

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ ЛЬВІВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ІНСТИТУТ
УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА БЕЗПЕКИ**

Кафедра практичної психології

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші посттравматичні
стани у військових на сучасному етапі війни**

Кваліфікаційна робота

здобувач вищої освіти 4 курсу
навчальної групи П-41
спеціальності «психологія 053»

Анастасія Курніцька

Науковий керівник

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри
теоретичної психології

Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук,
доцент

Ольга УГРИН

Захищена з оцінкою:

За 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Склад комісії: _____

Підпис ПІБ

Підпис ПІБ

Підпис ПІБ

Львів - 2024

ПТСР та інші посттравматичні стани в умовах сучасної війни в Україні.

У цій роботі досліджується вплив посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших посттравматичних станів на військовослужбовців в умовах сучасної війни в Україні. Аналіз охоплює як теоретичні аспекти, так і емпіричні дані, що свідчать про значне поширення і вплив цих станів на психічне та фізичне здоров'я військових. Особлива увага приділяється симптомам, таким як загальна втома, інтрузивні спогади, порушення сну та соціальні труднощі. Дослідження також вивчає вплив тривалого перебування у зоні бойових дій та наслідки соціальної ізоляції. Результати роботи підкреслюють необхідність розробки ефективних програм підтримки та реабілітації для військових, що страждають від ПТСР та інших посттравматичних станів.

***Ключові слова:** Сучасна війна; Психічне здоров'я; Фізичне здоров'я; Інтрузивні спогади; Соціальна ізоляція; Реабілітація; Підтримка.*

PTSD and Other Post-Traumatic Conditions in the Context of the Modern War in Ukraine.

This paper explores the impact of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and other post-traumatic conditions on military personnel in the context of the modern war in Ukraine. The analysis covers both theoretical aspects and empirical data, indicating the significant prevalence and impact of these conditions on the mental and physical health of soldiers. Special attention is given to symptoms such as general fatigue, intrusive memories, sleep disturbances, and social difficulties. The study also examines the effects of prolonged exposure to combat zones and the consequences of social isolation. The findings highlight the necessity of developing effective support and rehabilitation programs for soldiers suffering from PTSD and other post-traumatic conditions.

***Key words:** PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder); Post-traumatic conditions; Modern war; Mental health; Physical health; Intrusive memories; Social isolation; Rehabilitation; Support*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. Теоретичний опис посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших посттравматичних станів, викликаних війною.	
1.1 Розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в науковій літературі	6
1.2 Особливості прояву посттравматичних станів у військових.....	13
1.3 Профілактика посттравматичних станів та реабілітація учасників бойових дій.....	21
Розділ 2 Емпіричне дослідження впливу симптомів ПТСР на якість життя військових на сучасному етапі війни.	
2.1 Характеристика вибірки та методик дослідження	35
2.2 Аналіз отриманих результатів.....	38
2.3 Кореляційний аналіз даних.....	42
2.4 Порівняльний аналіз даних.....	48
ВИСНОВОК.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ.....	59

Актуальність.

Актуальність даного дослідження обумовлена необхідністю аналізу впливу посттравматичного розладу (ПТСР) та інших посттравматичних станів на психічне здоров'я військових на сучасному етапі повномасштабного вторгнення росії в Україну. Науковцями доведено що, постійні травматичні ситуації, що виникають в умовах потенційної небезпеки для життя, трагічної втрати близьких людей, негативно впливають на психіку людей. За результатами наукових досліджень, у 20% осіб, що зазнали загроз для свого життя, втрати близьких, чи ставали свідками жорстоких смертей, розвивається посттравматичний стресовий розлад(ПТСР) це суттєво впливає на подальше життя цих осіб. В Україні значна кількість осіб, включаючи чоловіків і жінок, стали на захист території своєї країни. Вже третій рік Україна знаходиться в умовах повномасштабної війни. Військові дії тривають, проте кількість поранених та травмованих воїнів, як фізично, так і психологічно, зростає. Від симптомів ПТСР та інших посттравматичних розладів страждає все більше захисників та захисниць, а також особи, що не перебувають на військовій службі, проте потерпали від впливу війни. В суспільстві поширюються міфи про те, що ПТСР назавжди змінює особистість, роблячи її агресивною, нестриманою та небезпечною. Проте всі ці страхітливі характеристики, є лише наслідками неопрацьованих психологічних травм. Доведено, що за бажанням самого бійця та наданням професійної психологічної допомоги, військові та травмовані війною особи, можуть повернути собі стан психологічного благополуччя. Ще одною важливою детермінантою адаптації військових, за межами поля бою, виступає також і саме суспільство, яке може стати, як міцною опорою для бійців, так і руйнівною силою, у випадку, якщо замість підтримки, буде демонструвати страх і недовіру. За негативних умов посттравматичні стани будуть мати тенденцію до загострення, що буде негативно впливати на життєдіяльність осіб із посттравматичними станами та розладами.

Отож, враховуючи вище зазначене, можна вважати, що дослідження впливу ПТСР та інших посттравматичних станів на сучасному етапі війни є особливо актуальним та важливим для збереження психологічного благополуччя серед населення України.

Мета дослідження: емпіричне вивчення впливу посттравматичного стресового розладу ПТСР та інших посттравматичних станів у військових, на їх життєдіяльність.

Відповідно до поставленої мети визначено наступні **завдання дослідження:**

1. Теоретично обґрунтувати поняття ПТСР.
2. Вивчити розлади психічної сфери внаслідок бойових дій.
3. Виявити вплив посттравматичних станів, на якість життя ветеранів війни.

Об'єкт дослідження: посттравматичні стресові стани військових.

Предмет дослідження: особливості впливу війни в Україні на формування посттравматичних станів та посттравматичного стресового розладу(ПТСР) у військовослужбовців.

Гіпотеза 1: можна припустити, що повномасштабна війна в Україні може сприяти зростанню симптомів посттравматичних станів та посттравматичного стресу розладу (ПТСР) у військовослужбовців, що в свою чергу може здійснити негативний вплив на функціональність, життєдіяльність та якість життя діючих військових та ветеранів війни.

Гіпотеза 2: Припускаємо, що військовослужбовці, котрі перебувають на службі в умовах бойових дій протягом більш ніж одного року, можуть виявляти вищу схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу та інших посттравматичних станів.

Теоретико – методологічна основою дослідження виступили: теоретико -методологічною основою дослідження виступили: О. Загоруйко, А. Андрющенко, Т. Марчук, О. Напрієнко, М. Павлова, Б.Положій, О. Романчук, З. Фрейдом, А. Кардінер, Жан-Мартен Шарко, В. Франкл, Дж. Герман,

Л.О.Герасименко, А.М. Серипніков, Р.І.Ісаков, В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г.Гринкевич, В.Ю.Омелянович, В.О. Климчук, В.В. Горбунова, тощо.

Наукова (теоретична) новизна: Теоретична новизна дослідження полягає у: 1) розширенні та поглибленні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); 2) вивченні впливу війни в Україні на формування посттравматичних станів та ПТСР у військових.

Практичне значення: Результати отримані, шляхом даного дослідження можуть бути корисні для психологів у роботі з особами, які втратили можливість вести повноцінне життя через психотравмуючу подію, що не була вчасно та повністю пережита та спричинила посттравматичні стани. Їх можна буде використовувати при розробці профілактичних заходів, за для попередження виникнення ПТСР, а також при розробленні навчальних курсів «Психологія посттравматичної реабілітації», «Психологія психотравми».

Методи дослідження: у ході дослідження були використанні наступні методи та методики: метод теоретичного аналізу літератури з теми дослідження; метод кількісно-якісної обробки одержаних даних; опитувальник симптомів ПТСР PCL -5; опитувальник якості життя SF-36, госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала депресії Бека.

Структура роботи: Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, літератури та додатків.

Розділ 1. Теоретичний опис ПТСР та інших посттравматичних станів, викликаних війною.

1.1 Розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в науковій літературі.

Поняття «посттравматичний стресовий розлад» в науковій літературі з'явилося приблизно в 70х роках 19 століття, однак до виведення цілісного діагнозу ПТСР в медицині використовувались назви: синдром «серце солдата», «окопний синдром», «афганський синдром» «снарядний шок», «в'єтнамський шок». Причиною детальнішого розгляду вище перелічених синдромів, стали війни у Кореї і В'єтнамі та їх наслідки для ветеранів. Коли безліч осіб повернулось із однаковими симптомами, які мали однакову передумову виникнення, що власне і стало причиною об'єднання вище перелічених діагнозів в єдину нозологію. [36] Врешті у 1980 році в практику був введений діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Згідно з класифікацією МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є реакцією на стресову подію або ситуацію, яка спричиняє суб'єктивне відчуття загрози або катастрофи. Ці події можуть включати військові дії, природні або техногенні катастрофи, нещасні випадки, свідчення насильства чи смерті, стати жертвою насильства, терористичні акти, сексуальне насильство або інші злочини проти особистості. Важливо зауважити, що такі події можуть викликати загальний стрес практично у будь-кого. [24]

Класифікація і типологія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є предметом постійного уточнення в клінічній практиці. Ця категорія включає в себе тривалі патологічні стани, що виникають у військових, ветеранів, осіб, що потерпіли від природних і техногенних катастроф, після екстремальних подій. Основні характеристики важкого травматичного стресу включають несподіваність, швидкість розвитку кризових ситуацій та тривалість їх впливу.

Фактори ризику включають вразливість особистості (наприклад, астеничність, гіперсенситивність) і психологічні аспекти стресу, такі як значущість події та релігійні переконання. Фізіологічний стан в момент травми, зокрема соматичне виснаження на фоні порушень сну і харчування, також може впливати на розвиток ПТСР.

Доступна у літературі інформація свідчить, що нахил до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) має взаємозв'язок із психічними відхиленнями можуть виникати як наслідок травматичних подій або бути присутніми до них. До таких порушень відносяться: тривожний невроз, депресія, нахил до думок про самогубство і спроб, алкогольна або наркотична залежність, психосоматичні розлади та захворювання серцево-судинної системи. [34]

На основі розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР), можна зазначити, що його існування спостерігалось за довго до офіційного визнання його як самостійного діагнозу. Історичні свідчення про ПТСР відносяться до періоду коли наші предки зустрічалися зі страхітливими наслідками війн та конфліктів. Науковці вважають, що це спричинено спогадами особливої жорстокості, яку проявляли в бою. Стародавні асирійські воїни, наприклад, описували що вони «чули і бачили прима, що спілкуються з ними». Це пояснюється важкими воєнними досвідами, адже в той час було прийнято вирізування очей та відтинання вух ворогам, які вважалися трофеями і приносили воїнам винагороди. Саме столиця тогочасної Асирії, Ніневія, отримала прізвисько «місто крові» через подібні звірства. Античні грецькі історики і філософи, такі як Геродот і Лукрецій, також описували подібні симптоми. Наприклад, Геродот згадував воїна Епіселума, який, не отримавши поранень в битві при Марафоні (490р. до н.е.), втратив зір через «переслідування вбитого ним ворога. [42]

Перші детальні згадки про посттравматичний стресовий розлад датуються кінцем XVII століття. Під час «Французької революції», а потім і «наполеонівських війн», лікарі повідомляли, що солдати на полі бою не отримували ушкоджень, але поверталися недієздатними, та в досить

спантеличеному стані схожому до психічного захворювання, цьому стану дали назву «гарматний вітер». Про це також писав Ґотте, який згадував у своїх спогадах, «звук – коли гарматне ядро пролітало поряд з тобою», порівнюючи його із кипінням води та свист птахів. Ґотте був першим хто описав відчуття дереалізації викликанні сильним стресом. [52]

Початок вивчення наслідків травматичного стресу сягає кінця XVIII століття. У цей період в Англії і Німеччині відбувається науково-технічна революція та механізація виробництва, це призводить до збільшення кількості нещасних випадків. Катастрофи на залізниці тих років, провокують нове захворювання, яке знову спантеличує лікарів, люди, які вижили мали деструктивну поведінку, яку приписували істерії, багато з яких не мали сильних уражень та каліцтв тіла, поведінка ця не піддавалась контролю, люди забували фрагменти спогадів, тремтіли кричали, боялись різких звуків та залізниці, назву цій хворобі дали «залізничний мозок». У 1866 році англійський хірург Еріксон вперше описав "струс спинного мозку, нервовий шок та інші неясні ушкодження нервової системи", утверджуючи зв'язок між психічними розладами, спричиненими катастрофами, та змінами у оболонках мозку та нейрохімії спинного та головного мозку.

Проте за 4 роки до публікації цієї праці, журнал «The Lancet» опублікував статтю « The Influence of Railway Travelling on Public Health", що дослівно перекладається, як «Вплив залізничних подорожей на здоров'я населення», яка стала першим поштовхом до розгляду наслідків залізничних аварій. В статті виділяють дві категорії наслідків аварій, по відношенню до жертв, а саме «первинні» та «вторинні»:

- «Первинні» наслідки аварій - це очевидні фізичні ушкодження, такі як переломи кісток, розриви м'язових тканин і опіки. Ці травми були складними для жертв, проте в той же час зрозумілими і лікувальними.
- "вторинні" ж наслідки аварій, характеризувались більш широким спектром симптомів: "запаморочення, втрата пам'яті, біль у спині та голові," "підщипування та оніміння кінцівок, місцевий параліч, параліч нижніх

кінцівок, функціональні порушення нирок і сечового міхура, а також "повільно розвиваються симптоми розладу інтелектуальних функцій."

Термін "functional" (функціональний) часто використовувався для опису цих розладів, що вказувало на те, що травма, ймовірно, була пов'язана з ушкодженням нервового апарату, який контролює правильну роботу порушених органів, а не з субстанцією самого органу. Це пояснення підтримує пропозицію журналу про те, що походження розладу полягало у пошкодженні нервового апарату будь-якого виду, ймовірно, викликаного "сильним струсом нервових центрів, що виникав під час шоку. [47]

У 1881 німецький психіатр Мелі, пояснив виникнення "травматичного психозу" впливом психічних факторів, душевного збудження та переляку. Його погляди розділили американські лікарі Уолтон, Петнем і Уїлкс. Вчені погодились з ідеєю функціонального, істеричного характеру травматичного стресу.

У 1884 Шарко висунув гіпотезу, згідно якої основною причиною "травматичного неврозу" є емоційний стрес та шок. У 1888 році Оппенгейм ввів широко вживаний діагноз «травматичний невроз», який включав багато симптомів, характерних для сучасного ПТСР. [49] Також, в 1945 році американські вчені Р. Грінкен і Д. Шпігель почали розглядати відтерміновані психологічні стани у ветеранів війни як ззатриманої реакції на бойовий стрес, використовуючи терміни «реакція боротьби» та «реакція після бою».

У 1947 році Кардінер подав докладний науковий опис «хронічного військового неврозу». Після проведеного ним дослідження над ветеранами Першої Світової війни, них було встановлено, що бойовий стрес є фізіоневрозом, який включав у себе як фізіологічні, так і психологічні порушення. Кардінер дослідив дисоціативні епізоди, які він охарактеризував як «комплекс епілептичних симптомів», які згідно його думки, можуть бути причиною певних функціональних порушень мозку. В своїй праці Кардінер надав докладний клінічний опис стресових реакцій, спричинених участю в бойових діях, та виокремив характеристики, що є типовими для цього розладу,

включаючи збудливість і дратівливість, безперервний тип реагування на раптові подразники, фіксацію на обставинах травмуючої події, відхід від реальності та схильності до неконтрольованих, агресивних реакцій. [50]

І уже у 1974 році M.j. Horowitz (М. Горовіц) вперше запропонував визнати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як окремий синдром. Пізніше, група авторів під керівництвом М. Горовіца визначила діагностичні критерії для ПТСР, які спочатку були включені до американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а потім в Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Згідно з МКХ-10, після подій котрі сприяють травматизації особистості, виходячи за рамки звичного людського досвіду, зростає ймовірність розвитку ПТСР, який в свою чергу може викликати патологічні зміни в особистості учасників бойових дій та їх часткової або повної дезадаптації в мирному середовищі. [15;35;47]

Теоретичні фундаменти вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) базується також на роботах Г. Сельє, щодо загального адаптаційного синдрому, теорії когнітивного дисонансу Л. Фестінгера та моделі M.j. Horowitz (1975). Основні положення теорії Г. Сельє розкриваються наступним чином:

- перше, всі біологічні організми мають вроджені механізми підтримки рівноваги своїх систем, що є критичним для їхньої життєдіяльності;
- друге, сильні зовнішні подразники, або стресори, порушують цю внутрішню рівновагу, на що організм реагує специфічним фізіологічним збудженням, що має адаптаційно-захисний характер;
- третє, розвиток та пристосування до такої адаптаційної реакції відбувається на кількох стадіях, причому тривалість та перехід на кожную стадію залежить від рівня стійкості організму та інтенсивності дії стресора;
- четверте, організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей для запобігання та подолання стресу, виснаження яких може спричинити захворювання та смерть.

Дослідження щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР) переважно почали проводити після Війни у В'єтнамі, коли громадськість стала занепокоєною станом психіки ветеранів бойових дій. Багато з них, після повернення до цивільного життя, почали зловживати алкоголем, наркотичними речовинами, вчиняти важкі злочини, та що найгірше вдаватися до суїциду. На підставі цього було встановлено, що гострі стресові переживання у людей, які стикнулися з різними катастрофами або воєнними конфліктами, навіть без фізичних пошкоджень, можуть призвести до ризику розвитку невротичних патологічних станів, які, у свою чергу, можуть викликати психічні розлади. [40]

Згідно з даними Вікіпедії, у В'єтнамі загинуло понад 59 тисяч американських військових, враховуючи безвісті зниклих, та більше 153 тисяч поранених. Проте за наступні післявоєнні 10 років, майже 60 тисяч ветеранів війни, вчинили самогубство. Схожа ситуація спостерігалась і після конфліктів в Іраку та Афганістані.

Науковці, дослідники та практикуючі психологи, спостерігаючи людей після психологічних травм, дійшли висновку, що реальний спектр наслідків травм є набагато більшим і складнішим, ніж раніше вважалося.

У сучасній науковій літературі поняття травми розглядається наступним чином:

1. Вона включає в себе наявність зовнішньої події, яку індивід вважає травматичною.
2. Травматична подія може спричинити психопатологічні наслідки, які виникнути негайно, або ж в подальшому. Серед наслідків спостерігається обмеження функціонування особистості, порушення об'єктивних відносин, психосоматичні розлади, афективні порушення, тощо.
3. Підвищений ризик до майбутньої травматизації, після пережитої травматичної події.
4. Травма може виступати, як причинна різного спектру психопатологічних порушень.

Серед типових форм травм, які можуть спричинити посттравматичні порушення особливо важливі ті, які викликають у людини раптову, надзвичайну небезпеку та відчуття безпорадності. Перебіг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) може бути більш складним, якщо джерелом травми стала ситуація, пов'язана з іншими людьми.

В результаті досліджень було встановлено, що психічний стан людини адаптується до умов середовища з метою пристосування та виживання. Тому, коли людина повертається до цивільного життя після тривалого перебування у зоні бойових дій, вона зустрічається із труднощами в адаптації, У ветеранів це може викликати неприйняття існуючих соціальних цінностей та виникнення асоціативних форм поведінки. [37]

Дослідження, проведенні серед учасників військових дій (включаючи події у В'єтнамі, Афганістані, Чечні, Другій світовій війні та інших), свідчать про те, що більшість ветеранів переповнює відчуття, що їх «використали» або «підставили». Це відчуття часто посилюється тим, що вони залишаються самі з собою і з часом починають відчувати, що їх просто забули, тоді як потреба у звичайному схваленні, розумінні та підтримці з боку родини та оточення, саме зростає.

Виходячи із психологічного погляду, дослідники вказують на зміни в когнітивній сфері у учасників військових дій, такі як збільшення проявів жорстокості, безкомпромісності, ригідності до моральних норм суспільства, та зниження чутливості до соціальних впливів. У випадку недоцільної, неповної або некваліфікованої реабілітації потерпілих, можуть розвиватися аддиктивні розлади, психопатизація, порушення соціального функціонування, підвищення схильності до залежностей, тощо. Вони супроводжуються специфічними реакціями організму, до яких відносять нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищену стомленість, апатію, проблеми зі сном, тривожність, втому, підвищену реактивність, напруженість, депресивний настрій, зміни особистості, погіршення пам'яті, тремор, проблеми з концентрацією, нав'язливі спогади про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобії. Також може

спостерігатися втрата апетиту та зловживання алкоголем чи психотропними речовинами. [31]

Отже, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у науковій літературі пройшли еволюцію до того моменту, коли їх об'єднали в один цілісний діагноз. Цей діагноз враховує проблематику подолання психічним апаратом людини, всіх можливих травматичних досвідів. Через негативну стигматизацію психологічної допомоги, люди часто сприймають наслідки стресової події, як щось, що повинно саме минути. Однак без своєчасної психологічної допомоги, будь-яка ситуація, яку психіка індивіда сприймає як потенційну загрозу для життя, навіть без фізичних ушкоджень, може призвести до негативних наслідків у майбутньому онтогенезі. Тому людям, які пережили травматичний досвід, необхідна своєчасна та професійна психологічна допомога, щоб запобігти подальшій травматизації особистості.

1.2 Особливості прояву посттравматичних станів у військових.

Передумовою виникнення посттравматичних станів у учасників війни, є бойовий стрес, саме він відрізняється від інших стрес-факторів, своєю тривалістю та інтенсивністю.

Бойовий стрес, спричиняє процесом мобілізації всіх ресурсів організму, серед них імунна система, нервова, захисна та психічна системи, з ціллю подолання стресової ситуації, яка є загрозою для життя. Під впливом стресу в організмі відбуваються зміни в складі крові. Гормони, виділені залозами внутрішньої секреції, спричиняють появу тривоги, підвищену пильність та агресивність. Легені розширюються, щоб забезпечити більше кисню активно працюючим органам. Звуження кровоносних судин призводить до підвищення кров'яного тиску та змін у кровотоку, розподіл крові переорієнтується. В активних осіб спостерігається зменшення кровотоку до внутрішніх органів і збільшення до серця та скелетних м'язів. Участь у бойових діях розглядається як стресор, який може бути травматичним для будь-якої людини. [43]

Перебування на війні призводить до складного впливу ряду детермінант на бійців :

1. чіткого та постійного відчуття ризику для життя, включаючи страх перед смертю, пораненням або втрати частини тіла;
2. непередбаченого рівня стресу, що виникає в осіб, які безпосередньо беруть участь у бойових діях;
3. психоемоційного стресу, пов'язаного зі усвідомленням загибелі побратимів а іноді і необхідністю у вбивстві противника, здебільшого у випадку із застосуванням зброї близького ураження, чи холодної зброї;
4. впливу специфічних умов бойової обстановки, таких як обмежений час, прискорення темпів дій, раптовість, невизначеність та новизна;
5. негативних умов, таких як недостатність повноцінного сну, особливості водного режиму та живлення. Умови проведення бойових дій можуть стати додатковими стресовими факторами, що впливають на формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). [29]

Так проведені дослідження ще за часів АТО в Україні, свідчать про те, що російсько – українська війна має особливий характер, та більш згубно впливає на психіку українських військових, адже вони зчаста мають спільну мову спілкування з противником, нерідко мають одне віросповідання та колишні родинні чи професійні зв'язки із країною-агресором.

Згідно з даними, отриманими вітчизняними дослідженнями щодо військового конфлікту в Україні, факторами, що викликають психічну травматизацію військовослужбовців та бійців є:

- реальна загроза для життя, яка виникає під час переміщення на позиції без належного захисту;
- небезпека підриву на вибухових пристроях;
- ризик загибелі під вогнем снайперів;
- постійне очікування загострення ситуації;

- необхідність стикатися з тілами загиблих та взаємодіяти з ними (знаходитись в одних окопах, спати біля них, їсти біля них);
- взаємодіяти із важко пораненими, без можливості їм допомогти;
- спостереження за болючою смертю побратимів. [3]

У осіб, що перебували в полоненні особливо відзначаються інші фактори, які спричиняють психічну травматизацію, такі як:

- почуття невизначеності та відсутність достовірної інформації;
- небезпека непередбачуваних дій терористів, тяжких умов проживання, відсутність основних засобів існування, таких як їжа, вода та засоби гігієни;
- слухи про велику кількість людей, що загинули в полоні;
- загрози, що викликали думки про можливу розправу або загибель.

У внутрішньо переміщених осіб, також спостерігаються подібні фактори психотравматизації:

- невизначеність стану та відсутність почуття безпеки;
- страх втрати залишених без нагляду майнових цінностей;
- почуття фрустрації у випадку втрати всього набутого протягом життя майна, в наслідок руйнувань та мародерства;
- Сильні переживання через розлуку із рідними, що залишились в окупації, зображення в уяві жахливих умов в яких вони перебувають;
- побутова невлаштованість, фінансові труднощі.

Для родичів військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, становлять психологічне навантаження наступні фактори:

- Тривога за безпеку своїх близьких.
- Отримання інформації про поранених або загиблих бійців, які служили разом з їхніми родичами.
- Неможливість підтримувати зв'язок на постійній основі. [3]

Усі ці фактори постійно тримають людину в стресі, тривозі та можуть психосоматичних проявів. Проте передумовою посттравматичного стресового розладу є саме травма в основі якої, лежить загроза смерті по відношенню до індивіда чи безпосередня смерть на його очах, інших осіб. Тому війна є найбільш травмівною ситуацією, яка призводить до численного числа травм. Згідно з даними досліджень ПТСР, найчастіше виникає саме при небезпечних ситуаціях спричинених людською рукою, в порівнянні із природними катастрофами. [38]

Після травматичних життєвих подій спостерігається значна зміна в сприйнятті світу та емоційному стані особистості. Витрата часу у зоні конфліктів, отримані та пережитий там досвід, можуть суттєво впливати на бійців, впливаючи на їхню ідентичність, емоційний розвиток, фізіологічні реакції та погляд на життя. У таких випадках, у особи можуть виникати внутрішні сумніви щодо своїх дій та переживань, відчуття провини за те, що вижили, коли їхні товариші загинули. Більшість таких травматичних подій залишаються в пам'яті як тривожні спогади. Для того, щоб подолати ефекти пережитих травматичних вражень та повернутися до звичайного життя, важливо розвивати здатність керувати емоціями та відновлювати довіру до світу, забезпечуючи стабільність та безпеку у майбутньому. [30] Що вимагає великих зусиль, розуміння процесів, які відбуваються із травмованою особою та допомоги від фахівців, які в нашому суспільстві піддаються сильній стигматизації.

Важливо також усвідомлювати, що реакція на травматичну ситуацію варіюється від особи до особи залежно від різних факторів. Науковці зараз вивчають різноманітні аспекти цих факторів, які можуть впливати на розвиток стресових розладів. Деякі дослідники відзначають роль зовнішніх чинників у формуванні травматичного досвіду і його вплив на психічне здоров'я. Наприклад, американські дослідники С. Гремлінг і С. Ауербах вказують, що «Якщо в ситуації закладене щось, що є потенційною загрозою для вашої гідності або фізіологічного благополуччя, то ви, зіштовхнувшись з цією ситуацією, відчуваєте тривогу і стрес». [5] Вкрай значущим у даному твердженні є те, що

тривого не характеризується лише ситуаційними або зовнішніми факторами, такими як бойовий досвід, але й важливою детермінантою виступає внутрішнє ставлення військового до даної ситуації.

Згідно з висновками наукових досліджень вітчизняних та зарубіжних дослідників, характер стресу залежить від ряду особливостей, включаючи, але не обмежуючись:

- Генетична схильність: Приблизно 30% реакцій людини на стрес визначаються генетичними факторами, які успадковує від батьків.
- Ранній дитячий досвід: Психотравмуючі враження, які дитина переживає до віку семи років, можуть ускладнити реакції на стрес у дорослому віці.
- Характер особистості: Люди з дратівливим та песимістичним характером мають більше схильності до стресу, у порівнянні з відкритими, позитивно налаштованими та доброзичливими особистостями, які, навпаки, проявляють більшу емоційну стійкість до стресу та мають більше ймовірності подолати його симптоми, а також мають тенденцію жити довше. [25]

В той же час згідно думки таких дослідників, як Б. Грин, Д. Вільсон та Д. Лінді, подолання індивідуальними особами психотравматичного впливу стресових чинників залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії різних факторів, таких як: характер і сила події, яка спричинила психотравмуючий вплив, індивідуальні особливості постраждалого, наявність якісної психологічної допомоги вчасно та специфіка умов, у які повертається постраждалий. Ця модель отримала назву "інтеракціоністська". [26]

Дослідники вказують на значущу роль підвищеної адренергічної активності у виникненні та характеристиці прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вони стверджують, що у багатьох ветеранів військових дій спостерігається зростання рівня адреналіну, що впливає на

схильність людини до гострих відчуттів, ризику, екстремальних спонтанних вчинків, порушення встановлених правил та норм поведінки. [44]

Психодинамічна концепція ПТСР базується на глибинній психології і вважає що виникнення цього стану є результатом активації дитячих травматичних подій та конфліктів під впливом надзвичайних обставин, що менш деталізовано уже зазначалось вище. У цьому контексті увага приділяється таким аспектам, як повернення до оральної стадії розвитку, переміщення енергії лібідо з об'єкта на Я, відновлення інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, заперечення та забування. [26]

Також науковці об'єднали психоаналітичний та медико-біологічний підходи для аналізу особливостей пережиття травми. Вони зазначають, що гострі стресові реакції на небезпечні події активують ранні дитячі механізми розв'язання проблем і створюють картину первинного травматичного Я-стресу, що породжує конфлікт у новій дискомфортній посттравматичній ситуації, коли виникає необхідність дотримуватися "принципу реальності".[35] Відтак, синдром Я-стресу розглядається як ключовий фактор розвитку патогенезу психопатологічних наслідків травматичних ситуацій.

Таким чином, травматичні та стресові чинники розглядаються згідно когнітивної моделі, як рушійна сила, що руйнує базові уявлення щодо себе, світу, та й загалом людства. Психопатологічні реакції на стресові події, у взаємодії із автоматичними думками, спотворюють сприйняття навколишніх подій і перешкоджають адаптації до оточуючого середовища. Генералізуються емоції страху, гніву, механізми уникнення та катастрофізації. [48] Що власне спричиняється неспроможністю самотійно коригувати когнітивні схеми, які утворилися під час довгої стресової ситуації, як у випадку із учасниками бойових дій.

Відповідно даних запроваджених А. Колбом під впливом стресу спостерігається збільшення кількості гормону норадреналіну, що в свою чергу викликає підвищення рівня катехоламінів у плазмі крові та зменшення їх в головному мозку, таких як норадреналін, дофамін, серотонін. Також зафіксовано

підвищення рівня ацетилхоліну, що призводить до виникнення заспокійливого ефекту, який обумовлений внутрішньою продукцією опіоїдів. Зменшення рівня норадреналіну та дофаміну у мозку корелює із станом психічного зацеплення. [27] Отже вище зазначений процес спричиняє заспокійливий та обезболюючий ефект, що призводить до залежності від опіоїдної дії, в наслідок чого особа, що пережила травмівну подію починає шукати ситуації схожі на неї, або знаходить аналоги в психотропних речовинах.

Згадуваний вище М. Горовіц розробив інформаційну модель ПТСР, яка стала спробою синтезувати три моделі ПТСР, а саме когнітивну, психодинамічну (психоаналітичну) та психобіологічну (психофізіологічну). В її основу інтегрувалась думка про те, що інформація отримана при травмі перевантажує нервову систему та відкладається у несвідоме, проте зберігається в активній формі, через мигдалину, яка відповідає за збереження досвіду за для уникнення повторної травматизації. За інформаційною моделлю, при завершенні інформаційної обробки, «досвід інтегрується у структуру особистості, а травма більше не зберігається в активному стані» [14; 49].

Проте більш валідним вважається «психосоціальний підхід», у якому об'єднується інформаційна модель ПТСР М. Горовіца із факторами навколишнього середовища, таким як:

- Фактори соціальної підтримки;
- Релігійні переконання;
- Демографічні чинники;
- Культурні особливості;
- Наявність або відсутність інших джерел стресу.

Усі вони впливають на розвиток ПТСР. Також визначають додаткові умови, що сприяють посиленню цього розладу:

- Суб'єктивна оцінка ситуації як загрозливої;
- Об'єктивна наявність реальної загрози для життя;

- Близькість суб'єкта до місця трагічних подій (навіть якщо він сам фізично не постраждав, але був свідком наслідків катастрофи)
- Ступінь стурбованості близьких осіб суб'єкта. [21]

Також важливо враховувати віковий аспект у контексті подолання екстремальних ситуацій. Для молодих осіб і людей похилого віку переживання таких ситуацій може бути складнішим. Необхідно також враховувати соціальний контекст, оскільки ризик розвитку ПТСР збільшується у випадку втрати близьких членів сім'ї та ізоляції від близьких під час переживання травми. Важливим також є вплив минулих травматичних досвідів, оскільки особа в оттогенезі якої траплялися психічні травми мають підвищений ризик ускладненої реакції на нові стресові події. Проте все ж існують випадки, коли особи, які мали попередній травматичний досвід, легше справляються із травмою, за умови бажання зі сторони самої особи, прикладати зусилля та долати труднощі. [47]

Проте, є суттєва різниця між людьми, які намагаються долати труднощі, шляхом опрацювання своїх травм, та людьми, що намагаються подолати травму, придушивши її. Дослідження, здійснені Ю. Щербатих, вказують на те, що особи з вираженим почуттям справедливості та обов'язку, які контролюють свої емоції, а також реалістичні та суворі особистості, частіше демонструють соматоформні прояви порівняно з тими, хто має протилежні якості. [18] Це пояснюється тим, що особи з переліченими характеристиками, не схильні проговорювати свої переживання, тому вони трансформуються в соматику, яку їм легше описати.

Отож, психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових мають великий вплив на їхнє психічне та фізичне благополуччя. Дослідження показують, що більшість осіб з ПТСР відповідають критеріям щонайменше ще одного супутнього розладу, такого як депресивні розлади, розлади вживання психоактивних речовин або синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. [9] Особливий вплив на розвиток ПТСР має черепно-мозкова травма (ЧМТ), що стала характерною травмою в умовах сучасних бойових дій.

Крім того, особистісні риси військових, такі як рівень тривожності, невротизм, екстраверсія, суворість поглядів також впливають на прояви ПТСР. Важливо враховувати ці психологічні особливості при розробці програм психологічної підтримки для військових та при визначенні стратегій попередження та лікування ПТСР. Додаткові дослідження і розвиток ефективних психологічних інтервенцій є ключовими завданнями для підтримки психічного здоров'я військових та покращення їхньої якості життя після досвіду воєнних подій. [33]

1.3 Профілактика посттравматичних станів та реабілітація учасників бойових дій.

На сучасному етапі війни існує нагальна потреба у активному та якісному використанні ефективних профілактичних та реабілітаційних заходів. Це необхідно для запобігання порушень психічного здоров'я учасників бойових дій та відновлення їх повного та якісного функціонування у соціальному та професійному середовищах.

Профілактична система щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР) складається з таких складових:

- 1) Психологічна підготовка, яка включає в себе формування та розвиток психологічної готовності та стійкості у здійсненні професійної діяльності в умовах, що відрізняються від звичайних.
- 2) Психологічна корекція, спрямована на подолання негативних психічних станів.
- 3) Психологічна реабілітація, що передбачає відновлення, корекцію та компенсацію психічних функцій. [27]

Психологічна підготовка орієнтована на ретельно спроектовану систему дій, спрямованих на формування та розвиток психологічної готовності та стійкості під час здійснення професійної діяльності в умовах, які відрізняються від стандартних.

Задля забезпечення бойової готовності важливо не лише передати військовослужбовцям необхідні військово-професійні знання і навички, але й провести спеціальну психологічну підготовку до бойової діяльності. У цьому контексті в навчальній літературі, та на практиці використовуються поняття морально-політична й психологічна підготовка, морально-психологічна підготовка та морально-психологічне забезпечення.

Поняття "морально-політична й психологічна підготовка" означає комплексну роботу з виховання військовослужбовців, яка базується на моральному факторі, що складається з ідеологічних, моральних та психологічних складових. Відповідно, ці компоненти також включаються в дану форму підготовки[34].

Термін "морально-психологічна підготовка" відноситься до процесу формування навичок певної поведінки, з основним акцентом на поведінковому та морально-етичному аспектах.

Поняття "психологічна підготовка" означає формування психологічної стійкості у військовослужбовців, що дозволяє їм виконувати бойові завдання у складних умовах, що супроводжуються небезпекою для життя та фактором раптовості.

Коли говоримо про "психологічну підготовку", маємо на увазі безпосереднє формування психологічної стійкості до впливів бойової обстановки. У той час як "морально-психологічна підготовка" націлено на посилення поведінкового та морально-етичного аспекту. "Морально-політична й психологічна підготовка" означає вплив на ідеологічний, поведінковий та психологічний компоненти. Таким чином, всі ці терміни використовуються для позначення різних аспектів роботи з військовослужбовцями.

Тоді як, поняття "морально-психологічне забезпечення" відноситься до комплексу різноманітних заходів, що виконуються нарівні з тилловим та технічним забезпеченням бойових дій. Цей вид забезпечення включає проведення виховних, інформаційних, правових та культурно-дозвільних

заходів, а також заходів з психологічної підготовки. Передбачається також комплекс заходів щодо нейтралізації психологічного впливу супротивника. Реалізація цього виду забезпечення враховує характер майбутніх бойових дій, поставлені завдання, а також морально-психологічний стан власних військ і військ супротивника. [14]

До психологічної підготовки також варто включати, формування стресостійкості, що передбачає пошук методів саморегуляції своєї життєдіяльності (інтелектуальною сферою, емоційною, вольовою, тощо) військовими на етапі служби в бойовій обстановці. Когут Олександра у своїй статті зазначала – «долаючи стрес, людина втрачає ресурси, або набуває стресостійкості». [12] Беручи до уваги ці слова, варто зазначити, що саме психологічна підготовка, формує навик, долати стрес, трансформуючи його в досвід, який виступає додатковою «зброєю» в бою. Досягти цього можна в першу чергу попереджаючи ірраціональні думки.

Ірраціональні думки – це когнітивні викривлення, які спричиняють невірне сприйняття реальності, викликають негативні емоції, та збільшують рівень стресу, який самопідтримується бійцями. Виділяють 2 основних типи таких думок:

- I. тип думок викликає тривогу та страх, підсилюючи стрес до того рівня, коли особа вже не може раціонально мислити та діяти адекватно. Такі думки можуть включати у себе висловлення типу: "Я цього не зможу, не витримаю", "Все пропало. Мені кінець. Я все зруйнував". Особа може звинувачувати себе та почувати себе безнадійно: "Він телепень", "Я дурень". Крім того, вона може висувати категоричні або завищені вимоги до себе чи інших: "Я повинен завжди бути першим", "Вони зобов'язані це зробити".
- II. тип думок характеризується відмовою визнавати важливість стресора, звичайно з формулюваннями типу: "Ну то й що, кого це хвилює?", "Мені байдуже, що зі мною станеться", "Якось воно буде". Ці думки можуть тимчасово послаблювати вплив стресора, проте не спонукати до дій або

пошуку вирішення проблеми, що зазвичай призводить ще гострішої реакції на новий стрес. [8]

Думки такого характеру необхідно корегувати в здорове русло, інакше вони будуть заважати інтеграції стресу в досвід. Ось одна вправа, яка створена для роботи із думками ірраціонального характеру, її назва «Позитивне мислення», а суть в тому, що кожен військовослужбовець отримує чистий аркуш паперу, записує з однієї сторони негативні думки, а з іншої позитивні, та відповідає на питання консультанта :

Негативні думки, що поглиблюють стрес	Позитивні думки, що допомагають зберегти самоконтроль
➤ «У мене нічого не вийде» ➤ «Усе пропало» ➤ «Я дурень» ➤ «Мені обов'язково треба мати це» ➤ «Я повинен бути першим» ➤ «Вони зобов'язані це зробити» ➤ «Це безнадійно» ➤ « Не варто й починати» ➤ «Я не зможу»	➤ <i>Приклад:</i> «Я зроблю все, що в моїх силах, а якщо не вийде, я це переживу»

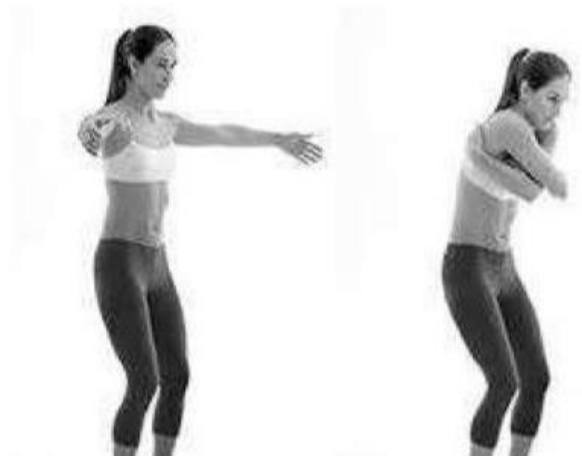
- Чи було це завдання для вас важким?
- Чи звертали ви коли-небудь увагу на характер вашого мислення в складних ситуаціях (негативне / позитивне)?
- Чи доводилось вам свідомо намагатися замінювати негативні думки на позитивні в складних ситуаціях?

Таким чином військові навчаються субституції ірраціональних думок, на позитивні, що сприяють стресостійкості. [8]

Також слід навести приклади фізичних вправ, які використовують для зняття сильного емоційного напруження, розроблений метод «ключ»,

унікальний, адже не потребує спеціальних фізичних умінь, простий та швидкий у використанні, складається із 5 коротких прийомів синхροгiмнастики:

1. Виконуйте 30-60 русопояскань по спині протягом 30-60 секунд. Цей метод можна використовувати в будь-якій напруженій або екстремальній ситуації для збільшення сил і впевненості в собі. Стійте рівно, руки розслаблені, витягнуті вбік - робіть рухи руками по спині.



2. Виконуйте «Лижника» протягом 60 секунд. Це корисно для досягнення оптимального творчого стану та психофізичної рівноваги під час важливих рішень. Рухайте руками вгору-вниз і синхронно піднімайте та опускайте ноги з носків на п'яти.



3. Виконуйте «Шалтай-болтай» протягом 60 секунд у власному ритмі. Це можна використовувати для розгрузки та позитивного настроювання, роблячи обертання тіла вліво-вправо.



4. Робіть вправу «Вис вперед-назад» протягом 60 секунд, розділену на 3 частини. Це сприяє підвищенню впевненості в собі, розслабленню м'язів і розвитку гнучкості хребта.



5. Виконуйте «Легкий танок» протягом 60 секунд для розвитку координації та психологічної стійкості. [7]



Таким чином психологічна підготовка, готує військовослужбовців до стресових подій, які будуть зустрічатися на бойових завданнях, допомагає розвивати стресостійкість, інтегрувати стрес у досвід, та формувати позитивне мислення, яке сприяє ефективному усуненню негативного впливу стресу на психіку людини.

Психологічна корекція в свою чергу є спрямованим впливом на військовослужбовця з метою відновлення його психічного стану до норми після виявлення будь-яких психологічних відхилень, які не відносяться до клінічних порушень. Метою цього процесу є відновлення здатності військовослужбовця до виконання своїх службових обов'язків та повноцінної життєдіяльності. Психологічна корекція відноситься до систематичного впливу на військовослужбовця з метою нормалізації його психічного стану та усунення негативних психоемоційних проявів. Психотерапія, у свою чергу, передбачає активне втручання психотерапевта в особистісну сферу військовослужбовця з метою відновлення або перебудови його психічної реальності.

Психотерапевтичний супровід використовує різноманітні психотехніки як у індивідуальних, так і у групових формах з застосуванням інтегративного підходу. У індивідуальній терапії використовуються консультативні методи, включаючи раціональну та когнітивно-поведінкову терапію, а також АТ та гіпнотерапію при виражених соматовегетативних проявах. Групова терапія проводиться у формі відкритих груп.

На етапі підтримки застосовуються техніки "якоріння", матеріально-опосередкована психотерапія та плацебо-терапія. Загальним принципом є мінімізація використання медикаментів, переважно використовуються препарати рослинного походження з седативними, протитривожними та сомногенними властивостями. Фізіотерапевтичні заходи також можуть включатися до лікувального комплексу, де враховується стан пацієнта та поступове нарощування інтенсивності процедур за всіма параметрами. [41]

Тоді як *психологічна реабілітація* є складовою загального реабілітаційного комплексу, разом із медичною, професійною та соціальною

реабілітацією. Вона спрямована на відновлення порушених психічних функцій, відновлення оптимальної працездатності та соціальної активності, а також корекцію самооцінки та соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, які страждають від психічних розладів, бойових травм або каліцтв. [38]

В залежності від рівня реабілітації виділяють наступні стратегії взаємодії між учасниками реабілітаційного процесу. (Таблиця 1.3)

Таблиця 1.3

СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

РІВНІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ
Невідкладна психологічна допомога: 1. Первинна допомога. 2. Скринінг. 3. Кризове втручання (за необхідності)	Директивні стратегії («батько», «брат»), що забезпечує чітке інструктування стосовно дій потерпілого і чітку регламентацію щодо його подальшого психологічного відновлення
Перший реабілітаційний рівень 1. Психодіагностика. 2. Сприяння адаптації та реадaptaція ветерана до нових умов у післявоєнному соціумі. 3. Психо-соціальний супровід	Демократичні стратегії («побратим», «сестра») лежать в основі принципу взаємодопомоги «рівний-рівному» і передбачають демократичну комунікативну між-особистісну взаємодію з психологом, соціальним працівником, медиком тощо
Другий реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика. 2. Психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне). 3. Психологічний супровід	Авторитарні стратегії («батько», «мати») та директивні («батько», «брат») дозволяють за рахунок знань, умінь та професійних навичок консультанта в короткий термін отримати позитивні результати у подоланні психологічних проблем ветерана, обумовлених його запитом
Третій реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика 2. Психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна)	Використовуються всі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу
Четвертий реабілітаційний рівень: медико-психологічна допомога	Авторитарні стратегії («батько», «мати») стосуються взаємодії з медичним персоналом, а також усі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу, в якому надається психологічна допомога

Аналізуючи психологічний стан учасників бойових дій та визначаючи фактори, які можуть впливати на їхню адаптацію, була розроблена програма

медико- психологічної реабілітації, в основі якої лежав психотерапевтичний підхід. Однак, обов'язковою складовою програми була фізична реабілітація, яка діяла як "безпечна зона контролю" зовнішніх впливів. Це включало в себе розклад фізіотерапевтичних процедур, цілеспрямоване фізичне навантаження та психоосвіту, щодо правильного харчування та догляду за здоров'ям.

Програма медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з психотерапевтичним супроводом має включати такі етапи:

1. Обов'язкові заходи:

- Проведення психоедукації та консультування.
- Психологічна діагностика.
- Вибір методів психологічної реабілітації.
- Надання психологічної підтримки, допомоги(терапія)
- Корекція психологічних проблем та планування майбутнього.
- Профілактика та запобігання кризовим ситуаціям у психологічному стані особи. [2]

2. Курс психологічної реабілітації повинен складати не менше 40 годин (на одну особу) протягом не менше 14 календарних днів. [15]

Найважливіші завдання психологічної реабілітації формуються відповідно до психологічного стану, рівня вираженості нервово-емоційних розладів та індивідуально-особистісних особливостей військовослужбовців. Серед них можна виділити такі:

1. Оцінка психологічного стану постраждалих, визначення характеристик та ступеня психоемоційного порушення.
2. Визначення оптимальних методів та шляхів психологічного впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності.
3. Формування оптимальної психологічної реакції на наслідки поранення або захворювання.
4. Вивчення динаміки психічних розладів під час лікування в стаціонарі та після нього.

5. Оцінка фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності постраждалих військовослужбовців внаслідок бойових дій та порівняння їх з нормативними показниками професійної працездатності.
6. Корекція психосоматичного статусу за допомогою психотерапевтичних, психофізіологічних та психофармакологічних методів.
7. У випадку необхідності – професійна переорієнтація постраждалих осіб. [17]

Дуже важливо згадати також про *психосоціальну реабілітацію*, яка при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) спрямована на створення можливості для постраждалих осіб повернутися до повноцінної життєдіяльності у суспільстві. Цей процес передбачає вдосконалення соціальних навичок та адаптацію в суспільстві.

Основні принципи психосоціальної реабілітації включають партнерство, різнобічність зусиль, єдність психосоціальних і біологічних методів впливу, ступінчастість застосування зусиль і заходів. Процес реабілітації має кілька етапів, таких як відновна терапія, реадaptaція та реабілітація в прямому значенні слова. У цілому, реабілітаційні заходи та методи базуються на зверненні до особистості хворого. [20]

У сучасній медичній практиці психотерапія і соціотерапія розглядаються як взаємодоповнюючі методи реабілітації пацієнтів з ПТСР. Застосування цих методів на різних етапах реабілітації є ключовою передумовою для досягнення ефективного соціального та працездатного відновлення пацієнтів та оптимізації їх особистісного розвитку [13].

Під час надання допомоги важливо залучати родичів пацієнтів, оскільки на них покладається значна частина відповідальності за процес ресоціалізації. Сім'ї та близькі особи, відіграють ключову роль, у підтримці людей із ПТСР. Однак, залежно від характеру травми та її наслідків, багатьом сім'ям може знадобитися додаткова підтримка[39] Адже варто зазначити, що особи, які

потерпають від ПТСР, можуть проявляти підвищену агресію, деструктивну поведінку, вживати токсичні речовини у великій кількості, навіть якщо раніше, це для них не було характерним. А також в умовах війни від посттравматичних станів можуть потерпати не лише військові, але й їх родичі, тому до реабілітації необхідно підходити комплексно, та працювати із усіма членами сім'ї, для забезпечення якісного результату. [23]

Також важливим є факт того, що ремісія у випадку ПТСР визначається не лише відсутністю симптомів, але й відновленням психічного, духовного комфорту та позитивного налаштування. До критеріїв якості ремісії включають: [40]

- ✓ Відсутність суб'єктивно важливих симптомів (напр. тривога, відчуття небезпеки)
- ✓ Позитивне налаштування (відновлення впевненості в собі, почуття оптимізму, енергії, хорошого самопочуття)
- ✓ Повернення до звичного рівня функціонування в соціумі.
- ✓ Забезпечення самостійного контролю над своїми емоціями.
- ✓ Здатність відчувати задоволення від повсякденної діяльності та взаємодії з сім'єю та суспільством. [10]

Отже, основним показником успішності терапії при посттравматичному стресовому розладі в сучасних умовах є максимальне відновлення адаптивних здібностей та соціального функціонування.

ВИСНОВОК:

Беручи до уваги все вище зазначене, формується наступний висновок. На сучасному етапі війна в Україні є передумовою розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який стає серйозною проблемою, яка впливає на фізичне та психічне здоров'я військовослужбовців та цивільного населення. Стресові події, пов'язані зі збройними конфліктами, війнами та терористичними актами, нерідко призводять до розвитку ПТСР у військових.

Умови сучасної війни, які включають непередбачуваність ситуацій, страх перед смертю або травмою, постійний стрес та загрозу для життя, є основними факторами, що сприяють розвитку ПТСР. Жахливі санітарні умови, постійна загроза життю, необхідність завжди бути пильними, ставати свідками страшних смертей, розривання людських тіл, втрати побратимів, можливість або й втрата власного здоров'я, власної свободи, потрапляючи в полон, життя в тортурах це та реальність в якій ведуться сучасні бойові дії. Війна це пролонгований стрес, який іноді трішки знижує інтенсивність, проте залишається загрозливим, завжди. Військовослужбовці адаптуються до цих умов виживання, що спричиняє деякі зміни в нейронних зв'язках, відділах мозку, гормональній системі. Тому реадаптація до нормальних умов вимагає часу та чималих зусиль.

Тому, важливою частиною реагування на цю проблему є розвиток та впровадження ефективних програм профілактики, діагностики та реабілітації ПТСР серед військовослужбовців. Ключовими аспектами таких програм є психологічна підготовка перед військовою службою, психосоціальна підтримка під час бойових дій, а також доступ до якісних психологічних та медичних послуг у період після війни. Крім того, необхідно активно залучати родини військових до процесу реабілітації та підтримки, оскільки вони можуть відігравати ключову роль у здоров'ї та соціальній адаптації постраждалих осіб. Доцільною є також підтримка і психологічна допомога родинам та близьким постраждалих осіб, оскільки вони також можуть страждати від наслідків воєнного конфлікту.

Забезпечення психологічного благополуччя військовослужбовців у військових конфліктах є невід’ємною складовою збереження їхнього здоров’я та ефективності виконання службових обов’язків. Тому, системна робота з попередження та лікування ПТСР є важливим завданням для військових та медичних установ у сучасних умовах ведення війни.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СИМПТОМІВ ПТСР НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ВІЙНИ

2.1 Характеристика вибірки та методик дослідження.

У дослідженні взяло участь 108 військовослужбовців, залучених до військових дій, віком від 20 до 60 років (див. рис. 2.1). З них 104 особи чоловічої статі та 4 особи жіночої. До уваги було взято термін перебування в умовах бойових дій, відтак 44 особи несуть службу на війні менше 1 року, тоді як 63 більше 1 року.

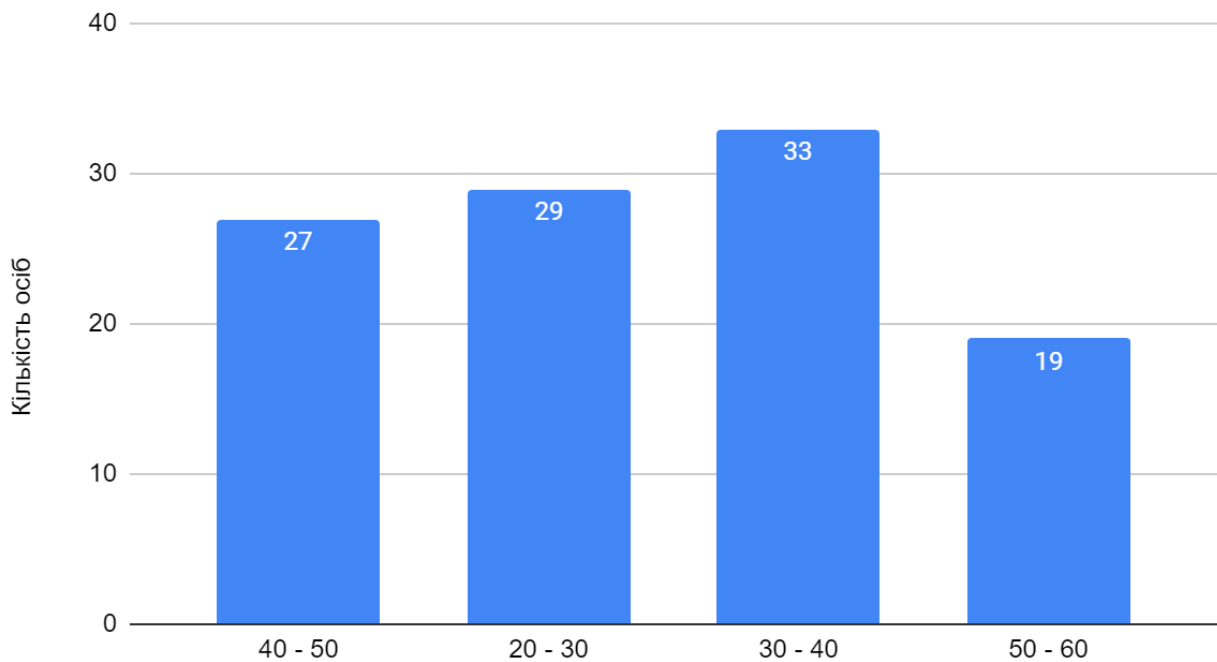


Рис. 2.1. Кількість досліджуваних за віком

В ході психологічного дослідження були використані наступні методики: Шкала для оцінювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) - PCL-5 (адаптація В.Г. Безшейко); оцінка якості життя sf-36; Шкала депресії Бека; госпітальна шкала тривоги та депресії HADS;

З метою визначення поширеності посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, пропонується шкала PCL-5 [51]. (див. ДОДАТОК_А) (згідно адаптації В.Г. Безшейко). Цей опитувальник складається з 20 питань, які оцінюються інтенсивністю від 0 до 4, в залежності від гостроти вираження симптому[19]. Здебільшого його використовують з метою первинного скринінгу ПТСР. Виділяючи 5 основних кластерів симптомів ПТСР, а саме :

- Критерій А _ відповідає за опис травматичної події, у рамках цього дослідження, травматичною подією виступають – військові дії.
- Критерій В _ відповідає за виокремлення симптомів інтрузії з 1-го по 5-те запитання.
- Критерій С _ виокремлює симптоми уникнення – 6-те та 7-ме запитання.
- Критерій D _ досліджує наявність негативних думок та емоцій, з 8-го по 14-те запитання.
- Критерій Е _ визначає симптоми надмірної реактивності, з 15-го по 20-те питання. [23]

Мінімальний бал згідно цієї шкали дорівнює 0, тоді коли максимально можливий – 80. Клінічно значущими симптомами вважається коли особа набирає 33 бали та більше, в сумарній кількості шкали.

Також за для оцінки загального стану здоров'я та якості життя з погляду самого військовослужбовця, був використаний опитувальник якості життя «SF-36» (див. ДОДАТОК_Б). [50] В рамках нашого дослідження опитувальник SF – 36, спрямований на кількісну оцінку стану здоров'я та якості життя, у умовах військових дій, та їх кореляцію із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Респондентам необхідно дати відповідь на 36 запитань на основі яких аналізуються наступні шкали: загальний стан здоров'я, обмеження активності, проблеми фізичного здоров'я, психічне здоров'я, інтенсивність болю, соціальна діяльність, енергія та емоції. Результати sf - 36 будуть використані для виявлення змін в якості життя через наслідки ПТСР, допомагаючи розуміти, як ця проблема впливає на загальний стан та самопочуття у військових.

Наступною був обраний опитувальник «Шкала депресії Бека» (див. ДОДАТОК_В). Він являє собою підхід, що був запропонований А.Т. Беком у 1961 році, який базується на результаті клінічних спостережень, які ідентифікувати набір найбільш релевантних та вагомих симптомів депресії, а також скарги, котрі були найчастішими в межах одного запиту. Після аналізу цих

даних та порівняння з клінічними описами депресії у науковій літературі, був розроблений опитувальник, що містить 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відображають специфічні прояви, симптоми депресії. Ці твердження були рівно відповідні до їхнього внеску у загальний ступінь важкості депресії. Згідно зі ступенем вираженості кожного симптому, кожному пункту було присвоєно значення від 0 (відсутній симптом або мінімально виражений) до 3 (максимальна виражений симптом). Деякі категорії включають альтернативні твердження, які мають еквівалентну важливість. У світовій психологічній практиці цей опитувальник застосовують при обстеженні людей котрі пережили екстремальні, стресові ситуації. Складається воно із 21 твердження, кожне з яких є окремим типом психопатологічної симптоматики (див. рис. 2.1)

	Типи патопсихологічної симптоматики
1)	печаль;
2)	песимізм;
3)	відчуття невезіння;
4)	незадоволеність собою;
5)	почуття провини;
6)	відчуття покарання;
7)	самозаперечення,
8)	самозвинувачення,
9)	наявність суїцидальних думок;
10)	плаксивість;
11)	дратівливість;
12)	почуття соціальної відчуженості;
13)	нерішучість;
14)	дисморфобія;
15)	труднощі в роботі;
16)	безсоння;
17)	стомлюваність;
18)	втрата апетиту;
19)	втрата у вазі;
20)	втрата сексуального потягу.
21)	зклопотаність станом здоров'я;
	рис. 2.2

Шкали визначаються інтенсивністю прояву від 0 до 3, та дозволяють встановити ступінь виразності депресивної симптоматики, де 0 відповідає мінімальному значенню вираженості симптомів, тоді як 63 – максимальному.

Для визначення рівня тривоги та депресії було обрано - госпітальну шкалу тривоги та депресії «HADS» (див. ДОДАТОК_Г). Вона була розроблена у 1983 році Зігмондом А.С. та Снейтом Р.П., та призначена для визначення та оцінки ступеня вираженості симптомів депресії та тривоги. Основні переваги шкали HADS полягають у її простоті застосування та обробки, вона складається всього лиш із 14 тверджень, які обумовлюють дві підшкали:

- Підшкала А - «тривога» до якої відносяться непарні пункти: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
- Підшкала D - депресія» до якої входять парні пункти: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Відтак респонденти не були виснажені даною методикою, що підвищує правдивість та валідність результатів.

Отож, методологічна складова та характеристика групи досліджуваних, дозволяють визначити вплив симптомів ПТСР на якість життя військовослужбовців.

2.2 Аналіз отриманих результатів :

Використання описової статистики, дозволяє нам зробити висновок, щодо середнього значення прояву симптомів ПТСР серед учасників військових дій (див. табл. 2.1),(див. ДОДАТОК_Д):

Таблиця 2.1

Описова статистика прояву симптомів ПТСР серед учасників військових дій.

Показники	К-сть осіб (N)	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє Значення	Стандартне відхилення
Симптоми інтрузії	108	0	20	6,6944	5,23728
Симптоми уникнення	108	0	8	2,4444	2,32955

Негативні думки та емоції	108	0	28	9,287	7,71217
Симптоми надмірної реактивності	108	0	24	9,8333	6,18485
Загальна кількість балів	108	0	78	28,2593	19,89898

Отож, аналізуючи результати, виділяємо високі показники за шкалами, «негативні думки та емоції», а також «симптоми надмірної реактивності». Беручи до уваги симптоми надмірної реактивності, припускаємо, що вони зумовлюються необхідністю завжди бути наготові та в будь-який момент прийняти бій. Оскільки можливості людського організму є обмеженими, такий стан може призвести до сильного виснаження, внаслідок чого знижується якість сну, посилюється відчуття напруження та тривоги, підвищується збудливість та загострюється реакція на подразники. Що власне обумовлює зв'язок із високим показником за наступного критерію, - «негативні думки та емоції», адже у особи в стані постійної втоми, виникають здебільшого негативні саме думки та емоції. Що створює певне замкнуте коло, адже надмірна тривога призводить до негативних думок, і те ж навпаки.

В такому випадку, можна говорити про необхідність, якісно відпочинку, для військовослужбовців в період ротації. Із застосуванням технік розвантаження психоемоційного стану та систематичної десенсибілізації з метою навчіння екологічно позбавлятися тривожності в спокійних умовах.

Також варто зазначити, що середній показник загальної кількості балів за шкалою PCL-5, показує результати - нижче середнього, що свідчить про доволі високий рівень резистентності у військових по відношенню до постійного стресу.

Також було проаналізовано якість життєдіяльності військовослужбовців на сучасному етапі війни.

Таблиця 2.2

Описова статистика якості життя військових.

Показники	К-сть осіб (N)	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє Значення	Стандартне відхилення
Загальний стан здоров'я	108	2	8	4	1,44688
Обмеження активності	108	10	30	17,9537	5,54739
Проблеми фізичного здоров'я	108	0	3	1,537	1,13916
Проблеми емоційного здоров'я	108	0	3	1,5556	1,08803
Проблеми у соціальній діяльності	108	0	14	7,9074	2,98487

Виходячи із результатів згідно цієї методики, найвищий результат відповідає показнику «обмеження активності». В першу чергу, необхідно звернути увагу на те, що тут як і в попередній методиці однією із вагомих першопричин може виступати втома, яка виснажує організм, та обмежує активність, яка потребує ресурсу та мотивації. Також можна припустити, що мотивація «вижити» затьмарює собою, інші потреби у досяганні певних, раніше значимих для особи, видах діяльності.

Варто зазначити, що високим також є показник «проблеми у соціальній діяльності», що ймовірно обумовлено низьким рівнем довіри до оточуючих, переконаннями по-типу «ніхто не зможе мене зрозуміти». Ці переконання є від частки правдивими, адже цивільні громадяни, ніколи не зможуть зрозуміти, військовослужбовця котрий пройшов війну. Проте за умови правильної та щирої підтримки з боку сім'ї, друзів (що не воюють). Це переконання, може зменшити свій вплив на особу, тоді як близькі люди, можуть полегшити адаптацію військового до умов мирного життя. Адже показник «проблеми у соціальній діяльності» у цій методиці, обумовлений саме складністю адаптації до соціального середовища, котре було звичним до участі у військових діях.

Отож, узагальнюючи результати, можна констатувати, що якість життя та здоров'я військовослужбовців, знижується в продовж служби. Так, зокрема на питання – «Порівняно з річною давниною, як би Ви зараз оцінили своє здоров'я в цілому», 31.2% (34 особи) відповіли - набагато гірше, 49.5% (54 особи), дали відповідь – трохи гірше, та лише 19.3% (21 особа), вважають, що їх здоров'я практично не змінилось. (див. рис. 2.3.)

2. Порівняно з річною давниною, як би Ви зараз оцінили своє здоров'я в цілому:
109 відповідей

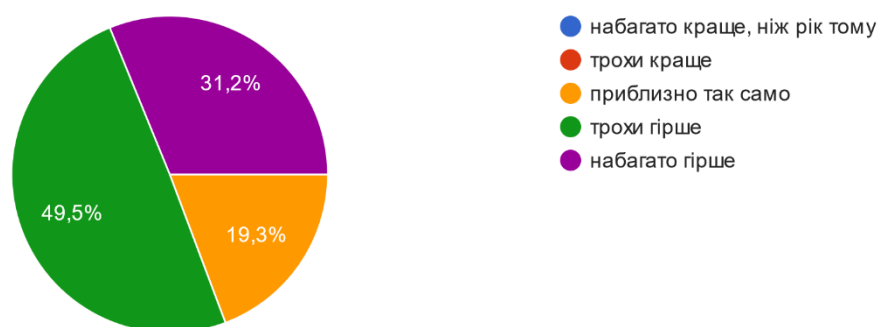


Рис. 2.3 Оцінка здоров'я, військовослужбовцями.

Також було взято до уваги, показники тривоги та депресії у респондентів, з метою якісного аналізу, в наступній таблиці, було об'єднано показники двох методик (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Описова статистика наявності тривожних чи депресивних станів.

Показники	К-сть осіб (N)	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє Значення	Стандартне відхилення
Депресивні симптоми	108	0	55	17,1759	10,33353
Депресія	108	0	20	8,4167	4,3688
Тривога	108	0	19	8,6944	4,41844

Відтак спостерігаємо субклінічний рівень тривоги та депресії. Що свідчить про можливість прояву, певних симптомів тривоги та депресії, але ці симптоми не досягають рівня, необхідного для діагнозу клінічного розладу. Наприклад, вони можуть відчувати легку тривогу або певну сумнівність, але ці симптоми можуть бути менш вираженими і тимчасовими, не перешкоджаючи їхній здатності до нормального функціонування в повсякденному житті та на службі. Важливо враховувати, що субклінічні симптоми можуть бути попереднім сигналом більш серйозного розладу, тому важливо вчасно визначати та відповідно реагувати на них, надаючи підтримку та доступ до психологічної допомоги для військовослужбовців.

Отож гіпотеза про те, що симптоми посттравматичного стресового розладу негативно впливають на якість життя військовослужбовців, частково підтвердилась.

2.3 Кореляційний аналіз даних.

Кроскореляція емпіричних даних представлена у ДОДАТКУ Е. Згідно з результатами кроскореляції, було встановлено, що чим більше військовослужбовець відчуває, обмеження активності ($r = 0,44$ при $p < 0,01$), проблеми із фізичним здоров'ям ($r = 0,44$ при $p < 0,01$), проблеми із емоційним здоров'ям ($r = 0,30$ при $p < 0,01$), проблеми із соціальною діяльністю ($r = 0,70$ при $p < 0,01$), депресивні симптоми, ($r = 0,74$ при $p < 0,01$), депресію ($r = 0,62$ при $p < 0,01$) та тривогу ($r = 0,66$ при $p < 0,01$), і при цьому, чим менше є загального показника здоров'я ($r = - 0,52$ при $p < 0,01$), тим більше в нього проявляються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (див. рис. 2.4).

Також встановлено, що чим сильніші в людини симптоми інтрузії, тим меншим є показник загального здоров'я ($r = - 0,50$ при $p < 0,01$), тоді як ті ж самі симптоми, загострюються, при обмеженій активності ($r = 0,51$ при $p < 0,01$) при

проблемах із фізичним ($r = 0,40$ при $p < 0,01$), та емоційним ($r = 0,23$ при $p < 0,05$) здоров'ям, а також при обмеженнях в соціальній діяльності ($r = 0,68$ при $p < 0,01$),



Рис. 2.4. Кореляційний зв'язок за шкалою «Загальні симптоми ПТСР»

депресивних станах ($r = 0,64$ при $p < 0,01$), депресії ($r = 0,51$ при $p < 0,01$) та тривозі ($r = 0,62$ при $p < 0,01$) (див. рис 2.5).



Рис. 2.5. Кореляційний зв'язок за шкалою «Симптоми інтрузії»

Аналізуючи симптоми уникнення у військових, було встановлено, що чим більше проявляються депресивні симптоми ($r = 0,59$ при $p < 0,01$), депресія ($r = 0,52$ при $p < 0,01$) та тривога ($r = 0,52$ при $p < 0,01$), загострюються проблеми у соціальній діяльності ($r = 0,53$ при $p < 0,01$), проблеми емоційного ($r = 0,25$ при $p < 0,01$) та фізичного здоров'я ($r = 0,36$ при $p < 0,01$), разом з цим з'являється відчуття обмеження активності ($r = 0,42$ при $p < 0,01$) та знижується загальний показник здоров'я ($r = -0,47$ при $p < 0,01$), тим вагомніше місце займають симптоми уникнення у житті військовослужбовців (див. рис. 2.6).



Рис. 2.6 Кореляційний зв'язок за шкалою «Симптоми уникнення»

Також аналізуючи скарги на негативні думки та емоції, було встановлено, що чим більше у людини виникає депресивних симптомів ($r = 0,74$ при $p < 0,01$), труднощів із діяльністю в соціумі ($r = 0,65$ при $p < 0,01$), разом з тим є відчуття тривоги ($r = 0,59$ при $p < 0,01$), та депресії ($r = 0,58$ при $p < 0,01$), а також загострюються проблеми фізичного ($r = 0,43$ при $p < 0,01$), емоційного здоров'я ($r = 0,31$ при $p < 0,01$) та ускладнюється взаємодія у суспільстві ($r = 0,37$ при $p < 0,01$), в той час коли загальний стан здоров'я ($r = -0,45$ при $p < 0,01$) знижується, зростає кількість та інтенсивність негативних думок та емоцій (див. рис. 2.7)



Рис. 2.7 Кореляційний аналіз шкала «Негативні думки та емоції»

Разом з тим, виявлено зв'язок, між інтенсивними симптомами надмірної реактивності, та підвищенням інтенсивності впливу на людину, депресивних симптомів ($r = 0,7$ при $p < 0,01$), тривоги ($r = 0,66$ при $p < 0,01$), депресії ($r = 0,61$ при $p < 0,01$), проблем у соціальній діяльності ($r = 0,67$ при $p < 0,01$), обмеження в активності ($r = 0,38$ при $p < 0,01$) та проблеми фізичного ($r = 0,40$ при $p < 0,01$) і емоційного здоров'я ($r = 0,28$ при $p < 0,01$) за умови зниження загального показника здоров'я ($r = -0,52$ при $p < 0,01$) (див. рис. 2.8)

Отож, з результатів кореляційного аналізу можна зробити наступні висновки: встановлено, що люди з симптомами ПТСР, на сучасному етапі війни, мають труднощі в сферах, що пов'язані із діяльністю в суспільстві, що є наслідком дезадаптації в цивільному суспільстві, через колосальну різницю у комунікаційних звичках серед військових та цивільного населення. Постійна ймовірність загрози життю, підвищує у військових загальний рівень тривоги, та стає підґрунтям для розвитку депресивних симптомів та депресії у висновку. Що власне сприяє виснаженню організму, викликаючи втому, в наслідок якої



Рис. 2.8 Кореляційний зв'язок за шкалою «симптоми надмірної реактивності»

людина стає обмеженою в активності, через елементарний брак сили. І зрештою у людини загострюються фізичні та емоційні проблеми, що призводить до зниження загального показника здоров'я. В контексті нашого дослідження можна говорити про те, що першопричиною всіх вище зазначених станів є стрес, спричинений військовими діями в Україні, який у випадку переростання у посттравматичний стресовий розлад, тягне за собою, ряд симптомів та станів, які сприяють зниженню загального показника здоров'я, та якості життєдіяльності в цілому.

Відтак зазначаємо, що гіпотеза про те, що повномасштабна війна в Україні може сприяти зростанню симптомів посттравматичних станів та посттравматичного стресу розладу (ПТСР) у військовослужбовців, що в свою чергу може здійснити негативний вплив на функціональність, життєдіяльність та якість життя діючих військових та ветеранів війни – підтверджується.

2.4 Порівняльний аналіз даних.

1) Для порівняльного аналізу даних за допомогою показників t – критерію, Стюдента, для дослідження впливу, тривалості ведення бойових дій, на військовослужбовців, було виокремлено 2 групи: перша – військовослужбовці, що ведуть бойові дії менше року; друга – військовослужбовці, котрі ведуть бойові дії більше року. (див. табл. 2.4), (див. ДОДАТОК_Є)

Таблиця 2.4

Результати порівняльного аналізу, отриманих даних на основі виокремлених груп: перша – ведення бойових дій, менше року часу, друга – більше року часу

Показники	М Військові, що ведуть бойові дії, менше року.	М Військові, що ведуть бойові дії, більше року.
Загальні симптоми ПТСР	20,3182	34,1905
Симптоми інтрузії	4,6818	8,2063
Негативні думки та емоції	6,1818	11,5714
Симптоми надмірної реактивності	7,7045	11,4444
Загальний стан здоров'я	4,5	3,619
Обмеження активності	15,4091	18,0476
Проблеми фізичного здоров'я	1,2955	1,7302
Проблеми емоційного здоров'я	1,7302	1,6825
Трунощі у соціальна діяльність	4,3864	7

Депресивні симптоми	14,6136	19,0952
ДЕПРЕСІЯ	6,9318	9,5079
ТРИВОГА	7,6591	9,4286

Між військовими, котрі служать менше 1 року, та тими хто служить, більше одного року, в умовах бойових дій, виявлено значні відмінності у загальному прояві симптомів ПТСР, а великою мірою вирізняються симптоми інтрузії, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності.(див. рис. 2.9). Усі симптоми ПТСР більш властиві - другій групі. Це означає, що з часом резистентність організму знижується, внаслідок чого, чим довше військові знаходяться у зоні бойових дій, що супроводжується постійним стресом, тим більше вони потерпають від симптомів посттравматичного стресового розладу.

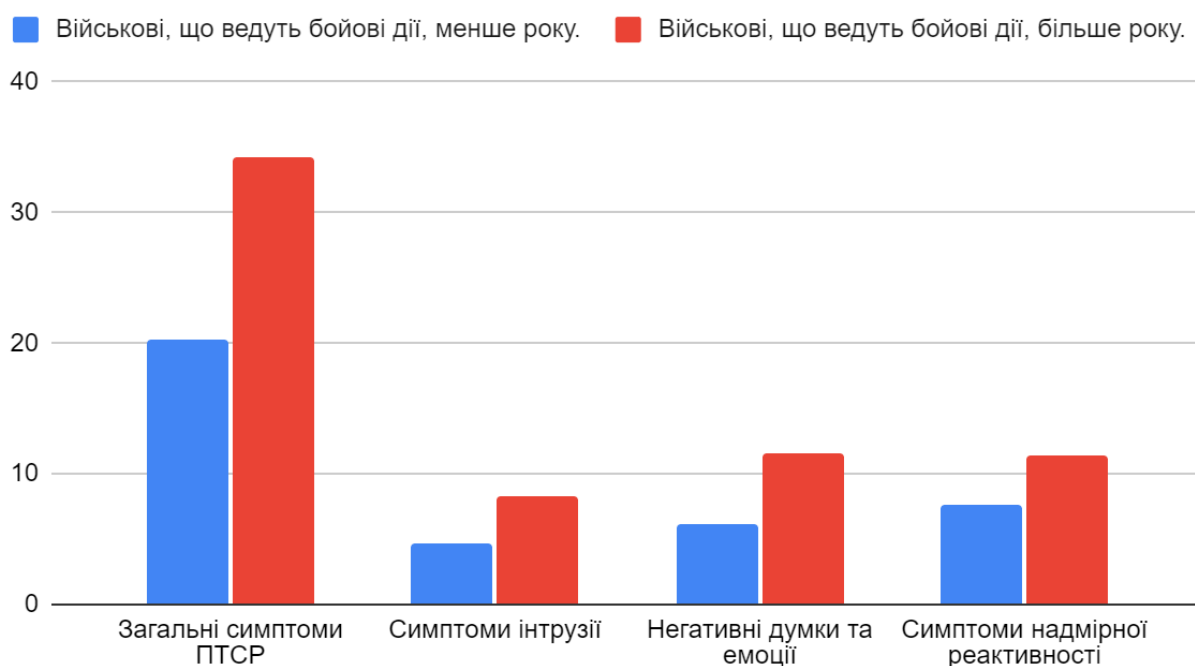


Рис.2.9 Гістограма середніх значень у діагностичних показниках двох груп

За показниками шкал, що визначають загальний стан здоров'я та якості життєдіяльності, відмінності між показниками значно менші. Показник стану загального здоров'я, є більш притаманний для представників, першої групи. Тоді

як обмеження активності, проблеми фізичного та емоційного здоров'я більш притаманні другій групі. Найбільш значна різниця спостерігається за показником труднощів у соціальній діяльності (див.рис.2.10). Перевага зі сторони другої групи, ймовірно, зумовлюється зміною особистості бійців, яку цивільний соціум не здатен, одразу прийняти, через що можуть виникати конфлікти в сім'ях, за умови відсутності щирої підтримки, або ж конфлікти із цивільними, котрі задають надто складні, в психологічному плані питання, для військових. Тому власне чим довше боєць перебуває в умовах військових дій, тим складніше йому адаптуватись до соціальної взаємодії.

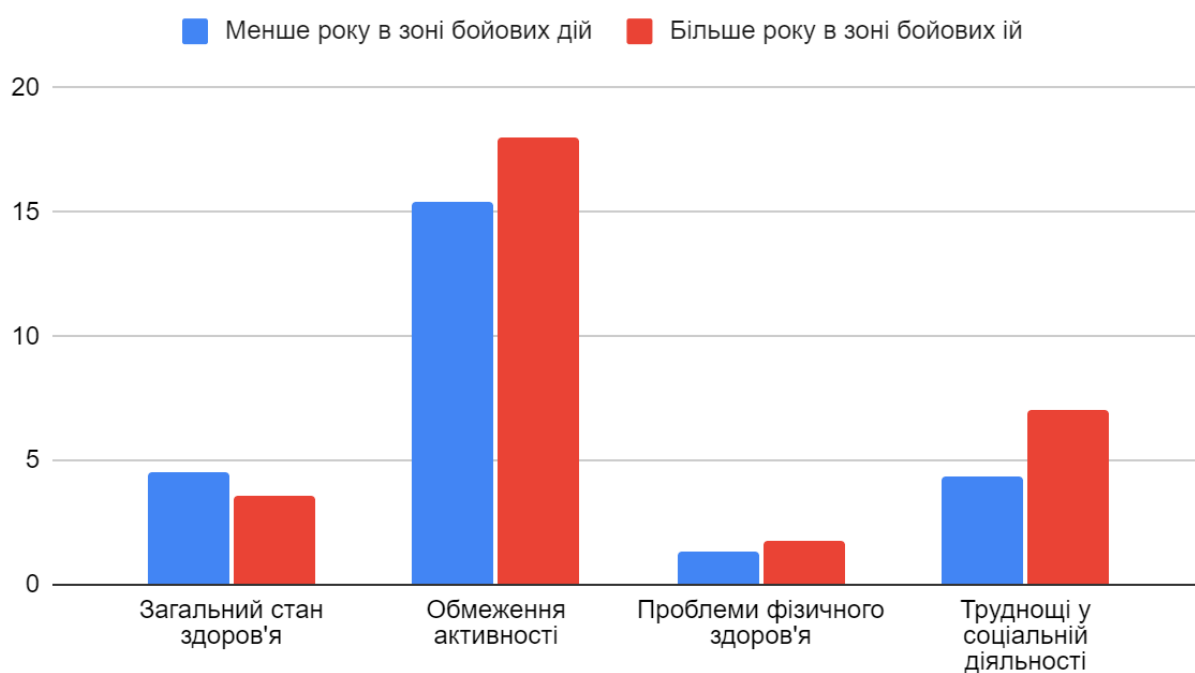


Рис. 2.10 Гістограма середніх значень у діагностичних показниках двох груп

Також бачимо значну перевагу другої групи у показниках депресивних станів, депресії та тривоги (див. рис. 2.10). На основі цих даних, можна стверджувати, що люди, котрі ведуть бойові дії більше 1 року, більш піддатливі тривожним та депресивним станам. Тоді як військові, що є учасниками бойових дій менше 1 року, є більш стійкими та резистентними до цих станів. З цього можна зробити висновок, що відпочинок котрий пропонувався бійцям, протягом часу на службі, був не достатнім для якісного відпочинку та відновлення ресурсів. Зрештою виснаження починає впливати, не лише на особисту якість життєдіяльності бійців, а й якість ведення ними військових дій.

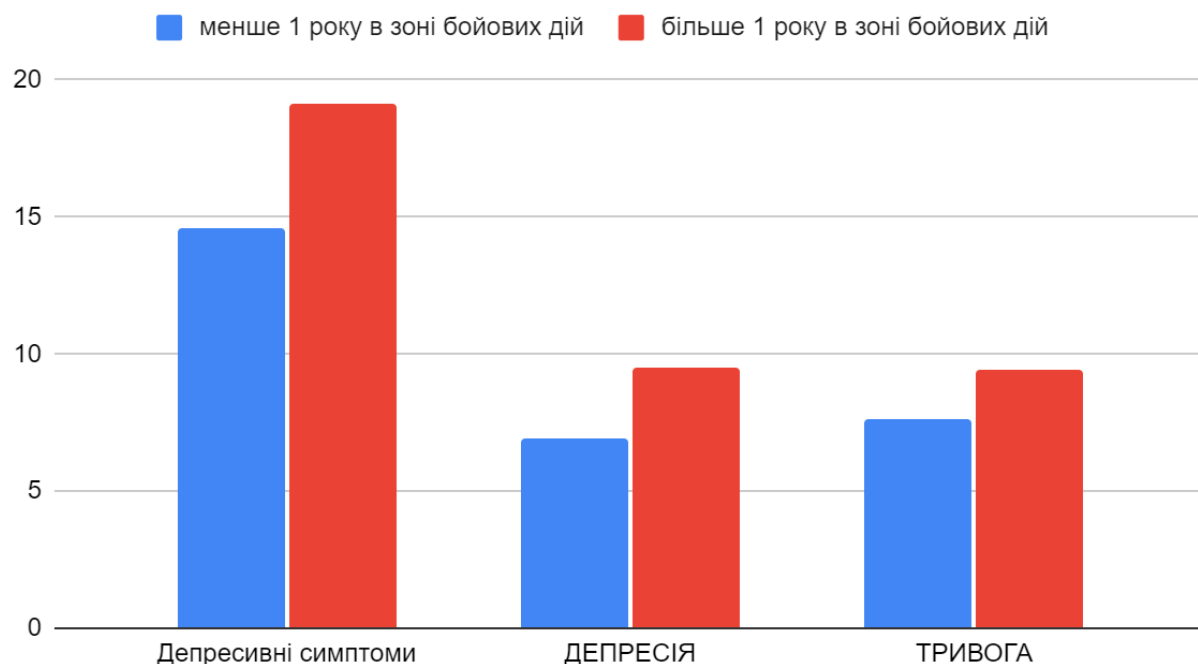


Рис. 2.10 Гістограма середніх значень у діагностичних показниках двох груп

Таким чином, гіпотеза, що військовослужбовці, які перебувають на службі у зонах бойових дій протягом більш ніж року, можуть виявляти вищу схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу та інших посттравматичних станів – підтвердилась.

2) З метою з'ясування вікових особливостей в прояві посттравматичного стресового розладу (ПТСР), було здійснено порівняльний однофакторний дисперсійний аналіз – тест Шеффе. До першої групи увійшли військові віком від 20 до 30 років; до другої військові віком від 30 до 40 років; до третьої віком від 40 до 50; до четвертої від 50 до 60.

За результатами проведеного аналізу (див. ДОДАТОК_Ж) суттєвих відмінностей не виявлено.

ВИСНОВОК ДО II РОЗДІЛУ:

У другому розділі було описано проведене емпіричне дослідження, в ході якого було досліджено інтенсивність прояву посттравматичних станів у

військовослужбовців на сучасному етапі війни, а також їх вплив на якість їхнього життя. До вибірки увійшло 108 осіб, віком від 20 до 60 років, котрі перебувають на службі в умовах бойових дій, з початку повномасштабного вторгнення в Україну. В ході дослідження респондентам були запропоновані наступні психодіагностичні методики: Шкала для оцінювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) - PCL-5 (адаптація В.Г. Безшейко); оцінка якості життя sf-36; Шкала депресії Бека; госпітальна шкала тривоги та депресії HADS;

За результатами даного дослідження було встановлено, що посттравматичні стресові розлади інтенсивно впливають на фізичне та психічне здоров'я військових, їхні відносини із суспільством та загальну якість життя. Цей висновок підкреслює важливість розробки та впровадження ефективних програм підтримки та реабілітації для військових, які стикаються з такими станами. Дослідження виявляє потребу в подальшій роботі для вдосконалення стратегій психологічної підтримки та інтервенції з метою зменшення негативного впливу посттравматичних станів на життєдіяльність військових. Адже виходячи із порівняльного аналізу - терміну перебування в умовах військових дій, ми бачимо, що чим довше військовослужбовці ведуть бойові дії, тим більш ускладнюється їх психоемоційний стан, тому поки війна в Україні триває, інтенсивність цих станів може змінюватись. На сучасному етапі війни, дослідження проводилось у квітні 2024 року, ми бачимо середню інтенсивність посттравматичного стресового розладу, та суміжних посттравматичних станів, які уже впливають значною мірою на якість життя військовослужбовців, котрі на постійній основі знаходяться під впливом значних стресових факторів, спричинених війною. З рештою така негативна тенденція може призвести до фатальних наслідків, втрати боєздатності окремих військових та збільшити кількість втрат на полі бою.

ВИСНОВКИ:

Підбиваючи підсумки проведеного теоретичного та емпіричного аналізу, приходимо до висновку, що посттравматичний стресовий розлад ПТСР та інші посттравматичні стани на сучасному етапі війни, проявляються в рамках середньої інтенсивності. Посттравматичні стани у військовослужбовців найчастіше проявляються в вигляді особистісної тривожності, що спричиняється головним чином стресом, пов'язаним із постійною небезпекою для життя та здоров'я, невизначеністю майбутнього, переживанням за своїх побратимів та страхом втрати свободи, потрапляючи в полон, чи втрати частин тіла. Також однією із найчастіших скарг є інтрузивні, нав'язливі спогади, непрохані думки, що призводять до проблем зі сном, який є неспокійним та чутливим, що ускладнює процес відновлення ресурсів, що були вичерпані під час ведення бою. Втома в свою чергу призводить до погіршення фізичного та психічного стану здоров'я, зниження швидкості реакції та концентрації, збільшення ризику вироблення неправильних рішень, збільшення ймовірності травм та негативно впливати на загальну бойову ефективність. Також втома є однією і першопричин розвитку посттравматичного стресового розладу.

У військовослужбовців на сучасному етапі війни, часто виникають труднощі у соціальній діяльності, що включає в себе відчуття відокремленості від цивільного життя, складнощі у взаємодії з цивільним населенням після повернення з бойових дій, відчуття неприналежності, відсутність підтримки та розуміння з боку невійськових людей, а також проблеми з адаптацією до мирного способу життя після звичного військового ритму. Також можуть виникати складнощі у встановленні та підтримці міжособистісних стосунків через травматичні враження, отримані під час служби.

Від симптомів посттравматичного стресового розладу та інших посттравматичних станів найбільше страждає самопочуття військовослужбовців, якість їхнього життя та здоров'я. Звісно, само собою зрозуміло, що якість життя та здоров'я в умовах бойових буде страждати, як закономірність. Проте беручи до уваги війну в Україні на сучасному етапі,

цивільне населення почало відділятися від військового. Що є ще більш згубним чинником для їх самопочуття.

Як було доведено в емпіричній частині даної роботи, набагато гостріше та частіше симптоми ПТСР, проявляються саме у військових, що служать більше 1 року. Це свідчить як про виснажливість організму при тривалому прямому контакту, із стресовими подіями, накопиченні травматичних вражень, обмеженому доступі до психологічного підтримки, соціальній ізоляції.

Варто зазначити, що ремісія у випадку ПТСР визначається не лише відсутністю симптомів, але й відновленням психічного, духовного комфорту та позитивного налаштування. Що в умовах ведення бойових дій є надто складним.

Тому власне, розвиток та розповсюдження інформованості про посттравматичні стресові розлади, та інші посттравматичні стани, такі як депресія, особистісна тривожність, розлади адаптації, тощо, серед військових та громадськості може сприяти забезпеченню належної підтримки та допомоги тим, хто зустрічається з цими проблемами. Цей висновок підкреслює необхідність постійного дослідження та удосконалення програм інтервенції для підтримки психічного здоров'я військових та їхніх сімей у контексті посттравматичних станів.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми профілактичної медицини. Збірник наукових праць, випуск дванадцятий. Головний редактор: Б.П. Кузьмінов, м. Львів 2015р – 165с.

2. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія. К. Талком, 2016. 246 с.
3. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша, Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил. 2015. № 2. 176–181 с.
4. В.Г. Безшейко, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, 30-31с. 2016.Т. 1, № 1: e010108. Режим доступу: <https://emedjournal.com>
5. Герасименко Л.О. Психогенні психічні розлади : навч.-метод. посіб. Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. К. : ВСВ «Медицина», 2021. 208с.
6. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.
7. Гринь К.В. Спосіб лікування посттравматичних стресових розладів. К.В. Гринь, А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, В.В. Шиндер ; заявник та патентовласник ВДНЗУ «УМСА». — № и 2017 12106 ; заявл. 08.12.2017 ; опубл. 10.05.2018, Бюл. № 9.
8. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах:метод. рекомендації уклад.: Волошин П.В. та ін. - Харків, 2014.
9. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. м. Харків, 2014. - 79 с.
10. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, Б.С. Федак, І.М. Сарвір. м. Харків, 2014. - 16 с.
11. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: О. М. Кокун, В. В. Клочков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. м. Київ-Одеса: Фенікс, 2022. – 128 с.

- 12.Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій: збірник наукових праць: Л.В. Помиткіної, Т.В. Вашеки, О.М. Ічанської. – К: Аграр Медіа Груп, 2018. – 323 с.
- 13.Ісаков Р.І. Психосоціальна реабілітація пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Р.І. Ісаков. Психологія кризових станів: наука і практика: зб. м-лів Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 4-6 листопада 2021 р. — Київ, 2021. С. 65—67.
- 14.Когут Олександра "Теоретико-емпіричне дослідження складових компонентів стресостійкості особистості." PSYCHOLOGICAL JOURNAL 6.11 (2020): 114-122с.
- 15.Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
- 16.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.
- 17.Корольчук М. С., Миронець С. М., Тімченко О. В. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник. Київ: КНТЕУ, 2014. 523 с.
18. Корольчук О. Л., Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр». К., 2016.– С. 104–111.
- 19.М.М. Пустовойт¹, О. С. Юрценюк², Н. М. Іванова², В.М. Пашковський; Теоретико-феноменологічні підходи до вивчення поняття трансформації особистості військовослужбовців внаслідок бойової травми; Клінічна та експериментальна патологія 2023. Т.22, N3 (85). С. 62-73. DOI:10.24061/1727-4338. XXII.3.85.2023.10
- 20.Медицина в різних природних умовах: посібник з надання першої та невідкладної догоспітальної медичної допомоги : пер. 7-го вид. Тейт Хіггінс,

Алі С. Арасту, Пол С.Ауербах ; наук. ред. пер. Антон Волосовець. - К. : ВСВ «Медицина», 2024. - Х, 533 с.

21. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. - Вид. 2-е, перероблене та доповнене. - Х. ХМАО, 2014. - 223 с.
22. Наumenко Л. Ю. Термінологічне визначення та етичне визнання статусу людини з інвалідністю. Л. Ю. Наumenко, В. В. Лепський, С. В. Макаренко, І. С. Борисова, О. В. Семененко. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2015. № 2. С. 7-11. - Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmse>
23. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців - Київ, 2023. 164 с. Друге видання, доповнене. Загальна редакція: К. Возніцина, Л. Литвиненко.
24. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
25. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип.14. Ч. І. С. 243-253.
26. Посттравматичний стресовий розлад – нова проблема медико-соціальної служби. Л. Ю. Наumenко, В. В. Лепський, І. С. Борисова, С. В. Макаренко, О. В. Семененко, А. Ю. Зубрило. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2015. № 4. С. 4-7. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmse_2015_4_4.
27. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки: Методичний посібник. О. М. Кокун, Н. С. Лозінська, І. О. Пішко. За ред. В. М. Мороза. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. — 54 с.
28. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки :Методичний посібник. О.М. Кокун, Н.С.

Лозінська, І.О. Пішко. За ред. В.М. Мороза. К. НДЦ ГП ЗС України, 2020. 70 с.

- 29.Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія П86 Мушкевич, Р.П. Федоренко, А.П. Мельник; за заг. ред. М. І. Мушкевич - Луцьк : Вежа – Друк, 2016.-260 с.
- 30.Психологічна корекція психологічних розладів особистості. Мельничук І. Я., 443-471ст.
- 31.Психологічна підготовка військовослужбовців ЗСУ до перебування в умовах різкої зміни бойової обстановки та умовах примусової ізоляції. Методичні рекомендації. — Київ: «Центр учбової літератури», 2022. — 108с.
- 32.Психологічна робота з особовим складом сил охорони правопорядку 186 щодо виконання службово-бойових завдань під час організації та проведення міжнародних великомасштабних спортивно-масових заходів: навч. посіб. І. І. Приходько, О. В. Тімченко, С. Т. Полторака та ін. - Х. : Акад. ВВ МВС України, 2013. - 197 с.
- 33.Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору: Д-р Джудіт Герман; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. - Львів : Видавництво Старого Лева, 2023. - 424 с.
- 34.Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. - К. : ВСВ «Медицина»,•, 2023. - 120 с.
- 35.Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович - К. ВСВ «Медицина», 2023. - 127 с.
- 36.Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович - К. ВСВ «Медицина», 2023. - 127 с.
- 37.Розов В.І. Психологія екстремальних ситуацій : адаптивність до стресу та психологічне забезпечення: науково-практичний посібник. Київ: КНТ, 2024.- 711 с.

- 38.Романчук, О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії, 2012. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma>.
- 39.Савченко, І. Є. Вплив травматичних подій на психоемоційний стан особистості. Сучасна освіта в Україні: актуальні виклики та можливості. 2023. С. 98.
- 40.Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос; за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. – 178 с.
- 41.Туриніна О. Л.Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. О. Л. Туриніна. - К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с. - Бібліогр.: с. 149-159.
- 42.Христюк О.Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2017. Випуск 2. С. 183-191. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2017_2_22
- 43.Чабан О.С. Психотерапія при ПТСР має бути спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності. Нейро News: психоневрологія та нейропсихіатрія. - 2010. - No2 (21). С. 5–8.
- 44.Щербатих Ю.В. Психологія стресу. К, 2006. 304 с.
- 45.Clinical Psychology Review, Vol. 28, No. 8, pp. 1041–1065, 2000
- 46.Horowitz M. J. Il Arch. Gen. Psychiatry. - 1974. - Vol. 31. P. 768-781.
- 47.Jenkinson C et al. J Public Health Med. 1997 Jun;19(2):179–86
- 48.Lloyd, D., Nixon, R.D.W., Varker, T., Elliott, P., Perry, D., Bryant, RA, Kremer M., & Forbes D. Comorbidity in predicting outcomes cognitive therapy treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders, 28. 2014. P. 237-240
- 49.Oppenheim H. Die Traumatischen Neurosen. 2nd ed. Berlin, Germany: Hirschwald. 1892

50. Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930.
edited by Mark S. Micale, Paul Lerner.
51. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr,
P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the
National Center for PTSD at ptsd.va.gov.
52. Haskell house publisher. Ltd. Publishers of scarce scholarly books. New York
1969.

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Таблиця. Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу

№	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 відчуття 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, пітливість)?	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 (приміром, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ — небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
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

ОПИТУВАЛЬНИК SF - 36

Опитувальник SF-36 є загальним, пацієнт-орієнтованим засобом, що спрямований на кількісну оцінку стану здоров'я і часто використовується як міра якості життя, обумовленої станом здоров'я (ЯЖ).

Текст методики:

1. Загалом, як би Ви оцінили Ваше здоров'я:

1. Відмінне 2. Дуже добре 3. Добре 4. Задовільне 5. Погане

2. У порівнянні з минулим роком, як би Ви в цілому оцінили Ваше здоров'я в даний час?

- Набагато краще, ніж рік тому.
- Трохи краще, ніж рік тому.
- Приблизно таке ж, як і рік тому.
- Дещо гірше, ніж рік тому.
- Набагато гірше, ніж рік тому.

3. Наступні пункти про різні види діяльності, які Ви могли б виконувати протягом звичайного дня. Чи Ваше здоров'я обмежує Вас в даний час у цих видах діяльності? Якщо так, то наскільки?

а. Енергійні види діяльності, такі як біг, піднімання важких предметів, участь в активних видах спорту ?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

б. Заходи з помірним фізичним навантаженням, такі як переміщення столу, штовхання пирососа, боулінг або гра в гольф?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

в. Піднімання або носіння пакетів з продуктами?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

г. Сходження на кількома сходовими підйомами?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

д. Сходження на один сходовий марш?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

е. Нахили, стояння навколішки або зігнувшись?

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

є. Проходження відстані більше милі (більше 1,6 км)

Відсутній
Дуже легкий
Легкий

Помірний
Сильний
Дуже сильний

8. Протягом останніх 4 тижнів наскільки біль заважав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу і поза домом, і вдома)?

Зовсім не заважав
Трохи
Помірно
Досить заважав
Надзвичайно заважав

9. Ці запитання про те, як Ви почувалися і що було з Вами протягом останніх 4 тижнів. На кожне запитання, будь ласка, дайте одну відповідь, яка є найближчою до того, як Ви почувалися.

а. Чи почувалися Ви сповненим бадьорості?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

б. Чи були Ви дуже знервовані?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

в. Чи почувалися Ви таким пригніченим, що ніщо не могло підняти Вам настрій?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

г. Чи почувалися Ви спокійно?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

д. Чи були Ви сповнені енергії?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

е. Чи відчували Ви сум та спустошення?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

є. Чи почувалися Ви змученим?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

ж. Чи були Ви щасливою людиною?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

з. Чи відчували Ви втому?

Весь час
Більшість часу
Велика частина часу
Деякий час
Трохи часу
Зовсім не було

10. Протягом останніх 4 тижнів скільки часу Ваше фізичне здоров'я а емоційні проблеми заважали Вашій громадській діяльності (наприклад, відвідування друзів, родичів та ін.)?

Весь час
Більша частина часу
Частина часу
Трохи часу
Не заважало

11. Кожне з наступних тверджень для Вас ІСТИНА чи БРЕХНЯ?

а. Здається, мені захворіти легше, ніж іншим людям:

Безумовно істина
Більше істина, ніж брехня
Не знаю
Більше брехня, ніж істина
Безумовно брехня

б. Я такий же здоровий, як і будь-хто, кого я знаю:

Безумовно істина
Більше істина, ніж брехня
Не знаю
Більше брехня, ніж істина
Безумовно брехня

в. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться:

Безумовно істина
Більше істина, ніж брехня
Не знаю
Більше брехня, ніж істина
Безумовно брехня

г. Моє здоров'я відмінне

Безумовно істина
Більше істина, ніж брехня
Не знаю
Більше брехня, ніж істина
Безумовно брехня

ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА

1.

*Мені не сумно
Значну частину часу мені сумно
Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим
Я відчуваю нестерпний сум та тугу*

2.

*Я не вважаю, що заслуговую покарання
Я допускаю, що заслуговую покарання
Я вважаю, що маю бути покараний
Я відчуваю, що доля карає мене*

3.

*Я спокійно думаю про майбутнє
Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити*

4.

*Я не відчуваю себе невдахою
В минулому я мав би менше зазнавати невдач
Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)*

5.

*Я в основному задоволений тим, ким я є.
Я втратив впевненість у собі
Я розчарований в собі
Я не люблю себе*

6.

*Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей
Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило
Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило*

7.

*Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
Я більш критичний до себе, ніж зазвичай
Я критикую себе за всі свої помилки
Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається*

8.

*Я не відчуваю відчуття провини
Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною
Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини
Мене мучить постійне відчуття провини*

9.

*У мене не виникає думок про самогубство
У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього
Я хочу вмерти і планую самогубство
Якщо б була нагода, я б зробив самогубство*

10.

*Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай
Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай
Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно*

Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити
11.

Я не плачу більш часто, ніж звичайно
Я плачу частіше, ніж звичайно
Я плачу кожен день по кожному незначному приводу
Я хочу плакати, але не можу

12.

Я не втратив цікавості до інших людей і занять
Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять
Мене важко чимось зацікавити

13.

Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
Я дратуюсь легше, ніж звичайно
Я дратуюсь значно легше, ніж звичайно
Я постійно відчуваю роздратування

14.

Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
Я не в стані приймати жодних рішень

15.

Мій апетит не змінився
Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
У мене зовсім нема апетиту
Я постійно хочу їсти

16.

Я не відчуваю себе нікчемним
Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
Я відчуваю себе повністю нікчемним

17.

Я так само добре можу зосередитися, як завжди
Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
Я не можу зосередитися ні на чому

18.

Я так само енергійний, як зазвичай
У мене менше енергії, ніж зазвичай
У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно
У мене немає сил ні на що

19.

Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
Я втомлююся значно легше, ніж раніше
Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа
Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

20.

Я сплю спокійно і добре висипаюсь
Вранці я прокидаюсь більш втомленим, ніж до того, як заснув
Я прокидаюсь рано і відчуваю себе так, ніби не виспався
Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюсь по декілька разів на ніч, в цілому сплю не більше п'яти годин на добу

21.

Мій інтерес до статевого життя за останній час не змінився
Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно
Мій інтерес до статевого життя значно змінився
Я повністю втратив інтерес до статевого життя

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, що відповідає Вашому стану, а потім підсумуйте бали в кожній частині

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (Оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі 3 - Увесь час 2 - Часто 1 - Час від часу, іноді 0 - Зовсім не відчуваю	1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
2. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись 3 - Це так, та страх дуже сильний 2 - Да, це так, але страх не дуже сильний 1 - Іноді, але це мене не турбує 0 - Зовсім не відчуваю	2. Я здатний розсміятися та уявити у тій чи іншій події смішне 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
3. Метушливі думки крутяться у мене в голові 3 - Постійно 2 - Більшу частину часу 1 - Час від часу і це не так часто 0 - Тільки іноді	3. Я відчуваю бадьорість 3 - Зовсім не відчуваю 2 - Дуже рідко 1 - Іноді 0 - Практично весь час
4. Я можу легко сісти та розслабитись 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - Зрідка це так 3 - Зовсім не можу	4. Мені здається, що я став робити все дуже повільно 3 - Практично весь час 2 - Часто 1 - Іноді 0 - Зовсім ні
5. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння 0 - Зовсім не відчуваю 1 - Іноді 2 - Часто 3 - Дуже часто	5. Я не сліdkую за своєю зовнішністю 3 - Це так 2 - Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно 1 - Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги 0 - Я сліdkую за собою так, як і раніше
6. Я відчуваю неспокійність, мені постійно треба рухатись 3 - Це так 2 - Напевно, це так 1 - В деякій мірі це так 0 - Зовсім не відчуваю	6. Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення 0 - Точно так, як і звичайно 1 - Так, але не в тій мірі, як раніше 2 - Значно менше, ніж звичайно 3 - Зовсім так не вважаю
7. У мене буває раптове відчуття паніки 3 - Дуже часто 2 - Досить часто 1 - Не так і часто 0 - Зовсім не буває	7. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми 0 - Часто 1 - Іноді 2 - Зрідка 3 - Дуже рідко
Кількість балів за шкалою тривоги: _____	Кількість балів за шкалою депресії: _____
0-7 балів – норма 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія	

ДОДАТОК Д

Описова статистика.

Descriptive Statistics					
Показники	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Загальна к-сть балів	108	0	78	28,2593	19,89898
Критерій Б - симптоми інтрузії	108	0	20	6,6944	5,23728
Критерій С - симптоми уникнення	108	0	8	2,4444	2,32955
Критерій Д - негативні думки та емоції	108	0	28	9,287	7,71217
Критерій Е - симптоми надмірної реактивності	108	0	24	9,8333	6,18485
Загальний стан здоров'я	108	2	8	4	1,44688
Обмеження активності	108	10	30	16,9537	5,54739
Проблеми фізичного здоров'я	108	0	3	1,537	1,13916
Проблеми емоційного здоров'я	108	0	3	1,5556	1,08803
Соціальна діяльність	108	0	14	5,9074	3,98487
Депресивні симптоми	108	0	55	17,1759	10,33353
ДЕПРЕСІЯ	108	0	20	8,4167	4,3688
ТРИВОГА	108	0	19	8,6944	4,41844

ДОДАТОК_Е

Кореляційна матриця даних.

Correlations														
		Загал ьна к-сть балів	Крите рій Б - симп томи інтруз ії	Крите рій С - стмпто ми уникн ення	Крите рій Д - негат ивні думки та емоції	Критері й Е - симпто ми надмір ної реактив ності	Загаль ний стан здоров 'я	Обмеж ення активн ості	Пробл еми фізич ного здоро в'я	Пробле ми емоцій ного здоров' я	Соціа льна діяльн ість	Депрес ивні симпто ми	ДЕПРЕ СІЯ	ТРИВ ОГА
Загальн а к-сть балів	Pearso n Correla tion	1	,907**	,828**	,956* *	,946**	-, 522**	,444**	,437**	,300**	,704**	,741**	,619**	,658**
	Sig. (2- tailed)		0	0	0	0	0	0	0	0,002	0	0	0	0
	N	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Критері й Б - симпто ми інтрузії	Pearso n Correla tion	,907* *	1	,755**	,788* *	,805**	-, 503**	,514**	,408**	,232*	,681**	,642**	,531**	,620**
	Sig. (2- tailed)	0		0	0	0	0	0	0	0,016	0	0	0	0
	N	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Критері й С - стмптом и уникнен ня	Pearso n Correla tion	,828* *	,755**	1	,752* *	,711**	-, 446**	,417**	,356**	,252**	,553**	,591**	,521**	,520**
	Sig. (2- tailed)	0	0		0	0	0	0	0	0,009	0	0	0	0
	N	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Критері й Д - негатив ні думки та емоції	Pearso n Correla tion	,956* *	,788**	,752**	1	,878**	-, 449**	,368**	,420**	,312**	,646**	,738**	,585**	,589**
	Sig. (2- tailed)	0	0	0		0	0	0	0	0,001	0	0	0	0
	N	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Критері й Е - симпто ми надмір ної реактив ності	Pearso n Correla tion	,946* *	,805**	,711**	,878* *	1	-, 525**	,379**	,403**	,285**	,675**	,697**	,617**	,663**
	Sig. (2- tailed)	0	0	0	0		0	0	0	0,003	0	0	0	0

ДОДАТОК_Є

Порівняльний аналіз t-студента.

Group Statistics					
	Скільки часу загалом (з можливими перервами) Ви берете участь у бойових діях?*	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Загальна к-сть балів	5	44	20,3182	16,3049	2,45806
	6	63	34,1905	20,22363	2,54794
Критерій Б - симптоми інтрузії	5	44	4,6818	4,01029	0,60457
	6	63	8,2063	5,5012	0,69309
Критерій С - стмптоми уникнення	5	44	1,75	1,94249	0,29284
	6	63	2,9683	2,45586	0,30941
Критерій Д - негативні думки та емоції	5	44	6,1818	6,27388	0,94582
	6	63	11,5714	7,89592	0,99479
Критерій Е - симптоми надмірної реактивності	5	44	7,7045	5,52617	0,8331
	6	63	11,4444	6,16383	0,77657
Загальний стан здоров'я	5	44	4,5	1,37249	0,20691
	6	63	3,619	1,38458	0,17444
Обмеження активності	5	44	15,4091	5,01773	0,75645
	6	63	18,0476	5,72045	0,72071
Проблеми фізичного здоров'я	5	44	1,2955	1,1926	0,17979
	6	63	1,7302	1,06569	0,13426
Проблеми емоційного здоров'я	5	44	1,7302	1,14559	0,1727
	6	63	1,6825	1,04458	0,1316
Соціальна діяльність	5	44	4,3864	3,54516	0,53445
	6	63	7	3,97167	0,50038
Депресивні симптоми	5	44	14,6136	9,64055	1,45337
	6	63	19,0952	10,50455	1,32345
ДЕПРЕСІЯ	5	44	6,9318	3,86636	0,58288
	6	63	9,5079	4,42818	0,5579
ТРИВОГА	5	44	7,6591	4,60002	0,69348
	6	63	9,4286	4,20719	0,53006

* Де «5» - участь в бойових діях менше року.

«6» - участь в бойових діях більше року.

ДОДАТОК Ж

Порівняльний аналіз «Т-Шеффе»

Descriptives									
	*	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Критерій Б - симптоми інтрузії	1	29	5,2414	4,33141	0,80432	3,5938	6,889	0	18
	2	32	6,8438	5,5597	0,98283	4,8393	8,8482	0	19
	3	26	7,6538	5,43281	1,06546	5,4595	9,8482	1	19
	4	21	7,2857	5,56905	1,21527	4,7507	9,8207	0	20
	Total	108	6,6944	5,23728	0,50396	5,6954	7,6935	0	20
Критерій С - симптоми уникнення	1	29	2,2759	2,21837	0,41194	1,432	3,1197	0	6
	2	32	2,2813	2,3312	0,4121	1,4408	3,1217	0	8
	3	26	2,6538	2,51304	0,49285	1,6388	3,6689	0	8
	4	21	2,6667	2,37346	0,51793	1,5863	3,7471	0	8
	Total	108	2,4444	2,32955	0,22416	2,0001	2,8888	0	8
Критерій Д - негативні думки та емоції	1	29	8,7241	8,06623	1,49786	5,6559	11,7924	0	28
	2	32	8,9063	7,22165	1,27662	6,3026	11,5099	0	28
	3	26	10,8462	8,1028	1,58909	7,5734	14,1189	1	26
	4	21	8,7143	7,74689	1,69051	5,1879	12,2406	0	26
	Total	108	9,287	7,71217	0,7421	7,8159	10,7582	0	28
Критерій Е - симптоми надмірної реактивності	1	29	8,931	6,39157	1,18689	6,4998	11,3623	0	23
	2	32	9,6875	5,52669	0,97699	7,6949	11,6801	1	20
	3	26	10,8846	6,65328	1,30482	8,1973	13,5719	0	22
	4	21	10	6,48845	1,4159	7,0465	12,9535	0	24
	Total	108	9,8333	6,18485	0,59514	8,6535	11,0131	0	24
Загальний стан здоров'я	1	29	4,1379	1,59741	0,29663	3,5303	4,7456	2	8
	2	32	4,125	1,23784	0,21882	3,6787	4,5713	2	7
	3	26	4,0769	1,4676	0,28782	3,4841	4,6697	2	7
	4	21	3,5238	1,50396	0,32819	2,8392	4,2084	2	8
	Total	108	4	1,44688	0,13923	3,724	4,276	2	8
Обмеження активності	1	29	15,069	5,33808	0,99126	13,0385	17,0995	10	29
	2	32	16,3125	5,07643	0,89739	14,4823	18,1427	10	29
	3	26	18,1154	5,42827	1,06457	15,9229	20,3079	10	29
	4	21	19,0952	5,96578	1,30184	16,3796	21,8108	10	30

	Total	108	16,9537	5,54739	0,5338	15,8955	18,0119	10	30
Проблеми фізичного здоров'я	1	29	1,5517	1,21262	0,22518	1,0905	2,013	0	3
	2	32	1,2813	1,14256	0,20198	0,8693	1,6932	0	3
	3	26	1,7308	1,04145	0,20424	1,3101	2,1514	0	3
	4	21	1,6667	1,1547	0,25198	1,1411	2,1923	0	3
	Total	108	1,537	1,13916	0,10962	1,3197	1,7543	0	3
Проблеми емоційного здоров'я	1	29	1,5172	1,15328	0,21416	1,0786	1,9559	0	3
	2	32	1,25	1,016	0,17961	0,8837	1,6163	0	3
	3	26	1,9231	1,01678	0,19941	1,5124	2,3338	0	3
	4	21	1,619	1,11697	0,24374	1,1106	2,1275	0	3
	Total	108	1,5556	1,08803	0,1047	1,348	1,7631	0	3
Соціальна діяльність	1	29	5,6207	4,20386	0,78064	4,0216	7,2198	0	14
	2	32	5,9063	3,80458	0,67256	4,5346	7,2779	0	14
	3	26	5,7308	3,59508	0,70505	4,2787	7,1829	0	11
	4	21	6,5238	4,58933	1,00147	4,4348	8,6128	0	14
	Total	108	5,9074	3,98487	0,38344	5,1473	6,6675	0	14
ДЕПРЕСІЯ	1	29	7,6207	4,43536	0,82363	5,9336	9,3078	0	17
	2	32	7,4063	3,9338	0,6954	5,988	8,8245	0	20
	3	26	9,3846	4,14803	0,8135	7,7092	11,06	0	18
	4	21	9,8571	4,80922	1,04946	7,668	12,0463	0	20
	Total	108	8,4167	4,3688	0,42039	7,5833	9,25	0	20
Депресивні симптоми	1	29	14,8621	10,00616	1,8581	11,0559	18,6682	0	36
	2	32	16,75	10,44185	1,84588	12,9853	20,5147	2	55
	3	26	17,9615	10,23907	2,00805	13,8259	22,0972	0	48
	4	21	20,0476	10,65587	2,3253	15,1971	24,8981	5	41
	Total	108	17,1759	10,33353	0,99434	15,2048	19,1471	0	55
ТРИВОГА	1	29	7,1724	3,99168	0,74124	5,6541	8,6908	0	15
	2	32	9,0938	4,027	0,71188	7,6419	10,5456	2	19
	3	26	9,1923	4,59582	0,90131	7,336	11,0486	0	18
	4	21	9,5714	5,08499	1,10964	7,2568	11,8861	1	19
	Total	108	8,6944	4,41844	0,42516	7,8516	9,5373	0	19

*Де «1» - військові віком 20-30 років

«2» - військові віком 30-40 років

«3» - військові віком 40-50 років

«4» - військові віком 50-60 років.