

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Кучерука Миколи Петровича

УДК 159.944.4

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Дослідження стресового розладу у військовослужбовців під впливом
екстремальних ситуацій війни

Спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра психології.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

М.П. Кучерук

Керівник роботи:

Гречуха Ірина Анатоліївна

доктор філософії (спеціальність

«Психологія»), доцент кафедри психології

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри
№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти

_____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Кучерук М. П. Дослідження стресового розладу у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

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

У кваліфікаційній роботі подано теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни. Дослідження психологічних реакцій на стрес у військовослужбовців, які перебували в умовах екстремальних ситуацій війни, стало важливою темою наукових розвідок. Це явище отримувало різні назви: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

Отримані результати дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни свідчать, що ПТСР є клінічною проблемою. А також про наявність окремих симптомів ПТСР з високою інтенсивністю їх проявів. Результати дослідження свідчать що після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній клінічній шкалі покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів. Це свідчить про те, що комплекс реабілітаційних заходів має бути більш витриманий у часі, а військовослужбовці потребують більш тривалого реабілітаційного впливу.

Ключові слова: стрес, стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), реабілітація, дебрифінг.

SUMMARY

Kucheruk M. Study of stress disorder in military personnel under the influence of extreme situations of war. - Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 "Psychology", OPP "Practical Psychology". – Polis National University, Zhytomyr, 2024.

The qualification work presents a theoretical generalization and an empirical study of the mental reaction to stress in military personnel under the influence of extreme situations of war. The study of psychological reactions to stress in military personnel who were in extreme war situations has become an important topic of scientific research. This phenomenon received different names: "military fatigue", "combat exhaustion", "military neurosis", "post-traumatic neurosis".

The obtained results of the study of the mental reaction to stress in military personnel under the influence of extreme situations of war indicate that PTSD is a clinical problem. And also about the presence of individual symptoms of PTSD with a high intensity of their manifestations. The results of the study show that after rehabilitation measures, the general picture on each clinical scale improved, but did not lead to the complete disappearance of certain symptoms. This indicates that the complex of rehabilitation measures should be more sustained over time, and servicemen need a longer rehabilitation effect.

Key words: stress, stress disorder, post-traumatic stress disorder (PTSD), rehabilitation, debriefing.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОЇ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ.....	11
1.1. Поняття та зміст психологічної категорії «стрес», «дистрес», «бойовий стрес» у роботі військових.....	11
1.2. Структура психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу та ПТСР.....	20
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ	31
2.1. Методи дослідження стресового розладу та ПТСР у військовослужбовців.....	31
2.2. Методологія та організація дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни	35
Висновки до розділу 2.....	40
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ	41
3.1. Дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни....	41
3.2. Методи психологічної допомоги військовослужбовцям, що зазнали бойових психологічних травм.....	47
Висновки до розділу 3.....	50
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Невід’ємною складовою існування людини, та і не лише людини, є пристосування до навколишнього світу. В більшості випадків це проходить природнім шляхом через стандартні закладені еволюцією реакції організму та свідомості і підсвідомості на зовнішні подразники. Таким чином, можна сказати, що процес пристосування і є ключовим елементом процесу існування. Саме від того наскільки якісно ми сприймаємо навколишнє середовище і формується наше уявлення про раціональну взаємодію з ним.

Проте існують подразники, які не піддаються оцінці з точки зору алгоритму дій, як наслідку взаємодії. Такі подразники є стресом та призводять до непередбачуваних реакцій. А у випадку, коли такі реакції взаємопов’язані з екстремальними умовами і не мають загальноприйнятого зворотнього зв’язку є велика імовірність розвитку непередбачуваних психологічних реакцій, наприклад: паранойя, психологічна травма, ПТСР, – особливо, коли такі умови або ситуація продовжують свій вплив та не мають чітко визначених часових обмежень і перспектив розв’язання їх наслідків.

Попри величезну базу інформації щодо виявлення зворотнього зв’язку на психологічні реакції існує відсутність загальної системи стандартизації таких елементів та системи їх застосування в практичному полі. Особливо це стосується реакцій на стрес в кризових або екстремальних ситуаціях пов’язаних з не повсякденною людською діяльністю, а факторами зовнішній непереборних обставин.

Під час представлення результатів послуг експрес-аудиту у сфері психічного здоров’я міністр охорони здоров’я Віктор Ляшко зазначив, що з кожним днем кількість людей, які відчують негативні наслідки для свого психічного здоров’я збільшується. Крім того, навіть ті, хто продемонстрував психологічну стійкість у перші місяці війни, може зіткнутися з психічними проблемами оскільки всі ми перебуваємо у стані тривалої війни, що має негативний вплив на психіку людини. За попередніми оцінками, на поточному

етапі війни психологічну підтримку потребують близько 15 мільйонів українців, з яких 3-4 мільйонам є потреба у медикаментозному лікуванні.

Прем'єр-міністр Денис Шмигаль підкреслив про необхідність створення та впровадження Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. А тому, основним завданням є допомога людям у подоланні стресу та профілактика розвитку психічних розладів.

Саме відсутність структури подразників, реакцій, наслідків їх взаємозв'язку та дій спрямованих для їх нівелювання і є проблемою в розробці ефективних заходів запобігання і подолання критичних поведінкових та психосоматичних негативних проявів на особистість її оточення та суспільство загалом. А отже, дана проблема є соціально значущою та маловивченою, що і зумовило вибір нашої теми дослідження, а саме: *«Дослідження стресового розладу у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни»*

Мета дослідження: дослідити психічні реакції на стрес військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни.

Завдання дослідження:

- 1) здійснити теоретичний аналіз проблеми психології стресу та стресових розладів;
- 2) розкрити поняття та зміст психологічної категорії «стрес», «дистрес», «бойовий стрес»;
- 3) емпірично дослідити наявність стресового розладу у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни;
- 4) розробити структуру психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу.

Об'єкт дослідження: психічні реакції на стрес під впливом екстремальних ситуацій війни.

Предмет дослідження: структура психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу та ПТСР.

Гіпотеза дослідження: з кожним днем кількість військових, які зіткнулися з гострим стресовим розладом та посттравматичним стресовим розладом

(ПТСР), буде зростати. Крім того, хто продемонстрував стійкість у перші місяці війни, ризикують зіткнутися з психічним виснаженням та хронічним стресом, що може мати негативний вплив на психічне здоров'я особистості.

Теоретико-методологічною основою дослідження є положення про стрес (Р. Грінкер, А. Кардінер, П. Шпігель), тривожний розлад (Н.С. Арчибальд, В.В. Нечипоренко, Р. Тодденхарн,) та посттравматичний стресовий синдром (Б.С. Братусь, Е. Еріксон, Н.В. Тарабріна).

Методи дослідження: методи теоретичних досліджень (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення науково-теоретичної літератури з проблеми); психодіагностичні методи: «Шкали оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*), «Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*), СБОО (Стандартний багатофакторний опитувальник особистості), методика САН, шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна; статистичні методи математичної обробки даних – описова статистика (середні арифметичні значення, відсотковий аналіз), t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося впродовж 2023-2024 років. До вибірки ввійшли військовослужбовці загальною чисельністю 35 осіб, які проходили медико-психологічну реабілітацію після отриманих травм на базі Бердичівського військового госпіталю.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження: проаналізовано особливості організації психологічної роботи з військовими; уточнено визначення понять «стрес», «дистрес», «бойовий стрес»; описано структуру психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу та ПТСР; емпірично досліджено стресові розлади у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни.

Практична значущість одержаних результатів полягає у розширенні уявлення щодо структури психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу та ПТСР.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Положення та результати дослідження представлені для обговорення на 2 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) та 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).

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

1. Кучерук М.П. Постгоспітальна психологічна реабілітація ветеранів: опис методики та рекомендації. *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/5690/>

2. Кучерук М.П. Психологія стресу: роль гормонів у психоемоційному самопочутті людини. *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/5691/>

3. Кучерук М.П. Провина вцілілого: симптоми та особливості психологічної допомоги. *Студентські наукові читання-2024: Матеріали студентської науково-практичної конференції*, 11 грудня 2024 року. Житомир: Поліський національний університет, 2024. (подано до друку).

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 40 найменування. Загальний обсяг курсової роботи складає 57 сторінок, основний зміст роботи викладено на 53 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОЇ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ

1.1. Поняття та зміст психологічної категорії «стрес», «дистрес», «бойовий стрес» у роботі військових

В останнє десятиліття в психіатрії та психології набули актуальності напрямки, які досліджують психічні порушення, що виникають внаслідок екстремальних ситуацій. Технічні катастрофи та військові конфлікти стали звичними подіями. Стихійні лиха, які існували завжди, зараз частіше залишають людину сам-на-сам з лихом, без необхідної підтримки, що збільшує психологічне навантаження.

Психопатологія травматичного стресу вперше увійшла до медичної літератури та діагностики під час Громадянської війни у США. Доктор Джекоб Мендос Да Коста описав психічні порушення у солдатів того періоду. Вивчаючи групу фізично здорових ветеранів американської громадянської війни, виявляючи скарги на серцебиття, що супроводжувалося болем у ділянці серця, тахікардією, відчуттям тривоги, головним болем, ослабленням зору та запамороченням. Не виявивши ознаку міокардиту, він назвав цей стан «болісно чутливим серцем» або «солдатським серцем», що згодом стало відомим як синдром Да Коста [6].

Наприкінці XIX століття для позначення розладів у жертви перших залізничних катастроф було введено термін «травматичний невроз». Друга світова війна знову привернула увагу до військових стресових реакцій, що призвело до появи терміну «**невроз воєнного часу**». Реакції, викликані участю в бойових діях, стали предметом масштабних досліджень і отримали різні назви: «військова втома», «бойове визнання», «військовий невроз», «посттравматичний невроз». У 1941 році, в межах одного з перших систематизованих досліджень, А.Кардінер охарактеризував це явище як «**травматичні неврози війни**» [20].

У своїй монографії «Люди в умовах стресу» Р. Грінкер і П. Шпігель використовували терміни «стрес боїв», «стомлення від боїв», «виснаження від боїв» та «гостра бойова реакція». Вони детально описали симптоми, які спостерігалися у солдатів, що поверталися з полону. До них належали: висока вегетативність, депресія, зниження пам'яті, зниження концентрації уваги, нічні кошмари, фобії, агресія та підвищена активність соматичної системи [8].

У функціонуванні психіки військовослужбовця в бойових умовах проявляється низка закономірностей. Виявлення цих закономірностей дозволяє передбачити фізичні, моральні та психологічні випробування, з якими зустрічаються військовослужбовці під час бою, та ефективно використовувати «людський фактор» для досягнення перемоги над ворогом.

Підготовка військовослужбовців до сучасної війни повинна базуватися на глибокому розумінні функціонування їх психіки і поведінки в конкретних бойових ситуаціях, тобто з урахуванням специфіки цілей, завдань, засобів і методів діяльності в різних видах бою.

Вітчизняна військова наука виділяє два типи бою: наступ і оборону. Врахування психологічних особливостей цих типів бойових дій є важливою умовою їх ефективної організації та досягнення перемоги над супротивником. Психологічні особливості бойових дій військовослужбовців у наступі й обороні значно різняться [12].

Особливості психології під час наступальних дій зумовлені специфікою цілей, застосовуваних методів і засобів збройної боротьби. Наступ має на меті розгром супротивника та оволодіння важливими районами, рубежами або об'єктами місцевості. Він полягає в знищенні супротивника всіма доступними способами: рішучою атакою, стрімким просуванням військ у глибину його бойового порядку, захопленням озброєння, техніки та намічених районів.

Досвід підготовки та бойовий досвід військовослужбовців показує, що для досягнення поставлених цілей є потреба у високому темпі підготовки, безперервно – в день і вночі, за будь-якої погоди, з повною напругою сил та тісною взаємодією частин і підрозділів загальних і спеціальних військ. Це

визначає особливості мотивації, психічних станів, бойової активності та взаємодії військовослужбовців під час наступу [6].

Як зазначають відомі воєначальники, наступ є тим видом бойових дій, яким військовослужбовці надають перевагу найбільше. Психологічно це пояснюється тим, що наступ асоціюється з бойовою та духовною перевагою. Ця впевненість має глибоке історичне коріння. Солдатська мудрість сформулювала важливий закон війни: «Краща оборона – це наступ», що підкреслює психологічно найбільш прийнятний вид бойових дій [22].

Хід і результат наступу значною мірою залежать від поведінки та психічного стану військовослужбовців після бою. У цей період відбувається поступове відновлення здатності критично мислити та відволікатися від бойових переживань шляхом виконання різних завдань, таких як догляд за технікою і зброєю, впорядкування спорядження, написання листів тощо.

Водночас відзначається зниження комунікативної активності та потреби у відпочинку. У разі невдалого завершення бойових дій у військовослужбовців можуть виникати сумніви у власних силах, у перемозі над супротивником, у компетентності командирів. Ці переживання залишаються особливо гострими при значних втратах особового складу та бойової техніки.

Подоланню таких станів сприяють:

- роз'яснення причини невдач;
- визначення шляхів та методів відновлення боєздатності;
- активна підготовка до подальших дій;
- посилення ненависті до ворога;
- надання психологічної допомоги травмованим військовослужбовцям;
- актуалізація широких соціальних мотивів поведінки [25].

У військовій психології наразі не існує загальноприйнятої класифікації психічних реакцій і станів військовослужбовців у бойових умовах. Однак останнім часом психологи все більше сходяться на думку, що стан, який

переживає військовослужбовець під час бою, є стресом (психологічною напругою) [21].

Стрес також як широкий спектр станів людини, що є реакцією на різні несприятливі впливи – стресори (або стрес-фактори). Це комплекс біохімічних, фізіологічних, психологічних і поведінкових реакцій на будь-який негативний вплив.

Відповідно до теорії стресу канадського вченого Ганса Сельє, стрес є неспецифічною відповіддю організму на будь-які навантаження. Ця реакція сприяє адаптації до стресу та подоланні труднощів.

Стрес супроводжує енергетичну мобілізацію та погіршує загальний стан організму. Відчутні значні зміни в:

- серцево-судинній системі;
- дихальній системі;
- м'язово-рухові системи;
- ендокринній системі [28].

Одночасно відбуваються зміни у психічних процесах, емоційні та мотиваційні зрушення..

Однак, помірний стрес є корисним. Він мобілізує фізичні та психічні ресурси, свої захисні сили, активізує інтелектуальні процеси, оптимальний бойовий стан, інтенсифікує ефективну діяльність військовослужбовців.

Діагностична категорія ПТСР виникла на основі спостережень під час бойових дій США в Кореї, що дозволило в 1952 році виділити групу «великих стресових реакцій» (*gross stress responses*). Ці розлади визначалися як стани, що виникають «у ситуації, коли індивід піддається значному фізичному навантаженню або вираженому емоційному стресу» [20].

У 1965 році Н.С. Арчибальд і Р. Тодденхарн, використовуючи опитувальник ММРІ, виявили у ветеранів Другої світової війни та Корейської війни симптоми депресії та істерії. Вони також знайшли 47 відмінностей у клінічних проявах "травматичного військового неврозу" порівняно з

невротичними розладами у пацієнтів, чиї захворювання не були спричинені перебуванням в екстремальній ситуації (група "не ветеранів").

Після офіційного визнання ПТСР як діагнозу у 1980 році, численні дослідники продовжили вивчати цей розлад у ветеранів Другої світової війни, Корейського конфлікту, В'єтнамської війни та інших локальних воєн. Автори підкреслювали, що поширеність ПТСР важко визначити, оскільки багато людей, які страждають на цей розлад, не звертаються по допомогу до психіатрів [5].

За даними В.В. Нечипоренка та його колег, під час важких, інтенсивних боїв частота стресових реакцій у військовослужбовців може досягати 10-25%. У випадку поганої підготовки військ, невмілого керівництва та дефіциту об'єктивної інформації, стресові реакції можуть миттєво охопити майже 100% особового складу через механізм індукції та перетворитися в колективну паніку. Гострі реактивні психози спостерігаються значно рідше – у 1-2% від загальної кількості військовослужбовців [8].

Тривалий та інтенсивний вплив негативних бойових факторів, які мають велике значення для військовослужбовця, може викликати непродуктивний стрес (дистрес). Дистрес виникає у випадках стресу, коли людина відчуває безпорадність, безсилля та безнадійність. Цей стан часто супроводжується порушенням психічних процесів, відчуттями, сприйняттям, пам'яттю, мисленням, а також викликає негативні емоції, такі як страх, байдужість, агресивність та інші. Він може також призводити до порушень координації рухів, таких як метушливість, тремор, заціпеніння, а також до тимчасових або тривалих змін у характері, таких як пасивність, втрата волі до життя, віри у перемогу, довіри до товаришів по службі та командирів, схильності до стереотипних дій і примітивного наслідування, а також надмірного прояву інстинкту самозбереження. Дистрес може викликати різноманітні психогенні патологічні реакції та психологічні розлади. Стрес може бути усвідомленим суб'єктивно як страх, тривога, гнів, образа, туга, ейфорія, відчуття безперспективності та надмірна втома[8].

Страх є важливою складовою емоційного досвіду військовослужбовців у стресових ситуаціях. Ця емоція виникає у відповідь на реальну або уявну загрозу для життя чи здоров'я людини. У процесі філо- і онтогенетичного розвитку страх став важливим механізмом, що допомагає попереджати небезпеку та мобілізувати внутрішні резерви для подолання чи уникнення її. Страх може мати різні прояви, такі як страх смерті, болю, поранення, страх залишитися інвалідом, втратити здатність до бою чи повагу товаришів по службі. Він може виражатися у вигляді переляку, тривоги, остраху, афективного страху, індивідуальної чи групової паніки, кожна з яких має свою функцію та специфічну динаміку прояву[22].

Переляк є надзвичайно важливою реакцією організму на небезпеку, що виникає миттєво і спонукає людину до дій, спрямованих на збереження життя. Ця реакція базується на вродженій програмі, яка допомагає уникнути небезпечної ситуації. Без цієї реакції людина не мала б шансу вижити у небезпечних ситуаціях.

Тривога, натомість, виникає у ситуаціях, коли небезпека є невизначеною або потенційно можливою. Це емоційний стан, який супроводжується очікуванням негативних подій. Тривога часто характеризується невизначеністю джерела небезпеки і може відчуватися як безпричинний страх. Вона стимулює людину до активного пошуку джерела небезпеки і може проявлятися у відчуттях безпорадності, невпевненості, перебільшенні загрози.

Обидва ці стани є важливими для виживання і можуть виникати у військовослужбовців під час бойових дій, коли небезпека постійно присутня. Ці емоції спонукають до відповідних захисних дій та обережності, що допомагає зберегти життя та здоров'я [28].

Афективний страх, або "тваринний жах", є найсильнішою формою страху, яка виникає в надзвичайно небезпечних та складних обставинах. Цей вид страху може тимчасово паралізувати здатність до усвідомлених дій. У кожної людини існує індивідуальна межа психічної напруги, після якої активуються захисні реакції.

Ці захисні реакції можуть включати камуфляж (наприклад, спроби сховатися або замаскуватися), бажання уникнути небезпеки чи покинути загрозливу обстановку, можливо, навіть зменшитися в розмірах або прийняти ембріональну позу. Під впливом афективного страху військовослужбовець може стати «морозка», не здатним рухатися, або втікати, часто убік від джерела небезпеки [25].

Групова паніка є особливо небезпечною реакцією військовослужбовців на стресові фактори бою. Цей стан страху охоплює одночасно всю групу військовослужбовців, що взаємодіють, і призводить до втрати здатності до раціональної оцінки ситуації, мобілізації внутрішніх резервів та ефективної спільної діяльності. Бойова обстановка створює сприятливі умови для розвитку панічних настроїв через раптові дії супротивника, його потужні вогневі удари, психологічний тиск та інші фактори [16].

Паніці сприяють особливі типи особистостей, які проявляють істеричні риси, мають збільшену зарозумілість та неправильну впевненість у доцільності своїх дій. Вони також можуть мати високу психосоматичну провідність, що дозволяє їм швидко впливати на інших. Ці люди, як панікери, можуть «інфікувати» своїми панічними настроями великі групи військовослужбовців і повністю дезорганізувати їхню діяльність.

Стомлення є важливим показником виникнення дистресу у військовослужбовців, оскільки воно сигналізує про виснаження енергетичних ресурсів організму і необхідність їхнього відновлення. Утома суб'єктивно сприймається як відчуття слабості, безсилля, млявості і може супроводжуватися негативними емоціями, втратою інтересу і мотивації до бойової діяльності. Це може призвести до порушення чутливості, уваги, пам'яті і мислення.

Утома також може впливати на сприйняття об'єктів бойової обстановки, збільшувати конфліктність у взаєминах зі співробітниками та іншими факторами. Це підкреслює важливість відпочинку і відновлення ресурсів для підтримки психічного та фізичного здоров'я військовослужбовців під час бойових дій [6; 12; 22].

Тривале перебування у воєнних умовах, де діють бойові стрес-фактори, може призвести до різних психічних розладів, таких як неврози і гострі реактивні психози. Неврози, які можуть виникнути, включають неврастенію, істерію та невроз нав'язливих станів. Гострі реактивні психози можуть проявлятися у вигляді ступору, сутінкових станів свідомості та реакцій втікання [20].

Ці психічні розлади можуть привести до втрати здатності до свідомих і активних дій у військовослужбовців, оскільки часто супроводжуються руховими порушеннями, внутрішньою чутливістю (слуху, зору), а також істеричними симптомами, що нагадують ознаки променевої хвороби, а також дезорієнтацією в просторі, часі, бойовій обстановці [8; 10; 16; 34].

Стійкість до психотравмуючих факторів бою та збереження бойової активності значною мірою залежать від рівня внутрішньої мотивації особистості, бойової активності на досягнення цілей, готовності до рішучих і самовідданих дій, а також від попереднього бойового досвіду. Наприклад, дослідження показують, що після 4-5 бойових зіткнень вплив стресових факторів, таких як небезпека, несподіванка, новизна ситуацій, зменшується в 1,5-2,5 рази.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є тривалими негативними змінами в психічному стані, які виявляються після пережитої психічної травми і можуть проявлятися через місяць або навіть роки після подій. Основними симптомами ПТСР є вторгнення травматичних спогадів, унікальні ситуації, що нагадують про травму, а також гіперзбудження. Більшість дослідників вважають, що основними чинниками, що сприяють розвитку ПТСР, є екстремальні або стресові умови, які сильно впливають на психіку людини [8; 10; 13; 23; 24; 29; 32; 34; 36].

Дослідження професійної діяльності військовослужбовців, які взяли участь у бойових діях, виявляє кілька важливих чинників, які сприяють розвитку ПТСР через їх психологічний вплив:

- постійний стрес очікування під час бойових відвідувань, що призводить до зниження психофізіологічних показників нижче за норму;

- потреба в гнучкості та адаптаційних механізмах, що вимагають від військовослужбовців високого рівня психічної напруги та креативних рішень;
- негативний вплив на навколишнє середовище, включаючи зону бойових дій і ризик поранень, значно підвищує стресогенність;
- постійні зміни ситуації, дефіцит інформації, а також великі операційні навантаження – емоційні, когнітивні, вольові та фізичні;
- усвідомлення постійної небезпеки та загрози для здоров'я і життя;
- невпевненість у надійності, узгодженості та взаємопорозумінні дій серед колег по службі;
- безпосередня участь у рятуванні цивільних осіб, переживання втрат товаришів по службі, дітей, жінок;
- можливість самоконтролю для мобілізації на ризиковані дії в умовах обмеженого часу для прийняття рішень;
- усвідомлення особистої відповідальності за результати своїх дій [20; 25].

Аналіз впливу різних факторів на психіку і поведінку військовослужбовців дозволяє зробити кілька важливих висновків. Небезпечні умови, в яких відбувається бій, неминуче викликають психічну напругу, що проявляється у стресових реакціях, які впливають на різні психічні процеси, такі як сприйняття, увага, пам'ять, мислення, воля та емоції, а також на ефективність бойової діяльності. Стрес може мати як мобілізуючий ефект, що сприяє підвищенню бойової готовності, так і пригнічуючий, викликаючи дистрес, що знижує здатність до активних дій. Характер цього впливу залежить від таких факторів, як мотивація, індивідуальна психологічна стійкість і бойовий досвід військовослужбовців. Тому є обґрунтовані підстави для підвищення здатності військовослужбовців ефективно реагувати на бойові стрес-фактори через спеціальну психологічну підготовку та забезпечення високої активності у бою.

1.2. Структура психологічної допомоги військовослужбовцям в ситуаціях гострого стресу та ПТСР

Гостра стресова реакція на травматичну подію проявляється через симптоми тривоги, такі як тремтіння, відчуття жару або прискорене серцебиття. Людина може пережити стан приголомшення чи зміцнення, підвищення активності або, навпаки, відчуття депресії та емоційне знесилання. Важливо відзначити, що ці симптоми часто є тимчасовими і можуть виникнути через кілька годин або днів, не приводячи до тривалих стресових розладів. Тому основним завданням першої психологічної допомоги є стабілізація стану постраждалої особи та визначення потреб у подальшому лікуванні чи підтримці.

На етапі надання першої психологічної допомоги необхідно виконати наступні завдання:

- а) задоволення негайних потреб: надання першої медичної допомоги, забезпечення базових потреб у безпеці, їжі, питті, укритті, одязі та сні;
- б) сприяння відновленню зв'язку з рідними та друзями, які збільшують тривогу та відчуття ізоляваності;
- в) проведення психологічної підтримки та психоедукації, яка спрямована на подолання дезорієнтації, допомогу постраждалим у розумінні їх стресових реакцій, а також на вивчення способів нормалізації та стабілізації психофізичного стану;
- г) оцінка потреби в духовній допомозі, що може включати бесіду з капеланом, молитвою, участю у богослужінні або здійсненні певного обряду, незалежно від духовних переконань [19].

Якщо гострий стресовий стан триває більше двох тижнів, проведіть діагностичне опитування або скринінгове дослідження для виявлення можливого гострого стресового розладу.

Симптоми гострого стресового розладу можуть включати:

- **Виснаження** – фізичне та душевне виснаження через постійну напругу та стрес.

- **Соматичні захворювання** – фізичні симптоми, такі як головний біль, біль у шлунку, напруга в м'язах тощо.
- **Збудження** – посилена активність, неспокій, неспроможність заспокоїтися.
- **Тривожність** – постійне відчуття страху чи занепокоєння.
- **Почуття провини** – відчуття відповідальності за події або переживання через те, що не вдалося запобігти травматичній ситуації.
- **Відчуття безнадії** – відчуття, що ситуація невихідна, що неможливо змінити проблеми.
- **Амнезія чи дисоціативні симптоми** – втрата пам'яті про події травмівного характеру, відчуття відокремленості від себе чи реальності, однак здатність сприймати нову інформацію зберігається.
- **Відчуження** – відчуття віддаленості від оточуючих, ізоляція від соціальних контактів.
- **Нав'язливе повторне переживання подій** – флешбеки, кошмари або постійне переживання травматичних моментів.
- **Уникнення ситуацій, що нагадують подію** – прагнення уникати місць, людей або ситуацій, які можуть викликати спогади про травму.
- **Зловживання алкогольними чи наркотичними речовинами** – намагаються самотійно зняти стрес або забути про події через вживання алкоголю чи наркотиків [27; 28; 34; 36].

Ці симптоми можуть бути проявами гострого стресового розладу, і їх важливо вчасно виявити для надання належної допомоги.

Якщо діагностовано гострий стресовий розлад, необхідно почати раннє втручання психологічної допомоги в період від 4 до 30 днів після травматичної події. Цей етап включає декілька ключових заходів:

1. **Базові когнітивно-поведінкові терапевтичні сесії** – останній період 4-5 сесій, на яких є елементи **експозиційної терапії**. Це може включати реальну, явну або оповідальну експозицію до травматичної позиції або стимулів, які нагадують про неї. Такі методи дозволяють зменшити вплив травми на

психіку людини, дозволяючи клієнту знову зіткнутися з травматичними спогадами в безпечному середовищі.

2. **Релаксаційні техніки** – ці техніки допомагають знизити рівень тривоги та стресу, підвищуючи фізичне і психічне самопочуття клієнта. Вони можуть включати дихальні вправи, прогресивну м'язову релаксацію або методи медитації.

3. **Моніторинг тривоги** – важливо відстежувати рівень тривоги клієнта, щоб коригувати підхід до терапії, сприяючи зниженню симптомів стресу.

4. **Оцінка переконань щодо небезпеки** – клієнт працює над розумінням і корекцією своїх переконань про небезпеку, що виникає після травматичної події. Це дозволяє знизити рівень постійної тривоги та страху.

5. **Групова терапія** – групова робота є елементом цього процесу, не дозволяє військовослужбовцям отримати підтримку від бойових товаришів, поділитися досвідом і розвивати навички подолання посттравматичних симптомів. Створення атмосфери підтримки та довіри є головним аспектом. Групові зустрічі можуть бути природною частиною досвіду військовослужбовців, які разом з тим відчують себе частиною колективу, що підтримує [26, 29; 37].

Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоми гострого стресового розладу, а й підготувати клієнта до подальшої психологічної реабілітації, якщо це необхідно.

На етапі ранньої психологічної допомоги не вимагає використання психотерапевтичних методів, якщо в постраждалої особи відсутні виражені патологічні симптоми. Це означає, що психологічна підтримка на цьому етапі повинна бути спрямована на стабілізацію стану та надання першочергової допомоги, а не на глибоке психотерапевтичне втручання.

Якщо симптоми стресового розладу тривають або посилюються через 30 днів після травматичної події, необхідно звернутися до кваліфікованого фахівця

для подальшої оцінки та можливої діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Дослідження, проведені Б.С. Братусем та Е. Еріксом, показують, що поряд із нормативними кризами, на території країни також кризи травматичного або невротичного характеру. Вітчизняні та зарубіжні дослідження свідчать, що розвиток ПТСР після війни є меншим випадком, ніж загальним явищем. Наприклад, національне дослідження реадaptaції ветеранів В'єтнамської війни, проведене в США, показало, що через 19 років після війни 15,2% ветеранів підвищуються на ПТСР, а часткові симптоми ПТСР були виявлені у 22,5% чоловіків та 21,2% жінок. Це свідчить про те, що не всі учасники бойових дій розвивають ПТСР, і в кінцевому підсумку симптоми можуть бути менш вираженими або з часом зменшуватися [5].

Дослідження Н.В. Тарабріної та її співавтори показали, що 17% ветеранів Афганської війни викликають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У 19% ветеранів першої чеченської кампанії також виявлені прояви цього розладу. ПТСР має значний вплив на соціальні та сімейні відносини ветеранів. Наприклад, 40% чоловіків-ветеранів В'єтнамської війни переживали розлучення, 14,1% мали проблеми в сімейному житті, а у 23,1% спостерігалася напруженість у відносинах з батьками [33].

Ці соціальні труднощі можуть бути результатом таких психологічних факторів, пов'язаних з ПТСР, як:

1. Відчуття незалежності чи відчуження від оточуючих.
2. Афективні стани.
3. Почуття нового майбутнього, песимістичне ставлення до життя.
4. Роздратованість і спалахи гніву, які можуть порушити міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію [5].

Ці симптоми можуть значно ускладнити адаптацію ветеранів до цивільного життя і вплинути на їхнє психоемоційне благополуччя.

Участь у військових діях часто виникає не тільки до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але й до інших психічних розладів, таких як

депресія, тривожні розлади, залежність, а також наявність до суїцидальних думок. Дослідження показують, що у 50-100% хворих з діагнозом ПТСР виявляються супутні психічні розлади. Ветерани з важким воєнним досвідом більш схильні до зловживання алкоголем, ніж ті, хто пережив менш травматичний конфлікт. Ці розлади часто ускладнюють процес реабілітації та адаптації ветеранів до мирного життя, створюючи додаткові труднощі в їх соціальній та особистісній сфері [10; 16; 23; 29].

Проблеми адаптації після воєнного життя в учасників різних воєнних конфліктів проявляються в юридичних проблемах, зниженні соціально-економічного статусу, різних формах дезадаптивної поведінки, алкоголізмі та наркоманії, високому рівні суїцидальної поведінки та складнощах у сімейному житті. Першими ознаками кризи є зміна ставлення до того, що раніше вважалося важливим, значущим, цікавим або відштовхуючим, що сигналізує про протікання глибокої внутрішньої роботи. Наступний етап – усвідомлення того, що сталося, і визначення його значення для себе. Останній етап – інтеграція нових поглядів у світогляд, що включає нові вимоги до себе та інших, а також нові повсякденні дії і звички [11].

Реактивні стани можуть мати віддалені результати, які можна згрупувати по трьох варіантах: підвищення адаптивності особистості, відсутність довгострокових психологічних наслідків або розвиток стійкої соціально-психологічної дезадаптації, такої як посттравматичний стресовий розлад.

Висока ймовірність переходу від реактивних станів до патологічних і хронічних робить проблему своєчасного надання психіатричної допомоги ще більш актуальною. У багатьох випадках патологія, сформована у військових умовах, проявляється після повернення ветеранів до звичайного життя. Тому завдання реабілітації, реадaptaції і ресоціалізації учасників війни стає на перший план. Поряд з удосконаленням лікувально-евакуаційних заходів психіатричної допомоги, акцент потрібно звернути на профілактичну і реабілітаційну роботу.

Аналізуючи поточні події в Україні та наслідки бойової агресії з боку Росії, можна зазначити, що багато випадків психічних погіршень все ще не фіксуються.

Це пов'язано з тим, що більшість українців продовжують уникати звернення до спеціалістів. Згідно з даними українського аудиту ресурсів послуг у сфері психічного здоров'я, проведеного за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), лише 10% українців, які відчувають психічний чи психологічний дискомфорт, звертаються до лікарів. Це вказує на важливість подолання стигматизації психічних розладів та забезпечення покращення доступу до психіатричних і психологічних послуг для населення [36; 37].

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко підкреслив негативні наслідки війни для психічного здоров'я, які мають довгострокові наслідки та створюють додаткові навантаження на систему охорони здоров'я. Він повідомляє, що психічні розлади мають низку серйозних наслідків, зокрема:

- вони сприяють розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, артритів, астми та онкологічних захворювань;
- психічні розлади знижують результати лікування хронічних захворювань і підвищують смертність від онкологічних хвороб;
- понад 50% осіб з психічними розладами мають порушення сну, що в 4 рази частіше зустрічається, ніж у загальному населенні, і може призвести до захворювань органів дихання;
- особи з психічними розладами більше схильні до куріння, важче кидають цю звичку і курять більше;
- загалом, люди з психічними захворюваннями рідше звертаються до лікарів, менш турботливо ставитися до власного здоров'я та рідше проходять рутинні обстеження, що ведуть до пізнього виявлення хвороби і менш ефективного лікування;
- ризик смерті від раку при депресивних розладах зростає на 50%, а від серцевих захворювань – на 67%;
- серед осіб з ПТСР більш поширені серцево-судинні захворювання, виразка шлунка, гастрит, артрит, а також вживання алкоголю та наркотиків;
- важкі травматичні переживання можуть спричинити ризики на 10-15 років раніше, ніж у загальній популяції [5].

Ці факти підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування психічного здоров'я та інтеграції психіатричних послуг у загальну медичну допомогу для зменшення негативних наслідків для фізичного здоров'я.

За результатами роботи в Міністерстві охорони здоров'я України планується створення проектного офісу для координації взаємодії між міністерствами та громадськими організаціями. Основні пріоритети роботи проектного офісу на найближчий період включають:

- проведення поглибленого аудиту ресурсів за участю представників Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на його основі буде розроблена модель системи надання допомоги;
- навчання сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників та освітян швидкими методиками психологічної підтримки з урахуванням можливого впливу війни на психічне здоров'я;
- адаптація мобільних застосунків ВООЗ до потреб України, які дозволяють проводити самодіагностику та містять техніку самодопомоги;
- запуск масштабної комунікаційної кампанії для подолання стигми щодо звернення до психологів та популяризації психологічної підтримки серед населення [20; 22].

Ці кроки спрямовані на покращення доступу до психологічної допомоги та підвищення обізнаності населення щодо важливості психічного здоров'я в умовах війни.

Безумовно, проблема психічного здоров'я ветеранів, особливо тих, хто пережив війну і бойові дії, дуже актуальна. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) можуть мати серйозні наслідки для особистості, впливаючи на її життя, відносини та здатність до нормального функціонування у суспільстві.

Згадані вами завдання реабілітації, реадаптації і ресоціалізації учасників війни є надзвичайно важливими. Окрім удосконалення лікувально-евакуаційних заходів психіатричної допомоги, необхідно приділяти увагу профілактиці та реабілітаційній роботі. Важливо надати ветеранам підтримку та можливості для

повернення до нормального життя, а також допомогти їм у подоланні травматичних подій, що вони пережили.

Діагностика ПТСР має бути комплексною та урахувати усі аспекти та симптоми розладу.

1. Важливо розуміти, що ветерани можуть виявляти різні симптоми, і кожен випадок потребує індивідуального підходу та відповідного лікування.

2. ПТСР може розвиватися після переживання травматичних подій і включає в себе регулярні повернення до переживань, пов'язаних з травмуючою подією, які викликають неприємні емоційні реакції [39].

Ці повернення можуть бути у вигляді нав'язливих спогадів, снів або флешбеків, які знову викликають страх, тривогу або гнів, супроводжуються фізичними симптомами (наприклад, підвищена пульсація, потовиділення, дискомфорт у животі тощо) та можуть перешкоджати нормальному функціонуванню.

3. Невпинні кошмари та сни, пов'язані з травмуючими подіями, є типовими для посттравматичного стресового розладу.

Зазвичай це одна-дві сцени, які відрізняються невеликими деталями від сновидіння до сновидіння, але вони завжди мають загрозливий характер. Однією з найсильніших емоцій у цих снах є відчуття безсилля перед реальною загрозою для життя, наприклад, неможливість виконати дії, які могли б врятувати життя, такі як затягнути курок, натиснути на спусковий гачок, витягти ніж або втекти. Це призводить до напруги м'язів та психіки при пробудженні, відчуття панічної безвихідності і відчуття, що лихо є неunikним. Такі кошмари швидко виснажують психіку і можуть призводити до поглиблення психосоматичних проблем.

4. Постійне прагнення людини уникнути або «блокувати» все те, що нагадує про травму [39].

Виникає відчуття відчуженості та відчуття відокремлення від оточуючих, що підсилюється порушеннями у спілкуванні, включаючи відносини з близькими, такими як дружина, діти, друзі та батьки. У взаєминах переважає

різкість, негативізм, злий сарказм, висока вимогливість і різке відчуття розриву. З близькими можуть чергуватися прояви любові та турботи з відчуттям відкидання, емоційною відсутністю.

5. Стійкі симптоми, що виявляють перевагу процесів порушення над гальмуванням та з'явилися після травми, що включають такі прояви: порушення сну; підвищена дратівливість та почуття гніву; утруднення уваги, пам'яті та ситуативна неуважність; підвищена пильність у звичайному житті; невмотивована схильність до ризику та швидка психофізична виснажливність під час ризикових ситуацій; підвищена стартова реакція на раптовий подразник; високий рівень фізіологічної реактивності на події, асоційовані з тими, що спричинили травму [11; 35].

6. Розвиток алкогольної або наркотичної залежності. Наприклад, у людей з ПТСР алкогольна залежність може розвиватися швидше і глибше, ніж у тих, хто не має цього розладу.

7. Під впливом симптомів ПТСР може спостерігатися велика кількість сексуальних розладів різного характеру, що ґрунтується на психологічних факторах, особливо в поєднанні зі швидкою фізіологічною виснаженістю організму.

8. Почуття провини, яке часто пов'язане з травматичними подіями, може відбитися на звичайному житті людини [2; 3; 26].

В межах цих психологічних проблем виникає потреба у психологічній допомозі. В Україні реабілітаційні заклади створюються на основі державної, комунальної та приватної власності, а також можуть формуватися шляхом об'єднання майна різних форм власності. Ці заклади класифікуються за типами в залежності від специфіки реабілітаційних заходів, які проводяться:

- Медична реабілітація;
- Медико-соціальна реабілітація;
- Соціальна реабілітація;
- Психологічна реабілітація;

- Спеціалізована реабілітація (наприклад, нейрореабілітація, кардіо-пульмональна, травматолого-ортопедична тощо);
- Багаторівнева медична реабілітація;
- Психолого-педагогічна реабілітація;
- Фізична реабілітація;
- Професійна реабілітація;
- Трудова реабілітація;
- Фізкультурно-спортивна реабілітація;
- Превентивна медична реабілітація;
- Реабілітація учасників АТО/ООС;
- Реабілітаційні установи, що спеціалізуються на різних типах реабілітації [14; 15; 16].

Ефективними психотерапевтичними підходами з потужною доказовою базою на цьому етапі є травмофокусовані підходи з елементами експозиції, когнітивного реструктурування та стресового щеплення (інокуляції).

Допомога при стресових реакціях і розладах має чітко визначені показання та протипоказання, що залежить від конкретної ситуації і стану постраждалої особи. Ефективність цієї допомоги значною мірою залежить від рівня обізнаності та підготовки фахівця, який її надає. Тому важливо, щоб психологи, лікарі та інші фахівці, які працюють з військовослужбовцями та свідками психологічної травми, регулярно проходили курси підвищення кваліфікації. Це дозволить освоїти сучасні методи, які мають широку доказову базу ефективності. Також важливо, щоб психологічна допомога була контрольованою і забезпечувала належну підтримку на кожному етапі відновлення.

Висновки до розділу 1

Дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни здійснювалося в рамках робіт зарубіжних та вітчизняних науковців. Небезпечна обстановка неминуче викликає у

військовослужбовців психічну напругу (стресовий стан), що впливає на психічні процеси (сприйняття, увага, пам'ять, мислення, воля, емоції) та ефективність бойової діяльності. Стрес може впливати на психіку як мобілізуюче (створюючи бойову готовність), так і пригнічуючи (викликаючи дистрес). Характер цього впливу залежить від мотивації, індивідуальної психологічної стійкості та бойового досвіду бійців.

Діагностика ПТСР має бути комплексною та урахувати усі аспекти та симптоми розладу. Важливо розуміти, що ветерани можуть виявляти різні симптоми, і кожен випадок потребує індивідуального підходу та відповідного лікування

Також, нами було встановлено, що для військовослужбовця виникає гостра потреба у психологічній допомозі. Допомога в разі стресових реакцій і розладів має досить конкретні показання та протипоказання. Ефективність допомоги залежить насамперед від обізнаності та підготовки фахівця, що її надає.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ

2.1. Методи дослідження стресового розладу та ПТСР у військовослужбовців

Аналіз причин психічних травм серед військовослужбовців є етапом вивчення психологічних наслідків участі в бойових діях. Для розробки цього детального клінічного інтерв'ю, одним із найбільш якісних варіантів якої є методика, розроблена Р. Скерфілдом і А. Бланком. Це інтерв'ю охоплює різні аспекти військової служби, починаючи від умов життя до призову і до післявоєнної адаптації. Ключові розділи інтерв'ю включають:

- умови життя до призову в армію та фактичні призову;
- підготовка до служби в зоні бойових дій та служба в зоні бойових дій;
- взаємини з начальниками та колегами, участь у головних операціях, взаємодія з місцевим населенням;
- специфічні стресові ситуації, моральні та ціннісні конфлікти, пов'язані з війною;
- вживання алкоголю та наркотиків, можливість відпочинку та відновлення сил;
- підготовка до демобілізації, повернення назад, нагороди, пільги;
- оцінка післявоєнної адаптації [2; 4; 11; 35].

Цей підхід дозволяє не лише вилікувати травмуючі фактори, але й оцінити психологічний стан військового на різних етапах його військової служби, що є важливим для розробки ефективних методів допомоги та реабілітації.

Наступним етапом дослідження психологічних проблем ветеранів є вивчення їх актуальних психічних реакцій на минулі травматичні події. Для

цього різноманітні діагностичні методики, які дозволяють оцінити ступінь впливу бойового стресу на психічний стан ветеранів.

Однією з такої методики є структуроване клінічне інтерв'ю для психічно здорових пацієнтів (SCID — DSM — III — R, Non-patient Version-Vietnam), яке призначене для дослідження 17 різних видів посттравматичних синдромів, спричинених бойовим стресом, а також для оцінки бойової активності. Ця методика дозволяє отримати детальну картину психологічних реакцій на травматичні події та конфліктні ситуації, що є у ветеранів, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [9].

Інша важлива методика – Місісипська шкала оцінки посттравматичних реакцій, пов'язаних з участю в бойових діях (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD). Ця шкала застосування для визначення ступеня вираженості посттравматичного синдрому у ветеранів і охоплює шість основних груп симптомів:

1. Нав'язливі спогади та депресія – постійне повторення травматичних спогадів, депресивні настрої.
2. Труднощі у спілкуванні – проблеми у взаємодії з іншими людьми, відчуження.
3. Афективна лабільність – перепади настрою, емоційна нестабільність.
4. Проблеми пам'яті – труднощі з концентрацією уваги та запам'ятовуванням.
5. Порушення сну – безсоння, нічні кошмари.
6. Різноманітні особистісні проблеми – зміни в поведінці, соціальних відносинах [9].

Ці методики дозволяють детально оцінити психічний стан ветеранів і в окремих випадках наявність або виявлення симптомів ПТСР, що є важливим кроком для подальшої реабілітації та психологічної допомоги.

Шкала оцінки ступеня впливу травматичного явища (Impact of Event Scale) є інструментом оцінки реакцій військовослужбовців на травматичний стрес. Вона дозволяє виявити два основних види реакцій:

1. Періодичні повторні переживання – події нав'язливих спогадів, кошмарів або спалахів емоцій, що виникають на основі травматичних переживань.

2. Уникнення спогадів про травмуючі явища та інші тригери – бажання уникати ситуацій, місць або думок, що нагадують про травму.

Результати цієї шкали допомагають змінити фазу розвитку посттравматичного процесу за концепцією М. Горовица, що включає різні етапи адаптації та реагування на стресову подію. Вона дозволяє точно визначити симптоми, що свідчать про розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [22; 39].

Додатково для оцінки виразності посттравматичних синдромів можна використовувати й інші методи, зокрема:

- Субшкала Мінесоцького багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI) – для оцінки різних особистісних реакцій на стрес.
- Тест Роршаха – проектний тест, що дозволяє визначити глибинні психологічні та психічні реакції на стресові ситуації.
- Шкала депресії Бека – для визначення рівня депресії у ветеранів.
- Шкала тривожності Спілбергера – для оцінки рівня тривожності.
- Симптоматичний опитувальник SCL-90 – для виявлення загальних психічних відхилень [9].

Для підвищення валідності та надійності діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) все частіше використовують фізіологічні показники, такі як частота серцевих скорочень, шкірно-гальванічні реакції (прояви рясного потовиділення без температурних та фізичних навантажень), електроміограма (процедура для оцінки стану м'язів, нервів і нервових клітин), що вимірюють під час впливу подразників, які нагадують про психотравматичні події. Це можуть бути фільми про війну, військова музика або опис бойових епізодів, які активізують стресові реакції та допомагають точніше оцінити рівень ПТСР.

Зарубіжні дослідники вибирають низку ефективних методів для виявлення постстресових розладів, серед яких:

1. Клінічна бесіда – основний інструмент для збору детальної інформації про пережиті травматичні події та їх вплив на психічне здоров'я.
2. ММРІ (Міннесотівий багатофакторний особистичний опитувальник) – широко використовуваний інструмент для оцінки психологічного стану та виявлення посттравматичних симптомів.
3. Опитувальник тривоги Ч. Спілбергера – оцінити рівень тривожності, що є кількістю для діагностики ПТСР.
4. Шкала окремих депресій Бека – для прояву депресивних симптомів, які часто супроводжують посттравматичні розлади.
5. Загальний опитувальник здоров'я – застосування для загальної оцінки психічного та фізичного здоров'я.
6. Шкала впливу подій М. Горовіца – спеціалізована шкала оцінки реакцій на травматичні події.
7. Шкала ПТСР ММРІ Т. Кіна – орієнтована на виявлення посттравматичного стресового розладу.
8. Список 90 симптомів Л. Деогатіса – застосування для виявлення широкого спектра психічних симптомів, які можуть бути ознаками ПТСР [9; 20; 21; 22; 25].

Також найчастіше є шкали самодіагностики, які не дозволяють людям самостійно оцінити наявність симптомів посттравматичного стресу і, у разі необхідності, звернутися за професійною допомогою.

В Україні, на жаль, надійні методичні засоби для діагностики ПТСР є обмеженими. Але вітчизняні психологи намагаються деякими методами, зокрема:

1. Метод опитування та анкетування – для збору інформації про психічний стан.
2. Тест «Самопочуття, активність, настрої» (САН) – для оцінки загального психологічного стану.
3. Стандартний багатофакторний опитувальник особистості (СБО) – для визначення особистісних особливостей.

4. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна – для оцінки рівня тривожності[9].

Хоча ці методики не завжди орієнтовані на виявлення ПТСР, вони можуть бути корисними для загальної діагностики та оцінки психічного стану військовослужбовців.

Комплексне застосування тестових методик дозволяє з більшою ймовірністю визначити актуальний психологічний стан пораненого, а також виявити фактори, які продовжують травмувати його психіку. З кожним військовослужбовцем проводяться індивідуальні бесіди, метою яких є первинна діагностика наявних проблем і психічних травм.

2.2. Методологія та організація дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни

Загальна характеристика учасників дослідження. Психологічне дослідження було проведене протягом 2024 року на базі Бердичівського військового госпіталю. Відповідно до мети дослідження та для вирішення поставлених завдань було здійснено клініко-психологічне обстеження 35 військовослужбовців віком від 25 до 51 років, які надійшли до шпиталю з психологічними травмами отриманими в бою. Всі військовослужбовці прибули до шпиталю для проходження медико-психологічної реабілітації після отриманих травм.

Психодіагностичний інструментарій дослідження було сформовано з урахуванням принципів валідності, надійності та репрезентативності, що комплекс включає чотири основні діагностичні методики: «Шкали оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*) [40], «Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*) [39], СБОО (Стандартний багатофакторний опитувальник особистості), методика САН, шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна [9].

«Шкали оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*) здійснює оцінку про наявність суб'єктивного дистресу, викликаний травматичною подією. Цей інструмент не є діагностичним для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), проте він дозволяє виміряти суб'єктивну реакцію клієнта на конкретну травматичну подію [40].

«Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*). Ця шкала оцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) розроблена для діагностики та моніторингу тяжкості розладу, ступеня функціональних порушень, а також для відстеження динаміки стану пацієнта під час лікування. Вона базується на діагностичних критеріях DSM-5 і включає наступні компоненти:

Критерії DSM-5 для ПТСР:

1. **Критерій А – Травматична подія** : підтвердження наявності подій, що спричинили травматичний стрес (наприклад, участь у бойових діях, насильство, катастрофи тощо).
2. **Критерій В – Симптоми інтрузії** (5 запитань): наявність нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, флешбеків, сильного психічного або фізичного дискомфорту при нагадуванні про подію.
3. **Критерій С – Симптоми уникнення** (2 запитання): спроби уникати думок, почуттів або нагадувань про травматичну подію.
4. **Критерій D – Негативні думки та емоції** (7 запитань): постійні негативні дії переконання, емоційна відчуженість, почуття провини, сором, зниження інтересу до.
5. **Критерій Е – Надмірна реактивність/збудливість** (6 запитань): дратівливість, агресивність, гіперпільність, труднощі зі сном або концентрацією уваги.
6. **Критерій F – Тривалість симптомів** : симптоми повинні тривати більше одного місяця після травматичної події.

7. **Критерій G – Функціональні порушення** : наявність клінічно значного дистресу або зниження функціонування в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя [39].

СБОО (Стандартний багатофакторний опитувальник особистості).
Опис методики: СБОО є скороченим варіантом **ММРІ** і включає 71 питання, які згруповані в 11 шкалі. Методика поділяється на три оцінні шкали та дев'ять базисних шкал, які вимірюють особистісні характеристики.

Мета методики:

оцінка щирості відповідей досліджуваного, ступеня достовірності результатів тестування та рівня впливу обережності на відповіді;

- визначення основних властивостей особистості за дев'ятьма базисними шкалами.

Оцінні шкали:

1. **Шкала неправди (L):** оцінює тенденцію до соціально бажаних відповідей.
2. **Шкала вірогідності (F):** ви демонструєте невідповідності або недостовірність відповідей.
3. **Шкала корекції (K):** враховує сильну обережність або захисну поведінку [9].

Базисні шкали:

1. **Іпохондрія (1):** хвороба до сильної тривоги про стан здоров'я.
2. **Депресія (2):** рівень емоційної пригніченості, песимізм.
3. **Істерія (3):** емоційна лабільність, демонстративність поведінки.
4. **Психопатія (4):** рівень соціальної дезадаптації, імпульсивності.
5. **Паранойяльність (6):** почуття до почуття, ідей переслідування.
6. **Психоастенія (7):** рівень тривожності, почуття до нав'язливих думок.
7. **Шизоїдність (8):** емоційна відчуженість, емоційність до нестандартного мислення.

8. **Гіпоманія (9):** підвищена активність, імпульсивність, емоційна збудливість.

Процедура обстеження: досліджуваному пропонується відповісти на 71 запитання, вибираючи між «правда» або «неправда». Процедура є стандартною, як і для інших дослідників.

Обробка та інтерпретація результатів:

- **Високі оцінки** (понад 70): свідчити про вираженість певної характеристики чи проблеми.
- **Низькі оцінки** (менше 40): вказують на слабку вираженість відповідної риси [9].

Методика є ефективною для діагностики особистісних характеристик, психологічних станів і прогнозування поведінки.

Методика САН (Самопочуття, Активність, Настрій) є інструментом для оперативної оцінки психологічного стану особи. Вона включає 30 пар протилежних характеристик, які дозволяють оцінити самопочуття, рівень активності та настрої людини в конкретний момент [9].

Опис методики:

- **Структура:** методика складається з 30 пар протилежних характеристик. Кожна пара описує два протилежних стани (наприклад, «енергетичний – втомлений», «щасливий – сумний»).
- **Принцип оцінки:** кожен респондент повинен вибрати характеристику, яка найкраще відповідає його статусу, і оцінити її ступінь виразності за шкалою (наприклад, від 1 до 7, де 1 – мінімальна виразність, а 7 – максимальна).
- **Інструкція:** учаснику надається таблиця з 30 пар протилежних характеристик. Він має оцінити свій стан, вибираючи відповідну характеристику в одній чи іншій частині і позначаючи цифру, яка відповідає ступеню виразності цієї характеристики [9].

Ця методика дозволяє швидко отримати інформацію про психологічний стан людини, що може бути корисно в умовах стресу або для моніторингу змін настрою та активності.

Шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. Методика оцінки рівня тривожності дозволяє дослідити два аспекти тривожності: **реактивну** та **особистісну**.

1. **Реактивна тривожність** – це позиція тривожності, яка проявляється в конкретних ситуаціях і може змінюватися у відповідності до ситуації. Вона характеризується такими симптомами, як напруга, занепокоєння, нервозність, які можуть призвести до порушення уваги та координації при сильній виразності.

2. **Особистісна тривожність** – це стійка характеристика особистості, яка створює реальність людини, яка сприймає багато ситуацій як загрозові і реагує на них тривогою. Висока особистісна тривожність корелює з емоційними і невротичними зривами, а також з психосоматичними захворюваннями.

Обробка та інтерпретація результатів. Результати оцінені за шкалою:

- **до 30 балів – низька тривожність:** людина не проявляє тривоги, добре справляється зі стресовими ситуаціями;
- **31-45 балів – помірна тривожність:** людина знайома з тривогою, але здатна контролювати свої емоції;
- **46 балів і більше – висока тривожність:** людина часто відчуває тривогу, що може вплинути на її психологічний стан і здоров'я [9].

Цей інструмент дозволяє оцінити, наскільки сильно людина страждає від тривоги в даний момент (реактивна тривожність) і в цілому проявляє її як особистісну характеристику.

Процедура дослідження реалізовувалася в трьох наступних етапах:

1) *підготовчий* (розробка програми дослідження, підбір методик, підготовка до проведення дослідження – згоди на участь від безпосередніх учасників дослідження);

2) *емпіричний* (безпосереднє проведення психодіагностики з врахуванням результатів до проведення реабілітаційних заходів та після);

3) *аналітичний* (статистична обробка та інтерпретація результатів, аналіз зсуву статистичних показників діагностичних шкал за досліджуваними методиками). Математико-статистичний аналіз включає методи описової статистики, t-критерій Стюдента для незалежних вибірок.

Висновки до розділу 2

На основі теоретичного аналізу проблеми дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни ми вибрали наступні діагностичні методики: «Шкали оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*), «Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*), СБОО (Стандартний багатофакторний опитувальник особистості), методика САН, шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна.

Нами було сплановано програму дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни, визначено вибірку та базу проведення дослідження.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ВІЙНИ

3.1. Особливості дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни

Для дослідження впливу психологічних травм отриманих в результаті бойових дій, було проведено діагностичне обстеження цієї групи військовослужбовців з використанням «Шкали оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*) та «Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*). Результати діагностики підтвердили наявність психологічних травм у військовослужбовців.

За шкалою оцінки впливу травматичних подій було отримано результати.

Таблиця 3.1.

Результати дослідження діагностики впливу травматичних подій у військових до та після проходження реабілітації

Обстежувані	IN			AV			AR			IES-R		
	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n
До впливу	8,87	8,03	20	9,48	7,77	20	6,40	6,40	20	24,78	20,38	20
Після впливу	7,89	7,03	20	7,56	7,1	20	5,7	5,9	20	21,15	19,83	20

Примітки: 1. M – середні, SD – стандартні відхилення, n – кількість досліджуваних у групі;

2. IN – субшкала «Втручання», AV – субшкала «Уникнення», AR – субшкала «Фізіологічна збудливість», IES-R – загальний показник.

Таким чином, за субшкала «Втручання» результат діагностики свідчить про наявність нав'язливих думок, кошмарів, нав'язливих почуттів та образ,

дисоціативних повторних переживань. За субшкалою «Уникнення» у досліджуваних прослідковується придушення чутливості, уникнення почуттів, ситуацій та ідей. Результати за субшкалою «Фізіологічна збудливість» свідчать про наявність гніву, дратівливості, підвищеної пильності, труднощів з концентрацією уваги. Загальний показник (IES-R) вказує на те, що ПТСР є клінічною проблемою. Досліджуванні можуть мати не повний ПТСР, а частковий, або ж мати окремі його симптоми.

Варто зазначити, що після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній шкалі покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів. Це свідчить про те, що комплекс реабілітаційних заходів має бути більш витриманий у часі, а військовослужбовці потребують більш тривалого реабілітаційного впливу.

За результатами застосування «Шкали для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*) було виявлено наявність симптомів, їх частоту (F), інтенсивність (I) та загальний показник по клінічному стану (T).

Середні значення показників CARS для досліджуваних груп військовослужбовців становлять:

F — норма 6,60 +6,11

I — норма 7,51+ 6,80

T — норма 14,12+12,78

За результатами проведеного дослідження до впровадження реабілітаційних заходів маємо наступні показники: «частота симптомів» (F) ПТСР показників CAPS обстежуваної групи становить $\bar{x}=22,45$ – тобто вище за норму; «інтенсивність» (I) симптомів ПТСР показників CAPS $\bar{x}=28,39$ – теж вище за норму. Загальний бал (T) становить $\bar{x}=50,84$ – відповідно також вищий за норму. Після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній шкалі покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів та їх інтенсивності, загальний бал знизився до $\bar{x}=42,23$, однак цей показник і надалі є вищий за норму.

Результати дослідження за СБОО (Стандартним багатофакторним опитувальником особистості).

Аналіз результатів базисних шкал до проведення реабілітаційних заходів виявив певні тенденції в емоційному стані досліджуваних. За шкалою іпохондрії учасники демонструють труднощі з адаптацією до змін умов, емоційність, втрату емоційної рівноваги під час соціальних конфліктів. Ці особливості характеру близького до астено-невротичного типу. За шкалою депресії – готовність до тривожності, невпевненості в собі та недовіра іншим людям, відчуття відчаю навіть за незначних невдач. Підвищені показники за шкалою депресії (D) свідчать про високу чутливість і емоційну сензитивність. За шкалою психоастенії виявлено риси тривожно-недовірливого характеру, які проявляються у вигляді боязкості, нерішучості та постійних сумнівів в собі та інших людях. Інші шкали залишаються в межах норми.

Після проведення реабілітаційних заходів загальна картина залишається подібною. Учасники продовжують демонструвати уповільненість, труднощі адаптації та підвищену вразливість до соціальних конфліктів, що характерно для астено-невротичного типу. Однак, всі показники крім одного, мають тенденцію до зменшення. За шкалою депресії зберігається терпіння до тривожності, невпевненість у собі та емоційної нестабільності, яка проявляється у розвитку відчаю за найменших труднощів. Високі показники за шкалою депресії підтверджують чутливість і сензитивність досліджуваних. Інші шкали залишаються в межах середніх значень (див.табл. 3.2.).

Табл.3.2

Результати дослідження за методикою СБОО до і після проходження реабілітації

Шкали	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
Середнє значення до впливу	46	47,4	51,6	56,7	60,1	52,7	51,5	52,1	58,2	55,5	50,5

Середнє значення після впливу	44,5	47,4	49,8	50,3	50,6	48,5	48,4	46,3	47,8	51,5	47,9
-------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Отож, отримані результати демонструють не високе зниження показників практично по всіх шкалах методики.

Методика САН.

Результати обстеження військових перед початком реабілітації показали, що середні показники за всіма шкалами методики САН знаходяться нижче статистичних норм. Після проведення реабілітаційних заходів повторне обстеження за методикою САН показало, що середні показники досліджуваної групи залишаються в межах статистичних норм. Явно покращення зазнає шкала «настрою» (див. табл. 3.3).

Табл.3.3

Результати дослідження за методикою САН до і після проходження реабілітації

Шкали	Самопочуття	Активність	Настрій
Норма	5,0 – 5,5	5,0 – 5,5	5,0 – 5,5
Середні значення до впливу	4,4	4,6	4,6
Середні значення після впливу	5,4	5,3	5, 9

Шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна.

Отримані результати свідчать про наявність: помірного рівня особистісної тривожності, що демонструє сприймання широкого спектру ситуацій як загрозливих та реагування на них станом тривоги. Помірний рівень цієї тривожності може бути зумовлений тим, що військовослужбовці після виведення із зони бойових дій і перед розміщенням у Житомирській госпіталі перебували на лікуванні в госпіталях інших областей.

Під час повторного обстеження досліджуваних було виявлено, що середні показники за шкалою особистісної та реактивної тривожності перебувають у межах середнього рівня та мали тенденцію до зниження.

Табл.3.4

Результати дослідження за методикою дослідження самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна до і після проходження реабілітації

	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність
Середній рівень тривожності	31-45	31-45
Середні значення до впливу	36,6	43,0
Середні значення після впливу	35,7	37,7

Задля оцінки математико-статистичної значущості змін у результатах досліджуваних відповідно до оцінюючих шкал, було використано t-критерій Стьюдента.

Табл.3.5

Результати обчислень значимих розходжень у показниках до і після проходження реабілітації

Показник	До впливу	Після впливу	p	ткр.	t	Результат
Самопочуття	4,4	5,4	$\leq 0,01$	2,70	7,14	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Активність	4,6	5,3	$\leq 0,01$	2,70	4,11	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень

Настрій	4,6	5,9	$\leq 0,01$	2,70	5,9	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Особистісна тривожність	36,6	35,7	$\leq 0,05$	2,02	0,64	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Реактивна тривожність	43	37,7	$\leq 0,01$	2,70	4,01	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Шкала неправди (L)	46,5	44,5	$\leq 0,05$	2,02	0,64	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Вірогідність (F)	47,4	47,4	$\leq 0,05$	2,02	4,01	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Корекція (ДО)	51,6	49,8	$\leq 0,05$	2,02	0,86	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Іпохондрія (1)	56,7	50,3	$\leq 0,05$	2,02	0	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Депресія (2)	60,1	51,6	$\leq 0,05$	2,02	1,06	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Істерія (3)	52,7	48,5	$\leq 0,05$	2,02	2,72	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Психопатія (4)	51,5	48,5	$\leq 0,05$	2,02	0,32	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Паранойяльність (6)	52,1	46,3	$\leq 0,05$	2,02	1,15	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Психоастенія (7)	58,2	47,8	$\leq 0,01$	2,70	3,71	Показники значимо відрізняються один від одного. Відбувся зсув значень
Шизоїдність (8)	55,5	51,5	$\leq 0,05$	2,02	0,52	Показники статистично не відрізняються одна від одної.
Гіпоманія (9)	50,5	47,9	$\leq 0,05$	2,02	0,26	Показники статистично не відрізняються одна від одної.

Порівняльний аналіз результатів обстеження до та після здійснення

реабілітаційних заходів показав статистично значущі відмінності за наступними показниками:

- **Самопочуття, Активність, Настрій** (за методикою САН). Загальне значиме покращення результатів.
- **Реактивна тривожність** (за тестом Ч. Д. Спілбергера). Це свідчить про те, що реабілітаційні заходи, які включають сеанси психологічного дебрифінгу, сприяють зниженню рівня реактивної тривожності.
- **Іпохондрія, депресія та психоастенія** (за тестом СБОО). Виявлені статистично значущі відмінності, що свідчать ефективність сеансів психологічного дебрифінгу та реабілітаційних заходів в цілому.

Ці результати підтверджують ефективність психотерапевтичних методів у зниженні емоційних і психологічних труднощів у військовослужбовців.

3.2. Методи психологічної допомоги військовослужбовцям, що зазнали бойових психологічних травм

Варто також більш детально зупинитися на особливостях проведення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Психологічна реабілітація є важливою складовою медико-психологічного забезпечення професійної діяльності осіб, які відзначили вплив психогенних факторів в екстремальних станах або отримали серйозні поранення. Основна мета полягає у збереженні здоров'я та відновленні професійної придатності постраждалих.

Метод психологічного дебрифінгу. Метод психологічного дебрифінгу є ефективним у роботі з групами, які мають подібні психотравматичні переживання. Це забезпечує однорідність, що сприяє більшій груповості втручання.

Типові психотравматичні фактори:

- прощання з рідними перед від'їздом у зону бойових дій;
- загибель близьких друзів на очах у постраждалого;
- неможливість надати допомогу товаришам через страх;

- зрада з боку близької людини;
- отримання важких поранень.

Мета дебрифінгу: змінення психологічних розрахунків військовослужбовців та запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Етапи дебрифінгу:

1. **«Вентиляція» почуттів:** учасники діляться своїми переживаннями в групі, проводиться оцінка рівня стресу.
2. **Обговорення симптоматики та психологічної підтримки:** аналізуються прояви психологічного дискомфорту, забезпечується емоційна підтримка учасників.
3. **Мобілізація ресурсів:** виявлення особистих ресурсів для подолання стресу, надання інформації про подальші кроки реабілітації, планування наступних етапів допомоги.

Група проходить через 5-7 обов'язкових фаз:

1. Вступна фаза.

Мета: встановлення контакту, поняття тривоги щодо процедури.

Дії:

- Знайомство з ведучим.
- Пояснення цілей, завдань і правил дебрифінгу.
- Створення безпечної атмосфери.

2. Фаза фактів.

Мета: відновлення хронології подій та осмислення пережитого.

Дії:

- Кожен учасник розповідає про те, що з ним стало (де перебував, що бачив, що зробив).
- Відновлені повна картина інциденту.

Примітка: на цій фазі вираженість емоцій не допускається.

3. Фаза думок, емоцій і почуттів.

Мета: внутрішні аналізи реакцій на пережиті події.

Дії:

- Учасники переходять від опису фактів до розповіді про свої думки, емоції та почуття.
- Обговорення перших вражень, імпульсивні дії та нервові реакції.
- Забезпечується можливість для кожного учасника висловитися.

Примітка: ведучий контролює, щоб розповіді не перетворювалися на хаотичний драматизм.

4. Фаза симптомів.

Мета: усвідомлення постстресових проявів.

Дії:

- Обговорення душевних, поведінкових та фізіологічних змін, які виникли після подій.
- Аналіз змін у сприйнятті себе, людей та навколишнього світу.
- Ключове питання: «Що змінилося у вас після цих подій?».

Результат: учасники краще розуміють свій стан, виявляють раніше неусвідомлені симптоми.

5. Інформування.

Мета: нормалізація переживання та надання знань про подолання наслідків.

Дії:

- Роз'яснення природи постстресових реакцій як «нормальні відповіді на екстремальну травму».
- Обговорення стратегій подолання психологічних наслідків.
- Інформація про можливість негативних наслідків у майбутньому.

6. «Закриття минулого і новий початок».

Мета: завершення процесу дебрифінгу та підготовка до життя в нових умовах.

Дії:

- Підбиття підсумків пережитого.

- Обговорення ритуалів «закриття минулого» (відвідування місць, річниці, творчі заходи).

- Пошук нових ресурсів для адаптації.

Дотримання цих фаз сприяє зменшенню психологічних труднощів, усвідомлення пережитого досвіду та сприяє відновлення емоційної рівноваги учасників.

Висновки до розділу 3

Отримані результати дослідження свідчать, що ПТСР є клінічною проблемою. А також про наявність окремих симптомів ПТСР з високою інтенсивністю їх проявів.

Порівняльний аналіз результатів обстеження до та після здійснення реабілітаційних заходів показав статистично значущі відмінності за показниками: самопочуття, активність, настрій (за методикою САН); реактивна тривожність (за тестом Ч. Д. Спілбергера); іпохондрія, депресія та психоастенія (за тестом СБОО). Виявлені статистично значущі відмінності, свідчать ефективність сеансів психологічного дебрифінгу та реабілітаційних заходів в цілому.

Отож, після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній клінічній шкалі покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів. Це свідчить про те, що комплекс реабілітаційних заходів має бути більш витриманий у часі, а військовослужбовці потребують більш тривалого реабілітаційного впливу.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі подано теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження психічної реакції на стрес у військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни, що дало підстави для таких висновків:

1. Дослідження психологічних реакцій на стрес у військовослужбовців, які перебували в умовах екстремальних ситуацій війни, стало важливою темою наукових розвідок. Це явище отримувало різні назви залежно від автора: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

Р. Грінкер і П. Шпігель використовували терміни «стрес боїв», «стомлення від боїв», «виснаження від боїв» і «гостра бойова реакція». У своїх роботах вони описували симптоми, характерні для військових, які повернулися з полону або отримали бойові травми. До таких симптомів належать: депресивний стан, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги, нічні кошмари, фобії, агресивність, депресивність і підвищена активність соматичної системи.

2. У військовій психології відсутня єдина загальноприйнятна класифікація психічних реакцій і станів військовослужбовців в умовах бойових дій. Однак останнім часом серед психологів зростає консенсус, що стан, який переживають військовослужбовці під час бою, можна назвати як стрес (психологічну напругу). Стрес охоплює широкий спектр людських реакцій на різні несприятливі впливи, відомі як стресори (стрес-фактори). Це комплекс біохімічних, фізіологічних, психологічних і поведінкових реакцій на будь-який негативний вплив.

Небезпечна ситуація неминуче підвищує у військовослужбовців психічну напругу (стресовий стан), що впливає на психічні процеси, такі як сприйняття, увага, пам'ять, мислення, воля та емоції, а також на ефективність бойової діяльності. Стрес може мати як мобілізуючий ефект (підвищуючи бойову готовність), так і пригнічуючий (викликаючи дистрес). Характер впливу цього залежить від мотивації, індивідуальної психологічної стійкості та бойового досвіду військових.

3. Отримані результати дослідження психічної реакції на стрес у

військовослужбовців під впливом екстремальних ситуацій війни свідчать, що ПТСР є клінічною проблемою. А також про наявність окремих симптомів ПТСР з високою інтенсивністю їх проявів.

Після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній клінічній шкалі, а саме «Шкалі оцінки впливу травматичних подій» (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*) та «Шкалі для клінічної діагностики ПТСР» (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*) покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів. Порівняльний аналіз результатів обстеження до та після здійснення реабілітаційних заходів показав статистично значущі відмінності за показниками: самопочуття, активність, настрій (за методикою САН); реактивна тривожність (за тестом Ч. Д. Спілбергера); іпохондрія, депресія та психоастенія (за тестом СБОО). Виявлені статистично значущі відмінності, свідчать ефективність сеансів психологічного дебрифінгу та реабілітаційних заходів в цілому.

Такі результати свідчать що після проведення реабілітаційних заходів загальна картина по кожній клінічній шкалі покращилась, однак не привела до повного зникнення певних симптомів. Це свідчить про те, що комплекс реабілітаційних заходів має бути більш витриманий у часі, а військовослужбовці потребують більш тривалого реабілітаційного впливу.

4. Висока ймовірність переростання реактивних станів у хронічні або патологічні форми робить проблему своєчасної психіатричної та психологічної допомоги надзвичайно важливою. Часто психічні розлади, які вимагають в умовах бойових дій, дають про себе знати вже після повернення ветеранів до мирного життя. Тому реабілітація, реадaptaція та ресоціалізація учасників війни повинні стати основними завданнями. Додаткового удосконалення потребує лікувально-евакуаційні заходи, важливо зосередити увагу на профілактиці та реабілітаційних програмах, щоб запобігти розвитку довгострокових психічних розладів. Необхідно також приділяти увагу профілактиці та реабілітаційній роботі. Важливо надати ветеранам підтримку та можливості для повернення до нормального життя, а також допомогти їм у подоланні травматичних подій, що

вони пережили.

Очевидними є практична значущість та доцільність подальшого вивчення психічних реакцій, зумовлені участю у бойових діях військовослужбовців. Це і визначає наші *перспективи подальших досліджень*.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.
2. Афанасенко В. С., Ліпатов І. І., Шестопалова Л. І. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: *навч. посіб.* Харків: ХВУ, 1999. 152 с.
3. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник (для студ. вищ. навч. Закл.). Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
4. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування . *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Випуск 4. С. 160-166.
5. Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. Посттравматичний стресовий розлад: посібник. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
6. Військова психологія: підручник / В. В. Ягупов. Київ: Тандем, 2004. 656 с.
7. Волошка Л. М. Реабілітовані державою. Новинарня - новини України, що воює. URL : <https://novynarnia.com/2017/01/16/reabilitovani-derzhavoyu-derzhsluzhba-veteraniv-i-genshtab-prozvituvati-pro-psihologichnu-robotu-z-atovtsyami/>
8. Вплив війни на психіку: непомітний, але руйнівний. Електронне джерело: <https://barnews.city/articles/271895/yak-vijna-vplivae-na-psihichne-zdorovya-ukrainsiv->
9. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. Київ ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.
10. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: (методичні рекомендації) Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем

- Збройних Сил України: О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, О.В. Еверт. Київ: НДЦ ГП ЗС України. 2016, 110 с.
- 11.Доценко Л., Максименко Н. Психологічні чинники адаптації військовослужбовців строкової служби в умовах військової частини. Вісник Національного університету оборони України. 2019. № 2 (52). С. 49 – 55.
 - 12.Екстремальна психологія: підручник. За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Київ : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
 - 13.Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України, 2014. 1 (5). С. 5-16
 - 14.Заклади, що надають послуги психологічної реабілітації : Міністерство у справах ветеранів. URL : <https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/centri-z-nadannya-poslug-psihologichnoyi-reabilitaciyi>
 - 15.Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО членам їх сімей. Вісник КІБіТ. 2016. № 7. С. 26-33.
 - 16.Здіорук С. І. Служба військових капеланів у воєнній організації української держави: необхідність, можливості та перспективи. Виклики та загрози гуманітарній безпеці української держави : зб. наук.-експертн. матер. 2015. Вип. 4. С. 74- 81.
 - 17.Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців. НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія). 2016. № 1 (75). С. 6-7.
 - 18.Карпюк Г. Реабілітація і медицина для військових : перехід від тактики до стратегії URL : <https://www.segodnya.ua/ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni-1117099.html>
 - 19.Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Психологічна само- та взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій: посіб. за ред. І.І. Приходька. Харків: НА НГУ, 2016. 108 с
 - 20.Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник. Київ, 2017.

- 21.Криворучко П.П. Психологічна робота в миротворчих операціях : навчальний посібник. К. : НАОУ, 2004.
- 22.Кризова психологія: навчальний посібник. За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
- 23.Лавренюк В. Психологічна та медична реабілітація військовослужбовців : що нового в законодавстві. Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО : зб. мат. всеукр. наук.-прак. конф. 2017. Вип. 7. С.44-48.
- 24.Лесков В.О. Обґрунтування концепції та моделі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць*. № 37. Частина II. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2006. С. 125-129.
- 25.Ложкін Г. В. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах: навч. посіб. Житомир: ЖВІРЕ, 2012. 273 с.
- 26.Ляшко В. Вплив війни на психічне здоров'я – колосальний. Електронне джерело: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihične-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>
- 27.Матейко Н. М. Психологічна реабілітація психічних та поведінкових розладів в учасників бойових дій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2018. №3. Т. 2. С. 215-219.
- 28.Медсанбат: бойовий стрес. URL: <http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/>
29. Мозговий В. І. Дослідження поняття психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах службової діяльності. Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна. Серія «Психологія». 2018. № 63. С. 58–63.
- 30.Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця : Міленіум, 2007. 295 с.
- 31.Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. За заг.ред Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.

32. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
33. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
34. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
35. Пилипенко Н.М. Адаптація особистості до життєвої кризи. *Журн. практикуючого психолога*. 2000, № 6. С. 140-147.
36. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І. К.: ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
37. Стасюк В.В. Вплив бойових умов на психіку воїнів та заходи їх реабілітації. *Збірник наукових праць*. Хмельницький : Видавництво НАПВУ, 2002. № 23, Ч. II. С. 198-203.
38. Шевченко Н.Ф. Практикум із психологічної допомоги соматично хворим. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 4. С. 17-29.
39. Шкали для клінічної діагностики ПТСР (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*). Електронний ресурс: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
40. Шкали оцінки впливу травматичних подій (*Impact of Event Scale - Revised – IES-R*). Електронний ресурс: https://www.eztests.xyz/tests/personality_iesr/