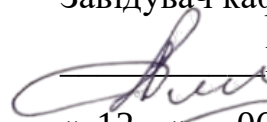


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Психології

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри

 Карсканова С. В.
«_12_» __06_____ 2025 р.

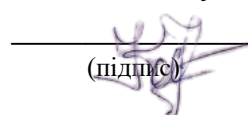
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття рівня вищої освіти «бакалавр»

зі спеціальності 053 «Психологія»

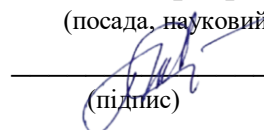
**на тему «ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО
РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ»**

Виконав: студент групи

 Коцубальська Л.С.
(підпис)

Керівник роботи:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології

(посада, науковий ступень вчене звання)
 Чугуєва І.Є.
(підпис)

Миколаїв 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала
Макарова
Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми
_____ Чугуєва І.Є.
(підпис)
«_5_» __02____2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Студентки **Коцубальської Людмили Сергіївни**

1. Тема роботи: **«Особливості посттравматичного стресового розладу у військових»**
Керівник роботи канд. психол. наук, доцент Чугуєва Інна Євгенівна
Затверджені наказом ректора №148-уч від «3» лютого 2025 року
2. Термін подання роботи: 3.06.2025.
3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.
4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):
Уявлення студентів про майбутню професію як чинник психологічної готовності до професійної діяльності. Емпіричне дослідження уявлення студентів про майбутню професію.
5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).
6. Дата видачі завдання 5 лютого 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

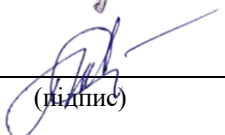
Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.01.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.01.2025	Список використаної літератури має включати не менше 30 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	15.01.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.02.2025	Розділ 1. (14-16 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження.	31.01.2025 - 28.03.2025	
6.	Статистична обробка отриманих результатів	01.04.2025- 07.04.2025	
7.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.04.2025	Розділ 2 (20-26 сторінок)
8.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку.	15.04.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	01.06.2025	
10.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	09.06.2025	
11.	Подання роботи для перевірки на академічну доброчесність	10.06.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	15.06.2025	
13.	Захист роботи	16.06.2025- 20.06.2025	

Студент


 (підпис)

Коцубальська Л.С.

Керівник роботи


 (підпис)

Чугуєва І.Є.

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичні основи та емпіричне дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військових. Проведено аналіз сучасних підходів до вивчення даної проблематики з використанням надійних психодіагностичних методик та методів математичної статистики для підтвердження достовірності отриманих результатів.

Ключові слова: психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, військові, травматичний досвід.

Коцубальська, Л. С. Особливості посттравматичного стресового розладу у військових: кваліфікаційна робота бакалавра зі спеціальності 053 «Психологія». Миколаїв : НУК ім. адм. Макарова, 2025. 58 сторінок.

ANNOTATION

The qualification work presents the theoretical foundations and empirical research of the manifestations of post-traumatic stress disorder in the military. An analysis of modern approaches to the study of this issue is carried out using reliable psychodiagnostic methods and methods of mathematical statistics to confirm the reliability of the results obtained.

Keywords: psychological trauma, post-traumatic stress disorder, military, traumatic experience.

Kotsubalska, L. S. Features of post-traumatic stress disorder in the military: bachelor's qualification work in specialty 053 "Psychology". Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding. 2025. 58 pages.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ	10
1.1. Основні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу	10
1.2 Симптоматика та діагностичні критерії ПТСР	15
1.3. Чинники ризику та механізми психологічного захисту при ПТСР	24
1.4. Специфіка проявів ПТСР серед військовослужбовців	27
Висновки до 1 розділу	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ	31
2.1. Опис емпіричного дослідження	31
2.2. Інтерпретація результатів дослідження	33
Висновки до розділу 2	42
ВИСНОВКИ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	52

ВСТУП

Актуальність теми.

В контексті сучасних подій в Україні, дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових набуває особливої актуальності. Збройний конфлікт, що триває з 2014 року, а також повномасштабне вторгнення у 2022 році, створили нові реалії, в яких велика кількість українських військовослужбовців щоденно зазнає травматичних подій. Таким чином, спостерігається збільшення кількості військовослужбовців, у яких діагностовано неврологічні захворювання, пов'язані зі стресом, причому 29% з них – це посттравматичний стресовий розлад.

Масштабність проблеми ПТСР серед українських військових важко переоцінити. Близько 80% військових, які брали участь у бойових діях на сході України під час АТО та пізніше в ООС, перебували у стані бойового стресу, який згодом трансформувався у посттравматичний стресовий розлад різного ступеня тяжкості приблизно у 25% з них. Приблизно 20-30% військовослужбовців, які отримали психологічні травми під час бойових дій, не змогли самостійно вирішити свій психологічний дисбаланс без зовнішньої допомоги. Очікується, що частка ПТСР серед військових тільки зростатиме.

Соціальна стабільність України також тісно пов'язана з проблемою ПТСР серед військових. Нездатність військовослужбовців адаптуватися до мирного життя після пережитих травм може спричинити проблеми із соціальною адаптацією, підвищення рівня агресії, домашнього насильства, залежної поведінки та інших соціальних проблем. Тому вивчення цього явища є важливим не лише для індивідуального здоров'я військових, але й для загальної соціальної стабільності.

Міністерство оборони України активно працює над створенням системи психологічної підтримки та допомоги військовослужбовцям на всіх етапах служби. Зокрема, виділено чотири основні етапи надання психологічної допомоги: самодопомога або допомога за принципом "рівний-рівному", кризові втручання, пункти психологічного розвитку на безпечній відстані від лінії фронту та довготривала психологічна допомога. Особливу увагу приділяють підтримці військовослужбовців, які повертаються з полону, та їхнім сім'ям.

Психологічна підтримка та реабілітація військовослужбовців, які страждають від ПТСР, є ключовим аспектом у процесі їхнього повернення до мирного життя. Ефективні програми підтримки, розроблені на основі наукових досліджень, можуть значно покращити якість життя військових, сприяти їхній соціальній та професійній адаптації.

Не менш важливою є підтримка родин військових, які стикаються з труднощами адаптації своїх близьких до мирного життя після бойових дій. Розуміння специфіки ПТСР допоможе не лише самим військовим, але й їхнім родинам. Це сприятиме створенню умов для успішної соціальної інтеграції та психологічного відновлення військовослужбовців.

Окрім того, є необхідність створення науково-дослідницької бази для вивчення ПТСР в українських реаліях. Це дозволить розробити національні підходи до діагностики та лікування цього розладу, а також інтегрувати українські наукові досягнення у міжнародний контекст. Таким чином, результати дослідження можуть сприяти не лише вирішенню внутрішніх проблем, але й покращенню міжнародної співпраці у сфері військової психології.

Таким чином, дослідження посттравматичного стресового розладу у військових є надзвичайно актуальним в сучасній Україні. Воно сприятиме покращенню системи надання психологічної допомоги військовим, забезпеченню їхньої реабілітації та інтеграції в суспільство. Врешті-решт,

це дослідження є важливим для загальної соціальної стабільності та безпеки країни, адже здоров'я військових є невід'ємною складовою здорового та стабільного суспільства.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження: особливості посттравматичного стресового розладу у військових.

Мета дослідження: визначення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військових залежно від бойового досвіду та характеру пережитих травматичних подій.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі **завдання:**

1. Дослідити психологічні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
2. Визначити сутність поняття посттравматичного стресового розладу у військових.
3. Емпірично дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Методи дослідження включають в себе:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація;
- емпіричні: опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5); опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI); Міссісіпська шкала ПТСР (Mississippi Scale).

Експериментальна база дослідження: м. Миколаїв, Україна.

Вибірка дослідження: 40 військовослужбовців, серед яких 30 чоловіків та 10 жінок.

Наукова новизна дослідження полягає в актуалізації проблеми в контексті сучасних військових конфліктів, що сприяє глибшому розумінню їхнього впливу на розвиток та прояви посттравматичного стресового розладу.

Практична значущість дослідження полягає у створенні основи для

подальших емпіричних досліджень, спрямованих на розробку спеціалізованих програм психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які пережили ПТСР. Це сприятиме більш ефективному наданню допомоги з урахуванням специфічних потреб та особливостей військових.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів основної частини, висновків та списку використаних джерел (містить 43 найменування). Обсяг основного змісту роботи складає 42 сторінки. Робота містить 8 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

1.1. Основні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу

Психічні розлади, викликані травматичними подіями, мають глибоке історичне коріння та згадуються в різних епохах. Вплив війни на психіку воїнів був відомий ще з давніх часів, і перші описи симптомів, схожих на сучасний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зустрічаються в літературних і медичних працях. Від стародавніх текстів до сучасних діагностичних критеріїв спостерігається поступова еволюція розуміння цього явища.

У європейських хроніках XII–XIV століть містяться описи лицарів, які після повернення з Хрестових походів демонстрували тривожність, раптові спалахи агресії та безсоння. Літописці називали цей стан «воєнним виснаженням» або пов'язували його з «одержимістю демонами», що відповідало середньовічним релігійним уявленням. Наприклад, у німецьких джерелах XIV століття згадується випадок лицаря, який після битви під Акрою стверджував, що бачить тіні вбитих ворогів, що можна розглядати як прояви флешбеків – ключового симптому ПТСР [1].

В українській історичній традиції також є свідчення про подібні явища. У козацьких літописах XVII століття, зокрема в *«Літописі Самовидця»*, описується козак, який після облоги Берестечка «втратив сон і ясність розуму, блукаючи табором, мов привид». Це можна трактувати як ранній опис дисоціативного стану, що часто зустрічається у ветеранів бойових дій [2].

Одним із перших, хто спробував систематизувати травматичні розлади, був Авіценна (Ібн Сіна). У своїй праці *«Канон лікарської науки»* (1025 р.) він виділив три форми «меланхолії воїнів»:

- стан підвищеного збудження, що супроводжувався безсонням і агресією, подібний до гіперзбудження при ПТСР.
- глибока апатія та втрата інтересу до життя, що нагадує емоційне оніміння.
- фізіологічні прояви (тахікардія, тремор), які він пояснював «надмірною вогкістю мозку».

Його спостереження передбачили сучасні уявлення про зв'язок між фізіологічними змінами та ПТСР [13].

Під час Наполеонівських воєн (1799–1815) у військовій медицині вперше почали описувати фізіологічні прояви бойового стресу. Французькі лікарі зафіксували у солдатів стан, відомий як *«солдатське серце»* – він включав тахікардію, гіпервігільантність (хронічну пильність) та дисоціативні епізоди, коли військові раптово «відключалися» під час парадів чи побутових ситуацій. Пізніше американський лікар Якоб Мендес да Коста описав цей стан як *«синдром іритативного серця»*, що фактично відображав вегетативну дисрегуляцію при ПТСР [14].

Перша світова війна (1914–1918) стала переломним моментом у дослідженні психічних розладів, пов'язаних із бойовими діями. У цей період з'явився термін *«снарядний шок»* (Shell shock), що описував стан солдатів після артилерійських обстрілів. Симптоми включали тремтіння, амнезію, нічні кошмари та емоційну нестабільність [3].

Під час Другої світової війни (1939–1945) почав використовуватися термін *«бойовий невроз»*, що охоплював панічні атаки, депресію, тривогу та соціальну ізоляцію. У 1944 році для позначення тривалих післястресових розладів було запропоновано термін *«патологічне горе»*, яке могло

трансформуватися у нормальну реакцію або хронізуватися у психічний розлад [14].

У 1957 році вчені Д. Леопольд і Н. Діллон дослідили психічні наслідки вибуху танкера «*Mission*», у якому вижили 36 моряків. Дослідження виявило, що у 16 з них розвинулися серйозні психічні розлади, що проявлялися нав'язливими спогадами, панічними атаками та депресією [3]. Автори запропонували два терміни:

- «Посттравматичний невроз тих, хто вижив» (post-traumatic neurosis in survivors) – описував нав'язливі спогади та приступи тривоги.
- «Посттравматична психологічна хвороба» (post-traumatic psychological illness) – ширший термін, що включав депресію, емоційну нестабільність та соціальну ізоляцію.

Це дослідження стало ключовим етапом у розумінні психічних розладів, спричинених травматичними подіями. Напрацювання вчених сприяли вдосконаленню діагностики та методів лікування посттравматичних розладів. Крім того, ця робота заклала основу для формування концепції посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який був офіційно визнаний окремим діагнозом у 1980 році з виходом третьої редакції «*Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів*» (DSM-III) Американської психіатричної асоціації [25].

Дослідження впливу військових стресів на психічний стан людини активно проводилися у другій половині 1970-х років, зокрема на основі аналізу випадків психічних розладів серед ветеранів В'єтнамської війни [27]. Медичні спостереження виявили, що значний відсоток учасників конфлікту страждав на специфічні симптоми, які не вкладалися в рамки існуючих діагностичних категорій. Найчастіше фіксувалися нав'язливі повторювані спогади у вигляді яскравих образів (*flashbacks*), пригніченість, страхи, соматичні розлади, емоційне оніміння, відчуття провини та жахливі сновидіння, пов'язані з

військовим досвідом. Додатково спостерігалися підвищена збудливість, дратівливість і вибухові реакції [27].

У 1970-х роках дослідник С. Фіглі ввів термін «*в'єтнамський постсиндром*», акцентуючи увагу на зв'язку між бойовим досвідом і тривалими психоемоційними порушеннями [27]. Це стало основою для подальших клінічних досліджень, проведених М. Горовіцем, який виділив ці симптоми в окремий діагноз – «*посттравматичний стресовий розлад*» (ПТСР) [23].

Дослідження також зафіксували подібні симптоми у військових, які брали участь у військових конфліктах в Афганістані. Так званий «*афганський синдром*» (Afghan Syndrome) використовувався для опису проявів ПТСР серед радянських солдатів, які повернулися з Афганістану [4].

Попри різні контексти, ці синдроми мали низку спільних рис:

- Тривожні розлади із панічними атаками;
- Соціальна ізоляція через порушення комунікативних навичок;
- Агресія, спрямована як на себе, так і на оточення.

Дослідження показали, що навіть через десятиліття після завершення бойових дій 25-30% ветеранів продовжували відчувати клінічно значущі симптоми ПТСР, що підкреслювало необхідність довготривалих реабілітаційних програм [1].

Посттравматичний стресовий розлад визначається як відстрочена тривала реакція на стресову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру. Спочатку цей розлад вважався виключно військовим [10], однак згодом стало зрозуміло, що він може виникати у людей різних професій та життєвих обставин, які зазнали важкої травматичної події [4].

Сучасна діагностика ПТСР базується на критеріях DSM-5, які розвинули ідеї, сформульовані під час досліджень 1970-х років. Критерій А передбачає безпосереднє переживання загрози життю або фізичній цілісності, тоді як

Критерій В фокусується на інтрузивних симптомах, таких як флешбеки, кошмари або дисоціативні епізоди [3]. Наприклад, ветерани часто описують стан, коли звук гелікоптера викликає миттєве «повернення» в зону бойових дій [4].

Нейробіологічні дослідження виявили ключові зміни в мозку пацієнтів із ПТСР:

- Зменшення об'єму гіпокампа на 10-15%, що порушує консолідацію пам'яті та сприяє нав'язливим спогадам [1];
- Гіперактивність амігдали, яка підсилює реакції страху;
- Дисфункція префронтальної кори, що знижує здатність до раціонального контролю емоцій [16].

Ці зміни пояснюють, чому традиційні підходи до лікування неврологічних симптомів часто виявляються неефективними без спеціалізованої психотерапії.

Дослідження 1970-х років стимулювали розробку інтегративних методів лікування ПТСР. Сучасні програми реабілітації включають:

- Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) для роботи з дисфункційними схемами мислення;
- EMDR-терапію (десенсибілізацію та переробку рухами очей), яка допомагає інтегрувати травматичні спогади;
- Фармакотерапію, зокрема застосування SSRI-антидепресантів для корекції серотонінового балансу [12].

Важливим досягненням стало визнання ролі соціальної підтримки. Дослідження серед українських ветеранів показали, що участь у групових терапіях знижує рівень ізоляції на 40% порівняно з індивідуальним лікуванням [36].

У ході подальших досліджень автори розробили діагностичні критерії ПТСР, які були офіційно включені до DSM-III у 1980 році. Це дозволило стандартизувати діагностику та забезпечити доступ до спеціалізованої

допомоги. Згодом критерії уточнювали та доповнювали в DSM-III-R і DSM-IV, а також у Міжнародній класифікації хвороб [19].

В оновленій редакції DSM-5 було враховано такі аспекти, як моральна травма — конфлікт між власними діями на війні та етичними принципами, що є особливо актуальним для українських військових [34].

Отже, історія дослідження психічних розладів, пов'язаних із пережитою травмою, демонструє поступову еволюцію наукового розуміння цієї проблематики. Починаючи з античних часів, коли подібні стани описувалися у контексті військових кампаній та бойового виснаження, і до сучасних клінічних класифікацій, концепція ПТСР зазнала значного розвитку. Важливим є те, що сучасна психіатрія та психологія мають у своєму розпорядженні широкий спектр підходів до діагностики та лікування цього розладу, що сприяє ефективній реабілітації постраждалих та їхній адаптації до мирного життя.

1.2 Симптоматика та діагностичні критерії ПТСР

Сучасні наукові дослідження все більше акцентують увагу на аналізі механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розглядаючи взаємозв'язок між травматичними подіями, стресовими чинниками та порушеннями адаптаційних процесів. Психотравматичні події, що загрожують життю та фізичній цілісності особистості, можуть спричиняти глибокі зміни у психоемоційній сфері, що виявляється в порушенні когнітивних, афективних і поведінкових реакцій.

Феномен стресу є центральним компонентом у розумінні патогенезу ПТСР, оскільки саме інтенсивна стресова відповідь запускає адаптаційні механізми, які за певних умов можуть призводити до патологічних змін. Згідно з концепцією Ганса Сельє, процес розвитку стресу включає три основні фази: мобілізацію, опір і виснаження. Перша фаза характеризується активацією

симпатичної нервової системи, що супроводжується викидом катехоламінів (адреналіну, норадреналіну) та кортизолу, які забезпечують швидку фізіологічну адаптацію організму до загрози. На другій стадії відбувається витрачання адаптаційних резервів, тоді як тривала дія стресового чинника може призвести до третьої стадії – виснаження, що проявляється соматичними та психічними розладами.

Згідно з критеріями МКХ-10 та DSM-IV, посттравматичний стресовий розлад формується внаслідок переживання травматичних подій, що виходять за межі звичайного людського досвіду. Він може розвиватися не лише у осіб, які безпосередньо зазнали психотравмуючої ситуації, але й у свідків подій, що мали катастрофічний характер. До таких подій належать бойові дії, стихійні лиха, теракти, фізичне або сексуальне насильство [38].

Нейропсихологічні дослідження свідчать про значні зміни у функціонуванні мозку осіб із ПТСР. Зокрема, надмірна активність *амігдали*, яка відповідає за обробку страху та емоційні реакції, обумовлює підвищену чутливість до стресових подразників та труднощі у контролі тривожних станів. Водночас спостерігається зменшення об'єму *гіпокампа* – структури, яка відіграє важливу роль у процесах пам'яті та когнітивного сприйняття. Це може пояснювати такі характерні симптоми ПТСР, як нав'язливі спогади, флешбеки та дезорієнтація у сприйнятті реальності. Подібні зміни в нейрофізіології мозку сприяють порушенню регуляції емоцій, підвищенню рівня тривожності та розвитку поведінки уникнення [34].

Діагностика ПТСР ґрунтується на кількох ключових критеріях, що відображають основні аспекти патологічної реакції на травму. Одним із центральних діагностичних показників є переживання суб'єктивного відчуття загрози, яке супроводжується сильним почуттям страху, безпорадності чи жаху. До основних симптомів також належать інтрузійні прояви, такі як нав'язливі спогади, жахливі сновидіння та флешбеки, що відтворюють травматичні події. Ці переживання нерідко супроводжуються інтенсивною

емоційною або фізіологічною реакцією на подразники, що нагадують про травму.

Ще одним важливим критерієм є поведінкове уникання, що проявляється у свідомому або несвідомому уникненні думок, почуттів, розмов, місць або людей, пов'язаних із травматичною ситуацією. Додатково у багатьох пацієнтів спостерігаються негативні зміни у когнітивній сфері, зокрема стійкі переконання про власну вину, недовіра до оточення, емоційна відстороненість і зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення [5].

Крім того, ПТСР характеризується порушеннями реактивності та збудливості. До них належать дратівливість, емоційна нестабільність, імпульсивність, підвищена настороженість до потенційних загроз, проблеми зі сном та труднощі з концентрацією уваги. Важливо зазначити, що для підтвердження діагнозу симптоматика має зберігатися протягом не менше одного місяця та спричиняти значне погіршення у соціальному, професійному чи інших важливих аспектах функціонування людини.

Таким чином, симптоматика ПТСР є комплексною та охоплює різні аспекти функціонування особистості, загальний симптоматичний комплекс представлено у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Симптоматика посттравматичного стресового розладу

Група симптомів	Симптоми	Опис
Симптоми повторного переживання (інтрузійні симптоми)	Повторювані, нав'язливі спогади про травматичну подію	Яскраві, деталізовані спогади про травматичний досвід, які виникають мимоволі під час неспання.
	Жахливі сновидіння	Часті кошмари, що відтворюють травматичну ситуацію або її фрагменти.
	Флешбеки	Епізоди раптового й неконтрольованого «переживання» травми в реальному часі.

Продовження табл. 1.1

Симптоми повторного переживання (інтрузійні симптоми)	Інтенсивне реагування на нагадування про травму	Сильний емоційний і фізіологічний стрес при зіткненні з тригерами травми (наприклад, певними звуками, запахами, місцями).
Симптоми уникання	Уникання думок, почуттів і розмов про подію	Свідоме або несвідоме уникнення спогадів про травматичний досвід.
	Уникання місць, людей або ситуацій	Уникнення оточення, пов'язаного з травмою, що може призводити до соціальної ізоляції.
	Відчуження від соціального оточення	Почуття емоційної віддаленості, втрати довіри до людей, зниження здатності до близьких взаємин.
	Втрата інтересу до раніше значущої діяльності	Відсутність мотивації до хобі, соціальних контактів або роботи, які раніше приносили задоволення.
Симптоми фізіологічної гіперактивації (підвищеної збудливості)	Підвищена дратівливість і агресивність	Спонтанні спалахи гніву, зниження самоконтролю, конфліктність у міжособистісних стосунках.
	Труднощі з концентрацією уваги	Відчуття розсіяності, проблеми з виконанням завдань, зниження працездатності.
	Розлади сну	Труднощі із засинанням, поверхневий сон, нічні пробудження.
	Гіперчутливість до раптових звуків або рухів	Перебільшена реакція на неочікувані подразники (різкий звук, дотик, світловий спалах).
	Підвищена настороженість і очікування небезпеки	Постійний стан напруги, відчуття загрози навіть у безпечних умовах.
Соматичні симптоми	Підвищена втомлюваність	Хронічне виснаження, зниження рівня енергії без очевидних фізичних причин.
	Фізичні прояви тривожності	Тремтіння кінцівок, підвищене серцебиття, гіпергідроз, головний біль, розлади травлення.

Динаміка розвитку ПТСР має стадійний характер, що визначає особливості прояву симптомів та їхню тривалість. У науковій літературі виділяють три основні стадії розвитку: *гостру, хронічну та відстрочену*.

Кожна з них характеризується певними клінічними проявами, механізмами формування та потенційними наслідками для психічного здоров'я особи [26].

Гостра стадія (до 6 тижнів після події) розвивається безпосередньо після пережитої травматичної ситуації, коли психіка ще знаходиться в режимі екстреного реагування. Це період, коли організм мобілізує всі свої ресурси для адаптації до нової реальності, що супроводжується *інтенсивною емоційною, когнітивною та фізіологічною реакцією*.

Дана стадія характеризується емоційною нестабільністю, що проявляється у відчуттях страху, тривоги, гніву, емоційного оніміння або апатії. У цей період люди часто стикаються з інтрузивними спогадами, зокрема флешбеками, нав'язливими думками про подію та нічними кошмарами, які значно впливають на якість життя. Фізіологічні реакції організму включають підвищене серцебиття, гіперзбудливість, труднощі зі сном та інші вегетативні порушення. Важливу роль у клінічній картині відіграють дисоціативні симптоми, такі як відчуття відчуженості, дереалізація та деперсоналізація, що ускладнюють сприйняття реальності та власного «Я». Також спостерігається схильність до уникнення тригерних факторів: людина свідомо чи підсвідомо уникає місць, людей або ситуацій, що нагадують про пережиту травму [24].

У більшості випадків симптоми регресують природним шляхом у межах кількох тижнів без необхідності втручання. Однак, якщо стресові реакції не зникають, зберігаються або поглиблюються, це може свідчити про перехід до хронічної стадії ПТСР.

Хронічна стадія (від 6 місяців до 6 років) – характеризується *стійкими психологічними змінами*, які суттєво впливають на соціальне функціонування особи. Ця стадія характеризується стабільним збереженням симптоматики, зокрема флешбеків, нічних кошмарів та емоційної гіперзбудливості, що не слабшають з часом. Вона суттєво впливає на соціальне функціонування людини, спричиняючи ізоляцію, труднощі у міжособистісних стосунках та

зниження працездатності. Емоційне виснаження стає домінуючим станом, що проявляється почуттям безнадії, депресивними епізодами та втратою мотивації до діяльності. Соматичні порушення включають хронічну втому, розлади сну та психосоматичні захворювання, які можуть посилювати загальний дискомфорт. Поведінкові зміни часто виражаються у зловживанні алкоголем або психоактивними речовинами, підвищеній агресивності, ризикованій поведінці та появі суїцидальних думок[24].

Ризик хронізації ПТСР може залежати від кількох важливих факторів. Повторні травматичні події, наприклад, у військових або жертв домашнього насильства, значно підвищують ймовірність закріплення розладу. Важливу роль відіграє рівень соціальної підтримки — її відсутність з боку близьких, суспільства або спеціалістів може ускладнювати процес відновлення. Також супутні психічні розлади, зокрема депресія та тривожні стани, створюють додаткове навантаження на психіку, посилюючи симптоми ПТСР. Біологічна вразливість, яка пов'язана з індивідуальними особливостями нервової системи, може впливати на здатність людини адаптуватися до стресу та справлятися з травматичним досвідом [5].

Якщо хронічний ПТСР не лікувати, симптоми можуть призвести до глибоких особистісних змін, підвищеного ризику психічних та соматичних розладів (наприклад, депресії, розладів адаптації, серцево-судинних хвороб). На цьому етапі надзвичайно важливими є психотерапевтичні втручання (когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесинг травми) та медикаментозна підтримка.

Відстрочена стадія (через рік і більше після травматичної події) розвивається у тих випадках, коли спочатку симптоми не проявляються або здаються незначними, але через місяці або роки після травми активізуються та набувають вираженого характеру. Найчастіше це відбувається під впливом додаткового стресу, що активізує спогади про первинну травму.

Характеризується раптовим загостренням симптоматики після тривалого періоду відносного благополуччя. Виникають різкі сплески тривожності, депресивні стани та панічні атаки, які значно погіршують психоемоційний стан. Людина стає надмірно чутливою до тригерів, серед яких певні ситуації, звуки, запахи або інші нагадування про травму. Часто спостерігається розвиток соматичних розладів, зокрема головного болю, порушень травлення та хронічного болю, що не мають органічних причин. Поведінкові зміни включають підвищену агресивність, розвиток залежностей та труднощі у соціальному функціонуванні, що може призводити до ізоляції та втрати адаптаційних можливостей.

Відстрочена форма ПТСР часто зустрічається у військовослужбовців, жертв насильства, осіб, які пережили стихійні лиха або терористичні атаки. Її розвиток може бути зумовлений тривалою емоційною репресією, коли людина заперечує або витісняє пережитий досвід, намагаючись уникнути його осмислення. Також важливу роль відіграє повторне переживання схожих стресових ситуацій, коли подальші події нагадують про початкову травму і викликають схожі емоційні реакції. Невирішені внутрішні конфлікти, які залишаються прихованими, можуть активізуватися під впливом життєвих обставин, загострюючи симптоми ПТСР навіть через тривалий час після травматичної події [24].

Відстрочений ПТСР *часто залишається непоміченим*, оскільки симптоми можуть бути приписані іншим факторам (віковим змінам, стресу, професійній діяльності). Без вчасного лікування це може призвести до *психічної та соціальної деградації особистості*, втрати працездатності, а в деяких випадках – до суїцидальної поведінки. Цей аспект стадії розвитку розладу знаходиться у тісному зв'язку з коморбідними станами, що часто супроводжують ПТСР.

Найпоширенішими коморбідними станами при ПТСР є алкогольна залежність, депресія та тривожні розлади, які взаємодіють між собою, утворюючи складний психопатологічний комплекс.

Дослідження показують, що серед військовослужбовців, які пережили бойові дії, ризик розвитку алкогольної залежності зростає на 40% порівняно з тими, хто не мав бойового досвіду. Алкоголь часто використовується як спосіб тимчасового полегшення симптомів ПТСР, таких як емоційна гіперзбудливість, порушення сну, тривожність та депресивний настрій. Самолікування алкоголем може здаватися ефективним у короткостроковій перспективі, оскільки він пригнічує активність нервової системи, зменшуючи відчуття напруги. Однак у довгостроковій перспективі зловживання алкоголем посилює симптоматику ПТСР, знижує когнітивний контроль, збільшує ризик агресивної поведінки та суїцидальних думок [21].

Залежність від алкоголю у пацієнтів із ПТСР часто супроводжується проблемами соціального функціонування, зниженням працездатності, руйнуванням сімейних та дружніх відносин. Крім того, у таких осіб підвищується ризик криміналізації поведінки та залучення до небезпечних ситуацій. Тому ефективне лікування ПТСР має враховувати можливу наявність алкогольної залежності та включати комбіновані терапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, медикаментозна підтримка та робота з навичками стресостійкості [21].

Посттравматичний стресовий розлад нерідко супроводжується стійкими депресивними станами, що виражаються в емоційній пригніченості, втраті інтересу до життя, почутті безнадії та власної нікчемності. У пацієнтів з ПТСР депресивні симптоми часто розвиваються як відповідь на довготривалий дистрес, що супроводжується порушенням процесів адаптації.

Важливо відзначити, що депресія у таких випадках має свою специфіку, оскільки вона може бути посилена повторним переживанням травматичних спогадів, соціальною ізоляцією та емоційним виснаженням. Одним із

найнебезпечніших наслідків коморбідності ПТСР і депресії є суїцидальні тенденції, які можуть мати імпульсивний або хронічний характер. Люди, що переживають ПТСР, часто вважають, що не можуть впоратися зі своїм станом, і бачать смерть як єдиний вихід.

Тривожні розлади є одним із ключових компонентів посттравматичного стресового розладу, оскільки людина, яка пережила травматичну подію, залишається у стані підвищеної пильності та очікування загрози. Найпоширенішими тривожними розладами, що супроводжують ПТСР, є панічні атаки та соціальна фобія [21].

Панічні атаки у пацієнтів із ПТСР можуть бути спровоковані певними тригерами, які нагадують про травму (звуки, запахи, місця, ситуації). Вони супроводжуються інтенсивним страхом, прискореним серцебиттям, задихою, тремтінням, запамороченням, що може викликати відчуття втрати контролю або навіть страх смерті [21].

Соціальна фобія у пацієнтів із ПТСР часто розвивається через підвищене почуття вразливості та страх повторного переживання болісних подій. Такі люди можуть уникати спілкування, скупчення людей, незнайомих ситуацій, що призводить до ізоляції та ускладнює їхню соціальну інтеграцію [21].

Наявність тривожних розладів значно ускладнює лікування ПТСР, оскільки пацієнти часто уникають звернення за допомогою, вважаючи свої симптоми природною реакцією на травму. Взаємозв'язок між цими порушеннями створює замкнене коло, у якому симптоми одного розладу посилюють прояви іншого, що ускладнює процес лікування та соціальної адаптації пацієнта.

1.3. Чинники ризику та механізми психологічного захисту при ПТСР

Розуміння механізмів психологічного захисту та чинників ризику ПТСР має критичне значення для діагностики, профілактики та ефективного лікування цього розладу. ПТСР є складним психічним станом, що формується внаслідок травматичного досвіду, і його перебіг залежить не лише від самої травми, але й від того, як людина її переживає та інтегрує у свою особистісну структуру. Важливу роль у цьому процесі відіграють механізми психологічного захисту, які визначають, чи зможе особа адаптуватися до наслідків психотравмуючої події, чи, навпаки, її психічне здоров'я зазнає погіршення.

Психологічний захист є адаптивним механізмом психіки, який дозволяє мінімізувати вплив травматичного досвіду та уникнути надмірного психоемоційного перевантаження. Однак ефективність захисту залежить від його типу та рівня усвідомленості. Загалом психологічні захисти при ПТСР можна поділити на дві умовні групи: **конструктивні (адаптивні)** та **неконструктивні (деадаптивні)** [20].

Конструктивні або свідомі механізми захисту допомагають людині активно працювати з травматичним досвідом, намагаючись інтегрувати його у свою життєву історію без значних порушень психоемоційного стану. Вони базуються на усвідомленій регуляції емоцій та когнітивній переробці отриманого досвіду.

Одним із ключових механізмів є **раціоналізація**, коли людина намагається пояснити травматичну подію з логічної точки зору, що зменшує її емоційний вплив. Наприклад, військовослужбовець, що пережив бойові дії, може інтерпретувати свої страждання як частину професійного обов'язку або як виклик, що зробив його сильнішим [22].

Інший важливий механізм – **сублімація**, тобто перенаправлення деструктивної енергії у соціально прийнятні та корисні види діяльності, наприклад, у творчість, фізичну активність або волонтерську роботу.

Рефреймінг – це ще один адаптивний механізм, який передбачає зміну сприйняття події шляхом знаходження в ній позитивного сенсу. Завдяки рефреймінгу людина може усвідомити, що травма зробила її більш витривалою або допомогла переосмислити життєві цінності [20].

Такі механізми сприяють *посттравматичному зростанню*, коли особа не просто долає наслідки ПТСР, а й використовує цей досвід для особистісного розвитку.

На відміну від адаптивних стратегій, неконструктивні механізми психологічного захисту є несвідомими реакціями, які лише тимчасово знижують рівень психічного напруження, але при цьому можуть призводити до погіршення симптоматики ПТСР.

Одним із найпоширеніших неконструктивних механізмів є *витіснення*, коли людина несвідомо блокує спогади про травматичну подію, щоб уникнути психологічного болю. Це може проявлятися у вигляді *дисоціації*, коли людина втрачає зв'язок із реальністю або має провали в пам'яті щодо подій, що сталися.

Іншим неконструктивним механізмом є *заперечення*, коли людина повністю відмовляється визнавати наявність проблеми або ігнорує свій психоемоційний стан. Це може призводити до того, що постраждалі не звертаються по допомогу та уникають будь-яких ситуацій, які можуть нагадати про травму.

Регресія – це ще один механізм, що характеризується поверненням до більш примітивних форм поведінки. Наприклад, доросла людина може демонструвати дитячі реакції на стрес, такі як капризність, уникнення відповідальності або потреба у надмірному піклуванні з боку інших [20].

Ще один механізм – *проскція*, коли людина приписує свої страхи та агресію іншим. Наприклад, військовий, що страждає на ПТСР, може сприймати звичайних людей як потенційну загрозу, що лише підсилює його тривожність і соціальну ізоляцію [20].

Неконструктивні механізми психологічного захисту ускладнюють лікування ПТСР та сприяють його хронізації, оскільки людина не може повноцінно усвідомити проблему та працювати над її вирішенням.

Окрім механізмів психологічного захисту, важливу роль у розвитку та хронізації ПТСР відіграють фактори ризику, які можуть підсилювати травматичний вплив події та ускладнювати процес адаптації. Одним із ключових чинників є повторні травматичні події. Наприклад, військові, які неодноразово стикалися з бойовими діями, або жертви домашнього насильства, що зазнають постійного фізичного чи психологічного впливу, мають значно вищий ризик розвитку ПТСР.

Відсутність соціальної підтримки також є важливим чинником. Люди, які не отримують підтримки від родини, друзів або професіоналів, мають складнощі з переробкою травматичного досвіду, що сприяє поглибленню симптомів ПТСР.

Іншою важливою детермінантою є наявність супутніх психічних розладів, таких як депресія чи тривожні розлади, які можуть ускладнювати клінічну картину та знижувати ефективність терапії.

Не менш значущим фактором є біологічна вразливість, що визначається індивідуальними особливостями нервової системи. Деякі люди мають підвищену чутливість до стресу на генетичному рівні, що збільшує ризик розвитку ПТСР після пережитої травми.

Розуміння цих процесів має важливе значення для розробки ефективних методів діагностики, профілактики та лікування ПТСР. Комплексний підхід, що враховує як психологічні особливості особи, так і зовнішні чинники, є

необхідним для створення ефективних програм психосоціальної реабілітації та підтримки осіб, що пережили психотравмуючий досвід.

1.4. Специфіка проявів ПТСР серед військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад серед військовослужбовців є однією з найактуальніших проблем у військовій психології та психіатрії. На відміну від цивільного населення, військові піддаються екстремальним умовам, що передбачають тривалий вплив стресових факторів, безпосередню загрозу життю, спостереження за смертю побратимів та застосування зброї з летальними наслідками. Ці фактори створюють специфічний клінічний профіль ПТСР, який потребує окремих діагностичних та терапевтичних підходів.

Ризик розвитку ПТСР у військових зростає пропорційно інтенсивності та тривалості бойового досвіду. Дослідження підтверджують, що такі чинники, як тривале перебування в зоні бойових дій, участь у бойових операціях, застосування зброї, свідчення смерті побратимів чи цивільного населення, значно підвищують ймовірність розвитку розладу.

Тривалість перебування в бойовій зоні має пряму кореляцію з ризиком виникнення ПТСР. Чим довше військовий перебуває в умовах бойового стресу, тим вищою є ймовірність, що його нервова система вичерпає адаптаційні ресурси, а психіка зазнає довготривалих змін [31].

Застосування зброї з летальними наслідками є ще одним ключовим фактором ризику. Військові, які були змушені вбивати ворогів у бою, часто відчують глибоке моральне потрясіння, що може спричинити моральну травму – специфічний стан, коли особа починає сумніватися у своїх моральних цінностях і правильності власних дій [31].

Спостереження за смертю побратимів або цивільного населення є одним із найпотужніших тригерів ПТСР. Дослідження свідчать, що серед

військових, які стали свідками загибелі товаришів по службі або мирних жителів, симптоми гострої психотравми спостерігаються у 60-80% випадків [31].

Також віковий фактор відіграє значну роль. Молоді військовослужбовці віком 18-24 роки мають вищу психологічну вразливість, оскільки їхня нервова система ще не повністю сформувала стійкі адаптаційні механізми [19].

Додатковими факторами ризику є наявність попередніх симптомів депресії та проблем з алкоголем, що може ускладнювати процес адаптації до бойових умов і знижувати здатність до подолання стресу.

Клінічні прояви ПТСР у військових мають свою специфіку, яка включає невротичні розлади, порушення вегетативної нервової системи та характерні поведінкові зміни. Одним із ключових проявів є надмірний контроль середовища. Це може виражатися у компульсивному перевірянні дверей, вікон, транспорту, щоб пересвідчитися у власній безпеці. Така поведінка є наслідком гіперзбудливості нервової системи, яка після бойового досвіду не може повернутися до нормального рівня сприйняття загроз [15].

Військові з ПТСР також демонструють стійкі симптоми депресії та тривожності, що можуть наростати після першого досвіду перебування в зоні бойових дій. Підвищена емоційна чутливість, дратівливість, нічні кошмари та повторне переживання травматичних подій (флешбеки) стають основними факторами психічного виснаження.

Дослідження свідчать, що у 92,8% військовослужбовців із ПТСР спостерігається виражена дисфункція вегетативної нервової системи, що проявляється у вигляді постійного м'язового напруження, серцево-судинних порушень, проблем зі сном та інших психосоматичних симптомів [21].

Важливим компонентом ПТСР у військових є генералізований тривожний розлад, що супроводжується постійним відчуттям небезпеки, навіть у безпечному середовищі. Такий стан може суттєво ускладнювати процес адаптації до мирного життя.

Дослідження показують, що 11,3% військовослужбовців з ПТСР демонструють ознаки небезпечного вживання алкоголю. Це підтверджено тестом Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), де середній бал у цієї групи становить 18,7, що свідчить про серйозний рівень алкогольної залежності. Зловживання алкоголем лише посилює симптоматику ПТСР, оскільки призводить до посилення депресії, імпульсивної поведінки, ризику агресії та суїцидальних думок [26].

Ще однією проблемою є соціальна ізоляція військових із ПТСР, яка часто зумовлена стигматизацією психологічних проблем у військовому середовищі. Багато військових не звертаються по допомогу через побоювання зневаги з боку товаришів по службі або страх негативного впливу на військову кар'єру.

Серед основних причин уникнення психологічної допомоги військовими виділяють: страх бути звинуваченими у слабкості; побоювання, що діагноз ПТСР може зіпсувати їхню військову репутацію; небажання визнавати наявність проблеми.

Для ефективної допомоги військовим із ПТСР необхідні комплексні терапевтичні підходи, що включають психотерапію, медикаментозну корекцію та соціальну реабілітацію, з метою покращення їхньої адаптації до мирного життя.

Висновки до 1 розділу

Посттравматичний стресовий розлад є складним психопатологічним станом, що виникає внаслідок пережиття екстремальних подій та супроводжується широким спектром когнітивних, емоційних і поведінкових порушень. Клінічна картина включає повторювані нав'язливі спогади, емоційну дисрегуляцію, підвищену тривожність, соціальну ізоляцію та соматичні прояви. Аналіз літератури показав, що ПТСР може набувати гострої,

хронічної або відстроченої форми, що ускладнює його діагностику та лікування.

Формування та перебіг розладу значною мірою залежать від нейробіологічних змін. Зокрема, у пацієнтів із ПТСР спостерігається гіперактивність амігдали, що підсилює реакцію на стрес, а також зменшення об'єму гіпокампа, що впливає на процеси пам'яті та емоційного контролю. Такі зміни сприяють появі флешбеків, гіперчутливості до тригерів та поведінки уникання.

До групи підвищеного ризику розвитку ПТСР належать військовослужбовці, які піддаються тривалому бойовому стресу, стають свідками або учасниками травматичних подій. У них симптоматика може мати специфічні прояви, такі як надмірний контроль середовища, емоційне виснаження та тривожні розлади. Значну роль у формуванні ПТСР відіграють механізми психологічного захисту, серед яких дисоціація, витіснення та заперечення, що можуть сприяти хронізації стану.

Важливим аспектом є коморбідність ПТСР із депресією, тривожними розладами та залежністю від психоактивних речовин. Військовослужбовці часто використовують алкоголь або наркотики як спосіб тимчасового полегшення симптомів, що призводить до розвитку залежності та погіршення стану. Соціальна стигматизація психологічних проблем у військовому середовищі є додатковим бар'єром для звернення по допомогу, що сприяє ізоляції та прогресуванню розладу.

Ефективне лікування ПТСР вимагає комплексного підходу, що включає когнітивно-поведінкову терапію (зокрема методи експозиційної терапії), медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію. Психотерапевтична допомога сприяє формуванню адаптивних стратегій подолання стресу, а соціальна підтримка з боку родини та громади значно покращує процес відновлення.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

2.1. Опис емпіричного дослідження

Мета дослідження – визначити особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових залежно від тривалості бойового досвіду та характеру травматичних подій. Дослідження проводилося серед 40 військовослужбовців (30 чоловіків та 10 жінок), які мають бойовий досвід різної тривалості та змісту.

Методи дослідження:

1. Опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5) – для оцінки рівня симптомів ПТСР.
2. Опитувальник посттравматичних когніцій (РСТІ) – для оцінки негативних когніцій, що можуть підтримувати симптоми ПТСР.
3. Міссісіпська шкала ПТСР – для діагностики та визначення тяжкості симптомів ПТСР.
4. Аналіз бойового досвіду військовослужбовців (анкетування) – для збору даних про тривалість служби, характер пережитих подій (участь у бойових діях, поранення, втрата побратимів).

Дослідження було проведено у три основні етапи, описані нижче.

Підготовчий етап. Було проведено аналіз наукової літератури щодо особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що дозволило визначити основні теоретичні підходи до вивчення цієї проблеми. Було обрано та адаптовано методики дослідження, зокрема, опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5), опитувальник посттравматичних когніцій (РСТІ) та Міссісіпську шкалу ПТСР. Завершено формування вибірки дослідження, яка включала військовослужбовців з різним бойовим досвідом для отримання репрезентативних даних.

Основний етап. Проведено тестування військовослужбовців за допомогою обраних методик. Зібрані дані було оброблено з використанням статистичних методів аналізу, що дозволило виявити закономірності та визначити особливості прояву ПТСР у військових.

Етап узагальнення. Здійснено аналіз отриманих результатів відповідно до бойового досвіду військовослужбовців, що дозволило встановити взаємозв'язок між тривалістю бойового досвіду, характером пережитих подій та рівнем вираженості симптомів ПТСР. На основі проведеного аналізу сформульовано загальні висновки щодо специфіки проявів ПТСР у військових, а також надано рекомендації для подальших досліджень у цій сфері.

Передбачається, що військовослужбовці з довшим бойовим досвідом матимуть більш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу. Зокрема, рівень проявів ПТСР буде зростати пропорційно до кількості місяців або років, проведених у зоні бойових дій. Очікується, що військові, які брали участь у інтенсивних бойових зіткненнях, частіше демонструватимуть симптоми збудженості та реактивності, такі як підвищена пильність, проблеми зі сном, дратівливість і раптові спалахи гніву.

Військові, які зазнали фізичних поранень або стали свідками загибелі побратимів, ймовірно, матимуть більш інтенсивні нав'язливі спогади та нічні кошмари. Також передбачається, що у цієї групи буде виражене уникнення нагадувань про травматичні події, що може проявлятися у відстороненні від соціального життя, емоційному онімінні та труднощах у підтримці міжособистісних відносин.

Очікується, що вищий рівень травматичного досвіду буде пов'язаний із більш глибокими негативними посттравматичними когніціями, зокрема з формуванням стійких переконань про небезпечність світу, власну безпорадність і низьку особистісну цінність. Це може спричиняти труднощі в адаптації до мирного життя.

2.2. Інтерпретація результатів дослідження

Перш ніж звернутися до методик, що напряду стосуються діагностики ПТСР, варто переглянути результати проходження анкети бойового досвіду військовослужбовців. Анкетування військовослужбовців проводилося з метою збору інформації про тривалість бойового досвіду, характер пережитих подій та можливі травматичні фактори, які могли вплинути на психоемоційний стан респондентів. Анкета включала питання щодо загальної тривалості перебування в зоні бойових дій, особистого досвіду участі в бойових операціях, отриманих поранень, втрат побратимів, а також впливу бойового досвіду на психологічний стан (Додаток Д).

Результати анкетування представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати проходження анкети бойового досвіду військовослужбовців

Показник	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Перебували в зоні бойових дій понад 6 місяців	24	60%
Мали бойовий досвід понад 1 рік	16	40%
Зазнали безпосереднього впливу бойових дій (обстріли, оточення, загроза загибелі)	17	42,5%
Отримали поранення	15	37,5%
Мали тяжкі поранення (госпіталізація)	8	20%
Втратили побратимів	19	47,5%
Були свідками загибелі цивільного населення	8	20%

За результатами анкетування 60% військовослужбовців (24 особи) перебували в зоні бойових дій понад 6 місяців, з них 40% (16 осіб) мали бойовий досвід більше 1 року. Це вказує на те, що значна частина опитаних військових мала довготривалий вплив бойових стресорів, що може підвищувати ризик розвитку ПТСР.

В той же час 42,5% респондентів (17 осіб) перебували під артилерійськими або мінометними обстрілами, потрапляли в оточення або знаходилися під загрозою загибелі. Такий досвід є значним стресовим фактором, що може спричинити розвиток симптомів ПТСР, зокрема підвищеної тривожності, гіпервозбудливості та флешбеків.

Також, 37,5% військових (15 осіб) зазнали поранень під час бойових дій, з них 8 осіб (20%) мали тяжкі поранення, що потребували госпіталізації та довготривалої реабілітації. Дослідження показують, що фізичні поранення можуть посилювати психологічні наслідки травми та сприяти більшій вираженості симптомів ПТСР.

Про втрату бойових товаришів під час бойових дій повідомили 47,5% військових (19 осіб). Втрата близьких товаришів на війні є потужним емоційним тригером для формування посттравматичних симптомів, особливо таких, як почуття провини, депресія та емоційне оніміння.

Свідками загибелі цивільного населення є 20% військовослужбовців (8 осіб) були свідками загибелі цивільного населення. Незважаючи на те, що цей показник є нижчим порівняно з іншими травматичними подіями, він все ж може мати значний вплив на психічний стан військових, особливо у формуванні почуття безпорадності та стійких негативних когніцій про світ.

Аналіз анкетування підтверджує, що значна частина військовослужбовців має довготривалий бойовий досвід та зазнала травматичних подій, таких як обстріли, поранення та втрати побратимів.

Опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5) був використаний для оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців. У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців (30 чоловіків та 10 жінок), які мають бойовий досвід різної тривалості та брали участь у бойових діях. Результати представлено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати проходження методики PCL-5

Діапазон балів	Кількість досліджуваних	Відсоток досліджуваних
До 30	7	17,5%
30-35	11	27,5%
36-44	12	30%
45-50	6	15%
51-85	4	10%

Дані показують, що 55% військовослужбовців мають симптоматику ПТСР, що може потребувати клінічного втручання (бал 36 і вище). Найбільш критичні показники (45 балів і більше) були виявлені у 10 військовослужбовців (25%), що свідчить про високий рівень дистресу та необхідність психологічної допомоги.

Варто зазначити, що самооціночні шкали, такі як PCL-5, не призначені для формального діагностування посттравматичного стресового розладу, але є ефективним інструментом для попередньої оцінки рівня симптоматики. Відповідно до наукових рекомендацій, критичним порогом для ймовірного діагностування ПТСР є 50 і більше балів. У нашому дослідженні лише 10% військовослужбовців набрали понад 50 балів, що свідчить про наявність вираженої симптоматики ПТСР у цієї групи.

Таким чином, результати опитування демонструють, що у більшості військовослужбовців спостерігається помірний або підвищений рівень симптомів ПТСР. Значна частина респондентів (45% учасників) набрали від 36 до 50 балів, що вказує на наявність ознак розладу, які можуть потребувати подальшого спостереження та можливої психологічної інтервенції. Ці дані підкреслюють важливість впровадження заходів підтримки та реабілітаційних програм для військовослужбовців із підвищеним рівнем симптоматики ПТСР, щоб запобігти розвитку більш тяжких психічних станів.

Опитувальник посттравматичних когніцій (РСТІ) дозволяє оцінити рівень негативних когніцій, які можуть формуватися після переживання травматичних подій. Дослідження показують, що негативні переконання про себе, навколишній світ і тенденція до самоізоляції є важливими предикторами тривалості та тяжкості симптомів ПТСР. Результати аналізу даних представлено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Результати проходження опитувальника РСТІ

Когнітивні особливості	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Негативні переконання про себе (почуття провини, безпорадність, знижена самооцінка)	25	62,5%
Негативні переконання про світ (почуття небезпеки, недовіра до оточуючих, тривожність)	22	55%
Схильність до самоізоляції (уникнення соціальних контактів, труднощі у спілкуванні)	18	45%

Негативні переконання про себе виявлені у 62,5% (25 осіб) військовослужбовців, що свідчить про стійкі негативні уявлення про власну особистість. Це проявляється у почутті провини за події, які сталися під час бойових дій, відчутті безпорадності, неспроможності впоратися з травматичним досвідом та зниженій самооцінці. У військових, які зазнали значних втрат (поранення або загибель побратимів), ці показники є вищими, що може ускладнювати процес адаптації до мирного життя.

Негативні переконання про світ спостерігаються у 55% (22 осіб), що сприймають світ як небезпечне та вороже середовище. Це проявляється у загостреному почутті тривоги, недовірі до оточуючих, уникненні великих скупчень людей та підвищеній підозрілості. Для військових із тривалим бойовим досвідом такі уявлення можуть сприяти формуванню соціальної ізоляції та загострювати симптоматику ПТСР.

Схильність до самоізоляції виявлена у 45% (18 осіб), що означає тенденцію до уникнення соціальних контактів, що ускладнює їхню адаптацію після повернення з бойових дій. Вони уникають розмов про військовий досвід, відчувають труднощі у взаємодії з рідними та друзями, що може спричиняти відчуття самотності та посилювати емоційне напруження.

Аналіз результатів проходження РСТІ показав, що значна частина військовослужбовців має стійкі негативні переконання, які можуть підтримувати симптоматику ПТСР. Найбільш виражені когнітивні порушення спостерігаються у військових, які зазнали особистих втрат або перебували у бойових умовах тривалий час.

Міссісіпська шкала ПТСР є одним із ключових інструментів для оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Вона дозволяє визначити основні прояви ПТСР, включаючи підвищену збудливість, симптоми уникнення та інтенсивність нав'язливих спогадів. Результати проходження Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати проходження Міссісіпської шкали ПТСР

Показник	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Підвищена збудливість і реактивність (проблеми зі сном, дратівливість, підвищена пильність)	14	35%
Симптоми уникнення (відмова від спогадів, уникнення ситуацій, що нагадують про бойові дії)	16	40%
Нав'язливі спогади та флешбеки (повторне переживання травматичних подій)	10	25%

Перш за все, варто звернути увагу на групу військовослужбовців, які демонструють високий рівень емоційної стійкості. З 40 досліджуваних осіб, 12 військових (30%) не мають виражених симптомів ПТСР. Вони добре адаптувалися до мирного життя, не відчувають значних труднощів у

спілкуванні та не демонструють виражених ознак тривожності чи підвищеної збудливості. Цей факт є позитивним, адже третина військових змогли ефективно впоратися зі стресовими факторами бойових дій. Це може свідчити про сильну психологічну резилієнтність, наявність надійної соціальної підтримки або успішне використання адаптивних стратегій подолання.

Однак, значна частина військовослужбовців стикається з певними труднощами у процесі адаптації. 14 осіб (35%) відзначили наявність підвищеної збудливості та реактивності. Вони часто стикаються з проблемами зі сном, мають підвищену дратівливість і відчують напруження у повсякденному житті. У більшості з них також спостерігається тенденція до гіперпильності, що може проявлятися як постійне очікування загрози або раптові спалахи гніву у відповідь на незначні подразники. Хоча ці симптоми не завжди досягають рівня діагностичного ПТСР, вони все ж негативно впливають на повсякденне функціонування та можуть потребувати психологічної підтримки.

Окрему увагу слід приділити групі військових із симптомами уникнення, що складає 16 осіб (40%). Ці люди намагаються не згадувати про бойові дії, уникають розмов на військову тематику та відчують дискомфорт у ситуаціях, які можуть нагадувати їм про пережиті події. Деякі з них уникає новин, пов'язаних із війною, а частина відмовляється від контактів з товаришами по службі. Такі прояви можуть бути спробою психіки захиститися від болісних спогадів, однак надмірне уникнення може призвести до соціальної ізоляції та проблем у міжособистісних відносинах.

Найбільш вразливою є група військових із нав'язливими спогадами та флешбеками, яка складає 10 осіб (25%). Ці військовослужбовці періодично переживають події минулого у формі яскравих спогадів або нічних кошмарів. У деяких з них виникає сильна фізіологічна реакція (прискорене серцебиття, тремтіння, напад паніки) у відповідь на певні тригери, такі як гучні звуки чи схожі ситуації. Такі симптоми значно знижують якість життя та можуть

свідчити про виражений ПТСР, що потребує спеціалізованої психологічної чи медичної допомоги.

Для перевірки взаємозв'язку між бойовим досвідом військовослужбовців та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу було проведено кореляційний аналіз Спірмена між показниками анкети бойового досвіду та трьома методиками: PCL-5 (оцінка симптоматики ПТСР), РСТІ (оцінка посттравматичних когніцій), та Міссісіпська шкала ПТСР (оцінка інтенсивності ПТСР). Кореляція між шкалою PCL-5 та бойовим досвідом продемонстрована у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Кореляція між шкалою PCL-5 та бойовим досвідом

Шкала PCL-5	Бойовий досвід понад 1 рік	Безпосередній вплив бойових дій	Отримали поранення	Втратили побратимів	Були свідками загибелі цивільного населення
PCL-5 (≥ 36 балів)	0.45	0.72	0.68	0.75	0.62

Існує сильна кореляція між симптомами ПТСР та безпосереднім впливом бойових дій ($r = 0.72$), отриманими пораненнями ($r = 0.68$) і втратою побратимів ($r = 0.75$). Це підтверджує, що найбільш значущими факторами розвитку ПТСР є травматичний досвід, пов'язаний із фізичними ушкодженнями та втратою близьких людей.

Помірна кореляція між симптомами ПТСР та бойовим досвідом понад 1 рік ($r = 0.45$). Це свідчить про те, що тривалість служби сама по собі не є ключовим фактором ризику, а критичне значення мають конкретні пережиті події. Менш виражений, але все ж значущий зв'язок між симптомами ПТСР та спостереженням загибелі цивільного населення ($r = 0.62$), що вказує на можливий вплив морально-етичних аспектів війни на розвиток ПТСР.

Також було проведено дослідження кореляції між опитувальником РСТІ та бойовим досвідом, результати представлено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Кореляція між опитувальником РСТІ та бойовим досвідом

Шкала РСТІ	Бойовий досвід понад 1 рік	Безпосередній вплив бойових дій	Отримали поранення	Втратили побратимів	Були свідками загибелі цивільного населення
Негативні переконання про себе	0.35	0.70	0.72	0.80	0.60
Негативні переконання про світ	0.40	0.78	0.74	0.82	0.65
Схильність до самоізоляції	0.38	0.65	0.68	0.77	0.58

Отже, існує сильний зв'язок між втратою побратимів та негативними когніціями ($r = 0.80$ – негативні переконання про себе, $r = 0.82$ – негативні переконання про світ, $r = 0.77$ – самоізоляція). Такий результат означає, що втрата близьких бойових товаришів є одним із найпотужніших психологічних стресорів для військових.

Висока кореляція між негативними когніціями та безпосереднім впливом бойових дій (від $r = 0.65$ до $r = 0.78$), вказує на значний вплив бойового стресу на формування песимістичних переконань про себе та світ.

Менш виражений, але значущий зв'язок (від $r = 0.35$ до $r = 0.40$) існує між бойовим досвідом понад 1 рік та негативними когніціями. Це може вказувати на те, що тривалий бойовий досвід не обов'язково призводить до формування негативних переконань, однак у поєднанні з іншими факторами ризику він може сприяти їхньому поглибленню.

Наостанок розглянемо кореляцію між Міссісіпською шкалою ПТСР та бойовим досвідом, результати представлено у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Кореляція між Міссісіпською шкалою ПТСР та бойовим досвідом

Міссісіпська шкала ПТСР	Бойовий досвід понад 1 рік	Безпосередній вплив бойових дій	Отримали поранення	Втратили побратимів	Були свідками загибелі цивільного населення
Підвищена збудливість і реактивність	0.48	0.75	0.73	0.78	0.64
Симптоми уникнення	0.50	0.80	0.76	0.82	0.68
Нав'язливі спогади та флешбеки	0.45	0.70	0.72	0.79	0.63

Найсильніша кореляція присутня між симптомами уникнення, втратою побратимів ($r = 0.82$) та впливом бойових дій ($r = 0.80$). Це може означати, що військові з травматичним досвідом частіше намагаються уникати тригерних ситуацій, що може ускладнювати їхню соціальну адаптацію.

Висока кореляція між нав'язливими спогадами та втратою побратимів ($r = 0.79$), а також отриманими пораненнями ($r = 0.72$). Це узгоджується з судженням, що фізична травма та емоційна втрата є ключовими тригерами розвитку ПТСР.

Помірна кореляція між бойовим досвідом понад 1 рік та симптомами ПТСР ($r = 0.45\text{--}0.50$) означає, що сам факт тривалого перебування в зоні бойових дій менш важливий для розвитку ПТСР, ніж пережиті події.

Висновки до розділу 2

Метою емпіричного дослідження було визначення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових залежно від бойового досвіду та характеру пережитих травматичних подій. У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, серед яких 30 чоловіків та 10 жінок.

Дослідження підтвердило, що серед військових існують різні рівні психологічної стійкості та адаптації. Близько третини опитаних мають високий рівень адаптації, що свідчить про ефективні механізми подолання стресу. Проте значна частина військовослужбовців демонструє симптоми ПТСР різного ступеня вираженості, що потребує цілеспрямованої психологічної підтримки. Це підкреслює важливість раннього виявлення осіб, які можуть бути у групі ризику щодо розвитку важких посттравматичних реакцій.

За результатами опитувальника PCL-5, найбільша частка військовослужбовців (30%) набрала від 36 до 44 балів, що вказує на помірну вираженість симптомів ПТСР. При цьому 17,5% респондентів мають високий рівень симптоматики (45–50 балів), що свідчить про значний вплив бойового досвіду на їх психічне здоров'я. Дані підтверджують, що хоча критичних випадків ПТСР не виявлено, значна частина військових може потребувати подальшої діагностики та психологічного супроводу.

Кореляційний аналіз показав, що найбільш виражені симптоми ПТСР спостерігаються у військових, які пережили безпосередній вплив бойових дій, отримали поранення або втратили побратимів. Зокрема, було встановлено сильний позитивний зв'язок ($r = 0.72-0.80$) між безпосереднім бойовим досвідом і рівнем вираженості симптомів ПТСР. Це підтверджує, що не лише сам бойовий досвід, а й конкретні травматичні події є ключовими факторами ризику.

Дані опитувальника РСТІ свідчать про те, що 62,5% військовослужбовців мають негативні переконання про себе, що проявляється у почутті провини та безпорадності. Особливо виражені ці переконання серед військових, які втратили побратимів ($r = 0.80$) або зазнали тяжких поранень ($r = 0.72$). Це підкреслює необхідність психологічного втручання, спрямованого на корекцію деструктивних когнітивних схем та підтримку процесів адаптації.

Результати Міссісіпської шкали ПТСР свідчать, що 40% військовослужбовців мають симптоми уникнення, що виявляється у відмові від спогадів про бойові події, соціальній ізоляції та труднощах у спілкуванні. Водночас 25% досліджуваних стикаються з флешбеками та нав'язливими спогадами, що є одним із найтяжчих проявів ПТСР. Найвищий рівень цих симптомів спостерігається у тих, хто зазнав значних бойових втрат ($r = 0.79$).

Таким чином, дослідження підтвердило, що сам бойовий досвід (тривалість перебування в зоні бойових дій) не є основним предиктором розвитку ПТСР, тоді як фізичні травми, безпосередній вплив бойових дій і втрати товаришів є ключовими факторами ризику. Це підкреслює необхідність цільової психологічної допомоги для військовослужбовців, які зазнали значних бойових втрат.

Загалом, отримані результати підкреслюють важливість індивідуального підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців. Найбільш вразливі категорії потребують спеціалізованих програм психотерапевтичної підтримки, спрямованих на подолання травматичних спогадів, корекцію негативних переконань та розвиток ефективних стратегій адаптації. Це дозволить зменшити ймовірність поглиблення ПТСР та сприятиме успішному поверненню військових до мирного життя.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад є складним психопатологічним станом, що розвивається внаслідок переживання екстремальних подій і супроводжується широким спектром когнітивних, емоційних та поведінкових порушень. Аналіз наукової літератури дозволив виявити основні механізми формування та особливості перебігу цього розладу. Клінічна картина ПТСР включає повторювані нав'язливі спогади, гіперзбудливість, порушення сну, соціальну ізоляцію та когнітивні спотворення. Формування та перебіг ПТСР значною мірою залежать від нейробиологічних змін, зокрема гіперактивності амігдали, зниження об'єму гіпокампа та дисфункції префронтальної кори, що впливають на здатність регулювати емоційні реакції.

Особливу увагу було приділено вивченню ПТСР у військовослужбовців, які належать до групи підвищеного ризику через безпосередній вплив бойових дій, втрату побратимів та отримані поранення. У військових ПТСР може мати специфічні прояви, такі як підвищена пильність, контроль середовища, агресивні реакції, емоційне виснаження та коморбідність із депресією та залежністю від психоактивних речовин. Фактором, що погіршує ситуацію, є соціальна стигматизація психічних розладів у військовому середовищі, яка перешкоджає своєчасному зверненню за допомогою.

Проведене емпіричне дослідження на вибірці з 40 військовослужбовців (30 чоловіків та 10 жінок), що дозволило виявити особливості прояву ПТСР у військових та оцінити вплив бойового досвіду на його вираженість. Дослідження виявило, що серед військовослужбовців існують різні рівні психологічної стійкості: близько третини опитаних демонструють високу адаптивність, тоді як значна частина військових має помірні або виражені симптоми ПТСР. Це підтверджує необхідність комплексної психологічної підтримки для осіб, які перебувають у групі ризику розвитку ПТСР.

За результатами опитувальника PCL-5, найбільша частка військовослужбовців (30%) набрала від 36 до 44 балів, що свідчить про

помірний рівень симптоматики ПТСР. При цьому 17,5% мали високий рівень симптомів (45–50 балів), що вказує на значний вплив бойового досвіду на психічне здоров'я. Кореляційний аналіз за методом Спірмена показав, що найбільш виражені симптоми ПТСР спостерігаються у військових, які зазнали безпосереднього впливу бойових дій ($r = 0.72$), отримали поранення ($r = 0.68$) або втратили побратимів ($r = 0.75$). Це підтверджує гіпотезу про те, що саме характер пережитих подій, а не лише тривалість перебування в зоні бойових дій, є ключовим чинником ризику розвитку ПТСР.

Дані опитувальника РСТІ засвідчили, що 62,5% військовослужбовців мають негативні переконання про себе, що включають почуття провини, безпорадності та низьку самооцінку. Найвищий рівень негативних когніцій виявлено серед військових, які втратили побратимів ($r = 0.80$) або отримали тяжкі поранення ($r = 0.72$). Також встановлено значний зв'язок між уникненням спогадів про травматичні події та високим рівнем негативних переконань про світ ($r = 0.78$), що свідчить про наявність когнітивних спотворень у осіб із ПТСР.

За даними Міссісіпської шкали ПТСР, 40% військовослужбовців мають симптоми уникнення, що виявляється у відмові від спогадів про бойові дії, соціальній ізоляції та труднощах у міжособистісному спілкуванні. 25% опитаних мають нав'язливі спогади та флешбеки, які частіше спостерігаються у військових, які втратили побратимів ($r = 0.79$). Високий рівень симптомів гіперзбудливості (35%) також є важливим індикатором впливу бойового досвіду на психічне здоров'я військових.

Загалом результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до виявлення та лікування ПТСР у військових. Найбільш вразливі категорії військовослужбовців – ті, хто зазнав бойових втрат або отримав поранення, – потребують спеціалізованих програм психотерапевтичної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адбряхімов Р. А. Особливості фрустаційного реагування в учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому та частковою втратою зору. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 10. С. 54–61.
2. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття птер у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8–17. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2> (дата звернення: 18.03.2025).
3. Беспалько А. Досвід використання психологічної декомпресії в збройних силах країн нато. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2020. Т. 15, № 4. С. 30–41. URL: <https://doi.org/10.32453/5.vi4.375> (дата звернення: 09.06.2024).
4. Блінов О. Особливості прояву бойового стресу і посттравматичних стресових розладів у різних категорій військовослужбовців. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 3(56)Т2. С. 77–88. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-77-88> (дата звернення: 09.06.2024).
5. Бучок Ю. Чинники формування та клінічні варіанти віддалених проявів посттравматичних стресових розладів у осіб, які пережили надзвичайні події. *Grail of science*. 2023. № 27. С. 501–505. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.12.05.2023.084> (дата звернення: 18.03.2025).
6. Вязьмітінова С. О. Ефективність санаторно-курортного лікування розладів адаптації у демобілізованих учасників бойових дій. *Медична психологія*. 2018. Т. 13, № 4 (52). С. 86–89.
7. Дуля А. Соціально-психологічний портрет учасників ато/оос. *Humanitas*. 2022. № 5. С. 19–23.

URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2021.5.3> (дата звернення: 09.06.2024).

8. Зливков В., Лукомська С. Особливості використання тренінгу життєстійкості у психологічній реабілітації учасників бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 24–30. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-65-1-24-30> (дата звернення: 09.06.2024).

9. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Scientific bulletin of kherson state university series psychological sciences*. 2022. № 2. С. 20–27. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-3> (дата звернення: 18.03.2025).

10. Коширець В., Шкарлатюк К. Особливості організації особистісного простору військовослужбовців з ознаками птср. *Psychological prospects journal*. 2020. № 36. С. 124–143. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-124-143> (дата звернення: 09.06.2024).

11. Крутолевич А. М. Особливості сприйняття соціальної підтримки пацієнтів травматологічного відділення з різним проявом симптоматики депресії та посттравматичного стресового розладу. *Problems of modern psychology*. 2021. № 2. С. 98–104. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-2-10> (дата звернення: 09.06.2024).

12. Кузікова С. Б., Лукомська С. О. Особливості посттравматичного стресу та резилентності військовослужбовців збройних сил України. *Слобожанський науковий вісник. серія: психологія*. 2024. № 2. С. 32–36. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.6> (дата звернення: 18.03.2025).

13. Мустафаєв А., Юсіфова Г., Казімі П. Посттравматичні стресові розлади у військових умовах (інформативний аналіз проблеми). *Grani*. 2023. Т. 26, № 2. С. 51–54. URL: <https://doi.org/10.15421/172326> (дата звернення: 18.03.2025).

14. Омелянович В. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу

посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2019. Т. 4, № 1. С. e0401183. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i1.183> (дата звернення: 09.06.2024).

15. Оцінка індивідуальних психологічних особливостей учасників АТО, які страждають на ПТСР, в залежності від типу темпераменту / В. Турчак та ін. *Психологічне здоров'я*. 2018. № 1. С. 138–150. URL: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2018-1-1-138-150> (дата звернення: 09.06.2024).

16. Паливода Л. І. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегій у подоланні стресу. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2023. № 3. С. 76–79. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.15> (дата звернення: 18.03.2025).

17. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців / В. Чорна та ін. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28–39. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28> (дата звернення: 18.03.2025).

18. Разумовська Т. Соціально-психологічні прояви та наслідки психологічної травми й сексуальних розладів у військовослужбовців в умовах військових дій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2024. № 3(65) 2024 Т. 2. С. 44–55. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-2-44-55> (дата звернення: 18.03.2025).

19. Ризик формування алкогольної залежності у військовослужбовців, які приймають участь в бойових діях / Я. Мацегора та ін. *Disaster and crisis psychology problems*. 2024. № 7. URL: <https://doi.org/10.52363/dcpp-2024.1.1> (дата звернення: 18.03.2025).

20. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021.

№ 2 (2). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304) (дата звернення: 09.06.2024).

21. Салюк М., Меркулов М. Аналіз стресочутливості військовослужбовців з метою профілактики птср. *Молодий вчений*. 2024. № 6 (130). С. 125–130. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-6-130-27> (дата звернення: 18.03.2025).

22. Синишина В. М. Реабілітація учасників АТО методами психологічної допомоги. *Актуальні проблеми психології. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2015. Т. 11, вип. 13. С. 237–246.

23. Смашна О. Є. Визначення особливостей психопатологічної структури посттравматичного стресового розладу, коморбідного з черепно-мозковою травмою, за допомогою шкали caps-5. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 2. С. 151–160. URL: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i2.12219> (дата звернення: 09.06.2024).

24. Ткаченко Н. В., Алещенко О. В. Основні симптоми посттравматичного стресового розладу. *Journal of psychology research*. 2024. Т. 29, № 12. С. 63–70. URL: <https://doi.org/10.15421/102909> (дата звернення: 18.03.2025).

25. Токарева Н. М., Шамне А. В. Вікова та педагогічна психологія. НУБіП, 2017. URL: <https://doi.org/10.31812/0564/1425> (дата звернення: 09.06.2024).

26. Фітькало О. С. Особливості надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям зсу за наявності птср з ознаками адиктивної поведінки (власний досвід). *Health & education*. 2024. № 1. С. 77–83. URL: <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.10> (дата звернення: 18.03.2025).

27. Характеристика клінічної симптоматики при психотичних розладах у комбатантів / Є. Харченко та ін. *Психологічне здоров'я*. 2021. № 2.

С. 108–118. URL: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-2-11> (дата звернення: 09.06.2024).

28. Харченко Н. Особливості спілкування психолога з учасниками бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. С. 117–124. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-63-5-117-124> (дата звернення: 09.06.2024).

29. Чамлай І. Психологічні підходи до тлумачення та терапії посттравматичного стресового розладу. *Psychology travelogs*. 2023. № 4. С. 25–34. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2023-4-3> (дата звернення: 18.03.2025).

30. Шпортун О., Савчук З. Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2024. № 1(43). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-951-970](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-951-970) (дата звернення: 09.06.2024).

31. Abuse, trauma, and mental health | Office on Women's Health. Home | Office on Women's Health. URL: <https://www.womenshealth.gov/mental-health/abuse-trauma-and-mental-health> (date of access: 09.06.2024).

32. Assessment of moral injury and PTSD in active-duty personnel and veterans in Ukraine: a scoping review / N. Tabeshadze et al. *Journal of criminological research, policy and practice*. 2025. URL: <https://doi.org/10.1108/jcrpp-01-2024-0005> (date of access: 18.03.2025).

33. Considering PTSD for DSM-5 / M. J. Friedman et al. *Depression and anxiety*. 2010. Vol. 28, no. 9. P. 750–769. URL: <https://doi.org/10.1002/da.20767> (date of access: 09.06.2024).

34. Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review / C. L. Westby et al. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021. Vol. 21, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x> (date of access: 09.06.2024).

35. Frontiers | Incidence of mental disorders in soldiers deployed to Afghanistan who have or have not experienced a life-threatening military incident—a quasi-experimental cohort study. *Frontiers*.

URL: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1357836/full> (date of access: 09.06.2024).

36. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 85-90.

37. PTSD accounts for 29% of neuralgic diseases suffered by military, Defense Ministry says. *The Kyiv Independent*. URL: <https://kyivindependent.com/ptsd-accounts-for-29-of-neuralgic-diseases-suffered-by-military-defense-ministry-says/> (date of access: 12.03.2025).

38. R.p. P. Analysis of the results of the final stage of the program of psychological support of combatants and their families. *Scientific bulletin of Kherson State University. series psychological sciences*. 2021. No. 2. P. 162–168. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-19> (date of access: 09.06.2024).

39. Spitzer R.L., First M.B., Wakefield J.C. Saving PTSD from itself in DSM-V. 2007. N. 21. P. 233-241

40. Substance use and co-occurring mental disorders. *National Institute of Mental Health (NIMH)*. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health> (date of access: 09.06.2024).

41. V.m. S. The influence of combat experience on post-traumatic stress disorder in the participants of antiterrorist operation. *Scientific bulletin of Kherson State University. series psychological sciences*. 2021. No. 4. P. 162–170. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-21> (date of access: 09.06.2024).

42. VA.gov | veterans affairs. *PTSD: National Center for PTSD Home*. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/types/types_war_combat.asp (date of access: 09.06.2024).

43. Wolpe J. Behavior therapy techniques: a guide to the treatment of neuroses. Oxford : Pergamon Press, 1966. 198 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала PCL-5 оцінює наявність і тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу та відповідає критеріям DSM-5.

Відповідь на кожне питання може бути:

- a) Зовсім не турбували
- b) Трохи
- c) Помірно
- d) Сильно
- e) Дуже сильно

Текст методики

1. Тривожні та небажані спогади про стресовий досвід, що повторюються.
2. Повторювані, тривожні сни про стресовий досвід.
3. Раптове відчуття або поведінка, ніби стресовий досвід насправді повторюється (ніби ви переживаєте ситуацію знову).
4. Почуття сильного засмучення, коли щось нагадує вам про стресовий досвід.
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадує вам про стресовий досвід (наприклад, прискорене серцебиття, проблеми з диханням, пітливість).
6. Уникнення спогадів, думок або почуттів, пов'язаних зі стресовим досвідом.
7. Уникнення зовнішніх нагадувань про стресовий досвід (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів або ситуацій).
8. Проблеми із пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації минулого.
9. Наявність сильних негативних переконань щодо себе, інших людей або світу (наприклад, такі думки, як: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна довіряти, світ абсолютно небезпечний).
10. Звинувачування себе або когось іншого в стресовому досвіді або в тому, що сталося після нього.
11. Наявність сильних негативних почуттів, таких як страх, жах, гнів, провина або сором.
12. Втрата інтересу до занять, які вам раніше подобалися.
13. Почуття віддаленості або відстороненості від інших людей.
14. Проблеми з переживанням позитивних почуттів (наприклад, нездатність відчувати щастя або відчувати любов до близьких вам людей).

15. Дратівлива або агресивна поведінка, спалахи гніву.
16. Надто багато ризиків або вчинків, які можуть завдати вам шкоди.
17. «Надуважність», пильність, або настороженість.
18. Відчуття знервованості або легка лякливість.
19. Проблеми з концентрацією уваги.
20. Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон

**Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions
Inventory, PCTI)**

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

1 – абсолютно не згодний; 2 – переважно не згодний; 3 – частково не згодний; 4 – ставлюсь нейтрально; 5 – більше згодний; 6 – переважно згодний; 7 – абсолютно згодний.

Текст методики

- 1 Подія сталася внаслідок моїх дій
- 2 Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки
- 3 Я «слабак»
- 4 Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки
- 5 Я не можу впоратися із найменшими труднощами
- 6 Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний
- 7 Людям не можна довіряти
- 8 Я постійно насторожений
- 9 Я відчуваю себе «мертвим» всередині
- 10 Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди
- 11 Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі
- 12 Я неадекватний
- 13 Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею
- 14 Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я
- 15 Після події мої реакції свідчать про те, що я божевілью
- 16 Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції
- 17 Світ небезпечний
- 18 Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася

- 19 Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше
- 20 Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною
- 21 Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію
- 22 Я не можу покластися на інших людей
- 23 Я відчуваю себе ізолюваним від інших людей
- 24 У мене немає майбутнього
- 25 Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною
- 26 Люди не такі, якими здаються
- 27 Моє життя зруйноване травмою
- 28 Щось зі мною не так
- 29 Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер
- 30 Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію
- 31 Я відчуваю, що я більше не знаю себе
- 32 Я не можу покластися на себе
- 33 Зі мною нічого хорошого не станеться

Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III) — це клінічна тестова методика, яка допомагає фахівцям в оцінці та діагностиці ПТСР, а також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів.

Відповідь на кожне питання може бути:

- a) Абсолютно невірно
- b) Невірно
- c) У деякій мірі вірно
- d) Вірно
- e) Абсолютно вірно

Текст методики

1. До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії.
3. Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу.
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь.
5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.
6. Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.
8. Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити.
9. Зовні здається, ніби у мене немає почуттів
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе.
11. Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник.
12. Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні.
13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати.
15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.
17. Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше
18. Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні.

19. Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії.
20. Мені важко зосередитися на виконанні завдань.
21. Я плачу без поважної причини.
22. Мені подобається товариство інших людей.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю вночі.
25. Від несподіваних звуків я здригаюся.
26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.
27. Я людина спокійна, врівноважена.
28. Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти.
29. Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути
30. Я відчуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі.
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.
33. Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії.
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.
35. Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі.

Анкета для аналізу бойового досвіду військовослужбовців**Інструкція:**

Шановний(а) військовослужбовець,

Просимо Вас відповісти на питання цієї анкети, яка спрямована на дослідження особливостей бойового досвіду військовослужбовців. Анкета є анонімною, отримані дані будуть використані лише в наукових цілях. Будь ласка, оберіть відповідний варіант відповіді або заповніть поля, де це необхідно.

1. Загальні дані

1.1. Вік: ____ років

1.2. Стать:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

1.3. Військове звання: _____

1.4. Строк військової служби (включаючи контрактну):

☐ До 1 року

☐ 1–3 роки

☐ 3–5 років

☐ 5–10 років

☐ Понад 10 років

1.5. Чи перебували Ви у зоні бойових дій?

☐ Так

☐ Ні (якщо "Ні", далі можете не заповнювати)

2. Досвід участі в бойових діях

2.1. Загальна тривалість перебування у зоні бойових дій:

☐ Менше 3 місяців

☐ 3–6 місяців

☐ 6–12 місяців

☐ 1–2 роки

☐ Понад 2 роки

2.2. Яку кількість ротацій до зони бойових дій Ви пройшли?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3–4
- ☐ 5 і більше

2.3. В яких умовах Ви проходили службу? (можна обрати кілька варіантів)

- ☐ Лінія фронту
- ☐ Артилерійська або мінометна підтримка
- ☐ Розвідка
- ☐ Медична евакуація
- ☐ Тилова служба
- ☐ Інше (вказіть): _____

2.4. Чи були Ви безпосередньо під вогневим ураженням (обстріли, артилерія, авіаудари)?

- ☐ Так
- ☐ Ні

2.5. Чи доводилося Вам перебувати в оточенні або потрапляти в полон?

- ☐ Так
- ☐ Ні

3. Травматичний досвід

3.1. Чи отримували Ви поранення під час бойових дій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

3.2. Якщо так, наскільки важкими були Ваші поранення?

- ☐ Легке (не вимагало госпіталізації)
- ☐ Середньої тяжкості (вимагало медичної допомоги, але без довготривалої госпіталізації)
- ☐ Важке (тривале лікування, реабілітація)

3.3. Чи стали Ви свідком загибелі побратимів?

- ☐ Так
- ☐ Ні

3.4. Чи втратили Ви близького друга або товариша по службі під час бойових дій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

3.5. Чи доводилося Вам надавати допомогу пораненим під час бойових дій?

- ☐ Так, військовим
☐ Так, цивільним
☐ Ні

4. Психоемоційний стан після бойових дій

4.1. Чи стикалися Ви з проблемами сну після повернення із зони бойових дій?

- ☐ Так, часто
☐ Іноді
☐ Ні

4.2. Чи відчували Ви підвищену дратівливість або спалахи гніву після бойових дій?

- ☐ Так, часто
☐ Іноді
☐ Ні

4.3. Чи помічали Ви у себе уникнення розмов або ситуацій, що нагадують про бойовий досвід?

- ☐ Так, часто
☐ Іноді
☐ Ні

4.4. Чи зверталися Ви по психологічну допомогу після бойового досвіду?

- ☐ Так, до військового психолога
☐ Так, до цивільного психолога/психотерапевта
☐ Ні

4.5. Чи отримували Ви підтримку від сім'ї та друзів після повернення із зони бойових дій?

- ☐ Так, значну
☐ Так, частково
☐ Ні

5. Додаткова інформація

Якщо Ви бажаєте поділитися додатковими думками чи коментарями щодо впливу бойового досвіду на Ваше життя, напишіть їх тут:

Дякуємо за Ваші відповіді! Ваш досвід є важливим для розуміння особливостей впливу бойових дій на психоемоційний стан військових.