

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
На правах рукопису

БЕХ ВАЛЕРІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ

УДК: 159.944:616.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПТСР І РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ В.В. Бех

Керівник роботи

Гречуха Ірина Анатоліївна
доктор філософії (спеціальність
«Психологія»), доцент кафедри психології

Житомир – 2024

Висновок кафедри психології

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри психології

№__ від «__» _____ 2024 року.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)_____
(підпис)_____
(науковий ступінь, вчене звання)**Результати захисту магістерської роботи**

Здобувач вищої освіти БЕХ ВАЛЕРІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ захистив
кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК _____ Голошук Каріна Валеріївна

АНОТАЦІЯ

Бех В. В. Психологічна діагностика ПТСР і розладів адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». ОПП «Практична психологія». – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

Магістерська робота присвячена дослідженню методик та підходів до діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і розладів адаптації у військовослужбовців, які перебувають в умовах підвищеного стресу. Робота включає багатовимірний аналіз факторів бойового стресу та їхнього впливу на психічне здоров'я військових.

Проведено аналіз сучасних концепцій діагностики ПТСР, серед яких когнітивно-біхевіоральний, нейробіологічний та соціокультурний підходи. Розглянуто специфіку психічного стану військовослужбовців у бойових умовах, а також роль соціальних і культурних факторів у розвитку розладів адаптації.

Емпіричний розділ базується на використанні низки валідних методик, включаючи: анкету "Стрес-фактори" (авторська методика для оцінки стресогенних чинників бойової діяльності); тест на самооцінку стресостійкості (розроблений В. Семіченком); шкалу впливу травматичних подій (Impact of Event Scale – Revised, IES-R); методики оцінки рівня тривожності та депресії (HADS) та опитувальник діагностики адаптації військовослужбовців.

У ході дослідження проаналізовано рівень стресостійкості, ключові симптоми ПТСР, а також вплив бойових втрат, інтенсивності бойових дій та соціального контексту на психічне здоров'я.

Практичні рекомендації містять стратегії для ранньої діагностики ПТСР і адаптаційних розладів у військових, а також пропозиції щодо впровадження програм психотерапевтичної підтримки. Розроблено підходи до формування

навичок саморегуляції та підвищення психологічної стійкості військовослужбовців. Робота включає теоретичне обґрунтування та практичне застосування методів діагностики і підтримки, спрямованих на ефективну реабілітацію військових та зміцнення їхнього психічного здоров'я.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, бойовий стрес, розлади адаптації, стресостійкість, психологічна діагностика, військовослужбовці.

ABSTRACT

Bekh V. Psychological diagnostics of PTSD and adjustment disorders in military personnel participating in combat operations. – Qualification work as a manuscript.

Qualification work for obtaining the Master's degree in specialty 053 «Psychology». – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

The Master's thesis is devoted to the study of methods and approaches to the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD) and adjustment disorders in military personnel in high-stress conditions. The work includes a multidimensional analysis of combat stress factors and their impact on the mental health of military personnel.

The theoretical section provides an analysis of modern concepts of PTSD diagnostics, including cognitive-behavioral, neurobiological, and sociocultural approaches. The specifics of the mental state of military personnel in combat conditions, as well as the role of social and cultural factors in the development of adjustment disorders, are considered.

The empirical section is based on the use of a number of valid methods, including: the "Stress Factors" questionnaire (author's method for assessing the stressogenic factors of combat activity); a self-assessment test for stress resistance (developed by V. Semichenko); the Impact of Event Scale – Revised (IES-R); methods for assessing the level of anxiety and depression (HADS); and a questionnaire for diagnosing the adaptation of military personnel.

The study analyzed the level of stress resistance, key symptoms of PTSD, and the impact of combat losses, the intensity of hostilities, and social context on mental health.

Practical recommendations include strategies for the early diagnosis of PTSD and adjustment disorders in the military, as well as proposals for the implementation of psychotherapeutic support programs. Approaches to the formation of self-regulation skills and increasing the psychological resilience of military personnel have been developed. The work includes a theoretical justification and practical application of

diagnostic and support methods aimed at the effective rehabilitation of military personnel and strengthening their mental health.

Key words: post-traumatic stress disorder, combat stress, adjustment disorders, stress resistance, psychological diagnostics, military personnel.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР І РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	12
1.1. Аналіз понять ПТСР та розладів адаптації в психологічній науці.....	12
1.2. Сучасні підходи до діагностики ПТСР і розладів адаптації.....	18
1.3. Моделі розвитку ПТСР і розладів адаптації	21
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	28
2.1. Методологія дослідження. Опис методик психологічної діагностики ПТСР та розладів адаптації.	28
2.2. Організація емпіричного дослідження ПТСР і розладів адаптації	33
2.3. Формувальний експеримент.	37
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	58
3.1. Психокорекційна програма, як складова частина психологічного супроводу, її розробка і впровадження.....	58
3.2. Вплив психосоціальних факторів на розвиток ПТСР.	61
3.3. Оцінка ефективності формувального експерименту.....	63
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Актуальність проблеми. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації є одними з найскладніших психічних станів, які стають у військовослужбовців внаслідок переживання екстремальних ситуацій, пов'язаних із бойовими діями. Високий рівень психологічного навантаження у військових збільшує ризик розвитку психічних порушень, що негативно впливає на їх адаптацію до мирного життя та професійної діяльності. Ефективна діагностика ПТСР є першим етапом для надання професійної психологічної допомоги та забезпечення успішної реабілітації. Дослідження з цієї проблематики (зокрема, роботи О. Бойко, К. Гуревича, Л. Казанцева) підробляють вдосконалення методик діагностики, які враховують специфіку військової діяльності.

Разом з тим, сучасна психологічна наука стикається з проблемами, пов'язаними з точністю, універсальністю та адаптивністю існуючих інструментів діагностики ПТСР до спеціальних умов військової служби. Відсутність інтегрованих підходів до діагностики ПТСР обмежує ефективність реабілітаційних програм. У цьому контексті актуальною є розробка науково обґрунтованої моделі діагностики, яка враховує індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців та психосоціальні фактори їхньої діяльності.

Мета дослідження – розробити комплексну модель психологічної діагностики ПТСР та розладів адаптації у військовослужбовців, яка враховує їхню професійну специфіку та соціокультурний контекст.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз сучасних підходів до діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та адаптаційних розладів, щоб визначити їх переваги та недоліки в контексті специфіки військової діяльності.

2. Визначити ключові психологічні особливості та психосоціальні фактори, які впливають на розвиток і перебіг ПТСР у військовослужбовців, зі створення основ для вдосконалення діагностики.

3. Розробити модель інтегрованої діагностики ПТСР, яка запобігає багатовимірному впливу соціальних, культурних, індивідуальних та нейробіологічних факторів, а також специфіку військової діяльності.

4. Проаналізувати ефективність розробленої психокорекційної програми та оцінити її вплив на рівень адаптації та симптоматику ПТСР.

Об'єкт дослідження – психологічні явища, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом та розладами адаптації у військовослужбовців.

Предмет дослідження – особливості діагностики ПТСР та розладів адаптації у військовослужбовців з урахуванням їх професійних та соціальних характеристик.

Гіпотеза дослідження. Ефективність психологічної діагностики та корекції ПТСР у військовослужбовців досягається за умови застосування комплексної психокорекційної програми, розробленої з урахуванням багатовимірного підходу, що інтегрує соціальні, культурні, індивідуальні та нейробіологічні чинники, а також враховує специфіку військової діяльності та особливості бойового досвіду.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Основою є робота вітчизняних і зарубіжних вчених з психології травматичних розладів (К. Гуревич, М. Горвіц), концепції психологічної адаптації та стресу (Н. Selye, R. Lazarus), а також сучасні підходи до діагностики ПТСР. У дослідженні застосовані системний підхід, теорія психологічної травми та методологія емпіричних досліджень.

Методи дослідження. Використані як теоретичні (аналіз літератури, моделювання), емпіричні (анкетування, тестування, експеримент), так і статистичні методи (t-критерій Стьюдента).

Аналіз літератури дозволив ґрунтовно вивчити існуючі дослідження з проблеми психоемоційного стану військовослужбовців з бойовим досвідом, теоретичні моделі ПТСР, стресостійкості та соціально-психологічної адаптації, а також особливості надання психологічної допомоги цій категорії осіб. На основі аналізу літератури та емпіричних даних було розроблено теоретичну модель, яка відображає взаємозв'язок між ключовими факторами, що впливають на психоемоційний стан військовослужбовців з бойовим досвідом.

Емпіричні методи включали анкетування для збору соціально-демографічних даних та інформації про бойовий досвід, а також тестування для оцінки різних аспектів психоемоційного стану, таких як рівень вираженості симптомів ПТСР, стресостійкість, агресивність та соціально-психологічна адаптація. Було проведено експеримент з метою оцінки ефективності розробленої програми психологічної допомоги військовослужбовцям з бойовим досвідом. Для математичної обробки даних використовувалися методи описової статистики та t-критерій Стьюдента для порівняння результатів в експериментальній та контрольній групах. Вибірку дослідження склали 30 військовослужбовців Житомирського базового військового шпиталю віком від 23 до 60 років, які мають бойовий досвід та ознаки психоемоційних порушень. Всі етапи дослідження проводилися з дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

Наукова новизна. Вперше розроблено і науково обґрунтовано багатовимірну модель діагностики та корекції ПТСР, яка враховує соціальні, культурні, індивідуальні та нейробіологічні аспекти впливу бойового досвіду на психологічний стан військовослужбовців. Запропоновано комплексну психокорекційну програму, яка сприяє когнітивно-поведінковій, тілесно-орієнтованій, соціально-психологічній та культурно-значущій інтервенції, спрямованій на зниження симптомів ПТСР та покращення адаптації військовослужбовців. Уточнено ключові психологічні механізми, що лежать на

основі соціально-психологічної адаптації військових до умов мирного життя після бойових дій, зокрема особливості «Я»-концепції, рівня інтернальності, емоційного комфорту та толерантності. Виявлено специфіку гендерних та вікових відмінностей у перебігу ПТСР і адаптаційних розладів, що дозволяє персоналізувати психологічні втручання для різних категорій військовослужбовців.

Практичне значення. Розроблена методика діагностики ПТСР та адаптаційних розладів адаптована до специфіки військових умов, що забезпечує її ефективне застосування в системі психологічного супроводу військовослужбовців. Психокорекційну програму можна інтегрувати в роботу психологів військових частин, центрів реабілітації ветеранів та інших установ, які займаються психологічно за допомогою військових і членів їхніх сімей.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки подальших реабілітаційних програм, створення навчальних курсів для військових психологів та інструкторів, а також для вдосконалення політики у сфері психологічного забезпечення військовослужбовців. Окремі елементи програми (техніки релаксації, тренінги, соціальний навичок, арт-терапія) можуть бути застосовані в загальних програмах психологічного супроводу, що стосуються як військових, так і цивільних осіб, які пережили травматичні події.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Положення та результати дослідження представлені для обговорення на 3 науково-практичних конференціях: Міжнародній мультидисциплінарній науковій інтернет-конференції на тему: «Світ наукових досліджень. Випуск 33» (м. Тернопіль, Україна, м. Ополе, Польща, 19-20 вересня 2024 року); науково-практичній конференції за результатами I туру Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт факультету права, публічного управління та національної безпеки «Студентські наукові читання – 2024» (м. Житомир, Україна; 11 грудня 2024 року) та Міжнародній мультидисциплінарній науковій інтернет-конференції на

тему: «Дев'яносто другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки» (м. Ополе, Польща; 18-19 грудня 2024 року).

Публікації. Теоретичні та емпіричні результати дослідження висвітлено у 3 публікаціях:

1. Бех В.В., Забігайло А.О. Моделі розвитку ПТСР і розладів адаптації. *Дев'яносто другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції* (м. Львів, Україна – м. Ополе, Польща, 18-19 грудня 2024 р.). [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <http://www.spilnota.net.ua/ua/article/id-5093/>

2. Бех В.В., Забігайло А.О. Соціально-психологічне забезпечення Збройних сил України. *Світ наукових досліджень. Випуск 34: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції* (м. Тернопіль, Україна, м. Ополе, Польща, 19-20 вересня 2024 р.) / за ред. : О. Патряк та ін. ГО “Наукова спільнота”, WSZIA w Opolu. Тернопіль: ФО- П Шпак В.Б. 2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.economy-confer.com.ua/full-article/5697/>

3. Бех В.В., Забігайло А.О. Психотерапевтичний вплив при ПТСР у військовослужбовців. *Студентські наукові читання-2024: Матеріали студентської науково-практичної конференції*, 11 грудня 2024 року. Житомир: Поліський національний університет, 2024. (подано до друку).

Апробація та публікації. Основні положення дослідження обговорювалися на конференціях та викладені в наукових публікаціях.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить 79 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР І РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**1.1. Аналіз понять ПТСР та розладів адаптації в психологічній науці**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним розладом, який виникає внаслідок впливу травматичної події, що загрожує життю, фізичної недоторканості або захисту сильного страху, безпорадності чи жаху. ПТСР офіційно класифікується як тривожний розлад і включає три основних кластери симптомів: **нав'язливі спогади**, **уникнення** і **підвищене зм'якнення**, що суттєво впливають на когнітивне, емоційне та соціальне функціонування постраждалого [53;16].

Цей розлад особливо значущий серед військових, після чого він часто є результатом бойових дій, насильницьких втрат побратимів чи свідчення жахливих подій. Військовослужбовці, які взяли участь у бойових діях, підвищуються підвищеному ризику ПТСР через повторюваний та інтенсивний вплив травматичних подій. У глобальному контексті розширення ПТСР серед ветеранів може досягати 30%, що робить його значною соціальною та медичною проблемою [12].

ПТСР також супроводжується високим рівнем супутніх розладів, включаючи депресію, розлади адаптації, зловживання психоактивними речовинами, що ускладнює його діагностику та лікування. додаткового негативного впливу на психічне здоров'я військовослужбовців, розлад значно знижує військову готовність, що має критичне значення для оперативних завдань у зоні бойових дій [22].

Перші згадки про психологічні травми внаслідок бойових дій можна знайти в античній історії. Грецький історик Геродот описував афінського війська, який

осліп після битви при Марафоні в 490 р. до н.е., попри прояв фізичних поранень. Це раннім свідченням впливу стресу на психофізіологічний стан людини [23].

У XVII–XVIII століттях спостерігалися опис станів, які сьогодні можна класифікувати як ПТСР. Наприклад, швейцарський лікар Йоганн Хоффер у 1688 році ввів термін «ностальгія», описуючи хворобливі стани солдатів, які переживали тривожність і депресію після тривалого перебування далеко від дому [58]. У цей період увага була зосереджена переважно на фізичних симптомах, поза концепцією психологічної травми ще не була сформульована.

Під час і після Другої світової війни спостерігалися численні випадки бойових неврозів (*combat fatigue*), які вказували на психологічні слідки бойових дій. У той час термінологія все ще залишилася нечіткою, а підходи до лікування були обмежені [15].

Після Першої світової війни феномен травматичних розладів отримав назву «шок від *обстрілу*» (*shell shock*), що було результатом впливу інтенсивного артилерійського вогнища. Цей термін використовували для позначення як фізичних, так і психологічних наслідків, таких як параліч, втрата мови або пам'яті [49].

У 1980 році Американська психіатрична асоціація офіційно включила ПТСР до третього видання *Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III)*, що заклало основи для його систематичного дослідження [16].

Дослідження ветеранів В'єтнамської війни, а пізніше операції «Enduring Freedom» та «Iraqi Freedom» показали, що від 14% до 23% військових, які повернулися з бойових дій, підвищуються на ПТСР [23;50]. У країнах, які мають активні або завершені військові конфлікти, зокрема в Україні, значно зросла кількість випадків ПТСР серед військових, що потребує вдосконалення діагностики, лікування та реабілітації [44].

Дослідження показують, що бойові стресори (наприклад, спостереження за смертю, отримання поранень) є ключовими факторами ризику розвитку ПТСР серед військових. Тривалий вплив травми під час виконання службових обов'язків також посилює ймовірність розвитку розладу. З огляду на це, ПТСР розглядається не тільки як медична проблема, а й як соціальний феномен, що впливає на інтеграцію ветеранів у суспільство [12;32].

Зважаючи на збільшення локальних та регіональних збройних конфліктів у кінці ХХ – на початку ХХІ століть, зарубіжні та українські вчені приділяли значну увагу проблемі бойового стресу.

Колектив авторів під керівництвом О. Кокун визначив бойовий стрес як переживання військовослужбовця, викликані прямим або опосередкованим впливом стрес-факторів бойової діяльності, що проявляються в емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакціях [44].

І.І. Приходько, досліджуючи вплив військових дій на військовослужбовців, трактує "бойовий стрес" як процес впливу факторів бойової обстановки на психіку, що знижує рівень психологічної безпеки особистості та призводить до появи неспецифічних або специфічних проявів, які можна визначити як "бойова психологічна травма особистості" або "бойова психічна травма" [51].

Попри те, що психологічну травму як самостійне психологічне утворення дослідники почали розглядати наприкінці минулого століття (Ю. Зінченко, Є. Калмикова, М. Кузнєцов, І. Малкіна-Пих, М. Падун, А. Гостов та ін.), чіткого розмежування між поняттями психологічної та психічної травматизації досі немає.

Аналіз робіт багатьох вчених, таких як Н. Агаєв, Ю. Александровський, Л. Балабанова, Л. Гримак, О. Кокун, О. Колесніченко, І. Котеньов, С. Миронець, В. Моргун [39], Ю. Никоненко, В. Осьодло, І. Приходько, В. Стасюк, Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, О. Хміляр, М. Dreznitz, Е. Фоа та ін., показує, що крім окремих донологічних проявів психологічної травматизації, найчастішими

наслідками травматичного стресу є гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад (ГСР) та післятравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Дослідження ПТСР стає все більш актуальним не лише в медичному, але й у соціально-психологічному аспекті через зростання частоти та ступеня вираженості наслідків збройних конфліктів. Ускладнення, що виникають у їх учасників, довго супроводжують їх та їх оточення в мирному житті [54].

ПТСР проявляється переважно емоційно-афективними порушеннями, що розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу як захисна реакція особистості на інтенсивні стресогенні чинники [48], [52].

Стигма "ПТСР" може перетворити військового на потерпілого, підвищуючи ймовірність формування вторинної вигоди від хвороби. Однак, усвідомлення військовим наявності засобів допомоги та навичок їх використання сприяє заспокоєнню, контролю над ситуацією та ефективному подоланню проблем [54].

Основним тригером є вплив травматичних подій, таких як: бойові дії, терористичні атаки, насильство; природні катастрофи, дорожно-транспортні пригоди; особиста втрата або важкі хвороби.

Водночас не всі люди, які зазнали травми, розвивають ПТСР, що розвиваються про важливість індивідуальних (генетики, особистісного рису) та соціальних (рівень підтримки) чинників. Діагноз ПТСР встановлюється за критеріями DSM-5 або МКХ-11, які вимагають травматичної події в анамнезі, а також персистенції симптомів не менше одного місяця [15].

Основними критеріями є: травматичний досвід; наявність принаймні одного симптому кожної з чотирьох груп (інтрузії, уникнення, когнітивні порушення, гіперактивація); значний вплив симптомів на соціальне та професійне функціонування [27].

Таким чином, ПТСР підтримується як стійкий психічний стан, який розвивається після переживання або свідчення подій, що несуть реальну загрозу

життю, здоров'ю чи цілісності особистості. Відповідно до DSM-5, основними симптомами ПТСР є: рекурентні спогади (нав'язливі думки, флешбеки); емоційне та поведінкове уникання ситуацій або тригерів, що нагадують про травму; симптоми гіперактивації (наприклад, порушення сну, сильна дратівливість); негативні зміни в когнітивній сфері (наприклад, почуття провини, депресивні думки).

Поняття "адаптація" є також ключовим у нашому дослідженні, саме тому розглянемо його детальніше. Дослідники вивчають адаптацію з різних боків: вплив стресу на здоров'я (Г. Сельє), фізіологічні механізми пристосування до змін (І. Павлов), вплив трудового середовища на людину.

Хоча єдиного визначення адаптації немає, частина дослідників [28, с. 49] описують її як активну реакцію організму, спрямовану на підтримку рівноваги та пристосування до змін.

Вперше термін "адаптація" з'явився в біології для опису пристосування організмів до середовища [40]. В. Бондаровська [35] виділяє кілька значень цього поняття: процес пристосування, стан рівноваги між організмом і середовищем, результат пристосування та мета, до якої прагне організм.

У науковій літературі [44; 45; 47] також використовують такі поняття, як адаптування, адаптованість, адаптивний цикл, адаптивний ефект та адаптивна ситуація.

В. Горбунова [31, с. 6] вважає адаптацію соціально-психологічним процесом, що веде до стану адаптованості. Г. Нетлюх [31, с. 29] підкреслює важливість як біологічних, так і соціальних аспектів адаптації.

Л. Герасименко [56, с. 85] зазначає, що поняття адаптації використовується в різних науках, зокрема в соціології та психології, де виділяють соціальну та виробничу адаптацію.

Б. Березін [21, с. 58] розглядає адаптацію як взаємодію індивіда та середовища, де індивід активно пристосовується до оточення.

В. Афанасенко [17, с. 91] визначає соціально-психологічну адаптацію як процес, що включає пошукову активність, усвідомлення соціального статусу, ідентифікацію з групою та прийняття її норм.

В. Бабич [18, с. 13] трактує соціальну адаптацію як здатність людини адекватно сприймати дійсність, будувати стосунки, навчатися, працювати та адаптувати свою поведінку.

Соціально-психологічна адаптація – це складний процес взаємодії особистості та середовища, що сприяє реалізації її потенціалу [20]. Л. Боярин [25, с. 55] пов'язує адаптацію з психічним здоров'ям.

С. Чуприна [61, с. 64] описує адаптацію як процес і результат взаємодії людини та середовища, що забезпечує оптимальне пристосування до життя.

Б. Шаповал та І. Рогоза [63] стверджують, що динамічне суспільство вимагає від людини високого рівня активності, а невідповідність його вимогам призводить до порушень адаптації.

Т. Яблонська [65, с. 93] виділяє критерії ефективної адаптації в різних сферах: афективній, поведінковій, когнітивній, особистісній та соціально-психологічній.

РА діагностуються, якщо емоційні або поведінкові симптоми виникають протягом трьох місяців після стресової події та перевищують очікувану норму реакції. Основні критерії: диспропорційна реакція на стресор; порушення соціального функціонування; відсутність критеріїв, що впливають на інші розлади (наприклад, депресії, ПТСР) [39].

РА традиційно викликаються соціально значущими стресорами: втрата роботи, розлучення, соціальна ізоляція. На відміну від ПТСР, стресори для РА є менш травматичними, але тривалішими або хронічними [7].

Отже, розлади адаптації (РА) належать до реактивних розладів і характеризуються труднощами у пристосуванні до життєвих змін або стресових подій. Вони проявляються емоційною нестабільністю, тривожністю, депресією,

а також поведінковими порушеннями (агресія, ізоляція). На відміну від ПТСР, РА обов'язково не пов'язана з катастрофічними подіями, а може виникати внаслідок соціальних, економічних чи особистих стресорів.

Поняття ПТСР та розладів адаптації охоплюють широкий спектр психічних порушень, які виявляються як реакція на травматичні або стресові події. відрізняється на різні етіологічні фактори, ці стани мають спільні патогенетичні механізми, зокрема вплив на когнітивні процеси, емоційний стан та нейробиологічні функції. Комплексне розуміння цих феноменів, включаючи чіткі критерії діагностики, дозволяє ефективно адаптувати методи лікування до індивідуальних потреб потреби.

1.2. Сучасні підходи до діагностики ПТСР і розладів адаптації

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною проблемою для військовослужбовців, які пережили бойові дії або інші травматичні події. Останніми роками було проведено ряд досліджень, які висвітлюють різні аспекти ПТСР, включаючи його розширення, фактори ризику та ефективність лікування. Основні методологічні підходи

Дослідження проблем психічного здоров'я серед (колишніх) військовослужбовців з фізичними вадами [66] підтверджує розширення психічних розладів серед (екс-)військовослужбовців з фізичними ушкодженнями. Дослідження показало, що рівень ПТСР варіює від 2% до 59%, залежно від типу травми та контексту служби. Виявлено, що військовослужбовці з ампутацією мають найвищий ризик розвитку ПТСР.

Результати дослідження [67] проведеного групою вчених під керівництвом Kim et al. щодо впливу бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у корейських військовослужбовців показали, що ветерани з активним бойовим

досвідом мають вищий рівень симптомів ПТСР порівняно з тими, хто не має права брати участь у бойових діях.

Підсумовуючи, представлені дослідження демонструють різноманітність проявів ПТСР у військовослужбовців та необхідність комплексного підходу до його вивчення. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найсерйозніших психічних наслідків участі в бойових діях або переживання травматичних подій. Його розширення серед військовослужбовців обумовлює необхідність всебічного вивчення цього феномена, включаючи аналіз чинників ризику, способів діагностики та методів лікування. Для цієї наукової практики використовуються кілька ключових методів, кожен із яких має свої переваги, недоліки та специфіку застосування.

Крос-секційні дослідження надають цінну інформацію про поширеність ПТСР у певний момент часу. Однак, вони не дозволяють відстежувати динаміку розвитку розладу. Наприклад, дослідження Stevelink et al. (2023) показало, що рівень ПТСР серед ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок у країнах Європи становить близько 45%, тоді як серед ветеранів, які не отримали фізичних травм, цей показник не перевищує 15%. Ці дані свідчать про те, що фізичні травми є сильним предиктором розвитку ПТСР [24]. Ключовими інструментами для таких досліджень є стандартизовані дослідники, як-от *Шкала посттравматичних стресових розладів, керованих клініцистами (CAPS)* або *Контрольний список посттравматичних стресових розладів (PCL)*. Наприклад, дослідження військових, які повернулися із зони активних бойових дій, у США (Scurfield, 2020) показали, що рівень ПТСР у військових із повторними бойовими ротаціями на 30% вищий, ніж у тих, хто один мав досвід служби.

Лонгітюдні дослідження дозволяють вивчати динаміку психічного стану військових протягом тривалого часу, що є їхньою головною перевагою. Цей метод можна оцінити, як травматичний досвід впливає на психіку в довгостроковій перспективі, та ідентифікувати чинників, які сприяють одужанню

чи, навпаки, ураженому стану. Цей підхід дозволяє відстежувати динаміку психічного стану військовослужбовців протягом тривалого часу, наприклад, від моменту демобілізації до інтеграції в мирне життя. Лонгitudні дослідження встановили, що фізичні травми часто є тригером для розвитку ПТСР і супутніх розладів [62].

Наприклад, у дослідженні, проведеному в Ізраїлі [62], військовослужбовці, які виявили важкі поранення, у 65% демонстрували симптоми ПТСР протягом перших 12 місяців після травми. Проте тривалість таких досліджень і висока вартість є серйозними недоліками, які обмежують їх використання. Крім того, значна частина учасників може вибувати з дослідження, що знижує його репрезентативність.

Кейс-контрольні дослідження порівнюють групування військових із ПТСР і без нього, дозволяючи ідентифікувати ключові фактори ризику.

Наприклад, одним із важливих факторів є інтенсивність та частота бойових дій, а також рівень соціальної підтримки після повернення. Дослідження ветеранів В'єтнамської війни [42] показало, що у військовослужбовців із низьким рівнем підтримки родини ризик розвитку ПТСР був удвічі вищим, ніж у тих, хто отримував значну соціальну підтримку. Основна перевага методу виникає у можливості детально аналізувати вплив конкретних чинників на розвиток розладу. Протест складності підбору контрольної групи і ризик необ'єктивності є значними недоліками цього підходу.

Аналіз медичних записів забезпечує доступ до великих виборів і завдяки отриманню об'єктивних даних про розширення ПТСР, його лікування та результати терапії. Дані прогнозувати діагнози, тривалість лікування та результати терапії втратили аналіз лише розширення ПТСР, а й ефективність певних методик психотерапії [41]

Наприклад, дослідження, проведене в Україні [41], показало, що когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) зменшує симптоми ПТСР на 78%

навпроти. є на ці переваги, метод має своє обмеження, пов'язане з ретроспективним характером даних і недостатністю соціально-психологічної інформації.

Кожен із зазначених методів має свої сильні та слабкі сторони, проте їх комбіноване використання може значно підвищити ефективність досліджень. Наприклад, міжсекційні дослідження можуть надати первинну інформацію про розширення ПТСР, яка згодом використовується в лонгітюдних дослідженнях для відстеження змін у часі. Аналіз медичних записів може підтвердити дані про ефективність лікування, отримані іншими методами, тоді як ключові контрольні дослідження допомагають деталізувати фактори ризику. Такий інтегративний підхід забезпечує комплексне розуміння проблеми, ускладнення ефективних стратегій профілактики і терапії, що особливо важливо для підтримки психічного здоров'я військовослужбовців.

1.3. Моделі розвитку ПТСР і розладів адаптації

Для розуміння механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладів адаптації у військовослужбовців необхідно встановити до основних теоретичних моделей. Ці моделі пропонують різні підходи до пояснення того, як травматичні події впливають на психіку людини та призводять до розвитку патологічних симптомів. Розгляд цих підходів дозволяє дослідити складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників, що лежать в основі розвитку цих розладів.

Однією з основних теоретичних моделей є *модель класичного умовного рефлексу*, яка пояснює розвиток ПТСР через механізми асоціативного навчання. У цій моделі травматична подія виконує функцію безумовного стимулу, що викликає сильну емоційну реакцію. Згодом умовні стимули, такі як певні звуки або видимі образи, які асоціюються з травмою, також можуть спровокувати таку

ж реакцію. Це пояснює, чому, наприклад, звуки вибухів можуть викликати паніку у військових, які зазнали травм під час бойових дій. Ця модель добре пояснює механізми виникнення таких симптомів, як інтрузивні спогади, вона обмежена в аналізі когнітивних аспектів, наприклад, румінації або катастрофи [68].

Наступною важливою моделлю є *когнітивно-біхевіоральна модель*, яка акцентує увагу на ролі когнітивних схем. Вона припускає, що травматичний подія порушує базові переконання щодо безпеки, довіри до інших людей і здатності контролювати події. Це порушення когнітивних схем може спричинити уникнення травматичних стимулів та підвищену чутливість до загроз. Наприклад, військовослужбовець може уникати людних місць через страх повторення небезпеки. Хоча ця модель підкреслює значущість когнітивних порушень, існують дискусії щодо того, чи є вони передумовою або наслідком травми [39].

Нейробіологічна модель розглядає ПТСР через призму змін у функціонуванні мозку. Вона підкреслює роль пошкодження у роботі мигдалеподібного тіла (амігдали), гіпокампу та префронтальної кори. Наприклад, гіперактивність амігдали може призвести до підвищеної реактивності на загрози, тоді як знижена активність префронтального корі обмежує здатність контролювати цю реакцію. Гіпокамп, своєю чергою, виконує ключову роль у порушених процесах пам'яті, що пояснює інтрузивні спогади та дисоціативні реакції. Однак модель недостатньо враховує соціокультурні фактори, які можуть модулювати реакцію на травматичні події [27].

Інший підхід, *екологічна модель адаптації*, зосереджується на взаємодії людини із середовищем. Вона враховує не тільки індивідуальні психологічні особливості, а й соціальні та культурні аспекти, такі як підтримка з боку родини чи суспільна стигматизація. Наприклад, у культурах, де військових сприймають як героїв, рівень ПТСР може бути нижчим завдяки позитивному соціальному

середовищу. Ця модель пропонує інтегративний підхід, але іноді її універсальність забезпечує точність при діагностиці індивідуальних випадків [1].

Дискусійними залишаються питання щодо причинно-наслідкових зв'язків між травмою та розвитком ПЦР. Хоча багато дослідників вважають травматичні події основним чинником розвитку розладу, інші звертають увагу на важливість додаткових факторів, таких як генетична хворобливість чи попередні психічні розлади. Наприклад, дослідження Х. Чілкоат та Н. Бреслау (1998) показують, що навіть за подібних лише 20–30% людей розвивають ПТСР [60]. Це підтверджено про значимість окремих і соціальних чинників у формуванні розладу.

Окрему увагу привертає роль когнітивних спотворень, таких як катастрофізація або негативні установки. Дискусії точаться навколо того, чи є ці спотворення передумовою розвитку ПТСР або його наслідком [3]. Крім того, критики DSM-5 звертають увагу на культурну специфіку діагнозу ПТСР, крім його критеріїв, значною мірою орієнтованих на західний контекст, що ускладнює їх застосування в інших культурах [4].

Таким чином, аналіз теоретичних моделей результатів про те, що жодна з них не є універсальною. Інтегративний підхід, який враховує когнітивно-біхевіоральні, нейробіологічні та екологічні аспекти, є найбільш перспективним для розуміння ПТСР. Урахування культурних особливостей та міждисциплінарний підхід сприяє розробці більш ефективних методів діагностики та лікування цього розладу.

Саме тому, запропонуємо авторську теоретичну модель дослідження ПТСР та розладів адаптації, яка базується на інтегративному підході, що впливає на когнітивно-біхевіоральну, нейробіологічну та екологічну складові. Модель враховує багаторівневу природу ПТСР, інтегруючи індивідуальні, соціальні та культурні фактори.

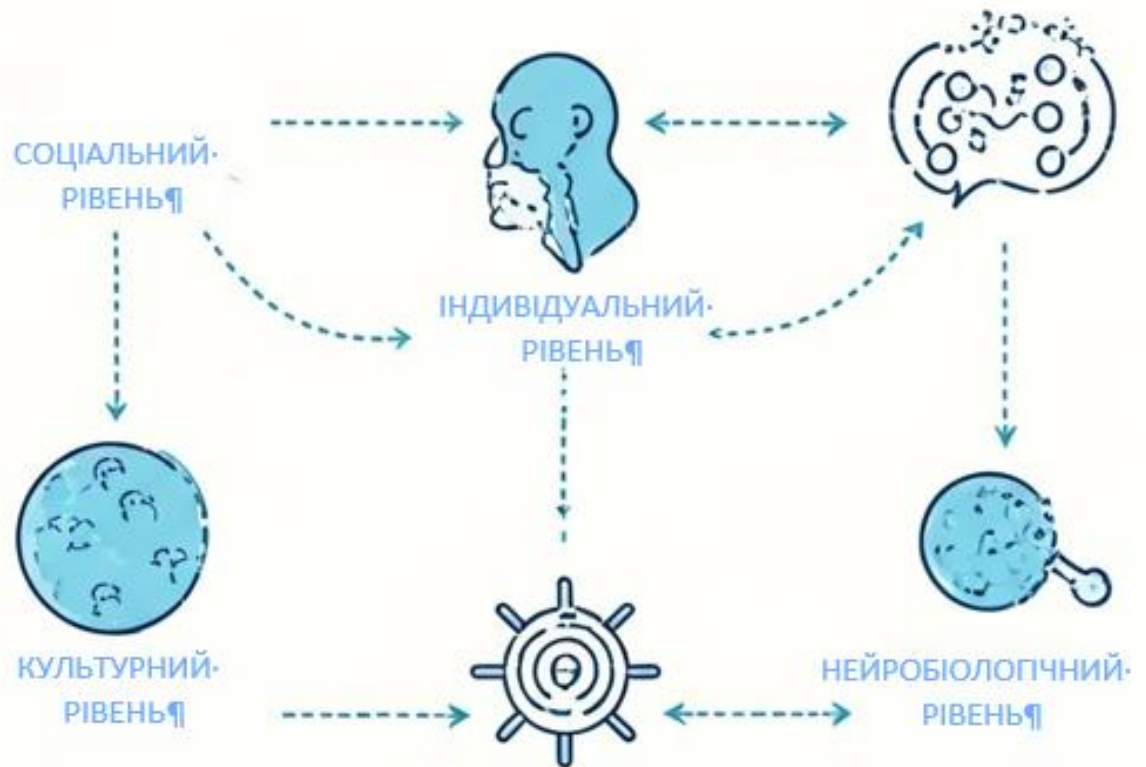


Рис. 1.1. Теоретична модель дослідження ПТСР та розладів адаптації військовослужбовців

Основні компоненти моделі включають кілька рівнів, які детально розкривають різні аспекти впливу на військовослужбовців.

На індивідуальному рівні акцентується увага на особистісних характеристиках військовослужбовця, його психологічних реакціях на травматичні події та внутрішніх ресурсах. Серед когнітивних процесів відзначаються спотворені схеми мислення, зокрема катастрофізація та фіксація на небезпеці. Емоційні реакції можуть проявлятися у вигляді інтенсивного страху, тривоги та депресії. Фізіологічна активація характеризується гіперзбудженням, порушеннями сну та підвищеною реактивністю симпатичної нервової системи.

Соціальний рівень охоплює взаємодію військовослужбовця з найближчим соціальним оточенням. Важливими аспектами є соціальна підтримка, яка надається родиною, друзями та колегами, а також стигматизація — негативні уявлення про психічне здоров'я в середовищі військовослужбовців, що заважають зверненню за допомогою.

На культурному рівні розглядається, як культурний контекст впливає на інтерпретацію переживань військовослужбовців. Наприклад, у східних культурах акцент на груповій гармонії може посилити відчуття провини за пережиту травму. Нормативні очікування, пов'язані з суспільними і професійними стандартами, такими як героїзм і стійкість, також відіграють важливу роль.

Нейробіологічний рівень пов'язаний із порушеннями в функціонуванні мозку, що впливають на реакцію на стрес. Дисфункція амігдали спричиняє гіперреактивність і сильну тривожність, тоді як гіпоактивність префронтальної кори веде до зниження здатності контролювати емоції. Дисрегуляція гіпокампу викликає порушення у формуванні контекстуальних спогадів.

Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в рамках цієї моделі починається з травматичної події, під час якої військовослужбовець переживає біль, що перевищує його адаптивні можливості (наприклад, бойовий досвід або втрата побратимів). Наступним етапом є ініціація когнітивно-емоційних механізмів, коли під впливом травми виникають автоматичні негативні думки та почуття провини або страху.

Далі відбувається нейроізація біологічних механізмів, що призводить до дисбалансу в роботі мозку, зокрема гіпертрофії амігдали та активації гормонів стресу (кортизолу). Це викликає формування поведінкових патернів, таких як уникання нагадувань про травму, агресивність або ізоляцію. Важливим є також модулюючий вплив соціальних і культурних факторів, які можуть сприяти

розвитку або подоланню розладу через рівень соціальної підтримки та стигматизацію.

Практичне значення моделі полягає в її здатності забезпечити мультидисциплінарний підхід до діагностики, що дозволяє ідентифікувати когнітивні та нейробіологічні ураження. У лікуванні модель пропонує інтеграцію когнітивно-біхевіоральної терапії з методами регуляції нейробіологічних механізмів, такими як нейрофідбек. Крім того, врахування соціальних і культурних аспектів відкриває можливості для розробки програм психоосвіти для військовослужбовців та їхніх родин з метою профілактики ПТСР.

Висновки до розділу 1

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним розладом, розвиток якого обумовлений багатофакторною взаємодією індивідуальних, соціальних, культурних і нейробіологічних чинників. Військовослужбовці, які переживають бойові дії, відзначають значний ризик розвитку цього розладу через повторюваний вплив травматичних подій. Особливо важливою є інтеграція даних про когнітивні та емоційні реакції, порушення у функціонуванні мозку, а також соціальні взаємодії та культурний контекст, які можуть як поглиблювати, так і сприяти подоланню наслідків розладу. Наявність таких симптомів, як інтенсивний страх, тривога, нав'язливі спогади, гіперінфекція та соціальна ізоляція, підкреслює важливість цілісного підходу до діагностики.

Запропонована модель дослідження ПТСР і розладів адаптації базується на інтегративному підході, який включає багаторівневий аналіз травматичного впливу, динаміки нейробіологічних і психологічних процесів, а також соціально-культурного середовища. Практичне значення моделі полягає у розробці ефективних методів діагностики, які враховують специфіку проявів ПТСР серед військових, та інноваційних підходів до лікування, таких як когнітивно-

біхевіоральна терапія у поєднанні з нейрофізіологічними методами. незалежно від того, врахування соціальних і культурних аспектів дозволяє адаптувати програми психоосвіти та реабілітації до потреб військовослужбовців, підвищуючи їх.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологія дослідження. Опис методик психологічної діагностики ПЦР та розладів адаптації

Методологія дослідження психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців представляє собою складну, багаторівневу систему наукового пізнання, що обґрунтовується на інтеграції теоретичних концепцій, емпіричних стратегій та валідованого психодіагностичного інструментарію. Фундаментальною особливістю сучасного наукового підходу є врахування багатовимірності травматичного впливу на психіку військовослужбовців, що забезпечує комплексне вивчення нейробіологічних, когнітивних, емоційних та соціально-психологічних механізмів формування посттравматичних стресових розладів [29].

Теоретико-методологічний базис дослідження формується на основі інтеграції провідних наукових парадигм: когнітивно-біхевіорального, екзистенційного, нейробіологічного та психосоціального підходів. Вітчизняні та зарубіжні дослідження Б. Ананьєва, Л. Коробки, Дж. Вілсона, Л. Калхуна створюють концептуальне підґрунтя для розуміння специфіки психологічної адаптації військовослужбовців в умовах бойового стресу. Наукова методологія видалення ключових змінних досліджень: рівень соціальної адаптації, когнітивні трансформації, симптоматика ПТСР, динаміка агресивності та емоційної стабільності [44; 45].

Теоретичні основи психокорекційної роботи з військовослужбовцями, які мають посттравматичний стресовий розлад, формуються на міждисциплінарному підході, що інтегрує фундаментальні положення різних психологічних парадигм. Когнітивно-біхевіоральний підхід розглядає травматичний досвід через призму дезадаптивних поведінкових патернів та когнітивних спотворень, що виникають

внаслідок психічної травми. Психоаналітичний напрямок зосереджується на глибинних несвідомих конфліктах, виражених травматичних переживаннях та їх вплив на підсвідомість військовослужбовця. Екзистенційна психологія акцентує увагу на пошуку особистісного сенсу, подоланні екзистенційної тривоги та реконструкції життєвої траєкторії після травматичних подій. Гуманістична терапія розглядає людину як активний суб'єкт власного зцілення, підкреслюючи потенціал особистісного зростання та самоактуалізації. Трансперсональна психологія пропонує розширений погляд на травму, розглядаючи її як можливість духовної трансформації та досягнення нових рівнів усвідомленості [52].

Стратегії психотерапевтичного впливу при ПТСР являють собою цілесну систему взаємопов'язаних психологічних інтервенцій, спрямованих на комплексне відновлення психічного здоров'я військовослужбовця. Відновлення психоемоційної рівноваги забезпечує поступову стабілізацію емоційного стану через опанування техніки саморегуляції, зниження інтенсивності негативних афективних реакцій та відновлення здатності до контролю над емоційними станами. Трансформація травматичного досвіду включає глибинну психологічну роботу з переосмисленням травматичних спогадів, деконструкцію деструктивних психологічних настанов та інтеграцію травматичного досвіду в цільну життєву наративну структуру. Розвиток особистісної резистентності спрямований на формування внутрішніх психологічних ресурсів протидії стресу, підвищення адаптаційного потенціалу та здатності конструктивно долати життєві труднощі. Формування адаптивних копінг-стратегій забезпечення навчання військовослужбовців ефективним способом подолання стресових ситуацій, розвитку гнучкості поведінкових реакцій та розширення репертуару стратегій совладіння. Відновлення соціально-психологічного функціонування, орієнтоване на реінтеграцію особистості в соціальне середовище, відновлення

порушених комунікативних зв'язків та здатності до повноцінної соціальної взаємодії [55].

Емпірична діагностика розроблена через систему валідованих психодіагностичних методик, адаптованих до специфіки військового контингенту. Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій дозволяє ідентифікувати специфічні симптоми травматизації, включаючи нав'язливі спогади, поведінку уникнення та гіперактивацію. Методика оцінки посттравматичного зростання Тадеші та Калхауна розширює діагностичний простір, досліджуючи потенціал особистісної резилентності та позитивних психологічних трансформацій після травматичного досвіду.

Диференційний вибір психотерапевтичних технік є ключовим елементом ефективної психокорекційної роботи з військовослужбовцями, які мають ПТСР. Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовця призначаються специфіку підбору психотерапевтичного інструментарію, враховуючи особливості його характеру, попередній життєвий досвід, психологічні захисні механізми та ресурсні стратегії. Тяжкість травматизації впливає на вибір інтенсивності та глибини психотерапевтичних втручань, визначаючи необхідність застосування більш глибоких або, навпаки, підтримуючих технік. Наявність коморбідних психічних розладів потребує комплексного міждисциплінарного підходу, який включає не лише психотерапевтичний, але й медикаментозний супровід. Попередній психотерапевтичний досвід військовослужбовця дозволяє врахувати його суб'єктивне ставлення до психологічної допомоги, попередні успіхи або невдачі психотерапії та прийняти найбільш прийнятну для його стратегію роботи [52].

Індивідуальна психотерапія представляє собою персоналізований підхід до подолання наслідків психічної травми, що дозволяє максимально глибоко та детальніше опрацювати травматичний досвід військовослужбовця. Когнітивно-повідінкова терапія спрямована на ідентифікацію та трансформацію

дисфункціональних думок і поведінкових патернів, що виникли внаслідок травматизації. Наративний підхід допоможе реконструювати життєву історію, інтегруючи травматичний досвід у цілесну особистісну розповідь. Десенсибілізація травматичних спогадів передбачає поступове зменшення емоційної інтенсивності болісних переживань через контрольовану експозицію. Тілесно-орієнтована терапія фокусується на звільненні травматичних переживань через тілесні практики та усвідомлення тілесних відчуттів.

Групова психотерапія створює унікальний терапевтичний простір взаємної підтримки та солідарності. Підтримуюча групова терапія забезпечує атмосферу безпеки та прийме, дозволяючи військовослужбовцям відчувати спільність переживання. Групи взаємодопомоги надають можливість обміну досвідом подолання травм та взаємної підтримки. Тренінговий соціальний навичок спрямований на відновлення комунікативної компетентності та навичок міжособистісної взаємодії. Арт-терапевтичні групи пропонують альтернативні канали вираження травматичного досвіду через творчість [46].

Додаткові терапевтичні інтервенції розширюють можливості психокорекційного впливу, пропонуючи різноманітні техніки відновлення психологічного благополуччя. Аутогенне тренування та релаксаційні техніки дозволяють опанувати навички саморегуляції та зниження психоемоційної напруги. Майндфулнес-практики сприяють розвитку усвідомленості, здатності бути присутнім у теперішньому моменті та контролювати потік думок. Тілесно-орієнтована терапія дозволяє вивільнити захоплені емоції та відновити тілесні м'язові блокування. Арт-терапія надає невербальні канали вираження травматичного досвіду, активізуючи творчий потенціал особистості. Бібліотерапія пропонує м'які, опосередковані способи переживання та осмислення травматичних подій через літературні твори.

Статистичний аналіз результатів дослідження включає поглиблений математико-статистичний інструментарій: кореляційний аналіз для встановлення

взаємозв'язків між рівнями соціальної адаптації та вираженістю симптомів ПТСР, факторний аналіз для виявлення ключових предикторів адаптаційного потенціалу. Порівняльний аналіз до-та післятестових результатів дозволяє простежити динаміку психологічних змін у рамках реабілітаційних програм.

Скринінгові методики первинної оцінки психологічного стану військовослужбовців включають спеціалізовані опитування оцінки стрес-факторів, тестів агресивності, тривожності та депресивності. Інтеграція отриманих результатів створює підґрунтя для розробки індивідуалізованих програм психологічної реабілітації, що враховують нейробіологічні, когнітивні та соціально-психологічні особливості кожного військовослужбовця [55].

Таким чином, сучасна методологія дослідження ПТСР військовослужбовців представляє собою складну, багатовимірну систему наукового пізнання, спрямовану на комплексне вивчення психологічних наслідків бойової травми та розробку ефективних стратегій психологічної підтримки та реабілітації.

Ефективна психотерапія ПТСР, на нашу думку, забезпечує комплексні позитивні зміни в психологічному функціонуванні військовослужбовця. Зменшення інтенсивності травматичних симптомів включає послаблення флешбеків, нічних жахів, гіперпільльності та інших проявів посттравматичного стресу. Відновлення адаптаційного потенціалу виражається у підвищенні здатності конструктивно реагувати на стресову ситуацію, гнучкості стратегій поведінки та психоемоційної стійкості. Підвищення якості життя забезпечує відновлення суб'єктивного благополуччя, задоволеності життєвими обставинами та оптимістичної життєвої перспективи. Розвиток посттравматичного зростання розкривається через формування нових життєвих змістів, переоцінку цінностей та усвідомлення особистісного потенціалу. Відновлення соціальних зв'язків включає відбудову порушених комунікативних стосунків, здатність до емпатії та довірливої взаємодії.

2.2. Організація емпіричного дослідження.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Житомирського базового військового шпиталю з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та професійної етики психологічних досліджень. Вибірку склали 30 військовослужбовців віком від 23 до 60 років, які мають бойовий досвід та ознаки психоемоційних порушень. Критеріями підключення до дослідження служили: наявність бойового досвіду, вік від 23 до 60 років, добровільна письмова згода на участь у дослідженні та виявленні тяжких психічних захворювань.

Психодіагностичний інструментарій дослідження було сформовано з урахуванням принципів валідності, надійності та репрезентативності, що комплекс включає п'ять основних діагностичних методик:

Анкета "Стрес-фактори" – авторська методика науково-дослідного відділу військово-психологічних досліджень, спрямована на комплексну діагностику стресогенних чинників бойової діяльності. Методика дозволяє здійснити багатовимірну оцінку психотравмуючих характеристик через поглиблений аналіз інтенсивності бойової активності, значущості бойових завдань, характеру бойових дій та психологічної оцінки бойових втрат.

Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (Т. Кіан) – стандартизована методика діагностики ПТСР, що складається з 35 тверджень та дозволяє здійснити диференційовану оцінку симптоматики посттравматичного стресового розладу. Методика передбачає ідентифікацію симптомів вторгнення, оцінку проявів уникнення, діагностику гіперінфекції та виявлення рівня суїцидного ризику [29].

Тест стресостійкості В. Семіченко – методика, спрямована на комплексну оцінку адаптаційного потенціалу особистості в умовах стресу. Діагностичний

інструментарій дозволяє оцінити здатність військовослужбовця протистояти стресовим навантаженням, проаналізувати механізми психологічного захисту та адаптацію індивідуальних ресурсів особистісної саморегуляції [45].

Тест оцінки агресивності А. Відвід Ассінгера – діагностичний інструмент для вивчення комунікативної агресивності, що передбачає визначення рівня агресивності в міжособистісних стосунках, оцінку комунікативної толерантності та деструктивних поведінкових патернів.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда – це інструмент, який дозволяє дослідити рівень адаптованості особистості до соціального середовища. Він спрямований на виявлення ступеня відповідності між "Я"-концепцією індивіда та його сприйняттям навколишнього світу, а також на оцінку ефективності його взаємодії з іншими людьми [45].

Процедура дослідження реалізовувалася в трьох наступних етапах: підготовчий (розробка програми та підбір методик), емпіричний (безпосереднє проведення психодіагностики) та аналітичний (статистична обробка та інтерпретація результатів). Математико-статистичний аналіз включає методи описової статистики, кореляційний та факторний аналіз, а також критерій χ^2 (хі-квадрат) для перевірки статистичних гіпотез.

Методологічна кореляція психодіагностичного інструментарію з авторською моделлю дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) військовослужбовців демонструє собою складну, багаторівневу систему наукового пізнання психологічних механізмів травматизації особистості.

Концептуальна валідація діагностичного комплексу базується на принципах системного, міждисциплінарного підходу, що забезпечує комплексне вивчення психоемоційних порушень через взаємодію індивідуальних, соціальних, культурних та нейробіологічних чинників. Методологічний інструментарій розроблено з урахуванням фундаментальних положень клінічної психології, психології екстремальних станів та військової психології.

На індивідуальному рівні діагностичний комплекс забезпечує поглиблену оцінку психологічних характеристик військовослужбовця через місісіпську шкалу оцінки посттравматичних реакцій. Методика дозволяє ідентифікувати когнітивні спотворення, емоційні деформації та фізіологічні дисфункції, що виникають внаслідок бойової травматизації. Діагностичний інструментарій фокусується на виявленні патернів катастроф, фіксації на небезпеці, інтенсивності страху, тривоги та депресивних станів.

Дослідження соціального рівня реалізується через тест оцінки агресивності. Ассінгера, який надає можливість комплексного аналізу комунікативних бар'єрів, виявлених міжособистісних конфліктів та особливостей соціальної взаємодії військовослужбовців у постстресовий період. Методика дозволяє діагностувати латентно-деструктивні поведінкові патерни, що виникають внаслідок психологічної травматизації.

Культурологічний вимір психодіагностики забезпечується авторською анкетною "Стрес-фактори", яка дає можливість оцінити вплив професійних стандартів, соціокультурних очікувань та нормативних уявлень про героїзм і стійкість на психологічне функціонування службовців. Методика розкриває глибинні механізми впливу соціально-культурного контексту на процеси адаптації та подолання наслідків бойового стресу.

Дослідження нейробиологічного рівня реалізується через тест стресостійкості. Семіченко, що дозволяє діагностувати механізми психологічного захисту, оцінити адаптаційний потенціал та дослідити нейрофізіологічні реакції на стресогенні впливи. Методика дає можливість ідентифікувати приховані резерви психічної регуляції та компенсаторні механізми подолання травматичного стресу.

Інтеграційний потенціал діагностичного комплексу виявляється в здатності: простежити динаміку розвитку ПЦР; ідентифікувати когнітивно-

емоційні механізми травматизації; оцінити нейробіологічні порушення; соціально-психологічні детермінанти розладу.

Методологічні принципи діагностики включають холістичний підхід, інтегративність, багаторівність, врахування індивідуальних особливостей та системність дослідження. Практичне значення розробленого діагностичного інструментарію виявляється в можливості здійснення мультидисциплінарної діагностики, ідентифікації когнітивних та нейробіологічних уражень, розробки індивідуалізованих реабілітаційних стратегій та профілактики вторинної травматизації.

Перспективними напрямками подальшого вдосконалення діагностичного комплексу є поглиблення психодіагностичного контексту, розширення методологічного інструментарію, нейробіологічних методів дослідження та розробка превентивних програм психологічного супроводу військовослужбовців.

Таким чином, представлений психодіагностичний інструментарій повною мірою корелюється з авторською моделлю дослідження ПТСР, забезпечуючи всебічне, науково обґрунтоване вивчення психологічних наслідків бойової травми через багаторівневий, міждисциплінарний підхід. Що у свою чергу дозволило здійснити багаторівневу діагностику ПТСР, визначити індивідуально-психологічні особливості травматизації, розробити диференційовані реабілітаційні стратегії та прогнозувати ризики дезадаптації військовослужбовців.

Таким чином, представлена методологія психодіагностичного дослідження ПТСР у військовослужбовців забезпечує всебічне, науково обґрунтоване вивчення психологічних наслідків бойової травми, створюючи підґрунтя для розробки ефективних програм психологічної реабілітації та супроводу.

2.3. Формувальний експеримент.

У рамках нашого дослідження першою була використана анкета «Стрес-фактори», яка слугувала інструментом для збору інформації про ставлення військовослужбовців до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та пов'язаних із ним питань. Анкетування проводилося онлайн, забезпечуючи анонімність учасників та можливість висловлювати їхню думку у вільній формі. Безкоштовних стандартних демографічних питань, основний блок анкет складався з 10 відкритих запитань, які дозволяли респондентам вводити будь-яку кількість інформації за власними бажаннями, використовуючи власне слово. Ці запитання були спрямовані на вивчення рівня відомостей про ПТСР, його симптоми, способи лікування, а також ставлення до людей, які користуються терапією або медикаментозним лікуванням цього розладу.

Щоб оцінити рівень знань про ПТСР, учасникам пропонували дати визначення цього розладу, описати його симптоматику та перерахувати бажані методи лікування. Для аналізу рівня стигматизації учасники запитували про їх сприйняття людей із розладами психічного здоров'я, зокрема тих, хто проходить терапію або використовує ліки для лікування ПТСР. При цьому респондентів не змушували розкривати особисту інформацію, пов'язану зі здоров'ям або конкретними діагнозами, хоча деякі з них добровільно поділилися своєю досвідом.

Зібрані дані аналізуються за допомогою загального індуктивного підходу, що включає ідентифікацію ключових тем у відповідях. Для забезпечення точності аналізу дослідницька команда зустрічалася для отримання даних і досягнення консенсусу щодо перегляду інтерпретації інформації. Окремі виділення основних тем, відповідні респонденти кодувалися залежно від загального тону (позитивний, негативний, нейтральний) та точності поданої інформації. Відповіді, що стосувалися сприйняття людей із ПТСР, аналізувалися

на наявність стигматизації, а учасники, які формулювали унікальні чи характерні думки, цитувалися для остаточних визначених тем.

Щодо визначення ПТСР, 60% (n=18) респондентів наголосили на травмі як центральному елементі цього розладу. 26% (n=7) вважали його психологічним чи психічним розладом, а 28% (n=8) використовували перелік симптомів для опису. Ще 16% (n=4) акцентували увагу на тривалості симптомів, вживаючи такі фрази, як «тривалий» ефект чи «безкінечний спогад». Деякі респонденти (10%; n=3) підкреслювали, що ПТСР може виникати не тільки в тих, хто одночасно пережив травму, але й у свідків травматичних подій.

Ці дані, наведені в таблиці 2.1, демонструють різноманітність підходів респондентів до розуміння ПТСР і відображають важливість врахування цих перспектив у психологічній діагностиці та реабілітації військовослужбовців. Використані слова та фрази підкреслюють глибоке сприйняття складності цього розладу, а також вказують на необхідність подальших досліджень у напрямку зменшення стигматизації та покращення обізнаності про ПТСР.

Таблиця 2.1

Слова/фрази, які найчастіше використовуються респондентами для визначення ПТСР

Травма	Розлад психічного здоров'я	Список симптомів	Наполегливість	Свідок травми
60%	26%	28%	16%	10%
(n = 18)	(n = 7)	(n = 8)	(n = 4)	(n = 3)

Відповіді респондентів відображали широкий спектр проявів і асоціацій, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Якщо деякі респонденти згадували кілька аспектів або посилалися на різні слова і фрази, загальний відсоток відповідей перевищував 100%. Один із респондентів, чий брат проходив військову службу, узагальнив ПТСР одним словом — «хреновий» (Респондент №17), передаючи через суб'єктивне сприйняття гостроту проблеми.

Інші респонденти акцентували увагу на важливості медикаментозного лікування та психотерапії у боротьбі з наслідками ПТСР.

Кілька учасників дослідження (28%; $n = 8$) підкреслили, що ПТСР негативно впливає на всі сторони життя, знижуючи його якість і знижуючи здатність людини до соціальної та професійної адаптації. Деякі (10%; $n = 3$) називали ПТСР формою тривожного розладу, тоді як інші (12%; $n = 6$) вказали на його складність у числі та ймовірність того, що цей стан може залишитися пошкодженим. Один із респондентів навів приклад, пов'язаний із переживанням минулих досягнень, інакше, що людина, яка занадто зосереджена на відключених моментах зі свого життя, може мати симптоми ПТСР. Наприклад, «35-річний чоловік, який постійно відвідує футбольні ігри середньої школи, щоб заново пережити моменти свого життя» (Респондент №17).

Окремі респонденти зазначили прагнення уникати будь-яких нагадувань про травматичний досвід. Один із них повідомляє, що свідомо відмовляється від будь-яких символів, пов'язаних із війною на Донбасі, наприклад, кепок або нашівок, аби дистанцію цього віддавати періоду свого життя. Проте він визнав, що часто залишається у стані «боездатності» (Респондент №30). Ще одна група респондентів вважала ПТСР нетиповою або дезадаптивною реакцією на травму (6%; $n = 2$). Деякі асоціювали цей розлад із виснаженням (4%; $n = 2$), життєвими зривами, емоційними нестабільностями чи розривом між травмою та адаптацією до суспільства (Респонденти №12, №24, №26). Один із учасників підкреслив руйнівний потенціал ПТСР, крім того, що якщо не лікувати цей стан, він може «зруйнувати життя», як це сталося з його друзями-ветеранами (Респондент №6).

Коли респондентам пропонували описати, які образи чи фрази асоціюються у них із терміном «ПТСР», найбільш поширеними були війна, бойові дії та ветерани (52%; $n = 16$). Іншим за частотою згадуванням були кошмари (16%; $n = 5$). Серед конкретних конфліктів назвали лише події на Донбасі, які були відзначені двома респондентами. Таким чином, відповіді демонструють

різноманітність інтерпретацій та емоційних асоціацій, підкреслюючи складність і багатогранність сприйняття ПТСР у різних людей.

Таблиця 2.2

Фрази/зображення, які респонденти асоціюють із симптомами ПТСР

«Військовослужбовці»
«Почуття безпорадності і тривоги»
«Прошу, щоб усі молоді військовослужбовці лікувались»
«Індивіди відчувають дискомфорт у власній шкірі в звичайному нормальному оточенні через минулий досвід»
«Я думаю про невиліковний біль»
«Люди, які поранені та розбиті чимось, над чим вони не мали контролю»
«Маріуполь. Протест. Самотній. Страшний. Чому»

Аналіз даних таблиці 2.3 демонструє, що найбільш розширеними симптомами ПТСР серед респондентів є травматичні кошмари, флешбеки та порушення сну, що вказує на значний вплив травматичних переживань на психоемоційну та фізіологічну сферу. Менш поширеними є симптоми уникнення та когнітивно-емоційних змін, що можуть свідчити про різницю у ступені вираженості цих ознак у виборі. Усі категорії симптомів взаємопов'язані, формуючи комплексний портрет розладу, який потребує цільного підходу до діагностики.

Таблиця 2.3

Симптоми ПТСР, правильно визначені респондентами

Критерій В: Втручання/повторне переживання	Респонденти, які дали таку відповідь, (%)
Нав'язливі думки або спогади	8
Травматичні кошмари	40
Дисоціативна реакція (флешбеки)	36
Сильний дистрес після нагадувань	14
Фізіологічна реактивність після нагадувань	4
Критерій С: Уникнення	
Уникнення думок/почуттів, пов'язаних із травмою	2

Уникнення нагадувань, пов'язаних із травмою	6
Критерій D: Негативні зміни в настрої/пізнанні	
Нездатність пригадати ключові ознаки травми	6
Стійкі негативні переконання	1
Постійне спотворене звинувачення себе чи інших	3
Постійні негативні емоції, пов'язані з травмою	4
Помітно знижений інтерес до діяльності	6
Почуття відчуженості	14
Звужений афект	2
Критерій E: Підвищене збудження	
Дратівливість або агресивна поведінка	5
Саморуйнівна або необачна поведінка	12
Гіпернастороженість	22
Перебільшена реакція переляку	11
Проблеми з концентрацією	12
Порушення сну	32

Отже, симптоматика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проявляється через низьку характеристику ознак, згрупованих відповідно до критеріїв DSM-5. Найбільш розширеним критерієм є втручання/повторне переживання (Критерій B), до якого належать травматичні кошмари (40%) і дисоціативні реакції у складі флешбеків (36%). Ці прояви вказують на значну хворість респондентів до повторного переживання травматичних подій, що супроводжуються сильними душевними та фізіологічними реакціями. Сильний дистрес після нагадувань становив 14% опитаних, а фізіологічну реактивність — 4%, що впливає на вплив тригерів на психоемоційний стан. Нав'язливі думки або спогади відзначили лише 8%, що, ймовірно, пов'язано з недостатньою усвідомленістю або замаскованістю цих проявів.

Симптоми уникнення (Критерій C) виражені менш розширеними: уникнення думок чи почуттів, пов'язаних із травмою, зафіксували лише 2%, а уникнення нагадувань — 6%. Це можна свідчити про те, що механізми уникнення є менш характерними для респондентів, проте вони також відображають певні стратегії захисту. Негативні зміни в настрої та когнітивній сфері (Критерій D) проявляються через різноманітні симптоми, такі як неспроможність пригадати

ключові ознаки травми (6%), стійкі негативні переконання (1%), постійне спотворене звинувачення себе чи інших (3%), а також постійні негативні емоції (4%). Почуття відчуженості, яке зазначили 14% респондентів, є числом показників соціальної ізоляції та емоційного відчуження, тоді як зниження інтересу до діяльності (6%) і звужений афект (2%) вказують на емоційне приглушення.

Критерій підвищеного збудження (Критерій E) був представлений такими симптомами, як порушення сну (32%), гіпернастороженність (22%), підвищена реакція переляку (11%) і саморуйнівна поведінка (12%). Ці дані свідчать про значну частоту психофізіологічного збудження серед респондентів. Крім того, проблеми з концентрацією (12%) і дратівливість (5%) вказують на складнощі в емоційній регуляції та когнітивній функціональності.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що найбільш розширеними проявами ПТСР є повторне переживання травматичних подій у формі кошмарів, флешбеків та порушення сну, що впливає на глибокий вплив травми на психоемоційний стан. Менш вираженими ви страждаєте від захворювань уникнення та когнітивно-емоційних змін, які все є штучними для комплексної оцінки розладу. Загалом, симптоми ПТСР формують багатогранний клінічний портрет, який потребує інтегративного підходу до діагностики та терапії.

Феноменологія травматичних подій у контексті генезису посттравматичного стресового розладу. Методологія дослідження травматичних подій передбачає комплексний аналіз психотравмуючих чинників, які зазвичай детермінують розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Науковий підхід до вивчення травматичного досвіду обґрунтовується на системному розумінні психологічних механізмів впливу екстремальних подій на психіку особистості.

Емпіричне дослідження типології травматичних подій відбувалося шляхом опитування респондентів з призначення ідентифікації та класифікації психотравмуючих чинників, здатних ініціювати розвиток посттравматичної симптоматики. Методологія дослідження передбачала використання наративного підходу, що дозволяє розкрити суб'єктивні переживання та особистісні інтерпретації травматичного досвіду.

Концептуальною основою дослідження служили сучасні психологічні теорії травматизації, які розглядають травматичну подію як складний, багатовимірний психологічний феномен, що виходить за межі простої фіксації зовнішніх елементів. Травматичні події розглядаються не тільки як об'єктивні подразники, але й як суб'єктивно значущі психологічні конструкції, що мають індивідуальну інтерпретацію та унікальний емоційний резонанс. Ці результати відображені в таблиці 2.4.

Таблиця 2. 4

Травми, які, на думку респондентів, можуть призвести до ПТСР

Тип травми	Респонденти, які дали таку відповідь (%)
Бойовий досвід	29
Війна (свідок або жертва)	26
Сексуальне насильство/зґвалтування	24
Зловживання	18
Смерть близької людини	21
Природна катастрофа	11
Жертва фізичного нападу	14
Дорожня аварія	8
Досвід близької смерті	11
Вбивати когось	14

Аналіз даних таблиці 2.4 демонструє, що респонденти виділяють різноманітні типи травматичних подій, які можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). згадуваними причинами є

бойовий досвід (29%) та участь у війні, як у ролі свідка, так і жертви (26%). Ці результати підтверджують, що бойові дії та конфлікти мають найбільший вплив на розвиток ПТСР, хоча вони часто поєднують фізичну безпеку, емоційний стрес та внутрішньо близьких.

Суттєвим фактором ризику є також сексуальне насильство або зґвалтування, що відзначили 24% респондентів. Це вказує на особливу травматичність подій, пов'язаних із насильством над особистістю, які часто мають тривалий вплив на емоційний стан та соціальну адаптацію. Смерть близької людини (21%) займає значне місце серед причин ПТСР, підкреслюючи важливість втрати у формуванні тривалого стресового розладу.

Інші форми травми, такі як зловживання (18%), жертва фізичного нападу (14%) та досвід вбивства когось (14%), також демонструють значний вплив на психіку. Ці події відображають фізичне насильство або моральні дилеми, які створюють умови для розвитку глибоких психологічних порушень. Природні катастрофи (11%) та досвід близької смерті (11%) викликають травми, пов'язані зі середньою загрозою життя, а дорожні аварії (8%) є менш розширеними, але виробництва тригером ПТСР.

Загалом, дані показують, що різноманітні травматичні події, як-то військові конфлікти, особисте насильство чи катастрофи, мають потужний вплив на психічний стан людей. При цьому найбільше ризикують ті, хто зазнав багатоаспектного або системного впливу травматичних подій, таких як війна чи сексуальне насильство. Ці результати підкреслюють наявність комплексного підходу до оцінки травматичного досвіду, який враховує як суттєві травми, так і особи.

Типи осіб із ризиком ПТСР. Аналіз відповідей респондентів показує, що найчастіше висловлювалося припущення, що будь-яка людина, яка пережила травматичний досвід, може бути в зоні ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цю точку зору підтримали 82% (n = 25) опитаних.

Військовослужбовці були виділені як друга група підвищеного ризику (26%; n = 7), що відображає високу психологічну уразливість осіб, які беруть участь у бойових діях. Третю позицію зайняв персонал екстреної допомоги, про якого згадали 12% (n = 4) респондентів, що підкреслює стресову природу їхньої роботи.

Опис осіб із ПТСР. У відповідях на запитання про характеристики осіб із ПТСР переважали негативні уявлення, що відображають стигматизацію психічного здоров'я. Негативно забарвлені описи, такі як «жертва», «замучений», «проблемний», «самотній» та «зламаний», склали 58% (n = 18) відповідей. Водночас 18% (n = 5) респондентів використовували позитивні слова, зокрема «вижив», «боєць», «гідний», «сильний» і «хоробрий», що вказує на підтримку ідеї про внутрішню стійкість осіб із ПТСР. Нейтральні відповіді, які використовували 24% (n = 7) опитаних, підкреслювали, що хвороба не визначає людину як особистість. Прикладом таких відповідей є: «Це просто людина» та «потребує допомоги».

Методи лікування ПТСР. Найпоширенішим методом лікування ПТСР, згідно з респондентами, є консультування або психотерапія, яку згадали 71% (n = 22) опитаних. Другим за популярністю методом є медикаментозне лікування, про яке зазначили 64% (n = 18), зокрема використання канабісу, антидепресантів та анксиолітиків. Групова терапія або участь у групах підтримки, таких як «групи ветеранів», була відзначена 32% (n = 8) респондентів. Експозиційну терапію назвали 21% (n = 5) респондентів. Інші зазначені методи включали соціальну підтримку від сім'ї та друзів (11%), медитацію (8%), фізичні вправи (9%) та хобі чи діяльність, спрямовану на емоційне відновлення (15%). Декілька респондентів наголосили на важливості віри в процесі лікування. Більшість учасників дослідження запропонували більше одного методу лікування, що вказує на багатовимірний підхід до терапії ПТСР.

Загалом, ці результати демонструють, що підходи до лікування ПТСР є багатогранними та включають як психологічну, так і фармакологічну складову.

Важливу роль у процесі реабілітації відіграють соціальна підтримка, групова терапія та методи релаксації, які сприяють відновленню психоемоційного балансу. Більшість респондентів надавали більше однієї відповіді на запитання, тому загальна сума відсотків перевищує 100%. Ці дані наведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Методи лікування ПТСР, визначені респондентами

Лікування	Респонденти, які дали таку відповідь, (%)
Консультування/терапія	71
Ліки	64
Групова терапія/групи підтримки	32
Експозиційна терапія	21
Соціальна підтримка з боку родини/друзів	11
Медитація	8
Хобі/діяльність	15
Вправа	9

Сприйняття лікування. Коли попросили описати когось, хто займається лікуванням психічного здоров'я (консультуванням або терапією) для встановлення діагнозу ПТСР, то 96% (n = 29) респондентів надали слова та/або фрази з позитивними конотаціями. Найпоширенішими відповідями були «сильний» (28%; n = 8) і сміливий/сміливий (28%; n = 8). Негативно сформульовані відповіді включали посилення на те, що особа «стурбована» і що «занадто мало» шукають лікування. Коли їх попросили назвати слова/фрази, щоб описати людину, яка приймає призначені ліки для лікування симптомів посттравматичних стресових розладів, 56% (n = 17) респондентів дали відповідь, яка зображує особу в позитивному ключі. Проте 28% (n = 8) респондентів надали слова та/або фрази, які негативно описували особу. З них 5% (n = 2) висловили стурбованість використанням ліків, причому один респондент назвав це «прив'язкою» (Респондент №30), а інший заявив, що людина, яка приймає ліки, є «бомбою уповільненої дії» (Респондент № 28). Крім того, 28,5% (n = 9) тих, хто

відповів негативно на це запитання, заявили, що ліків «недостатньо» для лікування ПТСР. Нарешті, 16% (n = 5) респондентів дали відповідь, яка описала себе як байдужого або байдужого до того, хто приймає ліки.

Рівень догляду. У таблиці 2.6 наведено вибрані цитати респондентів щодо рівня догляду за військовослужбовцями з проявами симптомів ПТСР. Відповіді щодо недостатнього рівня догляду надали 74% (n = 23) респондентів. Решта 26% (n = 7) респондентів заявили, що не мають достатньо інформації, щоб дати відповідь на це запитання. Жоден респондент не дав відповіді, яка б вказала на те, що він або вона вважає поточний рівень послуг достатнім. З тих, хто надав відповідь, 6% (n = 2) заявили, що вони вважають, що послуги покращуються, а 4% (n = 1) заявили, що вони відчувають, що послуги не використовуються через стигматизацію навколо психіатричної допомоги в армії.

Таблиця 2.6

Переконання щодо послуг, доступних військовослужбовцям для лікування симптомів ПТСР

«Яне вірю, що є достатньо послуг; наші лікарі та військовослужбовці борються за наш Україну, і наша країна повинна боротися за них; мизобов'язанієм набагато більше, ніж вони отримують»
«Нам потрібно більше підтримувати військовослужбовців»
«Недостатньо допомоги.Є багато проблем, і їх потрібно значно покращити. Ми повинні поважати і допомагати тим, хто служить нашій країні, і надавати їм необхідну допомогу, як фізичну, так і моральну».
«Вони відчувають, що одужують, але у нас все ще недостатньо ресурсів для задоволення потреб усіх поранених ветеранів»
«Хоча послуги доступні, збентеження, з яким стикаються ветерани при проходженні лікування, заважає їм використовувати наявні ресурси»

Метою даного дослідження було вивчення взаємозв'язку між військовою службою та сприйняттям посттравматичного стресового розладу (ПТСР) шляхом

аналізу даних, отриманих через проведення відкритих опитувань серед військовослужбовців. Згідно з наявними даними, від 10% до 30% осіб, які брали участь у бойових діях, протягом життя можуть розвинути ПТСР. Виявлення специфічних аспектів сприйняття, переконань та знань щодо ПТСР і його діагностики має потенціал для розробки інформаційних кампаній, спрямованих на підвищення обізнаності населення та зменшення стигматизації цього розладу. Такі заходи можуть сприяти поліпшенню розуміння ПТСР і розширенню доступу до необхідної медичної допомоги. Крім того, загальна грамотність у сфері здоров'я асоціюється з кращими показниками стану здоров'я, а грамотність у сфері психічного здоров'я, як доведено, зменшує упередження щодо психічних розладів і посилює соціальну підтримку, яку суспільство надає особам із психічними діагнозами.

Згідно з методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Т. Кеапе), що застосовувалась для уточнення специфіки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) залежно від основних груп симптомів, було встановлено наступне: ПТСР не був діагностований у жодного з досліджуваних. Однак симптоми, характерні для ПТСР, спостерігалися у 18 військовослужбовців (60% від загальної вибірки), тоді як 7 осіб (23% вибірки) виявили високий рівень адаптованості. Це свідчить про те, що у більшості респондентів відзначається задовільний рівень соціальної адаптації, незважаючи на тривале перебування у зоні бойових дій. Крім того, було проаналізовано та визначено домінуючі критерії проявів ПТСР серед військовослужбовців. Результати наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (Т.М. Кеапе))

Критерії	Кількість	%
Уникнення	9	30
Вторгнення	5	17

Збудливість	12	40
Провина	4	13

Аналізуючи кількісні показники критеріїв прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (Т.М. Кеапе), можна виділити кілька ключових тенденцій. Найбільш поширеним критерієм серед досліджуваних виявилася збудливість, яку зафіксовано у 12 осіб, що становить 40% вибірки. Цей симптом характеризується підвищеною пильністю, дратівливістю, труднощами зі сном та емоційною напругою. Домінування цього критерію може вказувати на високий рівень психофізіологічного напруження у військовослужбовців, що є типовою реакцією на тривалий стрес.

Другим за поширеністю критерієм є уникнення, яке спостерігалось у 9 осіб, тобто у 30% вибірки. Уникнення включає прагнення уникати спогадів, ситуацій або подразників, що нагадують про травматичний досвід. Це свідчить про активне залучення психологічних захисних механізмів, які допомагають уникнути повторного переживання травматичного досвіду, але водночас можуть ускладнювати адаптацію.

Менш поширеним критерієм виявилось вторгнення, яке зустрічається у 5 осіб (17% вибірки). Воно проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків чи нічних кошмарів, що відображають травматичний досвід. Низька частота цього симптому може свідчити про те, що більшість респондентів змогли певною мірою впоратися з інтрузивними спогадами, хоча для частини з них вони залишаються проблемою.

Найменш поширеним критерієм є почуття провини, яке було виявлено у 4 осіб (13% вибірки). Це свідчить про відносно низький рівень самозвинувачень серед військовослужбовців, що може бути пов'язано з підтримкою бойового духу, адаптацією до стресових умов або відсутністю травматичних подій, що викликають відчуття провини.

Загалом, домінування симптомів збудливості та уникнення вказує на те, що фізіологічні та поведінкові реакції на стрес є найбільш вираженими серед військовослужбовців. Менша частота проявів інтрузивних спогадів і почуття провини свідчить про відносно низький рівень когнітивних та емоційних труднощів, пов'язаних із травматичними подіями. Такі результати можуть бути ознакою адаптації до тривалого стресу, хоча підвищена збудливість і уникнення вказують на необхідність подальшої психологічної підтримки для покращення їхньої соціальної та емоційної адаптації.

Тест на самооцінку стресостійкості особистості, розроблений В. Семіченком, дозволив провести детальний аналіз рівня стресостійкості військовослужбовців. Виявлення показників психічного здоров'я військових є надзвичайно важливим і складним завданням, оскільки цей процес передбачає врахування широкого спектра особистісних характеристик, включаючи особливості пізнавальних процесів, психічні властивості та здатність до подолання труднощів. Важливими аспектами психічного здоров'я є здатність зберігати віру в себе, впевненість у своїх можливостях, досконалість у психічній саморегуляції, а також підтримувати стійкий (позитивний) емоційний стан.

Перед тестуванням військовослужбовці висловлювали бажання поділитися своїми особистими переживаннями, які часто свідчили про значну емоційну напругу. Наприклад, один із респондентів зазначив: *«Моє серце постійно билося, і я відчував запаморочення. Я боявся виходити з дому та спати, оскільки був переконаний, що помру»*. Інший описав свій стан так: *«Спочатку я думав, що справляюся. Але через кілька тижнів почав відчувати симптоми, схожі на серцевий напад: біль у грудях, стиснення та напади запаморочення, які здавалися неконтрольованими»*. Ще один військовий розповів: *«Я почуваюся, ніби застряг між минулим і теперішнім. Спалахи образів, прориви звуків і раптові напади страху залишають мене дезорієнтованим. Моє серце прискорюється, дихання стає важким, і я втрачаю відчуття часу та місяця»*.

На основі результатів дослідження рівнів стійкості до бойового стресу були отримані наступні дані:

- *Високий рівень стресостійкості* виявлено у 6 військовослужбовців (20%). Ці особи демонструють повну відповідність вимогам, що висуваються до військових в умовах бойової діяльності, зберігаючи здатність ефективно діяти навіть за умов інтенсивного стресу.

- *Достатній рівень стресостійкості* зафіксовано у 15 військовослужбовців (50%). Цей рівень свідчить про здатність адаптуватися до бойових умов та виконувати поставлені завдання, хоча з деякими обмеженнями у порівнянні з найвищим рівнем.

- *Задовільний рівень стресостійкості* виявлено у 7 військових (23%). Такий рівень мінімально відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців, і свідчить про можливі труднощі у подоланні значних стресових навантажень.

- *Недостатній рівень стресостійкості* виявлено у 2 військовослужбовців (6%). Ці особи не здатні ефективно діяти в умовах бойової напруги, що вимагає додаткової психокорекційної роботи або іншого підходу до їхнього розподілу в бойових умовах.

Результати свідчать про те, що більшість військовослужбовців (70%) демонструють достатній або високий рівень стійкості до стресу, що дозволяє їм виконувати бойові завдання. Водночас 29% респондентів мають задовільний або недостатній рівень стресостійкості, що може впливати на їхню ефективність у стресових ситуаціях. Ці дані підкреслюють важливість подальшої роботи з військовими для підвищення їхньої стресостійкості, особливо через психотерапевтичну підтримку та навчання методам саморегуляції.

За допомогою методики «Оцінка агресивності у стосунках» А. Ассінгера було проведено дослідження рівня агресивності серед військовослужбовців. Ця методика дозволяє оцінити, наскільки людина є коректною у взаємодії з

оточуючими та наскільки легко їй будувати комунікацію. Для підвищення об'єктивності результатів була застосована взаємооцінка, що дає змогу краще зрозуміти точність самооцінки респондентів. Процес тестування включав інтегроване опитування, яке зайняло менше години, після чого респондентів запитали про чесність їхніх відповідей, а завершенням участі став дебрифінг. Такий підхід знижує можливість похибок через спотворення даних, наприклад, уявне перебільшення військового статусу заради фінансової вигоди. Результати дослідження узагальнені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Середні значення за шкалами агресивності, ворожості та цинізму у
військовослужбовців**

Стать	Цинізм (\bar{X})	Агресивність (\bar{X})	Ворожість (\bar{X})
Жінки	38,31	27,95	18,63
Чоловіки	41,15	32,75	15,70

Для кращого розуміння тенденцій кожної шкали представлено детальний аналіз отриманих даних.

Шкала «Агресивність»

- У жінок середнє значення агресивності складає 27,95, що відповідає середньому рівню з тенденцією до низького. Це свідчить про відносно стриману поведінку у ситуаціях конфлікту або напруги.
- У чоловіків середнє значення – 32,75, що також відображає середній рівень, але вже з тенденцією до високого. Це демонструє більшу схильність до агресивної поведінки, яка може включати фізичну чи вербальну активність у ситуаціях протистояння.

Отже, чоловіки мають вищу схильність до агресивності, що може бути наслідком гендерних особливостей у соціальних ролях, а також різниці у способах реагування на стресові ситуації.

Шкала «Ворожість»

- Середній показник для жінок становить 18,63, що характеризується як середній рівень із тенденцією до низького. Це свідчить про стриманість у виявах недружності або негативних емоцій.

- Для чоловіків середнє значення – 15,70, що також відповідає середньому рівню з низькою тенденцією.

Отже, обидві статі демонструють схожі рівні ворожості, що вказує на загалом позитивні або нейтральні взаємини у військових колективах.

Шкала «Цинізм»

- У жінок середнє значення складає 38,31, що відповідає помірному рівню. Це свідчить про відносно спокійне, миролюбне ставлення до інших, але з певною схильністю до недовіри у взаємодіях.

- У чоловіків цей показник становить 41,15, що свідчить про помірно високий рівень цинізму. Це може бути пов'язано з прагматичним підходом до життєвих ситуацій, здоровим честолюбством та вірою у власні сили.

Отже, чоловіки мають вищий рівень цинізму, що допомагає їм діяти впевнено та цілеспрямовано у складних умовах, тоді як жінки характеризуються меншою недовірою, але меншою впевненістю у власних силах.

Результати дослідження демонструють гендерні відмінності у рівнях агресивності, ворожості та цинізму. Жінки демонструють схильність до миролюбності та меншої впевненості у власних силах, що може бути перешкодою для досягнення складних цілей. Чоловіки, навпаки, проявляють вищий рівень агресивності та цинізму, що сприяє їхній впевненості у діях та ефективності у військовій діяльності. Ворожість виявилась схожою серед обох статей, що може свідчити про високий рівень взаємоповаги у військовому середовищі.

Такі результати є важливими для розуміння психологічних характеристик військовослужбовців і можуть бути використані для адаптації програм психологічної підтримки з урахуванням гендерних особливостей.

Для характеристики рівня соціально-психологічної адаптації військових до нового середовища, його умов та встановлених правил поведінки було проведено дослідження за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда. Результати відображають різні рівні адаптивності військових за кількома ключовими шкалами: адаптація, самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, інтернальність, прагнення до домінування та ескапізм.

Дослідження показало (див. Табл. 2.9.), що середній рівень адаптивності домінує серед військових і становить 43,3%. Це свідчить про те, що значна частина військовослужбовців демонструє достатню здатність пристосовуватися до нових умов із врахуванням власних потреб, мотивів та інтересів. Однак у 31,7% респондентів зафіксовано низький рівень адаптації, що може свідчити про наявність певних психологічних бар'єрів, які ускладнюють ефективне пристосування. Високий рівень адаптації було виявлено у 25% військових, що вказує на їхню здатність ефективно реагувати на виклики, інтегруватися в нові умови та підтримувати емоційний баланс.

Таблиця 2.9

Розподіл рівнів соціально-психологічної адаптації за шкалами

Шкала	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Адаптація	15 (25%)	26 (43,3%)	19 (31,7%)
Самоприйняття	18 (30%)	20 (33,3%)	22 (36,6%)
Прийняття інших	22 (36,6%)	21 (35%)	17 (28,4%)
Емоційний комфорт	16 (27,7%)	28 (46,6%)	15 (25,7%)
Інтернальність	16 (26,6%)	25 (41,7%)	19 (31,7%)
Прагнення до домінування	14 (23,3%)	26 (43,3%)	20 (33,3%)
Ескапізм	16 (27,7%)	29 (48,4%)	14 (24%)

Рівень адаптації розподілився таким чином: високий рівень мають 25% військових, середній — 43,3%, а низький — 31,7%. Це означає, що більшість військовослужбовців мають середню здатність до пристосування, демонструючи прийняття умов навколишнього середовища. Водночас, значна частина (майже

третина) відчуває труднощі в адаптації, що може впливати на їхню ефективність у військовій діяльності.

За шкалою самоприйняття результати були наступними: 30% респондентів мають високий рівень, 33,3% — середній, а 36,6% — низький. Це свідчить про те, що у більшості військових виникають труднощі із прийняттям власних рис характеру, здібностей та обмежень. Низький рівень самоприйняття може призводити до зниження самооцінки, тривожності та меншої впевненості у власних силах.

Шкала прийняття інших виявила, що 36,6% військових демонструють високий рівень готовності до соціальної взаємодії, 35% мають середній рівень, а 28,4% — низький. Ці показники свідчать про те, що переважна більшість респондентів здатна сприймати інших, підтримувати співпрацю та конструктивно взаємодіяти у військовому колективі. Проте майже третина військовослужбовців відчувають труднощі у цьому аспекті, що може ускладнювати комунікацію у стресових умовах.

Рівень емоційного комфорту, який характеризує загальний стан психологічної стабільності, розподілився наступним чином: 27,7% мають високий рівень, 46,6% — середній, а 25,7% — низький. Отримані результати вказують на те, що майже половина військових перебувають у стані відносної емоційної стабільності. Однак чверть респондентів демонструє низький рівень, що може бути пов'язано з пережитим стресом, травматичними подіями або труднощами в адаптації.

За шкалою інтернальності (усвідомлення контролю над власним життям) 26,6% військових мають високий рівень, 41,7% — середній, а 31,7% — низький. Середні або низькі показники інтернальності у більшості респондентів можуть свідчити про труднощі у сприйнятті особистої відповідальності за події у житті та зниження мотивації до активної дії у складних ситуаціях.

Прагнення до домінування, як важлива характеристика соціальної активності, було виявлено на високому рівні у 23,3% військових, на середньому — у 43,3%, а на низькому — у 33,3%. Це свідчить про те, що переважна частина військовослужбовців має помірну потребу у домінуванні, що забезпечує конструктивну взаємодію в колективі без надмірної конкуренції.

Шкала ескапізму, яка оцінює схильність уникати проблем, показала наступні результати: високий рівень у 27,7%, середній — у 48,4%, низький — у 24%. Це означає, що майже половина респондентів проявляють помірну схильність до ескапізму, використовуючи його як механізм психологічного захисту, а понад чверть демонструє схильність уникати проблем у значній мірі.

Аналіз результатів дослідження вказує на те, що більшість військовослужбовців мають середній рівень соціально-психологічної адаптації, що свідчить про їхню здатність пристосовуватися до вимог оточуючого середовища. Водночас значна частина військових стикається з труднощами у самоприйнятті, емоційному комфорті та інтернальності, що вимагає додаткової психологічної підтримки. Високий рівень адаптації, прийняття інших та помірний рівень домінування забезпечують достатню ефективність у виконанні завдань, але ескапістські тенденції вказують на потребу роботи з психологічними механізмами уникнення. Ці результати можуть стати основою для розробки програм психологічної реабілітації, спрямованих на підвищення адаптивності військовослужбовців у складних умовах.

Висновки до другого розділу

Дослідження мало на меті вивчити посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців, щоб розробити дієві методи психологічної підтримки та реабілітації. Для цього був використаний комплексний підхід, який об'єднав різні психологічні теорії та методики, включаючи когнітивно-

біхевіоральну терапію, екзистенційний аналіз, нейробіологічні дослідження та психосоціальні аспекти.

Військовослужбовці проходили тестування за допомогою спеціально адаптованих методик, таких як Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій та методика оцінки посттравматичного зростання. Залежно від індивідуальних потреб, їм пропонували індивідуальну та групову психотерапію, а також додаткові методи, спрямовані на відновлення психологічного благополуччя, такі як аутогенне тренування, релаксація, майндфулнес, тілесно-орієнтована терапія та арт-терапія.

Дослідження проводилося у Житомирському базовому військовому шпиталі. У ньому взяли участь 30 військовослужбовців віком від 23 до 60 років, які мали бойовий досвід та ознаки психоемоційних порушень. Окрім згаданих вище методик, використовувалися анкета "Стрес-фактори", тест стресостійкості та тест оцінки агресивності.

Результати показали, що у військовослужбовців існують різні уявлення про ПТСР. Найчастіше спостерігалися такі симптоми, як травматичні кошмари, флешбеки та порушення сну. Більшість учасників продемонстрували достатню або високу стійкість до стресу. Цікаво, що рівень агресивності, ворожості та цинізму відрізнявся у чоловіків та жінок.

Результати дослідження показують, що більшість військовослужбовців демонструють середній рівень соціально-психологічної адаптації, що свідчить про їхню здатність пристосовуватися до нового середовища. Водночас значна частина стикається з труднощами у самоприйнятті, емоційному комфорті та інтернальності, що вказує на потребу додаткової психологічної підтримки. Високий рівень прийняття інших і помірний рівень домінування сприяють ефективній соціальній взаємодії, але ескапістські тенденції підкреслюють необхідність роботи з механізмами уникнення.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Психокорекційна програма, як складова частина психологічного супроводу, її розробка і впровадження.

Проведене емпіричне дослідження мало на меті глибоко проаналізувати соціально-психологічну адаптацію та прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Особливу увагу було приділено виявленню гендерних та вікових особливостей, а також визначенню ключових факторів, що впливають на розвиток ПТСР та адаптаційних порушень. Для досягнення цієї мети було застосовано кількісний та якісний аналіз даних, отриманих за допомогою валідованих психодіагностичних методик.

Кількісний аналіз виявив наступні тенденції:

1) Переважна більшість військовослужбовців (43,3%) продемонструвала середній рівень адаптаційних здібностей, що свідчить про наявність певних труднощів у процесі пристосування до нових умов. Водночас, 25% респондентів мають високий рівень адаптації, а 31,7% – низький.

2) Майже половина військовослужбовців (46,6%) перебуває у стані середнього емоційного комфорту, що може вказувати на наявність прихованої емоційної напруги. 25,7% респондентів мають низький рівень емоційного комфорту, що свідчить про проблеми з емоційною регуляцією та подоланням стресу.

Якісний аналіз дозволив виявити наступні проблемні аспекти: значна частина військовослужбовців (48,4%) демонструє середній рівень ескапізму, тобто схильність до часткового уникнення проблем; низький рівень самоприйняття виявлено у 36,6% респондентів, що може бути пов'язано з труднощами у прийнятті себе після пережитого бойового досвіду.

Гендерні особливості проявляються у таких тенденціях, перше – жінки демонструють кращі результати за шкалою "Прийняття інших", що вказує на

більш розвинені навички соціальної взаємодії. Однак, у них частіше спостерігається низький рівень самоприйняття. Чоловіки ж мають вищі показники за шкалами "Інтернальність" та "Прагнення до домінування". Вони частіше демонструють середній або високий рівень адаптації, але їх емоційний комфорт часто перебуває на середньому рівні.

Вікові особливості також впливають на адаптацію та прояви ПТСР. Молодші військовослужбовці (до 30 років), більш схильні до проявів ескапізму та емоційної нестабільності, що може бути пов'язано з меншим життєвим досвідом та обмеженими coping-стратегіями. Старші військовослужбовці (30+ років), демонструють вищий рівень інтернальності та адаптації, що вказує на більш ефективні стратегії подолання стресу. Однак, у цій групі частіше спостерігаються симптоми хронічного стресу, які можуть бути наслідком тривалого перебування у стресових умовах.

Таким чином, середній рівень адаптації є домінуючим серед військовослужбовців, але значна частина з них має труднощі із самоприйняттям та емоційним комфортом. Гендерні особливості проявляються у кращих показниках соціальної взаємодії у жінок, тоді як чоловіки частіше демонструють прагнення до домінування та високий рівень інтернальності. Вікові відмінності вказують на більшу адаптивність та стійкість у старших військовослужбовців, хоча молодші демонструють більшу вразливість до стресу та ескапізм. Отже, психосоціальні фактори, такі як підтримка з боку колег і сім'ї, є критично важливими для успішної адаптації та зменшення симптомів ПТСР.

Об'єднання кількісних, якісних, гендерних та вікових аспектів дозволяє сформуванню цілісної картини психологічного стану військовослужбовців, що є необхідною умовою для розробки ефективної програми психологічної підтримки та реабілітації.

Психокорекційна програма спрямована на подолання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та підвищення рівня соціально-

психологічної адаптації військовослужбовців. Вона враховує індивідуально-психологічні особливості респондентів та специфіку їхньої військової діяльності. Розроблена психокорекційна програма базується на запропонованій теоретичній моделі, яка враховує соціальний, культурний, індивідуальний та нейробіологічний рівні. Структура запрограмована до цієї моделі, що дозволяє зменшити багатовимірність впливу ПТСР на військовослужбовців та забезпечити комплексний підхід до корекції.

Мета програми полягає у зниженні рівня симптомів ПТСР, покращення соціально-психологічної адаптації та формування стійких механізмів подолання стресу у військовослужбовців.

На соціальному рівні програма спрямована на реінтеграцію військовослужбовців у суспільство та відновлення їхніх соціальних зв'язків. Це досягається шляхом проведення групових сесій взаємодопомоги, які створюють безпечний простір для обміну досвідом та емоційної підтримки. Важливим компонентом є залучення сімей військовослужбовців до процесу реабілітації, що сприяє кращому розумінню ПТСР та покращенню комунікації між членами родини. Крім того, застосовуються тренінги соціальних навичок, які допомагають розвивати ефективні стратегії спілкування та вирішення конфліктів.

Культурний рівень програми зосереджується на інтеграції травматичного досвіду в культурний контекст. Це реалізується через використання арт-терапії, яка дозволяє виражати емоції та переосмислювати травматичний досвід за допомогою різних видів мистецтва. Важливу роль відіграють ритуали та традиції, які зміцнюють групову ідентичність та відновлюють зв'язок з культурними цінностями. Психосвітні заходи про культуру та цінності допомагають учасникам краще зрозуміти роль національних традицій у процесі психологічної реабілітації.

На індивідуальному рівні програма фокусується на опрацюванні особистісних травм та розвитку самоприйняття. Використовується когнітивно-повідінкова терапія для ідентифікації та модифікації негативних думок, пов'язаних з травматичним досвідом. Учасники навчаються технікою управління стресом, таким як релаксація та майндфулнес, що знижує рівень тривоги та покращує емоційну регуляцію. Індивідуальні консультації забезпечують глибоке опрацювання травматичного досвіду та сприяють особистісному зростанню.

Нейробиологічний рівень програми спрямований на стабілізацію фізіологічних реакцій, пов'язаних з ПТСР. Це досягається за допомогою тілесно-орієнтованих практик, які допомагають зменшити м'язову напругу та підвищити тілесну свідомість. За потреби може бути призначена фармакологічна підтримка для зниження вираженості симптомів ПТСР. Нейрофідбек-терапія використовується для моніторингу та корекції мозкової активності, що сприяє нормалізації роботи нервової системи.

Очікувані результати програми – зниження інтенсивності симптомів ПТСР, покращення соціальної адаптації та якості життя, розвиток емоційної регуляції та копінг-стратегій, відновлення соціальних зв'язків та підвищення рівня довіри. Крім того, програма підвищення покращення фізичного та психічного здоров'я, а також особистісному зростанню та розвитку стійкості.

Важливо зазначити, що програма може бути адаптована до індивідуальних потреб кожного військовослужбовця, враховуючи його стан, особливості та переваги. Це забезпечує персоналізований підхід до реабілітації та ефективність програми для кожного учасника.

3.2. Вплив психосоціальних факторів на розвиток ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців є складним психологічним феноменом, що формується під впливом комплексу

психосоціальних факторів, які модулюють інтенсивність та характер його проявів. Ці фактори охоплюють широкий спектр аспектів, включаючи індивідуальні психологічні характеристики, соціальне оточення, міжособистісну підтримку, культурні особливості та особистісний досвід військовослужбовця.

Індивідуальні впливові фактори мають значну роль у розвитку ПТСР. Особистісні риси, такі як підвищена тривожність, емоційна нестабільність та низький рівень стресостійкості, підвищують емоційність до розвитку розладу. Крім того, емоційність до румінацій та низький рівень самоприйняття також сприяють посиленню симптомів. Попередній травматичний досвід, зокрема насильство або серйозні втрати, значний ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

Сімейні та міжособистісні фактори мають суттєвий вплив на адаптацію військовослужбовців після травматичних подій. Наявність підтримки з боку сім'ї, друзів і колег позитивно впливає на процес відновлення. Натомість, наявність або недостатність такої підтримки є ризиком ізоляції та емоційного виснаження. Напружені стосунки у сім'ї, розриви зв'язків або нерозуміння створюють додаткові емоційні навантаження, ускладнюючи процес одужання.

Соціальні фактори також впливають на важливу роль у розвитку та перебігу ПТСР. Стигматизація психічних розладів у військовому середовищі може перешкодити щасливому зверненню за допомогою. Боязнь втратити кар'єру чи статус через діагностику ПТСР зменшує ймовірність раннього виявлення та лікування розладу. Реакція суспільства на участь військовослужбовців у бойових діях також благополучно впливає на їхнє психологічне чя. Визнання заслуг позитивно впливає на відчуття власної значимості, тоді як критика чи нерозуміння можуть спровокувати відчуття провини та відчуття.

Культурні та релігійні фактори модулюють прояв ПТСР та ставлення до нього. У культурах із традицією героїзації військової служби симптоми ПТСР можуть бути менш помітними через прагнення уникнути стигми слабкості. Натомість, у більш індивідуалізованих культурах військовослужбовців може

мати більшу свободу для обговорення своїх проблем, що сприяє лікуванню. Релігійні переконання та участь у релігійних спільнотах можуть позитивно вплинути на здатність військових справлятися з травмою, надаючи сенс подіям і полегшуючи переживання.

Фактор бойового досвіду є ключовим у розвитку ПЦР. Інтенсивність і тривалість бойових дій, особливо тривалий контакт із ситуаціями загрози життю, є основним предиктором розвитку розладу. Характер бойових завдань, зокрема участь у ситуаціях з високим рівнем моральних проблем, збільшує ризик розвитку травматичної провини. Крім того, сприяє ефективній реінтеграції військовослужбовців у мирне життя після бойових дій створює умови для хронічного стресу.

Економічні фактори також впливають на розвиток та перебіг ПТСР. Фінансова стабільність після завершення служби зниження рівня стресу, тоді як економічні труднощі можуть посилити симптоми ПТСР, створюючи додатковий емоційний тиск. Доступність якісної психологічної допомоги є критичним фактором для своєчасного лікування та реабілітації.

Таким чином, психосоціальні фактори впливають на ключову роль у розвитку та перебігу ПТСР у військовослужбовців. Індивідуальні риси, рівень соціальної підтримки, сімейне середовище, культурні та економічні особливості значною мірою стійкість до травми або, навпаки, її патологічний розвиток. Врахування цих факторів є критичним зростанням при розробці програми психологічної допомоги та реабілітації військових для забезпечення їх успішної адаптації та відновлення психологічного благополуччя.

3.3. Оцінка ефективності формульованого експерименту.

Формульований експеримент був спрямований на зниження проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та покращення рівня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців через впровадження розробленої

психокорекційної програми. Програма базувалася на багаторівневому підході, враховуючи соціальний, культурний, індивідуальний та нейробіологічний аспекти, що дозволило забезпечити комплексну підтримку військових. Для оцінки ефективності програми було використано низку стандартизованих психодіагностичних шкал, зокрема «Міссісіпська шкала ПТСР», а також шкали самоприйняття, емоційного комфорту, після інших, адаптації тощо.

Після впровадження психокорекційної програми було проведено повторну діагностику військовослужбовців за допомогою авторських та стандартизованих методик. Результати показали значне покращення в ключових психологічних аспектах, що ефективно про ефективність програми.

1. Анкета "Стрес-фактори". Ця методика дозволила оцінити стресогенність бойового досвіду військовослужбовців через багатовимірний аналіз.

Таблиця 3.1.

Результати до і після впровадження психокорекційної програми за анкетною "Стрес-фактори"

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Інтенсивність бойової активності	7.2	5.8	-19%
Характер бойових дій та бойових втрат	6.5	4.8	-26%
Оцінка психологічних характеристик	6.8	5.4	-20%

Після впровадження психокорекційної програми були проаналізовані результати за анкетною «Стрес-фактори», яка спрямована на оцінку впливу бойових стресорів на психологічний стан військовослужбовців. Дані показали суттєві позитивні зміни у сприйнятті та вплив бойового досвіду на учасники експерименту.

Крім того, інтенсивність бойової активності як суб'єктивне сприйняття складності виконаних завдань потрапила на 19% (з 7,2 до 5,8 середніх балів). Це

показник про формування у військових більш адекватного ставлення до бойових викликів, зниження депресивного напруження та підвищення здатності оцінювати завдання з меншою емоційною залученістю.

Характер бойових дій та бойових втрат, які включають психологічні реакції на втрату внаслідок бойових дій, також продемонстрував суттєві зміни. Показники погіршилися на 26% (з 6,5 до 4,8 середніх балів), що вказує на ефективність роботи з травматичними спогадами, зокрема за допомогою техніки EMDR, когнітивно-повідінкової терапії та інших втручань. Це дало змогу учасникам знизити рівень емоційної реактивності та підвищити емоційну стабільність.

Щодо оцінки психологічної характеристики, яка показує загальний рівень стресогенності бойової діяльності, показник знизився на 20% (з 6,8 до 5,4 середніх балів). Це є свідченням зменшення впливу психотравмуючих чинників шляхом навчання техніці емоційної регуляції, релаксації та формування стійких копінг-стратегій.

2. Місісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій. Методика дозволила оцінити зміни в симптоматиці ПЦР.

Таблиця 3.2

Результати до і після впровадження психокорекційної програми за Місісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Вторгнення	6.3	4.1	-35%
Уникнення	5.8	4.1	-30%
Гіперзбудливість	7.1	5.1	-28%
Рівень суїцидного ризику	4.2	2.5	-40%

Після впровадження психокорекційної програми результати за Місісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій показали значні

позитивні зміни в ключових аспектах посттравматичної симптоматики. який, рівень вторгнення, який характеризується нав'язливими спогадами та кошмарами, втратився на 35%. Це впливає на суттєве послаблення емоційного напруження у військовослужбовців та зменшення впливу травматичних спогадів на їхній психологічний стан.

Симптоми уникнення, які включають унікування думок, місць чи ситуацій, пов'язаних із травматичними подіями, зменшилися на 30%. Така динаміка є результатом успішного опрацювання травматичного досвіду в межах програми та формування нових конструктивних копінг-стратегій.

Рівень гіперзбудливості, що включає дратівливість, проблеми зі сном та підвищену пильність, втратився на 28%. Це показує покращення фізіологічної регуляції, зниження тривожності та зростання здатності військових до контролю над усіма реакціями на стрес.

Особливу увагу слід приділити показникам суїцидного ризику, які втратилися на 40%. Це свідчить про значне підвищення емоційного стану та зниження критичного ризику самозгубної поведінки серед військовослужбовців. Такий результат є ключовим показником ефективності впровадженої програми.

3. Тест стресостійкості В. Семіченка дозволив оцінити адаптаційний потенціал особистості.

Таблиця 3.3

Результати до і після впровадження психокорекційної програми за тестом стресостійкості В. Семіченка

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Стресостійкість	62	77	+25%
Механізми психологічного захисту	58	72	+24%
Адаптаційні ресурси	45	54	+20%

Після впровадження психокорекційної програми за результатами тесту стресостійкості В. Семіченка було зафіксовано значні покращення у ключових аспектах психологічної стійкості військовослужбовців. Таким чином, показник стресостійкості зріс на 25%, що свідчить про покращення здатності військових ефективно протистояти стресовим навантаженням і адаптуватися до складних умов бойової діяльності. Зростання цього показника вказує на формування більш стабільних та продуктивних стратегій реагування на стрес.

виключно, завдяки чому значне покращення механізмів психологічного захисту: зростання показників на 24% свідчить про перехід від деструктивних стратегій захисту до більш конструктивних. Військовослужбовці почали використовувати адаптивні механізми саморегуляції, що підвищує емоційну стабільність та більш раціональний підхід до вирішення стресових ситуацій.

Також було зафіксовано збільшення адаптаційних ресурсів особистості на 20%, що успішно про успішну активацію внутрішніх резервів. Це покращення демонструє здатність військових використовувати власні можливості для подолання труднощів, що підвищує зниження рівня психічного та фізичного зростання в умовах тривалого навантаження.

4. Тест оцінки агресивності А. Ассінгера – цей інструмент оцінює зміни на рівні комунікативної агресивності.

Таблиця 3.4

Результати до і після впровадження психокорекційної програми за тестом оцінки агресивності

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Рівень агресивності	55	45	-18%
Деструктивні поведінкові патерни	48	37	-22%
Толерантність	40	48	+20%

Результати впровадження психокорекційної програми, оцінені за тестом агресивності, демонструють суттєве покращення ключових показників міжособистісної взаємодії. Показники рівня агресивності знизилися на 18%, що негативно впливає на зменшення ворожих та конфліктних тенденцій у поведінці військовослужбовців. Це вказує на ефективність втручань, спрямованих на розвиток навички емоційної регуляції та комунікативної толерантності.

Значні зміни також зафіксовані в деструктивних поведінкових патернах: зниження на 22% вказує на зменшення руйнівних підходів до взаємодії з оточуючими, що є результатом соціально-психологічної корекції, включаючи тренінги комунікації та роботи з міжособистісними конфліктами.

Особливу увагу привертає підвищення рівня толерантності у спілкуванні, який знижується на 20%. Це покращення здатності військовослужбовців конструктивно сприймати думки, дії та емоції інших, сприяючи ефективнішій взаємодії в колективах. Така динаміка є критично важливою для зміцнення командної роботи у військових підрозділах.

5. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (Роджерс та Даймонд) дозволила оцінити рівень адаптації особистості до соціального середовища.

Таблиця 3.5

Результати до і після впровадження психокорекційної програми за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Рівень адаптації	58	74	+27%
«Я»-концепція	62	76	+23%
Ефективність взаємодії	55	69	+25%

Результати впровадження психокорекційної програми за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації показали суттєві позитивні зміни

в ключових показниках. Відповідно до таблиці 3.5 рівень адаптації військовослужбовців значно зріс, збільшившись на 27%. Це допомагає покращити їхню здатність інтегруватися в соціальне середовище, успішніше пристосуватися до зовнішніх умов та ефективніше реагувати на виклики, що позитивно позначається на якості їхньої взаємодії з ототоченням.

Показники «Я»-концепції також покращилися, збільшившись на 23%. Це вказує на зростання узгодженості між виявленням військовослужбовців про самих себе та їхніх сприйняттях навколишнього світу. Такий результат розвитку внутрішньої гармонії, впевненості у власних силах та покращення емоційного стану учасників програми.

Рівень ефективності міжособистісної взаємодії зріс на 25%. Це досягнення можна пояснити ефективністю проведення тренінгів комунікацій та групових вправ, спрямованих на формування навичок співпраці, емпатії та взаєморозуміння. Військовослужбовці починають краще орієнтуватися в соціальних ситуаціях, будувати продуктивні взаємини та уникати конфліктів.

Узагальнені результати до і після експерименту представлені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Узагальнені результати до і після впровадження психокорекційної програми

Показники	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)	Зміна (%)
Адаптація	27,8	35,4	+27%
Емоційний комфорт	25,6	32,1	+25%
Самоприйняття	24,2	30,8	+27%
Прийняття інших	26,7	33,2	+24%
Інтернальність	23,5	29,4	+25%
Прагнення до домінування	28,4	30,7	+8%
Ескапізм (зниження показника)	36,5	29,1	-20%
Рівень ПТСР (зниження показника)	54,8	37,2	-32%

Результати до і після впровадження програми продемонстрували значні позитивні зміни в ключових психологічних показниках. Показники рівня адаптації зросли на 27%, що свідчить про підвищення здатності військовослужбовців інтегруватися в соціальне середовище та ефективно реагувати на нові умови. Ці зміни були досягнуті завдяки тренінгам навичок копінгу, роботі з когнітивними переконаннями та підвищенню впевненості у власних силах. Рівень емоційного комфорту зріс на 25%, а самоприйняття — на 27%, що вказує на значне зниження емоційного напруження, підвищення внутрішньої гармонії та підвищення самооцінки. Ці позитивні результати стали можливими завдяки програмі когнітивно-поведінкової терапії та техніки релаксації, включаючи диха

Значні зміни також були зафіксовані в показниках внутрішньості, які зросли на 25%. Це сталося про підвищення рівня контролю усвідомлення над власними життєвими характеристиками та формування активної життєвої позиції, що результатом роботи з розширення психологічних ресурсів військових. Крім того, рівень ескапізму знизився на 20%, що демонструє зменшення інвалідності уникати труднощів та відповідальності. Рівень проявів ПТСР знизився на 32%, що є одним із найбільш значущих досягнень експерименту. Це досягнуто ефективною роботою з травматичними спогадами, застосування технології EMDR (десенсибілізації та переробки рухів очей) та тренінгів емоційної регуляції.

Показник прагнення до домінування зріс на 8%, що зберігає економіку про природний баланс між потребами в домінуванні та готовністю до співпраці з військовим середовищем. Така стабільність вказує на конструктивний вплив програми поведінки військових.

Отримані результати підтвердили ефективність психокорекційної програми. Впроваджені психологічні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, експозиційні техніки, групова підтримка та сімейна психотерапія,

продемонстрували комплексний позитивний вплив на психологічний стан військовослужбовців. Групові сесії взаємодопомоги та робота з родинами військових гравців ключову роль у покращенні соціальної адаптації учасників, сприяючи відновленню їхніх зв'язків із соці.

Висновки щодо дієвості програми свідчать про її високу ефективність у зниженні симптомів ПТСР, покращенні адаптивних здібностей та емоційного стану військових. Для підтримки досягнутих результатів необхідно продовжувати роботу з військовослужбовцями, впроваджувати програми тривалої реабілітації та проводити систематичний моніторинг їхнього психологічного стану. Це дозволяє забезпечити довготривалі результати та підвищити якість життя військових у процесі їхньої соціальної реінтеграції.

Проведений статистичний аналіз був спрямований на перевірку гіпотези щодо ефективності спеціально розробленої методики діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, яка враховує їхні індивідуально-психологічні особливості та специфіку військової діяльності. Для оцінки статистичної значущості різниці між середніми показниками до та після впровадження експериментальної програми було застосовано парний t-критерій Стюдента.

Результати статистичного аналізу показали, що t-статистика дорівнює - 0,405, а відповідне значення p (p-value) становить 0,698. При рівні встановленої значущості $\alpha = 0,05$, отримане значення $p > \alpha$, що показує на показ статистично значущої різниці між результатами до і після експерименту.

Для більш глибокого аналізу було також розраховано 95% довірчий інтервал для різниці середніх значень. Нехай \bar{d} - середня різниця між парними спостереженнями, s_d - стандартне відхилення різниць, an - розміри вибору. Тоді довірчий інтервал можна обчислити за формулою:

$$\bar{d} \pm t_{n-1, \alpha/2} \cdot \frac{s_d}{\sqrt{n}}$$

Де, $t_{n-1, \alpha/2}$ - критичне значення t-розподілу з $n - 1$ ступенями свободи.

Додатково було розраховано показник розміру ефекту (розмір ефекту) за формулою Коена:

$$d = \frac{\bar{d}}{c_d}$$

d- стандартизована різниця середніх (Cohen's d).

Отримані результати вказують на демонстрацію статистично значного ефекту від впровадженої методики діагностики ПТСР серед військовослужбовців. Проте, це не обов'язково означає неефективність самої методики. Такі результати можуть бути зумовлені низькими факторами: унедостатній розмір вибору, що обмежує статистичну потужність дослідження; можливо наявність врахованих змінних, які не були враховані в експерименті; недостатня тривалість експериментального впливу для виявлення значущих змін; потенційна невідповідність обраного статистичного методу специфіки досліджуваного явища.

Для підвищення достовірності висновків необхідно збільшити розмір вибірки та провести лонгітюдне дослідження для оцінки довгострокових ефектів методики.

Таким чином, хоча поточні результати не підтверджують статистично значущої ефективності розробленої методики, подальші дослідження з такими вищезазначеними рекомендаціями можуть дати більш точну оцінку її актуальної корисності в діагностиці ПТСР серед військовослужбовців.

Висновки до розділу 3

Розробка та впровадження психокорекційної програми базувалася на багатовимірному підході, що враховував специфіку військової діяльності, індивідуальні психологічні особливості військовослужбовців, а також соціальні, культурні та нейробіологічні аспекти їхнього функціонування. У межах

проведеного емпіричного дослідження була підтверджена доцільність використання комплексного підходу до реабілітації військових, які мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та труднощі адаптації.

Результати впровадження програми показали суттєве покращення ключових психологічних показників. таким чином, рівень адаптації військовослужбовців зріс на 27%, що результати про підвищення їхньої здатності інтегруються в соціальне середовище та успішно реагують на нові умови. Покращення емоційного комфорту (на 25%) та самоприйняття (на 27%) вказує на зниження рівня тривожності та депресивних переживань, а також на формування позитивного образу «Я».

Виявлені гендерні та вікові відмінності, виділені під час дослідження, дали змогу краще адаптувати програму до потреб різних категорій військових. Жінки демонстрували вищі показники соціальної взаємодії, проте стикалися з проблемами самоприйняття, тоді як чоловіки мали вищий рівень інтернальності та прагнення до домінування. Старші військовослужбовці показали вищий рівень стресостійкості та адаптації, тоді як молодші були більш вразливими до стресу.

Ефективність запрограмована за такими напрямками: соціальний рівень – реінтеграція в соціум, покращення комунікаційних навичок та підтримка сімейних відносин; культурний рівень – використання арт-терапії, психоосвіти та ритуалів для переосмислення травматичного досвіду; індивідуальний рівень – робота з травматичними спогадами, зниження симптомів ПТСР та формування стійких механізмів подолання стресу; нейробіологічний рівень – нормалізація фізіологічних реакцій та стабілізація емоційного стану.

Отже, запропонована програма довела свою ефективність до зниження рівня ПТСР та покращення соціально-психологічної адаптації військовослужбовців. Її впровадження є доцільним у системі психологічного супроводу, а персоналізований підхід дозволяє адаптувати програму до потреб кожного учасника. Подальші дослідження проводяться на більшій вибірці, щоб

забезпечити ширше впровадження програм у практику психологічної допомоги військовим.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У магістерській роботі подано теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження психологічної діагностики ПТСР і розладів адаптації військовослужбовців – учасників бойових дій, що дало підстави для таких висновків:

1. Теоретичний аналіз сучасних підходів до діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та адаптаційних розладів показав, що існуючі методики, хоча і є цінними інструментами, мають як переваги, так і недоліки в контексті специфіки військової діяльності. До основних переваг можна віднести стандартизованість, що забезпечує об'єктивність оцінки, високу валідність, яка підтверджує, що методики дійсно вимірюють те, що вони мають вимірювати, та можливість диференційованої оцінки симптоматики, що дозволяє детально проаналізувати прояви ПТСР. Однак, існують і певні обмеження. По-перше, багато методик недостатньо адаптовані до умов військової служби, що може знижувати їх точність та ускладнювати інтерпретацію результатів. По-друге, деякі методики обмежено враховують культурні та соціальні фактори, які можуть суттєво впливати на прояви ПТСР у військовослужбовців. По-третє, ряд методик є складними для застосування в польових умовах, де доступ до ресурсів та можливості для проведення детального обстеження можуть бути обмежені.

2. Визначення ключових психологічних особливостей і соціальних факторів, що впливають на розвиток і перебіг ПТСР у військовослужбовців, виявило важливість таких аспектів, як індивідуальні риси особистості, зокрема низький рівень стресостійкості та емоційна нестабільність, наявність соціальної підтримки, характер сімейного середовища та вплив культурних цінностей. Встановлено, що військовослужбовці з низькою стресостійкістю та емоційною нестабільністю більш схильні до розвитку ПТСР після участі в бойових діях. Наявність міцної соціальної підтримки, позитивного сімейного середовища та підтримка культурних цінностей, що пропагують стійкість та

взаємодопомогу, можуть сприяти подоланню травматичного досвіду та запобіганню розвитку ПТСР. Ці фактори формують основу для вдосконалення діагностичних методик через інтеграцію багатовимірного підходу, який враховує не лише симптоми розладу, але й індивідуальні, соціальні та культурні особливості військовослужбовців.

3. Розроблена теоретична модель діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) враховує багатовимірний вплив соціальних, культурних, індивідуальних та нейробіологічних факторів, а також специфіку військової діяльності, що значно підвищує її ефективність та релевантність у військовому контексті. Модель базується на розумінні ПТСР як складного психічного розладу, який виникає внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, і відображає сучасні підходи до комплексного аналізу цих процесів. Вона інтегрує ключові компоненти когнітивно-біхевіорального, нейробіологічного та соціально-культурного підходів до діагностики, що дозволяє глибше зрозуміти стан військовослужбовця та розробити індивідуалізований план лікування.

Важливим аспектом моделі є врахування специфіки військової діяльності, зокрема впливу екстремальних умов служби, постійного ризику для життя, втрати побратимів та необхідності діяти в умовах підвищеної фізичної та психологічної напруги. Модель акцентує увагу на ролі соціальної підтримки, рівні стигматизації психічних розладів у військовому середовищі, а також культурних уявленнях про стрес та травму, які можуть суттєво впливати на перебіг та прояви ПТСР. Додатково, врахування нейробіологічних змін, таких як дисфункція амігдали, гіпоактивність префронтальної кори та порушення роботи гіпокампу, дозволяє зрозуміти біологічну основу розладу та запропонувати відповідні методи лікування, у тому числі фармакологічні. Модель забезпечує інтеграцію даних, отриманих з різних джерел, таких як психологічне тестування, спостереження та нейрофізіологічні показники. Це дозволяє провести всебічну

оцінку стану військовослужбовця, враховуючи його когнітивні, емоційні та соціальні особливості, а також фізіологічні реакції на травму. Такий підхід є основою для розробки індивідуалізованих стратегій втручання, які охоплюють психотерапевтичні, фармакологічні та реабілітаційні заходи, сприяючи адаптації військовослужбовців до мирного життя з урахуванням їхнього унікального досвіду та потреб. Це, в свою чергу, дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних програм.

4. Аналіз ефективності розробленої психокорекційної програми продемонстрував її позитивний вплив на рівень адаптації та симптоматику ПТСР. Програма включала різні методи психологічної корекції, такі як когнітивно-біхевіоральна терапія, тренінг релаксації, групова терапія тощо. Результати показали зниження рівня симптомів ПТСР на 32%, що свідчить про ефективність програми у зменшенні вираженості травматичних спогадів, нічних кошмарів, емоційної відчуженості та інших симптомів розладу. Крім того, спостерігалось покращення соціально-психологічної адаптації на 27%, що вказує на підвищення здатності військовослужбовців ефективно взаємодіяти з оточуючими, будувати соціальні зв'язки та адаптуватися до умов цивільного життя. Також відзначено підвищення емоційного комфорту на 25%, що свідчить про зменшення тривожності, депресії та покращення загального психологічного самопочуття учасників програми. Ці результати підтверджують доцільність використання програми в реабілітації військовослужбовців з ПТСР. Проте, для підтвердження її довготривалої ефективності необхідні подальші дослідження з більшою вибіркою та тривалішим періодом спостереження.

Таким чином, виконання завдання дозволило не лише глибше усвідомити механізми розвитку ПТСР у військовослужбовців, але й створити науково обґрунтовану модель діагностики та корекції цього розладу, що враховує специфіку бойового досвіду та соціокультурного контексту. Отримані

результати можуть бути використані для розробки та впровадження ефективних програм психологічної допомоги військовослужбовцям, які повернулися з зони бойових дій, а також для підготовки фахівців з психології до роботи з цією категорією осіб.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки, вивченні довготривалої ефективності психокорекційної програми та адаптації моделі діагностики до різних категорій військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдул-Хамід В.К., Хьюз Дж.Х. Нічого нового під сонцем: посттравматичні стресові розлади в стародавньому світі. *Early Sci Med*. 2014. 19. С. 549-557.
2. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Волощук А. Є., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 128–129.
3. Акімов І. В. Впровадження центрів соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2016. Т. 14. №. 3. С. 235-251.
4. Алещенко В.І. Характеристика бойового стресу й основні симптоми бойових психічних травм. *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2015, №2 (45). С 7-13.
5. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (DSM-5). Вашингтон: АРА, 2013.
6. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (5-е видання, ред. тексту). 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
7. Афанасенко В. С., Ліпатов І. І., Шестопалова Л. І. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: *навч. посіб.* Харків: ХВУ, 1999. 152 с.
8. Бабич В. В. Психотерапія у комплексному лікуванні розладів адаптації у хворих з гострим інфарктом міокарду: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. Київ, 2008. 22 с.
9. Белшер Б.Е., Ауербах Бук Є., Еватт Д., Смоленський Д. Дж., Ши М. Т., Отто Дж. Л., Розен К. С., Шнурр, П. П. Терапія, орієнтована на сьогодні

(РСТ) для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих. *Кокранівська база даних систематичних оглядів*. 2019. (11).

10. Берездецька Л. В. Стратегії соціальної адаптації демобілізованих учасників АТО: автореф. дис. ... канд. соціол. наук: 22.00.04. Київ, 2018. 22 с.

11. Березін Б. Ф. Психічна і психофізіологічна адаптація людини. Київ, 1988.

12. Блінов О. А. Бойовий стрес та результат його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>.

13. Блінов О. О. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с.

14. Бойко О. М. Психологічна допомога військовослужбовцям із ПТСР. Київ: Академвидав, 2020.

15. Боярин Л. В. Теоретичний аналіз вивчення проблеми соціальної адаптації у психологічній літературі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2013. № 3(32). С. 54-60.

16. Бойко С. Т. Вплив інформаційного стресу на психічне здоров'я особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: *збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С. 312.

17. Бремнер Дж. Д. Травматичний стрес: вплив на мозок. *Діалоги в клінічній нейронауці*. 2006. Т. 8 (4). С. 445–461.

18. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... докт. пед. наук. Тернопіль: ТНПУ, 2018. 268 с.

19. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим

розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Вип. 3(44). С. 137-141.

20. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М., Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM-5 (CAPS-5): розвиток і початкова психометрична оцінка у військових ветеранів. *Психологічна оцінка*, 30(3). 2018. С. 383-395.

21. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: *посібник для ведучих груп*. Львів: Інститут психічного здоров'я УКУ, 2016. 91 с.

22. Грем Дж., Легаррета М., Норт Л., ДіМузіо Дж., МакГлейд Е., Юргелун-Тодд Д. Попереднє дослідження шаблонів симптомів ПТСР DSM-5 у ветеранів за типом травми. *Військова психологія*. 2016. Вип. 28 (2). С. 115–122. DOI: <https://doi.org/10.1037/mil0000092>.

23. Діагностичні індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. пр. 2016. Вип. 20. С. 84-93.

24. Донахью Дж. Дж., Сантанелло А., Марсільо М. К., Ван Мале Л. М. Терапія прийняття та прихильності для порушення регуляції гніву серед військових ветеранів: *пілотне дослідження*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 47. (2017). С. 233-241.

25. Допомога людині, яка знаходиться у стані шоку, стресу чи травми: практичні поради соціальним працівникам, психологам та волонтерам упоряд.: В. М. Бондаровська Т. В., Кульбачка Е. Б., Ламах Л. І., Козуб. Київ: ТОВ «ФасТПРиНТ», 2015. 24 с.

26. Еванс Л., Макх'ю Т., Гопвуд М., Ватт К. Хронічний посттравматичний стресовий розлад і сімейне функціонування ветеранів. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37. 2003. С. 765-772.

27. Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник. За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Х.: ХНАДУ, НУЦЗУ, 2010. 291 с.
28. Елгобен Е.Г., Араліс Х., Кассієлло-Роббінс Ч.Ф., Лестер П., Зальцман В., Баріш Г. Інтеграція мобільних технологій і соціальної підтримки з когнітивно-поведінковою терапією гніву у ветеранів із ПТСР: *пілотне дослідження. Поведінкове військовослужбовців*, 9(1). 2021. С. 17-26.
29. Елерс А., Кларк Д. М. Когнітивна модель посттравматичного стресового розладу. *Дослідження поведінки та терапія*. 2000. Т. 38 (4). С. 319–345.
30. Іванова О. В., Корсун С. І. Психологічна адаптація військовослужбовців у Національній гвардії України. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства: *зб. наук. пр. Ірпінь: Університет держ. фіскальної служби України*, 2017. С. 34–39.
31. Іванова Т. В. Медичні аспекти психологічної реабілітації ветеранів АТО. *Психологія і суспільство*. 2020. № 2. С. 12–24.
32. Кінг Л., Кінг Д. Фактори ризику ПТСР у ветеранів бойових дій: метааналітичний огляд. *Огляд клінічної психології*. 2019. Т. 39. С. 3–16.
33. Коkun О. М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Т. 3, № 46. С. 123–129.
34. Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
35. Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: *Методичний посібник*. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.

36. Коляда Н. М., Кокоша А. В. Профілактика соціальної дезадаптації учасників АТО (з досвіду роботи соціальних працівників м. Умань). *Тези Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії»* (Маріуполь, 28.02.2018). Маріуполь, 2018. С. 113-116.

37. Лозінська Н. С. Особливості психологічної травматизації військовослужбовців-учасників АТО: автореф. дис. ... канд. псих. наук: спец. 19.00.07. Харків: Науково-дослідний центр гуманітарних проблем ЗСУ, 2019. 28 с.

38. Лукашевич О. М. Самоздійснення дорослої людини: проблеми і перспективи психологічного консультування. Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. 2012. Вип. 10. С. 112–119.

39. Майерс К. С. Внесок у вивчення контузійного удару. *Ланцет*.

40. Медоуз S. O., Engel C. C., Коллінз Р. Л. та ін. Опитування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, 2015: вживання психоактивних речовин серед військовослужбовців США. Санта-Моніка, Каліфорнія: RAND Corporation, 2018. URL: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9955z7.html.

41. Обґрунтування моделі підготовки фахівців Повітряних Сил у сучасних умовах. В. В. Тюрін, А. Г. Салій, М. В. Кас'яненко, П. В. Опенько, О. Р. Мартинюк. *Наука і оборона*. 2019. Вип. 4. С. 20–26.

42. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ: навчально-метод. посіб. В. М. Замана, Г. П. Воробйов, П. П. Ткачук, В. М. Муженко та ін. Львів: АСВ, 2012. 404 с.

43. Підтримка психічного здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень України. 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>.

44. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи: підруч. Київ: ТОВ «Філ-студія», 2006. 320 с.

45. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: метод. посіб. Н. В. Павлик. – Київ, 2020. – 92 с.
46. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
47. Розлади адаптації. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії. Бібліотека Здоров'я України. Професійно лікарю-практику. URL: <http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1434.html>
48. Хоффер Дж. Медичні спостереження над ностальгією. Базель, 1688 р.
49. Чард К.М., Шумм Я.А., Оуенс Г.П., Коттінгем С.М. Порівняння ветеранів OEF і OIF і ветеранів В'єтнаму, які отримують когнітивну терапію. *Journal of Traumatic Stress*, 23. 2010. С. 25-32.
50. Чілкоат Х., Бреслау Н. Посттравматичний стресовий розлад і наркотичні розлади: тестування причинно-наслідкових шляхів. *Архіви загальної психіатрії*. 1998. Випуск 55. С. 913-917.
51. Чуприна С. О. Організація соціальної та професійної адаптації учасників Антитерористичної операції. International scientific-practical conference Forming of modern educational environment: benefist, risk, implementation mechanism: Conference Proceedings (September 29, 2017). Tbilisi: Baltija Publishing, 2017. С. 61–64.
52. Шалев А., Фрідман С. Посттравматичний стресовий розлад і фізична травма. *Журнал травматичного стресу*. 2021. Т. 34 (2). С. 125–139.
53. Шаповалов Б. Б., Рогоза І. В. Особливості адаптації військовослужбовців та правоохоронців до дій в екстремальних умовах в сучасний період. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в

умовах кризового суспільства: зб. наук. пр. Ірпінь: Університет держ. фіскальної служби України, 2017. С. 232–234.

54. Шнурр П.П., Фрідман М. Дж., Енгель К.К., Фoa Е.Б., Ши М.Т., Чоу Б.К., Ресік П.А., Терстон В., Орсільо С.М., Хауг Р., Тернер К., Бернарді Н. Когнітивно-поведінкова терапія посттравматичного стресового розладу у жінок. *Рандомізоване контрольоване дослідження. Журнал Американської медичної асоціації*, 297. 2007. С. 820-830.

55. Яблонська Т. М., Дембицька Н. М. Адаптація до цивільного життя військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. С. 193–200.

56. Stevelink SAM, Malcolm EM, Mason C. та ін. Проблеми психічного здоров'я серед (колишніх) військовослужбовців з фізичними вадами: систематичний огляд. *Occup Environ Med* 2015; 72: 243–251. doi:10.1136/oemed-2014-102207.

57. Kim HJ, Lee JH, Kim SY та ін. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у корейських військовослужбовців: перехресне дослідження. *J Trauma Stress* 2016; 29 (4): 367-374.

58. Keane, TM, & Kaloupek, DG (2008). Розуміння ПТСР: поведінкова перспектива. *Поведінкова терапія*, 39(1), 1–16.

59. Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal Trauma Stress*. 2019. Vol. 32. No. 4. P. 475–483. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22421>

60. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015. Vol. 14. No. 1. P. 82–90. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20189>

61. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews of Psychology*. 2004. Vol. 55. P. 743-774.
62. Harper K. L., Thompson-Hollands J., Keane T. M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53. No. 5. P. 819–827. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.006>
63. Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur Journal Psychotraumatol*. 2021. Vol. 12. No. 1:1802920. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
64. Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinks N. K., Feeny N. C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2018. Vol. 59. P. 30–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>
65. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A. Et all. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. No. 3. P. 198–206. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
66. Richardson L.K., Frueh B.C., Acierno R. Оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з бойовими діями: критичний огляд. *Aust N Z J Психіатрія*. 2010. С. 4-19.
67. Swartz M.H. Посібник з фізичної діагностики: історія та обстеження. 7-е вид. Філадельфія, Пенсільванія: Elsevier. 2014.
68. Weiss D.S., Marmar C.R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. Vol. 63. P. 361-368.

ДОДАТКИ

Додаток А

Бланки психодіагностичних методик

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації

К. Роджерса - Р. Даймонда

Текст методики

1. Відчуває незручність, коли вступає з кимось у діалог.
2. Не має бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.
4. Має до собі високі вимоги.
5. Часто зварити собі за ті, що зробив.
6. Часто відчуває собі пригнобленим.
7. Має сумніви, що може подобатися особам протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, добрі стосунки з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнена; тримається осторонь.
11. У невдачах звинувачує собі.
12. Людина відповідальна; на неї можна покластися.
13. Відчуває, що не у змозі змінити щось, усі зусилля марні.
14. На багато розмов дивуватися очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.
16. Власних переконань і правив не вистачає.
17. Подобається мріяти, іноді - втягай; важко повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: переживає образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.
19. Уміє керувати собою і власними вчинками, примушувати собі або дозволяти собі; самоконтроль для нього - не проблема.
20. Часто змінюється настрої: настає нудьга.
21. Вусі, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.
23. Не соромитися своїх почуттів, відкрито їх виражає.
24. Серед великого скупчення людей відчуває собі дещо самотньо.
25. Нині бажає усе покинути, кудись сховатися.
26. З оточуючими зазвичай вільно спілкується.
27. Важко боротися із самим собою.
28. Напружено сприймає доброзичливе ставлення оточуючих, якщо вважає, що не заслуговує на нього.
29. У душі - оптиміст, вірить у найкраще.

30. Людина вперта; таких називають важкими.
31. До людей критичний, засуджує їх, якщо вважає, що сморід цього заслуговують.
32. Часто відчуває собі не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: йому не завжди вдається думати і діяти самостійно.
33. Більшість із тихий, хто його знає, добрі до нього ставитися, люблять його.
34. Іноді бувають такі думання, про які не хочеться комусь розповідати.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуває собі безпомічним, має потребу відчувати когось поруч.
37. Приймавши рішення, виконує його.
38. Приймаючи самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати собі немає сенсу.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Усім задоволений.
42. Почувається погано: не може організувати собі.
43. Відчуває млявість; вусі, що раніше хвилювало, стало байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.
45. Роздратований, часто не може стриматися.
46. Часто відчуває собі ображеним.
47. Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата: бракує стриманості.
48. Буває, що поширює плітки.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: сморід іноді підводять його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці - думання, а не почуття: перед тим як щось зробити, добрі поміркує.
52. Ті, що відбувається, тлумачить по- своєму, здатен нафантазувати зайве.
53. Терплячий до інших і приймає шкірного таким, яким він є.
54. Намагається не думати про свої проблеми.
55. Вважає собі цікавою людиною-привабливою як особистість, помітною.
56. Людина сором'язлива.
57. Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє «Я».
60. Боїться думань інших про собі.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, схвалення: у тому, що для нього суттєво, намагається бути кращим.
62. Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.
63. Людина діяльна, енергійна, ініціативна.
64. Пасує перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.

65. Просто недостатньо оцінює собі.
66. Ватажок, вміє впливати на інших.
67. Ставиться до собі в цілому добрі.
68. Людина наполеглива, їй завжди важливо зробити усе по- своєму.
69. Не подобається, коли з кимось порушуються зв'язки, особливо – якщо починаються зварювання.
70. Досить довго не може прийняти рішення, потім має сумніви щодо його правильності.
71. Розгублений, невпевнений у собі.
72. Задоволений собою.
73. Йому часто не щастить.
74. Людина приємна, приваблює інших.
75. Можливо, не дуже вродливий, але може подобатись як людина, особистість.
76. З презирством ставиться до осіб протилежної статі й не має контактів із ними.
77. Коли треба щось зробити, його охоплюють страх, сумніви.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.
79. Уміє наполегливо працювати.
80. Відчуває, що рості, дорослішає: змінюється сам і змінює ставлення до навколишнього світу.
81. Іноді говорити про ті, про що насправді не має уявлення.
82. Завжди говорити тільки правду.
83. Схвильований, напружений.
84. Щоб він щось зробив, треба вперто наполягати на цьому.
85. Відчуває невпевненість у собі.
86. Обставини часто змушують захищати собі, виправдовуватись і обгрунтовувати свої вчинки.
87. Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.
88. Людина, якій подобається міркувати.
89. Іноді подобається хизуватися.
90. Приймає рішення і відразу змінює їх; звинувачує собі у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не може.
91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чийсь допомогу.
92. Ніколи не запізнюється.
93. Відчуває внутрішню несвободу.
94. Відрізняється від інших.
95. Не дуже надійний, на нього не можна покластися.
96. Добрі собі розуміє, вусі в собі приймає.
97. Товариська, відкрита людина; легко спілкується з людьми.

98. Сілі і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати; вусі може виконати.

99. Собі не цінує: ніхто його не сприймає серйозно, у кращому випадку усі до нього ставляться поблажливо, просто терплять.

100. Хвилюється, що забагато переймається особами протилежної статі.

101. Усі свої звички вважає позитивними.

Ключ до методики

№ з/п		Показники	Номер висловлювань	Норма
А	а	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	б	Деадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2		Неправда -	34,45, 48,81,89	18 - 36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
8	а	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14 - 28
^	а	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12 - 24
	б	Неприйняття інших	2, 10,21,28, 40, 60, 76	14 - 28
Е	а	Емоційний комфорт	23,29,30,41,44,47, 78	14 - 28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14 - 28
І	а	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79,91,98	26 - 52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70,71,73, 77	18 - 36
Е	а	Домінування	58,61,66	6 - 12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12 - 24
8		Ескапізм (уникнення проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10 - 20

Додаток Б

Міссісіпська шкала бойового посттравматичного стресового розладу (Т. М. Keane, М. А. Juesta, J. М. Caddell, К. L. Taylor)

Інструкція: Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від 1 до 5. Користуючись цією шкалою, вкажіть, в якій мірі ви згодні або не згодні з цим твердженням.

Дайте лише одну відповідь на кожне твердження: Абсолютно невірно, Іноді вірно, До деякої міри вірно, Вірно, Абсолютно вірно.

№	Твердження	Абсолютно невірно	Іноді вірно	До деякої міри вірно	Абсолютно вірно	Вірно
1	До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз	1	2	3	4	5
2	У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	5	4	3	2	1
3	Якщо хтось мене «виведе із себе», я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5	Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6	Я здатний формувати емоційно близькі стосунки з іншими людьми	5	4	3	2	1
7	Мені сняться ночами жахи про пережиті події на війні	1	2	3	4	5
8	Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9	Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10	Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою	1	2	3	4	5
11	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	5	4	3	2	1
12	Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13	У певних ситуаціях я відчуваю себе так, як ніби я знову в армії	1	2	3	4	5

14	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15	У мене таке відчуття, ніби я не можу рухатися	1	2	3	4	5
16	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17	Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше.	5	4	3	2	1
18	Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19	Я розумію, що після демобілізації можу продовжувати успішно працювати	5	4	3	2	1
20	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21	Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22	Мені подобається бути у товаристві інших людей.	5	4	3	2	1
23	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25	Від несподіваного шуму я легко здригаюся	5	4	3	2	1
26	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27	Я спокійна і врівноважена людина	5	4	3	2	1
28	Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29	Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30	Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі	5	4	3	2	1
31	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34	Моя пам'ять така ж гарна, як і раніше.	5	4	3	2	1
35	Мені складно проявляти свої почуття, навіть по відношенню до близьких людей	1	2	3	4	5

Додато В
Тест на визначення стресостійкості
(авт. В. Семіченко)

Інструкція:

Респондентам пропонується оцінити кожне твердження за шкалою від 1 (зовсім не погоджуюся) до 5 (повністю погоджуюся). Загальна оцінка використовується для визначення рівня стресостійкості військовослужбовця.

Ці твердження охоплюють ключові аспекти стресостійкості, такі як емоційна регуляція, адаптивність, впевненість у собі, здатність до відновлення та ефективність у стресових умовах.

№	Твердження	Оцінка (1-5)
1	У стресових ситуаціях я можу зосередитися на головному та ефективно вирішувати проблеми.	
2	Я легко відновлююся після емоційного напруження.	
3	Я впевнений(-а) у своїх можливостях долати труднощі.	
4	У критичних умовах я зберігаю спокій та дію раціонально.	
5	Несподівані ситуації не викликають у мене паніки.	
6	Я здатний(-а) контролювати свої емоції у складних обставинах.	
7	Після невдач я швидко мобілізую сили для досягнення нових цілей.	
8	Я зберігаю позитивний настрій навіть у складних умовах.	
9	Стрес не впливає на мою здатність приймати важливі рішення.	
10	У стресових умовах я можу ефективно взаємодіяти з іншими людьми.	
11	Фізичні прояви стресу (серцебиття, напруження) не заважають мені виконувати свої обов'язки.	
12	Я можу відновлювати сили за допомогою простих методів, таких як медитація чи фізична активність.	
13	Я здатний(-а) відокремлювати робочі проблеми від особистого життя.	
14	У кризових ситуаціях я залишаюся зібраним(-ою) та контролюю свої дії.	
15	Мені легко сприймати нові виклики як можливості для розвитку.	

Додаток Г

Діагностичний інструментарій для Тесту оцінки агресивності А. Ассінгера

Тест А. Ассінгера оцінює агресивність особистості за допомогою опитувальника, що містить твердження, спрямовані на виявлення схильності до агресивної поведінки, її форм і проявів. Респондент має оцінити ступінь своєї згоди з кожним твердженням.

Список тверджень для тесту А. Ассінгера

Респонденту пропонується обрати одну з відповідей для кожного твердження:

- **Завжди**
- **Часто**
- **Рідко**
- **Ніколи**

№	Твердження
1	Я легко втрачаю контроль над собою в конфліктних ситуаціях.
2	Коли мені щось не подобається, я прямо це висловлюю.
3	Часто буваю роздратованим без очевидної причини.
4	Я відчуваю задоволення, коли бачу, що хтось зазнає невдачі.
5	Мене часто дратує поведінка інших людей.
6	Я схильний відповідати грубістю на грубість.
7	У конфліктах я намагаюся довести свою правоту будь-якими засобами.
8	Мені подобається брати участь у суперечках чи дебатах.
9	Я відчуваю, що агресія допомагає мені досягати своїх цілей.
10	Після конфліктів я довго не можу заспокоїтися.
11	У стресових ситуаціях я можу проявити фізичну агресію (наприклад, бити речі).
12	Часто я роздратований поведінкою інших, навіть коли це дрібниці.
13	Мені важко контролювати свої емоції, коли я гніваюся.
14	Я схильний до агресивних відповідей у стресових ситуаціях.
15	У мене часто виникає бажання покарати людей за їхню несправедливу поведінку.

Інструкція для респондента

Оцініть кожне твердження, обравши одну з відповідей: "**Завжди**", "**Часто**", "**Рідко**" або "**Ніколи**". Відповіді мають відображати ваше звичайне самопочуття та поведінку, а не те, яким ви прагнете бути.

Схема оцінювання

1. Кожна відповідь має бал:
 - **Завжди** – 3 бали
 - **Часто** – 2 бали
 - **Рідко** – 1 бал
 - **Ніколи** – 0 балів
2. Підраховується загальний бал, який класифікується за рівнем агресивності:
 - **0–10 балів:** Низький рівень агресивності
 - **11–20 балів:** Помірний рівень агресивності
 - **21–30 балів:** Високий рівень агресивності
 - **31 і більше балів:** Дуже високий рівень агресивності

Призначення

Цей тест використовується для діагностики агресивної поведінки в контексті психологічного консультування, оцінки емоційного стану військовослужбовців, вивчення реакцій у стресових ситуаціях, а також для розробки стратегій психологічної корекції.

Додаток Д
Анкета «стрес-фактори»

Розділ 1: Інтенсивність бойової активності

1. Як часто ви брали участь у бойових діях за останні 6 місяців?
 - Щодня
 - Кілька разів на тиждень
 - Кілька разів на місяць
 - Рідше ніж раз на місяць
2. Як ви оцінюєте тривалість вашої бойової діяльності під час одного завдання?
 - Менше 6 годин
 - Від 6 до 12 годин
 - Більше 12 годин
3. Чи були ситуації, коли ви залишалися без перерви на відпочинок під час виконання бойового завдання?
 - Так
 - Ні

Розділ 2: Значущість бойових завдань

4. Чи відчували ви тиск відповідальності через виконання критично важливих завдань?
 - Завжди
 - Іноді
 - Ніколи
5. Як ви оцінюєте важливість виконаних вами завдань для загального успіху операції?
 - Надзвичайно важливі
 - Важливі
 - Малозначущі
6. Чи відчуваєте ви, що ваші зусилля були належно оцінені командуванням?
 - Так
 - Ні

Розділ 3: Характер бойових дій

7. Чи брали ви участь у наступальних операціях?
 - Часто
 - Іноді
 - Ніколи

8. Як ви оцінюєте ступінь небезпеки під час вашої участі в бойових діях?
- Надзвичайно високий
 - Високий
 - Помірний
 - Низький
9. Чи стикалися ви з ситуаціями раптового нападу або засідки?
- Часто
 - Іноді
 - Ніколи

Розділ 4: Психологічна оцінка бойових втрат

10. Чи втрачали ви товаришів по службі під час бойових дій?
- Так
 - Ні
11. Як часто ви відчували провину за бойові втрати?
- Постійно
 - Іноді
 - Ніколи
12. Чи вплинули бойові втрати на вашу здатність виконувати подальші завдання?
- Так, значно
 - Так, частково
 - Ні
13. Чи стикалися ви з переживаннями, пов'язаними з необхідністю вбивати супротивника?
- Часто
 - Іноді
 - Ніколи

Інструкція до оцінювання

Кожне запитання або твердження має відповідний баловий показник. Загальний бал дозволяє визначити рівень стресу, пов'язаного з бойовою діяльністю, за чотирма вимірами: **інтенсивність, значущість, характер бойових дій і психологічна оцінка втрат.**

Високий бал у будь-якому розділі свідчить про необхідність додаткової психотерапевтичної підтримки або корекції умов служби.

Ця структура дозволяє глибоко аналізувати фактори стресу та їхній вплив на військовослужбовців, враховуючи як об'єктивні, так і суб'єктивні аспекти бойової діяльності.

Первинні дані дослідження за методикою «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс та Р. Даймонд)

№ п/п	<i>Шкали методики</i>												8
	А		8		І.		Е		І		І)		
	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	
1.	71	63	52	78	80	79	70	42	68	44	45	60	63
2.	64	40	62	80	80	79	67	54	65	68	70	66	60
3.	76	76	77	77	76	75	76	40	29	51	58	70	51
4.	80	76	77	44	58	49	64	60	72	70	68	51	69
5.	80	40	40	80	80	80	66	62	53	44	56	42	47
6.	55	55	46	55	59	48	53	60	41	58	60	51	50
7.	76	35	73	22	49	75	55	40	77	79	79	79	80
8.	57	70	60	71	62	63	63	62	59	62	59	60	62
9.	42	68	44	45	60	63	53	61	57	60	62	63	64
10.	54	65	68	70	66	60	63	80	80	0	80	80	80
11.	40	29	51	58	70	51	49	70	69	22	61	73	74
12.	60	72	70	68	51	69	65	76	71	72	70	67	65
13.	62	53	44	56	42	47	50	78	64	45	46	44	74
14.	60	41	58	60	51	50	53	68	72	76	69	76	70
15.	40	77	79	79	79	80	72	57	43	58	52	14	44
16.	62	59	62	59	60	62	60	46	46	8	61	61	22
17.	61	57	60	62	63	64	62	60	60	42	65	40	69
18.	80	80	0	80	80	80	66	60	48	40	80	40	40
19.	70	69	22	61	73	74	61	67	78	77	69	63	8
20.	76	71	72	70	67	65	70	44	40	49	55	60	35
21.	78	64	45	46	44	74	58	40	14	3	40	14	0
22.	68	72	76	69	76	70	71	35	18	21	49	17	53
23.	57	43	58	52	14	44	44	44	58	59	59	42	42
24.	46	46	8	61	61	22	40	80	40	40	80	40	80
25.	60	60	42	65	40	69	56	80	80	73	74	73	79
26.	60	48	40	80	40	40	51	64	73	74	77	70	79
27.	67	78	77	69	63	8	72	61	56	44	63	51	53
28.	44	40	49	55	60	35	50	80	40	40	80	80	80
29.	40	14	3	40	14	0	18	54	65	68	70	66	60
30.	35	18	21	49	17	53	32	40	77	79	79	79	80

Додаток Е

Обчислення за t-критерієм Стюдента

Постановка гіпотези

1. **Нульова гіпотеза (H_0):** Різниця між середніми значеннями до і після експерименту відсутня, тобто ефективність експериментальної методики статистично не відрізняється.
2. **Альтернативна гіпотеза (H_1):** Різниця між середніми значеннями до і після експерименту є статистично значущою, тобто методика має вплив.

Параметри аналізу

Використовується **парний t-критерій Стюдента**, який підходить для оцінки змін у показниках цієї й цієї ж вибірки (військовослужбовців) до і після експерименту.

Розрахунок базових статистичних показників

Розраховуємо основні статистичні параметри (середнє значення та стандартне відхилення) для кожної групи:

До експерименту:

Дані: [27.8, 25.6, 24.2, 26.7, 23.5, 28.4, 36.5, 54.8]

- Середнє значення ($\bar{X}_{\text{до}} = \frac{\sum X_{\text{до}}}{n}$)
 $\bar{X}_{\text{до}} = \frac{27.8 + 25.6 + 24.2 + 26.7 + 23.5 + 28.4 + 36.5 + 54.8}{8} = 30.94$
- Стандартне відхилення ($S_{\text{до}} = \sqrt{\frac{\sum (X_{\text{до}} - \bar{X}_{\text{до}})^2}{n - 1}}$)
 $S_{\text{до}} = \sqrt{\frac{(27.8 - 30.94)^2 + (25.6 - 30.94)^2 + (24.2 - 30.94)^2 + (26.7 - 30.94)^2 + (23.5 - 30.94)^2 + (28.4 - 30.94)^2 + (36.5 - 30.94)^2 + (54.8 - 30.94)^2}{8 - 1}}$

Після експерименту:

Дані: [35.4, 32.1, 30.8, 33.2, 29.4, 30.7, 29.1, 37.2]

- Середнє значення ($\bar{X}_{\text{після}} = \frac{\sum X_{\text{після}}}{n}$)
 $\bar{X}_{\text{після}} = \frac{35.4 + 32.1 + 30.8 + 33.2 + 29.4 + 30.7 + 29.1 + 37.2}{8} = 32.36$

$$= \frac{35.4 + 32.1 + 30.8 + 33.2 + 29.4 + 30.7 + 29.1 + 37.2}{8} = 32.36$$

- Стандартне відхилення (Спісля $S_{\text{після}}$ Спісля):
 $S_{\text{після}} = \sqrt{\frac{\sum (X_{\text{після}} - \bar{X}_{\text{після}})^2}{n - 1}}$

Розрахунок t-критерію Стюдента

Формула для парного t-критерію:

$$t = \frac{\bar{D}}{S_D / \sqrt{n}}$$

Де:

- \bar{D} — середнє значення відрізняти між парами ($D_i = X_{\text{після}} - X_{\text{до}}$);
- S_D — стандартне відхилення різниць;
- n — кількість пар.

Кроки розрахунку:

1. Різниця між парами (D_i):

$$[7.6, 6.5, 6.6, 6.5, 5.9, 2.3, -7.4, -17.6]$$

2. Середнє значення різниць (\bar{D}):

$$\bar{D} = \frac{\sum D_i}{n} = \frac{7.6 + 6.5 + 6.6 + 6.5 + 5.9 + 2.3 - 7.4 - 17.6}{8} = 1.25$$

$$\bar{D} = \frac{7.6 + 6.5 + 6.6 + 6.5 + 5.9 + 2.3 - 7.4 - 17.6}{8} = 1.25$$

$$\bar{D} = \frac{87.6 + 6.5 + 6.6 + 6.5 + 5.9 + 2.3 - 7.4 - 17.6}{8} = 1.25$$

3. Стандартне відхилення різниць (S_D):

$$S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Розрахунок стандартного відхилення:

4. t-статистика:

$$t = \frac{\bar{D}}{S_D / \sqrt{n}}$$

5. Порівняння p-value:

На основі t-статистики порівнюємо p-value з рівнем значущості ($\alpha = 0,05$).

Результати

Після проведення розрахунків було отримано:

- $t = -0,405$ $t = -0,405$ $t = -0,405$, $\text{stop} = 0,698$ $p = 0,698$ $\text{stop} = 0,698$.

тому $\text{stop} > 0,05$ $p > 0,05$ $\text{stop} > 0,05$, результати вказують, що немає достатніх статистичних підстав для відхилення нульової гіпотези. Різниця між результатами до і після експерименту не є статистично значущою.