

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра практичної психології

**ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УКРАЇНІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «магістр»

Юлії БАЦ

2 курсу, денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

доктор психологічних наук, доцент

Євген КАРПЕНКО

Рецензент

доктор психологічних наук, професор

Зоряна КОВАЛЬЧУК

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«5» грудня 2023 р., протокол №5

Т.в.о. завідувача кафедри практичної психології

доктор психологічних наук, доцент

_____ **Євген КАРПЕНКО**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

БАЦ Юлія Богданівна. Посттравматичні стани учасників бойових дій на сучасному етапі в Україні.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей посттравматичних станів учасників бойових дій на сучасному етапі в Україні. Здійснено аналіз наукових досліджень з проблеми психологічної травматизації та ПТСР особистості. Розглянуто особливості переживання гострого бойового стресу, психологічної травматизації та посттравматичних станів учасників бойових дій. Емпірично досліджено особливості переживання посттравматичних станів учасників бойових дій та доведено, що їх посттравматичні стани пов'язані з особистою тривожністю та особливостями особистісних стратегій подолання криз (соціум, віра, знання, уява). Серед учасників бойових дій, домінуючою особистісною стратегією подолання криз є фізична активність. Проаналізовано методи і стратегії успішної психологічної допомоги учасникам бойових дій та їх соціально-психологічної реадаптації.

Ключові слова: соціально-психологічної реадаптації, учасники бойових дій, психотравма, гострий психічний стрес, посттравматичні стани, ПТСР.

ANNOTATION

BATS Yuliya Bohdanivna. Post-traumatic conditions of combatants at the current stage in Ukraine.

The qualification work is dedicated to the study of the peculiarities of the post-traumatic conditions of the participants in the hostilities at the current stage in Ukraine. An analysis of scientific research on the problem of psychological traumatization and PTSD of the individual was carried out. The peculiarities of experiencing acute combat stress, psychological traumatization and post-traumatic conditions of combat participants are considered. Empirically studied the peculiarities of experiencing post-traumatic states of combatants and proved that their post-traumatic states are related to personal anxiety and features of personal strategies for overcoming crises (society, faith, knowledge, imagination). Among combatants, the dominant personal strategy for overcoming crises is physical activity. The methods and strategies of successful psychological assistance to combatants and their social and psychological readaptation are analyzed.

Key words: socio-psychological readaptation, combatants, psychotrauma, acute mental stress, post-traumatic conditions, PTSD.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УКРАЇНІ	8
1.1. Психологічна травматизація та ПТСР особистості як соціально-психологічна проблема.....	8
1.2. Специфіка психологічної травматизації учасників бойових дій.....	14
1.3. Особливості переживання гострого психічного стресу та посттравматичних станів учасниками бойових дій.....	17
Висновки до першого розділу	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ	28
2.1. Опис процедури та методів дослідження.....	28
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	32
Висновки до другого розділу	46
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	48
3.1. Основні стратегії соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій.....	48
3.2. Сучасні методи психологічної допомоги учасникам бойових дій.....	53
Висновки до третього розділу.....	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

В сучасних складних воєнних реаліях нашої країни, проблема вивчення посттравматичних станів учасників бойових дій (далі - УБД) і розробка на цій основі систем медико-психологічної допомоги, соціально-психологічної реабілітації, мабуть є однією з найактуальніших проблем нашого суспільства.

У бойових умовах УБД знаходиться під потужним впливом низки психотравмуючих факторів, що зумовлюють загрозу його життю, життю побратимів, страхом перед майбутнім, тривогою за долю рідних та близьких. Це призводить до численних психогенних втрат, формування психічних розладів в УБД, посттравматичних станів, а відтак негативно позначається на їх боєздатності.

У ситуації, коли травматичні реакції стають надмірними і неконтрольованими та виражаються через надзвичайну психологічну збудливість, то може відбуватись консолідація зв'язку між страхом та відтворенням психотравмувальної події, постійне відтворення її у пам'яті, спостерігатись поведінка уникнення та, зрештою, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Тобто в людини, що пережила психотравму, функціонують механізми травматичної пам'яті, які необхідні для її виживання, а відтак, це провокує посттравматичні стресові стани. Після зупинки дії стресорів яскраві образні емоційні спогади не просто зберігаються в довготривалій пам'яті, але знову й знову з'являються у пам'яті, спричиняючи розвиток ПТСР.

Результати дослідження особливостей психотравми та посттравматичних станів особистості висвітлено у численних наукових працях зарубіжних (Дж. Аппеля, Дж. Герман, К. Гербет, М. Горовіц, А. Кардінера, А. Кларка, П. Левіна, А.Лоуен, Р.Мей, Ж. Шарко, З. Фройда, Г. Шпігеля, В. Юле, Б. Фoa) та вітчизняних психологів (Н. Гоцуляк, Л. Гребінь, Д. Герман, В. Зливков, О. Климчук, І. Кучманич, О. Романчук, А.Терещук, Г. Тимченко, Т. Титаренко та ін.). Особливості психічної травматизації учасників бойових дій, ПТСР та стратегії подолання наслідків психічної травми вивчали М. Андрейко,

Ю. Завалко, Т. Льюїс, А. Кардінер, А. Колісніченко, М. Кутько, Л.Прокоф'єва, Ю. Мельник, Б. Оппенгеймер А. Стаднік та ін.

Сучасні психологічні розвідки показують, що в бойових УБД перебувають у стані фізичного та психічного напруження й депривації, що зумовлено протягом тривалого часу неможливістю задовольняти важливі життєві потреби. Внаслідок бойового досвіду УБД отримують фізичні (поранення та забої) і психічні травми [5]. Навіть за відсутності тілесних ушкоджень та соматичних захворювань адаптація УБД, які повертаються із зони бойових дій, ускладнюється функціонуванням посттравматичних станів, що обумовлюють численні соціально-психологічні проблеми.

Пов'язані з умовами бойових стресорів посттравматичні стани, психічні розлади стають одним із головних внутрішніх бар'єрів під час адаптації УБД до цивільного життя. Після повернення до звичних умов життя на уже наявні, пов'язані із війною ПТСР, нашаровуються нові розлади, що зумовлені стресами, які пов'язані з соціальною дезадаптацією. Посттравматичний синдром УБД стає психологічною особистісною кризою з усіма властивими їй симптомами та ознаками, а, відтак, як і будь-яка особистісна криза, потребує корекції та психотерапії.

Відтак, актуалізується потреба в поглибленому вивченні посттравматичних станів УБД, розробці шляхів та організації адекватної психологічної допомоги.

Мета – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити специфіку посттравматичних станів УБД. Проаналізувати методи та стратегії психологічної допомоги УБД, соціально-психологічної реадaptaції до умов цивільного життя.

Об'єкт дослідження: особливості психологічної травматизації УБД.

Предмет дослідження: особливості переживання посттравматичних станів УБД.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз наукових досліджень з проблеми психологічної травматизації та ПТСР особистості.
2. Розглянути особливості переживання гострого бойового стресу, психологічної травматизації та посттравматичних станів УБД.
3. Емпірично дослідити особливості переживання посттравматичних станів УБД.
4. Проаналізувати методи і стратегії успішної психологічної допомоги УБД та їх соціально-психологічної реадаптації.

Гіпотези дослідження: припускаємо, що посттравматичні стани УБД пов'язані з особистою тривожністю та особливостями особистісних стратегій подолання криз (соціум, віра, знання, уява). Серед УБД, ймовірно, домінуючою особистісною стратегією подолання криз є фізична активність.

Теоретико-методологічна основа дослідження: концептуальні диспозиції психотравми та ПТСР особистості (Дж. Брейєр, Л. Гребінь, Д. Герман, М. Горовіц, В. Зливков, О. Климчук, І. Кучманич, Т. Титаренко, Б. Фоа та ін.), результати наукових досліджень бойового стресу та особливостей посттравматичних станів УБД (Т. Льюїс, А. Кардінер, О. Кокун, О. Колесніченко, М. Кутько, Л.Прокоф'єва, Ю. Мельник та ін.).

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення наукових досліджень проблеми посттравматичних станів УБД, анкетування, тестування, бесіда, методи статистичної обробки даних.

Емпірична база дослідження: Дослідження проводилося із військовослужбовцями міста Львова, загальною чисельністю 40 осіб, із них 5 респондентів жіночої статі та 35 чоловічої). Усі респонденти мали досвід від (4 до 12 місяців) перебування у зоні активних бойових дій.

Теоретична значущість. Результати магістерського дослідження дозволять розширити наукові уявлення про специфіку посттравматичних станів УБД та особливості їх реадаптації до умов цивільного життя.

Практичне значення. Результати дослідження та відповідні узагальнення можуть бути використані при підготовці наукових матеріалів, навчально-

методичних рекомендацій, застосовані у процесі фахової підготовки майбутніх психологів, а також впроваджені у роботу психологів військових шпиталів із метою підвищення рівня ефективності процесу соціально-психологічної реадаптації УБД.

Структура роботи: магістерську роботу складають: вступу, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УКРАЇНІ

1.1. Психологічна травматизація та ПТСР особистості як соціально-психологічна проблема

Вивчення проблем психотравми, посттравматичних станів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сучасному етапі в Україні набуває все більшої актуальності не лише в медичному аспекті, а й у соціально-психологічному. Це пов'язано, перш за все, з активними військовими діями в нашій країні, постійною тенденцією до збільшення частоти та тяжкості наслідків війни. Як і будь-яка критична ситуація, збройний конфлікт не позбавлений ускладнень, які, на жаль, не закінчуються із його закінченням чи виходом із нього. Ці ускладнення супроводжують суспільство та окремих людей протягом тривалого часу, навіть у мирному житті, породжуючи цілий ряд труднощів, які неможливо ігнорувати чи вирішити в односторонньому порядку.

Це зумовлює вивчення психологічних станів та особливостей прояву ПТСР в УБД з метою реадaptaції, збереження здоров'я та працездатності. ПТСР при УБД в основному виникає після впливу психотравмуючих бойових обставин, але також може виникнути раптово через кілька років. Однак, варто відзначити, що не у всіх УБД спостерігається ПТСР, як свідчить статистика тільки приблизно 25% переживають означені стани та розлади.

Загалом світова статистика свідчить, що майже п'ята частина УБД за відсутності фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед постраждалих - кожен третій.

Наявність у сучасній незалежній Україні такого масового явища, як психічна травма та ПТСР в УБД, є відносно новим і нетиповим явищем. Певний відсоток військовослужбовців УБД має явні ознаки психічної травми, і

більшість не можуть або не знають, як впоратися з умовами та почуттями, які вони відчують.

Психічна травма (далі - ПТ) — це життєва подія або ситуація, яка впливає на важливі аспекти існування людини та призводить до глибоких психологічних переживань. Ця травма виникає тому, що інстинктивна реакція організму на травматичну подію є неповною [3]. ПТ має серйозні негативні наслідки для здоров'я та життя людини. Протягом життя людина може отримати різні травми [3, с. 32]. Травма викликає нестерпний емоційний біль і тривогу. Однак людська психіка гармонійна і її механізми дозволяють людині зберігати цілісність та виживати в будь-яких умовах.

Вивчення проблеми ПТ має давню історію. Свідчення травматичного досвіду індивіда сягають глибоких коренів суспільства, а описи цього явища вчені знаходять у різних творах античних філософів і поетів: Аристотеля, Платона, Гомера, Лукреція та інших. [17]. Деякі особливості описів травматичних переживань знайшли відображення в стародавніх письменах: сила переживань, незворотність, психологічний відбиток однієї події, який може залишатися на все життя. Отже, ПТ є феноменом, який зафіксований у досвіді людства та в колективному несвідомому кожного індивіда [3; 9].

Наукове вивчення травматичних проблем особистості почалося з формуванням наукових основ психології та психотерапії. Тоді ж почалися дослідження взаємодії психіки та тіла. У результаті сформувалося нове розуміння неврозу, його основних форм і причин, ставлення до психічних розладів і методів лікування.

Зокрема, на сьогодні встановлено, що ПТ виникає внаслідок порушення цілісності функціонування психіки, яка складається з чотирьох вимірів існування людини: емоційного, фізичного, когнітивного та духовного. Всі ці сфери розвиваються поступово в онтогенезі. Вони взаємопов'язані і утворюють цілісну систему. Коли руйнується цілісність вимірів людського існування, виникає ПТ [14].

Перша теорія ПТ, у якій травма розглядається як глибоко вкорінений несвідомий афект, який патогенно впливає на психіку людини і лежить в основі невротичних розладів, це психоаналітична теорія З. Фрейда [21]. Вчений вважав, що джерелом ПТ є не зовнішні події, а психіка людини, розщеплення Его, що призводить до травматичної тривоги, викликаної несвідомими ідеями. Психіка постійно намагається підтримувати стабільний стан [21].

На думку З. Фрейда, вирішальним моментом для успіху та відновлення людини після травми є не її сила, а підготовленість чи непідготовленість організму, який дійсно виражає її потенціал [21]. Травма не завжди проявляється в чистому вигляді, з неї виникають різноманітні симптоми, які можуть зникнути, якщо з усіма емоціями травматичну подію відтворити з пам'яті та знову пережити або проговорити [22].

Сьогодні ПТ також визначається як страх, який людина відчуває, коли стикається з несподіваною та потенційно фатальною подією [24].

Психічна травма – це порушення бар'єру, що захищає людину від травматичного впливу і супроводжується відчуттям безпорадності [22]. Цей тип травми може виникнути через брак індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травматичної події. Деструктивний потенціал ПТ залежить як від індивідуального значення травмувальної події, так і від ступеня психологічної захищеності та спроможності людини до саморегуляції [15].

Дуже часто вчені асоціюють ПТ з війною, емоційним і сексуальним насильством, стихійними лихами чи нещасними випадками. ПТ також можуть викликати й незначні, на перший погляд, проблеми в житті [21]. Травмована психіка продовжує шкодити собі через синдром нав'язливого повторення. Тобто ті, хто пережив ПТ, постійно опиняються в життєвих обставинах, за яких вони отримують повторні травми [22].

Як зазначає Ж. Шарко, травматична подія стає каталізатором і залежить від конституційного типу людини. Велику увагу вчений приділяв травмуючим факторам, які запускають невротичний механізм у процесі істерії. Вчений показав, що стан нервового потрясіння після травматичної події подібний до

гіпнотичного стану. Це явище в сучасній психотерапії та соціології називають «репродуктивним пророцтвом» [3].

ПТ – це результат перебування людини в певній ситуації, що визначається як психотравмуюча. Психотравмуюча ситуація виникає внаслідок впливу на людину соціальних, природних, інформаційних та особистісних факторів, що може супроводжуватися підвищенням рівня психічної напруги, порушенням деяких адаптаційних механізмів, частковим або повним руйнуванням системи світогляду та патологічні психічні стани [30]. Саме психотравмуючі події найбільшою мірою порушують фундаментальне відчуття онтологічної безпеки та призводять до ризику руйнування адаптаційної системи особистості, що, у свою чергу, спричиняє невротизм, посилення конфліктності в соціальних стосунках та порушення поведінкової саморегуляції [28].

Варто підкреслити, що ПТ має власний механізм дії, який передбачає наявність зовнішньої події, суб'єктивно пережитої як травматична; гостре емоційне переживання, що супроводжується відчуттям психологічного дискомфорту і душевного болю; обмеження функціонування Его і, як наслідок, гострі та уповільнені реакції (психосоматичні розлади); руйнування адаптивної системи особистості; підвищена сприйнятливості до майбутніх травм [12]. Дисоціація є нормальною частиною захисту психіки від потенційної шкоди травматичної події. Коли переживання розподіляються між різними частинами психіки та тіла, тобто переходять до несвідомих аспектів психіки та тіла, виникає перешкода для інтеграції окремих елементів. Людина, яка пережила травмуючі події, переживає дефекти пам'яті і не може вербалізувати те, що з нею сталося [27].

У травмованих людей змінюються базові Я-структури, вони можуть переживати депресію та бути дещо відчуженими у сімейних стосунках [8]. Відновленню після травматичних подій і поверненню до нормального життя сприяє опанування емоційних переживань і тривожного сприйняття світу, відновлення довіри і почуття безпеки [20].

На відміну від психіки, яка виштовхує травматичний досвід у несвідоме, тіло зберігає інформацію про травму. Наше тіло настільки усвідомлене, що завжди знаходить спосіб подати сигнал про те, що нас турбує [3]. Людина повинна негайно реагувати на тілесні сигнали, які свідчать про психічну травму. Зрештою, травмовані люди почуваються повністю покинутими, самотніми, ізольованими від людської опіки та захисту.

Перший систематичний опис симптомів, що виникають внаслідок важкої психічної травми і схожі на сучасні посттравматичні стани, запропонував у 1867 р. Дж. Еріхсен. Ці симптоми вчений пов'язував з розладами уваги та пам'яті, важкі сновидіння - з переживанням психотравмуючої ситуації, душевними переживаннями.

Також інтерес для нашого магістерського дослідження представляє дослідження Т. Льюїса, який описав групу солдатів із низкою подібних симптомів і назвав це явище «синдромом солдатського серця» або «синдромом напруги» [26, с . 356]. Подібні психоневротичні та серцеві прояви у солдат Першої світової війни розглядав Б. Оппенгеймер, який трактував їх як так звану, «нейроциркуляторну астеною» [4].

Друга світова війна відродила інтерес до реакцій бойового стресу, звідси і термін «воєнний невроз». Реакції та психічні стани, викликані участю у збройних конфліктах, стали предметом численних досліджень. У своїх наукових дослідженнях А. Кардінер назвав цей феномен «травматичним неврозом війни» [5]. Вчений запропонував поняття «центрального фізіоневрозу», тобто порушення ряду функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. Вчені вперше всебічно описали симптоми цього неврозу, який, на їх думку, мав як психологічну, так і фізіологічну природу [5].

У своїй монографії «Люди під впливом стресу» Р. Грінкер та Дж. Шпігель використали такі терміни як: «бойовий стрес», «бойова втома», «бойове виснаження» та «гостра бойова реакція» [20]. Вчені перерахували симптоми, які відчують солдати, що повертаються з полону: сильна втома, депресія,

проблеми з пам'яттю, концентрацією, кошмари, фобії, агресія, недовірливість, підвищена активність симпатичної системи [20].

У 1952 році Американська психіатрична асоціація включила «реакцію на сильний фізичний та емоційний стрес» у класифікацію DSM-II, що згодом ознаменувало значуще походження поняття «травма» [21]. У 1980 році діагноз знову був включений в американську класифікацію DSM-III під назвою посттравматичний стресовий розлад [20]. В останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) виділяється рубрика F43: реакції на сильний стрес і розлади адаптації [20]. Тому безперечно, що певні особливі події та ситуації можуть викликати в людини певний комплекс посттравматичних станів, психічних ускладнень.

Медичний підхід до визначення змісту та сутності поняття «психічна травма» ПТ оперує подіями, що характеризуються їх тривалістю та інтенсивністю, особливостями центральної нервової системи, що лежить в основі травми. Наслідки переосмислення цих ситуацій можуть залишатися прихованими і проявлятися через певний час. Часто важкий досвід витісняє і руйнує необхідні для життя здатності людини. Травмуюча ситуація може призвести до формування бар'єрів і регресії та водночас порушити всі захисні механізми, які можуть розвиватися в напрямку соціалізації та формування нормативної емоційної реакції.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — є відстроченою неспокійною реакцією на травматичний стрес, яка може спричинити психічні розлади. Виникнення ПТСР зумовлене переважним впливом стресора на людину, який виходить за рамки звичайного людського досвіду та може викликати дистрес [6]. Такий вплив стресора може бути викликаний серйозною загрозою життю або тілесній недоторканості особи, тяжким фізичним ушкодженням (каліцтво), насильницьким вбивством людини, смертю чи каліцтвом колеги. Вплив таких екстремальних стресорів призводить до прояву ПТСР.

До основних симптомів посттравматичного стресового синдрому відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення); нездатність запам'ятовувати - амнезія деяких подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); перезбудження (неадекватна гіпермобілізація) [7].

Вторинними симптомами ПТСР є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, соматичні проблеми, алкоголізм [8]. Єдиної теорії патогенезу ПТСР не існує, а відтак, багато дослідників, спираючись на різні гіпотези, пропонують різноманітні психологічні та інші моделі: когнітивну, психодинамічну, психосоціальну, психо-біологічну, умовно рефлексорну та мульти-факторну модель ПТСР.

Також цікавими є наукові знання для розуміння сутності ПТСР з урахуванням теорії трансу та дисоціацій, а також травматичного імпринту й теорії формування патологічних емоційно-асоціативних мереж [3; 6].

При психосоціальному підході до ПТСР впливу зовнішнього середовища приділяється найбільш вагоме місце. Ця модель ПТСР є багатфакторною і враховує вагу кожного фактора в розвитку реакції на стрес. Виділяють наступні соціальні чинники, що впливають на успішну адаптацію людей, які перенесли ПТ: відсутність фізичних ушкоджень, міцність матеріального становища, збереження соціального статусу, фактор соціальної підтримки суспільства та найзначущий фактор -- впливу найбільш затребуваних людей.

1.2. Специфіка психологічної травматизації учасників бойових дій

Вивчення психологічної травми, бойового стресу УБД (А. Колісніченко, М. Кутко, І. Приходько, В. Василевський, Г. Тимченко та ін.) показують, що бойовий посттравматичний шок більш різноманітний і триває довше, ніж посттравматичний шок мирного часу за рахунок накопичення в пам'яті, в душі, людей страшних, неодноразово повторюваних яскравих емоційних спогадів, про фізичні та психічні перевантаження, про біль від втрати, горе, про

співчуття близьким. Статистика показує, що під час війни у В'єтнамі загинуло 58 226 громадян США, а після повернення з війни, впродовж 10 років, покінчило життя самогубством втричі більше ветеранів, ніж загинуло на війні [5]

Сучасні дослідження психічних розладів УБД показують, що найбільшу питому вагу серед них мають хворі з неврологічними, фізичними та соматоформними розладами: 37,5 %; Пізніше внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю) виникають психічні та поведінкові зміни: 25,6%; третя – органічні, в тому числі симптоматичні психічні розлади – 24,6% [2].

Як відомо, окреме місце займають психічні розлади, пов'язані з діями психічного стресора. Поширеність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю свідчить про велику частку неконструктивних засобів для зниження психологічної напруги та досягнення стану релаксації, що необхідно враховувати при розробці засобів реабілітації, психологічної допомоги для УБД.

Участь у бойових діях і збройних конфліктах супроводжується рядом впливів різних негативних факторів (соматичних і психологічних): фізичні та психічні перевантаження; можливі соматичні захворювання (бойова травма/соматичні ушкодження); гострий психічний стрес; відстрочений психологічний фактор, до якого також відносяться віддалені наслідки отриманих травм (косметичні дефекти, хірургічні втручання, каліцтва тощо). Все це може спричинити соматичні та психічні розлади, що призводять до формування психотравмуючих станів, ПТСР у УБД [17].

Психічні та фізичні перевантаження призводять до зниження адаптаційних реакцій організму людини, погіршення динаміки перебігу захворювання, наростання соматичної патології/інвалідності, формування соматогенних неврологічних розладів та хронізації захворювань в цілому.

Ознаки соматичної бойової травми є, як правило, комбінаторні (механічний компонент: ударна хвиля, баротравма, кульове/осколкове

поранення; хімічний та термічний компонент) і призводить до фізичного та психічного дискомфорту, зниження ресурсів психічної адаптації, погіршення соматичного перебігу захворювання, хронізація та формування неврологічних розладів [8].

Різкі душевні переживання, психічний дискомфорт спричиняють зниження фізичних і психічних адаптаційних реакцій організму людини, підвищують ризик нового захворювання чи соматичного ушкодження та призводять до формування та хронізації посттравматичних неврологічних розладів.

Пізній психологічний фактор призводить до внутрішньо-особистісних і міжособистісних конфліктів, вегето-судинних і ендокринних розладів, формування соматоморфних розладів і хронізації соматичних захворювань.

Основними патологічними механізмами впливу соматичної бойової травми на психічний стан є:

- патологічні механізми формування психічних розладів в УБД - безпосередній вплив ураження на функціонування головного мозку, що згодом призводить до психічних розладів;
- відчуття хронічного болю, що викликає емоційно-вольові зміни УБД під час когнітивних процесів;
- довге лікування наркоманії, що сприяє дестабілізації емоційно-вольової сфери;
- негативна оцінка тяжкості свого фізичного стану (ураження, рубці, що перешкоджають реалізації намічених планів) призводить до формування та хронізації посттравматичних неврологічних розладів [16].

Особливо серйозні наслідки психотравматичного впливу починають проявлятися в УБД через кілька місяців після повернення до цивільних умов. Це різні захворювання психосоматичного характеру: загальна слабкість, погане самопочуття, припливи, зниження працездатності, головні болі, тривожні стани, страхи, сексуальні розлади, порушення сну тощо.

Деякі дослідники (Б. Фoa, Л. Напреєнко та ін.) виділяють три основні групи симптомів ПТС, які посилюються із віком:

1) надмірне збудження (маючи на увазі вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, боязке уникнення ситуацій, пов'язаних з травмуючою подією);

2) періодичні напади пригніченого психічного стану (емоційна пригніченість, відчай, депресія, усвідомлення відчаю);

3) характеристики істеричної реакції (параліч, головний біль, глухота, нервові збудження).

Все це призводить до порушення мотиваційної сфери, до зміни вектора соціальної поведінки, що веде до негативної участі в праці із орієнтацією на хворобу, до прогресуючої соціальної спустошеності та погіршення якості життя [20].

Успішне одужання та психічна адаптація УБД потребують не лише індивідуальних медикаментозних та психотерапевтичних препаратів, а й повної системи медико-психологічної допомоги та реадaptaції, реабілітації до умов цивільного життя загалом. Якщо медичне лікування та відновна реабілітація допомагають у відновленні м'язів і властивостей людського тіла, то, психологічна реабілітація створена для того, щоб гарантувати здорове існування особистості в суспільстві, щоб запобігти можливим поведінковим розладам адаптації.

Далі розглянемо специфіку бойової психологічної травми особистості військовослужбовців УБД, особливості переживання ними гострого психічного стресу, відстроченого психотравматичного впливу та особливості посттравматичних станів.

1.3. Особливості переживання гострого психічного стресу та посттравматичних станів учасниками бойових дій

Тривалий час розвиток дослідження проблеми ПТ особистості ґрунтувався переважно на теорії ПТС. На зміну цій теорії прийшла концепція соціального стресового розладу [13], концепцією переживання травматичної події [16] і

соціогуманістична концепція психологічної травми [26]. Соціальні стресові розлади - це доклінічні розлади (психологічні реакції) і клінічні розлади (неврози, патологічні розлади особистості, алкоголізм) [3].

Це порушення спокою, які виникають як реакція на певну ситуацію чи діяльність, зовнішню чи внутрішню; стан напруженості людини, що виникає внаслідок впливу емоційних, негативних і екстремальних факторів зовнішнього середовища. Зокрема, вчені виділяють такі види стресу: інформаційний, психологічний, травматичний та бойовий [20].

Дослідники загалом виділяють 3 типи основних реакції людини на стрес: боротьба (бий), втеча (втікай), завмирання (замри).

Основними стадіями проходження стресу є:

- реакція тривоги (надактивність, виділення кортизолу);
- резистентність – організм намагається повернутись до нормального стану;
- фаза виснаження (коли відновлення є неможливе, стрес стає дуже сильний та тривалим) [22].

Різні люди відчують наслідки стресової ситуації по-різному: відразу після події або через певний час. Наслідками сильного стресу можуть бути: порушення сну та апетиту; тривожні спогади; пережиття нічних страхів через події; погіршення настрою при згадуванні події; втрата здатності переживати сильні почуття та емоції; часткове порушення пам'яті; прагнення уникнути думок і почуттів, пов'язаних з пережитою психотравмою; відчуття «скороченого майбутнього», втрата життєвих перспектив; дратівливість; сором'язливість [21].

Майже всі УБД піддаються бойовому стресу. Бойовий стрес виникає ще до безпосереднього контакту із загрозою для життя і триває до виходу із зони бойових дій.

Боротьба зі стресом – є процесом мобілізації всіх наявних можливостей організму, імунно-захисної, нервової та психічної систем для подолання небезпечної для життя ситуації [20].

У стані стресу змінюється склад крові в організмі (гормони, що виділяються ендокринними залозами, викликають тривогу, настороженість і агресію). Об'єм легенів збільшується, що дозволяє надходити більше кисню до активно задіяних органів [25].

Звуження кровоносних судин викликає підвищення артеріального тиску і посилення кровотоку. Структури кровотоку перерозподіляються. У активних людей сповільнюється приплив крові до внутрішніх органів і прискорюється до серця та скелетних м'язів [26].

Отже, участь у бойових діях практично для всіх людей вважається стресом, травматичним і супроводжується впливом таких факторів:

1) чітко усвідомлене відчуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, каліцтва, болю;

2) стрес, що виникає під час участі в бойових діях і супроводжується психоемоційним напруженням, пов'язаним зі смертю на очах бойових побратимів або необхідністю вбити людину (навіть ворога);

3) фактори бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, різкість, невизначеність, новизна);

4) розлади та потреби (часто відсутність повноцінного сну, особливості гігієнічного та харчового режиму) [20].

Ззовні, в бойовій обстановці, стрес проявляється прискореним пульсом, диханням, підвищенням температури тіла УБД, почервонінням або блідістю шкірних покривів, інтенсивним потовиділенням, сухістю в роті, тремором (м'язове тремтіння), зміною зовнішньої активності (частоти та амплітудів рухів), почастишання сечовипускання, мимовільне сечовипускання, підвищена тривога та пильність тощо [32].

Всі перераховані симптоми є нормальною реакцією людини на нетипові обставини бойової обстановки. Серед факторів, що викликають підвищений стрес і страх під час бойових дій, провідне місце посідають: загибель бойових побратимів – 50%; наявність тяжких тілесних ушкоджень (смертей) – 29%;

боротьба з надінтенсивним впливом світла і шуму: 8%; палаючі бойові машини: 5%. У 90% випадків страх приймає яскраво виражені форми [32].

Згідно з даними (Друга світова війна), 39% відчують найбільший страх перед боєм, 35% під час бою, 16% після і 10% не можуть визначитися. До найпоширеніших фобій під час війни відносяться: страх мін, страх снайперів, страх літаків, страх танків [23].

Додатково можуть виникати істеричні реакції (не пов'язані з фізичною травмою): істерична сліпота - концентричне звуження поля зору; зниження гостроти зору; роздвоєння, порушення чіткості бачення предметів; амавроз; приглухуватість; параліч кінцівок, судоми, оніміння усього тіла; плач, сміх, кашель, гикавка, мимовільні згинання тулуба; каталепсія - патологічно тривале збереження положення тіла; млявість; патологічний сон; істерична анестезія деяких частин тіла (оніміння) тощо [43]. Іноді зовнішні подразники (світло, звук, тактильні відчуття) сприймаються як нестерпні.

Отже, боротьба з психологічною травмою особистості – це процес впливу на особистість бойового стресу, який характеризується порушенням рівня психологічної безпеки особистості, навантаженням на регуляторні системи та мобілізацією функціональних ресурсів тіла, зниження рівня психологічної безпеки особистості та її здатності адаптуватися до фізичних і психічних навантажень [23].

Більшість бойових стресових реакцій в армії виявляється в перший місяць і максимум (40%) в перший тиждень бойових дій. Впродовж чотирьох днів після психотравмуючої події УБД має бути надана перша психологічна допомога, соціальний відповідний супровід, просвітницька робота щодо негативних реакцій на бойовий стрес та можливі ускладнення, а також духовна й релігійна підтримка [17].

Негативний вплив УБД на психіку проявляється у загальній дезорганізації поведінки, гальмуванні раніше сформованих здібностей, неадекватних реакціях на зовнішні подразники, утрудненому розподілі уваги, звуженні поля уваги та пам'яті, імпульсивних діях та значних вегетативних змінах [17]. За умов

тривалого впливу факторів, що призводять до цих станів, порушення механізмів біологічної адаптації та компенсації набувають незворотного характеру і в подальшому стають передумовою для виникнення нервово-психічних розладів.

Зазвичай УБД перебувають у бойовій готовності напередодні та під час активних бойових дій. Тривога є одним з найпоширеніших психічних станів у людей, чия діяльність пов'язана з дією більш інтенсивних стресорів. Тривога проявляється в порушенні душевної рівноваги, у появі безпредметної загрози, у збудженні [20].

Тривога УБД переживається на різних рівнях: по-перше, на рівні самої тривоги, у формі несвідомого відчуття небезпеки, невизначеної загрози; по-друге, на рівні страху як наслідку індивідуального визначення причин тривожності та конкретних факторів небезпечної ситуації [45].

Регулятором конкретних поведінкових актів УБД є їх емоційно-вольова сфера, рівень розвитку якої залежить від ступеня прояву різноманітних несприятливих умов, що виникають у відповідь на дію стресорів зовнішнього середовища.

Численні дослідження та результати опитувань серед УБД (у В'єтнамі, Афганістані, АТО тощо) показують, що більшість УБД відчують себе «використаними» та «забутими», часто сердяться за те, що їх залишили наодинці з собою, а незабаром просто забувають на тлі зростаючої потреби в розумінні, схваленні, підтримці оточуючих тощо [29].

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в цивільних умовах через загострену правосвідомість, підвищену тривожність, періодично виникають «вибухові» реакції, депресивні стани, порушену соціальну взаємодію та виникають проблеми в УБД в сім'ї та на роботі. Втрачається інтерес до соціального життя, знижується активність у вирішенні життєво важливих проблем, спостерігаються посттравматичні стани та симптоми ПТСР [19].

Основними симптомами синдрому посттравматичного стресу є: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення); нездатність запам'ятовувати - амнезія певних подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); надмірне збудження (недоречна супермобілізація). Вторинними симптомами є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми тощо [41].

Вчений П. Борн одним із перших виділив один із найпоширеніших симптомів — «нав'язливо повторювані спогади», які в основному були представлені у вигляді яскравих емоційних і чуттєвих уявлень («флеш-беків»). Зазвичай вони супроводжувалися депресією, страхами, сомато вегетативними розладами, нічними кошмарами бойового характеру, почуттям провини, а також байдужістю і відчуженістю минулих інтересів [19].

Аналізуючи вияви невротичних та патохарактерних синдромів ПТСР, дослідниця Л. Прокоф'єва виділяє наступні: «військове серце» (задишка, біль у грудях та пітливість), синдром вижившого («хронічне почуття провини за те, що вижив»), флешбек-синдром (спогади про «нестерпні» події), прояви «бойової» психопатії (агресія та імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання наркотиками та алкоголем), синдром прогресуючої астенії (симптоми астенії після повернення до цивільного життя, проявляється надшвидким старінням, втратою ваги, психічною млявістю й прагненням до спокою), посттравматичними рентними станами (інвалідність, набута при свідомій вигоді користування гарантованими благами та пільгами, перехід до пасивного життя) [34] (рис. 1).



Рис. 1. Синдроми посттравматичного стресового розладу [34]

Первинними порушеннями є симптоматика травматичного стресу (ТС), яка проявляється під час критичних інцидентів та зразу після них до 2 діб. Вторинними порушеннями вважають гострі стресові розлади (далі - ГСР), прояв яких спостерігається протягом приблизно одного місяця після критичних інцидентів від 2 діб до 4 тижнів. ПТСР розвивається через 1 місяць і більше після критичних інцидентів. Далі може розвиватися посттравматичний розлад особистості, що може спостерігатися протягом усього життя людини, яка пережила психотравму (Рис. 2).



Рис. 2. Динаміка посттравматичного стресового розладу [34]

Травматичний стрес (ТС) дослідники визначають як нормальну реакцію на ненормальні події, що виходять за межі звичного життєвого людського досвіду.

Гострий стресовий розлад (ГСР) характеризується коротким періодом нав'язливих спогадів, що виникають в людини протягом 4 тижнів після того, як вона стала свідком руйнівної травмівної для неї події або безпосередньо приймала участь у ній [38].

У ГСР люди переживають травматичну подію, як пряму (наприклад, серйозне поранення, війна чи смерть) або непряму (наприклад, спостереження за подіями разом з іншими, отримання інформації про події, які трапилися із членами родини чи близькими друзями). Особистість страждає від повторюваних спогадів про травму, уникає подразників, що нагадують про травму, і легко збуджується. Симптоми з'являються протягом 4 тижнів після травматичної події і тривають щонайменше 3 дні, але на відміну від посттравматичного стресового розладу, вони тривають не більше 1 місяця.

Тому останні десятиліття дали важливий поштовх розвитку концепції посттравматичного стресового розладу та її систематизації. Вітчизняними та зарубіжними вченими проведено значну кількість досліджень різноманітних посттравматичних станів.

В сучасних умовах в Україні необхідне використання нових знань для чіткого розуміння природи та розвитку посттравматичного стресового розладу та комплексного підходу з урахуванням психологічних, соціальних та

біологічних процесів. Все це важливо для створення ефективної психокорекційної програми, що враховує всі рівні травматизації особистості.

Травматичні події, які переживає УБД, впливають не лише на психологічні структури особистості, але й на системи прихильностей та значення, які з'єднують людину та її соціальне оточення [26]. Такі події випробовують базові людські стосунки, розривають родинні, дружні та близькі стосунки, а також зв'язки із суспільством.

Внаслідок психотравмуючих подій, тривалого бойового стресу в УБД людей змінюються базові структури Его, вони можуть відчувати пригніченість і певну відчуженість у сімейних стосунках. Але це нормальна реакція [3]. Крім того, щоб оговтатися від травматичних подій і повернутися до нормального життя, необхідно зіткнутися з власними емоційними переживаннями та подолати тривожне сприйняття світу, навчитися довіряти йому і не очікувати небезпек у майбутньому. Справитися з цими завданнями допоможе психологічна допомога, психотерапія та ефективні заходи з метою реадaptaції, соціально-психологічної реабілітації УБД.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичних станів УБД дозволив зробити наступні висновки.

На сучасному етапі в Україні вивчення проблем психотравми, психотравматичних станів та ПТСР набуває все більшої актуальності, що пов'язано, перш за все, із активними військовими діями в нашій країні, постійною тенденцією до збільшення частоти та тяжкості наслідків війни.

Певний відсоток військовослужбовців УБД має явні ознаки пережитої психотравми, і більшість не можуть або не знають, як впоратися з умовами та почуттями, які вони відчують.

Психічна травма – це результат перебування людини в певній ситуації, що визначається як психотравмувальна. Саме психотравмувальні події суттєво порушують базове почуття онтологічної безпеки та призводять до ризику руйнування адаптаційної системи особистості, що, у свою чергу, спричиняє

невротизацію, зростання конфліктності в соціальних стосунках та порушення регуляції поведінки. ПТ має серйозні негативні наслідки для здоров'я та життя людини. Травма викликає нестерпний емоційний біль і тривогу. Однак людська психіка гармонійна і її механізми дозволяють людині зберігати цілісність та виживати в будь-яких умовах.

Медичний підхід до визначення змісту та сутності поняття «психічна травма» ПТ оперує подіями, що характеризуються їх тривалістю та інтенсивністю, особливостями центральної нервової системи, що лежить в основі травми.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — є відстроченою неспсихотичною реакцією на травматичний стрес, яка може спричинити психічні розлади. Виникнення ПТСР зумовлене переважним впливом стресора на людину, який виходить за рамки звичайного людського досвіду та може викликати дистрес. До основних симптомів посттравматичного стресового синдрому відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення); нездатність запам'ятовувати - амнезія деяких подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); перезбудження (неадекватна гіпермобілізація).

Вторинними симптомами ПТСР є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, соматичні проблеми, алкоголізм. Єдиної теорії патогенезу ПТСР не існує, а відтак, багато дослідників, спираючись на різні гіпотези, пропонують різноманітні психологічні та інші моделі: когнітивну, психодинамічну, психосоціальну, психо-біологічну, умовно рефлекторну та мульти-факторну модель ПТСР.

При психосоціальному підході до ПТСР впливу зовнішнього середовища приділяється найбільш вагоме місце. Ця модель ПТСР є багатофакторною і враховує вагу кожного фактора в розвитку реакції на стрес.

Участь у бойових діях практично для всіх людей вважається травматичним стресом. Майже всі УБД в тій чи іншій мірі піддаються бойовому стресу, який

виникає ще до безпосереднього контакту із загрозою для життя і триває до виходу із зони бойових дій.

Бойовою психологічною травматизацією особистості дослідники вважають процес впливу бойового стресу, який характеризується порушенням певного рівня психологічної безпеки особистості, навантаженням на регуляторні системи та мобілізацією функціональних ресурсів людини, що проявляється в її здатності адаптуватися до фізичних і психічних навантажень.

Психотравмувальні події, що переживають УБД, впливають не лише на їхні психологічні структури, а й на систему соціальних прив'язаностей, які з'єднують індивіда та соціальне оточення (випробовують фундаментальні людські стосунки УБД, розриваючи родинні зв'язки та зв'язки з суспільством).

Унаслідок психотравм, тривалого впливу бойового стресу в УБД змінюються базові Я-структури, вони можуть переживати стани тривоги, депресію та бути дещо відчуженими у сімейних стосунках.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Опис процедури та методів дослідження

З метою виконання завдань кваліфікаційної роботи нами було проведено емпіричне дослідження особливостей переживання УБД психотравматичних станів. Дослідження проводилося із УБД м. Львова та Львівської обл., загальною чисельністю 40 осіб, із них 5 респондентів -- жіночої статі та 35 чоловічої, що становить 12,5% та 87,5% від загальної кількості. Усі респонденти мали досвід від (4 до 12 місяців) перебування у зоні активних бойових дій.

Для виконання завдань магістерського дослідження нами було підібрано комплекс психодіагностичних методик:

1. Шкала PCL – 5 [20];
2. Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна [20];
3. Стратегії подолання кризового стану (М. Лаад) (BASIC Ph) [44].

Далі опишемо більш підібраний нами відповідний комплекс психодіагностичних методів.

Для визначення певних особливостей психотравматичного досвіду УБД та симптомів ПТСР нами застосовано шкалу PCL-5 (див. Додаток А). Анкета включає основні описи симптомів, що найчастіше зустрічаються у осіб із ПТСР, та дозволяє їх виявити у респондентів. Слід зазначити, що PCL-5 опитувальник передусім використовують для скринінгу ПТСР.

Кожне із стверджень пропонують оцінити у балах, від 0 до 4, після чого розраховують основні критерії, а саме: опис психотравматичної події, симптоми інтрузій, симптоми уникнення, негативні думки й емоції, симптоми, що властиві для надмірних проявів реактивності. Максимальну кількість балів, яку можуть набрати респонденти, становить 80, а мінімальну – 0. Якщо загалом

кількість балів по всіх критеріях перевищує 33, це може засвідчувати наявність ПТСР. Однак такий діагноз не можна ставити тільки на підставах цієї анкети, позаяк вимагає більш детальнішого обстеження.

Для визначення специфіки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності в УБД нами використовувалася методика Спілбергера-Ханіна, яка дозволяє з'ясувати певний рівень особистісно-реактивної тривожності (див. Додаток Б).

Особистісну тривожність (далі - ОТ) автори розглядають як відносно стійку індивідуальну якість особистості, що описує міру її занепокоєння, емоційної напруги, турботи унаслідок дії стресових чинників. Реактивна тривожність (РТ) -- стан особистості, що характеризує міру занепокоєння та емоційної напруги в певній стресовій ситуації. Якщо РТ є стійкою індивідуальною рисою, то стан РТ може бути досить динамічним за часом і ступенем вираженості.

Опитувальник складають 40 питань-тверджень (1-20 призначені для оцінки РТ ("Як ви себе відчуваєте у даний момент?") й 21-40 – для визначення ОТ ("Як себе Ви відчуваєте зазвичай?"). На кожне із запитань передбачено 4 відповіді за мірою інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали РТ, та 4 -- за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) – для шкали ОТ.

Одні твердження опитувальника Спілбергера-Ханіна сформульовано так, що відповідь (1) трактується як відсутність або легка міра тривожності. Це у шкалі РТ наступні прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а у шкалі ОТ – № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, зворотних питаннях відповідь (1) трактується як високий ступінь тривожності, а -- (4), низький рівень тривожності: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – за шкалою РТ; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 – за шкалою ОТ.

Обробка результатів передбачає спочатку окремо складання результатів за прямими та зворотними питаннями, а далі із сум прямих питань віднімається сума зворотних питань і до отриманого числа додають постійне число 50 для

шкали РТ та 35 – за шкалою ОТ. Показники результатів по кожній шкалі може перебувати у діапазоні 20 - 80 балів. Чим він є більшим, тим вищим є рівень тривожності (реактивної чи особистісної). Оцінка рівнів РТ та ОТ за результатами тестування відбувається в балах у таких межах: до 30 б. – низький рівень тривожності, 31-45 б. – середній, більше 45 б. – високий рівень тривожності.

Для діагностики особливостей особистісних стратегій подолання пережитих криз УБД ми застосували методику BASIC Ph (див. Додаток Б), яка дозволяє визначити, як УБД здебільшого справляються з кризами.

Методика «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC PH) призначена для визначення специфіки використання особистісних ресурсів у подоланні людиною кризового стану. Ізраїльський психолог-травматерапевт М. Лаад, довгий час досліджував особливості використання способів поведінки людей під час стресогенних ситуацій. Особистісний потенціал подолання кризових ситуацій притаманний всім. Потенційно кожна особистість володіє певною особистісною стратегією з раннього дитинства в тій чи іншій мірі та ціле своє життя. У кожного є власні «звичні» методи, стратегії подолання криз, тому переважає, зазвичай, одна із них або їх комбінація.

М. Лаадом встановлено, що кожна людини має власний унікальний комбінований набір ресурсів боротьби із екстремальними обставинами. Такі висновки й стали підставою BASIC Ph Model, яка обґрунтовує визнання здатності особистості протидіяти екстремальним обставинам, зберігаючи власне психічне здоров'я в будь-яких кризових ситуаціях. Модель складають 6 основних особистісних ресурсів, параметрів, що утворюють ядро індивідуального стилю поведінки особистості під час перебування у кризі (кожна літера у назві моделі BASIC Ph позначає певний ресурс).

1. Belief (віра): вірування, філософія життя та моральні цінності. Цей особистісний ресурс як спосіб подолання криз базується на вірі в (Бога, людей, диво або в самого себе, свою місію). Це система певних переконань та цінностей, потреба у самореалізації й самовираженні особистості. Віра може

бути не тільки релігійною, але й політичною тощо. Важливою є сама наявність віри.

2. Affect (афект): емоції та почуття. Афективна особистісна стратегія подолання криз проявляється через певні емоції: сміх, плач, розмову із кимось про свої відчуття та переживання. Ця особистісна стратегія вимагає, передусім, вияву різних почуттів та їхню ідентифікацію. Далі особистість намагається висловити розпізнані нею почуття прийнятними для неї способами: вербально (в розмові) чи письмово (у оповіданні або в листуванні); невербально, без слів – під час танцю, малювання, прослуховування музики тощо. Може записувати у щоденник власні почуття чи їх малювати.

3. Social (соціум): приналежність, друзі, родина. Такий особистісний ресурс у подоланні кризи виявляється у прагненні до спілкування. Особистість звертається за підтримкою друзів, сім'ї чи психолога, може допомагати й іншим постраждалим, а також -- зануритися у волонтерську діяльність. Важливою для неї є, насамперед, включеність у соціум: прагнення бути серед інших людей, почувати себе частиною соціальної системи чи організації і т.п. Отримувати від інших людей певне підтвердження, що ти живий, бути чимось корисним для інших, на щось впливати.

4. Imagination (уява): гра уяви, творчість, інтуїція. Ця особистісна стратегія подолання криз ґрунтується на творчих здібностях. Використовуючи уяву особистість мріє, імпровізує, уявляє власне майбутнє, розвиває інтуїцію, змінюється, шукає розраду в світі фантазій, може займатись хобі (рукодільям, гончарством тощо). Фантазія допомагає людині відволікатися від жорстоких обставин, виявити почуття гумору; віднайти креативні рішення актуальних для неї проблем.

5. Cognition (когніція): думки, знання, реальність, логіка. Ця особистісна стратегія подолання криз відбувається через використання ментальних здібностей, здатності логічно й критично мислити, оцінити певну критичну ситуацію, планувати й навчатися, продукувати нові ідеї, збирати відповідну інформацію, здійснювати аналіз проблем та раціонально їх

вирішувати. Когнітивна особистісна стратегія передбачає ведення аналітичної роботи, складання перспективних планів, списків.

6. **Physiology (фізіологія):** фізична, чуттєва модальність й діяльність. Особистісна стратегія подолання криз через концентрацію людини на фізичній діяльності її тіла. Використання цього особистісного ресурсу пов'язано із здатністю людини відчувати себе завдяки власним органам чуття. Ця стратегія включає застосування фізичної активності: спорт, медитація, фізична праця, прогулянки на природу, походи у гори і т.д. Також, задоволення їжею.

Варто зазначити, що під час процесу валідації цієї концепції було встановлено, що люди у кризових ситуаціях можуть використовувати більше, ніж один особистісний ресурс, стратегію подолання криз одночасно.

Методику складають 36 тверджень, кожне із яких пропонують респондентам оцінити в балах від 1 до 6. Результати кодуються відповідно до шкал, а саме: цінності, емоції, знання, уява, знання, соціальні контакти, фізична активність. Отримані показники дозволяють встановити особливості використання людиною особистісних ресурсів, стратегії подолання кризових станів.

Статистична обробка отриманих під час емпіричного дослідження даних (кореляційний аналіз) нами проводився з використанням програми SPSS.

Далі проаналізуємо отримані нами результати емпіричного дослідження.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Під час першого етапу емпіричного дослідження нами продіагностовано наявні симптоми ПТСР в УБД за допомогою Шкали PCL – 5. Аналіз отриманих відповідей респондентів уможливив відобразити результати діагностики на рис. 2.1.

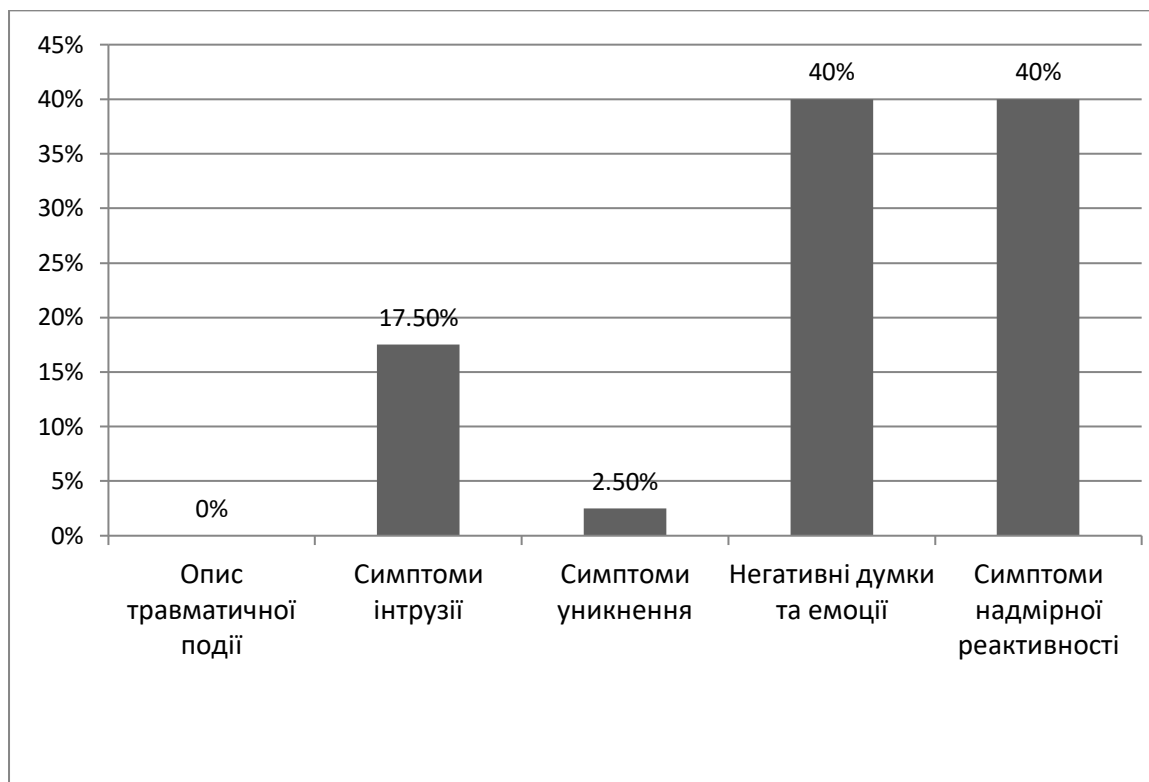


Рис. 2.1. Специфіка психотравматичних станів УБД

Аналіз отриманих результатів дослідження показав, що 40% УБД страждають від перенасичення негативними думками й емоціями, з якими вони важко справляються у житті, часто нездатні ними керувати. УБД притаманний помітно знижена зацікавленість до важливих проблем, а також відчуженість від близьких людей, відчують труднощі у переживанні позитивних емоцій, нездатні їх пережити.

В 40% УБД виявлено певні симптоми стану гіпер-реактивності. Для таких респондентів можуть бути характерні прояви різких реакцій, обережне та недовірливе ставлення до всього, надмірна чутливість й вразливість, можуть також проявляти надмірні спалахи гніву, надвиражена пильність, зниженість концентрації уваги.

Симптоми інтрузій є характерними для 17,5% УБД. Досліджувані можуть проживати флеш-беки, неприємні сни, жахи та спогади, пов'язані з травматичними ситуаціями та подіями.

У 2,5% УБД констатовано вираженість симптомів уникнення, вони переважно намагаються уникнути спілкування з людьми, витіснити травматичні

події з пам'яті, спогади, почуття й думки, що мають зв'язок із травматичною ситуацією.

На підставі аналізу означених нами критеріїв встановлено наявність певних симптомів ПТСР в УБД, див. рис. 2.2.

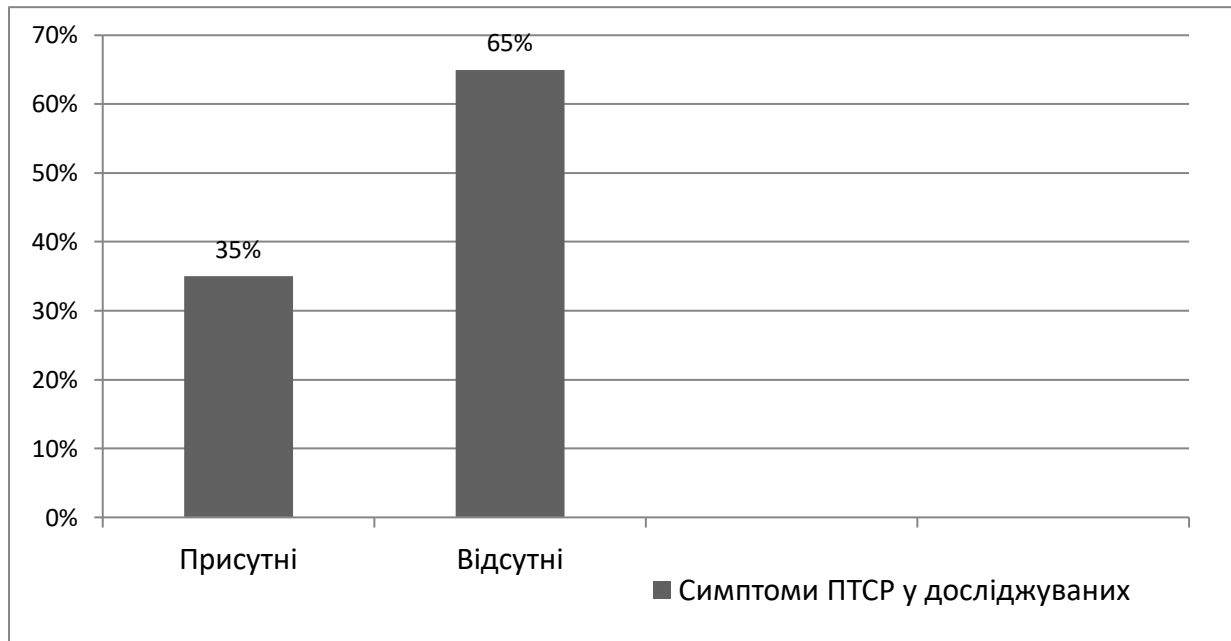


Рис. 2.2. Специфіка симптомів ПТСР в УБД.

Таким чином, проаналізувавши результати дослідження за шкалою PCL – 5, можемо стверджувати ймовірність, у 35% УБД симптомів ПТСР, а у більшості нами опитуваних (65%) такі симптоми є відсутні. Дані, отримані в результаті проведеного нами скринінгу, дозволяють стверджувати, що ймовірно третина УБД зазнали психотравмувальних подій, причому більшою є ймовірність, що такими психотравмувальними подіями стали екстремальні умови під час участі у збройному конфлікті, війні.

Наступний етап нашого емпіричного дослідження було спрямовано на виявлення рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) УБД. Отримані нами в результаті психодіагностики показники за шкалою Спілбергера-Ханіна графічно представлено на рис. 2.3. а також на рис. 2.4.

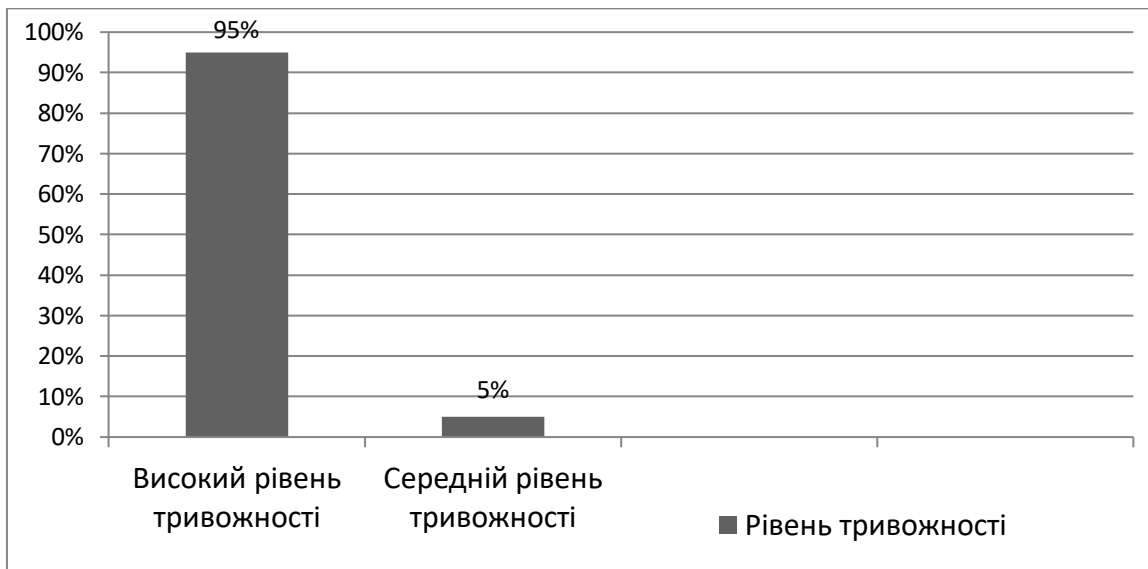


Рис. 2.3. Рівень ситуативної тривожності в УБД

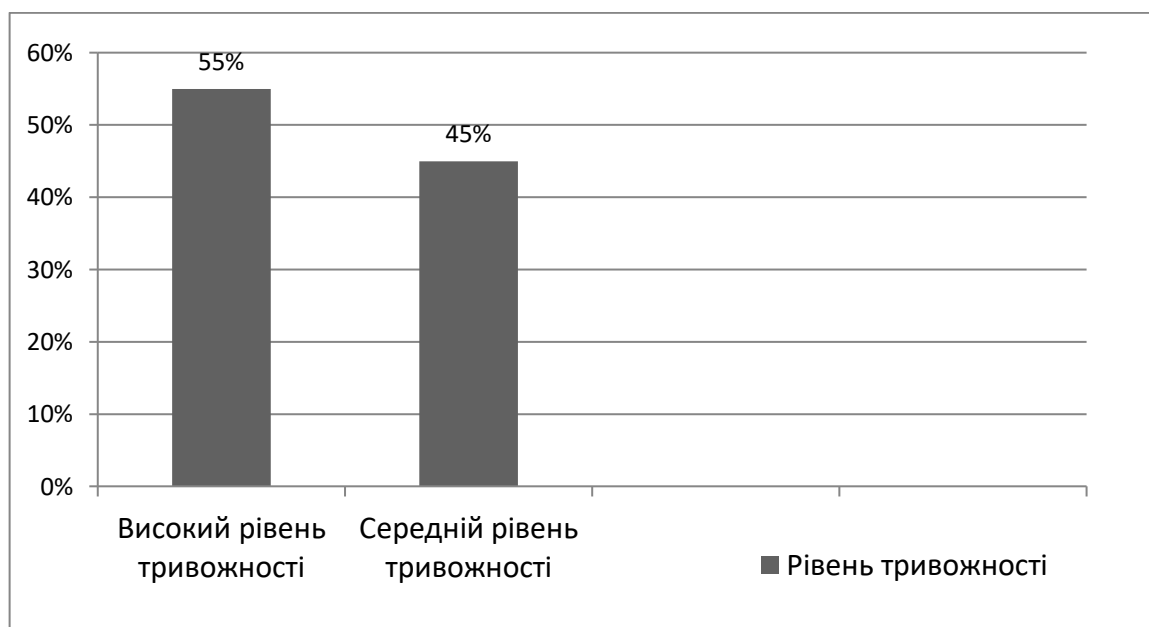


Рис. 2.3. Рівень особистісної тривожності в УБД

Проаналізувавши отримані нами показники в результаті опитування, виявлено домінування високого рівня РТ у 95% УБД та середнього рівня в 5% УБД.

Майже для всіх УБД, які прийняли участь у дослідженні, притаманний високий рівень РТ, що ймовірно може проявлятися в різноманітних ситуаціях.

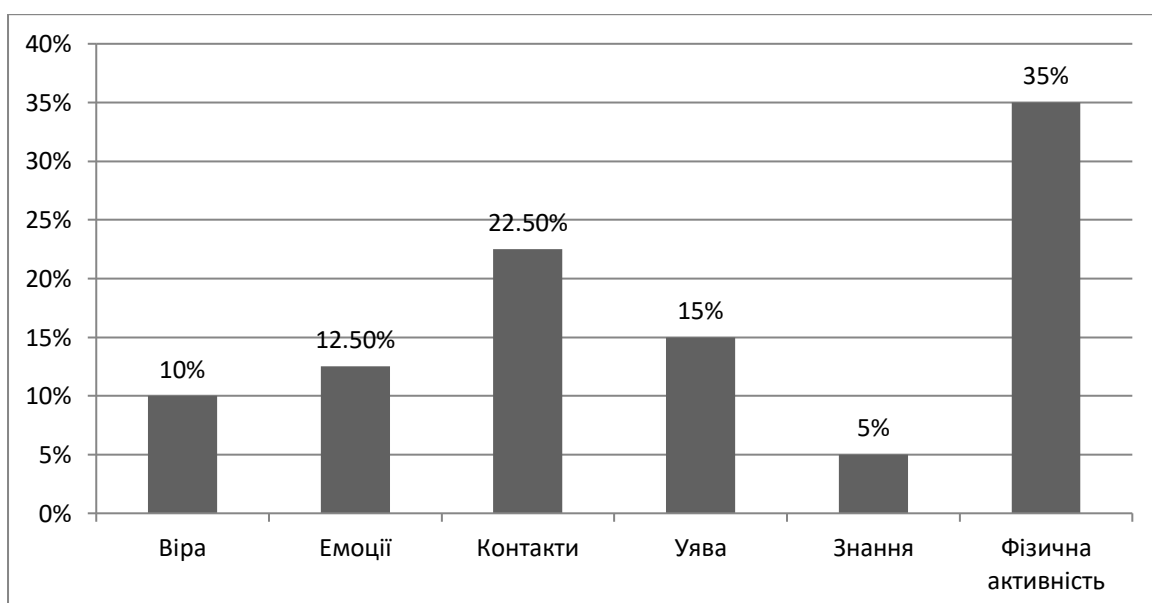
Нами зафіксовано високий рівень ОТ у 55% та середній – у 45% УБД. Більше ніж половина досліджуваних має високий рівень ОТ, здатні до триалих тривожних станів та страждань.

Як правило, ОТ спрацьовує, коли особистість певні подразники сприймає як загрозу, пов'язану із конкретними ситуаціями. Респонденти, яким характерний середній рівень (45%) менше є схильними до ОТ, тривожних думок та переживань.

Далі проаналізуємо результати діагностичного вивчення особливостей особистісних стратегій подолання кризових посттравматичних станів УБД.

Нам важливо було з'ясувати наявні в УБД ресурсів, що допомагають їм зберегти адаптаційні можливості свого організму після пережиття ними екстремальних стресових ситуацій. Особистісний потенціал виходу із криз є у кожного із нас, він охоплює увесь спектр шляхів та стилів того, як людина може впоратися зі стресом чи кризою.

Результати дослідження за методикою BASIC PH ми представили на рис. 2.5. Проаналізувавши результати, можна констатувати, що найбільш вираженою особистісною стратегією подолання кризових станів серед досліджуваних нами УБД є фізична активність, яку фіксовано у 35% респондентів. Це може засвідчувати що фізична активність, спортивні навантаження як особистісний ресурс найчастіше використовується УБД під час проживання посттравматичних станів, кризових ситуацій. Крім того, ця особистісна стратегія пов'язана також із здатністю відчувати себе завдяки посиленню чуттів.



*Рис. 2.5. Специфіка особистісних стратегій подолання кризових
посттравматичних станів УБД*

У 22,5% УБД констатовано, що домінуючим особистісним ресурсом подолання криз у них є соціальні контакти, вони активно залучають членів сім'ї та друзів для підтримки та спілкування. Дуже важливо, щоб УБД з переважанням означеного особистісного ресурсу були соціально включеними, були серед людей, залучені до суспільної роботи, відчували себе корисними.

Досліджувані УБД (15%) також як особистісний ресурс використовують уяву під час подолання криз та посттравматичних станів, залучають фантазію та творчість, креативність (мріють про майбутнє та бажані зміни в житті) а також спогади про яскраві щасливі моменти. Саме креативні ідеї, уява й фантазія можуть допомагати УБД відволікатися від нав'язливих думок, тривожних станів, суворой реальності та віднайти творче вирішення певних проблем.

У 12,5% нами опитаних УБД зафіксовано, що вони переважно використовують такий особистісний ресурс як емоції у процесі подолання посттравматичних станів, криз (плач, гумор тощо). УБД можуть проявляти різноманітні почуття, ідентифікувати їх та вербалізувати по-різному: усно, записуючи у щоденнику. Вони також можуть відображати свої почуття на малюнку, в різьбі по дереву, скульптурі (ліпка). А також можуть співати, грати на музичних інструментах, використовуючи різноманітні арт-способи.

Тільки у 10% УБД переважаючою особистісною стратегією подолання криз є віра (більшою мірою, це віра в Бога). Проте це й може бути наявність сенсу життя, власна система моральних цінностей, самореалізація. Дуже важливо, щоб УБД мали віру, яка є джерелом, з якого особистість може почерпнути сили в кризових ситуаціях.

7. Найменше опитувані нами УБД використовують такий особистісний ресурс як знання, тільки у 5% опитуваних зафіксовано цю стратегією подолання криз. Когнітивна особистісна стратегія передбачає актуалізацію пізнавальної активності, думок та ідей, планування, прогностичну

оцінку ситуації, здатність логічно й критично мислити, збір інформації, навчання. Згадані УБД планують наперед ситуації, обдумують плани, читають літературу.

На основі проведеного нами кореляційного аналізу (шкала PCL – 5, шкала особистісно-реактивної тривожності Спілбергера – Ханіна, модель BASICPh) нами зафіксовано значущі кореляційні зв'язки та зроблено наступні відповідні висновки:

- зафіксовано пряму кореляцію між симптомами інтрузії та РТ ($r = 0,33$ при $p < 0,05$); особистісними стратегіями подолання криз, такими як: контакти ($r = 0,49$ при $p < 0,01$), уява ($r = 0,48$ при $p < 0,01$), знання ($r = 0,43$ при $p < 0,01$), віра ($r = 0,41$ при $p < 0,01$), емоції ($r = 0,36$ при $p < 0,05$), фізична активність ($r = 0,45$ при $p < 0,01$), що відображено на рис. 2.6.

Взаємозв'язок між симптоматикою інтрузій та РТ може засвідчувати про те, що із збільшенням кількості тривожних снів, «важких» спогадів і флешбеків РТ в УБД може посилюватися.

Зафіксовано лінійний зв'язок між симптоматикою інтрузій та вірою, як стратегією подолання криз, може означати, що при збільшенні симптомів інтрузій, ймовірно зростання віри людини в Бога, в якесь чудо, в людей. Прямий кореляційний зв'язок, встановлений нами між симптоматикою інтрузій та особистісними стратегіями подолання криз, показує, що зі збільшенням чисельності симптомів інтрузій зростають в УБД емоційність, потреба у соціальних контактах з близькими людьми, спілкуванні, підвищується уява (фантазування, мрії), використання критичного мислення, ідей, розумових здібностей, а також підвищується потреба у фізичній активності, спортивних навантаженнях.

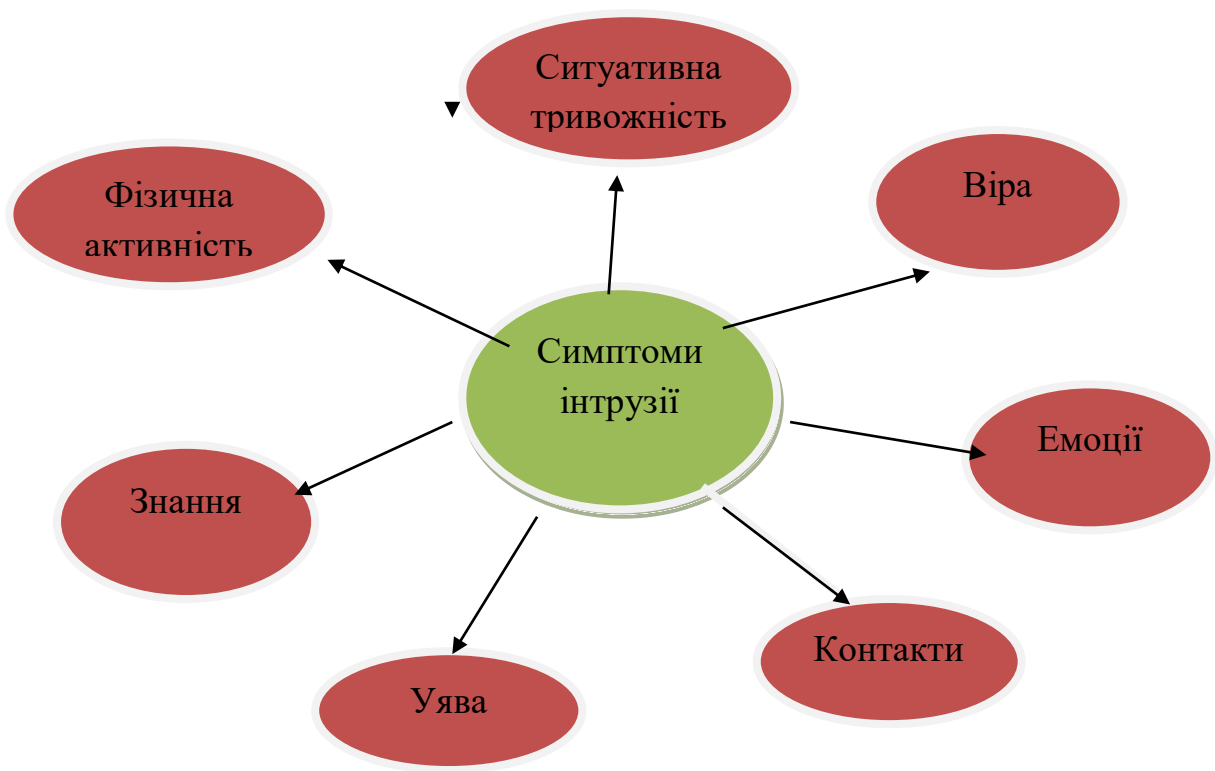


Рис. 2.6. Кореляційна плеяда за шкалою «Симптоми інтрузії»

В результаті кореляційного аналізу нами також зафіксовано достовірні прямі зв'язки між симптоматикою уникання та ОТ ($r = 0,33$ при $p < 0,05$). Тобто із збільшенням проявів ОТ, УБД намагаються більшою мірою уникати «болючих» спогадів та думок, людей та ситуацій.

Встановлено прямі значущі зв'язки між симптоматикою уникання та особистісними стратегіями подолання криз, такими як: контакти ($r=0,59$ при $p<0,01$), віра ($r=0,44$ при $p<0,01$), емоції ($r=0,37$ при $p<0,05$), фізична активність ($r = 0,49$ при $p<0,01$), уява ($r = 0,43$ при $p<0,01$), знання ($r = 0,42$ при $p<0,01$), (див. рис. 2.7).

Прямий зв'язок, що встановлено між симптомами уникання та особистісною стратегією подолання кризових станів -- віра ймовірно означає, що чим більше УБД уникають людей та спогадів, тим збільшується ступінь віри у Бога чи диво. Чим інтенсивнішими в УБД будуть проявлятися емоції, тим більшою мірою ймовірно посилюватимуться симптоми уникання людей, думок,

ситуацій, а зі збільшенням соціальних контактів й спілкування – посилюватимуться ймовірно симптоми уникання людей.

Зі збільшенням інтенсивності уникання людей зростатиме сила використання таких особистісних ресурсів подолання криз як уява, мрії та фантазії УБД. Посилення уникання людей, місць й ситуацій, УБД можуть поглибити власні знання, розумові компетентності та навіть активізувати власну фізичну активність.

Найбільш тісний зв'язок нами виявлено між симптоматикою уникання та особистісною стратегією подолання криз – соціальними контактками.

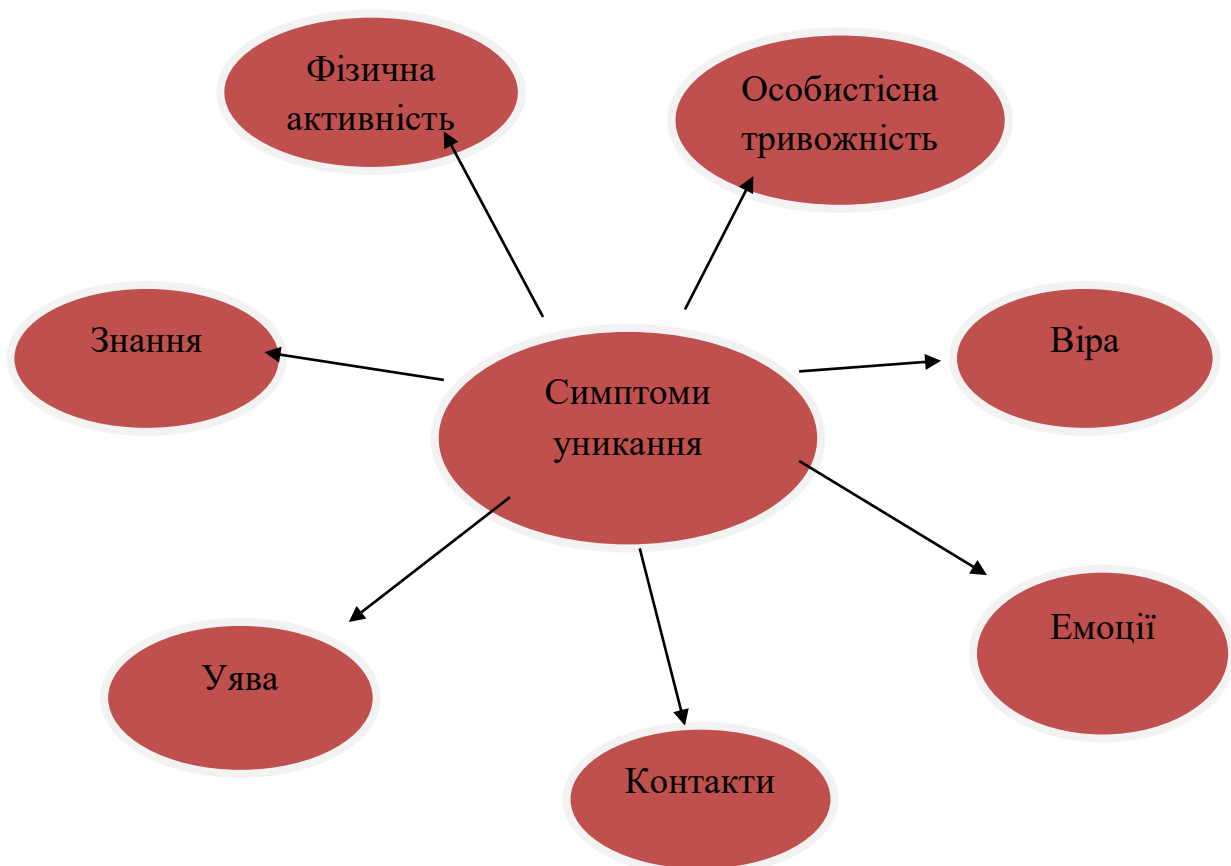


Рис. 2.7. Кореляційна плеяда шкали «Симптоми уникнення»

Також ми встановили прямі кореляційні зв'язки між проявами негативних думок й емоцій та ОТ ($r = 0,35$ при $p < 0,05$), такими особистісними стратегіями як: віра ($r = 0,34$ при $p < 0,05$), контакти ($r = 0,49$ при $p < 0,01$), уява ($r = 0,49$ при $p < 0,01$), знання ($r = 0,39$ при $p < 0,05$), фізична активність ($r = 0,39$ при $p < 0,05$), що відображено на рис. 2.8.

Тобто, чим більше виникатимуть негативні думки й емоції в УБД, тим більше буде вираженою ОТ.

Встановлений також прямий зв'язок між негативними думками й емоціями та особистісними стратегіями - віра, соціальні контакти, ймовірно свідчить про те, що зі збільшенням негативних думок й емоцій в УБД зростатиме віра у Бога, диво, а також потреба в соціальних контактах та спілкуванні з близькими.

Виявлений нами прямий зв'язок між негативними думками й емоціями та особистісною стратегією – уява, може ймовірно вказувати на те, що чим вищим є рівень розвитку уяви чи фантазій в УБД, тим більшою мірою вони схильні до негативних емоцій, думок та переживань.

Виявлені взаємозв'язки між негативними думками й емоціями та особистісною стратегією фізична активність, ймовірно засвідчує про те, що інтенсивність афективних проявів підвищує бажання УБД до фізичної активності та спорту, замученості до фізичної роботи. Коли ж виникають негативні думки й емоції, УБД більшою мірою прагнуть до спілкування та контактів з близькими.

Отримані показники в результаті кореляційного аналізу засвідчують про те, що прояви симптомів надмірної реактивності пов'язані із застосуванням таких особистісних стратегій подолання криз як віра ($r = 0,37$ до $p < 0,05$), соціальні контакти ($r = 0,43$ до $p < 0,01$), уява ($r = 0,41$ при $p < 0,01$), знання ($r = 0,34$ при $p < 0,05$), фізична активність ($r = 0,44$ при $p < 0,01$), що представлено на рис. 2.9. Тобто при надмірному підвищенні соціальних контактів й спілкування може посилюватися надмірна реактивність та дратівливість, а також можуть спостерігатися частіше розлади сну. Чим більшою мірою проявляється уява й фантазія, тим більше зростають реактивність та дратівливість.

Із збільшенням об'єму системи знань в УБД, підвищується дратівливість й надмірна реактивність, а чим більшою мірою проявляється дратівливість в УБД, різні порушення сну, надмірна реактивність, тим більшою мірою проявляється фізична активність.

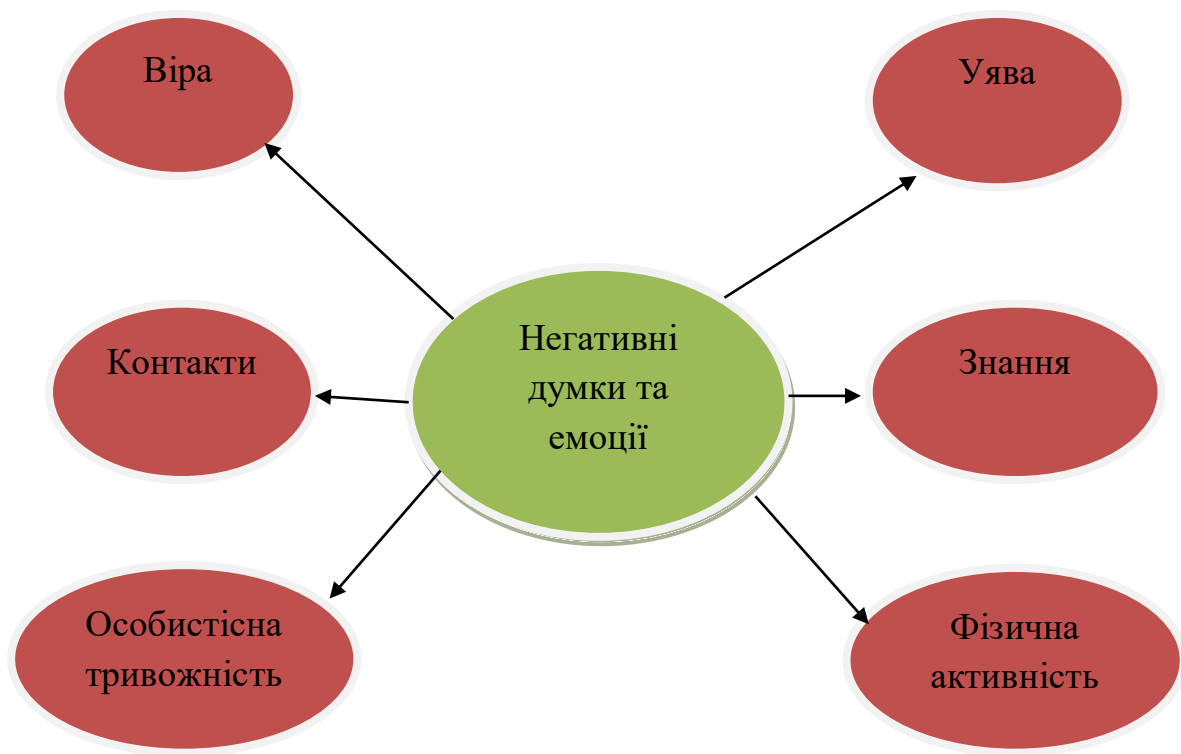


Рис. 2.8. Кореляційні зв'язки шкали «Негативні думки та емоції»

Загалом, найбільше УБД при наявності симптомів гіпер-реактивності, прагнуть до фізичної активності, прогулянок та спорту.

Отже, спортивні навантаження, прогулянки, загалом фізична активність, дозволяють знизити симптоматику гіпер-реактивності в УБД, що є надзвичайно важливою умовою при адаптації до умов цивільного життя.

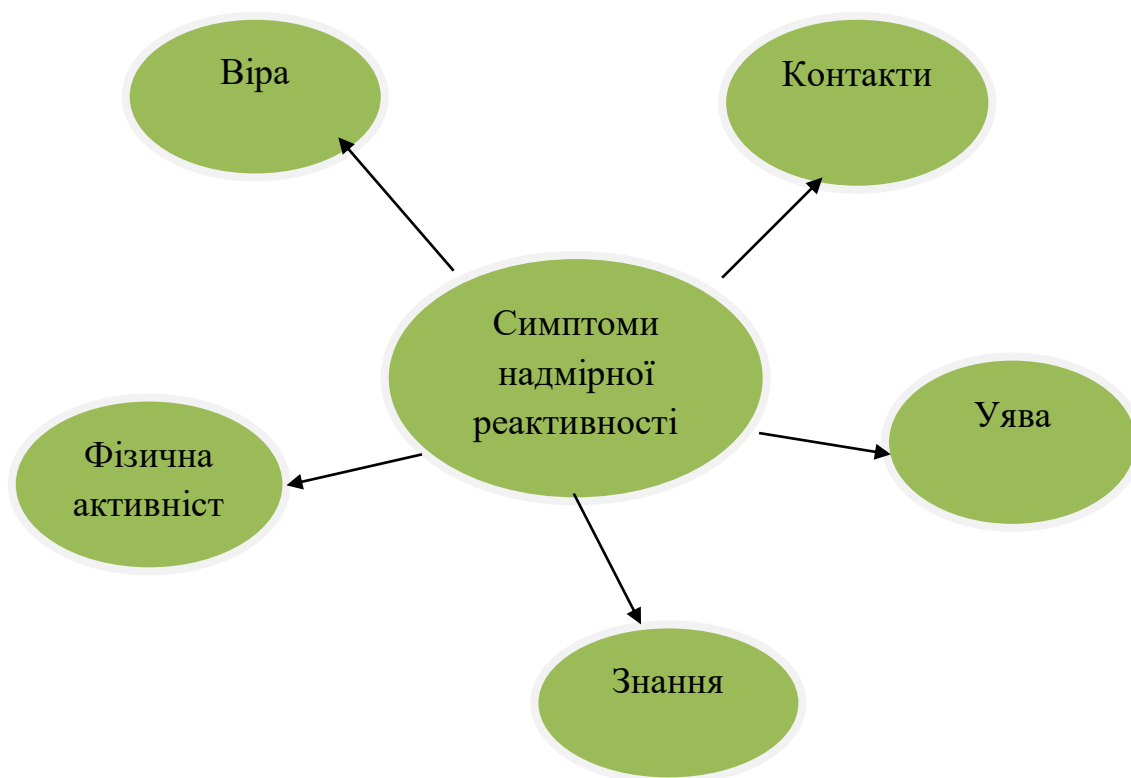


Рис. 2.9. Кореляційна плеяда шкали «Симптоми надмірної реактивності»

За результатами кореляційного аналізу нами було встановлено, прямі зв'язки між проявами ПТСР та ОТ ($r = 0,33$ при $p < 0,05$) та використанням особистісних стратегій подолання криз та посттравматичних станів таких як: віра ($r = 0,39$ при $p < 0,05$), соціальних контактів ($r = 0,52$ при $p < 0,01$), уяви ($r = 0,46$ при $p < 0,01$), знань ($r = 0,45$ при $p < 0,01$), фізичної активності ($r = 0,43$ при $p < 0,01$), що представлено на рис. 2.10.

Тобто, ймовірно, що прояви ПТСР підвищують ОТ і, навпаки, зі збільшенням кількості проявів ПТСР, можливе підвищення віри в Бога, бажання соціальних контактів з близькими, спілкування із оточенням. Прямий взаємозв'язок виявлено між проявами ПТСР й використанням особистісної стратегії уяви може засвідчувати про те, що зі ступенем збільшення уяви та фантазії, в УБД може більшою мірою спостерігатися прояви ПТСР.

Існування прямолінійного зв'язку між проявами ПТСР та особистісною стратегією подолання криз - знання може ймовірно свідчити, що зі збільшенням

проявів ПТСР, в УБД збільшується потреба у знаннях, а також зростання потреби фізичної активності.

Відтак можемо стверджувати, що соціальні контакти відіграють досить значну роль у подоланні симптоматики ПТСР.

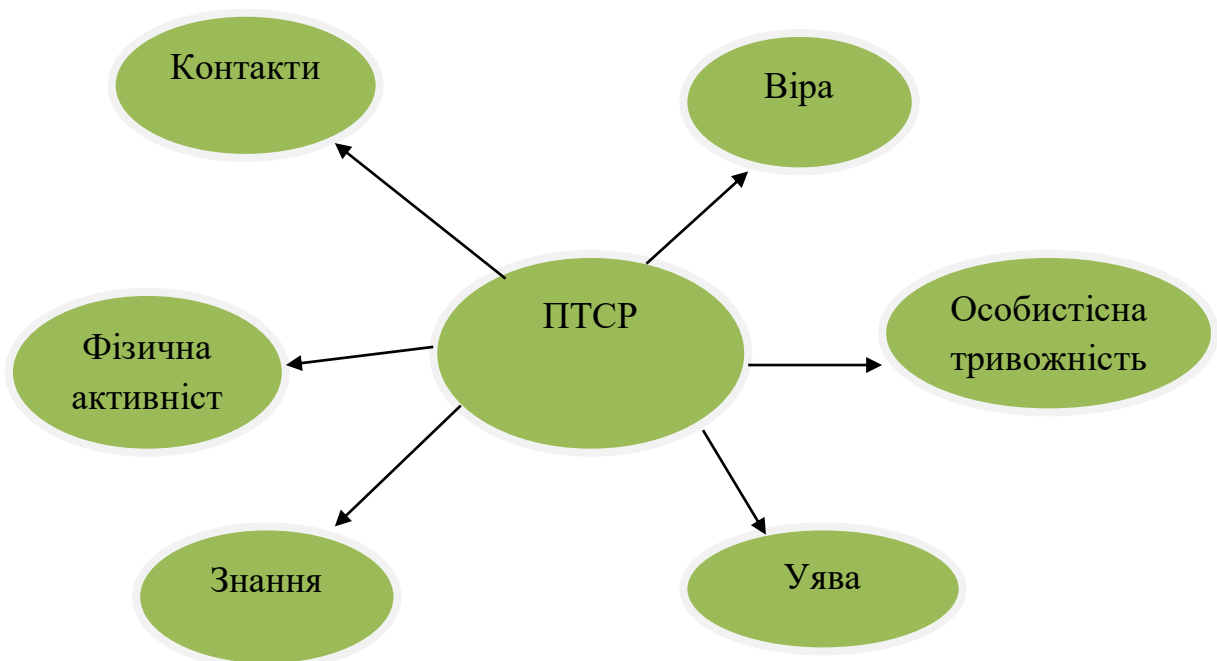


Рис. 2.10. Кореляційна плеяда шкали «ПТСР»

Результати проведеного нами кореляційного аналізу також дозволили зафіксувати прямі зв'язки між проявами РТ та особистісною стратегією подолання криз - вірою ($r = 0,32$ при $p < 0,05$) (див. Рис. 2.11). Тобто, що чим більшою мірою виражений стан РТ, тим ймовірнішим є підвищення віри в Бога, в людей.

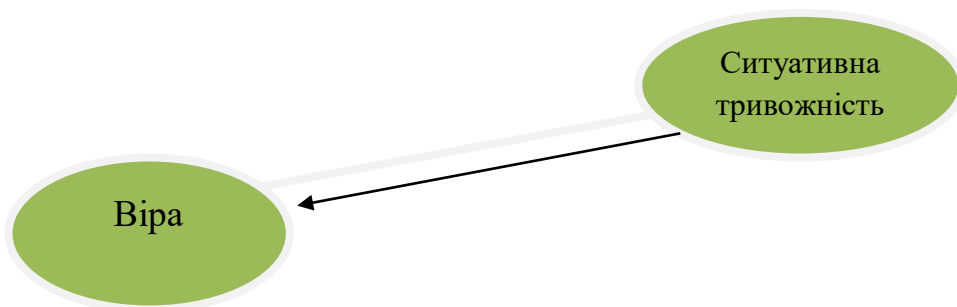


Рис.2.11. Кореляційна плеяда шкали «Реактивна тривожність»

Також, зафіксовано нами прямі кореляційні зв'язки між проявами стану ОТ та використанням особистісних стратегії подолання криз: віри ($r = 0,47$ при $p < 0,01$), емоцій ($r = 0,46$ при $p < 0,01$), соціальних контактів ($r = 0,62$ при $p < 0,01$).

0,01), уяви ($r = 0,62$ при $p < 0,01$), знань ($r = 0,61$ при $p < 0,01$), фізичної активності ($r = 0,48$ при $p < 0,01$), що презентовано на рис. 2.12.

Найбільше в УБД підвищує стан ОТ уява та фантазування.

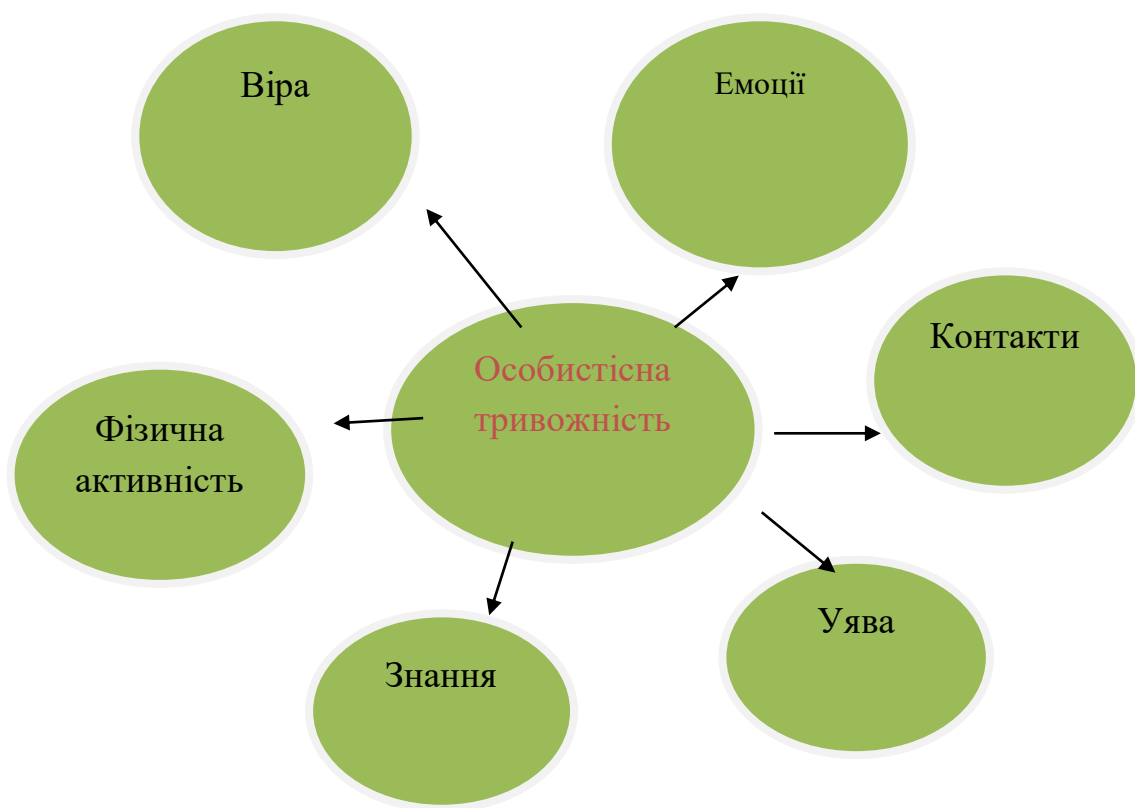


Рис. 2.12. Кореляційна плеяда шкали «Особистісна тривожність»

Отже, зростання проявів ОТ ймовірно посилює інтенсивність таких особистісних стратегій подолання криз як: віра, емоції, проявів соціальних контактів та спілкування. Розширення проявів фантазії та уяви збільшує рівень ОТ в УБД, а збільшення знань ймовірно посилює її. Підвищення рівня ОТ призводить до зростання бажань в УБД займатися фізичною активністю, спортом, гуляти.

Отже підтвердилася висунута нами гіпотеза про наявність зв'язку посттравматичних станів УБД з ОТ та особливостями особистісних стратегій подолання криз стратегій (соціальні контакти, віра, уява, знання).

Оскільки, наводити порівняльний аналіз, на нашу думку, в роботі некоректно, нами проведено описову статистику, в результаті якої ми встановили наступні середні значення за шкалою PCL - 5. В УБД найбільш

інтенсивно проявляється симптоматика гіпер-реактивності ($M = 6,47$) та негативних думок та емоцій ($M = 6,12$). Тобто в УБД спостерігаються дратівливість та порушення сну, проблеми з концентрацією уваги, негативні думки й емоції. Симптом уникання зустрічається в УБД в найменшій мірі ($M = 2,22$). Загальний бал ПТСР в УБД зафіксовано середнього рівня ($M=19,55$).

Нами також визначено середні результати щодо РТ та ОТ: УБД більшою мірою притаманна РТ ($M = 51,15$), а ОТ проявляється меншою мірою ($M = 47,20$). Це ймовірно пов'язано із війною в нашій країні, УБД більш ситуативно-стурбовані ситуацією на фронті, перебігом військових дій.

Результати описової статистики за шкалою BASIC Ph дозволили нам зафіксувати наступні середні значення: особистісна стратегія подолання криз в УБД – фізична активність ($M = 16,64$), уява ($M = 16,03$), які знаходять свої прояви у спортивних навантаженнях, ходьбі, мріяннях. Такі стратегії більш притаманні УБД. Емоції як особистісний ресурс проявляються найменшою мірою, ймовірно УБД бояться прояву власних емоцій, вони майже їх не використовують в кризових ситуаціях. Відтак, гіпотеза про те, що в УБД, ймовірно, найбільш вираженою особистісною стратегією подолання криз є фізична активність, підтвердилась.

Висновки до другого розділу

Результати проведеного емпіричного дослідження дозволили нам отримати наступні результати:

Симптоматику ПТСР, була нами виявлено у 35% УБД, серед яких найбільш виражено проявляються негативні думки й емоції та симптоми гіпер-реактивності.

Для УБД характерними є стани тривожності, зокрема, у 95% респондентів ми виявили високий рівень РТ та у 55% -- високий рівень ОТ. Також нами було зафіксовано, що УБД більше схильні до таких особистісних стратегій подолання кризових ситуацій як фізична активність, а саме 35% УБД, а найменшою мірою -- знання (5%).

Констатовано також наявність прямих кореляційних зв'язків між симптоматикою ПТСР, ОТ та особистісними стратегіями подолання криз, такими як вірою, соціальними контактами, фізичною активністю, уявою, знаннями. Виявлено, що більшою мірою в УБД проявляється РТ.

Нами також отримано середні результати щодо ОТ та РТ: УБД більшою мірою притаманна РТ. Це ймовірно пов'язано із війною в нашій країні, УБД більш ситуативно-стурбовані ситуацією на фронті, перебігом військових дій.

Таким чином, висунуті гіпотези нашого дослідження доведено на основі статистичної обробки результатів емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Основні стратегії соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій

Подолання УБД психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить від трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних особливостей УБД та умов, в яких вони перебувають після повернення з війни. Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної обробки психотравматичного досвіду призводить до підвищення психічної напруги або поступового засвоєння психотравматичного досвіду. В результаті можлива психічна «рестабілізація» або виникнення ПТСР.

Важливим фактором відновлення УБД після психотравмуючих подій є умови, в яких він опинився. Саме завдяки їм можлива позитивна зміна індивідуальних особливостей УБД. У цьому полягає особливість заходів соціально-психологічної адаптації (далі СПР) та реабілітації в мирних умовах.

Комплекс реабілітаційних заходів повинен включати: інформування УБД та їхніх сімей про особливості системи їхнього оздоровлення та профілактики; а також індивідуальну роботу, що включає організацію домашніх візитів до УБД, особливо в період гострої кризи; психологічну допомогу; психотерапію; участь у громадській діяльності та суспільно корисній діяльності; ознайомлення з пільгами, які надає держава; співпрацювати з представниками влади, участь у семінарах та круглих столів за участю ЗМІ тощо.

Тривалий час більшість переважаючою позицією щодо УБД, які страждали ПТСР, була на те, що потрібно відволікти їхню увагу від психотравмуючих подій, що спричинили ПТСР, та у такий спосіб допомогти їм пристосуватися до «нормальних умов життя». Тобто УБД, який отримав психічну травму, повинен модифікувати власну поведінку таким чином, щоб не виділятися із основної маси населення. Однак такий спосіб адаптації навряд чи допоможе

УБД повернути душевний спокій та радість життя. Такий підхід може ввести УБД в оману, що для одужання необхідно модифікувати власну поведінку так, щоб стати “як усі” (перестати мислити, діяти і відчувати оригінально).

Більшість УБД, намагаючись реадaptуватися, тобто привчитись до “нормальної” поведінки, основні труднощі відчують тому, що їм, як спосіб лікування, пропонують “стерти” власне минуле, тому із пам’яті можуть бути втрачені не лише травмівні ситуації війни, а і уроки честі та героїзму. Така стратегія не веде до процесу інтегрованості особистості, позаяк вона пропонує лікувати уже наслідки ПТСР, але не причину, і тому мета такого “лікування” є швидше за все не психічне здоров’я УБД, а лише психопрофілактика девіантних проявів поведінки. Тому такий підхід нездатний призвести до справжнього одужання УБД [25].

Сьогодні в науці та практиці є досить багато напрацювань з означеної проблематики, однак цього, на жаль, недостатньо для того, щоб процес реадaptації УБД був високоефективним [25].

Система соціально-психологічної реадaptації (далі – СПР) УБД повинна здійснюватися разом із заходами психологічної реабілітації і базуватися на двох основних підходах. Згідно із першим – реабілітація та реадaptація передбачає відновлення цільового психологічного ресурсу УБД. Реабілітаційна та реадaptаційна робота займає тут особливе місце.

Одним із надважливих завдань роботи на цьому рівні є передбачення врахування прогнозу психотравматизації УБД та потреби у психологічній корекції. На оперативному рівні найбільш важливою є реалізація першого етапу СПР УБД, що містить такі елементи як: “психологічний карантин” (залишення УБД певний час у колективі підрозділу); створення умов для реадaptувального соціального середовища в державі, пунктах дислокації, у сім’ях; здійснення психореабілітаційних заходів із УБД, які зазнали впливу психотравми; психологічний моніторинг станів УБД, які повернулися із зони активних військових дій.

Згідно другого підходу реабілітація та реадaptaція УБД розуміються як процес відновлення його соціального та психічного статусів, а також підвищення рівня його адаптивних можливостей у цивільний час [26].

Система реадaptaції повинна будуватися із урахуванням потреби як самого УБД, так і його найближчого оточення. Мета діяльності на етапі виходу із зони бойових дій це задоволення природних потреб УБД (визнання, престиж, розуміння), застосування заходів з корекції рівня психологічної напруги, психологічної підготовки УБД до цивільного етапу життя.

На цьому етапі, доцільними є такі заходи, як здійснення аналізу бойових дій УБД із оцінкою персонального внеску у вирішенні бойових завдань. Під час реадaptaції УБД необхідне залучення їх до немонотонної та нескладної діяльності (бойові навчання, робота із обслуговування техніки, культурно-просвітницькі й спортивно-масові заходи).

Варто також організувати психологічну спецпідготовку УБД до життєдіяльності у цивільних умовах. Можна використовувати бесіди, лекції, консультації та групові заняття, однак із дотриманням принципів конфіденційності, виявляти УБД, які зазнали впливу бойових психічних травм, позаяк, чим більше часу пройде із моменту їх отримання, тим більший ризик розвитку важких форм дезадaptaції.

Перший рівень СПР УБД базується на потенціалі військових частин; другий – це перебування у відомчих санаторіях, будинках відпочинку, турбазах, реабілітаційних центрах.

Третій рівень СПР УБД це система державних та недержавних реабілітаційних центрів. Психологічна допомога, спрямована на подолання ПТСР, здійснюються комплексно із медикаментозною терапією та роботою із відновлення соціального статусу УБД, це: так звана, нелікарняна терапія, групова та індивідуальна психотерапія; сімейне консультування; фармакотерапія, фізіотерапія.

Шлях до одужання УБД передбачає когнітивну переробку травми, трансформацію особистості, її особистісне зростання [5]. Для одужання УБД

необхідно налагодити відносини із самим собою та реальними подіями воєнного життя [6].

Метою соціально-психореадаптаційної роботи є здійснення інтеграції УБД у суспільство, повернення його до соціальної норми, стабілізація соціального статусу, спрямованість особистісних ресурсів на активну соціальну реальність, спроможність реалізувати власні особисті, політичні, майнові права, соціальні інтереси, отримання необхідних соцпослуг, психологічної підтримки.

СПР до «нового» життя містить наступні рівні: соціально-психологічну компенсацію посттравматичних станів демобілізованих УБД чи тих, хто повернувся із війни до місця постійної дислокації в частину та продовжує службу; корекцію ціннісно-нормативних засад їх поведінки; формування адаптивних поведінкових стратегій. Ефективною формою роботи із УБД можуть бути адаптаційні спецкурси, які інтегровані до навчальної програми професійної перепідготовки.

Основними принципами терапії та корекції ПТСР є якнайшвидший початок лікування після психотравми із метою запобігання розвитку ПТСР в хронічні форми; комплексне лікування із елементами фармакотерапії та психотерапії, індивідуальна психотерапія. Основним завданням є допомогти УБД усвідомити проблему, вирішити внутрішні конфлікти та життєві кризи.

УБД, у яких виявлені ознаки ПТСР, потребують невідкладної медико-психологічної допомоги із застосуванням спеціальних заходів психотерапії та психокорекції.

Основною допомогою для них може бути прояв участі, турботи та інтересу до своїх внутрішніх переживань. В індивідуальних бесідах з ними необхідно створити можливість розповісти їм все, що їм болять, уважно їх вислухати, зацікавитися їхніми розповідями. А також пояснити їм, що з ними відбувається, запевнити, що ці переживання тимчасові. Надзвичайно важливо не дати кожному із них почуватися самотнім.

Важливо навчити УБД методам релаксації, оскільки почуття тривоги і напруги часто супроводжують їх тривалий час після психотравми.

Основне завдання групової психотерапії, яка є одним із ефективних методів психологічної допомоги – допомогти УБД подолати почуття провини, стан безпорадності, емоційну відчуженість, дратівливість, гнів, повернути втрачене відчуття контролю над навколишнім середовищем. У цьому сенсі важливі групи підтримки, в яких УБД можна допомогти глибше зрозуміти значення травмуючої події та її наслідки.

СПР по суті має включати комплекс заходів, які мають забезпечити підтримку УБД як у сфері соціально-правових відносин, так і у сфері психології та морально-етичних відносин. Цим СПР відрізняється від реабілітації.

Групові форми є не менш ефективні, ніж індивідуальні. Найпоширенішими можна вважати групові курси релаксації для УБД, де використовуються вправи аутотренінгу та саморегуляції. Групові корекційні заняття містять елементи тренінгу соціальних навичок та психотерапевтичного впливу на основі використання змін групової динаміки.

Обов'язковою та необхідною ланкою в системі загально-оздоровчих заходів при наданні допомоги УБД є психіатрична, медико-психологічна допомога. Його важливими завданнями є купірування гострих психічних реакцій, організація поетапного лікування та надання медико-психологічної підтримки УБД.

Поліпшити стан УБД можна лише за допомогою системних СПР і реабілітаційних заходів, спрямованих не тільки на корекцію гострих проявів на початковому етапі адаптації, але й на попередження можливих наслідків активації. Крім того, посттравматичні стани мають тенденцію бути хвилеподібними, і майже неможливо розрахувати прояв криз порушення ПТСР.

Тому для одужання та успіху СПР УБД необхідна система планових психологічних заходів, які мають бути скоординованими та поступовими. Завдання, форми, стратегії та методи СПР змінюються залежно від етапу реалізації.

3.2. Сучасні методи психологічної допомоги учасникам бойових дій

Гострі постратравматичні стани УБД потребують специфічної психологічної роботи з ними. Для отримання позитивних результатів важливо правильно організувати кваліфіковане втручання.

Одним із сучасних та ефективних методів роботи із гострими психотравмуючими станами УБД є метод EMDR (Ф. Шапіро), який є ефективним психотерапевтичним методом. Успішність цього методу підтверджена та рекомендована практикою. Специфіка цього методу полягає в десенсибілізації та переробці рухів очей. Терапія EMDR допомагає обробити травму, негативні думки, емоції та інший життєвий досвід.

Завдання цієї методики - стимулювати церебральні механізми для обробки психотравмуючої ситуації. Терапія включає рух очей [26]. Надійним показником успішності відновлення після травми є оцінка стресових порушень у разі травми.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) також є одним із методів, які успішно використовуються при роботі з посттравматичними станами в УБД [13]. З точки зору КПТ, поведінка людини значно впливає на думки та емоції, і, отже, зміна дій, здатна змінити думки та емоції. Психологічна проблема є частиною континууму, вона не існує в іншому вимірі. КПТ зосереджує на те, що відбувається «тепер», на процесах, які підтримують проблему зараз, а не на тих, які призвели до її появи в минулому [4].

Наступним ефективним методом, який використовується в процесі реабілітації УБД із посттравматичними станами, є арт-терапія, яка дозволяє глибше пізнати себе та пізнати свій внутрішній світ через творчість. Відбувається поєднання вербального і невербального вираження, що сприяє опрацюванню та переосмисленню травматичного досвіду [16]. Арт-терапія також використовується для сприяння оздоровленню організму. Завдяки арт-

терапії УБД може подолати наслідки бойового стресу та покращити роботу мозку та спілкування [16].

Іншим ефективним методом лікування УБД при гострих психотравмуючих станах є позитивна психотерапія (Н. Пезешкіан), яка розглядає психологічну допомогу, соціальну взаємодію, навчання. Позитивна психотерапія підкреслює цілісне бачення людського життя та оптимістичне сприйняття його природи. У цій терапії людина постає як цілісне тіло і розум. Також це сприяє розумінню УБД самого себе, подій, стосунків та стратегій нормалізації конфліктних ситуацій [23].

Успішним методом корекції психотравматичних станів УБД є гештальт терапія (Ф. Перлз), яка передбачає занурення у внутрішні та зовнішні процеси реальності й спонукає людину переживати власні фантазії, усвідомлювати емоції, контролювати інтонацію голосу, рухи очей та рук, й у результаті досягати цілісного усвідомлення власного «Я» [18].

Успішним методом при роботі із гострими психотравматичними станами УБД є й символ-драма (Х. Лейнер). В її основі лежить вільна фантазія у вигляді образів на тему, яка задана психотерапевтом. Символ-драма є одним з найбільш повних, системно розроблених та технічно організованих методів, що має фундаментальну теоретичну основу.

Символ-драма допомагає людині відреагувати на її негативні почуття, відчути нові якості та зважитися на важливий крок у реальному житті, прийняти себе, підвищити самооцінку, вирішити серйозні проблеми й конфлікти, а головне -- побудувати нові плани на майбутнє [18].

Таким чином, психологічна допомога УБД із психотравматичними станами, включає досить широкий спектр ефективних методів. Ми розглянули лише ті, які, на нашу думку, є найбільш ефективними. Для кожного із УБД окремо необхідно підбирати індивідуальні методи, а також важливо враховувати їхні побажання.

Висновки до третього розділу

Психологічна допомога, спрямована на подолання психотравматичних станів та ПТСР, здійснюються комплексно із медикаментозною терапією та роботою із відновлення соціального статусу УБД, це: так звана, нелікарняна терапія, групова та індивідуальна психотерапія; сімейне консультування; фармакотерапія, фізіотерапія.

Метою соціально-психореадаптаційної роботи є здійснення інтеграції УБД у суспільство, повернення його до соціальної норми, стабілізація соціального статусу, спрямованість особистісних ресурсів на активну соціальну реальність, спроможність реалізувати власні особисті, політичні, майнові права, соціальні інтереси, отримання необхідних соцпослуг, психологічної підтримки.

СПР до «нового» життя містить наступні рівні: соціально-психологічну компенсацію посттравматичних станів демобілізованих УБД чи тих, хто повернувся із війни до місця постійної дислокації в частину та продовжує службу; корекцію ціннісно-нормативних засад їх поведінки; формування адаптивних поведінкових стратегій. Ефективною формою роботи із УБД можуть бути адаптаційні спецкурси, які інтегровані до навчальної програми професійної перепідготовки.

Основними принципами терапії та корекції ПТСР є якнайшвидший початок лікування після психотравми із метою запобігання розвитку ПТСР в хронічні форми; комплексне лікування із елементами фармакотерапії та психотерапії, індивідуальна психотерапія. Основним завданням є допомогти УБД усвідомити проблему, вирішити внутрішні конфлікти та життєві кризи.

УБД, у яких виявлені ознаки ПТСР, потребують невідкладної медико-психологічної допомоги із застосуванням спеціальних заходів психотерапії та психокорекції. Шлях до одужання УБД передбачає когнітивну переробку травми, трансформацію особистості, її особистісне зростання. Для одужання УБД необхідно налагодити відносини із самим собою та реальними подіями воєнного життя.

Психологічна допомога УБД із психотравматичними станами, включає досить широкий спектр ефективних методів (КПТ, EMDR, позитивна психотерапія, гештальт-терапія, символ-драма, арт-терапія). Ми розглянули лише ті, які, на нашу думку, є найбільш ефективними. Для кожного із УБД окремо необхідно підбирати індивідуальні методи, а також важливо враховувати їхні побажання.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз та емпіричне дослідження проблеми посттравматичних станів УБД дозволив зробити наступні висновки.

На сучасному етапі в Україні вивчення проблем психотравми, психотравматичних станів та ПТСР набуває все більшої актуальності, що пов'язано, перш за все, із активними військовими діями в нашій країні, постійною тенденцією до збільшення частоти та тяжкості наслідків війни. Певний відсоток УБД має явні ознаки пережитої психотравми, і більшість не можуть або не знають, як впоратися із умовами та почуттями, які вони відчувають.

Психічна травма – це результат перебування людини в певній ситуації, що визначається як психотравмувальна. Саме психотравмувальні події суттєво порушують базове почуття онтологічної безпеки та призводять до ризику руйнування адаптаційної системи особистості, що, у свою чергу, спричиняє невротизацію, зростання конфліктності в соціальних стосунках та порушення регуляції поведінки. ПТ має серйозні негативні наслідки для здоров'я та життя людини. Травма викликає нестерпний емоційний біль і тривогу. Однак людська психіка гармонійна і її механізми дозволяють людині зберігати цілісність та виживати в будь-яких умовах.

Медичний підхід до визначення змісту та сутності поняття «психічна травма» ПТ оперує подіями, що характеризуються їх тривалістю та інтенсивністю, особливостями центральної нервової системи, що лежить в основі травми.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — є відстроченою неспокійною реакцією на травматичний стрес, яка може спричинити психічні розлади. Виникнення ПТСР зумовлене переважним впливом стресора на людину, який виходить за рамки звичайного людського досвіду та може викликати дистрес. До основних симптомів посттравматичного стресового синдрому відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення); нездатність запам'ятовувати - амнезія деяких подій (уникнення);

гіперчутливість (підвищена пильність); перезбудження (неадекватна гіпермобілізація).

Вторинними симптомами ПТСР є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, соматичні проблеми, алкоголізм. Єдиної теорії патогенезу ПТСР не існує, а відтак, багато дослідників, спираючись на різні гіпотези, пропонують різноманітні психологічні та інші моделі: когнітивну, психодинамічну, психосоціальну, психо-біологічну, умовно рефлекторну та мульти-факторну модель ПТСР.

При психосоціальному підході до ПТСР впливу зовнішнього середовища приділяється найбільш вагоме місце. Ця модель ПТСР є багатофакторною і враховує вагу кожного фактора в розвитку реакції на стрес.

Бойовою психологічною травматизацією особистості дослідники вважають процес впливу бойового стресу, який характеризується порушенням певного рівня психологічної безпеки особистості, навантаженням на регуляторні системи та мобілізацією функціональних ресурсів людини, що проявляється в її здатності адаптуватися до фізичних і психічних навантажень.

Психотравмувальні події, умови бойового стресу, що переживають УБД, впливають не лише на їхні психологічні структури, а й на систему соціальних прив'язаностей, які з'єднують індивіда та соціальне оточення (випробовують фундаментальні людські стосунки УБД, розриваючи родинні зв'язки та зв'язки з суспільством).

Результати проведеного емпіричного дослідження дозволили нам отримати наступні результати:

Симптоматику ПТСР, була нами виявлено у 35% УБД, серед яких найбільш виражено проявляються негативні думки й емоції та симптоми гіпер-реактивності.

Для УБД характерними є стани тривожності, зокрема, у 95% респондентів ми виявили високий рівень РТ та у 55% -- високий рівень ОТ. Також нами було зафіксовано, що УБД більше схильні до таких особистісних стратегій

подолання кризових ситуацій як фізична активність, а саме 35% УБД, а найменшою мірою -- знання (5%).

Констатовано також наявність прямих кореляційних зв'язків між симптоматикою ПТСР, ОТ та особистісними стратегіями подолання криз, такими як вірою, соціальними контактами, фізичною активністю, уявою, знаннями. Виявлено, що більшою мірою в УБД проявляється РТ.

Нами також отримано середні результати щодо ОТ та РТ: УБД більшою мірою притаманна РТ. Це ймовірно пов'язано із війною в нашій країні, УБД більш ситуативно-стурбовані ситуацією на фронті, перебігом військових дій.

Таким чином, висунуті гіпотези нашого дослідження доведено на основі статистичної обробки результатів емпіричного дослідження.

Психологічна допомога, спрямована на подолання психотравматичних станів та ПТСР, здійснюються комплексно із медикаментозною терапією та роботою із відновлення соціального статусу УБД, це: так звана, нелікарняна терапія, групова та індивідуальна психотерапія; сімейне консультування; фармакотерапія, фізіотерапія.

Метою соціально-психореадаптаційної роботи є здійснення інтеграції УБД у суспільство, повернення його до соціальної норми, стабілізація соціального статусу, спрямованість особистісних ресурсів на активну соціальну реальність, спроможність реалізувати власні особисті, політичні, майнові права, соціальні інтереси, отримання необхідних соцпослуг, психологічної підтримки.

СПР до «нового» життя містить наступні рівні: соціально-психологічну компенсацію посттравматичних станів демобілізованих УБД чи тих, хто повернувся із війни до місця постійної дислокації в частину та продовжує службу; корекцію ціннісно-нормативних засад їх поведінки; формування адаптивних поведінкових стратегій. Ефективною формою роботи із УБД можуть бути адаптаційні спецкурси, які інтегровані до навчальної програми професійної перепідготовки.

УБД, у яких виявлені ознаки ПТСР, потребують невідкладної медико-психологічної допомоги із застосуванням спеціальних заходів психотерапії та

психокорекції. Шлях до одужання УБД передбачає когнітивну переробку травми, трансформацію особистості, її особистісне зростання. Для одужання УБД необхідно налагодити відносини із самим собою та реальними подіями воєнного життя.

Психологічна допомога УБД із психотравматичними станами, включає досить широкий спектр ефективних методів (КПТ, EMDR, позитивна психотерапія, гештальт-терапія, символ-драма, арт-терапія). Ми розглянули лише ті, які, на нашу думку, є найбільш ефективними. Для кожного із УБД окремо необхідно підбирати індивідуальні методи, а також важливо враховувати їхні побажання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Діагностика по стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. № 1. 2016. С.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно – поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
3. Втрати силових структур внаслідок російського вторгнення в Україну [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Втрати_силових_структур_внаслідок_російського_вторгнення_в_Україну.
4. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
5. Гершанов О. Основи роботи з травмою за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», 2014. 26 с.
6. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання // Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України, 2015. №1 (74). 390 с.
7. Гриб А. Є. Проблеми в родинах військовослужбовців в період миру і АТО. Сучасний стан і тенденції розвитку сучасної європейської науки : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 2 лютого 2016 р.). Київ : ФОП Рогальська І. О., 2016. Т. 1. 85 с.
8. Завалко Ю. М. Структура розладів психіки в учасників АТО (пілотне дослідження на клінічному матеріалі стаціонарних хворих) / Ю. М. Завалко, І. І. Кутько, М. Ф. Андрейко, Н. О. Єрчкова // 57.–Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4/1 (41). С. 54
9. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
10. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості. Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. К., 2016. Випуск 239. 95 с.

- 11.Кокун 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.
- 12.Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : НА НГУ, 2018. 488с.
- 13.Колесніченко О.С., Воробйова І. В., Мацегора Я. В. Модель професійної психологічної готовності до діяльності представників ризиконебезпечних професій. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип.14. Частина 1. Харків : НУЦЗУ, 2013. С.71–93.
- 14.Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
- 15.Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник / В. В. Кондрюкова, І. М. Слюсар. Київ: Гнозис, 2013. 116 с.
- 16.Кучманич І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Збірник наукових праць. К – ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. №36. 159 с.
- 17.Львов О. О., Жабко Н. В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт – терапевтичний підхід. Психологічні та психотерапевтичні аспекти / / Простір арт – терапії : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт – терапевтична асоціація», 2018. К. : Золоті ворота, 2018. Спец. вип. 159 с.
18. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: [https:// mkh10.com.ua/](https://mkh10.com.ua/).
19. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: [http:// psyservice.org](http://psyservice.org).
20. Монотравми і політравми: класифікація та ознаки. URL: biomedicina.com.ua/monotravmy-i-politravmy-klasyfikatsiya-ta-oznaky/

- 21.Медсанбат: бойовий стрес. URL: <http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/>
- 22.Мельник Ю. Б. Психологічне забезпечення і супровід військовослужбовців як засоби профілактики та подолання посттравматичних стресових розладів. Posttraumatic Stress Disorder: adults, children and families in a war situation: International scientific and practical edition. Vol. II. Warsawa. Kyiv: PAN Gnosis, 2018. P. 469–480.
- 23.Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид 3-тє. Луцьк : Вежа – Друк, 2017. 420 с.
- 24.Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватися? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
- 25.Олексієнко Б. Реадаптація учасників бойових дій: психологічний аспект. Збірник наукових праць НАДПСУ. Психологічні науки. № 1(121). 2019. С. 204-218
- 26.Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1,2,3. Київ, 2018. 240 с.
- 27.Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
- 28.Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
- 29.Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. No1. С. 228-239.
- 30.Підчасов Є.В., Ломакін Г.І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10 С.86-97

31. Приходько І. І. Засади психологічної безпеки персоналу екстремальних видів діяльності [Текст]: моногр. / І. І. Приходько. Х.: Акад. ВВ МВС України, 2013. 745 с.
32. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету Серія: Історичні науки. Випуск 57 2022 С. 110-120
33. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст]: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березня 2016 р.): 2 ч. /ред. кол.: В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін. Ч.1. К.: Нац. акад. внутр. справ, 2016. 248 с.
34. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ О. Л. Туриніна. К. : ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр. : с. 149 - 159.
35. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
36. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умо: методичні рекомендації / В. І. Воронова, В. Є. Шевченко, Д. О. Коршевніук, Д. С. Байбаєв, Б. В. Кравченко, С. А. Галкін [та ін.]; за ред. Г. В. Ложкіна. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України, 2003. 145 с.
37. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / [упор.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
38. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців. Філософські і психологічні науки. : Серія «Психологія», 2019. Вип.22. 110 с.
39. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. Наука і оборона. 2016. № 1. С. 24–30.

40. Соціально – психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220с.
41. Сошенко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. Варшавський університет соціальних і гуманітарних наук, 2018. №96. 62 с.
42. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. Психологія і суспільство, 2006. № 2. С. 137–140.
43. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту : монографія / В. С. Гічун, та ін. Дніпро : Акцент ПП, 2019. 324 с.
44. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості, 2015. 13 с.
45. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях. Перспективні питання психології: зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції. Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення. (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.)/ ДВНЗ. Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. Вип. 1. С. 276–290.
46. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Р. М. Цицей // Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 13. С. 258 – 265.
47. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І. В., Ткачук І. І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
48. Banner Thomas Frederick. An Examination of the Lived Experiences of United States Military Veterans who have been Diagnosed with Psychological Inflictions of War who have Utilized Equine Assisted Therapy. LSU Doctoral Dissertations. URL: http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/1186.

49. Melnyk Yu. Mental Health of a Personality: Diagnostics and Prevention of Mental Disorders / Yu. Melnyk, A. Stadnik // International Journal of Education and Science. 2018. Vol. 1. No. 3-4. P. 50. doi:10.26697/ijes.2018.3-4.37 Bourne P.G. Men, stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.
50. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013.
51. Craig C. D. Psychometric testing of the multi-modal coping inventory: A new measure of general coping styles. Unpublished doctoral dissertation, University of Chapel Hill, Chapel Hill, NC. 2005.
52. Erichsen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. London, 1867. 103 p.
53. Figley Ch. R. (Ed.). Stress disorder among Vietnam Veterans. N.Y.: Brunner / Mosel, 1978. 358 p.
54. Foa E., Rothbaum B. Behavioural psychotherapy for PTSD. Intern. Rev. Psychiatry. 1989. Vol. 1. P. 219-226.
55. Frankl V.E. Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. Boston: Beacon Press, 1959.
56. Horowitz M. J. II Arch. Gen. Psychiatry. 1974. Vol. 31. P. 768-781.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала PCL – 5

Стать: _____

Чи перебували Ви в зонах бойових дій? Якщо так, то коли та скільки?

№	Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як	0	1	2	3	4

	страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)?	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток Б

Шкала реактивної та особистісної тривожності

Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна

№	Судження РТ	Зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості та напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

№	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хоті б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холонокровні та зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтесь уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4
15	У вас буває нудьга, туга	1	2	3	4

16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь – які дрібниці відволікають і хвилюють вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Додаток В

Методика «Стратегії подолання кризового стану» (BASIC PH)

Опитувальник складається з 36 тверджень, на які досліджуваний відповідає: 1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією: 2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією: 3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією: 4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією: 5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією: 6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією. Отже, в даному підрозділі ми описали групу досліджуваних, процес досліджуваних та перелік методологічного матеріалу, що був використаний нами у процесі дослідження.

№	Твердження	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми						
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю її опосередковано, - до прикладу, плачу, коли думаю про себе						
3	Я шукаю підтримки інших людей						
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, - наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці						
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми						
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, - або ж, навпаки, я їм та сплю більше, а ніж зазвичай						
7	Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди						
8	Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт						
9	Я веду бесіди з друзями по телефону						
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми						
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення						
12	Я постійно займаю себе фізичною працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака						
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це незважаючи ні на що»						
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині						
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї						

16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві						
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком						
18	Я використовую вправи для розслаблення						
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві						
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію						
21	Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу						
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще						
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається						
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем						
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію						
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії						
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись						
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб						
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і якщо це можливо, обираю найкращий з них						
30	Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю						
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»						
32	Я даю вихід моїм емоціям						
33	Я пишу листи та е – мейли до друзів – з надією на їх відповідь						
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх						
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них						
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним для того, щоб позбутися надлишку енергії						