МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

# на тему: ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИПУСКНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0533 – 1- з-дн
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Апрод Анастасія Вікторівна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри психології Малина О.Г.
Рецензент: к.псих.н., доцент кафедри психології Мосол Н.О.

Запоріжжя

2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: соціальної педагогіки та психології
Кафедра: психології
Рівень вищої освіти: магістр
Спеціальність: 053 Психологія
Освітня програма: Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач

кафедри_____

к.психол.н.доцент Н.О. Губа

«_____»_____2025 року

**З А В Д А Н Н Я**

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Апрод Анастасії Вікторівні

1 Тема роботи: Характерні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців випускників військових закладів вищої освіти.
керівник роботи: Малина О. Г., к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом «24» вересня 2024 року №1446-с
2 Термін подання студентом роботи _____
3 Вихідні дані до роботи: аналіз наукової літератури з питань ПТСР у військовослужбовців, дослідити чинники, що впливають на розвиток ПТСР у даної категорії військовослужбовців.
4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців; визначити психологічні, фізіологічні та соціальні аспекти ПТСР у випускників військових вишів; дослідити чинники, що впливають на розвиток ПТСР.
5 Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): 6 таблиць
6 Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | Завдання Видав | Завдання прийняв |
| Вступ | Малина О.Г., доцент | | |
| Розділ 1 | Малина О.Г., доцент | | |
| Розділ 2 | Малина О.Г., доцент | | |
| Висновки | Малина О.Г., доцент | | |

7 Дата видачі завдання

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1 | Збір та систематизація матеріалу | січень –лютий 2024 р. | Виконано |
| 2 | Робота над вступом | березень 2024 р. | Виконано |
| 3 | Робота над першим розділом | квітень-травень 2024 р. | Виконано |
| 4 | Робота над другим розділом | липень- червень 2024 р. | Виконано |
| 5 | Написання висновків | серпень-вересень 2024 р. | Виконано |
| 6 | Передзахист | жовтень 2024 р. | Виконано |
| 7 | Нормоконтроль | листопад 2024 р. | Виконано |

Студент _____ А.В. Апрод

Керівник роботи _____ О.Г. Малина

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер** _____ А. О. Неманежина

# РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 65 сторінок, 6 таблиць, 48 джерел, 4 додатки.

Об’єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад як психологічна проблема.

Предмет дослідження – специфіка проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти.

Мета роботи – визначення характерних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти та розробка рекомендацій для військових психологів, командирів підрозділів і фахівців у сфері психореабілітації щодо профілактики та подолання ПТСР.

Гіпотеза дослідження: посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти має специфічні прояви у когнітивній, емоційно-особистісній та поведінковій сферах, які ускладнюють їхню професійну адаптацію та потребують цільових профілактичних і реабілітаційних заходів.

Методи дослідження включають теоретичні: аналіз, синтез, порівняння; емпіричні: застосування комплексу психодіагностичнихметодик, а саме методика визначення схильності до девіантної поведінки (М. Горська), опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу», опитувальник депресії Бека та шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5); статистичні: порівняльний аналіз.

Галузь використання: військова психологія, психореабілітація, підготовка військових психологів, розробка програм підтримки військовослужбовців, наукові дослідження з ПТСР.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПТСР, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ, ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ, ВІЙСЬКОВА ПСИХОЛОГІЯ, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ.

## SUMMARY

Aprod A. V. Characteristic Features of Post Traumatic Stress Disorderin Military Graduates of Higher Military Educational Institutions.

The qualifying work consists of Iintroduction, 2 Chapters, Conclusion, References (45items, 5 of foreign origin).

The qualifying research topic is due to the social, scientific and practical significance of the problem. Social relevance liesinthe need to support veteran sandmilitary personnel returning to civilian life after service, taking into account their psychological state and the possible consequences of PTSD for the irprofessional activities. The scientific relevance of the research is due to the fact that the scientific literature presents various approachest othestudy of PTSD, however, the specifics of the manifestations of this disorderingraduates of military educational institutions remain insufficiently studied. The practical relevance of the researchis that the results obtained can contribute to the improvement of methods of prevention and rehabilitation of PTSD, providing high-quality support formilitarypersonnel.

Research object: post-traumatic stressdisorder (PTSD) as a psychological problem.

Research subject: the specific mani festations of post-traumatics tressdisorderin military personnel who are graduates of military higher education institutions.

The research goal: to identify the characteristic features of post-traumatics tressdisorderin military personnel who are graduates of military higher education institutions and to develop recommendations for military psychologists, unitcommanders, and professionalsin the field of psycho-rehabilitation on the prevention and management of PTSD.

Research hypothesis: post-traumatics tressdisorderin military personnel who are graduates of military higher education institutions has specific manifestations in the cognitive, emotional-personal, and behavior alspheres, which complicate the irprofessional adaptation and require targeted preventivean drehabilitation measures.

The research tasks are:

- To explain the concept ofpost-traumatic stress disorder, analyze the main approaches to its definition, symptoms, and diagnostic criteria.
- To identify the psychotraumatic factors that cause PTSD in military personnel and the specific characteristics of PTSD manifestations in this group.
- To investigate the impact of post-traumaticstressdisorder on the professional adaptation of military personnel who are graduates of military higher education institutions.
- To conduct experimental research on PTSD among military personnel who are graduates of military higher education institutions.
- To develop practical recommendations for the prevention and management of PTSD in the studied group.

Chapter 1 "Theoretical Foundations of Research on Post-Traumatic Stress Disorder and Its Specifics in Military Personnel Graduates of Military Higher Education Institutions" provides a theoretical overview of PTSD, covering its definition, symptoms, diagnostic criteria, and psychological, physiological, and social consequences. It also discusses the psychotraumatic factors in military service, the specific manifestations of PTSD in military personnel, and its impact on the irprofessional adaptation.

Chapter 2 "Experimental Research on Post-Traumatic Stress Disorder in Military Personnel Graduates of Military Higher Education Institutions" describes the organization and methods of empirical research, analyzes the results of the study, and provides practical recommendations for the prevention and management of PTSD in military personnel graduates of military higher education institutions.

Key words:Post-traumaticstressdisorder (PTSD), military personnel, psychological adaptation, psycho-rehabilitation, military psychology, stressresilience.

**ЗМІСТ**

ВСТУП ..... 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИПУСКНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ..... 8
1.1. Поняття та основні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу ..... 12
1.2. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу ..... 16
1.3. Психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки посттравматичного стресового розладу ..... 16
1.4. Психотравматичні фактори професійної діяльності військовослужбовців24
1.5. Специфічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових ..... 24
1.6. Вплив посттравматичного стресового розладу на професійну адаптацію військовослужбовців ..... 32
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИПУСКНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ..... 36
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження ..... 36
2.2. Аналіз результатів дослідження ..... 40
2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання ПТСР у військовослужбовців випускників військових закладів вищої освіти ..... 48
ВИСНОВКИ ..... 48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ..... 60
ДОДАТКИ ..... 66

# ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується значним зростанням психотравматичних факторів, що виникають унаслідок збройного конфлікту, соціальних потрясінь та поширеністю професійної діяльності, пов'язаної з високим рівнем стресу. Особливе значення ця проблема має для військовослужбовців, які стикаються з підвищеним ризиком виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) унаслідок участі у бойових діях. Здатність військових адаптуватися до цивільного життя та професійних вимог значною мірою залежить від своєчасної діагностики й ефективного подолання наслідків цього розладу.

В умовах триваючого російсько-українського конфлікту відсутні точні статистичні дані щодо поширеності ПТСР серед військових, інформація базується переважно на неофіційних оцінках. Зокрема, слова головного психіатра Міністерства оборони України О. Друзя були інтерпретовані так, що 93% ветеранів АТО мають психічні проблеми та становлять загрозу суспільству, що викликало громадський резонанс. Водночас офіційні медичні джерела вказують на менш алармістичні показники — близько 26% військових стикаються з ПТСР[8, с. 875].

Актуальність теми дослідження зумовлена соціальною, науковою та практичною значущістю проблеми. Соціальна актуальність полягає в необхідності підтримки ветеранів та військовослужбовців, що повертаються до цивільного життя після служби, враховуючи їхній психологічний стан і можливі наслідки ПТСР для їхньої професійної діяльності. Наукова актуальність дослідження зумовлена тим, що в науковій літературі представлені різноманітні підходи до вивчення ПТСР, однак специфіка проявів цього розладу у випускників військових закладів освіти залишається недостатньо вивченою. Практична актуальність дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть сприяти вдосконаленню методів

профілактики та реабілітації ПТСР, забезпечуючи якісну підтримку військовослужбовців.

Об’єктом дослідження є посттравматичний стресовий розлад як психологічна проблема.

Предметом дослідження є специфіка проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти.

Метою дослідження є визначення характерних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти та розробка рекомендацій для військових психологів, командирів підрозділів і фахівців у сфері психореабілітації щодо профілактики та подолання ПТСР.

Гіпотеза дослідження: посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти має специфічні прояви у когнітивній, емоційно-особистісній та поведінковій сферах, які ускладнюють їхню професійну адаптацію та потребують цільових профілактичних і реабілітаційних заходів.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання:

1. Розкрити поняття посттравматичного стресового розладу, проаналізувати основні підходи до його визначення, симптоми, діагностичні критерії.

2. Визначити психотравматичні фактори, що спричиняють ПТСР у військовослужбовців та специфічні особливості проявів ПТСР у цій групі.

3. Дослідити вплив посттравматичного стресового розладу на професійну адаптацію військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти.

4. Провести експериментальне дослідження ПТСР серед військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти.

5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та подолання ПТСР у досліджуваній групі.

Методи дослідження включають теоретичні: аналіз, синтез, порівняння; емпіричні: застосування комплексу психодіагностичнихметодик, а саме методика визначення схильності до девіантної поведінки (М. Горська), опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу», опитувальник депресії Бека та шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5); статистичні: порівняльний аналіз.

Практичне значення результатів роботи полягає у створенні рекомендацій для психологів, які працюють з військовослужбовцями.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було проведено на базі військових закладів вищої освіти Запорізької області. У ньому взяли участь 40 військовослужбовців, серед яких були як випускники, так і ті, хто ще не завершив навчання. Вибірка включала військових, які мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та бойовий травматичний досвід.

Структура роботи.Кваліфікаційна робота складається з трьох розділів. Загальний обсяг роботи становить 78 сторінок, у тому числі 6 таблиць. Список використаних джерел налічує 48 найменувань.

# РОЗДІЛ 1.
# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИПУСКНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

## 1.1. Поняття та основні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу

Психологічна травма є складним феноменом, що виникає внаслідок переживання стресових подій, які перевищують адаптивні можливості особистості. Вона може мати різноманітні причини, прояви та наслідки, що залежать від індивідуальних характеристик людини, контексту події та соціального оточення. Травматичний досвід формується, коли людина стає свідком або безпосереднім учасником подій, які спричиняють значні психоемоційні потрясіння, зокрема насильства, військових конфліктів, катастроф, втрати близьких чи фізичної агресії.

Різні теоретичні підходи підкреслюють багатовимірний характер психологічної травми, яка не обмежується виключно емоційними або психічними порушеннями, а впливає на всі аспекти життєдіяльності людини, включаючи фізичне здоров’я, соціальні взаємодії та когнітивні процеси.

В межах психодинамічного підходу психологічна травма розглядається як наслідок невирішених внутрішніх конфліктів, що витісняються в несвідоме. Неможливість свідомості опрацювати травматичний досвід провокує появу специфічних симптомів, таких як повторювані спогади, нічні кошмари або імпульсивні поведінкові реакції. Гуманістична психологія, представлена підходами К. Роджерса та А. Маслоу, акцентує увагу на тому, що психологічна травма може перешкоджати самореалізації особистості та її здатності досягати життєвих цілей. Відповідно, травматичний досвід не лише впливає на минуле, а й визначає майбутнє людини, знижуючи рівень її

психологічної гнучкості та адаптивності [2, 6].

Механізм виникнення психологічної травми пов’язаний із надмірним стресом, що активує складні фізіологічні, когнітивні та емоційні процеси. Однією з найпоширеніших реакцій на травматичну ситуацію є модель «бий або біжи», що полягає в активації симпатичної нервової системи для забезпечення швидкої реакції на загрозу. Проте існує і механізм «завмирання», який проявляється в нездатності людини діяти через перенапруження нервової системи.

Травматичний досвід впливає і на соціальні аспекти функціонування людини. Теорія прив’язаності Дж. Боулбі підкреслює значущість дитячих переживань для формування стійкості до стресу в дорослому віці. Повторювані травматичні події в ранньому віці можуть знижувати здатність особистості встановлювати здорові міжособистісні зв’язки та ефективно долати труднощі [2, 7].

Залежно від характеру та тривалості стресової події, виокремлюють гостру, реактивну та хронічну форми стресових станів. Гостра стресова реакція виникає як відповідь на інтенсивну, короткотривалу подію, а її симптоми зникають після завершення стресора. Реактивний стрес має затяжний характер і може проявлятися у вигляді психосоматичних розладів у майбутньому. Хронічний стрес формується внаслідок тривалого впливу несприятливих обставин і може призводити до глибоких змін у когнітивних, емоційних і поведінкових аспектах функціонування особистості. Хронічна стресова ситуація формується під впливом тривалих негативних факторів, що систематично перевищують адаптивні можливості особистості. Люди, які опиняються в таких умовах, нерідко стикаються з повторюваними травматичними подіями, що несуть загрозу життю або здоров’ю. Постійне перебування у стані підвищеної напруги та відсутність можливості відновлення психоемоційного балансу сприяють формуванню глибоких порушень у психічному стані людини [2, 8].

Одним із найбільш поширених наслідків хронічного стресу є розвиток посттравматичного стресового розладу. Цей психічний стан відзначається

високою стійкістю симптомів і здатністю суттєво впливати на якість життя людини. Найчастіше з ПТСР стикаються військовослужбовці, які перебували в зоні бойових дій, оскільки вони зазнають постійного впливу стресових чинників, що перевищують межі звичайного адаптаційного реагування. У таких умовах психологічна травма переростає в хронічний стан, що характеризується значними когнітивними, емоційними та поведінковими змінами.

Посттравматичний стресовий розлад є клінічним діагнозом, який відрізняється від загальної психологічної травми своєю стійкістю та системністю проявів. Він розвивається внаслідок пережитої травматичної події та супроводжується комплексом симптомів, що зберігаються протягом тривалого періоду. Основні ознаки ПТСР включають нав’язливі спогади про травматичний досвід, емоційну нестабільність, підвищену тривожність, соціальну ізоляцію та труднощі у встановленні міжособистісних зв’язків. Особливістю цього розладу є наявність тригерів — зовнішніх або внутрішніх факторів, що викликають загострення симптоматики, активізуючи травматичні переживання та провокуючи гострі емоційні реакції [2, 8].

Клінічна картина посттравматичного стресового розладу відзначається значною варіативністю, що підтверджується результатами численних досліджень як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Глибокий аналіз особливостей цього стану сприяв поступовому виокремленню його в окрему психіатричну нозологію, що знайшло відображення в міжнародних діагностичних класифікаціях. Одним із важливих кроків у цьому процесі стало визначення основних критеріїв діагностики ПТСР. Зокрема, у класифікації DSM-IV травматичний досвід характеризується безпосереднім контактом із ситуацією, що загрожує життю або фізичній цілісності людини чи її близьких, а також переживанням інтенсивного страху, безпорадності чи жаху в момент події [9, 63].

Формування клінічної концепції посттравматичного стресового розладу значною мірою ґрунтується на роботах дослідників, які вивчали психологічні особливості осіб із травматичним досвідом. Зокрема, в рамках

когнітивно-поведінкового підходу акцент зроблено на механізмах формування нав’язливих спогадів, що викликають повторне переживання травматичних подій та формують у людини патологічні схеми мислення. Одним із ключових проявів цього розладу є уникнення ситуацій, предметів або осіб, що асоціюються з травматичним досвідом, а також емоційне оніміння, що проявляється у зниженій здатності до переживання позитивних емоцій та втраті інтересу до звичних видів діяльності.

Дослідження механізмів розвитку ПТСР дозволили окреслити зв’язок між посттравматичним стресовим розладом і спадковою схильністю до психічних порушень. Зокрема, встановлено, що наявність певних психічних розладів у родинному анамнезі може сприяти підвищенню вразливості до травматичних подій. Це пояснюється особливостями функціонування нервової системи, що визначають стійкість до стресу та здатність до емоційної регуляції. Також наголошується, що посттравматичний стресовий розлад може виникати на тлі вже існуючих психопатологічних станів, що зумовлюють домінування негативних емоційних реакцій, які формують основу травматичного досвіду [9, 64].

Клінічна симптоматика ПТСР охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних і поведінкових змін. Серед основних проявів можна виділити нав’язливі спогади про травматичні події, що виникають спонтанно або під впливом тригерів, нічні кошмари, відчуття провини перед загиблими або тими, хто постраждав унаслідок травматичної події. Важливу роль у патогенезі ПТСР відіграють спроби уникнення нагадувань про подію, що проявляється у формі соціальної ізоляції, емоційного відчуження, зниження загального рівня активності та інтересу до навколишнього світу. Також спостерігається підвищена збудливість нервової системи, що виражається у дратівливості, порушеннях сну, труднощах із концентрацією уваги та підвищеній реактивності на зовнішні стимули.

Ряд науковців досліджували вплив бойового стресу на розвиток супутніх психічних порушень. Медоуз С.О., Енгель К.С. та Коллінз Р.Л. зазначили, що наукова спільнота ще не дійшла консенсусу щодо конкретних

типів травм і відповідних їм профілів симптомів. У цьому контексті ВільямсонДж.Б., Джаффі М.С. та Хорхе Р.Е. підкреслили, що аналіз зв'язку між бойовим досвідом та розвитком ПТСР є необхідним для розробки ефективних етіологічних моделей та оптимізації профілактичних і терапевтичних стратегій [1, 10-11].

## 1.2. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад є складним психопатологічним станом, що розвивається внаслідок впливу екстремальних стресових подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду. Його діагностичні критерії еволюціонували з моменту першого офіційного визначення у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації. Історично розлади, пов'язані з реакцією на стрес, не мали чіткої класифікації та описувалися у загальних категоріях психічних порушень. Проте подальші клінічні спостереження та дослідження дозволили уточнити специфічні характеристики цього стану, що сприяло його виокремленню як самостійної нозологічної одиниці.

Психологічна травма, що є основним тригером розвитку посттравматичного стресового розладу, може включати безпосередню загрозу життю, серйозне фізичне ушкодження або сексуальне насильство. Важливим діагностичним критерієм є не лише об'єктивний факт травматичного впливу, а й суб'єктивне переживання людиною цієї події, що може проявлятися у глибокому почутті страху, безпорадності або жаху. Симптоматичний комплекс ПТСР охоплює кілька основних компонентів, які відображають характерні порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. Зокрема, до провідних симптомів належать нав'язливі спогади або флешбеки, що супроводжуються інтенсивними емоційними та фізіологічними реакціями; поведінкове уникнення, що виявляється у

свідомому чи несвідомому уникненні тригерів, пов’язаних із травматичним досвідом; гіперзбудження, що проявляється у підвищеній дратівливості, труднощах з концентрацією уваги, порушеннях сну та підвищеній реактивності на зовнішні подразники.

Сучасні підходи до діагностики посттравматичного стресового розладу базуються на критеріях, сформованих у DSM-5 та подальших оновленнях DSM-5-TR. У п’ятому виданні діагностичної класифікації було уточнено та розширено критерії, зокрема, було виключено вимогу щодо обов’язкової реакції страху, безпорадності або жаху під час травматичної події. Крім того, було переглянуто структуру кластерів симптомів, що дозволило точніше диференціювати цей розлад від інших стресових і тривожних порушень. Однією з важливих змін стало виділення окремої категорії «Розлади, пов’язані з травмою та стресом», що підкреслює специфічність цього розладу порівняно з іншими психічними станами [1, 11].

Особливе значення має врахування дисоціативних симптомів, які можуть ускладнювати клінічну картину ПТСР. Дисоціативна специфікація охоплює деперсоналізацію, що характеризується відчуттям відстороненості від власного тіла або психічних процесів, та дереалізацію, що супроводжується сприйняттям навколишньої реальності як нереальної або віддаленої. Ці феномени можуть значно впливати на перебіг розладу, ускладнюючи соціальну адаптацію та ефективність терапевтичних втручань. Ще однією важливою характеристикою є відкладена специфікація, за якої повна клінічна картина ПТСР розгортається лише через шість і більше місяців після травматичної події.

Аналіз епідеміологічних досліджень свідчить про те, що поширеність посттравматичного стресового розладу залишається відносно стабільною попри перегляд діагностичних критеріїв у DSM-5. Основні зміни, зокрема виключення раптової смерті близької людини з переліку травматичних подій, спричинили лише незначне зниження загального рівня діагностованих випадків. При цьому жінки демонструють вищі показники поширеності цього розладу порівняно з чоловіками, що може бути пов’язано як із

соціальними та біологічними факторами, так і з більшою ймовірністю переживання травматичних подій, пов’язаних із міжособистісним насильством [1, 11].

Загальний підхід до розуміння посттравматичного стресового розладу в сучасній психологічній та психіатричній практиці включає багатофакторний аналіз, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Зокрема, дослідження вказують на важливу роль нейробіологічних механізмів, таких як дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та зміни у функціонуванні мигдалеподібного тіла та префронтальної кори. Крім того, значний вплив мають когнітивні фактори, зокрема наявність негативних автоматичних думок, порушення інтеграції травматичних спогадів у загальну структуру автобіографічної пам’яті та низький рівень когнітивної гнучкості.

Оновлення DSM-5-TR акцентує увагу на необхідності врахування культурних аспектів у діагностиці посттравматичного стресового розладу. Соціокультурний контекст може впливати як на формування симптоматики, так і на її клінічну виразність, що вимагає диференційованого підходу до оцінки та лікування. Це особливо актуально в контексті глобальних кризових ситуацій, зокрема збройних конфліктів, природних катастроф та масових міграційних процесів, які суттєво підвищують ризик розвитку ПТСР у різних соціальних групах [1, 12].

С точки зору нейробіології посттравматичний стресовий розлад характеризується складними змінами, що відбуваються під впливом зовнішніх травматичних факторів і проявляються порушенням функціонування центральної та вегетативної нервової системи. У процесі розвитку цього розладу відбувається дисбаланс у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, що супроводжується надмірною секрецією кортизолу, порушенням регуляції катехоламінів та дисфункцією серотонінергічної та дофамінергічної систем. Надлишковий рівень кортизолу призводить до змін у структурі та функціонуванні мозкових центрів, зокрема гіпокампу, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори, що відіграють ключову роль у процесах пам’яті, емоційної регуляції та когнітивної

діяльності [3, 11].

На біохімічному рівні ПТСР супроводжується порушенням вуглеводного та ліпідного обміну, що проявляється у формі стійкої гіперглікемії та гіперліпідемії. Підвищення рівня глюкози в крові пов’язане з порушенням чутливості тканин до інсуліну, що може призводити до формування інсулінорезистентності, яка, у свою чергу, сприяє дисфункції судинної системи, погіршенню нейронального метаболізму та підвищенню ризику розвитку соматичних захворювань. Гіперліпідемія характеризується підвищенням концентрації загального холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів низької щільності, що негативно впливає на стан серцево-судинної системи та сприяє формуванню атеросклеротичних змін [3, 11].

Одним із ключових патобіохімічних механізмів розвитку ПТСР є активація процесів вільно-радикального окиснення, що супроводжується надмірним утворенням активних форм кисню та зниженням антиоксидантного потенціалу організму. Окислювальний стрес сприяє пошкодженню клітинних мембран, білків та нуклеїнових кислот, що може провокувати дегенеративні зміни в нервовій системі. Зокрема, порушення структури нейрональних мембран і дисфункція мітохондрій спричиняють зниження рівня енергозабезпечення клітин, що негативно впливає на процеси нейропластичності та нейрогенезу [3, 11].

Перелічені біохімічні зміни є провідними патогенетичними чинниками, що зумовлюють низку патофізіологічних порушень, які сприяють формуванню як неврологічних, так і соматичних ускладнень при ПТСР. Вплив цих процесів на організм проявляється порушеннями когнітивної діяльності, емоційною лабільністю, розладами сну, дисфункцією серцево-судинної системи, а також підвищеною вразливістю до психосоматичних і нейродегенеративних захворювань.

Психологічна травматизація комбатантів проявляється у вигляді різних симптомокомплексів, серед яких виділяються депресивні стани, агресивність, суїцидальні нахили та аутоагресія. Такі прояви часто ускладнюються відсутністю життєвих перспектив, надмірною фіксацією на минулому або

феноменом «фронтової ностальгії». У межах концепції соціально-психологічної реабілітації травмованих осіб запропоновано поетапні моделі, які враховують різні аспекти пережитого травматичного досвіду, зокрема механізми подолання наслідків травми [9, 65]

Розрізняють первинні та вторинні симптоми ПТСР. Вони відрізняються за тривалістю та проявами [5, 560].

Дослідження вказують на те, що прояви травматичних станів значною мірою залежать від соціально-культурного та воєнного контексту. Зокрема, завершення бойових дій може призвести до появи нових симптомів посттравматичних розладів, таких як дисоціативні порушення, пов'язані із тривалим перебуванням у полоні, катуваннями або іншими формами насильства. Важливим аспектом дослідження травми є її трансгенераційна передача, коли травматичний досвід батьків впливає на психічне здоров'я їхніх дітей. Це може проявлятися у формі вторинної травматизації, тривожності, депресивних станів чи інших психологічних розладів [9, с. 66].

## 1.3. Психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з основних причин виникнення психічних і фізичних проблем серед військовослужбовців, які брали участь у війнах і важких бойових діях. Серед багатьох негативних наслідків, ПТСР призводить до серйозних змін у психічному здоров'ї, що можуть зберігатися протягом усього життя ветеранів.

Відсутність видимих фізичних пошкоджень не означає відсутність травм, адже невидимі, але глибокі емоційні і психологічні шрами негативно впливають на особисте життя таких людей, стосунки з родиною, друзями і суспільством загалом [1, 9].

До негативних наслідків ПТСР можна віднести такі серйозні проблеми, як психічні розлади, депресія, зловживання алкоголем і наркотиками, а також

соціальні явища, зокрема безпритульність, безробіття, неповна зайнятість та злочинність. Всі ці фактори можуть мати глибокий вплив на особисте життя ветеранів і значно ускладнювати їх адаптацію до мирного життя. Зокрема, ГремДж., Легаррета М., Норт Л., ДіМузіоДж., МакГлейд Е. та Юргелун-Тодд Д. зазначають, що ветерани з бойовою травмою часто відчувають емоційну відстороненість, що призводить до соціальної ізоляції та відчуження від оточуючих. Це явище може значно погіршувати їх соціальні контакти та сімейні відносини [1, 9].

Згідно з різними дослідженнями, поширеність ПТСР серед ветеранів війни варіюється від 14% до 30%, що свідчить про високу частоту цього розладу серед військових. Для порівняння, серед ветеранів операцій EnduringFreedom та IraqiFreedom рівень ПТСР складає 23%, що є значним показником. Особливо велике значення має те, що наслідки ПТСР можуть тривати десятиліттями, що підтверджується випадками ветеранів В’єтнамської війни, які, навіть через 40 і більше років після конфлікту, страждають від серйозних депресивних розладів. Протягом тривалого часу ці ветерани потребують медичної і психіатричної допомоги, оскільки розлад має хронічний характер і часто ускладнюється іншими психічними захворюваннями [1, 9].

Важливим аспектом є також вплив ПТСР на військову готовність і здатність до виконання бойових завдань. Психологічний стан військовослужбовців, які страждають від ПТСР, може значно знизити їхню ефективність у виконанні завдань, оскільки розлади емоційної регуляції, концентрації та стресової витривалості суттєво погіршують їхню здатність до адаптації в бойових умовах. Це робить ПТСР не лише медичним, але й стратегічним викликом для військових структур, оскільки вимагає розробки програм реабілітації та адаптації ветеранів для збереження їх психологічного здоров'я і забезпечення національної безпеки.

Серед соціально-поведінкових наслідків ПТСР виокремлюється підвищений ризик формування девіантних моделей поведінки, що можуть проявлятися у зловживанні психоактивними речовинами, підвищеній

агресивності, соціальній дезадаптації та нехтуванні соціальними нормами. Такі зміни обумовлені порушенням механізмів емоційної регуляції, що призводить до труднощів у самоконтролі та посилення негативних реакцій на стресові фактори. Сукупність цих проявів значною мірою впливає на загальне функціонування людини, її професійну діяльність, соціальні зв'язки та якість життя, що визначає необхідність комплексного підходу до діагностики та психотерапевтичного втручання при ПТСР [9, 64]

Дослідження посттравматичних стресових розладів (ПТСР) часто розглядається у контексті дезадаптаційних станів, характерних для учасників бойових дій. У сучасній психологічній літературі акцентується на поліфункціональному характері бойових травм, які охоплюють фізичні, психологічні, ментальні аспекти, а також соціальні наслідки. Зокрема, бойова травма розглядається як та, що безпосередньо впливає на психіку військовослужбовців через перебування у зоні бойових дій. Психологічні наслідки військових дій характеризуються порушенням психологічної безпеки, напруженням регуляторних систем, зниженням адаптаційних можливостей, що супроводжується тривалими порушеннями психоемоційного стану.

Психологічні наслідки участі військовослужбовців у бойових діях часто виражаються у вигляді складних психоемоційних станів, серед яких найбільш поширеними є депресія, тривожність і агресія. Пережиті військові конфлікти, стресові ситуації та насильство можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я військових, викликаючи тривалі розлади, що значно ускладнюють їх адаптацію до мирного життя [2, 9-10].

Депресія є однією з найбільш поширених психологічних реакцій серед ветеранів бойових дій. Після повернення з зони бойових дій військовослужбовці часто переживають глибокий смуток, втрату сенсу життя і байдужість до навколишнього світу. Це супроводжується відчуттям безнадійності та ізоляцією від близьких, що позначається на здатності людини відновити нормальне соціальне функціонування. Вони можуть переживати постійні спогади про втрати, негативні події, які сталися під час

служби, що значно знижує їх якість життя. Депресивні стани також можуть ускладнювати їх здатність виконувати повсякденні обов'язки, працювати і підтримувати стосунки з іншими людьми.

Тривожність, в свою чергу, є типово частою реакцією на пережитий стрес, що виникає внаслідок бойових дій. Постійне почуття загрози для власного життя та безпеки під час служби залишає тривалий слід, навіть коли самі загрози вже минули. Військовослужбовці часто стикаються з хронічною тривогою, що проявляється у вигляді постійного занепокоєння, надмірної пильності, труднощів з розслабленням і засинанням. Це може супроводжуватися нападами паніки і надмірними реакціями на звичайні життєві подразники. Такі стани значно ускладнюють адаптацію до нормального способу життя, а також можуть стати джерелом подальших психічних розладів.

Агресія є ще одним важливим аспектом психологічних наслідків бойових дій. В умовах бойових операцій агресивна поведінка була необхідною для забезпечення виживання, проте після повернення до мирного життя ці реакції можуть зберігатися. Військовослужбовці можуть стати дратівливими, схильними до вибухів гніву, що в свою чергу може ускладнювати їх соціальні взаємодії і стосунки з близькими. Агресія часто стає способом справлятися з внутрішньою тривогою, відчуттям страху та невизначеності, однак, без належного лікування, вона може призвести до серйозних соціальних і особистих проблем, включаючи конфлікти і навіть насильство.

До фізіологічних наслідків участі у бойових діях належать психосоматичні захворювання та хронічний біль, які мають значний вплив на якість життя військовослужбовців. Психосоматичні захворювання виникають, коли психологічні фактори, такі як стрес або депресія, викликають фізичні симптоми, які не мають органічного обґрунтування. Ці стани можуть проявлятися у вигляді головного болю, проблем з травленням, серцево-судинних захворювань та інших порушень. Психосоматичні симптоми часто є результатом тривалого емоційного стресу і можуть значно

погіршити якість життя, обмежуючи здатність до виконання повсякденних завдань і взаємодії з оточуючими.

Хронічний біль є ще одним серйозним наслідком участі у бойових діях. Військові можуть страждати від болю, що виник внаслідок фізичних травм, отриманих під час бойових дій, або ж цей біль може бути психологічного характеру, пов’язаного з пережитими стресами. Хронічний біль часто має стійкий характер і може бути важким для лікування, що призводить до постійного дискомфорту і зниження якості життя. Військовослужбовці, які страждають від хронічного болю, можуть відчувати зневіру і безвихідь, адже звичайні методи лікування не завжди дають бажаних результатів. Крім того, хронічний біль може посилювати психічні проблеми, такі як депресія або тривожні стани, що створює цикл, в якому фізичні та психологічні проблеми взаємопов'язані і посилюють одне одного.

## 1.4. Психотравматичні фактори професійної діяльності військовослужбовців

Дослідження феномену посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій, ґрунтується на ідентифікації різних типів стресових чинників, що можуть спричинити патологічні психологічні реакції. Визначено кілька підходів до класифікації потенційно травматичних переживань. Так, ЛоСавіо С.Т., Діллон К.Х. описали чотири основні типи таких переживань, серед яких вчинення моральної шкоди, спостереження за моральною шкодою, загрози життю та травматична втрата. Водночас, альтернативний підхід запропонували Міланак М.Е., Міллер М.В., Кейс К.М. та Фрідман М.Дж., які виокремили традиційні бойові дії, жорстокість або жорстоке насильство, уявну загрозу та зловмисне середовище як ключові індекси стресових переживань [1, с. 10-11].

У контексті наслідків бойового досвіду Кайєр Е., Поссемато К., Лантінг Л.Й., Маїсто С.А. та Оуіметте П.Ц. наголошують, що ПТСР може

розвиватися не лише через безпосередню загрозу життю або втрати, але й внаслідок суперечності отриманого досвіду з моральними та етичними переконаннями військовослужбовців. Цю думку підтримують Вільягран Л., Бланко А., ОлеаДж. та Більбао М., які обґрунтували необхідність розмежування бойових та оперативних стресорів, оскільки бойові фактори, такі як контакт із загиблими або участь у збройних зіткненнях, суттєво відрізняються від факторів, пов'язаних із умовами несення служби, наприклад тривалого розгортання або соціальної ізоляції [1, 10-11].

Тривалість перебування у зоні бойових дій також розглядається як один із значущих чинників ризику розвитку ПТСР. Дослідження Беннера П., ХалпернДж., Гордона Д.Р., Попелла К.Л. та Келлі П.В. засвідчили, що особи, які брали участь у військових операціях протягом тринадцяти місяців або більше, мали вищі показники відповідності критеріям ПТСР. Також було виявлено, що розбіжність між очікуваною та фактичною тривалістю розгортання асоціюється зі зростанням психологічного дистресу. Аналогічні результати отримали Адамс Р.С., ЛарсонМ.Дж. та Мервійк Е.Л., які зафіксували підвищення ймовірності позитивного результату скринінгу на ПТСР на 2,2 відсоткових пункти серед осіб, що перебували у зоні бойових дій понад 180 днів.

Стресори, які виникають у військовослужбовців під час та після бойових дій, можуть бути поділені на різні категорії залежно від тривалості та інтенсивності їх впливу на психічний стан особистості. Стреси можуть бути короткотривалими або тривалими, залежно від характеру ситуацій, які їх викликають [16]. Короткотривалі стреси виникають в умовах, коли військовослужбовці стикаються з тимчасовими і різкими стресовими факторами, такими як страх і тривога, неприємні фізичні відчуття, а також перевантаження через необхідність швидко обробляти великий потік інформації чи здійснювати помилкові дії під час виконання тактичних завдань. Тривалі стреси, в свою чергу, викликаються монотонною діяльністю, ризиковими операціями, які призводять до виснаження і втоми, а також режимом ізоляції, коли військовослужбовці не мають зв'язку з

близькими, перебувають в умовах постійної загрози або виконують бойові завдання.

Бойові стресори поділяються на специфічні та неспецифічні [16]. Специфічні стресори включають такі серйозні стресові фактори, як контузії, травми, загибель товаришів, спостереження за смертю чи муками людей, а також загроза фізичному ушкодженню або смерті. Неспецифічні стресори, у свою чергу, охоплюють фактори, що пов'язані з постійною напругою, необхідністю виконувати накази, ризиком отримати поранення або потрапити в полон, а також зміною умов служби, що призводить до незвичних умов для особистості.

Інтенсивність бойового стресу залежить від ряду факторів [16]. Важливими є такі аспекти, як характер і специфіка військових дій, рівень напруженості ситуації, кількість людських втрат та інтенсивність бойової активності, а також важливість та значущість конкретного завдання, яке виконують військові. Водночас інтенсивність стресу визначається не лише зовнішніми факторами, але й такими суб'єктивними обставинами, як соціальні, етнічні, релігійні та сімейні особливості особистості. Важливим є також рівень самоконтролю, який демонструє військовослужбовець, а також здатність оцінювати важливість бойового завдання, що може суттєво вплинути на психічний стан.

Вплив бойових стресорів на психіку військовослужбовця залежить від індивідуальних психологічних особливостей, таких як тип нервової системи, ступінь мотивації, професійна підготовка, внутрішнє сприйняття військових дій та психологічна готовність. Військовослужбовці з більш слабким типом нервової системи схильні до розвитку серйозних психічних розладів. Прояви бойового стресу можуть бути різними за інтенсивністю та рівнем прояву. Вони можуть проявлятися від підвищеної психічної напруги до серйозних психопатологічних станів. Важливою є також усвідомленість особистістю свого психічного стану, що може варіювати від неусвідомлення до часткового або повного усвідомлення своїх переживань. Психологічні зміни можуть проявлятися в різних сферах, таких як емоційна, мотиваційна, вольова, когнітивна та поведінкова.

Бойова стресова реакція характеризується адаптаційною активністю організму в умовах бойових дій. Цей стан пов’язаний з напругою механізму реактивної саморегуляції, яка дозволяє військовослужбовцю адаптуватися до стресових умов. Однак, коли стрес триває довгий час, це може призвести до бойової втоми чи бойової психічної травми, які є наслідком негативного впливу бойового досвіду на нервову систему і можуть проявлятися в поведінці, що контролюється патофізіологічними механізмами. Такий стан може призвести до розвитку психопатологічних синдромів. ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) є важливою формою стресової реакції, що виникає після тривалого латентного періоду після пережитого стресу, і характеризується глибокими порушеннями психофізіологічного стану особистості.

Психопатологічні стани у військовослужбовців можуть виникати не тільки під час виконання бойових завдань, але й після повернення до цивільного життя. Виявлені симптоми, такі як зловживання спиртними напоями, ігрова залежність, вживання наркотичних засобів, агресивність, депресія, апатія та інші форми деструктивної поведінки, можуть свідчити про порушення психічного стану. Ці прояви є важливими показниками, що вказують на потребу в ранній діагностиці постстресових станів, які можуть допомогти виявити військовослужбовців, що потребують психічної допомоги для нормалізації соціопсихологічної адаптації та зниження ризику розвитку ПТСР.

Додатково до цього, постійне відчуття тривожності, дратівливості, настороженості та агресивності є характерними для пацієнтів з ПТСР. Постійна напруга та висока реактивність на зовнішні стимули є результатом порушень в системі стресової регуляції організму. Військовослужбовці, які пережили бойові дії або інші екстремальні умови, можуть бути постійно в стані готовності до потенційної загрози, навіть у звичайних, безпечних умовах. Це часто виражається в агресивних реакціях або надмірній чутливості до зовнішніх подразників, що порушує соціальну взаємодію та функціонування в повсякденному житті.

Інтенсивні спогади про пережиту подію є ще одним важливим аспектом симптоматики ПТСР [2, 8]. Військовослужбовці можуть неодноразово переживати моменти травми, які виникають у вигляді флешбеків, нічних кошмарів або неконтрольованих думок. Ці спогади можуть бути настільки живими і реальними, що вони викликають сильний емоційний стрес, іноді навіть в умовах, коли об'єктивної загрози немає.

Стресові події, такі як втрата побратимів або фізичні травми, є одними з найбільш травматичних чинників для військовослужбовців [2, 8]. Втрата товаришів, з якими особистість переживала екстремальні умови війни, має потужний емоційний вплив. Для військових їхні побратими часто є не лише колегами, але й своєрідною родиною, з якою вони ділили всі труднощі і небезпеки війни. Це може привести до глибокого почуття втрати та травматичного болю, який довго не може бути подоланий. Крім того, військовослужбовці можуть стикатися з фізичними травмами, що також можуть мати довготривалі психологічні наслідки, порушуючи відчуття власної цілісності та фізичної можливості функціонувати в нормальному житті.

Відчуття травматичної депресії, неприязнь до себе, знижена самооцінка та загальна незадоволеність життям є поширеними наслідками таких стресових ситуацій. Втрата близьких друзів або побратимів, а також пережиті фізичні або психологічні травми можуть призвести до глибокого почуття безнадії, яке впливає на самооцінку та відчуття власної гідності. Люди з ПТСР часто відчувають себе непотрібними або недостойними, що сприяє розвитку депресивних станів і посилює емоційну ізоляцію.

## 1.5. Специфічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових

Переживання психотравми у більшості випадків супроводжується рядом психофізичних та емоційних реакцій, які можуть значно змінювати поведінку особи та її здатність функціонувати в звичних умовах [10, 24].

Одним з найпоширеніших проявів є стан шоку, коли людина стає безчутливою до навколишнього світу, не здатною переживати емоції. За цим станом приховуються глибокі внутрішні переживання, надмірність яких не дає можливості особі нормально реагувати на ситуацію. Водночас може спостерігатися тілесний тремор або зниження м'язового тонусу, що є проявом загального фізіологічного стресу, викликаного травмуючою подією.

Іншою характерною ознакою є зміни в поведінці з боку органів зору: людина може почати часто моргати або, навпаки, мати пильний погляд, що свідчить про підвищену настороженість. Це є ознакою високої емоційної напруги та внутрішнього дискомфорту. Важливим симптомом є інтенсивне потовиділення та тахікардія, які є фізіологічними реакціями організму на стрес, що виникає в умовах травмуючої ситуації.

Негативні емоції, які не можуть бути контролювані або «контейнеровані», є ще однією суттєвою ознакою переживання психотравми. Такий стан свідчить про те, що людина не може справлятися зі своїми емоціями і вони стають неконтрольованими, посилюючи внутрішній стрес. Це також супроводжується надмірною настороженістю та постійним відчуттям загрози, що може виражатися в тривожних реакціях на навколишнє середовище.

Ще однією характерною рисою є порушення мовлення, яке може бути виражене у вигляді втрати чи уповільнення мови або, навпаки, у вигляді компульсивної та безконтрольної мови. Це є результатом порушення нормальної комунікації з оточенням, яке виникає через психічний стрес. Часто ці порушення супроводжуються дратівливою поведінкою та спалахами гніву, що ускладнює взаємодію з іншими людьми.

Порушення сну, відсутність нормального відпочинку є ще однією ознакою травмуючого переживання, оскільки стресова ситуація може викликати нічні кошмари або постійне неспокійне сновидіння. Також часто спостерігається зниження здатності до концентрації уваги, що ускладнює виконання повсякденних завдань і завдань, пов'язаних з роботою.

До важких проявів психічної травми належать дисоціативні симптоми, які можуть включати змінене відчуття реальності свого оточення чи навіть себе. Це відчуття «відокремленості» або «відчуження» є результатом розладів, викликаних травмуючим досвідом, і може включати труднощі з пригадуванням аспектів травматичної події. У деяких випадках виникають спроби уникнути всього, що пов’язано з травмою, таких як думки, розмови або зовнішні тригери, що нагадують про пережиту подію.

З часом можуть з’явитися симптоми, що включають галюцинації, агорафобію або інші порушення, що виникають внаслідок психологічного напруження. Часто відзначається часткова або повна амнезія подій, що пов’язані з травмою, що є ще однією спробою організму захиститися від болючих спогадів.

У разі поєднання декількох негативних ознак можуть виникнути показання для скерування на психологічну реабілітацію. Такими показниками є, зокрема, перенесена гостра реакція на стрес під час психотравмуючої ситуації, що може виявлятися у вигляді ступору або збудження, паніки, тривалої емоційної напруги, порушення сну, а також уникнення соціальних контактів. Тривалі стани тривожності та фіксація на травматичній події також вимагають втручання фахівців, зокрема за наявності соматичних симптомів, таких як біль у серці або головний біль, коливання артеріального тиску, запаморочення або нудота, коли органічна патологія виключена.

Іншими важливими показниками є розлади, що проявляються в зміні особистості, дратівливості, спалахах гніву та агресивності, що призводить до порушень соціальної адаптації. Такі симптоми часто вимагають медичного втручання, оскільки можуть призводити до серйозних порушень у міжособистісних стосунках і у функціонуванні в соціальному середовищі. Крім того, соматичні симптоми, такі як розлади шлунково-кишкового тракту, біль в органах або кінцівках, або неприємні відчуття в місцях перенесених травм можуть бути сигналом того, що травмоване тіло потребує психологічної допомоги для нормалізації психічного стану пацієнта.

Коли члени сім’ї помічають у поведінці близької особи ознаки, які можуть свідчити про стресові реакції, важливо вчасно звернути увагу на ці зміни та, якщо необхідно, переконати людину звернутися до психолога або психіатра. За наявності певних скарг, фахівці повинні бути особливо уважними. Серед таких скарг можна виокремити постійну напруженість і передчуття поганих подій, що свідчить про хронічне занепокоєння та тривогу. Це може також супроводжуватися почуттям соціальної нереалізованості, непривабливості та меншовартості у порівнянні з іншими людьми. Така особа може боятися бути розкритикованою або проігнорованою в суспільстві, що призводить до страху перед соціальними взаємодіями. Важливою ознакою є також небажання вступати в стосунки з людьми через відсутність впевненості в своїй привабливості для інших, що свідчить про низьку самооцінку та соціальну тривожність. Крім того, обмеження соціальних зв’язків через потребу в фізичній безпеці є ще одним сигналом, що вказує на прагнення уникати стресових ситуацій, пов’язаних із соціальними контактами [10, 25].

Аналізуючи літературні джерела щодо функціональних змін в організмі людини у стресових умовах, можна виділити чотири основні види субсиндромів, які виникають при переживанні стресу. Вегетативний субсиндром є найбільш первинним у філогенезі, оскільки активність вегетативної нервової системи не підпорядковується свідомості і запускається незалежно від характеру стресора. Ознаки цього субсиндрома включають підвищення тонусу серцево-судинної системи, активацію фагоцитозу, прискорення процесів регенерації тканин, потовиділення та блювоту. Тривала дія стресора, коли організм не справляється з навантаженням, може призвести до розвитку хвороб, спричинених стресом, таких як серцево-судинні розлади або порушення імунної системи.

Емоційно-поведінковий субсиндром характеризується змінами в поведінці, що виникають під впливом стресу. Реакції можуть варіюватися від незначних змін емоційного фону до гострих проявів, таких як плач, істерика, агресивна поведінка або апатія. Такі реакції свідчать про те, що стрес має

значний емоційний вплив на людину, що виявляється у зміні її поведінки.

Когнітивний субсиндром передбачає зміни в пізнавальних процесах, таких як сприйняття, увага, мислення та пам’ять. Під впливом стресу може порушуватися процес самосвідомості, що виражається в зміні Я-образу та самооцінки. Це також впливає на здатність людини осмислювати реальність та адекватно реагувати на зміни навколишнього середовища.

Соціально-психологічний субсиндром включає зміни в соціальних ролях і стилі спілкування осіб, які переживають стрес. Люди можуть проявляти як соціально-позитивні, так і соціально-негативні тенденції у своїх міжособистісних взаємодіях. Ці зміни можуть спричинити проблеми у взаємодії з оточуючими та порушити соціальну адаптацію, що вимагає корекції через психологічну допомогу.

У разі наявності таких ознак, важливо звернутися до фахівців, оскільки вони можуть свідчити про серйозні порушення в психоемоційному стані особи, що потребують професійної корекції та підтримки.

## 1.6. Вплив посттравматичного стресового розладу на професійну адаптацію військовослужбовців

Соціально-психологічна адаптація є складним процесом, який включає в себе дві основні форми: активну та пасивну. Активна форма передбачає прагнення індивіда змінити середовище, у тому числі соціальні норми та цінності, які необхідно освоїти. Пасивна форма характеризується відсутністю бажання змінювати середовище, що може призводити до більш пасивного прийняття умов життя.

Успішність соціально-психологічної адаптації визначається високим соціальним статусом людини в певному середовищі та її психологічним задоволенням цим середовищем. У разі низької адаптації спостерігається переміщення особи в інше соціальне середовище, аномія та відхилення в поведінці. Серед структурних компонентів адаптації виділяються психофізіологічний, когнітивний, практичний, соціально-психологічний та

соціально-побутовий аспекти, які забезпечують ефективне пристосування до змінюваних умов зовнішнього світу [16].

Успішність адаптації залежить від кількох чинників: гнучкості психіки, здатності до самопізнання та відкритості до нових ідей [16]. Також, чим складніше середовище, тим більше соціальних зв'язків і взаємодій, тим важчою є адаптація. Водночас важливу роль відіграють індивідуальні характеристики, такі як здатність до саморегуляції та переживання стресу.

Зворотним процесом адаптації є дезадаптація, що характеризується порушенням пристосування людини до умов середовища. Це явище може призвести до значних психологічних розладів, зокрема до стресу, тривоги, депресії та емоційного дистресу, що серйозно впливають на соціальну продуктивність і функціонування особистості. Причинами дезадаптації можуть бути стресові життєві події, втрати, зміна соціального середовища або серйозні фізичні захворювання. Водночас важливо враховувати індивідуальну схильність до таких порушень, оскільки вона визначає, наскільки особистість вразлива до стресів та порушень міжособистісної взаємодії.

Психологічні дослідження демонструють широкий спектр проявів порушень адаптації, які виникають у відповідь на стресові ситуації або зміни в зовнішньому середовищі. Одним з основних аспектів є класифікація цих порушень за різними типами, серед яких виділяються депресивні, тривожні та змішані тривожно-депресивні реакції. Кожен із цих типів характеризується специфічними психоемоційними та поведінковими ознаками, які свідчать про важливість своєчасного виявлення і корекції адаптаційних порушень.

Афективні варіанти розладів адаптації, зокрема депресивний, тривожний та змішаний, характеризуються певними емоційними особливостями, які визначають основну симптоматику. Депресивний варіант розладу адаптації проявляється в зниженні настрою, відчутті безнадійності, апатії до навколишнього світу та втраті інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення. Тривожний варіант, в свою чергу, характеризується підвищеною настороженістю, невизначеністю, постійним відчуттям тривоги

та страху. У змішаному варіанті поєднуються симптоми як депресії, так і тривожності, що може суттєво ускладнювати процес адаптації особи до нових умов.

Емоційна нестабільність є однією з ключових рис цих розладів, адже вона проявляється в коливаннях настрою, невизначеності в емоційних реакціях та труднощах у контролюванні своїх почуттів. Особи, які переживають такі розлади адаптації, часто стикаються з труднощами у взаємодії з іншими людьми, що в свою чергу погіршує їх соціальне функціонування.

Що стосується поведінкового варіанту розладів адаптації, то цей тип включає в себе порушення в соціальному функціонуванні, які можуть бути виражені через агресивну або неадекватну поведінку. Такі особи можуть демонструвати відчуження від соціуму, проблеми в побудові міжособистісних стосунків, а також схильність до конфліктів чи виключення з соціальних груп. Це часто є наслідком труднощів, з якими стикаються ці особи в процесі адаптації до нових умов, будь то зміни в особистому житті, професійній діяльності чи соціальному середовищі.

Дезадаптація, яка супроводжує цей варіант розладів, полягає в неможливості успішно пристосуватися до нових або стресових умов, що спричиняє додаткове напруження як на особистому, так і на соціальному рівнях. Це може виявлятися у вигляді порушень у взаємодії з іншими людьми, невідповідних реакцій на стресори та ускладненні процесів адаптації в різних аспектах життєдіяльності.

Розвиток розладів адаптації обумовлений взаємодією соціальних та психологічних факторів. Важливим аспектом є вплив як макро-, так і мікросоціальних чинників, таких як сімейні проблеми, соціальна ізоляція або професійні конфлікти. Крім особистісних факторів, на розвиток порушень адаптації можуть впливати складні життєві обставини, соціальні кризи, а також переживання в результаті екзистенційних проблем або важких соціальних подій [16].

Окремий інтерес становить проблема постстресової дезадаптації, що супроводжує ПТСР та проявляється у зміні психоадаптаційних стратегій. Виокремлюють кілька варіантів таких станів. Один із них характеризується соматичними проявами, серед яких прискорене серцебиття, запаморочення, зміни артеріального тиску та порушення терморегуляції. Астенічний варіант постстресової дезадаптації проявляється у вигляді загальної слабкості, втрати фізичного тонусу, труднощів із концентрацією уваги та постійного відчуття перевтоми, що не зникає навіть після тривалого відпочинку. Дистимічний тип супроводжується вираженими психоемоційними змінами, серед яких епізоди тривоги, роздратованості, апатії, а також схильність до песимістичного сприйняття дійсності. У випадку змішаного варіанту постстресової дезадаптації можуть поєднуватися риси кількох перелічених типів, що ускладнює діагностику та корекцію цього стану [9, 64].

# РОЗДІЛ 2.
# ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИПУСКНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

## 2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Дослідження характерних особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти було проведено серед 40 респондентів. Вибірка включала 20 військових випускників військових закладів вищої освіти, які бойовий травматичний досвід та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), підтвержений відповідною справкою та 20 військових, які не закінчували ВНЗ, але також мають бойовий досвід та підтвердженний ПТСР. Основною метою було виявлення рівнів стресостійкості, схильності до девіантної поведінки, депресивних симптомів, проявів ПТСР у обох груп та виконання порівняльного аналізу щоб визначити чи існують суттєві відмінності між випускниками військових закладів вищої освіти та військовими без вищої освіти у проявах ПТСР.Гіпотеза дослідження полягала у тому, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців-випускників військових закладів вищої освіти буде характеризуватися нижчим рівнем проявів у порівнянні з військовослужбовцями, які не закінчували військові ВНЗ, завдяки їхній більшій підготовленості до стресових ситуацій, розвитку навичок емоційної регуляції та професійної стресостійкості..

Організація дослідження включала кілька етапів. Спочатку було обрано респондентів відповідно до вищезазначених критеріїв. Учасникам було роз'яснено мету дослідження, а також забезпечено анонімність результатів. Всі респонденти надали згоду на участь у дослідженні.

Для збору даних використовувалися наступні психодіагностичні методики:

1. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – методика дозволила кількісно оцінити прояви ПТСР у респондентів, зокрема їхню інтенсивність і частоту.

Опитувальник PCL-5 складається з 20 запитань, які відображають ключові симптоми ПТСР, згруповані за основними критеріями DSM-5 (B, C, D, E). Респонденти оцінюють кожен симптом за п'ятибальною шкалою (від 0 – «зовсім ні» до 4 – «дуже»), що дозволяє кількісно виміряти інтенсивність проявів. Методика є інструментом самозвіту, який учасники можуть заповнити самостійно протягом 5–10 хвилин.

У контексті дослідження PCL-5 дозволяє виявляти наявність специфічних симптомів, спричинених професійними та військовими стресорами.Методика охоплює всі аспекти ПТСР: інтрузії (нав'язливі спогади, сновидіння), уникнення (поведінкове й когнітивне), негативні зміни в мисленні та емоціях, а також надмірну реактивність. Така структура сприяє комплексному аналізу симптоматики.Завдяки бальній шкалі PCL-5 дозволяє оцінити інтенсивність симптомів, визначити ризик ПТСР та провести скринінг із метою відокремлення груп із низьким, помірним і високим рівнем ризику. У нашому дослідженні це допоможе проаналізувати поширеність і ступінь тяжкості ПТСР у цільових групах.Хоча PCL-5 не є самостійним діагностичним інструментом, він дозволяє швидко й ефективно визначити необхідність подальшої діагностики із застосуванням структурованих інтерв'ю (наприклад, CAPS-5).

Загальний бал за PCL-5 варіюється від 0 до 80. Для скринінгу позитивний результат визначається за показником понад 33 бали. Це дозволяє розподілити респондентів за рівнями ризику: низький (<33), помірний (33–44), високий (>45). Такий чином ми маємо змогу провести кореляційний аналіз між рівнем симптоматики та іншими психологічними змінними (наприклад, рівнем тривожності, фрустрації, агресії тощо), що сприятиме розкриттю характерних особливостей ПТСР у досліджуваній групі.

PCL-5 розроблено та стандартизовано Національним центром з ПТСР США, що гарантує його відповідність сучасним критеріям діагностики.

2. Опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу» – використовувався для оцінки рівня стійкості до стресових факторів, що є важливим показником при аналізі впливу травматичних подій на військовослужбовців.

Методика «Самооцінка стійкості до стресу» є ефективним інструментом для визначення рівня стресостійкості особистості та оцінки її готовності до роботи в умовах інтенсивного фізичного, емоційного й інтелектуального навантаження. Її використання у дослідженні характерних особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяє оцінити важливі аспекти стресостійкості в контексті професійної діяльності та впливу травматичних подій на здатність особи протистояти стресу.

Опитувальник містить 18 запитань, які охоплюють основні аспекти стресостійкості, такі як:

— емоційна стійкість (переживання неприємностей, страх втрати роботи, агресивність);

— організація діяльності (уміння працювати в напруженому ритмі, брак часу для відпочинку чи хобі);

— реакція на зовнішні обставини (сприйняття критики, готовність до конфліктів);

— фізіологічні прояви стресу (безсоння, перевтома).

3. Опитувальник депресії Бека – цей інструмент допоміг визначити рівень депресивних симптомів серед респонденті.

Опитувальник депресії Бека (BDI) є стандартизованим інструментом для оцінки рівня депресії. Він був розроблений Аароном Беком як інструмент для діагностики та самооцінки симптомів депресії. Опитувальник складається з 21 групи тверджень, кожна з яких стосується окремого симптому депресії, включаючи емоційні, когнітивні, поведінкові та фізичні аспекти. Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 3, що дозволяє кількісно виміряти вираженість симптомів.

Методика є актуальною для визначення рівня депресивних станів у військовослужбовців, оскільки вони є вразливою групою до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а ПТСР часто супроводжується депресивними розладами, які можуть проявлятися в емоційній нестабільності, втратою мотивації, порушенням сну та іншими симптомами, охопленими в опитувальнику.

4. Методика визначення схильності до девіантної поведінки (М. Горська) – ця методика дозволила оцінити схильність до відхилень у поведінці, що можуть бути пов’язані з травматичними подіями та стресовими ситуаціями.

Методика визначення схильності до девіантної поведінки (М. Горська) є актуальною для дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, оскільки дозволяє оцінити психологічні фактори, що впливають на поведінкові реакції особистості, які можуть виникати під впливом травматичного досвіду.

Методика спрямована на виявлення рівня схильності до девіантної поведінки через оцінку чотирьох ключових характеристик: тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Кожна характеристика оцінюється за допомогою відповідних шкал, які базуються на результатах самозвіту досліджуваних. Учасникам пропонується оцінити кожне з 40 тверджень за трьохбальною шкалою, що дозволяє отримати кількісні показники для подальшого аналізу.

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців часто супроводжується підвищеним рівнем тривожності, схильністю до фрустрації, агресивними реакціями та ригідністю мислення. Виявлення цих характеристик дозволяє оцінити ступінь їх вираженості та впливу на поведінку.

Для обробки отриманих даних був застосований порівняльний аналіз. Це дозволило виявити статистично значущі відмінності між двома групами військовослужбовців за рівнем стресостійкості, схильності до девіантної поведінки, депресивних симптомів та проявів ПТСР.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження

У ході дослідження було проведено оцінку рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових випускників військових закладів вищої освіти та військових, які не проходили навчання у ВНЗ (табл 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Результати респондентів за шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**

| **Результати військових випускників військових закладів вищої освіти** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **№** | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **Загальний бал** | **Інтр.** |
| 1 | 12 | 5 | 4 | 21 | 11 | 53 | Високий |
| 2 | 1 | 14 | 4 | 8 | 10 | 37 | Помірний |
| 3 | 0 | 10 | 2 | 16 | 16 | 44 | Помірний |
| 4 | 0 | 14 | 5 | 15 | 5 | 39 | Помірний |
| 5 | 5 | 12 | 3 | 19 | 9 | 48 | Високий |
| 6 | 7 | 8 | 3 | 9 | 14 | 41 | Помірний |
| 7 | 2 | 11 | 6 | 14 | 12 | 45 | Високий |
| 8 | 0 | 6 | 6 | 4 | 11 | 27 | Низький |
| 9 | 2 | 9 | 5 | 11 | 10 | 37 | Помірний |
| 10 | 0 | 13 | 4 | 8 | 14 | 39 | Помірний |
| 11 | 1 | 6 | 2 | 2 | 7 | 18 | Низький |
| 12 | 0 | 11 | 6 | 20 | 9 | 46 | Високий |
| 13 | 0 | 15 | 3 | 19 | 11 | 48 | Високий |
| 14 | 2 | 8 | 3 | 14 | 12 | 39 | Помірний |
| 15 | 3 | 7 | 4 | 18 | 10 | 42 | Помірний |
| 16 | 2 | 5 | 3 | 8 | 14 | 32 | Низький |
| 17 | 4 | 12 | 3 | 6 | 10 | 35 | Помірний |
| 18 | 0 | 8 | 2 | 18 | 3 | 31 | Низький |
| 19 | 1 | 6 | 6 | 13 | 11 | 37 | Помірний |
| 20 | 2 | 7 | 4 | 11 | 9 | 33 | Низький |
| **Результати військових, які не закінчували ВНЗ** | | | | | | | |
| 21 | 6 | 12 | 6 | 9 | 12 | 45 | Високий |
| 22 | 1 | 14 | 5 | 15 | 13 | 48 | Високий |
| 23 | 1 | 10 | 4 | 14 | 11 | 40 | Помірний |
| 24 | 6 | 9 | 3 | 10 | 13 | 41 | Помірний |
| 25 | 1 | 11 | 5 | 18 | 1 | 36 | Помірний |
| 26 | 0 | 13 | 4 | 10 | 12 | 39 | Помірний |
| 27 | 0 | 7 | 6 | 20 | 14 | 47 | Високий |
| 28 | 0 | 6 | 9 | 16 | 10 | 41 | Помірний |
| 29 | 2 | 14 | 3 | 19 | 9 | 47 | Високий |
| 30 | 2 | 8 | 2 | 13 | 12 | 37 | Помірний |

*Продовження таблиці 2.1*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 5 | 14 | 5 | 5 | 15 | 44 | Помірний |
| 32 | 0 | 12 | 6 | 17 | 10 | 45 | Високий |
| 33 | 3 | 7 | 4 | 15 | 8 | 37 | Помірний |
| 34 | 10 | 9 | 3 | 4 | 13 | 39 | Помірний |
| 35 | 0 | 11 | 4 | 18 | 13 | 46 | Високий |
| 36 | 2 | 13 | 4 | 16 | 14 | 49 | Високий |
| 37 | 11 | 10 | 3 | 19 | 11 | 54 | Високий |
| 38 | 8 | 12 | 6 | 18 | 14 | 58 | Високий |
| 39 | 0 | 15 | 4 | 20 | 9 | 48 | Високий |
| 40 | 0 | 11 | 5 | 14 | 12 | 42 | Помірний |

Аналіз отриманих даних показав, що в обох групах спостерігаються випадки високого рівня прояву ПТСР, проте серед випускників військових ВНЗ він зустрічається на 50% рідше (5 проти 10).

Аналіз результатів за методикою визначення схильності до девіантної поведінки показав, що військові, які не закінчували військові заклади вищої освіти, у середньому мають вищі показники за всіма шкалами – тривожності, фрустрації, агресії та ригідності (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2*

**Результати респондентів за методикою визначення схильності до девіантної поведінки**

| **Результати військових випускників військових закладів вищої освіти** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Респондент** | **Шкала тривожності** | **Шкала фрустрації** | **Шкала агресії** | **Шкала ригідності** | **Загальний бал** |
| 1 | 12 | 10 | 14 | 16 | 52 |
| 2 | 8 | 12 | 11 | 13 | 44 |
| 3 | 10 | 9 | 15 | 14 | 48 |
| 4 | 7 | 8 | 9 | 10 | 34 |
| 5 | 11 | 13 | 16 | 18 | 58 |
| 6 | 9 | 10 | 10 | 12 | 41 |
| 7 | 7 | 8 | 10 | 12 | 37 |
| 8 | 6 | 7 | 8 | 11 | 32 |
| 9 | 12 | 9 | 13 | 15 | 49 |
| 10 | 10 | 11 | 15 | 14 | 50 |
| 11 | 8 | 8 | 10 | 12 | 38 |
| 12 | 7 | 6 | 9 | 10 | 32 |
| 13 | 11 | 10 | 12 | 14 | 47 |
| 14 | 7 | 8 | 11 | 12 | 38 |
| 15 | 10 | 9 | 14 | 13 | 46 |
| 16 | 6 | 7 | 9 | 11 | 33 |

*Продовження таблиці 2.2*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 6 | 7 | 8 | 9 | 30 |
| 18 | 12 | 13 | 15 | 16 | 56 |
| 19 | 9 | 10 | 12 | 14 | 45 |
| 20 | 8 | 9 | 10 | 11 | 38 |
| **Результати військових, які не закінчували ВНЗ** | | | | | |
| 21 | 10 | 11 | 14 | 13 | 48 |
| 22 | 13 | 14 | 18 | 17 | 62 |
| 23 | 11 | 12 | 15 | 14 | 52 |
| 24 | 15 | 16 | 17 | 18 | 66 |
| 25 | 13 | 14 | 17 | 16 | 60 |
| 26 | 10 | 10 | 12 | 14 | 46 |
| 27 | 12 | 13 | 16 | 15 | 56 |
| 28 | 7 | 8 | 10 | 11 | 36 |
| 29 | 9 | 10 | 12 | 13 | 44 |
| 30 | 11 | 12 | 14 | 15 | 52 |
| 31 | 8 | 9 | 11 | 12 | 40 |
| 32 | 14 | 15 | 18 | 17 | 64 |
| 33 | 9 | 10 | 13 | 14 | 46 |
| 34 | 14 | 15 | 17 | 16 | 62 |
| 35 | 11 | 12 | 15 | 16 | 54 |
| 36 | 13 | 14 | 17 | 18 | 62 |
| 37 | 10 | 11 | 13 | 15 | 49 |
| 38 | 12 | 13 | 16 | 17 | 58 |
| 39 | 8 | 9 | 10 | 11 | 38 |
| 40 | 14 | 15 | 18 | 17 | 64 |

Дані свідчать про більш виражену схильність військових без вищої освіти до девіантної поведінки порівняно з випускниками військових ВНЗ. Зокрема, серед них частіше зустрічаються високі загальні бали (16 проти 7).

Аналіз результатів за опитувальником депресії Бека свідчить, що військові, які не закінчували військові заклади вищої освіти, демонструють вищий рівень депресивних проявів порівняно з випускниками військових ВНЗ (табл 2.3).

*Таблиця 2.3*

**Результати респондентів за опитувальником депресії Бека**

| **Результати військових випускників військових закладів вищої освіти** | | |
|---|---|---|
| **Респондент** | **Бал** | **Інтерпретація** |
| 1 | 25 | помірна |
| 2 | 18 | легка |
| 3 | 12 | мінімальна |
| 4 | 8 | мінімальна |
| 5 | 17 | легка |
| 6 | 20 | помірна |

*Продовження таблиці 2.3*

| | | |
|---|---|---|
| 7 | 28 | помірна |
| 8 | 15 | легка |
| 9 | 10 | мінімальна |
| 10 | 22 | помірна |
| 11 | 7 | мінімальна |
| 12 | 6 | мінімальна |
| 13 | 14 | легка |
| 14 | 16 | легка |
| 15 | 27 | помірна |
| 16 | 13 | мінімальна |
| 17 | 19 | легка |
| 18 | 21 | помірна |
| 19 | 13 | мінімальна |
| 20 | 9 | мінімальна |
| **Результати військових, які не закінчували ВНЗ** | | |
| 21 | 29 | важка |
| 22 | 30 | важка |
| 23 | 31 | важка |
| 24 | 11 | мінімальна |
| 25 | 23 | помірна |
| 26 | 24 | помірна |
| 27 | 20 | помірна |
| 28 | 14 | легка |
| 29 | 33 | важка |
| 30 | 12 | мінімальна |
| 31 | 15 | легка |
| 32 | 18 | легка |
| 33 | 22 | помірна |
| 34 | 35 | важка |
| 35 | 30 | важка |
| 36 | 16 | легка |
| 37 | 28 | помірна |
| 38 | 24 | помірна |
| 39 | 19 | легка |
| 40 | 26 | помірна |

Серед групи військових, які не закінчували військові заклади вищої освіти зустрічаються випадки важкої депресії, тоді як серед військових із вищою освітою їх фактично немає.

Результати тесту на стресостійкість демонструють, що випускники військових закладів вищої освіти здебільшого мають середній або високий рівень стресостійкості, що може бути наслідком їхньої спеціальної підготовки, орієнтованої на формування навичок подолання стресових ситуацій (табл. 2.4).

*Таблиця 2.4*

**Результати респондентів за тестом стресостійкості**

| **Результати військових випускників військових закладів вищої освіти** | | |
|---|---|---|
| **Респондент** | **Бал** | **Інтерпретація** |
| 1 | 35 | середній |
| 2 | 27 | високий |
| 3 | 29 | високий |
| 4 | 42 | середній |
| 5 | 26 | високий |
| 6 | 30 | високий |
| 7 | 33 | середній |
| 8 | 42 | середній |
| 9 | 23 | високий |
| 10 | 28 | високий |
| 11 | 40 | середній |
| 12 | 33 | середній |
| 13 | 39 | середній |
| 14 | 29 | високий |
| 15 | 36 | середній |
| 16 | 32 | середній |
| 17 | 37 | середній |
| 18 | 24 | високий |
| 19 | 41 | середній |
| 20 | 34 | середній |
| **Результати військових, які не закінчували ВНЗ** | | |
| 21 | 48 | низький |
| 22 | 47 | низький |
| 23 | 45 | низький |
| 24 | 43 | середній |
| 25 | 31 | середній |
| 26 | 49 | низький |
| 27 | 26 | високий |
| 28 | 31 | середній |
| 29 | 28 | високий |
| 30 | 25 | високий |
| 31 | 37 | середній |
| 32 | 40 | середній |
| 33 | 46 | низький |
| 34 | 45 | низький |
| 35 | 50 | низький |
| 36 | 38 | середній |
| 37 | 44 | низький |
| 38 | 38 | середній |
| 39 | 30 | високий |
| 40 | 48 | низький |

Серед військових, які не закінчували ВНЗ, переважають низькі показники стресостійкості (9 проти 0).

Отже, після сбору та аналізу даних, було використано методи статистичного аналізу, зокрема порівняльний аналіз середніх значень у двох групах, для перевірки гіпотези дослідження: військовослужбовці-випускники ВНЗ демонструють нижчий рівень проявів ПТСР, тривожності, агресії, депресії та схильності до девіантної поведінки, а також вищу психологічну гнучкість у порівнянні з військовими без вищої освіти.

Для початку було виконано описову статистику груп (табл 2.5).

*Таблиця 2.5*

**Описова статистика груп**

| **Показник** | **Група** | **N** | **Середнє** | **Медіана** | **SD** | **SE** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Рівень прояву ПТСР** | закінчували ВНЗ | 20 | 38.55 | 39.00 | 8.08 | 1.806 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 44.10 | 44.50 | 5.74 | 1.284 |
| **Тривожність** | закінчували ВНЗ | 20 | 8.80 | 8.50 | 2.09 | 0.468 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 11.20 | 11.00 | 2.31 | 0.516 |
| **Фрустрація** | закінчували ВНЗ | 20 | 9.20 | 9.00 | 1.96 | 0.439 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 12.20 | 12.00 | 2.35 | 0.525 |
| **Агресія** | закінчували ВНЗ | 20 | 11.55 | 11.00 | 2.56 | 0.573 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 14.70 | 15.00 | 2.68 | 0.599 |
| **Ригідність** | закінчували ВНЗ | 20 | 12.85 | 12.50 | 2.30 | 0.514 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 14.90 | 15.00 | 2.16 | 0.484 |
| **Схильність до девіантної поведінки** | закінчували ВНЗ | 20 | 42.40 | 42.50 | 8.32 | 1.860 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 53.00 | 53.00 | 9.30 | 2.079 |
| **Депресія** | закінчували ВНЗ | 20 | 16.00 | 15.50 | 6.51 | 1.456 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 23.00 | 23.50 | 7.21 | 1.612 |
| **Стресостійкість** | закінчували ВНЗ | 20 | 33.00 | 33.00 | 5.96 | 1.332 |
| | не закінчували ВНЗ | 20 | 39.50 | 41.50 | 8.29 | 1.855 |

За результатами описової статистики рівень прояву ПТСР значно нижчий у військових, які закінчували ВНЗ (M = 38.55), у порівнянні з тими, хто не отримував вищої військової освіти (M = 44.10). Це підтверджує гіпотезу, що військова освіта може сприяти кращій адаптації до стресових ситуацій.

Тривожність, фрустрація та агресія також виявилися нижчими у військових із ВНЗ. Наприклад, середній рівень тривожності у випускників ВНЗ склав 8.80, тоді як у другої групи – 11.20. Це може свідчити про більшу емоційну регуляцію серед випускників військових навчальних закладів.

Ригідність також вища у військових без ВНЗ (M = 14.90 проти 12.85), що може вказувати на меншу гнучкість у прийнятті рішень та адаптації до нових обставин.

Схильність до девіантної поведінки у військових без ВНЗ значно перевищує показники їхніх колег із вищою освітою (M = 53.00 проти 42.40). Це свідчить про важливість освітнього фактора у формуванні самоконтролю та адаптивних стратегій поведінки.

Депресивні прояви також частіше зустрічаються у військових без ВНЗ (M = 23.00 проти 16.00). Це підтверджує припущення про вплив освітнього рівня на психологічне благополуччя.

Стресостійкість у військових-випускників ВНЗ була нижчою (M = 33.00) у порівнянні з їхніми колегами без вищої освіти (M = 39.50). Але так як шкала методики обернена, то ми отримуємо результат прямо протилежний: стресостійкість вища у військових, які закінчували ВНЗ, що знову ж таки підтверджує гіпотезу дослідження.

Для перевірки статистичної значущості отриманих показників, ми виконали Т-тест (U-критерій Манна-Уітні), результати продемонстровано у табл. 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Результати Т-тесту незалежних вибірок**

| Показник | Статистика | p |
|---|---|---|
| Рівень прояву ПТСР | Манн-Уітні U | 116.5 |
| Тривожність | Манн-Уітні U | 90.5 |
| Фрустрація | Манн-Уітні U | 68.5 |
| Агресія | Манн-Уітні U | 81.0 |
| Ригідність | Манн-Уітні U | 100.5 |
| Схильність до девіантної поведінки | Манн-Уітні U | 82.0 |
| Депресія | Манн-Уітні U | 95.5 |
| Стресостійкість | Манн-Уітні U | 106.5 |

*Примітка: $H_0$ – середні значення для групи, що закінчувала ВНЗ, та групи, що не закінчувала ВНЗ, не рівні.*

Отримані результати свідчать про статистично значущі відмінності за всіма досліджуваними показниками. Зокрема, рівень прояву ПТСР є значно вищим у військових, які не закінчували ВНЗ ($U = 116.5$, $p = 0.024$), що може свідчити про потенційний вплив військової освіти на механізми психологічної адаптації. Також військовослужбовці без вищої освіти продемонстрували вищий рівень тривожності ($U = 90.5$, $p = 0.003$), фрустрації ($U = 68.5$, $p < 0.001$) та агресії ($U = 81.0$, $p = 0.001$), що може вказувати на меншу емоційну стійкість та здатність до конструктивного подолання стресу.

Окрім цього, у представників цієї групи зафіксовано вищий рівень ригідності ($U = 100.5$, $p = 0.007$) та схильності до девіантної поведінки ($U = 82.0$, $p = 0.001$), що свідчить про менш гнучкі стратегії адаптації та підвищену ймовірність поведінкових відхилень. Показники депресивних симптомів також значно вищі у військових без вищої освіти ($U = 95.5$, $p = 0.005$), що може вказувати на знижену психологічну резилієнтність.

Однак рівень стресостійкості, який має обернене значення (тобто вищий бал свідчить про нижчу стресостійкість), також виявився значно вищим у військових без вищої освіти ($U = 106.5$, $p = 0.012$). Це свідчить про

те, що вони менш здатні до адаптації в стресових ситуаціях та мають більшу схильність до психоемоційного виснаження.

Отже, гіпотеза дослідження була підтверджена.

## 2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання ПТСР у військовослужбовців випускників військових закладів вищої освіти

У процесі дослідження було вивчено характеристики посттравматичного стресового розладу (ПТСР), результати показали, що ПТСР проявляється у вигляді тривожних розладів, депресивних симптомів, а також порушень у соціальній та професійній адаптації. У ході дослідження було виявлено, що для корекції ПТСР найбільш ефективними є методи, спрямовані на зниження стресового навантаження та покращення емоційного стану. Зокрема, психоедукація допомагає особам розуміти природу своїх реакцій на травмуючіподії, арт-терапія та дихальні техніки сприяють релаксації та зняттю емоційної напруги. Рекомендується також дотримання здорового способу життя, застосуваннякороткострокової терапії, розвитку стресостійкості та фармакологічного втручання при виражених симптомах ПТСР. Когнітивно-поведінкова терапія показала ефективність у корекції негативних патернів мислення, пов'язаних з травматичним досвідом.

Прийнято виділяти первинну та вторинну профілактику посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Первинна профілактика передбачає роботу з умовно здоровим населенням, серед якого є люди з підвищеним ризиком розвитку ПТСР. У рамках первинної профілактики використовуються різноманітні заходи для формування стресостійкої поведінки, розвитку особистісних ресурсів та копінг-механізмів, а також корекції дезадаптивних форм поведінки. Вона орієнтована на запобігання розвитку ПТСР ще до його проявів у осіб із підвищеним ризиком [7, 11].

Вторинна профілактика спрямована на осіб, у яких вже спостерігаються виражені симптоми ПТСР. Вона включає заходи, спрямовані на попередження рецидивів та хроніфікації захворювання, а також на запобігання розвитку вторинних розладів, таких як депресії, алкогольна і наркотична залежність. Вторинна профілактика має на меті також уникнення хронічних змін особистості, які можуть виникнути внаслідок травматичного досвіду. Важливою складовою вторинної профілактики є своєчасна психологічна допомога та психотерапевтичні втручання, які можуть допомогти у відновленні емоційної рівноваги та психічного здоров'я пацієнтів.

Процес профілактики ПТСР можна також поділити на психологічні та фармакологічні втручання. Хоча фармакологічні засоби рідше застосовуються на етапі первинної профілактики, вони широко використовуються під час вторинної профілактики для зниження симптомів. Психологічні втручання є основними на всіх етапах профілактики та включають дебрифінг (як під час критичних інцидентів, так і після них), травмофокусованукогнітивно-поведінкову терапію, психоосвіту, терапію навичками подолання, а також методи нормалізації та десенсибілізації, зокрема EMDR (метод десенсибілізації і повторної обробки рухів очей).

Перша група заходів профілактики ПТСР, що передбачає психологічні втручання, є надзвичайно важливою для розвитку психологічної стійкості, або резильєнтності, у людей. Це включає в себе не тільки базові заходи щодо управління емоціями, але й формування здорового способу життя, що включає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування та здоровий сон. Позитивне мислення, розвиток копінг-стратегій, духовний розвиток та розширення соціальних підтримувальних мереж також є важливими складовими розвитку стресостійкості.

Корекція ПТСР є необхідним етапом допомоги для осіб, у яких вже діагностовано цей розлад. Стратегії корекційно-терапевтичної роботи включають підтримку адаптивних навичок, формування позитивного ставлення до власних симптомів, допомогу у сприйнятті травматичних подій

як нормальних для пережитої ситуації, що запобігає наступній травматизації. Важливими є також заходи для зменшення уникнення, яке може заважати обробці травматичного досвіду.

Крім того, корекційна робота з людьми, які пережили травматичні події, може включати короткострокову психотерапію, спрямовану на полегшення психологічних станів (тривожність, агресивність, депресивність), розвиток довіри до психологів та оточення, а також допомогу в адаптації до нових умов і розвитку копінг-стратегій.

Заняття груповою терапією особливо ефективні для людей, які пережили травму. Принципи цієї роботи включають створення безпечного простору для вираження емоцій, підтримку та мінімізацію травматизації учасників через відсутність самозвинувачень і самокритики, а також використання творчих методів, таких як арт-терапія. Саморегуляція та боротьба зі стресом є важливими аспектами в груповій роботі, а також переоцінка та рефлексія трагічного досвіду.

Серед методів профілактично-корекційного впливу виділяються майндфулнес-техніки, дихальні практики та холотропне дихання. Майндфулнес-орієнтовані терапії допомагають відновити контакт з реальністю, покращити психологічну саморегуляцію і стійкість, сприяючи емоційному і фізичному благополуччю. Дихальні практики зосереджують увагу на відчуттях тепла, сприяючи релаксації та відновленню внутрішнього балансу. Холотропне дихання, яке застосовує змінені стани свідомості для роботи з психотравмами, має ефективність у знятті фізичного і емоційного напруження, а також у вирішенні глибоких психологічних проблем, пов'язаних з травматичним досвідом [7, 11–12].

Комплексний підхід до дослідження та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) включає поєднання фармакотерапевтичних і психотерапевтичних методів. Серед найбільш ефективних психотерапевтичних втручань виділяються когнітивно-поведінкова терапія, яка орієнтована на корекцію деструктивних патернів мислення, а також експозиційна терапія, яка передбачає поступове знайомство пацієнта з

травматичними спогадами, що допомагає знижувати рівень тривоги і страху. Крім того, методи інтеграції травматичних спогадів, такі як десенсибілізація та переробка рухами очей, сприяють зменшенню інтенсивності травмуючого досвіду, дозволяючи пацієнту адаптуватися до змін у своєму емоційному стані. Важливу роль відіграє також психосоціальна підтримка, яка допомагає відновити соціальні зв'язки, зменшити ізоляцію пацієнта і полегшити його інтеграцію у повсякденне життя, тим самим знижуючи негативні наслідки травматичного досвіду [1, 12].

Одним із ключових компонентів лікування є психоедукація, що має на меті донести до пацієнтів необхідну інформацію про психічне здоров’я, а також пояснити можливі наслідки травми для особистості. Цей підхід дозволяє пацієнту краще усвідомлювати природу своїх переживань, що є важливим для адаптації до нового стану. Психоедукація має численні переваги, зокрема в лікуванні соматичних захворювань, що підкріплюється численними дослідженнями в медичній літературі. Метою психоедукації є не лише покращення розуміння пацієнтом своєї хвороби, але й активізація його особистісних ресурсів, що допомагає зменшити ризик рецидивів і поліпшити довгострокове здоров'я [4, 9].

Основними елементами психоедукації є: передача інформації про симптоматику, причини, прогноз і методи лікування хвороби, а також обговорення можливих побічних ефектів від медикаментозних засобів. Важливим аспектом є емоційна підтримка родичів пацієнта, що допомагає створити сприятливе середовище для відновлення. Психоедукація також охоплює інструктаж щодо дотримання регулярного лікування та важливості комплаєнсу для покращення психічного і фізичного стану пацієнта. Окрім того, в процесі психоедукації пацієнт і його близькі отримують навички самодопомоги, що включає виявлення перших ознак кризових ситуацій і знання конкретних кроків для надання допомоги, що забезпечує своєчасне реагування в критичних ситуаціях.

Залучення психоедукації до процесу лікування посттравматичного стресового розладу вимагає від лікаря і психолога здатності ефективно вибудовувати взаємодію з пацієнтами та їхніми родинами, застосовувати найбільш підходящі методи впливу для кожного конкретного випадку. Це включає здатність впливати на пацієнта і родичів таким чином, щоб забезпечити їхнє активне залучення до процесу лікування і підтримки психічного здоров'я.

Клінічне лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за рекомендацією Департаменту ветеранів та Департаменту оборони США ґрунтується на комплексному підході, що включає ретельну діагностику та оцінку ризиків, а також обрання відповідної терапевтичної стратегії. Однією з важливих складових є діагноз, що ставиться на основі критеріїв, визначених у «Діагностичному і статистичному посібнику з ментальних розладів» (DSM-5-TR, 2022), що охоплює ключові ознаки ПТСР та враховує супутні фактори ризику, як-от наявність суїцидальних тенденцій чи спроб самогубства. З огляду на тісний зв'язок між ПТСР та підвищеним ризиком самогубства, особлива увага приділяється виявленню суїцидальних думок і попередніх спроб, що є критично важливим для визначення подальшої терапевтичної стратегії [20, 268].

Водночас, ПТСР часто супроводжується порушенням міжособистісних стосунків і соціальною ізоляцією, що також слід враховувати під час лікування. Ось чому важливою є співпраця з пацієнтом, що включає прийняття рішень про лікування на основі його уподобань, а також інформування не лише пацієнта, а й його родини про специфіку ПТСР та методи його лікування. Це дозволяє забезпечити інформовану згоду і сприяє більшій ефективності терапії. Під час лікування також розглядається можливість застосування різних психотерапевтичних підходів, таких як орієнтовані на травму мануальні та розмовні техніки. Серед них найпоширенішими є експозиційна терапія та когнітивна реструктуризація, які використовуються для зниження симптомів ПТСР шляхом поступового введення пацієнта в ситуації, які викликають стрес, і зміни спотворених переконань.

Незважаючи на численні докази ефективності когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму, слід зазначити, що близько третини пацієнтів не реагують на цю методику. Дослідження вказують, що таке лікування може супроводжуватися високим рівнем відмови від терапії, що обумовлюється значною емоційною навантаженістю пацієнтів під час сеансів. Альтернативою є письмова експозиційна терапія, яка продемонструвала порівняно високу ефективність і значно нижчий рівень відмови від лікування, оскільки пацієнт має можливість працювати з матеріалом самостійно, що зменшує емоційну напругу [20, 269].

В разі, коли пацієнти відмовляються від початку травмоорієнтованого лікування або коли клініцисти не мають відповідної підготовки, можливо застосувати фармакотерапію або мануальну психотерапію, не орієнтовану безпосередньо на травму. Такі методи включають тренування стресостійкості, міжособистісну терапію та терапію, спрямовану на поточні проблеми пацієнта. Хоча емпіричні дані щодо ефективності цих підходів обмежені, мета-аналізи свідчать про те, що фармакологічне лікування та індивідуальна психотерапія можуть допомогти послабити симптоми ПТСР, хоча вони не забезпечують такого ж глибокого результату, як психотерапевтичні техніки, орієнтовані на травму.

Одним із важливих напрямів досліджень є вивчення методів постбойової реабілітації. Браун Л.А., Беллі Г.М., Аснаані А. та Фоа Е.Б. протестували шкалу бойового досвіду, що дозволяє оцінити рівень бойового навантаження та пов’язані з ним ризики розвитку ПТСР. ШуммДж.А., Монсон К.М., О’ФарреллТ.Дж., Гастін Н.Г. та Чард К.М. акцентували увагу на необхідності підтримки родин військовослужбовців, які постраждали від бойових дій, оскільки соціальне середовище відіграє значну роль у процесі адаптації. Вільягран Л., Бланко А., ОлеаДж. та Більбао М. вказують на важливість скринінгу агресивної поведінки серед ветеранів із ПТСР та необхідність включення терапевтичних заходів, спрямованих на корекцію гніву [1, 10-11].

Ефективність терапевтичних підходів до ПТСР залишається предметом активних досліджень. Байєрл Е.Т., Беллінгхаус І., Кларк Д.М., Глюксман Е. та Елерс А. обґрунтовують необхідність проведення цілеспрямованого скринінгу та раннього втручання з використанням доказових методів лікування, адаптованих до потреб конкретних підгруп ветеранів. Беннер П., ХалпернДж., Гордон Д.Р., Попелл К.Л. та Келлі П.В. акцентують увагу на зв'язку між ПТСР та синдромом хронічної втоми, що також потребує спеціалізованого підходу. У цьому ж контексті Вільягран Л., Бланко А., ОлеаДж. та Більбао М. наголошують на необхідності включення скринінгу ПТСР у протоколи медичних обстежень військовослужбовців після повернення з бойових дій [1, 10-11].

# ВИСНОВКИ

Було розглянуто різноманітні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та механізми його розвитку. Психологічна травма, як наслідок переживання стресових подій, має складний та багатовимірний характер, впливаючи на всі аспекти життєдіяльності людини — від фізичного здоров'я до соціальних взаємодій і когнітивних процесів. ПТСР виникає як хронічна реакція на травматичні події, зокрема на військові конфлікти або насильство, і характеризується стійкими симптомами, такими як нав'язливі спогади, емоційна нестабільність, соціальна ізоляція і труднощі в міжособистісних зв'язках. Підкреслюється важливість розуміння механізмів виникнення ПТСР, зокрема через активацію стресових реакцій «бий або біжи» та «завмирання». Також визначено, що цей розлад має серйозний вплив на психічне та соціальне функціонування особистості, знижуючи її здатність до адаптації та самореалізації. ПТСР може бути викликаний не лише зовнішніми факторами, а й генетичними та психопатологічними особливостями особи, що збільшує її вразливість до стресу.

Розвиток ПТСР залежить не тільки від об'єктивних умов травми, але й від суб'єктивного переживання людиною травматичного досвіду, що включає емоційний стрес, страх і безпорадність. Симптоми розладу охоплюють різноманітні аспекти психологічного функціонування, зокрема когнітивні, емоційні та поведінкові порушення, серед яких нав'язливі спогади, флешбеки, поведінкове уникнення та гіперзбудження. Розширені критерії діагностики ПТСР, сформовані в DSM-5, враховують нові підходи до класифікації симптомів і дозволяють точніше розмежовувати цей розлад від інших стресових станів. Дисоціативні симптоми, такі як деперсоналізація та дереалізація, можуть ускладнити діагноз і терапію. Важливими є і біологічні аспекти, які включають порушення функціонування нервової системи та зміни в нейробіологічних механізмах, що можуть спричиняти

фізіологічні ускладнення, такі як порушення обміну речовин та підвищений рівень стресових гормонів. Також важливо враховувати соціокультурний контекст та специфіку психосоціальних факторів, що можуть значно вплинути на прояви ПТСР.

ПТСР призводить до серйозних психічних і соціальних наслідків, зокрема депресії, тривожності, агресії, а також проблем із соціальною адаптацією, зокрема ізоляції та відчуження, психологічні розлади, такі як зловживання алкоголем і наркотиками, а також агресивної поведінки. Крім того, ПТСР може мати тривалі фізіологічні наслідки, включаючи психосоматичні захворювання та хронічний біль, що ще більше погіршують якість життя. Важливим аспектом є також вплив ПТСР на ефективність виконання бойових завдань.

Було здійснено комплексний аналіз психотравматичних факторів професійної діяльності військовослужбовців, що включає різноманітні стресові чинники, здатні спричинити серйозні психологічні розлади, зокрема посттравматичний стресовий розлад. Дослідження показують, що до потенційно травматичних переживань належать моральна шкода, загроза життю, фізичні травми та зловмисне середовище, а також дисонанс між отриманим досвідом та моральними переконаннями військових. Тривалість перебування в бойових умовах, а також інтенсивність і специфіка стресорів значно впливають на розвиток ПТСР, причому тривале перебування в зоні бойових дій без належної психологічної підтримки збільшує ризик виникнення стресових розладів.

Особливу увагу приділено диференціації бойових та операційних стресорів, які мають різну інтенсивність та тривалість впливу на військовослужбовців. Короткотривалі стреси, зокрема страх і тривога під час бойових операцій, можуть бути посилені монотонністю і соціальною ізоляцією, що також сприяє розвитку емоційних і психологічних проблем. Стресова реакція військових може варіювати від підвищеної психічної напруги до серйозних психопатологічних проявів, таких як депресія і агресивна поведінка.

Водночас, дослідження вказують на важливість врахування індивідуальних особливостей військовослужбовців, зокрема їх психічної готовності до бойових дій, що визначає рівень стресостійкості.

Розглянуто специфічні прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових, які можуть значно змінювати їхнє функціонування та поведінку. Серед основних симптомів виділяються різноманітні психофізіологічні реакції, такі як шок, емоційна напруга, порушення мовлення, проблеми зі сном та інші. Ці ознаки відображають внутрішні переживання особи та її фізіологічний стан після травмуючої події. Серед важливих проявів — підвищена настороженість, тахікардія, порушення соціальної адаптації та зниження здатності до концентрації.

Посттравматичний стресовий розлад також значно впливає на професійну адаптацію військовослужбовців, порушуючи їх здатність до ефективного соціально-психологічного пристосування в нових умовах. Процес адаптації має дві основні форми: активну, яка передбачає зміну середовища, і пасивну, коли людина приймає існуючі умови. ПТСР сприяє виникненню дезадаптації, що виявляється через стрес, тривогу, депресію та інші психологічні розлади, які ускладнюють функціонування в соціумі. Важливу роль у процесі адаптації відіграють як індивідуальні фактори, так і соціальні обставини, такі як сімейні проблеми та професійні конфлікти. Постстресова дезадаптація, зокрема при ПТСР, може проявлятися в різних варіантах, від соматичних симптомів до значних психоемоційних змін, що ускладнюють реабілітацію військовослужбовців.

Отримані результати експериментального дослідження підтверджують висунуту гіпотезу щодо відмінностей у рівнях прояву посттравматичного стресового розладу між військовими випускниками закладів вищої освіти та військовослужбовцями, які не здобували вищої освіти на користь першої групи.

Отримані дані вказують на важливість вищої військової освіти як фактора, що може сприяти формуванню психологічної стійкості та адаптивних механізмів, що дозволяють ефективніше справлятися з

наслідками бойового досвіду. Це підкреслює необхідність розробки та впровадження додаткових програм психологічної підтримки для військовослужбовців, які не мають вищої освіти, з метою зниження негативних наслідків посттравматичного стресу та підвищення їхньої стресостійкості.

На основі результатів дослідження було розроблено практичні рекомендації щодо профілактики та подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, зокрема випускників військових закладів вищої освіти. На основі дослідження визначено, що ПТСР виявляється через тривожні розлади, депресивні симптоми та порушення соціальної й професійної адаптації. Важливими заходами для корекції цього розладу є методи, що знижують стресове навантаження та покращують емоційний стан, серед яких психоедукація, арт-терапія, дихальні техніки і когнітивно-поведінкова терапія.

Особливу увагу приділено первинній та вторинній профілактиці. Первинна профілактика орієнтована на здорових осіб із підвищеним ризиком ПТСР, включаючи заходи з розвитку стресостійкості, тоді як вторинна спрямована на осіб, що вже мають виражені симптоми, і фокусується на запобіганні рецидивам і розвитку вторинних розладів. Важливим компонентом є комплексний підхід, який поєднує фармакологічні та психологічні втручання. Особлива увага приділяється психоедукації, що сприяє кращому розумінню природи захворювання, а також розвиткові самопідтримки.

Використання різноманітних психотерапевтичних методик є ключовим елементом у процесі профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Однією з найбільш ефективних методик є дебрифінг, що передбачає обговорення травматичного досвіду в безпечній та підтримувальній атмосфері. Травмофокусованакогнітивно-поведінкова терапія (ТКПТ) є ще одним ефективним інструментом для роботи з ПТСР. Ця терапія спрямована на зміну негативних переконань та поведінкових патернів, що виникли внаслідок травми, та допомагає особам адаптуватися до нового розуміння себе та світу.

Методи, орієнтовані на зниження стресу, також є важливими в лікуванні ПТСР. Техніки релаксації, медитації та дихальні вправи допомагають зменшити фізіологічні прояви стресу, такі як підвищене серцебиття чи напруга в м'язах. Особливу увагу в корекції ПТСР слід приділяти формуванню здорових соціальних мереж. Підтримка з боку родини, друзів або колег може мати значний вплив на процес реабілітації. Методики майндфулнес (усвідомленості), що включають в себе практики медитації та концентрації на поточному моменті, використовуються для зниження симптомів ПТСР. Урахування індивідуальних потреб, типу травми та реакцій на неї дозволяє підібрати найбільш ефективні методи терапії.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва, Ю. О., Аймедов, К. В., Яцишина, А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*, 2024. Вип 2. С. 8-17.

2. Бірук Л. М. Особливості використання арт терапії в реабілітації військовослужбовців : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 55 с.

3. Божко Є.О. Діагностика та біохімічні маркери посттравматичного стресового розладу. *Ukrainianscientificmedicalyouthjournal*. Supplement № 3 (133) 2022. С. 10–11. DOI: https://doi.org/10.32345/USMYJ.SUPPLEMENT.3.2022.

4. Борисова, О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія, 2023. Вип. 3. С. 7-12.

5. Вишньовський В. Система психодіагностики та психокорекції посттравматичних розладів у учасників бойових дій. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2021. Вип. 2 (25). С. 558-563. URL: http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2021/21vvvubd.pdf

6. Вінс В.А., Горбенко І.В., Кузьменко Т.М. Психотерапевтичні засади роботи з клієнтами на різних етапах травмування.*Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 3. С. 91–96. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.3.15.

7. Вінс, В. А., Суворова, А. Г. Можливості профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу у дорослих. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія, 2023. Вип. 4. С. 10-13. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.4.3

8. Власенко С. Б. Особливості діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців Збройних сил України. *Збірник тез II Всеукраїнського міжвідомчого психологічного форуму* (м. Київ, 30 травня 2023 року). 2023. С. 33–36.

9. Волков , К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Психологічні перспективи*, 2023. Вип. 41. С. 55–73. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol

10. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика.*Юридична психологія*. 2022. № 1(30). С. 22–28. DOI: https://doi.org/10.33270/03223001.22.

11. Главацька Н. О. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу військовими: кваліфікаційна (магістерська) робота. Вінниця: Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2024. С. 77.

12. Дичко О. О., Гайнутдінов А. В., Карлов О. Ю. Ефективність психологічної підтримки у військових: аналіз впливу на подолання посттравматичного стресового розладу. *Перспективи та інновації науки.* Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2024. Вип. 3(37). С. 812–824. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-3(37)-812-824.

13. Довгань, Н. Надзвичайні ситуації і психологічне благополуччя: індикатори стану. *Проблеми політичної психології*, 2022. Вип. 12(26). С. 31-44. DOI: https://doi.org/10.33120/popp-Vol26-Year2022-116

14. Дяченко В. В. Психологічний супровід суб'єктів загальної освіти в умовах війни : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2024. 65 с.

15. Журба А. М., Завацький В. Ю. Полімодальний підхід до проблеми подолання посттравматичного стресового розладу внаслідок дії надзвичайних ситуацій. *Збірник наукових праць*. 2020. С. 170–179.

16. Занора А.С. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу до цивільного життя : кваліф. робота магістра зі спеціальності 053 «Психологія». Полтава : Нац. ун-т ім. Юрія Кондратюка, 2024. 123 с.

17. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / за ред. Я.М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

18. Клочек Л., Щирук І. Психологічна допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи*: зб. наук. пр. РДГУ. 2024. Вип. 23. С. 71–78. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.413.

19. Кобець, О. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України*, 2024. С. 53-61.

20. Коваленко І. С., Березан О. І., Помогайбо В. М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Психологія і особистість*. 2023. Вип. 1 (23). С. 263-278.

21. Коваленко, І. Е. Інформаційно-аналітичний супровід підтримки ментального здоров'я українських освітян в умовах воєнного стану. *Імідж сучасного педагога*. 2024. Вип. 4 (217). С. 106-110.

22. Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія». Острог : Вид-во НаУОА, 2024. № 17. С. 21–27.

23. Котова П. Загальна психологічна специфіка переживання посттравматичного стресового розладу військовослужбовцями. *Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни* : зб. наук. матеріалів ІІ Міжнар. наук.-практ. конф., (23–24 травня 2024 р.). Полтава : Нац. ун–т ім. Юрія Кондратюка, 2024. С. 129–133.

24. Крижановська З., Мудрик А. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок переживання травматичного досвіду особистості. *Психологічні студії*. 2024. Вип. 3. С. 32-38.

25. Круковська М. С. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців під час війни в Україні : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія». Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 59 с.

26. Малина О. Г. Особливості психологічної допомоги членам сімей загиблих Захисників і Захисниць України. Шевченко Н. Ф., Ткалич М. Г., Губа Н. О. (ред.). *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society.* Riga: BaltijaPublishing, 2024. С. 103–117. URL: http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/514/13629/28533-1.

27. Малина О. Г. Особливості фахової підготовки психологів Сил оборони України під час війни. *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society.*Riga: BaltijaPublishing, 2023. С. 66–82. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-326-2-5.

28. Малиш В. Є. Стрес та стресові розлади особистості: визначення, діагностика та корекція. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 4 (46). С. 1298–1310. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-1298-1310.

29. Мельник А. П. Психологія посттравматичного стресового розладу : силабус вибіркової дисципліни циклу професійної підготовки бакалаврів спеціальності 053 Психологія освітньо-професійної програми Практична психологія / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк, 2021. 11 с.

30. Міхєєва Л. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 2023. Вип. 4. С. 6-15.

31. Назаренко О. В. Діагностичні критерії психічної бойової травми в практиці сімейного лікаря. *Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 31-ої Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2022»:* Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2022. С. 73–75.

32. Немеш О. Психологічне здоров’я особистості під час війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Вип. 23. С. 131–138. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.401.

33. Основні аспекти реабілітації військовослужбовців / А.А. Левков, С.М. Марченко, М.А. Боголюб, Є.В. Вишар. *Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров’я людини* : зб. наук. пр. Харків : НФУ, 2024. Вип. 5. С. 70–76.

34. Отич О. Сучасні психологічні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень:* збірник наукових праць. Київ. : «Кафедра», 2021. С.44-47.

35. Петреченко, С. А. Посттравматичний синдром у військовослужбовців: причини, симптоми та методи лікування. *Психологія та соціальна робота*. 2023. Вип. 1. С. 30-36.

36. Психічні розлади воєнного часу. Монографія — К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. — 232 с.

37. Соколовська Л. І., Мельник А. П. Теоретико-методологічний аналіз проблем посттравматичного стресового розладу. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: матеріали IV міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 року). Київ: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2022. С. 333–334.

38. Солоненко, О., Розмирська, Ю. Концептуалізація поняття «тривалий травматичний стрес»: від переживання постійного насильства до тривалої травми війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Вип. 23. С. 167-176.

39. Ульянчук З.І., Романовська Л.І. Проективні методи у психодіагностиці та психокорекції наслідків посттравматичного стресового розладу. *Socio-psychological work: innovations, strategies and opportunities*. 2024. С. 79–82.

40. Чорна, В.,Серебреннікова, О. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. Вип. 12 (124). С. 28-39.

41. Шпортун О.М., Савчук З.С. Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 1 (43). С. 951–970. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-951-970.

42. Щирук, І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу й травмування у військовослужбовців та осіб, постраждалих на бойовий стрес. *Наукові записки*. Серія: Психологія. 2024. Вип. 3. С. 87-93.

43. Яцук Н., Говоруха О. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *ScientificCollection «InterConf»*. 2022. № 132. С. 178–181.

44. Hilman A., Kulesha N. Post-TraumaticStressDisorder (PTSD): Theory, Diagnosis, andPracticalAspectsofPsychotherapy. *EuropeanScience*. 2022. Vol. 2(sge14-02). P. 50–66. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-14-02-017.

45. Kulaiets V., Kulaiets N. Післятравматичний стресовий розлад як основний симптомокомплекс типових постстресових розладів у практиці лікаря-інтерніста. *Терапевтика*. 2022. Т. 2(4). С. 22–27. DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.22.

46. Malyna O. Peculiarities of psychological assistance to service men with comb at mental trauma. *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society*. Riga: BaltijaPublishing, 2023. P. 283–297. DOI: 10.30525/978-9934-26-362-0-16.

47. Rybak O. Поняття посттравматичного зростання в позитивній психології. *Psychological Journal*. 2022. Т. 8(4). С. 69–78.

48. Tkachenko N., Aleshchenko O. Основні симптоми посттравматичного стресового розладу. *Journal of Psychology Research*. 2023. Т. 29(12). С. 63–70.

# ДОДАТКИ

## Додаток А

## Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) - це інструмент самозвіту про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5.

Він являє собою шкалу з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР по DSM-5. PCL-5 має допомагає вирішити різні клінічні питання, включаючи:кількісну оцінку та моніторинг симптомів з плином часу; скринінг людей на ПТСР; допомогу в постановці попереднього діагнозу ПТСР.

PCL-5 – це інструмент самооцінки, який можна заповнити приблизно за 5-10 хвилин. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США (NationalCenterfor PTSD). PCL-5 не слід використовувати як самостійний діагностичний інструмент. При розгляді діагнозу необхідно використовувати навички клінічного опитування та рекомендоване структуроване інтерв'ю (наприклад, Clinician-Administered PTSD Scalefor DSM-5, CAPS-5) для визначення діагнозу.

Нижче вказані реакції, які іноді бувають після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця.

| № | Питання | Зовсім ні (0) | Трохи (1) | Помірно (2) | Відчутно (3) | Дуже (4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Думки та спогади, що повторюються і турбують, або нав’язливі картини стресового досвіду з минулого? | | | | | |
| 2 | Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід? | | | | | |
| 3 | Раптове відчуття, ніби стресовий | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)? | | | | | |
| 4 | Відчуття пригнічення, смутку, коли щось нагадувало вам стресову ситуацію з минулого? | | | | | |
| 5 | Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)? | | | | | |
| 6 | Уникання думок або розмов про стресову ситуацію чи минулого або уникання почуттів, пов'язаних із цією ситуацією? | | | | | |
| 7 | Уникання певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам стресову ситуацію з минулого? | | | | | |
| 8 | Труднощі в пригадуванні важливих моментів стресового досвіду з минулого? | | | | | |
| 9 | Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)? | | | | | |
| 10 | Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього? | | | | | |
| 11 | Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором? | | | | | |
| 12 | Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення? | | | | | |
| 13 | Відчуття віддаленості або відокремленості від інших? | | | | | |
| 14 | Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, неможливість відчувати радість або любов до близької людини)? | | | | | |
| 15 | Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка? | | | | | |
| 16 | Ризикова поведінка, яка може зашкодити? | | | | | |
| 17 | Перебування «на взводі» або «на сторожі»? | | | | | |
| 18 | Відчуття гіпертривоги? | | | | | |
| 19 | Труднощі із зосередженістю? | | | | | |
| 20 | Проблеми із засинанням або нічні прокидання? | | | | | |

**Інтерпретація PCL-5.** Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

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

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

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

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

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80.

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

Низький ризик ПТСР — зазвичай, якщо загальний бал менший за 33 (для шкали PCL-5), це може свідчити про відсутність або дуже низький рівень симптомів ПТСР.

Помірний ризик ПТСР — бали в межах 33-44 можуть вказувати на наявність симптомів, але недостатньо виражених для встановлення діагнозу ПТСР.

Високий ризик ПТСР — бали понад 45 вказують на те, що у людини є значні симптоми ПТСР, що вимагають більш детальної оцінки і потенційно можуть призвести до діагнозу.

**Додаток Б**

# ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь ласка, кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення та настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати всі твердження в одній групі, а потім зробити вибір.

**1. Настрій:**

0. Мені не сумно.

1. Мені сумно, я чуюся пригніченим.

2. Я увесь час чуюся сумним, пригніченим і не можу відволіктися від цього стану.

3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

**2. Думки про майбутнє:**

0. Я спокійно думаю про майбутнє.

1. Думки про майбутнє викликають у мене страх та тривогу.

2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.

3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому немає нічого доброго, і я нічого не можу змінити.

**3. Відчуття невдачі:**

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.

2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті тощо).

**4. Задоволення від діяльності:**

0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше, від улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає у мене нудьгу та тугу.

**5. Почуття провини:**

0. Я не відчуваю провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

2. Я дуже часто чуюся поганою людиною, і мене мучить відчуття провини.

3. Мене мучить постійне відчуття провини.

**6. Відчуття покарання:**

0. Я не вважаю, що заслуговую покарання.

1. Я допускаю, що заслуговую покарання.

2. Я вважаю, що маю бути покараний.

3. Я відчуваю, що доля карає мене.

**7. Ставлення до себе:**

0. Я в основному задоволений тим, ким я є.

1. Я незадоволений собою.

2. Я гидкий собі.

3. Я ненавиджу себе.

**8. Самокритика:**

0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.

1. Я критикую себе за слабкості та помилки.

2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.

3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.

**9. Думки про самогубство:**

0. У мене не виникає думок про самогубство.

1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.

2. Я хочу вмерти і планую самогубство.

3. Якщо б була нагода, я б здійснив самогубство.

**10. Плач:**

0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.

1. Я плачу частіше, ніж звичайно.

2. Я увесь час плачу.

3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.

**11. Дратівливість:**

0. Я не дратуюся частіше, ніж звичайно.

1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.

2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.

3. Те, що раніше дратувало мене, тепер стало мені байдуже.

**12. Інтерес до людей:**

0. Я не втратив цікавості до людей.

1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.

2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.

3. Люди мені глибоко байдужі.

**13. Прийняття рішень:**

0. Мені не важче, ніж звичайно, приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше, я зволікаю з прийняттям рішень.

2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.

3. Я не в стані приймати жодних рішень.

**14. Оцінка зовнішності:**

0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.

1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше, ніж звичайно, і старшим, ніж на свій вік.

2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.

3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

**15. Робота:**

0. Мені працюється так, як і раніше.

1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.

2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.

3. Я не в стані працювати.

**16. Сон:**

0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.

1. Я сплю гірше, ніж раніше.

2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно, і мені важко знову заснути.

3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно, і вже не можу заснути.

**17. Втомлюваність:**

0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.

1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

**18. Апетит:**

0. У мене нормальний апетит.

1. У мене погіршився апетит.

2. У мене майже відсутній апетит.

3. У мене зовсім нема апетиту.

**19. Вага:**

0. Моя вага залишається незмінною.

1. За останній час я схуд більш ніж на 3 кг.

2. За останній час я схуд більш ніж на 5 кг.

3. За останній час я схуд більш ніж на 7 кг. *Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні.*

**20. Фізичне здоров'я:**

0. Моє тілесне здоров'я є добрим.

1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори тощо).

2. Я дуже занепокоєний наявними у мене фізичними симптомами.

3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.

**21. Інтерес до статевого життя:**

0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.

1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.

2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.

3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

**Інтерпретація результатів:**

0–13: мінімальна депресія

14–19: легка депресія

20–28: помірна депресія

29–63: важка депресія.

**Додаток В**

## Опитувальник «САМООЦІНКА СТІЙКОСТІ ДО СТРЕСУ»

*(Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової. Київ : Міленіум, 2004. 264 с.)*

Методика дає можливість визначити рівень стресостійкості особистості. Стресостійкість характеризує деяку сукупність особистісних якостей працівника, що дозволяє йому переборювати значні інтелектуальні, вольові й емоційні навантаження, обумовлені професійною діяльністю в умовах змін. Вона виступає умінням ефективно працювати в напруженому ритмі, розв'язувати одночасно декілька завдань у обмежених часових проміжках, оперативно та розумно організувати процес їх виконання.

**Інструкція для учасників дослідження.** Різноманітні негативні чинники нашого життя створюють нервові стани та часто призводять до стресу. Нижче пропонується тест, який дозволить Вам дати самооцінку стійкості до стресу. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

**Текст опитувальника:**

| № | Запитання | Рідко | Іноді | Часто |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Я думаю, що мене недооцінюють в колективі | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Я намагаюсяпрацювати, навітьякщобуваю не цілкомздоровим | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Я постійно переживаю за якістьсвоєїроботи | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Я буваюналаштованимагресивно | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Я не терплю критики на свою адресу | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Я буваюроздратованим | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Я стараюся стати лідером там, де цеможливо | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Мене вважаютьлюдиноюнаполегливою і | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | напористою | | | |
| 9. | Я страждаю на безсоння | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Своїм недругам я можудативідсіч | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Я емоційно і хворобливо переживаю неприємності | 1 | 2 | 3 |
| 12. | У менебракує часу для відпочинку | 1 | 2 | 3 |
| 13. | У меневиникаютьконфліктніситуації | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Менібракуєвлади, щобреалізувати себе | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Менібракує часу, щобзайнятисяулюбленою справою | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Я все роблю швидко | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Я відчуваю страх, щовтрачу роботу | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Я діюгарячково, а потім переживаю за своїсправи та вчинки | 1 | 2 | 3 |

**Обробка та інтерпретація результатів.** Далі підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень Вашої стійкості до стресу.

| **Сумарне число балів** | **РівеньВашоїстійкості до стресу** |
|---|---|
| 43 - 54 | низькийрівень |
| 31 - 42 | середнійрівень |
| 18 - 30 | високийрівень |

Чим менше сумарне число балів Ви набрали, тим вища стійкість до стресу і навпаки.

**Додаток Г**

# МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

## (М. Горська)

**Мета:**виявленнясхильностііндивіда до девіантноїповедінки.

**Форма проведення:**індивідуальначигрупова.

**Час:** 30-45 хв.

**Вік:**із 14 років.

**Інструкціядосліджуваному.** Зараз вам зачитаютьтвердження, навпроти кожного з них ставтеоцінку за таким принципом: якщотвердження вам підходить - то 2, якщо не зовсімпідходить - 1, якщозовсім не підходить — 0.

**Бланк опитувальника**

**1.** Я часто невпевнений у своїх силах.

**2.** Нерідкоменіздаєтьсябезвихідним становище, з якогоможнабуло б знайтивихід.

**3.** Я часто залишаю за собою останнє слово.

**4.** Меніважкозмінюватисвоїзвички.

**5.** Я часто червонію через дрібниці.

**6.** Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.

**7.** Нерідко в розмові я перериваюспіврозмовника.

**8.** Меніважкопереключитися з однієїсправи на іншу.

**9.** Я часто прокидаюсявночі.

**10.** При великих неприємностях я беру провину на себе.

11. Мене легко роздратувати.

**12.** Я дужеобережний у змінісвогожиття.

**13.** Я легко впадаю у розпач.

**14.** Нещастя і невдачінічого мене не вчать.

**15.** Мені доводиться часто робитизауваженняіншим.

**16.** У суперечці мене важкопереконати.

**17.** Я переймаюсянавіть через уявнінеприємності.

**18.** Я часто відмовляюсявідборотьби тому, щовважаюїїмарною.

**19.** Я хочу бути авторитетом для оточення.

**20.** Нерідко не полишають думки, якихслідбуло б позбу¬тися.

**21.** Мене лякаютьтруднощі, з якимизіткнуся в житті.

**22.** Нерідкопочуваюсябеззахисним.

**23.** У будь-якійсправі я не задовольняюсямалим, а хочу досягти максимального успіху.

**24.** Я легко зближуюся з людьми.

**25.** Я часто звертаюувагу на своїнедоліки.

**26.** Інколиуменебуваєпригніченийнастрій.

**27.** Меніважкостримувати себе, коли я гніваюсь.

**28.** Я дужехвилююсь, якщо в моємужиттінесподіванощосьзмінюється.

**29.** Мене легко переконати.

**30.** Я відчуваюрозгубленість, коли у меневиникаютьтруд¬нощі.

**31.** Менібільшеподобаєтьсякерувати, а не підкорятися.

**32.** Нерідко я виявляюупертість.

**33.** Мене хвилює стан могоздоров'я.

**34.** У скрутніхвилини я іноді поводжуся, як дитина.

**35.** У менерізкажестикуляція.

**36.** Я неохоче йду на ризик.

**37.** Я важковитримуюочікуваннячогось.

**38.** Я думаю, щоніколи не зможувиправитисвоїхне¬доліків.

**39.** Я -мстивий.

**40.** Мене засмучуютьнавітьнезначніпорушеннямоїхпланів.

**Обробкарезультатів**

**I. Шкала тривожності**: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

**II. Шкала фрустрації:** 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

**III Шкала агресії:** 3, 7, 11, 15, 19, 23, 37, 31, 35, 39.

**IV Шкала ригідності:** 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 26, 40.

**Інтерпретаціярезультатів.** Для кожноїгрупиможливакількістьбаліввід 0 до 20, де «0»визначається як невиявленийпроявцієї характеристики.

**І. Шкала тривожності - визначаєрівеньздатностііндивіда до відчуттятривоги:**

0-7 балів - низькийрівеньтривожності;

8-11 балів -середнійрівеньтривожності;

12-16 балів - високийрівеньтривожності;

17 балів і більше - дужевисокийрівеньтривожності.

**ІІ. Шкала фрустрації — виявляєступіньрозчарування, яке виникає через реальніабоуявніперешкоди, щозаважаютьдо¬сягненню мети:**

0-7 балів - низькийрівеньфрустрації; 8-9 балів - середнійрівеньфрустрації;

10-15 балів - високийрівеньфрустрації;

16 балів і більше - дужевисокийрівеньфрустрації.

**ІІІ. Шкала агресії — виявляєпідвищенупсихологічнуактив¬ність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентівдопускаєтьсязниженняагресивності**

**від 10 до 0:**

0—10 балів — низькийрівеньагресивності; 11—12 балів — середнійрівеньагресивності; 13—16 балів — високийрівеньагресивності;

17 і більше — дужевисокийрівеньагресивності.

**ІV. Шкала ригідності - ускладнення у змінівизначеноїсуб'єктомдіяльностіза умов, щотакаперебудовасправдіпотрібна. Для осібізсуїцидальноюповедінкою — 13 балів і вище:**

0-10 балів — низькийрівеньригідності;

11-12 балів — середнійрівеньригідності;

13-16 балів — високийрівеньригідності;

17 балів і більше — дужевисокийрівеньригідності.

**Психолог додаєвсібали за 4 шкалами і визначаєпоказникссхильності до суїцидальноїповедінки:**

0-38 балів — рівеньсхильності до суїцидальноїповедінкинизький;

39-45 балів — рівеньсхильності до суїцидальноїповедінкипотребуєуваги до підлітка;

46 балів і більше — рівеньсхильності до суїцидальноїповедінкивисокий, потрібнакорекційна робота.