: 8.09.2021).
48. Христенко В., Овсяннікова Я. Основні психічні стани, які спостерігались у мешканців міста, на околицях якого відбуваються

- воєнні дії (на прикладі міста Харків). Disaster and crisis psychology problems. 2022. № 3.
49. Царенко В. І., Хома В. О., Мірошніченко В. І. Професійна культура прикордонника: навч. посіб. Хмельницький: Національна академія Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2016. 55 с
50. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.
51. Царенко Л. Г. Моделі здоров'я в інтерпретації особистого досвіду // ВІСНИК ПСИХОЛОГІЇ І ПЕДАГОГІКИ [Електронний ресурс] : збірник наук. праць / Педагогічний інститут Київського університету ім. Б. Грінченка – Випуск 9. – К., 2012.
52. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. Мистецтво лікування. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf>.
53. Шелкошвеев І. В., Солохіна Л. О. Організація комплексу психологічної допомоги учасникам бойових дій в умовах сучасної війни // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. 262 с.
54. Шиліна А. А. Особливості професійної діяльності працівників національної поліції в умовах війни // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 252-255
55. Шимко А. О. The humanitarian situation in ukraine and gender-based violence response // Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м.

Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ.
Харків. 2023. С. 255-257

56. Abouserie R. Stress, coping strategies, and job satisfaction in university academic staff. *Educational Psychology*. 1996. Vol.16. P. 49–56.
57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. - 2013. Washington, DC: American Psychiatric Association.
58. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2017;64(5):505-512.
59. Brevik IJ, Dalland CP, Skogstad L, et al. The role of social support in the association between PTSD and somatic symptom severity: A study of Norwegian women exposed to sexual violence. *BMC Psychol*. 2019;7(1):48.
60. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748-766.
61. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:679-704.
62. Corneliusson O, Holmberg S, Karlsson M, Carlsson J, Östlund J. PTSD following childbirth: Prevalence and contributing factors among Swedish women. *Birth*. 2018;45(3):309-317.
63. Courtois CA. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2004; 5(3): 39-61.
64. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:128-141.
65. Dursa EK, Reinhard MJ, Barth SK, Schneiderman AI. Prevalence of a positive screen for PTSD among OEF/OIF and OEF/OIF-era veterans

- in a large population-based cohort. *J Trauma Stress*. 2014;27(5):542-549.
66. Elklit A, Petermann F. Prevalence of PTSD and depression in a Danish youth risk behavior sample. *J Child Adolesc Trauma*. 2020;13(2):197-203.
67. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews of Psychology*. 2004. Vol. 55. P. 743–774.
68. Gilad, A. (2014). Emotional reactions and psychological consequences of military operations. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 3(2), 1000120.
69. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York, NY: BasicBooks; 1992.
70. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13-22.
71. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>. . - 2016.
72. Jung YE, Min JA, Shin AY, Han SY, Lee KU, Kim TS. The impact of psychological factors on posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Yonsei Med J*. 2020;61(1):8-17.
73. Kets, T., van den Heuvel, O. A., & Boelens, J. J. (2018). Emotional reactivity in military veterans: The role of combat exposure, PTSD, and emotion regulation. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1425573.
74. Kinchin D. *A Guide to Psychological Debriefing: Managing Emotional Decompression and Post-Traumatic Stress Disorder*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
75. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

- 76.Litt, Y. (2016). The interplay between emotional reactions and physiological responses in military personnel with combat experience. *Military Psychology*, 28(5), 339-349.
- 77.Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Johnson MR, Vaughan JA, Carson TC, Powell DA, Hebert R. PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *J Trauma Stress*. 2004;17(4):293-301.
- 78.McNally R. J. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans / R. J. McNally, L. M. Shin // *Am. J. Psychiatry*. – 1995. – No. 152. – P.936–938.
- 79.Meyers L. L. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L. L. Meyers, T. Q. Strom, J. Leskela [et al.] // *Military Medicine*. – 2013. –Vol. 178 (1). – P. 95–99.
- 80.National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health; 2019. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- 81.Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
- 82.Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Morgan CA. Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *J Affect Disord*. 2010;120(1-3):188-192.
- 83.Resick PA, Wachen JS, Mintz J, Young-McCaughan S, Roache JD, Borah AM, Borah EV, Dondanville KA, Hembree EA, Litz BT, Peterson AL. A randomized clinical trial of group cognitive processing

- therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(6):1180-1196.
84. Shay J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character.* New York, NY: Scribner; 1994.
85. Smith BN, Wang JM, Vogt D, King DW, King LA, Knight JA. Social support, posttraumatic stress disorder, and depression among military service members in a postdeployment sample. *J Trauma Stress.* 2010;23(5):684-692.
86. Smith, J., Delahanty, D. L., & Grimes, J. L. (2018). Emotional response of military personnel to combat deployment: A systematic review. *Military Behavioral Health, 6*(4), 350-366.
87. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:255-291.
88. Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association, 314*(5), 2015. – p. 489-500.
89. Sundin J, Fear NT, Iversen A, Rona RJ, Wessely S. PTSD after deployment to Iraq: Conflicting rates, conflicting claims. *Psychol Med.* 2010;40(3):367-382.
90. Van der Kolk BA. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.* New York, NY: Viking; 2014.
91. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399.

92. Vasterling JJ, Proctor SP, Amoroso P, et al. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*. 2008;298(18):2141-2148.
93. Weiss D.S., Marmar C.R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. Vol. 63. P. 361–368.
94. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed. Geneva, CH: World Health Organization; 2018.
95. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, et al. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*. 2000;61(1):95-102.
96. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002;346(2):108-114. doi:10.1056/NEJMra012941
97. Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)

Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ/група) _____

Спеціальність _____

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”.

№з/п Питання

Так

Ні

1. Нездатність “розслабитися” (напруженість)
2. Роздратування та поганий настрій
3. Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент
4. Неуважність, погана зосередженість уваги
5. Сильний смуток, печаль
6. Сильна втома, нестача енергії
7. Потрясіння або паніка
8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію
9. Труднощі із засинанням, погіршення сну
10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей «Так».

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Реєстраційний бланк
П.І.Б.

(повністю)

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що	1	2	3	4	5

нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.					
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5

12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5

20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі	1	2	3	4	5

заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.					
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

“Ключ”

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані – 76 ± 18 ; - психічні розлади – 86 ± 26 ; - ПТСР – 130 ± 18 .

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	$92,00 \pm 15,55$

Шкала оцінки впливу травматичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б.

(повністю)

Дата обстеження

Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень”.

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися,				

коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним. 8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося. 9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості. 10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що				

<p>сталося були наче паралізовані.</p> <p>14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.</p>				
<p>15. Мені було важко заснути.</p> <p>16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.</p>				
<p>17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.</p> <p>18. Мені було важко зосередити свою увагу на чомунбудь.</p> <p>19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.</p>				
<p>20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.</p>				
<p>21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.</p>				

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				
--	--	--	--	--

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт оцінюється:

“ніколи” – 0 балів;

“рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

Анкета «Стрес-фактори» (Агасв Н.А.)

Анкета виявляє негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій. Розроблена науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.

Реєстраційний бланк

П.І.Б.

(повністю)

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значимому – ранг 1”.

№ з/п	Назва фактора	Ранг	Примітка
1.	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності.		
2.	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність.		
3.	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше).		
4.	Побоювання, страх власної загибелі.		
5.	Поранення, контузії, каліцтва.		
6.	Погані гігієнічні умови.		
7.	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки.		
8.	Помилки командування.		
9.	Стресори сімейного життя.		

10.	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).		
11.	Сексуальна дисгармонія.		
12.	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах.		
13.	Незадоволеність у матеріальних потребах.		
14.	Страх полону.		
15.	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів.		
16.	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень.		
17.	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.).		
18.	Довготривалі навантаження, які породжують втому.		
19.	Монотонність умов, які оточують.		
20.	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників).		
21.	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів.		
22.	Контакт зі значною кількістю поранених.		
23.	Вигляд трупів, крові.		
24.	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту.		
25.	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина.		

26.	Запахи газів, трупів та ін.		
27.	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії.		
28.	Різкі, неочікувані зміни умов служби.		
29.	Неможливість змінити умови свого існування.		
30.	Інтенсивні міжособистісні конфлікти.		

Інші фактори (напишіть свій варіант) _____

За результатами заповнення анкети проводиться обробка даних відповідно до правил ранжування, з метою визначення значимих стрес-факторів.