

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о.завідувача кафедри психології

Володимир ШЕВЧЕНКО

«__» листопада 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО
РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ
ВОЄННОГО ЧАСУ**

Керівник: доктор біол. наук, професор
Григор'єва Людмила Іванівна
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: канд. пед. наук, доцент кафедри
соц. роботи, педагогіки і логопедії
ЧНУ ім. П. Могили
Файчук Олена Леонідівна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: студентка VI курсу групи 666 Мз
Іваннікова Дар'я Олегівна
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

Іваннікова Д.О. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу. Кваліфікаційна робота на здобуття другого ступеня вищої освіти (магістр) зі спеціальності 053 – «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2025.

У дипломній роботі розглянуто проблему впливу посттравматичного стресового розладу на діяльність діючих військовослужбовців в умовах війни в Україні, адже у вітчизняній військовій психології існує нагальна потреба в систематизованих дослідженнях, які б дозволили виявити рівень поширення ПТСР серед військовослужбовців та окреслити шляхи його подолання.

Метою роботи є вивчення впливу посттравматичного стресового розладу на професійну діяльність діючих військовослужбовців, а також в розробка дієвих методів, які допоможуть подолати прояви ПТСР. У дослідженні використано комплекс психодіагностичних методик, зокрема шкалу PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), Ресурсоорієнтовану модель стресодолання BASIC Ph, Методику «Оцінка впливу травматичних подій» (IES-R – Impact of Event Scale-Revised) та тест професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової).

У роботі запропоновано низку практичних рекомендацій зниження психоемоційного напруження до відновлення ресурсів і формування навичок подолання наслідків стресу у військовослужбовців, яким було діагностовано посттравматичний стресовий розлад: проведення групових занять, інформаційних зустрічей, індивідуальних бесід; ознайомлення ветеранів із техніками саморегуляції (дихальні вправи, когнітивне перенаправлення, майндфулнес); поєднання арт-терапії та VR-релаксації.

Окрему увагу приділено рекомендаціям, які допомагають військовослужбовцям при виявленні первинних симптомів посттравматичного стресового розладу.

Результати дослідження підтверджують критичну важливість своєчасної діагностики та терапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовиків. В умовах повномасштабної війни психологічна стійкість військовослужбовця набуває стратегічного значення - вона є фундаментом не лише особистого виживання, а й ефективного виконання бойових завдань та захисту побратимів. Стратегії подолання ПТСР мають бути комплексними, враховувати характер отриманого бойового досвіду та фокусуватися на відновленні внутрішнього ресурсу особистості.

Практичні рекомендації, сформульовані за підсумками роботи, стануть у пригоді військовим психологам, командирам підрозділів, фахівцям госпіталів, а також для розробки протоколів психологічного відновлення у реабілітаційних центрах та ветеранських хабах.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, війна в Україні, психологічна корекція, бойовий досвід, психологічна стійкість.*

ABSTRACT

Ivanikova D.O. Overcoming post-traumatic stress disorder in military personnel during wartime. Qualification work for obtaining the second level of higher education (Master's degree) in the specialty 053 – "Psychology". Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2025.

The thesis examines the problem of the impact of post-traumatic stress disorder on the activities of active military personnel in the conditions of war in Ukraine, since there is an urgent need in domestic military psychology for systematic research that would allow identifying the prevalence of PTSD among military personnel and outlining ways to overcome it.

The aim of the work is to study the impact of post-traumatic stress disorder on the professional activities of active military personnel, as well as to develop effective methods to help overcome the manifestations of PTSD. The study uses a set of psychodiagnostic techniques, including the PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) scale, the BASIC Ph stress management model, the “Assessment of the Impact of Traumatic Events” methodology (IES-R – Impact of Event Scale-Revised), and the professional burnout test (K. Maslach, S. Jackson, adapted by N. Vodopyanova).

The paper offers a number of practical recommendations for reducing psychological stress, restoring resources, and developing skills to overcome the effects of stress in military personnel diagnosed with post-traumatic stress disorder: conducting group sessions, informational meetings, and individual conversations; familiarizing veterans with self-regulation techniques (breathing exercises, cognitive redirection, mindfulness); combining art therapy and VR relaxation.

Special attention is paid to recommendations that help military personnel identify the initial symptoms of post-traumatic stress disorder.

The results of the study confirm the critical importance of timely diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in military personnel. In the context of full-scale war, the psychological resilience of military personnel is of strategic importance—it is the foundation not only for personal survival, but also for the

effective performance of combat tasks and the protection of comrades. Strategies for overcoming PTSD must be comprehensive, take into account the nature of the combat experience, and focus on restoring the individual's internal resources.

The practical recommendations formulated based on the results of the study will be useful for military psychologists, unit commanders, hospital specialists, and for developing psychological recovery protocols in rehabilitation centers and veteran hubs.

Keywords: *post-traumatic stress disorder, war in Ukraine, psychological correction, combat experience, psychological resilience.*

Інститут, факультет, відділення	навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о.завідувача кафедри психології
_____ Володимир ШЕВЧЕНКО
“ ” _____ 2025 року

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Іваннікова Дар'я Олегівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу

керівник роботи: Григор'єва Людмила Іванівна, д.біол.н., проф.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом закладу вищої освіти від
«14» жовтня 2025 року № 240.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «24 листопада 2025 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Григор'єва Л.І.		
Розділ 1	Григор'єва Л.І.		
Розділ 2	Григор'єва Л.І.		
Розділ 3	Григор'єва Л.І.		
Висновки	Григор'єва Л.І.		

7. Дата видачі завдання 14.10.2025**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2025	
2.	Розділ 1. Теоретичні аспекти вивчення ПТСР у військовослужбовців	вересень 2025	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження впливу та подолання ПТСР в умовах воєнного часу	вересень-жовтень 2025	
4.	Розділ 3. Розробка та впровадження корекційної програми з подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу	жовтень 2025	
5.	Висновки	листопад 2025	
6.	Передкваліфікаційна практика	06.10 – 18.10. 2025	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків	листопад 2025	
8.	Попередній захист	27.11.2025	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу	02.12.2025	
10.	Захист кваліфікаційної роботи	19.12.2025	

Студент

(підпис)

Іваннікова Д.О.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Григор'єва Л.І.

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПТСР У	
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	6
1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу: історія виникнення, сутність та діагностика.....	6
1.2 Причини виникнення ПТСР у військовослужбовців та чинники ризиків.....	12
1.3 Вплив ПТСР на психоемоційний стан, професійну ефективність та поведінкові реакції військових.....	16
Висновки до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТА ПОДОЛАННЯ	
ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ....	30
2.1 Організація та методи проведення емпіричного дослідження.....	30
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	37
Висновки до другого розділу.....	43
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ	
ПРОГРАМИ З ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В	
УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.....	45
3.1 Структура та зміст корекційної програми для подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	45
3.2 Аналіз результатів формуючого експерименту.....	61
3.3 Рекомендації для самодопомоги військовослужбовцям при виникненні симптомів посттравматичного стресового розладу.....	64
Висновки до третього розділу.....	77
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81
ДОДАТКИ	88

ВСТУП

Сучасна воєнна ситуація в Україні призвела до значного зростання психоемоційного навантаження на військовослужбовців. Участь у бойових діях, постійне перебування в умовах ризику для життя, втрата побратимів, ізоляція від родини – всі ці чинники сприяють розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей розлад не лише порушує психічне здоров'я військовослужбовців, але й істотно впливає на їхню здатність до виконання професійних завдань, прийняття рішень, взаємодію в команді та підтримку бойової ефективності підрозділів.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю глибшого розуміння механізмів впливу ПТСР на діяльність діючих військових, а також потребою в розробці ефективних психологічних засобів діагностики, профілактики та подолання наслідків цього стану. У вітчизняній військовій психології існує нагальна потреба в систематизованих емпіричних дослідженнях, які б дозволили виявити рівень поширення ПТСР серед військовослужбовців та окреслити шляхи його подолання.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у вивченні впливу посттравматичного стресового розладу на професійну діяльність діючих військовослужбовців, а також в розробці дієвих методів, які допоможуть подолати прояви ПТСР.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі **завдання**:

- 1) проаналізувати теоретичні підходи до вивчення ПТСР;
- 2) з'ясувати основні фактори, що спричиняють розвиток ПТСР у військових;
- 3) дослідити вплив посттравматичного стресового розладу на службову діяльність;
- 4) розробити та апробувати корекційну програму спрямовану на подолання ПТСР у військовослужбовців;

Об'єктом дослідження є психічні стани військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій або брали в них участь.

Предметом дослідження виступає процес подолання посттравматичного стресового розладу у діючих військовослужбовців.

Таким чином, дана кваліфікаційна робота має не лише науково-практичне значення, але й може бути використана для розробки програм психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили бойову травму. Результати дослідження можуть слугувати основою для подальших наукових розвідок у галузі військової психології.

Методи дослідження.

1. *Теоретичні* аспекти дослідження включають аналіз наукових джерел з теми дослідження, узагальнення знань, системний аналіз та тлумачення отриманих даних.

2. *Емпіричні*: спостереження, бесіда, тест. Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist); Ресурсоорієнтована модель стресодолання BASIC Ph; Методика «Оцінка впливу травматичних подій» (IES-R – Impact of Event Scale-Revised), Тест професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової).

Вибірка дослідження: у дослідженнях взяли участь 17 осіб, віком від 22 до 32 років.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні та уточненні наукових підходів до вивчення подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Практична значущість: допомога військовослужбовцям у розумінні своїх психологічних особливостей і переваг через психоедукацію, а також збільшення загального розуміння того, як психологічні особливості впливають на військову діяльність, та можуть послужити основою для подальших наукових досліджень.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на XI Міжнародній науково-практичній

конференції *GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION* (17-19 листопада 2025, м. Київ).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у тезі:

1. Іваннікова Д.О. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу// Тези доповідей XI Міжнародної науково-практичної конференції «*GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION*» (17-19 листопада 2025, м. Київ) С. 641-643.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (містить 77 найменувань), 4 додатки. Робота містить: 7 діаграм.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу: історія виникнення, сутність та діагностика

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це психічний стан, що виникає після переживання або свідчення травматичних подій, які викликають сильний страх, безпорадність або жах.

Посттравматичний стресовий розлад, або ПТСР, як діагностична категорія - відносно нове явище у клінічній психології та психіатрії, однак саме явище, яке він описує, відоме людству ще з античних часів. У стародавніх текстах, зокрема в описах битв у працях Геродота, згадуються поведінкові порушення у воїнів після повернення з війни: безсоння, нічні кошмари, емоційна притупленість або надмірна агресивність. Ці прояви тісно корелюють із сучасним уявленням про природу посттравматичного стресового розладу. Ще в античній літературі, зокрема у творах Гомера - «Іліаді» та, особливо, «Одіссеї» - простежуються описи воїнів, які пережили глибокі психічні травми внаслідок участі у війні. Подорож Одиссея - це не просто повернення додому, а символічна історія ветерана, що повертається з війни геть іншою людиною. Його дружина, немов метафорично, не впізнає його, бо він уже змінився внутрішньо - як особистість, що зазнала глибоких трансформацій. [5].

Звіти про психологічні симптоми після військової травми сягають давніх часів. Громадянська війна в США (1861–1865) та Франко-пруська війна (1870–1871) стали історичним рубежем, що ознаменував перші офіційні спроби медичної спільноти розібратися з психологічними проблемами ветеранів, які повернулися з поля бою. Водночас, європейські медики, описуючи психологічні наслідки залізничних катастроф, також додали важливі цеглинки до раннього розуміння травматичних станів. Незважаючи на те, що травматичний досвід

завжди був невід'ємною частиною людського існування – чи то напад шаблезубого тигра, чи сучасний терористичний акт – психологічні реакції у тих, хто пережив таке насильство, ймовірно, були схожими протягом усієї історії. Діагноз Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) заповнив значну прогалину в психіатрії, оскільки він прямо пов'язував стан людини з конкретною, пережитою нею подією [3].

Ще задовго до військових конфліктів у США, австрійський лікар Йозеф Леопольд (у 1761 році) описував явище «ностальгії» серед солдатів. Серед військових, які пережили травму, часто спостерігалися туга за домом, сильний смуток, порушення сну та тривога. Цей ранній опис, що має симптоматичну схожість із ПТСР, слугував моделлю для розуміння психологічної травми навіть під час Громадянської війни. Інша рання модель зосереджувалася на фізичних причинах симптомів. Вона описувала так зване «солдатське серце» або «подразнене серце», для якого були характерні прискорений пульс, тривожність та проблеми з диханням. Американський лікар Джейкоб Мендес Да Коста, досліджуючи солдатів Громадянської війни з цими «серцевими» скаргами, описав їх як надмірну стимуляцію нервової системи серця, назвавши це «синдромом Да Кости» [11]. У той час, після прийому препаратів для контролю симптомів, солдатів часто швидко повертали до бойових дій.

У 1919 році, коли президент Вільсон оголосив 11 листопада першим Днем перемир'я (на честь закінчення Першої світової війни), симптоми, які ми тепер пов'язуємо з ПТСР, були відомі як «снарядний шок» (shell shock) [7]. Їх помилково вважали прямою реакцією на вибухи артилерійських снарядів. Серед цих симптомів були паніка та проблеми зі сном. Спершу домінувала думка, що «снарядний шок» є результатом прихованого пошкодження мозку, спричиненого потужною вибуховою хвилею. Однак ця точка зору змінилася, коли аналогічні симптоми почали виявляти й у солдатів, які не перебували безпосередньо поблизу вибухів. У той час цей стан також називали «військовими неврозами». Лікування в роки Першої світової війни було вкрай різноманітним. Деяким солдатам давали лише кілька днів на відпочинок, після чого знову відправляли в

бій. Для тих, хто мав важкі або хронічні симптоми, терапія фокусувалася на щоденній активності для відновлення функціональності та повернення до продуктивного цивільного життя. В європейських госпіталях використовували «гідротерапію» (лікування водою) або «електротерапію» (шокову терапію) у поєднанні з гіпнозом.

Під час Другої світової та В'єтнамської війн ситуація повторилася: значна кількість військових після служби страждала від тривалих психічних порушень. Термінологія знову змінилася на «бойову втому» (battle fatigue) або «бойовий невроз» (combat neurosis) [35]. Але ці стани все ще не мали офіційного медичного визнання у класифікаторах, що критично ускладнювало лікування та соціальну підтримку постраждалих. Тривалі періоди напруги, поширені під час Другої світової війни, призводили до виснаження та втоми солдатів. Примітно, що деякі військові лідери, як-от генерал-лейтенант Джордж С. Паттон, взагалі не вірили в існування «бойової втоми». Гостру реакцію новобранця на перший шквал вогню Конфедерації яскраво описав Стівен Крейн у своєму романі «Червоний знак звитяги» [13]. Вважалося, що до половини військових звільнень під час Другої світової війни були спричинені саме бойовим виснаженням. У 1952 році Американська психіатрична асоціація (АРА) випустила перший Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів (DSM-I), куди увійшла «груба стресова реакція». Цей діагноз пропонувався для людей, які зазвичай були нормальними, але мали симптоми після травматичних подій (наприклад, катастроф чи бойових дій). Проблема полягала в тому, що цей діагноз передбачав, що реакції на травму швидко минають. Якщо симптоми зберігалися понад шість місяців, потрібно було ставити інший діагноз. Незважаючи на зростання доказів зв'язку травми з психічними порушеннями, у другому виданні DSM-II (1968) цей діагноз був виключений. Натомість туди включили «реакцію адаптації до дорослого життя», чого було явно недостатньо для опису стану, подібного до ПТСР. Цей діагноз обмежувався лише кількома прикладами травм. Нарешті, у 1980 році Американська психологічна асоціація додала ПТСР до DSM-III. Це сталося завдяки ґрунтовним дослідженням, які

включали ветеранів війни у В'єтнамі, тих, хто пережив Голокост, жертв сексуальних травм та інших [56]. Таким чином, було офіційно встановлено та визнано зв'язок між військовою травмою та психічними наслідками у цивільному житті після завершення служби.

У DSM-IV були уточнені критерії, зокрема включено симптоми уникнення, негативних змін у мисленні та настрої.

У п'ятому виданні *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2013) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) було виокремлено в самостійну діагностичну категорію - «Розлади, пов'язані з травмою та стресовими чинниками» (*Trauma- and Stressor-Related Disorders*), що підкреслює його специфічну природу як реакції на травматичні події [16]. У деяких випадках ПТСР може супроводжуватися іншими афективними порушеннями, зокрема депресивними станами, а також проявами гніву чи імпульсивної поведінки, і не обов'язково асоціюється із тривожністю [41]. Таким чином, наразі ПТСР розглядається як складова нової групи розладів, етіологічно пов'язаних із психотравматичними впливами.

Відповідно до DSM-5, для постановки діагнозу ПТСР необхідна наявність ряду критеріїв:

Критерій А: Індивід мав досвід безпосереднього переживання травматичної події, був її свідком, дізнався про подію, що трапилася з близькою особою, або неодноразово піддавався впливу деталей травмуючих подій.

Критерій В: Виникнення принаймні одного симптома нав'язливого повторного переживання травматичного досвіду - наприклад, настирливі спогади, нічні жахіття, флешбеки.

Критерій С: Поведінка уникання, що проявляється у свідомому униканні думок, спогадів або зовнішніх подразників, які асоціюються з травмою.

Критерій D: Вияв негативних змін у когнітивній сфері та настрої, таких як часткова амнезія щодо обставин події, формування негативних переконань щодо себе чи навколишнього світу, почуття ізоляції.

Критерій Е: Ознаки змін у рівні збудження та реактивності - зокрема, дратівливість, гіперреактивність, труднощі зі сном.

Варто зазначити, що поодинокі симптоми, описані вище, є типовою реакцією на психотравму. Однак діагноз ПТСР встановлюється лише за умови, що всі чотири групи симптомів зберігаються щонайменше протягом одного місяця та істотно впливають на повсякденне функціонування особи або спричиняють виражений дистрес [29].

Сьогодні ПТСР розглядається як комплексна реакція особистості на екстремальні події. Його вивчення відбувається в міждисциплінарному контексті - на стику психології, психіатрії, нейронаук, соціології та права. Військова психологія відіграє особливу роль у вивченні механізмів ПТСР, його профілактики та подолання, зважаючи на досвід військових конфліктів ХХ–ХХІ століть.

Перебіг ПТСР може бути різноманітним. У деяких осіб симптоми можуть зменшуватися з часом, тоді як у інших - хронізуватися. Фактори, що впливають на перебіг ПТСР, включають інтенсивність та тривалість травматичної події, наявність соціальної підтримки, попередній психічний стан та індивідуальні копінг-стратегії [42,55].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може проявлятися в різних формах та за тривалістю. Гострий ПТСР зазвичай триває від 1 до 3 місяців після травматичної події, тоді як хронічний ПТСР зберігається більше 3 місяців. У деяких випадках ПТСР може розвинутиися вперше щонайменше через 6 місяців після травми, що відомо як ПТСР із затримкою початку.

Симптоми ПТСР, які включають нав'язливе повторне переживання, уникнення та підвищене фізіологічне збудження, можуть то посилюватися, то зменшуватися протягом місяців і років, часто знову проявляючись при повторній травматизації.

Дослідження показують, що показники довгострокової ремісії ПТСР значно варіюються. Систематичний огляд та метааналіз виявили, що в середньому 44% осіб з ПТСР на початку дослідження не мали випадків ПТСР під

час подальшого спостереження, при цьому середній період спостереження становив 40 місяців. Показники ремісії були вищими (51,7%), коли початкова оцінка проводилася протягом перших п'яти місяців після травми, порівняно з пізнішими оцінками (36,9%).

В іншому дослідженні було підкреслено, що більшість людей, які проявляють симптоми ПТСР невдовзі після травми, як правило, одужують протягом одного року, тоді як ті, хто зберігає симптоми після одного року, мають менше шансів на повне одужання [43,54].

На тривалість та хронічний перебіг ПТСР впливають кілька факторів. Депресивні симптоми, нав'язливі симптоми та перитравматична дисоціація є значними предикторами персистенції ПТСР. Депресія, зокрема, є вирішальним медіатором хронічного ПТСР [68].

Крім того, певну роль відіграє тип травми; наприклад, посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний зі стихійними лихами, як правило, має вищі показники ремісії порівняно з посттравматичним стресовим розладом, що виникає внаслідок фізичних захворювань.

Поздовжні дослідження відстежили траєкторії ПТСР протягом тривалих періодів. Одне дослідження визначило п'ять різних траєкторій ПТСР протягом шести років: хронічний (4%), одужання (6%), погіршення/одужання (8%), погіршення (10%) та стійкий (73%)

Інший метааналіз показав, що поширеність ПТСР значно знижується протягом перших трьох місяців після травми, причому найбільше відновлення відбувається саме в цей період. Після трьох місяців зміни поширеності менші та відбуваються протягом довших інтервалів [58].

ПТСР із затримкою початку, який проявляється більш ніж через шість місяців після травматичної події, становить приблизно 24,5% усіх випадків ПТСР. Цій формі ПТСР часто передують субпорогові симптоми, і вона частіше зустрічається серед ветеранів та професійних груп порівняно з непрофесійними жертвами [46].

Отже, тривалість перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) може суттєво відрізнятись у різних осіб і визначається низкою чинників, серед яких - тип пережитої травми, початковий рівень вираженості симптомів, а також наявність супутніх психічних розладів, зокрема депресії [47]. Попри те, що значна частина людей демонструє помітне покращення впродовж першого року після травматичної події, у певної категорії осіб симптоми можуть набути хронічного або відстроченого характеру, що потребує довготривалого спостереження та цілеспрямованої терапевтичної підтримки. Усвідомлення різних сценаріїв розвитку ПТСР дозволяє точніше адаптувати підходи до лікування та надання допомоги постраждалим [2].

1.2 Причини виникнення ПТСР у військовослужбовців та чинники ризику

ПТСР – це, по суті, помилка запису даних у пам'яті, спричинена травматичною подією. Коли людина переживає щось справді травматичне, організм призупиняє «нормальну роботу» і тимчасово вимикає деякі функції організму, такі як травлення, відновлення шкіри та, що найважливіше, обробка даних у пам'яті. Під час травми ваш мозок думає: «Обробка та розуміння того, що відбувається зараз, не важливі! Зараз важливо підготувати ноги до бігу, прискорити серцебиття та підготувати руки до боротьби з цією небезпекою, я повернуся до обробки пізніше ».

Дистрес виникає через те, що мозок не в змозі розпізнати це як «спогад», оскільки це не було оброблено як єдине ціле. Таким чином, факти того, що сталося, емоції, пов'язані з травмою, та відчуття дотику, смаку, звуку, зору, руху та запаху можуть бути представлені розумом у формі флешбеків – ніби вони відбуваються прямо зараз. Дистрес під час травматичної події та цей продовжуваний стресовий розлад є причиною змін у мозку та подальших симптомів посттравматичного стресового розладу [67].

Поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КСПР) внаслідок певних травм продовжує моніторитися та досліджуватися, але основною причиною розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців є безпосередній досвід бойових дій. Дослідження показують, що інтенсивність та тривалість бойового досвіду, зокрема участь у бойових зіткненнях, свідчення поранень або загибелі товаришів, значно підвищують ризик розвитку ПТСР. Зокрема, згідно з дослідженням, опублікованим у *Military Sphere*, тривалість розгортання та інтенсивність бойових дій є ключовими факторами ризику для розвитку ПТСР серед військовослужбовців [71]. Характер бойових дій призводить до надмірного відчуття стресу та гіперпильності, особливо серед тих, хто зіткнувся з ризиком заподіяння шкоди або був свідком загибелі інших у бою[66].

Кожен, хто перебуває в зоні бойових дій, знає про постійний стрес і страх, які супроводжують людину, яка перебуває під загрозою. Перебування в умовах високого рівня стресу протягом тижнів, місяців або років може завдати тривалої емоційної шкоди [33].

Деякі з найгірших травм, що трапляються під час виконання службових обов'язків, не мають нічого спільного з бойовими діями. Як і в будь-якому місці, де присутні транспортні засоби чи важка техніка, загроза нещасного випадку є цілком реальною на військових базах [75]. Травми є поширеним явищем в аваріях за участю автомобілів, військової техніки або навіть гелікоптерів.

Фактично, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеним явищем у серйозних аваріях, незалежно від того, чи стосуються вони особи, яка перебуває на дійсній військовій службі, чи ні. Наслідки цих зіткнень можуть бути травматичними, причому тяжкі або навіть смертельні травми трапляються регулярно [18].

Причини виникнення та формування ПТСР можуть бути різними, такими як: вік, стать, попередній психічний стан, рівень освіти та соціальна підтримка. Зокрема, дослідження, опубліковане на *NCBI Bookshelf*, вказує, що молоді

військовослужбовці, жінки, особи з низьким рівнем освіти та ті, хто не має достатньої соціальної підтримки, мають вищий ризик розвитку ПТСР [70, 53].

У військовій справі «сексуальна травма» включає сексуальне насильство або домагання, що відбуваються під час військової служби жертви. Вона може включати будь-який вид сексуальної поведінки, яка не була здійснена за згодою, зокрема [34]:

- Небажані, загрозливі сексуальні домагання;
- Коментарі лютого або сексуального характеру;
- Принизливі коментарі щодо тіла чи зовнішності людини;
- Примушування до сексуальної активності шляхом сили або залякування;
- Насильницький сексуальний контакт.

Також, хоч і причини не були підтверджені, спостереження показують, що ризик розвитку посттравматичного стресового розладу зростає залежно від кількості службових відряджень. Це особливо стосується тих, хто брав участь у бойових діях. Хоча не всі ветеранів однакові, є ознаки того, що повторний вплив стресів, пов'язаних з дійсною службою та перебуванням у зоні бойових дій, може мати кумулятивний ефект, який збільшує ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу в майбутньому [21].

Перерозподіл також призводить до посилення фізичного стресу та пов'язаних із ним аутоімунних захворювань, порушення сну, втоми, виснаження та психічних травм [59].

Генетичні та біологічні фактори також відіграють роль у розвитку ПТСР. Наукові дослідження свідчать про те, що окремі генетичні варіанти можуть зумовлювати підвищену схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу. Наприклад, згідно з інформацією, представленою на Wikipedia, близько 30% варіацій у розвитку ПТСР можна пояснити генетичними факторами [31].

Згідно з дослідженням, певні варіанти ДНК сильніше пов'язані з ризиком розвитку ПТСР, ніж інші [28,76]. Існують ознаки того, що чоловіча ДНК може бути тісніше пов'язана з цим станом, і те саме стосується певного походження предків. Хоча все ще залишається багато питань щодо того, як генетика може відігравати певну роль у тяжкості ПТСР, існують вагомі докази того, що вона має певний вплив [48].

Травма може посилюватися протягом життя. Це особливо актуально, коли складні події трапляються в дитинстві ветерана. Навіть якщо ці спогади витісняються або з ними впораються під час терапії, минулі травми можуть збільшити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів, які пережили травматичну подію або втрату під час виконання службових обов'язків [45].

Також є ознаки того, що в анамнезі зловживання психоактивними речовинами підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед ветеранів. У багатьох випадках ці стани виникають одночасно. Наприклад, початок симптомів ПТСР може призвести до зловживання людиною наркотиками чи алкоголем. Це, у свою чергу, може посилити наслідки ПТСР. Часто зміни в мозку, спричинені травмою, однакові, що може збільшити потребу в подоланні труднощів за допомогою алкоголю чи наркотиків [24,39].

Повернення до цивільного життя після служби також може бути джерелом стресу для військовослужбовців. Проблеми з працевлаштуванням, відсутність соціальної підтримки та труднощі в адаптації до мирного життя можуть сприяти розвитку або загостренню симптомів ПТСР.

Отже, ми розглянули лише одні з поширених причин посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовиків Збройних Сил України. На жаль, посттравматичний стресовий розлад поширений серед ветеранів, особливо тих, хто повернувся із зони проведення бойових дій.

1.3 Вплив ПТСР на психоемоційний стан, професійну ефективність та поведінкові реакції військових

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) глибоко та комплексно впливає на емоційний та фізичний стан військовослужбовців, які пережили бойові дії. Симптоми, такі як тривожність, депресія, емоційна притупленість та гіперзбудливість, часто призводять до соціальної ізоляції та порушень у міжособистісних стосунках. Сучасні дослідження та література свідчать про тісний зв'язок між травматичним досвідом, фізіологічними змінами в організмі та довготривалими наслідками для здоров'я [1].

Травматичні події - як одноразові, так і повторювані або тривалі за часом - по-різному впливають на кожну окрему особу, що зумовлюється індивідуальними особливостями сприйняття та психоемоційної реакції. Деякі люди можуть чітко демонструвати критерії, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), але набагато більше людей демонструватимуть стійкі реакції або короткі субклінічні симптоми чи наслідки, які виходять за межі діагностичних критеріїв. Вплив травми може бути ледь помітним, підступним або відверто руйнівним. Те, як подія впливає на людину, залежить від багатьох факторів, включаючи характеристики особистості, тип та характеристики події(й), процеси розвитку, значення травми та соціокультурні фактори [61].

Початкові психологічні реакції на травматичну подію можуть проявлятися у вигляді емоційного та фізичного виснаження, зниження ясності мислення, тривоги, пригніченого стану, психомоторного збудження, емоційного оніміння або тимчасової дисоціації. Такі реакції є типовими для більшості осіб, що зазнали впливу стресової ситуації, і вважаються природною, соціально прийнятною та ефективною формою адаптації. Вони, як правило, мають самообмежений характер і не потребують спеціального втручання [4].

Втім, у ряді випадків можуть проявлятися ознаки складніших порушень. До них належать тривалий дистрес без періодів емоційного полегшення, яскраво виражені дисоціативні симптоми, а також нав'язливі спогади, які продовжують турбувати навіть після усунення загрози. Відтерміновані реакції на травматичні події можуть включати хронічну втому, порушення сну, кошмарні сновидіння, постійне відчуття страху, що травматичний досвід може повторитися, а також

тривожність, пов'язану з флешбеками [25]. Нерідко спостерігається розвиток депресивних станів, емоційна відстороненість і свідоме уникнення всього, що асоціюється з подією, включно з відчуттями, думками або поведінкою, навіть побічно дотичними до травми.

Тим часом як у 37% військовослужбовців розвивається самодіагностований посттравматичний стресовий розлад після воєнних дій, у понад 60% - ні[9].

У наступних розділах основна увага приділяється деяким поширеним наслідкам у різних сферах (емоційній, фізичній, когнітивній, поведінковій, соціальній та розвитку), пов'язаним з одиничними, множинними та тривалими травматичними подіями, які безпосередньо можуть впливати на повсякденну діяльність військовослужбовців. Ці наслідки часто є нормальними проявами на травму, але все ще можуть бути тривожними для переживання.

Емоційна сфера

Емоційні наслідки після травми можуть дуже відрізнитися та значною мірою залежать від соціокультурної історії людини. Окрім початкових емоційних реакцій під час події, найімовірніше, виникнуть гнів, страх, смуток та сором. Однак, люди можуть зіткнутися з труднощами у визначенні будь-якого з цих почуттів з різних причин. Вони можуть не мати досвіду або попереднього контакту з емоційним вираженням у своїй родині чи громаді [38]. Вони можуть пов'язувати сильні почуття в теперішньому часі з минулою травмою, вважаючи, що емоційний вираз є занадто небезпечним або призведе до відчуття втрати контролю (наприклад, відчуття «втрати самовладання» або божевілля). Інші можуть заперечувати, що вони мають будь-які почуття, пов'язані з їхнім травматичним досвідом, і визначати свої реакції як оніміння або відсутність емоцій.

Самолікування, а саме зловживання психоактивними речовинами, - це один із методів, який використовують травмовані люди, намагаючись відновити емоційний контроль, хоча зрештою воно спричиняє ще більшу емоційну дисрегуляцію (наприклад, зміни афекту, викликані речовинами, під час і після вживання).

Незважаючи на увагу громадськості протягом останніх десятиліть, вживання алкоголю продовжує бути проблемою серед ветеранів та військовослужбовців. У цих групах населення вживання алкоголю є поширеним і часто використовується для зняття стресу та соціалізації [36]. Дослідження, проведене серед військовослужбовців, показало, що приблизно 30% завершених самогубств та близько 20% смертей внаслідок поведінки високого ризику були пов'язані зі вживанням алкоголю або наркотиків. Залежність є важким наслідком у людей, що характеризується втратою самоконтролю, що призводить до компульсивної поведінки, спрямованої на пошук наркотиків, незважаючи на бажання кинути палити. Речовини охоплюють різні категорії, включаючи легальні наркотики, такі як кофеїн, нікотин та алкоголь; рецептурні ліки, такі як опіоїди, седативні або снодійні засоби та стимулятори; та заборонені наркотики, такі як марихуана, кокаїн, метамфетаміни, героїн, галюциногени та інгальанти.

Травматичний стрес зазвичай викликає двополярну емоційну реакцію: відчуття емоційного перевантаження або ж, навпаки, стан емоційного притуплення, відчуження [27]. Основна мета психотерапевтичного втручання полягає в досягненні емоційної рівноваги, допомозі людині усвідомлювати, приймати та регулювати свої емоції у здоровий спосіб. Це включає навчання клієнта конструктивним стратегіям емоційного самоконтролю без використання шкідливої поведінки чи психоактивних речовин[23].

Процес лікування часто передбачає опанування нових навичок подолання емоційного дискомфорту та розвитку толерантності до тривожних переживань. У низці випадків ефективними є методики усвідомленості, когнітивної реструктуризації, а також цілеспрямовані підходи, орієнтовані на роботу з травматичними спогадами. Зокрема, до таких належать експозиційна терапія та метод десенсибілізації та переробки травми за допомогою рухів очей (EMDR), які довели свою ефективність у клінічній практиці роботи з ПТСР[52,57,72].

Унаслідок понад десятирічної війни між Україною та росією спостерігається значне зростання кількості ветеранів, які звертаються по психіатричну допомогу. Значна частина з них має безпосередній бойовий досвід

та перебувала у зоні активних військових дій. У процесі надання медичної допомоги особам, які зазнали травматичного досвіду, медичні працівники повинні враховувати не лише соматичні ушкодження, пов'язані зі службовою діяльністю, але й значні психоемоційні порушення, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гостру стресову реакцію та депресивні стани.

Попри те, що депресія зазвичай привертає менше уваги порівняно з ПТСР, вона залишається одним із найпоширеніших психічних станів серед військових. Дослідницькі дані свідчать, що до 9% усіх амбулаторних звернень військовослужбовців пов'язані саме з симптомами депресії. Армійське середовище нерідко виступає чинником, що сприяє розвитку або загостренню цього розладу. Розлука з родиною, стресові навантаження в умовах бойових дій, постійне відчуття небезпеки як для себе, так і для товаришів по службі - усі ці обставини підвищують ймовірність виникнення депресивних станів як серед діючих військових, так і серед ветеранів.

Згідно з даними за 2024 рік, Україна вийшла на перше місце у світі за кількістю людей, які страждають на депресію: рівень захворюваності сягнув 6,3%, що свідчить про масштабну потребу у психіатричній та психологічній допомозі. Це тривожне становище підкреслює надзвичайну серйозність психічних розладів, із якими зіткнулася країна в умовах війни. У зв'язку з цим на медичних працівниках лежить особлива відповідальність - своєчасно виявляти ознаки депресії у військовослужбовців і ветеранів, щоб забезпечити ефективне лікування та підтримку[5].

Депресія проявляється різними симптомами, включаючи пригнічений настрій, втрату інтересу до діяльності, безсоння, втрату або збільшення ваги, психомоторну затримку, втому, зниження здатності до концентрації, відчуття нікчемності та думки про самогубство. Ці симптоми суттєво впливають на здатність військовослужбовця працювати на повну потужність [73]. Хоча на папері очевидний цілий спектр симптомів, звернення до ветерана часто може бути неоднозначним. Дивно, але було виявлено, що половині всіх пацієнтів, які страждають на депресію, їхній сімейний лікар не поставив правильний діагноз.

Тому точне обстеження, виявлення та подальше проведення відповідного лікування є надзвичайно важливими, особливо серед військовослужбовців та ветеранів.

Самопошкодження та саморуйнівна поведінка

Самопошкодження – це будь-який вид навмисного самозавдання шкоди, незалежно від тяжкості травми чи наміру вчинити самогубство. Часто самопошкодження – це спроба впоратися з емоційним чи фізичним стресом, який здається непереборним, або з глибоким відчуттям дисоціації чи відчуттям пастки, безпорадності та «пошкодження». Самопошкодження пов'язане із сексуальним насильством у дитинстві в минулому та іншими формами травм, а також із зловживанням психоактивними речовинами. Таким чином, вирішення проблеми самопошкодження вимагає уваги до причин самопошкодження клієнта. Швидше за все, клієнту потрібна допомога у розпізнаванні та подоланні емоційного чи фізичного стресу в керованих кількостях та способами.

Щодо самогубств, то серед ветеранів досяг найвищого рівня за всю історію спостережень: щорічно внаслідок самогубства помирає понад 6000 ветеранів.

Станом на 2019 рік рівень самогубств в Україні був майже вдвічі вищим, ніж середній показник по світу. На жаль, актуальних статистичних даних після 2022 року наразі не оприлюднено, оскільки Державна служба статистики припинила надання інформації з цього питання. У зв'язку з цим неможливо точно оцінити масштаби проблеми у післявоєнний період. Водночас, з огляду на тривалий вплив бойових дій та загострення психоемоційного навантаження, можна припустити, що кількість випадків суїцидів серед військовослужбовців після початку повномасштабного вторгнення могла зрости. Це потребує додаткової уваги з боку держави, системи охорони психічного здоров'я та суспільства в цілому.

За дослідженнями американських науковців дані показали, що ветерани мають значно підвищений ризик самогубства протягом першого року після звільнення з військової служби.

Деяким людям, які пережили травму, важко регулювати такі емоції, як гнів, тривога, смуток і сором, - це особливо актуально, коли травма сталася в молодому віці [64]. У людей старшого віку, які добре функціонували до травми, така емоційна дисрегуляція зазвичай короткочасна і являє собою негайну реакцію на травму, а не постійну схему [49].

ПТСР часто супроводжується змінами в поведінці військовослужбовців. Це може проявлятися у вигляді агресивності, роздратованості, уникання соціальних контактів. Такі поведінкові зміни можуть призводити до конфліктів у колективі, погіршення взаємодії з командуванням та підвищення ризику самовільного залишення частини. Крім того, ПТСР викликає емоційне оніміння, що призводить до уникнення обов'язків та стосунків [54].

Наприклад, в сексуальній сфері це може бути:

- Зниження лібідо може спостерігатися як у чоловіків, так і в жінок, при цьому його етіологія зазвичай є багатофакторною. Серед основних чинників, що сприяють виникненню цього явища, виокремлюють посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресивні розлади, побічну дію фармакологічних засобів, зміну тілесної ідентичності внаслідок поранень, а також міжособистісні труднощі чи конфліктні ситуації у стосунках. У ряді випадків такий стан має транзиторний характер і минає самостійно після завершення адаптаційного періоду до змінених умов життя [30,74]. Водночас для багатьох осіб вагоме значення може мати професійна психоемоційна підтримка, зокрема індивідуальне консультування у психолога або психотерапевта, що сприяє відновленню сексуального функціонування та загального емоційного добробуту [37].

- Передчасна еякуляція часто має тісний зв'язок із тривожністю та загальним рівнем стресу. У таких випадках важливо виявити першопричину психологічного напруження. Це може бути пов'язано з невпевненістю у сприйнятті власного тіла після поранення, сумнівами щодо власної сексуальної спроможності або, навпаки, підсвідомим прагненням завершити статевий акт

якогомога швидше. У деяких випадках передчасну еякуляцію можуть провокувати також інфекційні захворювання.

- Еректильна дисфункція - це стан, за якого чоловік має труднощі з досягненням або підтриманням ерекції, достатньої для повноцінного статевого акту. Психологічні чинники, такі як ПТСР, можуть чинити значний вплив на еректильну функцію. Виявлення справжньої причини цього порушення є ключовим для ефективного подолання проблеми.

- Аногазмія, або нездатність досягти оргазму, також може бути пов'язана з низкою психофізіологічних причин, серед яких важливе місце займає посттравматичний стресовий розлад. У випадках, коли особа зазнала фізичних ушкоджень під час бойових дій, можливе ураження нервових шляхів, що негативно впливає на чутливість та здатність до досягнення оргазму [30,50].

Наслідки ПТСР можуть суттєво знижувати професійну ефективність військовослужбовців. Порушення концентрації, пам'яті та прийняття рішень ускладнюють виконання службових обов'язків, особливо в стресових ситуаціях. Це може призводити до зниження боєздатності підрозділів та підвищення ризику помилок під час операцій. Крім того, ПТСР може спричиняти труднощі в адаптації до змін та управлінні стресом, що впливає на загальну продуктивність та взаємодію в команді [15].

Тригери

Тригер – це подразник, який пробуджує спогад про травму або певну частину травматичного переживання. Уявіть, що ви ненадовго застрягли в машині після аварії. Потім, через кілька років, ви не змогли відімкнути замок після користування туалетною кабінкою; можливо, ви почали відчувати приплив паніки, що нагадує про аварію, хоча й були інші шляхи втечі з кабінки. Деякі тригери можна легко ідентифікувати та передбачити, але багато з них є ледь помітними та непомітними, часто дивуючи людину або застаючи її зненацька. У процесі лікування важливо допомогти військовослужбовцям визначити потенційні тригери, провести зв'язок між сильними емоційними реакціями та тригерами, а також розробити стратегії подолання для керування тими

моментами, коли виникає тригер. Тригер – це будь-яке сенсорне нагадування про травматичну подію: шум, запах, температура, інше фізичне відчуття або візуальна сцена. Тригери можуть узагальнюватися до будь-якої характеристики, незалежно від того, наскільки вона віддалена, яка нагадує або представляє попередню травму, наприклад, повторне відвідування місця, де сталася травма, перебування на самоті або гучні голоси. Тригери часто пов'язані з часом доби, порою року, святом або річницею події [51].

Флешбеки

Флешбек – це повторне переживання попереднього травматичного досвіду, ніби він насправді відбувався в той момент. Він включає реакції, які часто нагадують реакції клієнта під час травми. Флешбеки дуже короткі та зазвичай тривають лише кілька секунд, але емоційні наслідки залишаються годинами або довше. Флешбеки зазвичай ініціюються тригером, але не обов'язково. Іноді вони виникають раптово. В інших випадках певні фізичні стани підвищують вразливість людини до повторного переживання травми (наприклад, втома, високий рівень стресу). Флешбеки можуть сприйматися як коротка сцена з фільму, яка нав'язується клієнту. Наприклад, почути зворотний звук автомобіля в спекотний сонячний день може бути достатньо, щоб ветеран відреагував так, ніби він чи вона знову опинилися на військовому патрулі. Інші способи, якими люди переживають травму, окрім флешбеків, – це нічні кошмари та нав'язливі думки про травму.

Дисоціація, деперсоналізація та дереалізація

Дисоціація – це психічний процес, який розриває зв'язки між думками, спогадами, почуттями, діями та/або відчуттям ідентичності людини. Більшість із нас переживали дисоціацію – втрату здатності згадувати або відстежувати певну дію (наприклад, прибуття на роботу, але не пам'ятаючи останніх хвилин поїздки). Дисоціація виникає тому, що людина займається автоматичною діяльністю і не звертає уваги на своє безпосереднє оточення. Дисоціація також може виникати під час сильного стресу або травми як захисний елемент, через який людина

зазнає спотворення часу, простору або ідентичності. Це поширений симптом травматичних стресових реакцій .

Дисоціація виступає як своєрідний психологічний механізм захисту, що дозволяє особі відмежуватися від власної ідентичності в умовах надмірного стресу [60]. У випадках глибокої або тривалої психотравматизації люди можуть навчитися «від'єднувати» себе від джерела дистресу як спосіб психологічного виживання. У деяких випадках дисоціація набуває виразного клінічного характеру і виступає основною ознакою таких розладів, як дисоціативний розлад ідентичності (раніше знаний як розлад множинної особистості).

Відповідно до класифікації DSM-5, дисоціативні розлади визначаються як порушення або розрив у звичному функціонуванні свідомості, пам'яті, самоусвідомлення, емоційної регуляції, тілесного сприйняття, моторного контролю та поведінки. Досвід свідчить, що ці розлади часто мають коріння в тяжких дитячих травмах або тривалому насильстві з боку інших осіб. До прикладів таких травм належать пережите жорстоке поводження, психологічне чи фізичне насильство, досвід перебування в концтаборах, політичному ув'язненні, зазнання тортур або довготривала соціальна ізоляція [62].

У разі підозри на наявність дисоціативного розладу доцільним є звернення до спеціаліста з психічного здоров'я, який має досвід у роботі з пацієнтами, що мають травматичний досвід і прояви дисоціації. Кваліфікована психотерапевтична підтримка відіграє вирішальну роль у стабілізації психоемоційного стану таких пацієнтів і сприяє поступовому відновленню інтеграції особистості [44].

Потенційні ознаки дисоціації:

- Фіксовані або «засклені» очі
- Раптове сплюснення афекту
- Тривалі періоди мовчання
- Монотонний голос
- Стереотипні рухи
- Відповіді, що не відповідають поточному контексту чи ситуації

➤ Надмірна інтелектуалізація

Характеристики дисоціативного розладу особистості (ДРО) можуть бути загальноприйнятим досвідом в інших культурах, а не розглядатися як симптом травматичного досвіду. Наприклад, у незахідних культурах відчуття існування альтернативних істот всередині себе може інтерпретуватися як проживання духів або предків [26]. Інші переживання, пов'язані з дисоціацією, включають деперсоналізацію - психологічне «залишення свого тіла», ніби спостерігання за собою здалеку як спостерігач або через дереалізацію, що призводить до відчуття, що те, що відбувається, є незнайомим або нереальним.

Якщо військовослужбовець проявляє ознаки дисоціації, фахівці з психічного здоров'я можуть використовувати методи заземлення, щоб допомогти їм зменшити цю захисну стратегію. Одним з основних довгострокових наслідків дисоціації є труднощі, які вона створює у зв'язку сильних емоційних чи фізичних реакцій з подією. Часто люди можуть вважати, що вони божеволіють, тому що не усвідомлюють природу своїх реакцій. Навчаючи клієнтів стійким якостям дисоціації, а також наголошуючи на тому, що вона заважає їм звертатися до травми або визнавати її, люди можуть почати розуміти роль дисоціації. Загалом, при роботі з людьми, які пережили травму, важливо, щоб рівень інтенсивності не був настільки високим, щоб викликати дисоціативну реакцію та заважати людині брати участь у процесі.

Поведінкові

Реакції на травматичний стрес дуже різняться; часто люди вдаються до поведінки, щоб впоратися з наслідками, інтенсивністю емоцій або тривожними аспектами травматичного досвіду. Деякі люди знижують напругу або стрес за допомогою уникаючої, самолікувальної (наприклад, зловживання алкоголем), компульсивної (наприклад, переїдання), імпульсивної (наприклад, ризикованої поведінки) та/або самоушкоджувальної поведінки. Інші можуть намагатися отримати контроль над своїм досвідом, будучи агресивними або підсвідомо відтворюючи аспекти травми.

Поведінкові реакції також є наслідками травматичного досвіду або вивченими з нього. Наприклад, деякі люди поведуться так, ніби не можуть контролювати своє поточне оточення, таким чином не вживаючи заходів або не приймаючи рішень ще довго після травми (вивчена безпорадність). Інші пов'язують елементи травми з поточною діяльністю, наприклад, реагуючи на інтимний момент у значущих стосунках як небезпечний або небезпечний через роки після зґвалтування на побаченні. У наступних розділах обговорюються поведінкові наслідки травми та травматичних стресових реакцій.

Реконструкції

Характерним симптомом травми є її повторне переживання різними способами. Повторне переживання може відбуватися через реконструкції (буквально «переробляти»), за допомогою яких люди, які пережили травму, неодноразово переживають та відтворюють минулу травму у своєму теперішньому житті. Це дуже помітно у дітей, які граються, імітуючи те, що сталося під час травми, наприклад, вдаючи, що розбивають іграшковий літак об іграшкову будівлю після перегляду телевізійних кадрів терористичних атак на Всесвітній торговий центр 11 вересня 2001 року. Спроби зрозуміти реконструкції дуже складні, оскільки реконструкції відбуваються з різних причин. Іноді люди відтворюють минулі травми, щоб опанувати їх. Приклади реконструкцій включають різноманітну поведінку: самоушкоджувальну поведінку, гіперсексуальність, ходьбу на самоті в небезпечних районах або іншу поведінку з високим рівнем ризику, безрозсудне водіння або участь у повторюваних деструктивних стосунках (наприклад, неодноразове вступання в романтичні стосунки з людьми, які є агресивними або насильницькими), і це лише деякі з них.

Крім того, ПТСР може спричиняти вплив не тільки на психологічні наслідки, а й на фізіологічні, такі як підвищений артеріальний тиск, соматичні скарги; порушення сну; шлунково-кишкові, серцево-судинні, неврологічні, опорно-рухові, респіраторні та дерматологічні розлади; урологічні проблеми, тахікардія, що додатково ускладнює адаптацію до мирного життя.

Поширеним симптомом, що виникає внаслідок травматичних переживань, є гіперзбудження (також відоме як гіперпильність). Гіперзбудження - це спосіб організму залишатися готовим. Воно характеризується порушеннями сну, м'язовою напругою та нижчим порогом реакції переляку і може зберігатися роками після травми [63]. Воно також є одним з основних діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Гіперзбудження є наслідком біологічних змін, спричинених травмою. Хоча воно служить засобом самозахисту після травми, воно може бути шкідливим. Гіперзбудження може перешкоджати здатності людини витратити необхідний час на оцінку та належне реагування на певні подразники, такі як гучні звуки або раптові рухи. Іноді гіперзбудження може викликати надмірні реакції на ситуації, які сприймаються як небезпечні, коли насправді обставини безпечні.

Також, вже давно повідомляється, що зміни в серцево-судинній системі, пов'язані з вегетативним збудженням та наслідками для серцево-судинного здоров'я, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) або травматичним впливом воєнного часу [69]. Було показано, що у осіб, які страждають на ПТСР та хронічний ПТСР, спостерігається підвищення базальної частоти серцевих скорочень та артеріального тиску, а також підвищення частоти серцевих скорочень та артеріального тиску у відповідь на такі подразники, як гучні звуки та візуальні слайди, що нагадують їм про травму [20,40,52,62]. У клінічних дослідженнях, що включали невеликі вибірки ветеранів, повідомлялося про підвищення рівня норадреналіну в плазмі та 24-годинній сечі у ветеранів з ПТСР порівняно з тими, хто не мав ПТСР. Збільшення рівня норадреналіну в плазмі більш виражене, коли пацієнти з ПТСР піддаються впливу подразників, пов'язаних з травмою, таких як гучні тони. Стрес та тривога пов'язані зі збільшенням рівня норадреналіну, адреналіну та їх метаболітів у плазмі та сечі, які є периферичними показниками норадренергічної системи, у здорових дорослих.

Дослідження показали, що пацієнти з ПТСР мають вищу частоту серцевих скорочень у стані спокою та знижену варіабельність серцевого ритму, що

узгоджується з підвищеною симпатичною активністю [17,29]. Висновок про те, що базова частота серцевих скорочень вища серед ветеранів, які страждають на ПТСР, ніж серед тих, хто не має ПТСР, узгоджується з хронічною гіперстимуляцією вегетативної нервової системи.

Отже, бойовий травматичний досвід призводить до комплексних психологічних наслідків у військовослужбовців, включаючи ПТСР, депресію та підвищений ризик самогубства [19]. Ці стани викликають емоційні, поведінкові та фізіологічні порушення (гіперзбудження, дисоціація, зловживання речовинами), що критично знижують якість життя та ефективність. В умовах тривалої війни в Україні, своєчасне виявлення та спеціалізована психотерапевтична підтримка ветеранів є ключовою національною необхідністю.

Висновки до першого розділу

У межах розглянутого теоретичного розділу було здійснено комплексний аналіз природи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) - як одного з найпоширеніших психічних наслідків участі у бойових діях.

Посттравматичний стресовий розлад є складним психоемоційним явищем, що охоплює широкий спектр проявів, які безпосередньо впливають на ефективність функціонування військовослужбовця як особистості та професіонала. Вивчення впливу ПТСР на психоемоційний стан діючих військових дозволяє зробити висновок, що цей розлад здатен суттєво порушувати емоційну стабільність, призводити до тривалих станів тривожності, дратівливості, апатії або, навпаки, гіперзбудження. Такі зміни створюють серйозні перешкоди для підтримання емоційного самоконтролю, адекватного реагування на стресори та конструктивної взаємодії з оточенням.

Водночас симптоми ПТСР, серед яких виокремлюються нав'язливі спогади, кошмари, уникнення певних ситуацій і підвищена настороженість, істотно знижують професійну ефективність військових. Людина, яка страждає

від ПТСР, часто має труднощі з концентрацією, ухваленням рішень у складних ситуаціях, втрачає мотивацію до служби, що загалом знижує боєздатність підрозділів та ускладнює виконання службових завдань. У критичних випадках наслідком ПТСР стає повна професійна деформація особистості.

Крім того, ПТСР провокує істотні зміни у поведінкових реакціях військовослужбовців. Це можуть бути агресивні прояви, замкнутість, самоізоляція, вживання психоактивних речовин, порушення соціальних зв'язків і навіть самодеструктивна поведінка. Усі ці прояви не лише ускладнюють процес інтеграції до військової спільноти, але й становлять потенційну загрозу для життя та безпеки як самого військового, так і його товаришів по службі.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є серйозною загрозою не лише для психологічного здоров'я окремого військовослужбовця, але й для функціонування військових колективів загалом. Усвідомлення масштабності впливу ПТСР повинно стимулювати розвиток системної допомоги військовим - як у рамках психологічної підготовки, так і в процесі постстресової реабілітації. Зусилля мають бути спрямовані на профілактику, ранню діагностику та створення безпечного середовища для відновлення військових після травматичних подій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТА ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

2.1 Організація та методи проведення емпіричного дослідження

Метою проведеного емпіричного дослідження стало з'ясування впливу посттравматичного стресового розладу на повсякденне функціонування військовослужбовців та знаходження ресурсів для подолання даного розладу.

У межах дослідження було сформовано одну незалежну вибірку в яку увійшли 17 осіб віком від 22 до 32 років, які активно приймали участь в зоні проведення бойових дій та яким діагностовано ПТСР.

1. Перший етап полягав у теоретичному вивченні й аналізі наукової літератури та підборі методик для дослідження чинників, що впливають на службу діючих військовослужбовців. На цьому етапі було вивчено психологічну літературу щодо особливостей ПТСР, його вплив на психіку, повсякденну діяльність та було обрано певні методики.

2. У рамках другого етапу емпіричного дослідження було сформовано експериментальну базу. До вибірки увійшли 17 респондентів віком від 22 до 32 років, які виявили добровільну згоду на участь у дослідженні. Гендерний склад учасників представлений однією жінкою та шістнадцятьма чоловіками.

Опитування проводилося у форматі онлайн за допомогою розповсюдження Google Форми. Після реалізації психодіагностичного етапу, у межах якого було застосовано обрані методики, зібрані результати було проаналізовано із використанням статистичних методів обробки даних. Отримані показники представлено у вигляді графічних діаграм для наочності та зручності інтерпретації.

3. Третій етап полягав у аналізі та узагальненні отриманих результатів, а також у формулюванні висновків. У дослідженні визначення впливу та подолання ПТСР у діючих військовослужбовців в умовах воєнного часу були використані тестові методики, які відповідають основним вимогам наукового пізнання, а саме було використано наступні тестові методики:

- Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist);
- Модель «BASIC Ph» ;
- Методика «Оцінка впливу травматичних подій» (IES-R – Impact of Event Scale-Revised);
- Тест професійного вигорання (Масlach або адаптована українська версія);

Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) (Додаток А)

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) є інструментом самооцінки, який створено на основі діагностичних критеріїв DSM-5 з метою оцінювання симптомів ПТСР. Він містить 20 запитань, що дозволяють

учаснику самотійно оцінити наявність та інтенсивність симптомів, пов'язаних із пережитою психотравматичною подією.

PCL-5 відповідає оновленим діагностичним вимогам DSM-5 і може застосовуватись для вирішення низки клінічних завдань, серед яких: виявлення осіб із можливими проявами ПТСР (скринінг), кількісна оцінка тяжкості симптомів, а також спостереження за динамікою їх зміни в процесі лікування або підтримки. Заповнення опитувальника займає орієнтовно 5–10 хвилин і не потребує спеціальних знань.

Інструмент був розроблений Національним центром з питань ПТСР у США (National Center for PTSD) як допоміжний засіб для клініцистів. Разом з тим, PCL-5 не призначений для встановлення діагнозу самотійно. Для повноцінної діагностики рекомендується використовувати інтерв'ю з клінічним спеціалістом, наприклад, структуроване опитування CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5), що дозволяє глибше оцінити психоемоційний стан пацієнта та підтвердити або спростувати наявність ПТСР. Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Дані PCL-5 показують, що 5 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування, а 10 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим.

Скринінг на ПТСР вважається позитивним, за умови якщо кількість балів перевищує 33.

Модель «BASIC Ph» (Додаток Б)

Це багатовимірна модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності, розроблена професором Мулі Лаадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу. Вона демонструє різні стилі, шляхи того, як людина може впоратися із стресом і кризою. Було виявлено, що в кожного є своє власне унікальне поєднання ресурсів подолання. Ідея моделі полягає в тому, що в людини існує свій потенціал, досвід у подоланні стресової події в шести модальностях:

1. **B** – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя.
2. **A** – Affect – вираження емоцій та почуттів.
3. **S** – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.
4. **I** – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість.
5. **C** – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії.
6. **Ph** – Physical – фізична активність, тілесні ресурси.

Belief & Values (Віра та цінності) - цей підхід до подолання кризи ґрунтується на здатності особистості зберігати віру. Це може бути віра в Бога, довіра до людей або впевненість у власних силах. Наявність у житті людини осмисленості, внутрішньої системи цінностей, особистої місії чи глибинної віри створює джерело психологічної підтримки, до якого вона може звернутися в періоди життєвих труднощів. Саме віра допомагає зберігати внутрішню опору, коли зовнішні обставини виходять з-під контролю.

Affect (Почуття) - цей механізм подолання стресу передбачає, насамперед, розвиток емоційної грамотності: усвідомлення, ідентифікацію та правильне називання власних емоцій. Тільки після розпізнавання емоцій людина отримує змогу безпечно та конструктивно їх виражати. Форми такого вираження можуть бути різноманітними: від вербального самовираження у формі розмови чи листа - до творчих, невербальних форм - таких як музика, малювання, танець,

театралізовані дії. Ідеться про як пряме, так і опосередковане емоційне вираження: ведення щоденника, створення художніх робіт, музична імпровізація або інші арт-техніки, що дають змогу безпечно звільняти внутрішню напругу.

Socialization (Соціалізація) - цей спосіб подолання стресу ґрунтується на потребі у міжособистісному спілкуванні, пошуку підтримки у близьких, родичів, друзів чи спеціалістів у сфері психічного здоров'я. Водночас він передбачає можливість самореалізації через надання допомоги іншим, участь у громадських ініціативах, волонтерстві або соціальній діяльності. Основна ідея цього підходу - відчуття належності до соціуму, організації чи спільноти, що формує внутрішню стабільність та усвідомлення своєї корисності.

Imagination (Уява) - механізм, який апелює до творчого потенціалу особистості. Уява дає змогу моделювати альтернативні варіанти майбутнього, переосмислювати минуле, активізувати інтуїцію, креативність та гнучкість мислення. Цей ресурс активується через фантазії, гру, мистецтво, імпровізацію, гумор, а також через творчу діяльність (живопис, рукоділля, літературну творчість). Звернення до позитивних спогадів або уявлення бажаного стану допомагає знижувати рівень емоційного напруження в моменті.

Cognition (Когніція) - передбачає активізацію інтелектуальних функцій, зокрема логічного, критичного та аналітичного мислення. Такий спосіб долаття кризи базується на здатності людини аналізувати ситуацію, планувати дії, шукати альтернативи, приймати рішення, самостійно навчатися й здобувати нові знання. До когнітивних стратегій також належать вміння розставляти пріоритети, делегувати завдання, займатися саморефлексією та осмислювати внутрішні діалоги.

Physical (Фізичний аспект) - спосіб боротьби зі стресом, який опирається на фізичну активність та тілесну свідомість. Його суть - у зверненні до сенсорного досвіду людини: слуху, зору, дотику, смаку, нюху, відчуття температури, болю чи задоволення. До цього підходу належать як фізичні вправи (ранкова гімнастика, спорт, прогулянки, походи), так і тілесно-орієнтовані

практики: дихальні техніки, релаксація, йога. Завдяки руху та тілесним відчуттям людина має змогу знижувати рівень напруги та відновлювати внутрішній баланс.

Кожна людина має щонайменше шість базових каналів подолання стресу, проте у повсякденному житті найчастіше активними виявляються лише декілька з них. Важливо не лише усвідомлювати свої домінуючі способи стресодолавання, але й працювати над розвитком менш активних або слабо виражених каналів. Такий підхід дозволяє значно посилити власні психологічні ресурси, забезпечити гнучкість та адаптивність у складних життєвих обставинах.

Щоб краще зрозуміти, який саме канал у вас розвинений найкраще, а які потребують додаткової уваги, доцільно пройти спеціальний тест-опитувальник (активне посилання), що допомагає виявити індивідуальний профіль стресостійкості. Варто пам'ятати, що жоден із каналів не є «правильним» або «неправильним» - кожен з них має свої переваги, обмеження та специфіку використання залежно від контексту ситуації.

У моменти втрати внутрішнього балансу, коли особа відчуває себе емоційно виснаженою або «вибитою з колії», ефективною стратегією є усвідомлене звернення до наявних ресурсів - тих, які вже розвинені, й спираючись на них для відновлення. Водночас, якщо жоден із наявних механізмів не дає очікуваного результату, доцільно звернути увагу на ті аспекти особистісного потенціалу, які наразі залишаються нерозкритими або слабо активованими. Їх розвиток відкриває нові можливості для особистісного зростання, адаптації та емоційної стабілізації в умовах стресових навантажень.

Basic Ph складається з 36 пунктів. Пацієнти відповідають на питання використовуючи шестибальну шкалу (від 0 до 6), де 0 означає «ніколи», а 4 – «завжди».

Методика «Оцінка впливу травматичних подій» (IES-R – Impact of Event Scale-Revised); (Додаток В) [1]

Шкала Оцінки Впливу Травматичної Події (IES-R) - це інструмент самооцінки, що призначений для оцінки психологічної реакції на травматичну подію. IES-R використовується для виявлення симптомів посттравматичного

стресового розладу (ПТСР), включаючи три основні групи симптомів: інтрузії (незвані спогади), уникання та гіперактивність.

Основні цілі IES-R включають:

Оцінка посттравматичної симптоматики: Ідентифікація рівня та інтенсивності симптомів ПТСР.

Моніторинг: Відстеження змін у симптомах з часом для оцінки ефективності лікування.

IES-R складається з 22 пунктів, кожен з яких оцінює один з аспектів реакції на травму. Пацієнти відповідають на питання, пов'язані з їхніми почуттями та думками за останній тиждень, використовуючи п'ятибальну шкалу (від 0 до 4), де 0 означає "ніколи", а 4 - "дуже часто".

Клінічне застосування: IES-R часто використовується психіатрами, психологами та іншими фахівцями для діагностики посттравматичних розладів.

Дослідницьке застосування: IES-R використовується у наукових дослідженнях для вивчення наслідків травматичних подій та розробки ефективних методів лікування.

IES-R демонструє високу надійність та валідність:

Надійність: Внутрішня узгодженість шкали є високою, що забезпечує стабільність результатів (коефіцієнт альфа Кронбаха перевищує 0,80).

Валідність: IES-R корелює з іншими інструментами для оцінки посттравматичних розладів, підтверджуючи його валідність.

Тест професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової) (Додаток Г)

Методика діагностики професійного вигорання (англ. *Maslach Burnout Inventory*, MBI) є однією з найавторитетніших і найпоширеніших у світі психодіагностичних інструментів, призначених для оцінки рівня емоційного вигорання серед представників різних професій та сфер діяльності. Вона була розроблена у 1981 році американськими дослідниками Крістіною Маслач та Сьюзен Джексон. Надійність і валідність цієї методики підтверджена

численними науковими дослідженнями, що засвідчують її ефективність у виявленні ключових компонентів синдрому професійного вигорання.

Опитувальник містить 22 твердження, за результатами яких здійснюється оцінювання трьох основних показників: **«Емоційне виснаження»**, **«Деперсоналізація»** та **«Редукція професійних досягнень»**.

Шкала **«Емоційне виснаження»** відображає психоемоційний стан, що характеризується зниженням емоційного фону, підвищеним рівнем втомлюваності, емоційною нестабільністю, втратою інтересу до соціальних взаємодій, дефіцитом позитивних емоцій у спілкуванні з оточенням, відчуттям перевантаження професійною діяльністю та загальним зниженням задоволеності життям.

Поняття **«деперсоналізація»** трактується як формування деструктивних стратегій міжособистісної взаємодії, що проявляються через емоційну відстороненість, байдужість, механічне виконання професійних функцій без глибокої особистісної включеності та емпатії. У деяких випадках це супроводжується цинізмом і негативним ставленням до інших. На поведінковому рівні деперсоналізація може проявлятися у вигляді демонстрації зверхності, використання професійного жаргону, гумору з елементами стереотипізації та ярликів.

Шкала **«Редукція професійних досягнень»** відображає суб'єктивну оцінку особистої професійної компетентності та ефективності. Занижені показники за цією шкалою свідчать про схильність до негативного сприйняття власних професійних якостей і результативності діяльності, що, як правило, супроводжується зниженням професійної мотивації, уникненням відповідальності, емоційною відстороненістю, прагненням до соціальної ізоляції в колективі та поступовим виснаженням - спочатку на психологічному, а згодом і на фізіологічному рівні.

Кожна з описаних вище методик має в собі всі ті ключові моменти, які є важливими для даного дослідження. Їх результати справді можуть надати

реальну картинку психологічних станів та переживань військовослужбовців, які мають посттравматичний стресовий розлад.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження

За допомогою *Шкали PCL-5* було виявлено наявність і тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які на даний момент і далі проходять службу після зони проведення бойових дій. Емпіричні дані зображено на рис. 2.1.

Для виявлення специфічних аспектів психотравматичного досвіду військовослужбовців та симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовували шкалу PCL-5 (див. Додаток А). Цей опитувальник містить основні описи симптомів, що найчастіше спостерігаються у осіб із ПТСР, і дає змогу ідентифікувати їх у респондентів. Слід підкреслити, що PCL-5 здебільшого застосовується як інструмент скринінгу для попереднього виявлення ПТСР. Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, після чого обчислюються основні критерії, зокрема: опис психотравматичної події, симптоми інтраузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, а також симптоми надмірної реактивності. Максимальна сума балів, яку може набрати респондент, становить 80, мінімальна - 0. Загальний показник понад 33 балів свідчить про можливу наявність ПТСР. Водночас слід зазначити, що встановлення остаточного діагнозу на основі виключно результатів цього опитувальника є неможливим, оскільки потребує більш ґрунтовного клінічного обстеження.

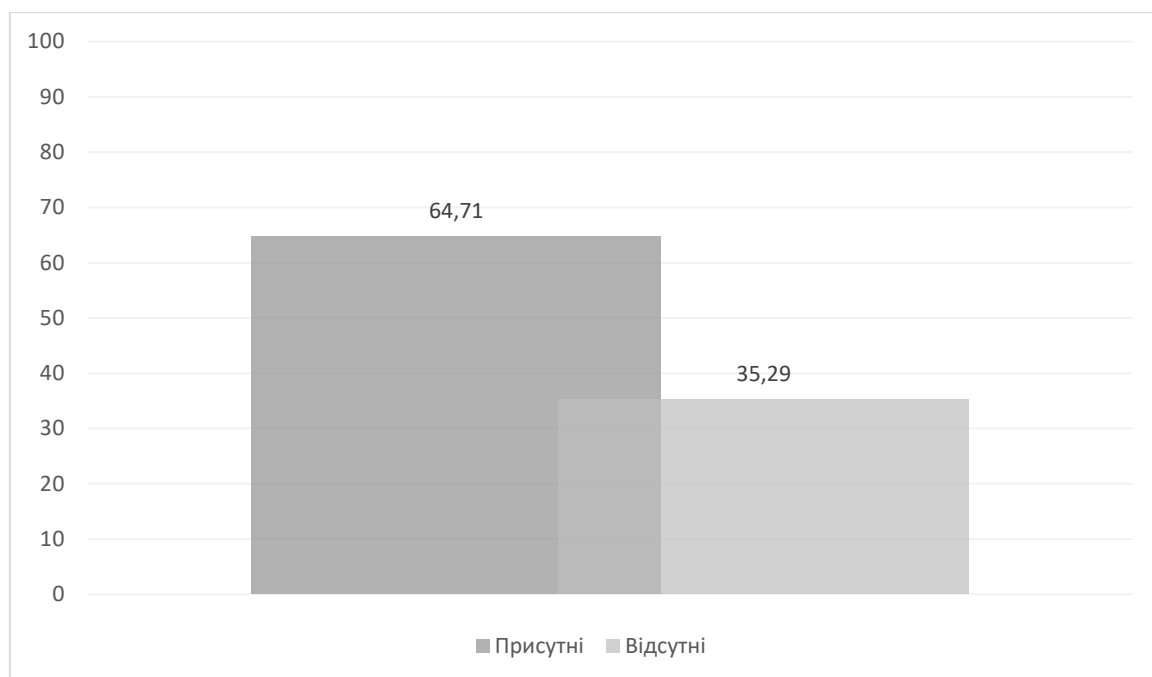


Рис. 2.1. Показники наявності симптомів ПТСР у військовослужбовців за «Шкалою PCL-5» (у %)

Отже, на основі проведеного аналізу результатів дослідження за шкалою PCL-5 можна зробити висновок, що у 64,71% опитаних військовослужбовців спостерігаються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Водночас у 35,29% респондентів такі симптоми відсутні. Отримані дані свідчать про те, що більшість військовослужбовців зазнали психотравмівних подій, зумовлених їх безпосередньою участю в бойових діях.

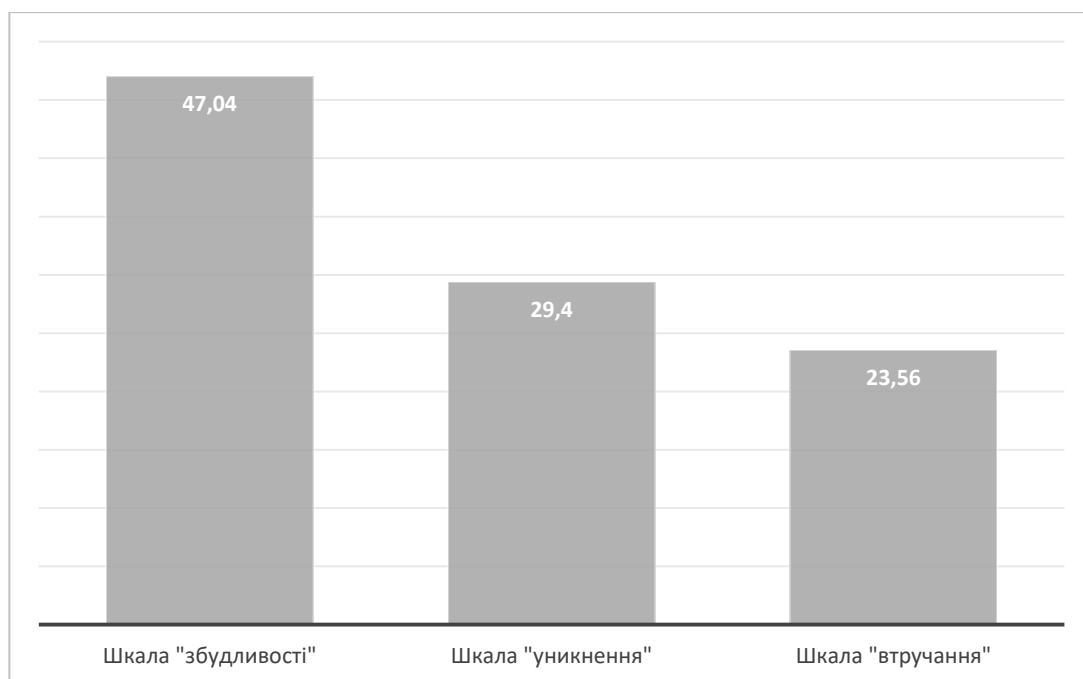


Рис. 2.3 Результати впливу травматичної події за субшкалами за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» (у %)

Отже, на основі отриманих результатів, можна зробити важливі висновки щодо особливостей психоемоційного реагування військовослужбовців, яким діагностовано ПТСР після участі в бойових діях. У більшості учасників дослідження (47,04%) домінує шкала збудливості, яка відображає підвищену нервову напругу, тривожність, дратівливість, порушення сну й загальну нестабільність емоційного стану. Для цих військовослужбовців характерне відчуття постійної загрози, внутрішня напруга й труднощі з розслабленням. Їхня реакція на травматичний досвід має фізіологічне забарвлення і свідчить про стан гіперзбудження, що часто супроводжує посттравматичний стресовий розлад.

У 29,04% респондентів домінує шкала уникнення, що свідчить про переважання захисної реакції у вигляді відсторонення від болісних спогадів і думок. Ці військовики намагаються не згадувати події, пов'язані з війною, уникають обговорень, пов'язаних із пережитим, можуть втрачати інтерес до повсякденного життя, а також зменшувати емоційну включеність у спілкування. Уникнення є типовою формою короткострокового психологічного самозахисту, проте у тривалій перспективі воно може перешкоджати повноцінному

проживанню травматичного досвіду. У 23,56% військових виявлено переважання шкали вторгнення, що вказує на постійне мимовільне повернення до травматичних подій у вигляді нав'язливих думок, яскравих спогадів, нічних кошмарів або емоційних реакцій, які важко контролювати. Для таких респондентів характерна підвищена чутливість до подразників, що асоціюються з минулим досвідом, а також схильність до глибокого емоційного занурення у пережите, що свідчить про те, що події війни та участі в ній залишили значний слід у психіці, викликаючи тривалу й болісну переробку травматичної інформації.

Таким чином, результати дослідження свідчать про наявність у більшості військовослужбовців виражених ознак психологічної травматизації, які проявляються у трьох основних формах: уникнення, нав'язливе повернення до травми (вторгнення) та підвищена емоційна збудливість. Такі результати вказують на потребу в системній психологічній підтримці, спрямованій на м'яке пропрацювання травматичних переживань, зниження симптомів стресу та відновлення емоційної рівноваги.

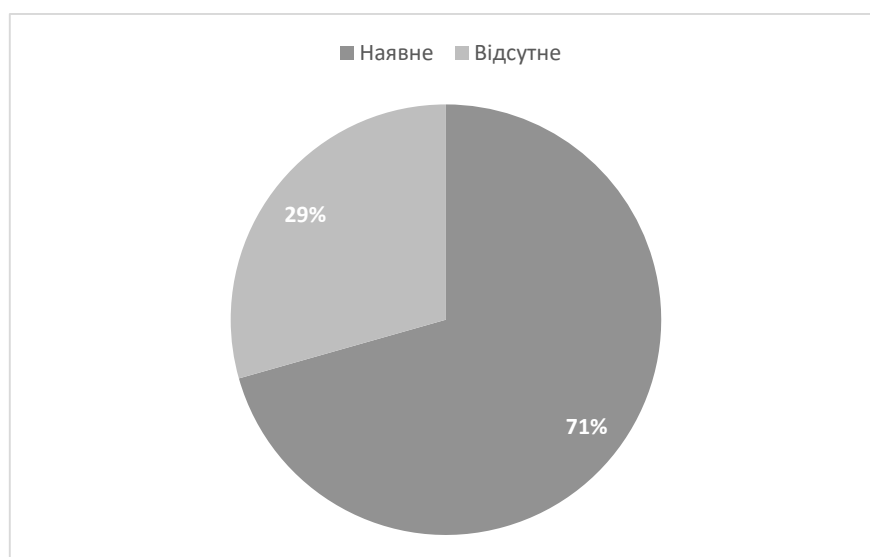


Рис. 2.3 Результати опитування тесту «Діагностика професійного вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової) (у %)

Обробка та інтерпретація отриманих результатів тестування дали змогу зробити висновок, що переважна більшість респондентів, у яких виявлено симптоматику посттравматичного стресового розладу й які продовжують проходити військову службу, демонструють ознаки професійного вигорання - таких налічується 71%. Водночас лише у 29% військовослужбовців із діагностованим ПТСР рівень прояву симптомів професійного вигорання залишається в межах норми.

Далі здійснено аналіз результатів діагностики особистісних стратегій подолання кризових посттравматичних станів серед військовослужбовців. Одним із важливих завдань було виявлення наявних у них особистісних ресурсів, які сприяють збереженню адаптаційного потенціалу організму після пережитих екстремальних стресових ситуацій. Особистісний потенціал подолання криз є притаманним кожній людині та охоплює весь спектр стилів і способів реагування на стрес або кризу.

Згідно з результатами, отриманими за методикою BASIC PH (див. рис. 2.4), встановлено, що у 29,4% військовослужбовців провідним особистісним ресурсом подолання кризових ситуацій є соціальні зв'язки: респонденти активно залучають до взаємодії членів родини та друзів, шукають підтримку в міжособистісному спілкуванні. Надзвичайно важливо, щоб військові з таким домінантним ресурсом залишались соціально активними, брали участь у громадському житті, почувалися потрібними та корисними.

На другому місці за частотою використання виявлено стратегію фізичної активності, яку обрали 23,52% учасників дослідження. Це свідчить про те, що фізичне навантаження є одним із найпоширеніших механізмів особистісного подолання посттравматичних станів у військових. Крім того, дана стратегія корелює з покращенням здатності до самосприйняття через активізацію сенсорного досвіду.

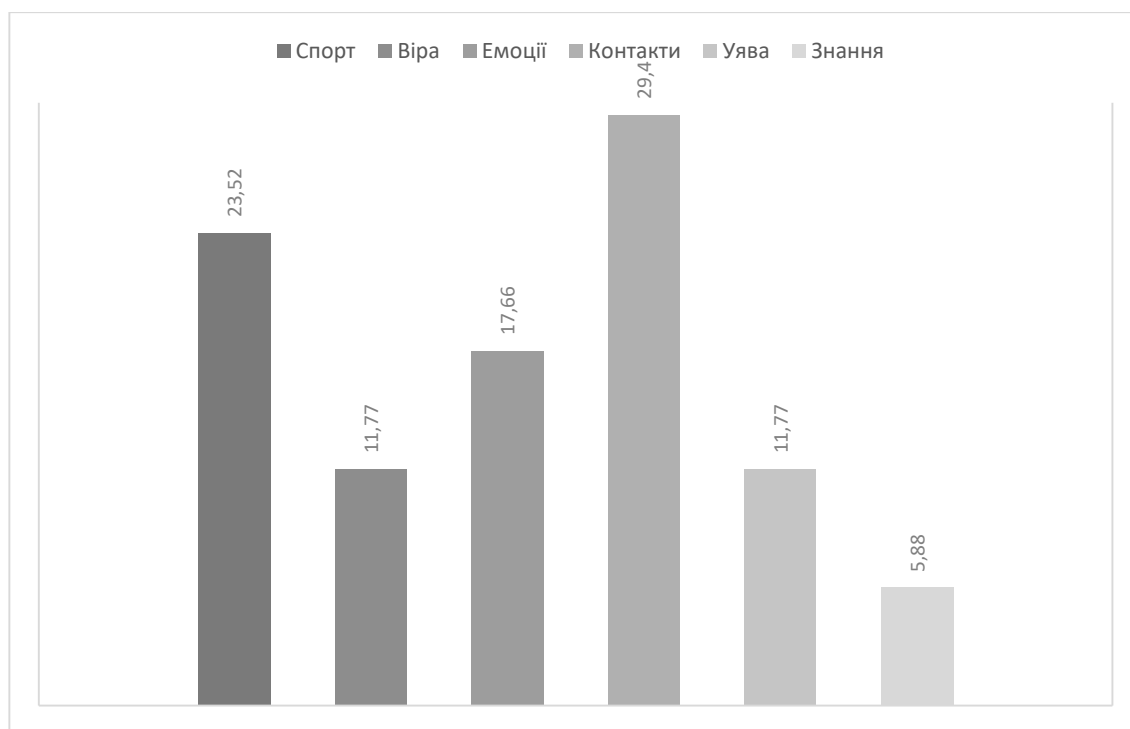


Рис. 2.4. Показники провідних особистісних ресурсів
військовослужбовців за «Методикою Basic-PH» (у %)

У 11,77% досліджуваних військовослужбовців виявлено використання уяви як особистісного ресурсу для подолання кризових і посттравматичних станів. Учасники залучають фантазію, творчість і креативність - мріють про майбутнє, бажані зміни, а також звертаються до приємних і яскравих спогадів. Саме креативне мислення, образне уявлення й фантазія сприяють зниженню рівня тривожності, відволікають від нав'язливих думок і допомагають знаходити нестандартні підходи до розв'язання життєвих труднощів.

У 17,66% опитаних домінуючою особистісною стратегією є залучення емоцій у процесі подолання психотравматичних переживань. Військовослужбовці виражають свої почуття через сльози, сміх, вербальну комунікацію (усну чи письмову, наприклад, у формі щоденника), а також через різні форми арттерапії: малювання, скульптуру, різьблення по дереву, спів або гру на музичних інструментах. Такий підхід дозволяє їм усвідомлювати та опрацьовувати власні переживання, зменшуючи їх інтенсивність.

Лише 11,77% респондентів основною особистісною стратегією подолання криз вказали віру (здебільшого - у Бога). Однак поняття віри може також включати відчуття сенсу життя, орієнтацію на внутрішню систему моральних цінностей і прагнення до самореалізації. Віра, в будь-якому її прояві, є важливим джерелом внутрішньої сили, що дозволяє людині зберігати стійкість у період глибокої психологічної кризи.

Найрідше серед опитаних застосовувався особистісний ресурс знань - лише у 5,88% військовослужбовців було виявлено когнітивну стратегію подолання кризових ситуацій. Такий підхід передбачає активізацію пізнавальної діяльності, раціональне осмислення подій, формування прогнозів, логічне й критичне мислення, планування майбутніх дій, здобуття нової інформації. Ці респонденти зазвичай обдумують ситуації наперед, читають спеціалізовану літературу й прагнуть до інтелектуального зростання як способу внутрішнього відновлення.

Отже, проведене емпіричне дослідження дозволило всебічно оцінити вплив ПТСР на роботу діючих військовослужбовців. За результатами методики PLC-5 встановлено, що більша половина опитуваних має ПТСР, та завдяки методиці BASICPh було встановлено, що домінуючими стратегіями подолання симптоматики посттравматичного стресового розладу є спілкування та фізична активність.

Висновки до другого розділу

У результаті проведеного емпіричного дослідження із застосуванням психодіагностичних методик було виявлено наявність ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та симптомів професійного вигорання у значної частини обстежених військовослужбовців. Використання валідних психометричних інструментів, зокрема шкали PCL-5 для діагностики ПТСР та опитувальника професійного вигорання (за методикою Маслач), дозволило отримати об'єктивну картину психологічного стану досліджуваних.

Дана робота дала нам можливість засвідчитись, що після перебування в зоні бойових дій та при діагностуванні ПТСР, військовослужбовці демонструють підвищену емоційну напруженість, нав'язливі спогади про травматичні події, труднощі з концентрацією, а також зниження мотивації до службової діяльності. Значна кількість опитаних виявляє прояви емоційного виснаження, деперсоналізації та відчуття зниження особистих досягнень - ключові симптоми синдрому професійного вигорання.

Отримані результати демонструють наявність тісного взаємозв'язку між інтенсивністю бойового навантаження, психотравматичними чинниками та розвитком як посттравматичного стресового розладу, так і синдрому професійного вигорання. Встановлено, що військовослужбовці, які мають виражені симптоми ПТСР, частіше демонструють ознаки хронічного емоційного виснаження і зниження професійної ефективності. Це вказує на необхідність впровадження систематичних психологічних обстежень, ранньої діагностики і профілактичних заходів в умовах військової служби.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило актуальність проблеми збереження психічного здоров'я військовослужбовців та окреслило напрямки подальшої роботи у сфері психопрофілактики, психокорекції та психологічної підтримки осіб, які несуть службу в умовах підвищеного стресу.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ З ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

3.1 Структура та зміст корекційної програми для подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Корекційна робота проводилася згідно основних правил консультування військовослужбовців, тобто групові заняття проводилися на максимально нейтральні теми з потужним контролем з боку психолога. В обов'язковому порядку проводилися паралельні індивідуальні консультації, де не було конкретного направлення дій, а швидше терапевтичний процес аби навчити військовослужбовця жити з отриманим досвідом під час перебування в зоні ведення бойових дій.

Метою програми є зменшення проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців шляхом розвитку стресостійкості, формування навичок саморегуляції, підвищення рівня усвідомленості та відновлення внутрішнього ресурсу.

Основні завдання:

- формування у військовослужбовців знань про природу ПТСР і механізми його подолання;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції та контролю над тілесними реакціями;
- відновлення почуття безпеки, довіри та взаємопідтримки;
- підвищення адаптивності та життєстійкості.

Програма побудована на принципах гуманістичної, когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арт-терапевтичної психології.

Програма складається з чотирьох занять, які логічно взаємопов'язані між собою і поступово переходять від зниження психоемоційного напруження до відновлення ресурсів і формування навичок подолання наслідків стресу.

1 заняття “Відновлення почуття безпеки”.

Мета: створення умов психологічної захищеності, зниження рівня тривожності, встановлення довірливого контакту.

1. *Вступ.* Знайомство та встановлення довірливої атмосфери. Обговорення та формування правил групи – 15 хв.
2. *Психоедукаційна частина:* пояснення фізіології стресу за моделлю Г. Сельє – 10 хв.

Початкове введення поняття «стрес» має глибоке фізіологічне коріння, завдяки працям американського фізіолога Волтера Кеннона (зокрема, «Мудрість тіла», 1932 р.), який розглядав організм як відкриту систему, що прагне рівноваги під управлінням нервової та ендокринної систем. Попри це, термін набув свого широкого визнання та активного використання в науковій спільноті здебільшого завдяки дослідженням Ганса Сельє, який описав його як складову загального неспецифічного адаптаційного синдрому. Однак сучасна наукова література увібрала в себе стільки різномірних аспектів цього поняття, що це спричинило значну термінологічну розбіжність. Сьогодні «стрес» може описувати і надзвичайно травматичну ситуацію, і відповідь на травму, і реакцію на один переважно фізичний чинник (як-от гіпоксичний або гемодинамічний стрес), і навіть клінічно сформований синдром післятравматичного стресового пошкодження. Ця полісемія створює значну методологічну проблему для діагностики та розробки ефективних стратегій подолання Посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу. Адже для успішної психологічної корекції є необхідним чітке розмежування між нормативною адаптаційною реакцією організму та глибинним патологічним станом, що вимагає спеціалізованої терапії. Некоректне застосування терміну «стрес» може призвести до хибного вибору протоколу лікування та ускладнити повернення бійців до повноцінного функціонування. Утім, дедалі частіше навіть у науковій літературі поняття «стрес» трактується ще ширше – з урахуванням вікових, родинних, соціальних, ситуативних, психологічних та інших аспектів:

батьківський стрес, стрес раннього віку, економічний стрес, стрес очікування, стрес доглядача, інформаційний, емоційний і посттравматичний стреси тощо. Заради справедливості треба зазначити, що й сам Г. Сельє використовував поняття «стрес» як у значенні однотипної відповіді організму, так і пізніше в ситуативному значенні чинника впливу (стресора). Стрес і стресова ситуація є різними поняттями, тому для позначення складної, переважно тяжкої психотравмувальної ситуації слід використовувати термін «стресова (стресогенна) ситуація», а не «стрес».

За класичною теорією стресу Г. Сельє, *стрес* – це стан фізіологічної або психологічної напруги, зумовлений різноманітними чинниками (соматичними, розумовими, емоційними, зовнішніми або внутрішніми, частіше – їх сукупністю), які спрямовані на порушення функцій організму та яких організм намагається уникнути. Залежно від сили або дози та тривалості дії стресорних чинників стрес-реакція у своєму розвитку може проходити або три послідовні стадії – тривоги, резистентності й виснаження, коли загальний адаптаційний синдром набуває характеру руйнівного процесу (дистресу), або тільки дві перші (тривоги й резистентності), коли формується так званий еустрес (позитивний стрес), що, як твердив Г. Сельє, сприяє підтриманню та збереженню здоров'я.

Через приблизно шість годин після потужного впливу сукупності стресових факторів активується перша стадія - фаза тривоги, яка зазвичай триває до 48 годин. Її основна регуляція відбувається через гіпоталамо-гіпофізарно-адренотропну вісь (ГГПВ). На цьому етапі в головному мозку відбуваються суттєві функціональні та структурні зміни: активуються гіпоталамічні пептиди та катехоламінергічна система, що призводить до інтенсивного викиду адренотропного гормону (АКТГ) гіпофізом. Ендокринна система реагує масованим викидом адреналіну з надниркових залоз, значним підвищенням секреції глюкокортикоїдних гормонів і, навпаки, пригніченням продукції мінералокортикоїдів. Глюкокортикоїди одразу ж вмикають глюконеогенез, переводячи структурні резерви тіла в доступну енергію. Крім того, зростання рівня ендогенних глюкокортикоїдів забезпечує протизапальну дію, пригнічуючи

міграцію макрофагів і гранулоцитів до вогнища запалення та знижуючи протипухлинну цитотоксичність активованих інтерфероном макрофагів. Це також спричиняє помітні зміни в тимусі: деструкцію коркових тимоцитів та зміни в їхній міграції. На цій фазі організм пригнічує функції залоз, які не є критично важливими для негайної боротьби зі стресором, що стосується передусім щитоподібної та статевих залоз, а також тимуса та імунних органів. Усі ці описані вище регуляторні зміни можуть призводити до фізичних проявів: крововиливів і виразок у шлунково-кишковому тракті, підвищення артеріального тиску, тахікардії, схильності до зсідання крові, зменшення жирової тканини, затримки рідини та зниження м'язового тону. У крові спостерігаються лейкоцитоз, лімфопенія та анеозинофілія. Варто зазначити, що такі зміни на стадії тривоги є біологічно виправданими: організм спочатку послаблює, а не посилює свою відповідь на надмірний подразник, щоб запобігти власній загибелі [77]. Після завершення фази тривоги настає стадія резистентності, або стабільності. Тут спостерігається часткова нормалізація роботи залоз внутрішньої секреції та тиміко-лімфатичної системи. Деякі залози, що були пригнічені на першій стадії, навіть можуть демонструвати підвищення функціональної активності. Для стадії резистентності характерне збільшення надниркових залоз, відновлення їхніх ліпідних гранул, вакуолізація хромафінних клітин, тенденція до гіперплазії щитоподібної залози та атрофія гонад. Цікавим є те, що підвищення стійкості до дії одного конкретного агента на цій стадії часто забезпечує захист від багатьох інших стресорів, явище, відоме як перехресна резистентність. Коли стресовий подразник є занадто сильним або повторюється, розвивається третя фаза - стадія виснаження. Вона симптоматично нагадує початкову стадію тривоги, але ключова відмінність полягає у пригніченні, а не підвищенні, секреції глюкокортикоїдів. Саме ця фаза виснаження є підґрунтям для розвитку багатьох «стрес-хвороб». Стрес часто розглядається як каталізатор для розвитку злоякісних пухлин, серцево-судинних захворювань (зокрема, артеріальної гіпертензії), а також алкоголізму, ожиріння та депресії. Важливо розуміти, що стійкість до стресу є індивідуальною і залежить від генетичних

факторів та набутих протягом життя параметрів активності систем, що реалізують і лімітують стрес [14]. Теорія стресу Ганса Сельє, як і будь-яка фундаментальна концепція, з часом набула розвитку. Сучасні погляди розглядають реакцію організму на сукупність внутрішніх і зовнішніх факторів не просто як єдину реакцію (стрес), а як стадійний процес, що формує низку загальних неспецифічних адаптаційних реакцій, які є складовими загального адаптаційного синдрому. Ці реакції включають: стрес, орієнтування, спокійну та підвищену активацію, переактивацію та неповноцінну адаптацію. Всі вони поділяються на сприятливий еустрес (спокійна та підвищена активація) і несприятливий дистрес (стрес, переактивація, неповноцінна адаптація). Реакція орієнтування займає проміжне місце, оскільки може перейти як у еустрес, так і в дистрес. Частота та характер цих адаптаційних реакцій безпосередньо впливають на неспецифічні клінічні прояви, тривалість і перебіг хвороби, прогноз, а також на ймовірність хронізації гострих патологічних процесів, і, зрештою, на ефективність лікування.

3. *Вправа «Моє місце сили»* (арт-терапевтична техніка для формування відчуття внутрішньої опори) – 35 хв.

Мета: формувати навички стресостійкості, відновити почуття безпеки та психоемоційного комфорту.

1. Пригадайте 5 найсвітліших спогадів вашого дитинства, пов'язаних з родиною, домом та природою.
2. Візьміть аркуш паперу та детально опишіть кожен з цих спогадів: скільки вам років, хто поряд, які у вас емоції, відчуття у тілі, які кольори, запахи і звуки навкруги. Пригадайте найменші деталі.
3. Відчуйте спокій та радість у своєму тілі. Не поспішайте. Ці спогади - місце вашої сили.
4. Повторіть щось із цих спогадів у вашому житті зараз, для себе і для ваших

дітей. Дітям можна розказати про свої спогади та розділити з ними свої емоції: це може бути гра, смак, відчуття, відкриття або просто теплі обійми...

(Розділити спогади можна і з іншими близькими людьми).

4. *Дихальна техніка «4–7–8»* - нормалізація серцевого ритму та рівня кортизолу – 30 хв.

Цю техніку, яку її автор, доктор Ендрю Вейл (засновник та директор Центру інтегративної медицини в Університеті Арізони), назвав «природним заспокоєнням для нервової системи», він розробив на основі простих принципів: метод полягає в тому, щоб активувати парасимпатичну нервову систему, яка відповідає за процеси відновлення та травлення, і одночасно вимкнути симпатичну нервову систему, що провокує реакцію на небезпеку (відомий як режим «бий або біжи»).

Такий глибокий і ритмічний спосіб дихання не тільки полегшує швидке засинання, а й значно знижує рівень тривоги. Крім того, дихальні вправи ефективно допомагають справлятися з різними емоційними станами - від сильного збудження до гніву, а також сприяють покращенню травних процесів. Зважаючи на те, що сьогодні багато людей перебувають у стані хронічного стресу, цей простий спосіб заспокоєння заслуговує на особливу увагу.

Отже, що потрібно робити? Ця дуже проста вправа виконується так:

1. Видихніть повністю.
2. Глибоко та розмірено вдихайте через рот протягом 4 секунд. Рахуйте подумки або використовуйте таймер на телефоні.
3. Затримайте подих на 7 секунд.
4. Повільно і спокійно видихайте протягом 8 секунд.

Повторіть цикл декілька разів, доки не почнете заспокоюватися. Якщо у вас немає досвіду подібних вправ і ви рідко займаєтеся фізичною активністю, то можливо, на початку голова може трохи паморочитися через гіпервентиляцію легенів. Не хвилюйтеся, це нормально.

Проте якщо тривожність стає системною, і вам важко справлятися з нею самотійно, не соромтесь звернутися до спеціаліста.

2 заняття. “Проживання травматичного досвіду”

Мета: сприяння усвідомленню травматичних подій та безпечне опрацювання емоцій.

1. *Вступ.* Пригадування матеріалів з попередньої зустрічі. Обговорення стану зараз – 10 хв.
2. *Вправа «Мій шлях після події»* - візуалізація життєвого шляху з фокусом на досвіді подолання – 30 хв.

Теоретичне підґрунтя:

В основі вправи - ідеї екзистенційної психології (В. Франкл), згідно з якою людина навіть у найскладніших обставинах може знайти сенс і мету. Також вправа базується на принципах наративної терапії (М. Уайт) - через побудову особистої історії учасник переходить від ролі «жертви подій» до «автора власного життя».

З точки зору посттравматичного зростання (Т. Кальгун, Р. Тедескі), рефлексія над власним досвідом дозволяє не лише зменшити симптоми ПТСР, а й знайти нові джерела сили, мудрості та цінностей.

1. *Вступ.* Я, як ведуча коротко пояснюю мету заняття: «Сьогодні ми спробуємо подивитися на свій шлях після події - не лише на те, що сталося, а на те, що відбувається з вами зараз і куди ви рухаєтеся». Важливо підкреслити: це не переказ травматичних подробиць, а роздуми про власний розвиток.
2. *Основна частина.* Учасникам роздаються аркуші паперу та олівці. Пропонується намалювати свій шлях після травматичної події у вигляді лінії, дороги, річки, стежки тощо.
 - о Початок шляху - момент травматичної події або відрізок часу після неї.
 - о Середина - період боротьби, змін, труднощів.
 - о Кінець - символ майбутнього, до якого прагне учасник (спокій, сила, сім'я, мир, служба, відновлення).

Потім кожен коротко описує, що означають для нього окремі частини малюнка.

3. Обговорення. У безпечній атмосфері (за бажанням) учасники можуть поділитися своїми історіями.

Ведучий ставить м'які запитання:

- о Що допомогло вам рухатися далі?
- о Які сили або люди підтримували вас?
- о Що ви взяли для себе з цього досвіду?
- о Що означає для вас кінець вашої дороги?

4. Підсумок. Підкреслюю, що шлях відновлення - це процес, а не одноразовий акт. Кожен має право на свій темп і свій спосіб одужання. Рекомендується завершити вправу короткою фразою підтримки, наприклад: «Ви вже на своєму шляху. І цей шлях - свідчення вашої сили.»

3. Метод «Порожній стілець» (за Ф. Перлзом) - відновлення контакту із заблокованими почуттями – 25 хв.

Це одна з ключових технік у гештальт-терапії та часто використовується для роботи з незавершеними емоціями, конфліктами та стосунками, що є особливо актуальним для військових. Вона допомагає «проговорити» те, що не було висловлено, зменшити емоційне навантаження та краще зрозуміти власні почуття. Ця вправа проводилась під керівництвом психолога, адже йдеться про важкі травматичні переживання.

Етап 1: Підготовка

1. Поставте два стільці обличчям один до одного. Сядьте на один стілець. Визначте, з ким ви хочете «поговорити» (це може бути конкретна людина, частина вашої особистості, яка з вами конфліктує, або навіть абстрактне поняття, як «війна», «справедливість», «страх»).

2. Подивіться на порожній стілець навпроти і уявіть, що на ньому сидить ваш «співрозмовник». Зверніть увагу, як він виглядає, яке у нього вираз обличчя, як ви відчуваєтеся поруч із ним.

Етап 2: Діалог (Роль військового)

1. Зверніться до уявного «співрозмовника» на ім'я (або за назвою, якщо це абстрактне поняття).
2. Говоріть відверто і прямо. Висловіть усе, що ви хотіли чи не мали змоги сказати цій особі (або частині себе). Використовуйте "Я-висловлювання" ("Я відчуваю гнів, тому що...", "Мені боляче, коли...", "Я хочу, щоб ти знав..."). Не стримуйте сліз, гніву, смутку чи інших емоцій. Якщо хочеться кричати, кричіть (у безпечному просторі). **Фіксуйте тілесні відчуття:** Звертайте увагу, як ваші емоції відображаються у тілі (напруга в плечах, стиснуті кулаки, важкість у грудях). Можете про це говорити вголос: «Я відчуваю, як у мене напружується щелепа, коли я про це кажу».

Етап 3: Зміна Ролі (Роль «Співрозмовника»)

1. Пересядьте на інший стілець (той, що був порожнім).
2. Уявіть себе тим «співрозмовником» і дайте відповідь на те, що було сказано. Говоріть від його імені. Намагайтеся максимально вжитися в цю роль, відповідаючи так, як, на вашу думку, відповіла б ця людина (або як відчувається ця частина вашої особистості). Зверніть увагу на власні відчуття, коли ви говорите з цієї ролі.

Етап 4: Продовження Діалогу

1. Продовжуйте діалог, пересідаючи з одного стільця на інший.
2. Обмінюйтеся думками та емоціями, поки не відчуєте, що все, що потрібно було сказати, вже прозвучало, або поки діалог природно не вичерпає себе.
3. Спробуйте знайти точку, де напруга спадає, або з'являється нове розуміння ситуації.
4. Сядьте на свій початковий стілець.
5. Зробіть глибокий вдих і видих. Осмисліть, що ви дізналися про себе і про ситуацію під час цього діалогу.

Рекомендації для військових

- **Безпека:** Якщо «співрозмовник» пов'язаний з травматичною подією (наприклад, загибель побратима), важливо мати підтримку психолога для «заземлення» та виходу з процесу.
- **Конфіденційність:** Переконайтеся, що ви перебуваєте в абсолютно приватному місці.
- **Повага до почуттів:** Дозвольте собі всі почуття. Не існує «правильних» чи "неправильних" емоцій, особливо у контексті бойового досвіду.
- **Символізм:** Можна покласти на порожній стілець предмет, який символізує «співрозмовника» (фото, шеврон, інший особистий предмет) - це може допомогти зосередитися.

4. Когнітивна реструктуризація - робота з деструктивними переконаннями («Я не зміг», «Я винен») – 25 хв.

Це ключовий метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямований на виявлення, оцінку та зміну деструктивних (дисфункціональних) думок і переконань, які викликають негативні емоції та дезадаптивну поведінку.

Для військових, особливо тих, хто переживає травматичний досвід, ця робота має вирішальне значення, оскільки допомагає впоратися з такими поширеними та руйнівними переконаннями, як «Я не зміг» (самозвинувачення в некомпетентності) та «Я винен» (провина вцілілого, моральна травма).

Спочатку потрібно чітко зафіксувати думку, яка вас турбує, і зрозуміти, коли вона виникає.

1. Опишіть Ситуацію: Згадайте конкретний момент, коли ви відчули сильні негативні емоції (провину, сором, гнів). Що саме відбувалося? (Наприклад: "Це сталося, коли я згадав про той бій," або "Це відбувається щоразу, як я бачу новини.")
2. Визначте Емоцію: Які почуття виникли? Наскільки вони сильні? (Наприклад: "Я відчув провину на 90% і сум на 85%.")

3. Запишіть Думку: Яка саме думка промайнула у вас в голові? Це можуть бути фрази: "Я винен у тому, що сталося" або "Я не зміг виконати завдання і підвів своїх".

Наступний етап є серцевиною реструктуризації. Ви стаєте власним "адвокатом" чи "слідчим" і перевіряєте свою деструктивну думку на правдивість.

Робота з «Я винен» (Провина вцілілого, моральна травма)

Поставте собі наступні питання щодо вашої думки про вину:

- Докази "за" вину: Які є фактичні докази, що я справді є єдиним винуватцем? Запишіть лише те, що є об'єктивним фактом, а не припущенням.
- Докази "проти" вини: Що я зробив правильно? Які дії я виконав для порятунку/захисту/виконання завдання? Які фактори були поза моїм контролем (дії ворога, обставини бою, погода, відсутність ресурсів)?
- Відповідальність vs. Вина: Чи я справді "винен" (заслужую на покарання), чи я просто відповідальний за свої дії в надзвичайних обставинах? (Часто людина відповідає за процес, але не за непередбачуваний кінцевий результат.)
- Позиція "Зовнішнього Спостерігача": Якби цю ситуацію пережив мій побратим/друг, і він сказав би, що винен, що б я йому відповів?

Робота з «Я не зміг» (Самонавішування ярликів, некомпетентність)

Поставте собі наступні питання щодо думки про невдачу:

- Аналіз «Провалу»: Чи це був повний провал, чи це була часткова невдача? Якщо завдання виконано на 60%, то 40% - це невдача, але 60% - це успіх. Що вдалося?
- Катастрофізація: Чи справді наслідки "Я не зміг" є непоправною катастрофою? Чи світ і моє життя продовжуються?

- Фокус на Силі: Навіть якщо була помилка, що це говорить про мої сильні сторони? (Наприклад: «Помилка була, але я зміг швидко зорієнтуватися і врятувати частину обладнання/особового складу.»)
- Урок, а не Вирок: Як я можу використати цей досвід, щоб навчитися і діяти краще наступного разу? Сформулюйте це як урок, а не як вирок.

Етап 3. Створення Збалансованої (Альтернативної) Думки

На основі зібраних доказів (Етап 2) сформулюйте нове, реалістичніше та більш милосердне до себе переконання. Це має бути те, у що ви можете повірити.

Таблиця 3.1

Приклади реструктуризації

Деструктивне Переконання	Збалансоване Переконання
«Я винен у його смерті.»	Збалансовано: «Я відчуваю сильний біль і провину, бо це була велика втрата. Але Я діяв згідно з обстановкою і зробив усе, що було в моїх силах і можливостях за тих надзвичайно складних умов. Справжня причина - це бойові дії, а не моя помилка.»
«Я не зміг. Я некомпетентний.»	Збалансовано: «Я допустив помилку, і це прикро. Однак я виконав завдання на X відсотків, і в цьому є моя заслуга. Це була складна ситуація, і я отримав цінний досвід, який використаю для підвищення своєї ефективності.»

Етап 4. Закріплення Нової Думки

Для того, щоб нова думка замінила стару, її потрібно постійно практикувати.

1. Повторення: Запишіть збалансовану думку і читайте її щоразу, коли відчуваєте, що стара деструктивна думка повертається.
2. Дії: Дійте відповідно до нового переконання. Якщо ви вірите, що «зробили все, що могли», дозвольте собі відпочити і не карайте себе.

Важливо: Ця робота є особливо складною, коли йдеться про бойовий стрес і моральну травму. Найкраще проводити когнітивну реструктуризацію під супроводом психолога або психотерапевта, який допоможе уникнути занурення в травматичні спогади.

3 заняття. «Ресурси відновлення та самодопомоги»

Мета: розвиток навичок саморегуляції, розширення внутрішніх ресурсів, підвищення впевненості.

1. *Вступ.* Пригадування попереднього матеріалу – 10 хв.
2. *Техніка м'язової релаксації* – 10 хв.

Інструкція: цю техніку бажано вперше виконувати за наглядом психолога. «Згадайте ситуацію, яка відбулась нещодавно і викликала у вас сильну тривогу. Прийміть стабільне, стійке положення тіла (сядьте). Якщо ваша спина спирається на стінку стільця, відчуйте цей контакт. Відчуйте, як ваше тіло щільно притиснулось до неї. Людина має кілька точок опори, які допомагають подолати паніку та стрес, а також запобігти травматизації:

- Першою точкою є стопи. Подивіться на свої ноги. Якщо ви отримуєте інформацію, яка вас лякає, спробуйте одразу сфокусуватися на своїх стопах. Коли ви встановлюєте контакт із ними, з'являється можливість діяти.

- Друга точка – спина. Якщо ви можете спертися на щось, зробіть це. Коли вам страшно, притуліться до стіни чи спинки стільця або знайдіть іншу точку опори.

- Третя точка – це очі. Огляньте простір навколо. Що ви зараз бачите? Погляньте на людину поруч. Це важливий крок для відновлення зв'язку зі своїм тілом під час сильного стресу. Під час страху зіниці розширюються, щоб охопити більшу кількість об'єктів. Це може призвести до потемніння або розмитості зору,

що є нормальною реакцією організму на тригер. Спробуйте покліпати очима і знайти яскраву точку для фокусування.

- Четверта точка – це ваші руки. Стисніть їх у «замок», потім розтисніть їх й потріть долоні. Під час цього процесу потирання рук ми допомагаємо собі вийти зі стресової фази. Обійміть себе. Коли ми відчуваємо сильний страх і знаходимося у стані сильного стресу, зв'язок з власним тілом втрачається. Відчувається ніби ми відокремлюємося від нього. Однак саме тіло здатне впоратися з тією напругою, яку ми переживаємо.

3. *VR-релаксація* - візуальне занурення в безпечне середовище (природа, спокій, рух) – 25 хв.

VR ефективно застосовується у терапії ПТСР, тривожних станів і розладів, та інших травма-асоційованих розладів і симптомів з різними категоріями людей, зокрема з активними військовими і ветеранами.

Найвідомішим методом використання VR у роботі з травмою є експозиційна терапія віртуальної реальності, яка вже є традиційним методом лікування ПТСР.

Завдяки особливостям і перевагам імерсивних середовищ, таким як відчуття присутності, залученість у процес, інтерактивність, а також значимий вплив на ефективність навчання, VR може використовуватись в таких напрямках, як тренування і відпрацювання психологічних навичок, а також для інтерактивної психоедукації.

4. *Вправа «Три опори»* - визначення головних ресурсів життя (родина, побратими, віра) – 25 хв.

Це техніка, спрямована на усвідомлення та зміцнення внутрішніх і зовнішніх джерел підтримки (ресурсів) у складних життєвих ситуаціях та під час переживання стресу. Це ефективний інструмент для «заземлення» та відновлення відчуття стійкості, що є критично важливим для військових. Для її виконання знайдіть спокійну хвилину і письмово або подумки визначте три основні сфери вашої підтримки:

1. Опора 1: Ресурси «Я» (Внутрішній Стрижень). Це все, що стосується вашої особистості, здібностей і тіла. Зосередьтеся на своїх сильних якостях: рішучості, витривалості, вмінні швидко приймати рішення, навичках володіння зброєю чи надання допомоги. Сюди ж віднесіть і фізичну силу, що дає вам можливість діяти. Визначте, які ваші навички та характер роблять вас надійним бійцем.
2. Опора 2: Стосунки та Зв'язки (Соціальний Тил). Це люди, які вас підтримують, і які надають вам відчуття приналежності та безпеки. Назвіть тих, хто вірить у вас беззастережно: членів родини, найкращих друзів, або надійних побратимів у підрозділі. Це ваша мережа підтримки, знання про існування якої допомагає не почуватися самотнім.
3. Опора 3: Сенси та Дії (Цінності та Місія). Це ваша особиста мета, цінності та майбутні плани, які надають сенс вашим діям. Сформулюйте, заради чого ви боретеся (захист сім'ї, свобода України, мирне майбутнє). Згадайте ваші ключові цінності (честь, справедливість, вірність) і ті улюблені справи, які наповнять вас радістю після Перемоги.

Завершення: Усвідомте, що ви несете ці три потужні опори завжди з собою. У важку хвилину візуалізуйте себе стійким на цьому трикутнику ресурсів. Коли ви відчуваєте тривогу чи зневіру, сфокусуйтеся на фізичному заземленні (Опора 1), а потім подумки нагадайте собі про вашу місію (Опора 3). Це допомагає швидко відновити внутрішню рівновагу та мотивацію.

5. *Дихальні вправи, для стабілізації у моменті.* Вправи на розширення діафрагми – 10 хв.
6. *Рефлексія* – 10 хв.

4 заняття. “Повернення до життя і служби”

Мета: інтеграція набутих навичок, розвиток командної взаємодії, відновлення мотивації.

1. *Вступ.* Пригадування попереднього матеріалу – 10 хв.
2. *Рольова гра «Підтримка побратима»* - розвиток емпатії та

взаємодопомоги.

Рольова гра "Підтримка побратима" - це практичне заняття, що має на меті відпрацювати навички надання першої психологічної допомоги та емоційної підтримки в безпечному середовищі, зміцнюючи довіру між військовослужбовцями. Учасники об'єднуються в пари, де один бере на себе роль Побратима А (той, хто потребує підтримки), а інший - роль Побратима Б (той, хто надає підтримку). Побратим А обирає типовий для військових сценарій (наприклад, почуття провини вцілілого, гостру втому, страх перед наступним завданням або сильний гнів на командування) і починає щиро говорити про свої почуття. Завдання Побратима Б полягає в тому, щоб уважно вислухати, не перебиваючи і не даючи негайних порад чи наказів типу "візьми себе в руки" або "це дрібниці". Замість цього, Б повинен застосовувати техніки активного слухання та валідації почуттів, використовуючи фрази, що відображають емпатію та визнання болю, наприклад: "Я бачу, наскільки тобі зараз важко", або "Це нормально – почуватися виснаженим після всього, що ми пережили". Діалог триває близько п'яти-семи хвилин, після чого ролі припиняються. На етапі рефлексії обговорюється, що саме було найбільш допоміжним для Побратима А, а що - зайвим. Потім учасники обов'язково міняються ролями, щоб кожен зміг відчувати себе як у стані вразливості, так і в ролі того, хто надає надійну емоційну опору. Ключовий урок цієї вправи: справжня підтримка часто полягає не в пошуку рішення, а в здатності просто бути поруч і вислухати побратима без засудження.

3. *Вправа «Сходи цілей»* - планування особистісного і професійного розвитку.

Вправа «Сходи цілей» - це метод, який допомагає зробити велику, довгострокову мету досяжною, розбиваючи її на низку менших, послідовних кроків, візуально схожих на сходинки. Це знижує тривогу перед обсягом роботи та посилює відчуття контролю над власним розвитком, що особливо важливо після військового досвіду. Спочатку ви визначаєте Кінцеву Мету, яка є вершиною сходів, наприклад: «Через два роки я відкриваю власну справу у сфері

будівництва» або «Я досяг стабільної ремісії ПТСР і повністю відновив соціальні зв'язки». Далі ви визначаєте Першу Сходинку - це найменша, але конкретна дія, яку ви можете зробити вже сьогодні (наприклад, «Знайти навчальні курси для ветеранів» або «Записатися на першу сесію з психологом»). Потім ви заповнюєте простір між початком і кінцем, створюючи 3–5 проміжних Сходинок. Кожна сходинка має бути логічно завершеним етапом, що веде до наступного, і мати чіткий термін виконання. Наприклад, проміжна сходинка може бути: «Пройти повний курс перекваліфікації та створити портфоліо». Для забезпечення чіткості ви деталізуєте кожен проміжну сходинку на мікро-кроки (наприклад: «щоденно приділяти навчанню 1 годину», «пройти фінальне тестування»). Таким чином, вправа перетворює невизначену мрію на чіткий покроковий план, дозволяючи вам завжди знати, на якій сходинці ви стоїте і який саме маленький крок потрібно зробити сьогодні. Кожне досягнення сходинки є підтвердженням вашої компетентності, ефективно протидіючи внутрішнім деструктивним переконанням.

Індивідуальні консультації

Під час індивідуального консультування було визначено чималу кількість зрушень у більш позитивний бік. У деяких клієнтів було помічено швидкий прогрес, а у деяких його повна відсутність в основному через те, що вони відмовлялися від додаткової роботи над собою поза консультаціями.

Запити більшою мірою були пов'язані на розуміння того, що і чому відбувалося з ними в зоні проведення бойових дій та як жити далі із пережитим досвідом.

3.2 Аналіз результатів формуючого експерименту

Після реалізації корекційно-розвивальної програми «Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах воєнного часу» було проведено повторну діагностику з метою оцінки ефективності проведеної роботи. Для цього застосовано такі психодіагностичні

інструменти: шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), методика «Оцінка впливу травматичних подій» (IES-R) та тест професійного вигорання (К. Масlach).

Результати аналізу свідчать про позитивну динаміку психоемоційного стану учасників. Після завершення програми спостерігалось зниження рівня вираженості посттравматичних симптомів, зменшення проявів емоційного виснаження, а також підвищення здатності до саморегуляції та використання внутрішніх ресурсів у стресових ситуаціях.

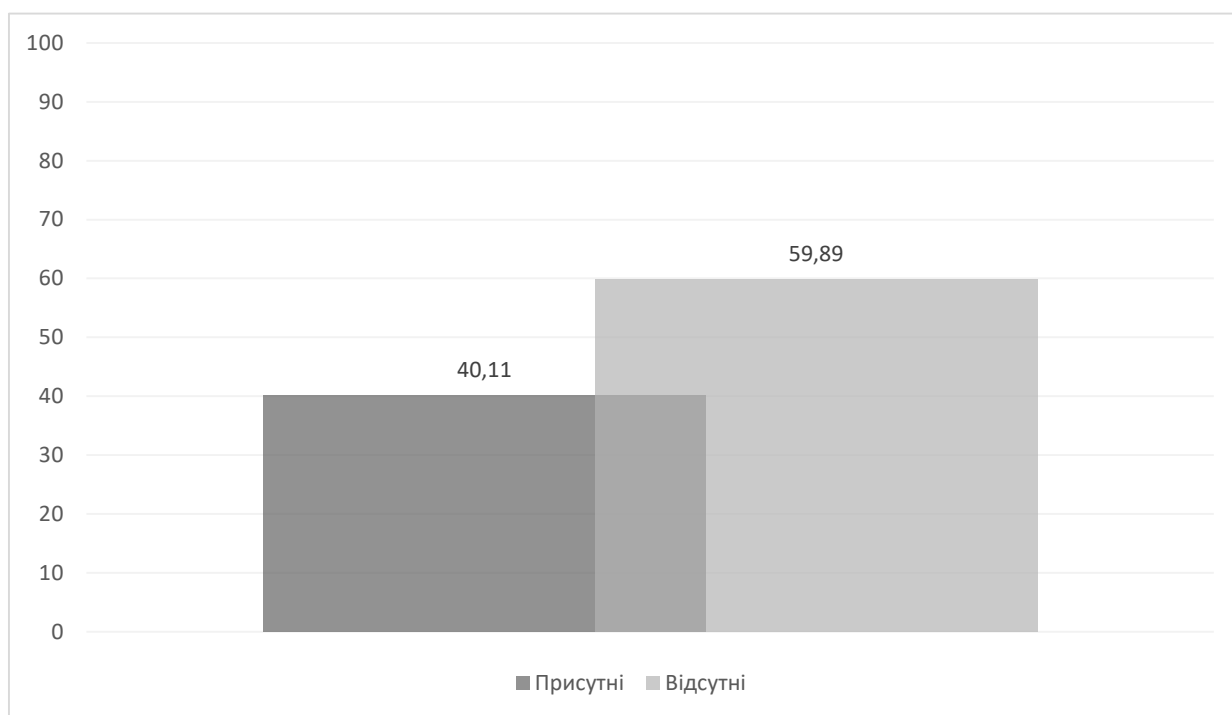


Рис. 3.2. Показники наявності симптомів ПТСР у військовослужбовців за «Шкалою PCL-5» (у %)

Повторне тестування показало зниження загального балу за шкалою симптомів ПТСР. Якщо до початку програми переважали високі показники повторного переживання травматичної події, гіперзбудження та уникання, то після завершення занять спостерігається помітне зниження інтенсивності флешбеків, тривожності та нічних жахів. Військовослужбовці частіше зазначали, що можуть контролювати свої емоційні реакції та повертатися до звичного ритму служби.

Це свідчить про ефективність корекційної роботи, спрямованої на інтеграцію травматичного досвіду та формування стресостійких стратегій поведінки.

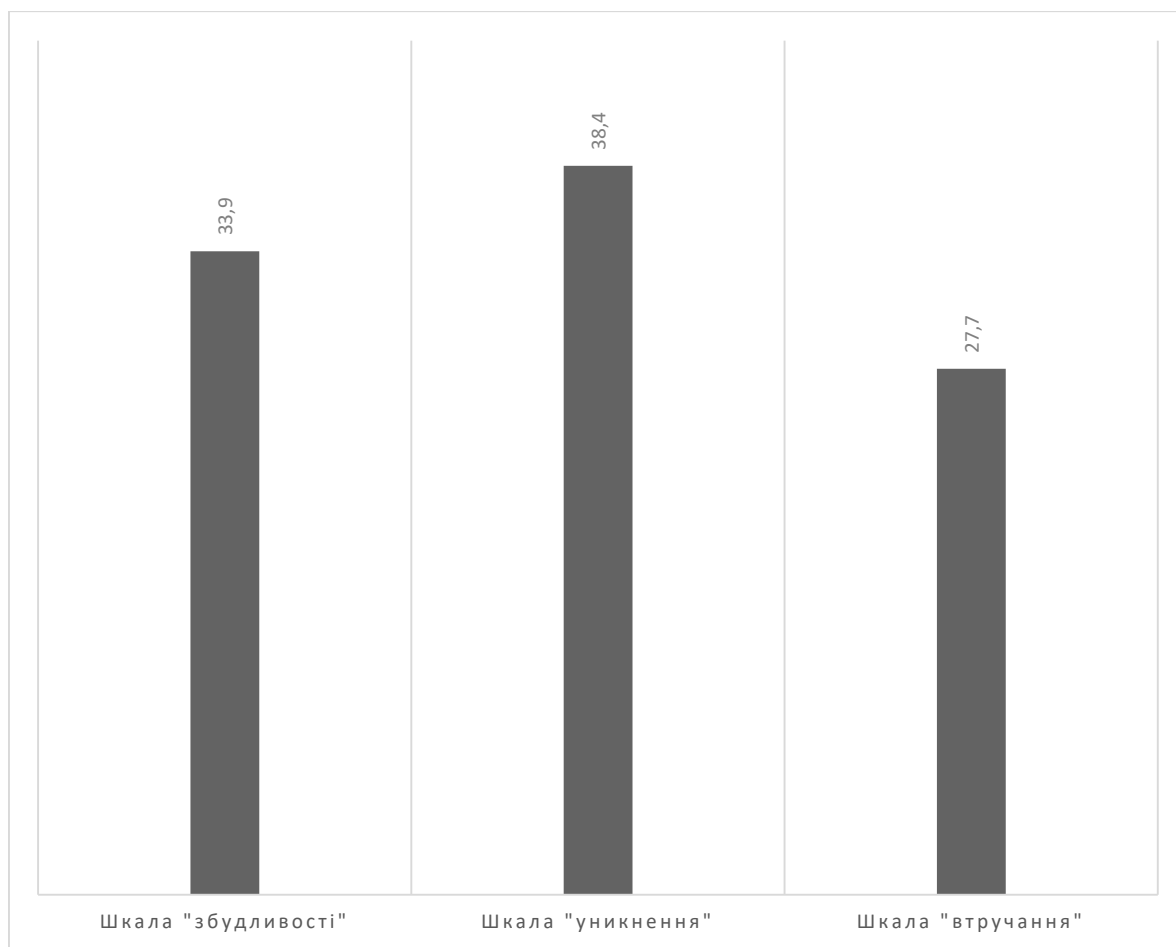


Рис. 3.3. Результати впливу травматичної події за субшкалами за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» (у %)

Дані післятестової діагностики продемонстрували зменшення середніх значень субшкал «Втручання», «Уникання» та «Збудливості». Учасники стали менш схильними до нав'язливих спогадів, уникання соціальної взаємодії та підвищеної збудливості. Кількість військовослужбовців із клінічно значущими показниками ПТСР знизилася майже вдвічі, що підтверджує стабілізацію емоційного стану та поступову адаптацію до умов служби. Отримані результати підтверджують доцільність використання технік арт-терапії, VR-релаксації, рольових ігор і когнітивно-поведінкових елементів у роботі з травматичним досвідом.

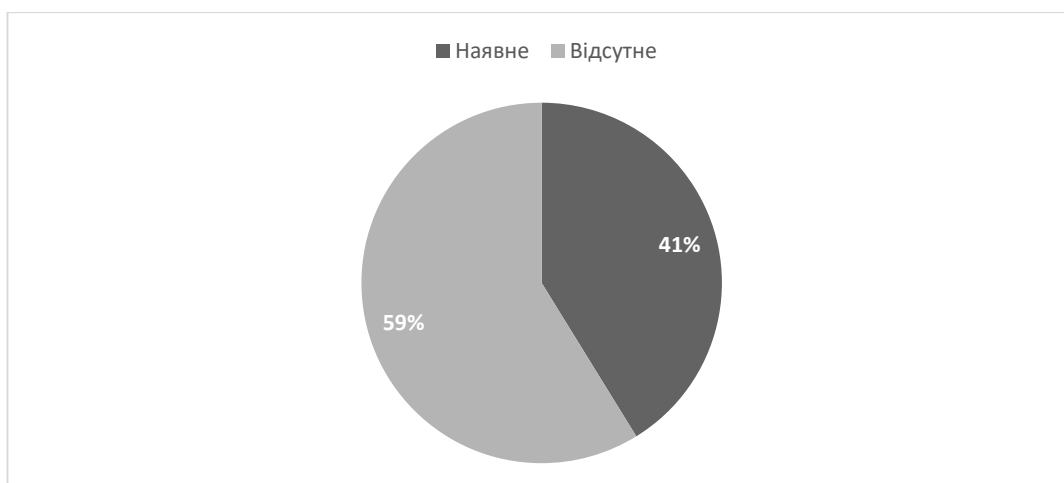


Рис. 3.4. Результати опитування тесту «Діагностика професійного вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової) (у %)

У ході повторного опитування зафіксовано зниження рівня емоційного виснаження та деперсоналізації, а також підвищення показників професійної ефективності. Після серії тренінгів військовослужбовці частіше вказували на відчуття професійної значущості, згуртованості колективу та взаємопідтримки.

Особливо позитивні зміни простежувалися серед учасників, які активно брали участь у групових обговореннях та вправах з розвитку командного духу.

Якісна динаміка спостерігалася у поведінці: військовослужбовці почали проявляти більшу відкритість, активність у груповій взаємодії, зменшили частоту скарг на порушення сну, підвищили довіру до побратимів і командирів.

Отже, реалізація програми довела її ефективність у корекції симптомів ПТСР та відновленні психологічної стійкості в умовах сучасної військової служби.

3.3 Рекомендації для самодопомоги військовослужбовцям при виникненні симптомів ПТСР

Психологічна самодопомога є невід'ємною частиною процесу відновлення військовослужбовців, які пережили травматичні події та мають симптоми

посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це не замінює професійну терапію, але значно підвищує її ефективність, оскільки повертає особі відчуття контролю та активну роль у власному зціленні. Самодопомога має бути структурованою, послідовною та охоплювати основні механізми подолання, що базуються на доказових психотерапевтичних підходах.

Поширені упередження щодо посттравматичного стресового розладу.

На жаль, навколо Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) існує безліч шкідливих міфів та упереджень, які ускладнюють життя постраждалим і впливають на суспільство в цілому. Перш за все, помилково вважати, що ПТСР є долею виключно військових або ветеранів, насправді, цей розлад може розвинутися у будь-кого, хто пережив травматичний досвід, зіткнувся із серйозною загрозою для свого чи чужого життя та здоров'я.

Не менш поширене хибне уявлення, що ПТСР вражає лише «слабких» людей. Це абсолютно не так: діагноз не має жодного стосунку до вольових якостей, витривалості чи характеру, а є лише наслідком надзвичайно важкої або тривалої травматичної події. Навпаки, звернення по допомогу є ознакою сміливості та сили. Крім того, важливо розуміти, що ПТСР - це не прояв якихось прихованих «психічних проблем», а природна реакція організму на екстремальний стрес. За світовою статистикою, більшість людей (близько 70%) після травматичних подій успішно відновлюються і не мають симптомів ПТСР.

Також необхідно розвінчати стереотип, що люди з ПТСР є небезпечними. Це не відповідає дійсності: більшість людей, які страждають від цього розладу, не мають наміру завдати шкоди ні собі, ні іншим. Багато хто з них веде повноцінне, стабільне життя, працює, будує кар'єру та підтримує стосунки; науковці активно вивчають феномен посттравматичного зростання, коли людина переживає позитивні зміни, стає більш усвідомленою та трансформує своє життя на краще після зіткнення з кризою.

Ще один міф - нібито ПТСР - це щось непоправне. Насправді, розлад успішно лікується за допомогою психологічних, фармакологічних та інших методів, часто у поєднанні. Хоча процес відновлення потребує часу та зусиль,

психіка, як і тіло, здатна відновлюватися, дозволяючи людині зменшити вплив минулого на якість сьогоденного життя.

Нарешті, слід пам'ятати, що не всі відчувають ПТСР однаково: навіть подібні травми викликають індивідуальні реакції, тому й підхід до лікування завжди має бути глибоко індивідуальним. Усі ці упередження та міфи можуть призводити до стигматизації, що, своєю чергою, заважає постраждалим звертатися за допомогою або призводить до їх виключення з активного життя (робота, навчання, стосунки). Тому головне завдання суспільства - демонструвати підтримку та розуміння людям із симптомами або діагнозом ПТСР, сприяти їхньому лікуванню та поверненню до активного та здорового способу життя. Важливо пам'ятати про «імунну систему психіки» - нормальний процес опрацювання травматичної пам'яті. Згідно з даними, 70% осіб не матимуть ПТСР після жахливої події, а більшість із тих, хто отримає такий діагноз, зціляться протягом шести місяців без лікування. Проте у 30% людей, які пережили травму, цей розлад усе ж таки розвивається і потребує уваги.

Психологічна травма відрізняється від звичайного стресу тим, що людина була за крок до смерті. Природно, що їй важко заспокоїтися, адже в думках відтворюються усі жахи війни. З'являється тремтіння рук, порушується сон. Такі посттравматичні розлади – ніщо інше, як реакція організму на ненормальну ситуацію. Психіка здатна сама опрацювати інформацію, блокувати її потік, аби людина змогла вижити у надзвичайних умовах. Але існує таке поняття, як травмопам'ять тіла: людина може не воювати, але тіло все ще реагує на гучні звуки, спалахи, повертаючи у ситуацію бою. Такі спогади можуть навіть викликати відчуття смаку крові, скрипу піску та запаху гару. Часом подолати такі симптоми самотужки дуже складно, саме тому і радять звертатися по допомогу до психологів. Особливістю проявів ПТСР є те, що досить часто люди, які потерпають від його наслідків, намагаються не розповідати про свої переживання, хочуть забути те, що сталося, сподіваючись, що “час вилікує”. Військовослужбовець приходить додому, але не повертається з війни: пам'ять закарбовує спогади про війну, обстріли, моменти “прильоту” мін або снарядів чи

загибелі побратимів.

Він старається позбутися спогадів, але не може. Спогади повертаються у нічні кошмари, не дають спокійно жити, вганяють людину у депресивний стан. Час іде, а проблеми не зникають. Часто виявляється, що тільки часу замало – потрібні спеціалізовані форми допомоги, щоб відбулося зцілення, затягнулися “рани” минулого. У випадку, коли людина страждає від посттравматичного стресового розладу, слід звернутися до психологів, психотерапевтів, по фахову медичну допомогу. Проте люди, що надають допомогу, можуть зустрітися із недовірою, скептицизмом, відстороненням, знеціненням, а інколи й агресією постраждалого. Іноді потрібен час, щоб людина стала довіряти фахівцю, щоб виникли стосунки, які допоможуть їй заговорити, наблизитись до зони прихованих переживань (болісних переживань, якими важко ділитися з іншими). Такі стосунки дозволять постраждалій людині почуватися безпечно, допоможуть знизити потребу у використанні захисних механізмів, дозволять отримати доступ до негативних емоційних станів і опрацьовувати їх, що сприятиме покращенню навичок самопомоги.

Необхідно розуміти та вміти визначати симптоми й ознаки бойового стресу, щоб вчасно надавати першу психологічну допомогу військовослужбовцям. Це забезпечить їм можливість відновлення психічної рівноваги після переживань екстремальних ситуацій. Тому основним завданням першої психологічної допомоги є попередження розвитку гострої стресової реакції, недопущення переходу її в психічну травму. А це насамперед елементарна людська підтримка, надання практичної інформації щодо забезпечення життєдіяльності, співпереживання, стурбованість, демонстрація поваги та впевненості в можливостях постраждалої людини.

Психіка людини тісно пов’язана з безпекою її життєдіяльності.

Небезпеки, які впливають на людину, не можна розцінювати ні як подію, яка породжена тільки зовнішньою стимулюючою ситуацією, ані як результат рефлекторної реакції організму людини на неї. Вплив цих небезпек зумовлюється психофізіологічними властивостями людини. Під час діяльності в

екстремальних умовах відбуваються виражені зміни психологічних особливостей особистості військовослужбовця. Коли людині загрожує серйозна небезпека, вона реагує інстинктивно, незалежно від волі і бажань. фізіологічні реакції (автоматизм) називають: “бий, біжи або замри”.

Таблиця 3.5

Класифікація інстинктивних стресових реакцій організму людини та форм її поведінки

Реакція “Бий”	Реакція “Біжи”	Реакція “Замри”
<i>Без самоконтролю реакція, зазвичай позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції</i>	<i>Без самоконтролю реакція, зазвичай позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції</i>	<i>Реакція не контролюється</i>
Активна форма поведінки	Активна форма поведінки	Пасивна форма поведінки
Атака	Спасіння за допомогою втечі	Неспроможність приймати рішення та долати труднощі
Агресія	Хаотичність дій	Зупинка усіх реакцій та інстинктів
Емоційність	Активна робота мозку	Бажання злитися з оточенням
Імпульсивність		

Зазначені реакції готують організм людини до значної фізичної активності, вивільняючи адреналін, і приводить до прискорення обміну речовин, пульсу і зростання артеріального тиску, підвищення потовиділення. Ці реакції мимовільні та відбуваються на підсвідомому рівні. Реакція військовослужбовця може залежати від його минулого – від того, як він вперше відреагував на стрес, або ж від його способу життя.

Існує одне золоте правило – в критичній ситуації ми робимо не те, що потрібно, а те, до чого ми звикли. Намагаючись збільшити наші шанси на виживання, мозок віддає пріоритет швидким, інтуїтивним діям.

Реакція “Бий”. Людина з цією реакцією на стрес зазвичай займає оборонну або нападаючу позицію, швидко вибудовує план дій та реалізовує

його. Такі люди часто відчують гнів і лють, що допомагає подолати проблему. Якщо ж це незначні труднощі, то вони шукають швидке рішення, щоб позбутися негативних емоцій та відчуттів. Проте, якщо в їхню сторону лунає критика, вони починають щось з'ясовувати, сперечатися, або ж навіть переміщують фокус на інших.

Реакція “Біжи”. Реакція відсторонення та намагання втекти від проблеми. Бажання швидко уникнути загрози чи негативних відчуттів. У таких людей виникає тривога та паніка, їм важко зіштовхнутися зі стресором, тому краще його обійти, вони часто тікають від конфліктів, конкуренції чи з'ясування відносин, займаючи відсторонену позицію.

Реакція “Замри”. Найчастіше ця реакція проявляється під час якихось шоків подій. Наша психіка намагається захиститися та вижити, тому просто відключає всі функції організму. Людина наче загальмовується, впадає в ступор, німіє та втрачає зв'язок із реальністю, провалюється в якийсь вакуум, де немає стресорів.

В екстремальних ситуаціях виділяють наступні компенсаторні психопатологічні механізми адаптації людини до стресових умов:

- порушення самосвідомості;
- наявність афективних реакцій, просторових ілюзій;
- наявність понадцінних ідей;
- дисгармонії рухової діяльності.

В умовах екстремальній (надзвичайної) ситуації в людини відбувається розрив цілісності особистості на всіх рівнях вияву: когнітивному, особистісному й соціальному. Когнітивний розрив проявляється в нерозумінні того, що відбулося. Рольовий розрив – це нездатність постраждалої людини виконувати свої функції в сім'ї, на роботі. Соціальний розрив можна розглядати як віддалення від сім'ї та друзів. Розрив на особистісному рівні характеризується як нездатність усвідомлювати те, що відбулось емоційно або фізично.

Подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вимагає комплексного та структурованого підходу, заснованого на принципах доказової

медицини. Сучасна психотерапія пропонує кілька ключових моделей, які довели свою високу ефективність у роботі з наслідками травми. Ці підходи сфокусовані не стільки на пригніченні симптомів, скільки на обробці травматичного спогаду, зміні дезадаптивних переконань та відновленні функціонування особистості.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш об'єктивні та корисні – такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою зможти бути собі самому “психотерапевтом”.

EMDR-психотерапія не передбачає тривалих розмов з глибоким аналізом травми. Натомість пацієнти м'яко спрямовуються до спогадів через серію рухів очей, повертаючись до травмуючих подій у безпечній і сприятливій обстановці.

EMDR-терапія включає згадування минулої стресової події та «перепрограмування» пам'яті з урахуванням нового позитивного переконання. Її мета полягає в розблокуванні інформаційних процесів, що дозволяє швидко опрацьовувати травмуючі події.

Для полегшення процесу використовуються швидкі рухи очей вліво-вправо або інші форми ритмічної «двосторонньої стимуляції», яка є одним із ключових

елементів EMDR-терапії. Почергова стимуляція правої та лівої півкулі мозку допомагає отримати доступ до підсвідомості та опрацювати інформацію, яка там зберігається, змінивши її вплив на життя людини.

Дослідження підтверджують, що EMDR-метод позитивно впливає на посттравматичний стресовий розлад у дітей, підлітків та дорослих. Згідно з рекомендаціями Американської психологічної асоціації (APA), Британського національного інституту охорони здоров'я (NICE), Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу (ISTSS) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), EMDR-терапія є одним з кращих методів лікування наслідків психотравми та ПТСР.

Методику EMDR також можна використовувати для лікування інших психічних проблем, включаючи тривожність, депресію, залежності, поведінкові розлади, проблеми у відносинах і більш серйозні психічні захворювання, такі як психоз і розлади особистості.

Важливо зазначити, що EMDR-терапію самотійно проводити не можна. Це складна методика і неправильне застосування її елементів може мати небажані наслідки. Самостійне використання EMDR може обмежуватись елементами, які спрямовані на розслаблення та саморегуляцію, а не на опрацювання травматичних спогадів.

Ефективна самодопомога військовослужбовців у подоланні наслідків бойового стресу та проявів ПТСР ґрунтується на активації та розвитку ключових психологічних механізмів, таких як саморегуляція, рефлексія та усвідомлене застосування копінг-стратегій.

Саморегуляція та Рефлексія

Саморегуляція - це динамічна система внутрішніх процесів, які дозволяють людині свідомо управляти власною діяльністю, емоційним станом і поведінкою для досягнення цілей. У контексті травми та стресу саморегуляція набуває виняткового значення, оскільки вона забезпечує здатність до емоційної стабілізації (наприклад, переведення реакції «бий» чи «біжи» у стан спокою) та контролю імпульсивної поведінки. Доведено, що ефективна саморегуляція

знижує рівень хронічного стресу та запобігає розвитку дезадаптивних станів.

Рефлексія є пізнавальною основою саморегуляції. Це процес самоспостереження та аналізу власних переживань, думок і вчинків. Для військовослужбовців рефлексія дозволяє критично оцінити автоматичні негативні думки, що є основою когнітивної реструктуризації (наприклад, «Я не зміг» → «Що я реально зміг?»). Рефлексія перетворює пережитий травматичний досвід із хаотичного і некерованого емоційного спалаху на структурований урок, який можна інтегрувати в життєвий досвід.

Теоретичною базою для розуміння механізмів подолання стресу є транзакційна модель Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман, які визначають копінг як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління специфічними зовнішніми та/або внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що перевищують можливості людини. Згідно з цією моделлю, стратегії подолання поділяються на дві основні категорії:

1. Активні (Проблемно-орієнтовані) Стратегії

Проблемно-орієнтований копінг спрямований на зміну самої ситуації, яка викликає стрес, або на зміну ставлення до неї. Ці стратегії вимагають активних зусиль, планування та когнітивної гнучкості.

Сутність: Аналіз проблеми, розробка плану дій, пошук ресурсів для її вирішення, пряме протистояння труднощам.

Приклади: Проходження курсу перекваліфікації (боротьба з невизначеністю майбутнього), відкрита розмова з командиром про проблему, використання технік когнітивної реструктуризації для зміни деструктивних переконань.

2. Пасивні (Емоційно-унікальні) Стратегії

Емоційно-орієнтований копінг спрямований на регуляцію емоційного стану, викликаного стресовою ситуацією, а не на її зміну. Хоча тимчасова емоційна розрядка може бути корисною, уникання та дисоціація є дезадаптивними формами цієї стратегії.

Сутність: Уникання, заперечення проблеми, ізоляція, вживання алкоголю чи наркотиків, надмірний сон, перекладання відповідальності.

Приклади: Ізоляція від сім'ї та побратимів, занурення у комп'ютерні ігри як повний відхід від реальності, використання хімічних речовин для «приглушення» спогадів.

Обґрунтування Важливості Активних Копінг-Стратегій для Військових

Знання цієї різниці має критичне значення для психологічної роботи з військовослужбовцями. Хоча в умовах бойових дій емоційно-орієнтований копінг (наприклад, гумор, короткочасне відволікання) може бути функціональним для виживання, його продовження у мирному житті стає головним бар'єром на шляху одужання від ПТСР.

Протидія Уникненню: Симптоми ПТСР (флешбеки, гіперзбудження) провокують реакцію «біжи» (уникання), що посилює ізоляцію та страх. Активні стратегії (експозиція, поведінкова активація) прямо протидіють цьому, змушуючи військового вступати в контакт зі світом і створювати новий, безпечний досвід.

Відновлення Контролю: Війна часто руйнує відчуття контролю. Активні стратегії (наприклад, планування за методикою «Сходи цілей») повертають військовослужбовцю суб'єктність - усвідомлення, що він може впливати на своє життя та свій стан.

Заміна Руйнівних Патернів: Навчання військових активному копінгу, зокрема, методам когнітивної реструктуризації, дозволяє замінити пасивні, руйнівні механізми (як-от самозвинувачення або агресія як прояв реакції «бий») на конструктивні інструменти саморегуляції та вирішення проблем.

Таким чином, завданням психологічного супроводу є переведення військовослужбовця з пасивного, реактивного стану (емоційно-уникаючий копінг) у проактивний стан, озброєний інструментами саморегуляції та активно-проблемно-орієнтованого копінгу, що є основою для успішної реінтеграції та довгострокового психологічного благополуччя [10].

У своїй роботі я вважаю психоедукацію не просто додатковим елементом, а фундаментальним, первинним етапом психологічної підтримки військовослужбовців. Для мене психологічна освіта - це насамперед надання

структурованої та достовірної інформації про природу стресових реакцій та прояви ПТСР. Я переконаний, що це має вирішальне значення для досягнення двох стратегічних цілей: зменшення стигми та підвищення готовності військових самотійно звертатися по фахову допомогу.

У військовому середовищі традиційно домінує культура сили та приховування вразливості. Через це психологічні труднощі, такі як емоційна нестабільність чи нічні жахи, часто сприймаються не як наслідок бойової травми, а як особиста «слабкість» або «нездатність справлятися». Саме це хибне, внутрішнє сприйняття стає головним бар'єром, який заважає моїм побратимам своєчасно звернутися до фахівця, що, своєю чергою, веде до хронізації симптомів ПТСР.

Я вважаю, що психоедукація прямо руйнує цей бар'єр. Коли я пояснюю військовим, що їхні симптоми - це нормальна фізіологічна реакція їхньої нервової системи на ненормальний, екстремальний досвід, ставлення до себе радикально змінюється. Пояснюючи реакції «бий, біжи, завмри» з точки зору активації симпатичної нервової системи, я можу допомогти їм зрозуміти, що їхня гіперпильність, дратівливість чи проблеми зі сном - це не дефект характеру, а лише прояви «заблокованого» механізму виживання, який досі працює в режимі бойової готовності.

У процесі освітньої роботи варто акцентувати увагу на наступних ключових темах, які мають бути адаптовані до військового досвіду:

1. Природа бойового стресу: Пояснення різниці між гострою стресовою реакцією (тимчасовою) та ПТСР (хронічним розладом, що потребує лікування). Наголошення на тому, що травма є результатом події, а не особистої некомпетентності.

2. Фізіологія травми (Бий/Біжи/Завмри): Наочне пояснення, як нервова система «застрягає» у стані бойової готовності. Це нормалізує такі симптоми, як гіперпильність, раптові спалахи гніву та проблеми зі сном.

3. Когнітивні спотворення: Визначення та ідентифікація

деструктивних думок (самозвинувачення, катастрофізація, «чорно-біле» мислення). Усвідомлення того, що думки - це не факти, є першим кроком до когнітивної реструктуризації.

4. Ефективність лікування: Інформування про те, що ПТСР виліковний і що доказові підходи (TF-CBT, EMDR) мають високу ефективність. Важливо представити звернення по допомогу як прояв сили та відповідальності за своє майбутнє та майбутнє своєї родини.

Інтегруючи психоедукацію в систему підтримки, варто перетворити внутрішнє сприйняття травми - від «я зламався» до «я маю рану, яку можна вилікувати». Це підвищує психологічну грамотність і дозволяє військовослужбовцю прийняти активну роль у процесі власного зцілення.

У своїй роботі я приділяю особливу увагу ролі соціальної підтримки, оскільки вважаю її найбільш потужним і природним буфером проти наслідків бойового стресу. Спільність, довіра та групова взаємодія є не просто приємним доповненням, а екзистенційною потребою, яка має вирішальне значення для психологічної стійкості військовослужбовців.

Теоретичне обґрунтування цієї тези ґрунтується на ключових соціологічних і психологічних концепціях. Французький соціолог Еміль Дюркгайм у своїх працях наголошував на значенні соціальної інтеграції, стверджуючи, що міцні зв'язки у спільноті захищають індивіда від дезадаптивних і саморуйнівних форм поведінки (зокрема, аномії). В контексті військової служби, порушення цієї інтеграції через бойову травму або втрату побратимів може призвести до відчуття глибокої ізоляції та відчуженості, що є живильним ґрунтом для розвитку ПТСР. Водночас, Абрагам Маслоу у своїй ієрархії потреб відводить центральне місце потребі у приналежності та любові одразу після задоволення базових потреб у безпеці. Це свідчить про те, що після виходу із зони прямої загрози, відновлення ієрархії починається саме з відновлення міжособистісних зв'язків.

Для військовослужбовця, який пережив травму, бойове братерство є не просто групою, а життєво необхідним ресурсом. Травма часто руйнує базове

відчуття довіри до світу та здатність до інтимності, що ускладнює реінтеграцію. Відновлення довіри відбувається лише у безпечному середовищі, де можна поділитися досвідом без страху осуду. Саме тому у програмі психологічної підтримки я вважаю критично необхідним використання групових вправ, що цілеспрямовано відновлюють цю когезію. Такі вправи, як «Коло підтримки» чи «Командний дух», не просто моделюють взаємодію; вони створюють простір для нормалізації досвіду (усвідомлення, що інші переживають схоже) та активного формування довірчих зв'язків. Фактично, ми використовуємо потужність соціальної інтеграції для буферизації стресу, перетворюючи ізоляцію, спричинену травмою, на відновлене відчуття спільності та приналежності.

У своїй роботі я також вважаю за необхідне підкреслити, що ефективне подолання наслідків травми неможливе без усвідомлення та дотримання балансу між обов'язком перед службою та обов'язком перед власним фізичним і психічним здоров'ям. Військова служба, особливо в бойових умовах, вимагає абсолютної самовіддачі, що часто призводить до стирання меж між професійною роллю і особистим "Я". Такий дисбаланс, де обов'язок перед державою повністю поглинає турботу про себе, є прямим шляхом до виснаження, професійного вигорання та загострення симптомів ПТСР.

Теоретично варто керуватись концепцією «психологічного контракту», вперше сформульованою в контексті військової справи, зокрема, Лізою Армстронг (L. Armstrong), хоча в більш широкому сенсі цей термін описує негласні, взаємні очікування між індивідом та організацією. У контексті відновлення військовослужбовця ми розглядаємо його як внутрішній контракт між особистістю та її обов'язком.

Обов'язок перед службою вимагає дисципліни, готовності до виконання завдань і жертвності. Однак обов'язок перед собою вимагає підтримки ресурсу, необхідного для виконання цих завдань. Якщо військовий постійно порушує свій внутрішній контракт, ігноруючи фізіологічні потреби (сон, відпочинок, харчування), він неминуче знижує свою боєздатність і створює дефіцит ресурсів, що робить нервову систему вкрай вразливою до рецидивів травми. Таким чином,

відновлення ресурсів є не привілеєм чи слабкістю, а прямим професійним обов'язком.

Саме тому рекомендації з самодопомоги містять чіткий акцент на плануванні відновлювальних практик:

Свідоме планування відпочинку та сну: наполягаємо на тому, що графік сну (гігієна сну) має бути таким же пріоритетним, як і бойове чергування. Нестача сну критично порушує когнітивні функції та емоційну регуляцію, загострюючи дратівливість і тривогу.

Регулярне харчування: збалансоване харчування, яке часто ігнорується через стрес або умови служби, є фізіологічною основою для підтримки стійкості нервової системи.

Фізична активність для відновлення реакції «бий»: рекомендуємо помірні фізичні навантаження, які допомагають розрядити накопичену під час бойової готовності енергію, таким чином «завершуючи» фізіологічний цикл реакції «бий» та зменшуючи агресію.

Отже, військовослужбовець, який свідомо планує свій відпочинок і відновлення, не порушує свій обов'язок, а, навпаки, забезпечує собі тривалу психологічну стійкість - закладає надійну запоруку як успішної служби, так і здорової реінтеграції.

Висновки до третього розділу

Корекційна програма, розроблена для військовослужбовців, довела свою дієвість у зменшенні проявів посттравматичного стресу та формуванні адаптивних стратегій поведінки. Її ефективність забезпечується поєднанням психоосвіти, арт-терапії, VR-релаксації, когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих технік.

Особлива увага приділялася етапу впровадження програми. Ми дійшли висновку, що успішне впровадження вимагає мультирівневого підходу та систематичної підготовки фахівців. Наприклад, було визначено, що лише

безпосередня робота психолога з військовослужбовцями є недостатньою, необхідно також проводити психоедукацію для командного складу щодо раннього розпізнавання симптомів ПТСР та надання першої психологічної допомоги на місці. Це створює підтримуюче середовище та зменшує стигматизацію звернень за допомогою.

Застосування програми сприяло зростанню рівня емоційної стійкості, зниженню тривожності, відновленню довіри та згуртованості у військових колективах.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дало змогу ґрунтовно охарактеризувати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як складне багатогранне явище, що суттєво впливає на стан психічного здоров'я,

професійну ефективність та поведінку військовослужбовців. У ході аналізу наукових джерел було визначено, що ПТСР має глибокі історичні корені, однак його сучасне розуміння сформувалося лише з кінця XX століття. Це дозволило по-новому осмислити наслідки психотравматичного досвіду в умовах бойових дій.

Відповідно до поставлених завдань, можна отримати такі висновки:

1) Підхід до вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) еволюціонував від однопричинного (коли джерело проблеми вбачали або лише у фізіологічному шоці, як-от "снарядний шок", або лише у психологічній "ностальгії") до сучасного міждисциплінарного та комплексного підходу. Сучасне осмислення проблеми полягає у відмові від єдиної теорії на користь інтеграції: ми визнаємо необхідність залучення психології, психіатрії та нейронаук для пояснення, як інтенсивність травми та індивідуальні механізми копіngu призводять до різних траєкторій - від швидкої ремісії до хронічного стану або відстроченого початку, причому останній особливо поширений серед ветеранів. Це підтверджує, що сучасний підхід до ПТСР - це багатофакторний аналіз психофізіологічної реакції особистості на екстремальну подію, що вимагає постійного перегляду терапевтичних стратегій.

2) З'ясовано, що основними причинами виникнення ПТСР у військових є безпосередній досвід бойових дій, свідчення смерті або поранень товаришів, постійна загроза життю, а також індивідуальні чинники: рівень стресостійкості, психоемоційна вразливість, попередні травми в дитинстві, зловживання психоактивними речовинами, відсутність соціальної підтримки. Ризики виникнення ПТСР значно зростають у разі повторної травматизації, фізичного виснаження та хронічного напруження.

3) Вплив ПТСР на військовослужбовців проявляється в емоційному виснаженні, дратівливості, тривожності, униканні соціальних контактів, порушенні сну та концентрації. Це прямо впливає на зниження професійної ефективності, порушення дисципліни, ускладнення у виконанні бойових завдань та негативно позначається на міжособистісних стосунках у колективі.

Поведінкові реакції при ПТСР часто включають агресивність, імпульсивність, зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами, самодеструктивні тенденції.

4) Розроблена психокорекційна програма проводилася згідно основних правил консультування військовослужбовців, тобто групові заняття проводилися на максимально нейтральні теми. Програма побудована на принципах гуманістичної, когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арт-терапевтичної психології та складалась з чотирьох занять, які поступово переходили від зниження психоемоційного напруження до відновлення ресурсів і формування навичок подолання наслідків стресу. Це допомогло зменшити прояви ПТСР у військовослужбовців шляхом розвитку стресостійкості, формування навичок саморегуляції, підвищення рівня усвідомленості та відновлення внутрішнього ресурсу, адже порівняння показників до та після реалізації програми засвідчило істотні позитивні зрушення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

2. Андрущенко В. Психологія кризового стану: теорія і практика. – Київ: Либідь, 2020. – 312 с.
3. Бессел ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Vivat, 2022 - 624 с.
4. Волинська Н. Адаптація військових до умов мирного життя. Психологічні аспекти. – Харків: Видавничий дім, 2021. – 356 с.
5. Гомер. Одиссея. Центр учбової літератури, 2021 - 400с.
6. Жовнір О. Соціалізація ветеранів у контексті національної безпеки. – Львів: Світ, 2020. – 412 с.
7. Едгар Джонс, Саймон Весселі. Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War, Taylor & Jonson, 2005 - 320с.
8. Піт Уокер. Комплексний ПТСР: керівництво з відновлення від дитячої травми (укр.мова), Науковий світ, 2023 - 316 с.
9. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с.
10. Романчук Л. Сенсорна депривація як метод інформаційного впливу: наслідки для психіки. – Київ: Дух і Літера, 2020. – 326 с.
11. Синдром Да Коста. Вікіпедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%94%D0%B0_%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0
12. Синдром Ганзера. Вікіпедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D2%90%D0%B0%D0%BD%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%B0
13. Стівен Крейн. Червоний знак звитяги. В-во Знання, 2017 - 192 с.
14. Abramowitz M. Trauma Recovery in War Survivors: Psychological Aspects. – Cambridge: Cambridge University Press, 2020. – 352 p.

15. Alexander D. A., Klein S. Psychological impact of the Gulf War on veterans // *Journal of Psychology*. – 2019. – Vol. 54, No. 4. – P. 103–121.
16. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..
17. Bedi US, Arora R. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *J National Med Assoc*. 2007;99:642–9.
18. Bills, C. B., Dodson, N., Stellman, J. M., Southwick, S., Sharma, V., Herbert, R., Moline, J. M., & Katz, C. L. (2009). Stories behind the symptoms: A qualitative analysis of the narratives of 9/11 rescue and recovery workers. *Psychiatric Quarterly*, 80(3), 173–189.
19. Bisson J. PTSD in Military Veterans: Diagnosis and Treatment // *The Lancet Psychiatry*. – 2021. – Vol. 58. – P. 12–30.
20. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness. Results from clinical and epidemiologic studies. *Ann NY Acad Sci*. 2004;1032:141–53.
21. Breslau, N. (2012). Epidemiology of posttraumatic stress disorder in adults. In J. G. Beck & D. M. Sloan (Eds.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders* (pp. 84–97). Oxford University Press.
22. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of PTSD // *Psychological Medicine*. – 2020. – Vol. 50, No. 3. – P. 365–375.
23. Caplan L. *The Myth of Stress: Where It Comes From and How to Deal with It*. – New York: Free Press, 2021. – 289 p.
24. Carleton R. N., Peluso D. L. Risk and resilience factors in PTSD development // *Current Directions in Psychological Science*. – 2020. – Vol. 29, No. 1. – P. 75–80.
25. Cloitre M. Tailoring interventions for complex PTSD // *Journal of Traumatic Stress*. – 2020. – Vol. 33, No. 5. – P. 471–480.
26. Cohen BE, Marmar C, Ren L, et al. Association of cardiovascular risk factors with mental health diagnoses in Iraq and Afghanistan war veterans using VA health care. *JAMA*. 2009;302:489–92.

27. Creamer M., Forbes D. Long-term impacts of war trauma on veterans // *Military Medicine*. – 2020. – Vol. 185, No. 7–8. – P. 605–614.
28. Ditlevsen D. N., Elklit A. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A meta-analysis // *Psychological Trauma*. – 2019. – Vol. 11, No. 1. – P. 1–14.
29. Front, Matter. (2011). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Wiley-Blackwell.
30. Gill J. M., Saligan L. Effects of PTSD on immune system functioning // *Neuroscience Reviews*. – 2021. – Vol. 89, No. 5. – P. 554–564.
31. Genetics of post-traumatic stress disorder. Вікіпедія https://en.wikipedia.org/wiki/Genetics_of_post-traumatic_stress_disorder
32. Gerardi RJ, Keane TM, Cahoon BJ, Klauminzer GW. An in vivo assessment of physiological arousal in posttraumatic stress disorder. *J Abn Psychol*. 1994;103:825–7.
33. Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1945). *Men under Stress*. Philadelphia, PA: Blakiston Company.
34. Herman J. *Trauma and recovery*. – NY: Basic Books, 1997
35. Hoge C. W. PTSD prevalence and combat exposure in veterans // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2021. – Vol. 82, No. 1. – P. 15–21.
36. Hooper R, Rona RJ, Jones M, et al. Cigarette and alcohol use in the U.K. Armed Forces, and their association with combat exposures: A prospective study. *Addict Behav*. 2008;33(8):1067–1071.
37. *Intimacy Post-injury: Combat Trauma and Sexual Health*. Elspeth Cameron Ritchie Oxford University Press, 2017 - 232 crop.
38. Jakupcak M, Tull MT, McDermott MJ, et al. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addict Behav*. 2010;35(9):840–843.
39. Jones E, Fear NT. Alcohol use and misuse within the military: A review. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(2):166–172.
40. Keane TM, Kolb LC, Kaloupek DG, et al. Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: results from a

Department of Veterans Affairs cooperative study. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:914–23.

41. Kessler R. C., Chiu W. T. PTSD and co-occurring disorders in military veterans // *American Journal of Psychiatry.* – 2019. – Vol. 176, No. 3. – P. 204–214.

42. Kessler R. C., McLaughlin K. A. The Global Burden of PTSD: Prevalence and Trends // *Psychiatric Clinics of North America.* – 2020. – Vol. 46, No. 1. – P. 15–32.

43. King L. A., Vogt D. Post-traumatic growth and resilience in military veterans // *Journal of Positive Psychology.* – 2021. – Vol. 16, No. 3. – P. 315–325.

44. Kleim B, Wilhelm FH, Glucksman E, Ehlers A. Sex differences in heart rate responses to script-driven imagery soon after trauma and risk of posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Med.* 2010;72:917–24.

45. Loewenstein, R. J. (1990). Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 75–111). American Psychiatric Association.

46. Marmar C. R., Schlenger W. PTSD prevalence in combat veterans // *American Journal of Public Health.* – 2020. – Vol. 110, No. 3. – P. 378–385.

47. Marmar C. R., Schlenger W. PTSD prevalence in veterans of military conflicts // *Annual Review of Clinical Psychology.* – 2020. – Vol. 16. – P. 317–342.

48. Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Institute Press.

49. McFarlane A. C., Yehuda R. Resilience and vulnerability in PTSD // *Nature Reviews Psychology.* – 2021. – Vol. 2. – P. 159–176.

50. Nayback A.M. Posttraumatic Stress: A Concept Analysis. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2009;23:210–219.

51. Neria Y., Gross R. *Trauma and public health: A focused approach.* – New York: Springer, 2018. – 295 p.

52. Parnell, L. (1997). *Transforming trauma: EMDR: The revolutionary new therapy for freeing the mind, clearing the body, and opening the heart.* W W Norton & Co.

53. Preventing Psychological Disorders in Service Members and Their Families: An Assessment of Programs. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222167/?utm_source=
54. S. Freedman, Dalia Brandes, T. Peri, Predictors of chronic post-traumatic stress disorder, 1999, URL: <https://consensus.app/papers/predictors-of-chronic-posttraumatic-stress-disorder-freedman-brandes/4c74abc3f8945c76a2298d45839ca51b/>
55. Schnurr P. P., Lunney C. A. The role of meaning-making in PTSD recovery // *Current Directions in Psychological Science*. – 2020. – Vol. 29, No. 3. – P. 215–222.
56. Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems*, 37(3), 294–310.
57. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy // *Journal of Psychotherapy Research*. – 2019. – Vol. 29, No. 4. – P. 545–555.
58. Solomon Z., Dekel R. The impact of war captivity on mental health: A meta-analytic review // *Psychological Trauma*. – 2019. – Vol. 11, No. 5. – P. 501–510.
59. *Souls Under Siege: The Effects of Multiple Troop Deployments and How to Weather the Storm* Bridget C. Cantrell, N/A (Editor)
60. Spivak M., Charney D. S. Psychobiological mechanisms in PTSD // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2019. – Vol. 103. – P. 167–188.
61. Stappenbeck CA, Hellmuth JC, Simpson T, et al. The effects of alcohol problems, PTSD, and combat exposure on nonphysical and physical aggression among Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychol Trauma*. 2014;6(1):65–72.
62. Sugar, J., & Ford, J. D. (2012). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress disorder in psychiatrically impaired youth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 41–49.
63. Tedeschi R. G., Moore B. Post-traumatic growth in military populations // *Journal of Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 77, No. 2. – P. 250–265.
64. Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

65. The impact of PTSD symptoms on physical and mental health functioning in returning veterans.
66. Understanding PTSD in Soldiers: Causes and Factors. URL: <https://www.grouporttherapy.com/blog/why-do-soldiers-get-ptsd>
67. Ursano R. J., McKibben J. Recovery pathways in post-combat PTSD // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2021. – Vol. 75, No. 3. – P. 123–135.
68. Ursano R. J., Fullerton C. S. Military psychiatry and PTSD treatment // *Journal of Military Medicine*. – 2020. – Vol. 185, No. 6. – P. 485–494.
69. van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182–213). The Guilford Press.
70. Vogt D. S., King D. W. Resilience and vulnerability: PTSD in military contexts // *Clinical Psychology Review*. – 2021. – Vol. 91. – P. 102082.
71. Vogt D. S., Smith B. Resilience in the face of military trauma // *Journal of Traumatic Stress*. – 2021. – Vol. 34, No. 3. – P. 250–265.
72. War and Sacrifice in the Post-9/11 Era. The Military-Civilian Gap Taylor, Paul; Morin, Rich; Parker, Kim; Cohn, D'Vera; Funk, Cary; Mokrzycki, Mike
73. Westphal R. J., Bonanno G. A. Post-traumatic stress and resilience in veterans // *Annual Review of Psychology*. – 2020. – Vol. 71. – P. 669–692.
74. Wilson J. P., Keane T. M. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. – New York: Guilford Press, 2019. – 375 p.
75. Wright M. O., Masten A. S. Resilience processes in development: Fostering positive adaptation // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 2020. – Vol. 49, No. 3. – P. 310–325.
76. Yehuda R., Daskalakis N. P. Epigenetic markers of PTSD risk and recovery // *Biological Psychiatry*. – 2021. – Vol. 89, No. 9. – P. 864–875.
77. Yehuda R., Flory J. D. The biology of resilience in PTSD // *Journal of Traumatic Stress*. – 2021. – Vol. 34, No. 4. – P. 290–305.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала PCL-5 (контрольний список симптомів ПТСР)

Інструкція для випробуваного

Опитувальний лист складається з 27 пунктів. По кожному з них можливі три варіанти відповіді: "а", "б", "в". З відповідей на кожен з пунктів виберіть той, який найкраще виражає вашу точку зору з даного питання. Можливо, що якісь - то варіанти відповідей здадуться вам рівноцінними. Проте ми просимо вас відібрати тільки один з них, а саме той, який найбільшою мірою відповідає вашу думку і найбільше цінний для вас. Букву, якою позначена відповідь ("а", "б", "в"), напишіть на аркуші для запису відповідей поруч із номером відповідного пункту (від I до 27) під рубрикою "Найбільше". Потім по кожному пункту виберіть відповідь, який найдалі відстоїть від вашої точки зору, найменш для вас цінний. Букву, якою позначена ця відповідь, знову напишіть на аркуші для запису відповідей з номером відповідного пункту, в стовпці під рубрикою "Найменше". Таким чином, для відповіді на кожне питання ви використовуєте дві букви, які й запишіть у відповідні стовпці. Решта відповідей ніде не записуються.

Намагайтеся бути максимально відвертими. Немає відповідей хороших чи поганих, тому не намагайтеся вгадати, який з них є правильним або кращим для вас.

Час від часу контролюйте себе: чи правильно ви записуєте відповіді, поруч чи з тими пунктами. У разі якщо ви виявите помилку, виправте її, але так, щоб напромак було чітко видно.

Тестовий матеріал

1. Найбільше задоволення я отримую:

а) від схвалення моєї роботи; б) від свідомості того, що робота зроблена добре; в) від свідомості того, що мене оточують друзі.

2. Якби я грав у футбол (волейбол, баскетбол), то я хотів би бути:

а) тренером, який розробляє тактику гри; б) відомим гравцем; в) обраним капітаном команди.

3. По - моєму, кращим педагогом є той, хто;

а) проявляє інтерес до учнів і до кожного має індивідуальний підхід; б) викликає інтерес до предмету, так що учні із задоволенням поглиблюють свої

знання в цьому предметі; в) створює в колективі таку атмосферу, при якій ніхто не боїться висловити свою думку.

4. Мені подобається, коли люди:

а) радіють виконану роботу; б) із задоволенням працюють в колективі; в) прагнуть виконати свою роботу краще за інших.

5. Я хотів би, щоб мої друзі:

а) були чуйні і допомагали людям, коли для цього є можливість; б) були вірні й віддані мені; в) були розумними і цікавими людьми.

6. Кращими друзями я вважаю тих:

а) з ким складаються хороші взаємини; б) на кого завжди можна покластися; в) хто може багато чого досягти в житті.

7. Найбільше я не люблю:

а) коли у мене що - щось не виходить; б) коли псуються стосунки з товаришами; в) коли мене критикують.

8. По - моєму, найгірше, коли педагог:

а) не приховує, що деякі учні йому не симпатичні, насміхається і жартує над ними; б) викликає дух суперництва в колективі; в) недостатньо добре знає предмет, який викладає.

9. У дитинстві мені найбільше подобалося:

а) проводити час з друзями; б) відчуття виконаних справ; в) коли мене за що - небудь хвалили.

10. Я б хотів бути схожим на тих, хто:

а) домогся успіху в житті; б) по - справжньому захоплений своєю справою; в) відрізняється дружелюбністю і доброзичливістю.

11. У першу чергу школа повинна:

а) навчити вирішувати завдання, які ставить життя; б) розвивати насамперед індивідуальні здібності учня; в) виховувати якості, що допомагають взаємодіяти з людьми.

12. Якби у мене було більше вільного часу, то найохочіше я використав би його:

а) для спілкування з друзями; б) для відпочинку і розваг; в) для своїх улюблених справ і самоосвіти.

13. Найбільших успіхів я добиваюся, коли:

а) працюю з людьми, які мені симпатичні; б) у мене цікава робота; в) мої зусилля добре винагороджуються.

14. Я люблю, коли:

а) інші люди мене цінують; б) відчуваю задоволення від добре виконаної роботи; в) приємно проводжу час з друзями.

15. Якби про мене вирішили написати в газеті, мені б хотілося, щоб:

а) розповіли про будь - якому цікавій справі, пов'язаному з навчанням, роботою, спортом і т.п., в якому мені довелося брати участь; б) написали про мою діяльність; в) обов'язково розповіли про колектив, в якому я працюю.

16. Найкраще я вчуся, якщо викладач:

а) має до мене індивідуальний підхід; б) зуміє викликати у мене інтерес до предмета; в) влаштовує колективні обговорення досліджуваних проблем.

17. Для мене немає нічого гіршого, ніж

а) образа особистої гідності; б) невдача при виконанні важливої справи; в) втрата друзів.

18. Найбільше я ціную:

а) успіх; б) можливості доброї спільної роботи; в) здоровий практичний розум і кмітливість.

19. Я не люблю людей, які:

а) вважають себе гірше інших; б) часто сваряться і конфліктують; в) заперечують проти всього нового.

20. Приємно, коли:

а) працюєш над важливим для всіх справою; б) маєш багато друзів; в) викликаєш захоплення і всім подобаєшся.

21. По - моєму, в першу чергу керівник повинен бути:

а) доступним; б) авторитетним; в) вимогливим.

22. У вільний час я залюбки прочитав би книги:

а) про те, як заводити друзів і підтримувати добрі стосунки з людьми; б) про життя знаменитих і цікавих людей; в) про останні досягнення науки і техніки.

23. Якби у мене були здібності до музики, я вважав за краще б бути:

а) диригентом; б) композитором; в) солістом.

24. Мені б хотілося:

а) придумати цікавий конкурс; б) перемогти в конкурсі; в) організувати конкурс і керувати ним.

25. Для мене найважливіше знати:

а) що я хочу зробити; б) як досягти мети; в) як організувати людей для досягнення мети.

26. Людина повинна прагнути до того, щоб:

а) інші були задоволені ним; б) головним чином виконати своє завдання; в) його не потрібно було дорікати за виконану роботу.

27. Найкраще я відпочиваю у вільний час:

а) в спілкуванні з друзями; б) переглядаючи розважальні фільми; в) займаючись своєю улюбленою справою.

Бланк Відповідей

номер судження	відповідь		номер судження	відповідь	
	більше всього	менше всього		більше всього	менше всього
1			15		
2			16		
3			17		
4			18		
5			19		
6			20		
7			21		

8			22		
9			23		
10			24		
11			25		
12			26		
13			27		
14					

Ключ

номер судження	Я	О	Д	номер судження	Я	О	Д
1	а	в	б	15	б	в	а
2	б	в	а	16	а	в	б
3	а	в	б	17	а	в	б
4	в	в	а	18	а	б	в
5	б	а	в	19	а	б	в
6	в	а	про	20	в	б	а
7	в	б	а	21	б	а	в
8	а	б	в	22	б	а	в
9	в	а	б	23	в	а	б
10	а	в	б	24	б	в	а
11	б	в	а	25	а	в	б
12	б	а	в	26	в	а	б
13	в	а	б	27	б	а	в
14	а	в	б				

ДОДАТОК Б**Тест BASIC Ph****Інструкція:**

Подумайте про себе, коли Ви знаходитеся в кризі чи сильному стресі, що Ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на Вашу думку, допомагає Вам найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте хрестик («х») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – *ніколи* не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1 – я *рідко* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я *іноді* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я *періодично* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я *часто* користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я *майже завжди* користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я *завжди* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

№	ТВЕРДЖЕННЯ	0	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, плачу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки їх людей							

4 Я фантазую і даю волю
своїй уяві, – наприклад,
уявляю себе у спокійному,
безтурботному місці

5 Я збираю інформацію,
щоб бути певним/ною у
тому, що я маю найкращий
варіант вирішення проблеми

6 Я їм або сплю менше,
ніж звичайно, – або ж,
навпаки, я їм та сплю більше,
аніж зазвичай

7 Я вірю у мої власні
сили і мою здатність долати
перешкоди

8 Я висловлюю мої
почуття у власний
завуальований спосіб – через
натяки, сарказм або навіть
флірт

9 Я веду бесіди з
друзями по телефону

0 1 Я згадую свої
улюблені історії, байки,
притчі або ж казки – як
спосіб пошуку вирішення
проблеми

1 Я аналізую проблеми,
1 намагаючись знайти їх
1 вирішення

2 Я постійно займаю
1 себе фізично працею –
1 наприклад, прибиранням,
2 приготуванням їжі, роботою
з деревом, ремонтом
автомобіля чи навіть
створенням моделі літака

3 Моє кредо: «Я зможу
1 пережити це, незважаючи ні
на що»

4 Я звільняюсь від
1 почуттів через плач, сміх або
крик і не тримаю все це
всередині

5 Я намагаюся знайти
1 підтримку у друга або членів
моєї сім'ї

6 Слухаючи музику, я
1 даю волю своїй уяві

7 Я створюю
1 спеціальний план і дію
згідно з ним крок за кроком

8 Я використовую
1 вправи для розслаблення

9 Я прошу допомоги у
1 Бога в молитві

0 2 Я накручую себе
емоційно, щоб посилити
свою мотивацію

1 2 Я глибоко занурююсь
у стосунки з членами моєї
громади або організації, до
якої я належу

2 2 Я згадую часи, коли
мені було набагато краще,
ніж зараз, або ж думаю про
час, коли все зміниться на
краще

3 2 Насамперед я
намагаюся зрозуміти, що,
власне, відбувається

4 2 Я розслабляюся, коли
роблю щось: приймаю душ
або ванну, йду на прогулянку
або бігаю підтюпцем

5 2 Я опираюся на свої
духовні переконання або на
свою життєву філософію

6 2 Я розповідаю або
слухаю жарти і смішні
історії

7 2 Я шукаю людей, з
якими можна провести час,
нічим особливо не
займаючись

Я переглядаю
 2 спортивні змагання, фільми
 8 або читаю книги, уявляючи
 себе на місці дійових осіб

Я зважую всі можливі
 2 варіанти вирішення
 9 проблеми і, якщо це
 можливо, обираю
 найкращий з них

Я намагаюся постійно
 3 займати себе якоюсь
 0 фізичною діяльністю

Моє кредо: «Те, що не
 3 вбиває мене, робить мене
 1 сильнішим»

Я даю вихід моїм
 3 емоціям
 2

Я пишу листи та е-
 3 мейли до друзів – з надією на
 3 їх відповідь

Я мрію, думаю про
 3 кращі часи, уявляючи собі їх
 4

Я намагаюся знайти
 3 вирішення проблеми у
 5 найкращий спосіб, з тих, які
 знаю, обмірковуючи кожен з
 них

Я виходжу з дому або
 3 намагаюся бути
 6

активним/ною для того, щоб
позбутися надлишку енергії

Опрацювання результатів

Перенесіть отримані Вами бали у таблицю, що наведена нижче, та підрахуйте отримані бали по вертикалі у кожній з шести колонок.

В	А	С	І	С	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія: В – віра, переконання, цінності; А – емоції, почуття; С – соціальні зв'язки, соціальна підтримка; І – уява, мрії, спогади; С – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, фізична активність.

ДОДАТОК В

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

Ім'я (за бажанням) _____

Вік _____ Стать _____

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 останні 7 днів».

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 сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				

15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
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.

Діагностика професійного “вигорання” (к. Маслач, с. Джексон в адаптації н. Е. Водоп’янової)

Інструкція. Дайте відповідь, будь ласка, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: “ніколи”; “дуже рідко”; “деколи”; “часто”; “дуже часто”; “кожний день”.

Опитувальник

1. Я почуваю себе емоційно знищеним.
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.
10. Я помічаю, що моя робота дратує мене.
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Я думаю, що дуже багато працюю.
15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.

20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.

21. На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.

22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

Опрацювання даних

Опитувальник має три шкали: “емоційне виснаження” (9 тверджень), “деперсоналізація” (5 тверджень) і “редукція особистих досягнень” (8 тверджень).

Варіанти відповідей оцінюються так:

“Ніколи” – 0 балів;

“Дуже рідко” – 1 бал;

“Інколи” – 3 бали;

“Часто” – 4 бали;

“Дуже часто” – 5 балів;

“Кожний день” – 6 балів.

Ключ до опитувальника

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

“Емоційне виснаження” – відповіді “так” на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

“Деперсоналізація” – відповіді “так” на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

“Редукція особистих досягнень” – відповіді “так” на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони “вигорання”. Про важкість “вигорання” свідчить сума балів усіх шкал.

