

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0532
спеціальності 053– Психологія
Круковська Маргарита Сергіївна
Керівник: Грандт В.В. к.психол.н., доцент
кафедри психології
Рецензент: Шевченко Н.Ф., д.психол.н., професор
кафедри психології

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2023 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Круковській Маргариті Сергіївні

Тема роботи Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців під час війни в Україні

керівник роботи Грандт В.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1505-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: вивчити та узагальнити теоретичні відомості та емпіричні дослідження про ПТСР його прояви та симптоми; проаналізувати існуючі дослідження психологічного стану військовослужбовців та основі шляхи впливу на нього на рівні держави та ветеранських організацій; визначити особливості психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям; дослідити та проаналізувати симптоми ПТСР військовослужбовців, що перебувають на лікуванні у закладах міста.
5. Перелік графічного матеріалу: 2 таблиці
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Розділ 3	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2023 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент _____ М.С. Круковська

Керівник роботи _____ В.В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

SUMMARY

Krukovska M.S. Psychological Features of the Manifestation of Post-Traumatic Stress Disorder in Military Personnel during the War in Ukraine

Master's qualification work: 59 pages, 2 tables, 1 appendix.

Research object: post-traumatic stress disorder

The subject of the study: psychological features of the manifestation of post-traumatic stress disorder in military personnel undergoing rehabilitation and treatment in medical institutions.

The purpose of the study: theoretical and empirical analysis of the features of the manifestation of PTSD in military personnel.

The hypothesis of our study is the assumption that the symptoms and manifestations of PTSD in servicemen who were in the active combat zone and were injured or contused will be dominated by avoidance symptoms.

The novelty of the study is that most researchers study the presence and manifestations of PTSD in general and the dynamics of its course. In our study, we focus attention on which group of core symptoms is most characteristic of those military personnel who show signs of post-traumatic stress disorder during treatment or rehabilitation.

The results of the study can be used to improve the strategy of working with PTSD in specific studied cases and in general to improve the level and effectiveness of psychological help for working with PTSD.

PTSD, MILITARY SERVANTS, VETERANS ORGANIZATIONS

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ІСТОРИЧНИЙ ТА СУЧАСНИЙ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ ПТСР, ПСИХОТРАВМИ ТА ЇХ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ.....	11
1.1. Історія опису проявів ПТСР та виникнення сучасної термінології.....	11
1.2. Посттравматична стресова реакція: особливості та симптоми	18
1.3. Психологічна травма та її вплив на особистість.....	22
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ.....	28
2.1. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців під час війни в Україні.....	28
2.2. Проблеми підтримки психічного здоров'я військовослужбовців.....	30
2.3. Психологічна підтримка та психотерапія ветеранів та військовослужбовців.....	41
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	47
3.1. Загальні відомості про дослідження та методики.....	47
3.2. Результати дослідження особливостей прояву ПТСР.....	48
ВИСНОВКИ.....	54
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57
ДОДАТКИ.....	60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Війна залишить свій відбиток на всіх. І на військових, і на цивільних, і на тих, хто залишився, і на тих, хто поїхав. І психологи, і звичайні громадяни мають знати, що таке ПТСР, як може проявлятися, що може зменшити ризик його виникнення та як поводитись з рідними чи знайомими, які страждають від ПТСР.

За даними світових досліджень від посттравматичного стресового розладу під час військових дій можуть страждати від 11 до 50 відсотків населення, саме такі дані актуальні, враховуючи і військових, і цивільне населення. Більш вразлива категорія це люди літнього віку, жінки та діти, але більше психотравмуючих ситуацій трапляється саме з військовими. Під час лікування і реабілітації, після демобілізації, коли травмуюча подія вже в минулому, військові і їх родин можуть зіткнутися з труднощами адаптації до мирного життя саме через наявність посттравматичного стресового розладу. ПТСР може стати однією з головних проблем післявоєнного часу. Саме тому так важливо досконало вивчити особливості його прояву у нашій країні, враховуючи специфіку війни саме в Україні.

Про “бойову втому” почали говорити ще з середніх віків, згадки про надто емоційну чи незвичну поведінку воїнів, що пережили тяжкі бої чи поранення можна знайти в літературі тих часів, наприклад, у п’єсах Шекспіра. Навіть в античних творах можна знайти метафоричні описи і згадки про травми війни, які відображаються на особистості воїна. “Одісею” Гомера можна вважати історією фізичного і психологічного повернення додому воїна. Шлях до самого себе, до мирного цивільного життя буває нелегко знайти після повернення додому, і близьким здається, що додому повернулась інша людина. Дійсно, досвід війни і пережитих травм та втрат змінюють людину дуже сильно. Суспільство має бути готовим до повернення воїнів додому. Всі ветерани бойових дій проходять певний етап адаптації до мирного життя, але

військові, в яких присутні прояви ПТСР будуть проходити цей процес довше та потребуватимуть спеціальної допомоги фахівців та підтримки і розуміння з боку близьких.

Особливості реакції на психотравмуючі ситуації та опис психічного стану військовослужбовців вивчали такі сучасні науковці як О. Кокун, Н. Агаєва, І. Пішко, Н. Лозінська. Проблемою психологічної реабілітації комбатантів знайшли відображення у роботах таких науковців, як: В. Алещенко, С. Василенко, І. Назаренко, В. Якимець, В. Печиборщ, Г. Слабкий, В. Іванов, А. Поліщук. Однак все ще потребують детального вивчення прояви та ознаки ПТСР сам в українських військових, які перебували в зоні активних бойових дій. За даними зарубіжних дослідження ознаки та домінантні прояви ПТСР відрізняються, наприклад, у військових які воюють на території своєї країни та у військових, які приймають участь у закордонних місіях.

ПТСР або посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. На відміну від гострої стресової реакції, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає, як правило, 2-6 місяців з моменту отримання психологічної травми. На виникнення та період прояву ПТСР може значн вплинути те, яку допомогу тримала особа одразу після травматичної події, яким був період ГСР (гострої стресової реакції)

Дослідження ПТСР американськими та ізраїльськими психологами та медиками виявило наступну особливість: під час участі у воєнних діях на своїй території ризик виникнення ПТСР значно знижується у порівнянні з участю у миротворчих чи військових місіях на території чужої країни. Ці дані можуть бути корисні для прогнозування обсягу військових, які можуть зіткнутись з ПТСР в Україні.

Обтяжуючим фактором у проявах ПТСР може бути синдром провини вцілілого, якщо побратими загинули або зазнали важких поранень або важчих ніж сама особа.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців, що перебувають на реабілітації та лікуванні у медичних закладах.

Мета дослідження: теоретичний та емпіричний аналіз особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та узагальнити теоретичні відомості та емпіричні дослідження про ПТСР його прояви та симптоми.

2. Проаналізувати існуючі дослідження психологічного стану військовослужбовців та основі шляхи впливу на нього на рівні держави та ветеранських організацій.

3. Визначити особливості психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям

4. Дослідити та проаналізувати симптоми ПТСР військовослужбовців, що перебувають на лікуванні у закладах міста.

Гіпотезою нашого дослідження є припущення, що в симптоматиці та проявах ПТСР у військовослужбовців, які перебували у зоні активних бойових дій та отримали поранення чи контузії будуть переважати симптоми уникнення.

Новизна дослідження полягає в тому, що більшість дослідників вивчають наявність та прояви ПТСР в цілому та динаміку його перебігу. В нашому дослідженні ми фокусуємо увагу на тому, яка саме група основних симптомів найбільш характерна для тих військовослужбовців, в яких спостерігаються ознаки посттравматичного стресового розладу під час лікування чи реабілітації.

Результати дослідження можуть бути використані для покращення стратегії роботи з ПТСР в конкретних вивчених випадках та в цілому для покращення рівня та ефективності психологічної допомоги для роботи з ПТСР.

Одним з найбільш ефективних і корисних для української психології і медицини досвідів є досвід ізраїльських фахівців. Простий і ефективний винахід Israel Trauma Coalition, протокол невідкладної психологічної допомоги “4 стихії” та модель моделі BASIK Ph використовуються багатьма спеціалістами в Україні. Модель BASIK Ph містить шість основних параметрів, що складають основу індивідуального стилю поведінки у несприятливих обставинах (кожна літера в назві моделі означає якийсь ресурс).

В профілактиці та лікуванні ПТСР значну роль може грати оточення. Родин, друзі, близькі військових мають дбати про своє психологічне здоров'я та підвищувати психологічну культуру. Ресурсне оточення яке розуміє, що відбувається з людиною, яка страждає від ПТСР підвищує шанси на одужання та виникнення такого феномену як посттравматичне зростання. Консультації з психологами, психіатрами, ветеранськими організаціями, залучення до офлайн і онлайн психологічних програм, таких як “Як ти?” може сприяти поліпшенню психологічного стану і особи з ПТСР і родини, спільноти в цілому.

РОЗДІЛ 1.

ІСТОРИЧНИЙ ТА СУЧАСНИЙ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ ПТСР, ПСИХОТРАВМИ ТА ЇХ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ

1.1 Історія опису проявів ПТСР та виникнення сучасної термінології

Про ПТСР насправді говорили і знали задовго до того, як науковці вивчили стрес, дали визначення травми та стресу. З тих самих пір, як люди навчилися описувати події та переживання, які були частиною їх життя чи за якими вони спостерігали, вони в тій чи іншій мірі описували війни та реакцію на них громадян та воїнів. страшні сні після боїв, або ж кошмари, що сняться тим, хто був у полоні. ці феномени описані і в історичних нотатках і в художній літературі давніх часів, прост називали ПТСР інакше.

Про так звану “бойову втому” почали говорити ще з середніх віків, здебільшого це були згадки про надто емоційну чи незвичну поведінку воїнів, що пережили важкі бої чи поранення. Описи такої поведінки можна знайти в літературі тих часів, наприклад, у п’єсах Шекспіра. Навіть в античних творах можна знайти метафоричні описи і згадки про травми війни, які відображаються на особистості воїна. “Одісею” Гомера можна вважати історією фізичного і психологічного повернення додому воїна. Шлях до самого себе, до мирного цивільного життя буває нелегко знайти після повернення додому, і близьким здається, що додому повернулась інша людина. Дійсно, досвід війни і пережитих травм та втрат змінюють людину дуже сильно. Суспільство має бути готовим до повернення воїнів додому.

Також науковці припускають, що дії легендарних скандинавських воїнів, вікінгів-берсерків, які шаленіли під час бою та руйнували все на своєму шляху, пов’язані із гіперзбудженням, яке також є характерним для посттравматичного стресового розладу.

Пізніше свідчення про посттравматичні стресові розлади, пов'язані з бойовим досвідом, знаходили в документах про Столітню війну між Англією та Францією. Про ці події потім згадував у своїх творах британський драматург Вільям Шекспір. У його п'єсі «Генріх IV» є вже не метафоричні, а дуже суттєві описи симптомів ПТСР. Дружина одного з героїв, Генрі Персі на прізвисько Готспер, скаржилась, що чоловік після повернення з війни проводив увесь час на самоті, втратив нормальний сон та апетит, а часом несподівано здригався і пітнів, пригадуючи минулі битви.

Перші спроби науково описати стрес, пов'язаний із війною, з'явилися у XVIII столітті. У 1761 році австрійський лікар Йозеф Леопольд описав симптоми у солдатів, схожі на ПТСР. Він описав цей стан як «ностальгію», оскільки солдати говорили, що мають проблеми зі сном і тривогу через те, що сумують за домівкою та рідними.

У XIX столітті з'явилися інші, більш конкретні та навіть інформативні назви для діагнозів, пов'язаних із бойовою втомою і травматичним досвідом пережитим під час бойових дій. Термінами «виснаження в бою» та «втома солдата» стали описувати стреси від тривалих боїв зі щоденним вогнем. У 1871 році американський хірург Якоб Мендес да Коста описав психосоматичні розлади часів Громадянської війни у США, які він назвав «солдатське серце». Лікар звернув увагу на наступну тенденцію: у солдатів, які абсолютно не мали проблем із серцем (у фізичному аспекті), розвивалися симптоми, які були подібні до кардіологічних хвороб: втома і слабкість, які виникали навіть при незначному фізичному навантаженні, задишка, надто швидке серцебиття, а також пітливість і біль та неприємні відчуття у грудях.

Згодом наукова спільнота почала досліджувати симптоми ПТСР, які траплялися не лише під час війни, але й під час катастроф, аварій, природних катаклізмів. У XIX столітті досить частим явищем стали аварії під час залізничних подорожей. До власників та управлінців залізниць все звертались люди, які скаржились на те, що вони постраждали під час аварії поїзда, при цьому в них не було очевидних фізичних ознак травм. Залізниця відкидала такі

заяви і не задовільняла так скарги, бо їх вважали фейковими. Однак на такі інциденти та скарги звернули увагу науковці. У 1882 році британський лікар Джон Ерік Еріксен у своїй роботі описав посттравматичні симптоми пасажирів, які потрапили в залізничні аварії. цю хворобу Еріксен назвав «залізничний хребет», оскільки вважав, що фізичні травми в області спини та голови спричиняють так званий «нервовий шок» за відсутності відкритих ран.

Від теоретичних досліджень до перших спроб знайти шляхи реабілітації, корекції таких станів, тобто безпосередньо до лікування посттравматичного стресового розладу, одним з перших перейшов австрійський психолог Зигмунд Фрейд. Він почав запроваджувати так зване «лікування розмовою» як метод роботи з ПТСР — тривала серія психоаналітичних сеансів, впродовж яких пацієнт мав лежати на кушетці та розповідати про все, що спливало на думку, все що вирило з його свідомості. Однак в тогочасному, досить консервативному та далекому від психологічних знань, суспільстві будь-які психічні розлади сприймали як недолік, слабкість, а то й небезпечну для оточуючих ваду характеру. Особливо це стосувалося військових. Суспільна думка була наступною: нормальний вояк має почуватись на війні впевнено, на своєму місці і не видавати занадто багато емоцій. Ті, у кого розвинувся стресовий розлад, вважалися або неповноцінними людьми, або, у гіршому випадку — боягузами та зрадниками своєї країни та ідей, через які ведеться війна. Майже таке ставлення до війни, військових та ПТСР було актуальним аж до другої частини ХХ століття. Через це ветерани війн вважали за краще нікому не розповідати про свої психологічні проблеми, навіть родині чи побратимам. але від ігнорування та замовчування проблеми нікуди не зникали, а ще й навпаки загострювалися. Перша світова принесла нові тактики бойових дій, наприклад окопну війну, новітню зброю і техніку: вогнемети, токсичний газ, великокаліберні гарматні установки, і такі несподіванки для того часу як танки та літаки. Навіть просто перебувати в окопах місяць за місяцем під постійними обстрілами, що несуть загрозу життю, це вже новий для того часу травмуючий бойовий досвід. Тому в багатьох країнах Європи, а також в США та Канаді все

більше стали звертати увагу на психологічний аспект війни. Війна змінюється, змінюються тактики й умови, а значить і поведінка, психологічний стан, необхідні професійні якості військових теж змінюються. Розвиток психології вплинув і на ставлення до психологічного стану воїнів, проблеми посттравматичного стресового розладу стали розглядати більш уважно. Хоча ставлення до них у суспільстві було, і навіть інколи і в наші дні залишається, стереотипним.

Під час Першої світової війни велика кількість солдатів втрачали слух, німіли або ставали паралізованими за відсутності видимих травм, які могли б до цього призвести. Це нашттовхнуло деяких дослідників на думку, що довге перебування під артилерійським вогнем викликає певну невротичну хворобу. У 1915 році британський лікар, психіатр Чарльз Маєрс, запровадив новий термін. Він назвав цей феномен «снарядний шок». Цей термін використовували для описання стану який можна порівняти з контузією. Однак Маєрс вважав «снарядний шок» травмою виключно психологічного характеру і іноді діагностував його навіть у тих своїх, які жодного разу не потрапляли під реальний арт обстріл.

Цей психічний розлад у кращому випадку лікували «фрейдівськими розмовами». А у гіршому випадку все могло закінчитись не лікуванням, а дисциплінарними покараннями і навіть позбавленням волі. Також іноді цей стан характеризували, діагностували як «розлад волі», який «корегували» присоромленнями та дисциплінарними покараннями. А в найгірших випадках для лікування пацієнтів застосовували дуже радикальну методику, так зване лікування електрострумом.

Таке лікування, кардинальне та жорстоке, не мало ніякого сенсу. Воно могло навіть погіршити ситуацію та стати причиною погіршення стану пацієнтів. Але були і прогресивно налаштовані науковці, психіатри, які вивчали, спостерігали без стереотипних установок і були відкриті до нової інформації, до нових ідей. Так, в 1941 році один з учнів Фрейда, американський психолог Абрам Кардінер у своїй статті «Травматичні неврози війни» зазначав, що

велика кількість ветеранів Першої світової після повернення з війни, вже у мирному житті, досі поведуться так, ніби все ще перебувають у тій самій травматичній ситуації, коли їх життя було під постійною загрозою. Згодом саме це дослідження стало основою для опису та формування сучасних критеріїв посттравматичної стресової реакції.

В той же час у світі вирувала ще більш страшна та суворая Друга світова війна. Вона була більш смертоносною, ніж попередня. Через високу інтенсивність бойових дій та розвиток технологій та військового обладнання вплив війни на психіку та можливість отримати фізичні та психологічні травми виріс. За даними військових США частота стресових розладів стала втричі вищою, ніж була в часи Першої світової війни. Більше ніж 500 тисяч солдатів стали непридатними до служби, вибули зі строю і не могли більше виконувати бойові завдання саме через проблеми з психікою. Звичними у військовому середовищі та медичних колах стали нові терміни увійшли нові терміни та вирази, які метафорично описували стал воїнів, для якого ще не було знайдено певних критеріїв та назв. Наприклад, один з найвідоміших висловів того часу, «погляд на тисячу ярдів» — порожній, абсолютно несфокусований погляд воїна, який отримав психологічну травму.

Окрім описів стресових розладів безпосередніх учасників бойових дій, науковці почали звертати увагу і на травмованих війною цивільних, які стали свідками активних бойових дій, пережили бомбардування, період окупації, концтабори, тортури та ін.. На початку 1950-х психотравматичні розлади розділили на декілька категорій. Розлади, спричинені участю у бойових діях або присутністю в зоні активних бойових дій виділили в першу групу, і відокремили від них те що назвали «цивільною катастрофою», до неї включили такі випадки як аварія, пожежа, стихійне лихо.

Радянські країни розвиток поглядів на ПТСР оминув. Психологічні травми отримані разом з бойовим досвідом майже не вивчались, їм не приділяли достатньої уваги. Очікувано, що і реабілітація, корекція, лікування порушень психіки внаслідок участі у війнах не були у пріоритеті. Всі стресові

розлади, які спостерігали у солдатів (без отримання ними явних фізичних ушкоджень) пояснювали так званою «воєнною істерією» і аж до розвалу Радянського Союзу таку поведінку могли прирівняти до дезертирства. Лікуванням чи хоча б вивченням цієї проблеми абсолютно не займалися

Стосовно питань лікування ПТСР, то за часів Другої світової війни воно нарешті починає ставати більш гуманним в країнах Західної Європи та США. Серед новітніх методів лікування була «групова терапія» для ветеранів бойових дій та солдатів. Однак на самому початку впровадження групової терапії, коли ще тривали бойові дії, сам процес реалізації ідеї та строків терапії були недостатньо вдалими та кваліфікованими з точки зору психології. Солдатів із так званими «неврозами воєнного часу» буквально за тиждень повертали на війну, в зону активних бойових дій, вважаючи, що в колі побратимів та звичній для них на цей час ситуації війни їм буде краще. Повноцінно була реалізована «групова терапія» вже після повного завершення військових дій і було спрямована на роботу з ветеранами. Але ветерани Другої світової, як і ветерани більшості війн в цілому, навіть зараз, мало з ким хотіли ділитися своїми думками, досвідом та переживаннями. Виключенням могли бути лише бойові товариші. У науці того часу з'явився новий термін, так звана «реакція адаптації». Сенс закладений в цей термін прогнозував, що психічний стан ветеранів мав покращитися «через певний час». І якщо ветеранам ставало з часом лише гірше, то цей розлад психіки уже не пов'язували з воєнними часами чи бойовим стресом.

Сучасне визначення ПТСР має не таку довгу історію, як сам феномен та його опис, це поняття було чітко сформовано в 70 х роках, і на це вплинуло декілька факторів. Що цікаво, не лише війна та досвід бойового стресу і необхідність з ними працювати вплинули на вивчення ПТСР. Проблеми мирного життя, необхідність роботи з жертвами насилля та жорстокого поводження також вплинули на це. Такі проблеми стали менше замовчуватись у суспільстві і це стало поштовхом прогресу у поглядах стосовно лікування посттравматичних стресових розладів.

Ключовий момент у проблемі вивчення та лікування ПТСР настав у часи війни у В'єтнамі 1959—1975 роках. На той час втрати серед військових США саме через психологічні проблеми становили близько 30% особового складу. стосовно тих, хто повернувся з війни, ветеранські організації В'єтнамської війни збирали групи, по типу груп підтримки, де обговорювали складнощі повернення ветеранів до мирного життя в цілому та свої психологічні проблеми, які виникли під час та внаслідок бойових дій.

Уже в першій половині 1970-х у США функціонували сотні ветеранських груп. Такі групи іноді перетворювались навіть на певні громадянські або ветеранські організації і ставали дедалі більш політично активними й все активніше заявляли про необхідність захистити права ветеранів війни у В'єтнамі. В той же час набирала обертів рух феміністок, які мали на меті повернути увагу до проблеми зґвалтувань жінок, насильства в сім'ї та проблеми жорстокого поводження з дітьми.

Поворотним пунктом у цьому питанні стало дослідження психолога Енн Берджесс, яке було проведено спільно з соціологом Лінди Холмстром у 1974 році. Ці науковці запровадили новий термін «синдром травми зґвалтування», в потім порівняли симптоми жертв зґвалтувань із тим симптомами, які можна було спостерігати у солдатів після повернення з війни. Усі ці дослідження, акції та протести вкупі із загальними антивоєнними настроями суспільства призвели до того, що у 1980 році Американська психіатрична асоціація вперше в історії вивчення питань посттравматичного стресу виділила «посттравматичний стресовий розлад» як окремий офіційний діагноз, для якого було складено детальний опис всіх симптомів. Це рішення вплинуло на дослідження ПТСР в цілому у всьому світі, а також на розробку більш ефективних методик лікування його фізичних та і психічних проявів. За останні десятиріччя ці методики розвивали, доповнювали, адаптували до різних країн і їх культурних особливостей та вдосконалювали. Також було створено нові покоління ліків для медикаментозної складової терапії ПТСР і розроблено нові підходи до психотерапії.

1.2 Посттравматична стресова реакція: особливості та симптоми

ПТСР або посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. На відміну від гострої стресової реакції, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає, як правило, 2-6 місяців з моменту отримання психологічної травми. На виникнення та період прояву ПТСР може значно вплинути те, яку допомогу тримала особа одразу після травматичної події, яким був період ГСР (гострої стресової реакції).

Для розуміння динаміки розвитку посттравматичного стресового розладу варто також вивчати та враховувати особливості та ознаки так званого бойового стресу та ГСР, гострої стресової реакції.

“Бойовий стрес представляє собою багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної бойової обстановки, який супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій” (П.А. Корчемний, 2010).

За результатами масштабних досліджень науковців, проведених в США, частота розвитку бойового стресу становить близько 9-14% серед військовослужбовців, які зазнали впливу травматичних подій. У США певні форми бойового стресу виявили у 15% ветеранів чоловічої статі і 8% ветеранів жіночої статі, які перебували в зоні ведення активних бойових дій та приймали в них участь.

Нозологічні форми бойового стресу це гостра реакція на стрес (ГРС) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Виділяють наступні форми реакції на дистрес та травмуючі події:

- гостра форма - симптоми посттравматичної стресової реакції зберігаються близько трьох місяців;
- хронічна - основні симптоми зберігаються більше трьох місяців;
- ПТСР з пізніми проявами, коли симптоми починають найбільш активно спостерігатись, проявлятись через 6 місяців після травматичної події.

У більшості випадків ті, хто страждає на ПТСР одужують за умови отримання вчасної кваліфікованої допомоги, але інколи ПТСР триває протягом багатьох років після травмуючої події і перетворюється в хронічну зміну особистості.

Стресорами для виникнення бойового стресу можуть стати чинники наступних груп: прямі бойові стресори, опосередковані та стресори, які певним чином пов'язані з військовою службою, з організацією життя та побуту на війні.

Перша група факторів, прямі стресори:

- події, які напряду загрожують життю і фізичної цілісності військовослужбовця;
- поранення, контузії, каліцтва;
- загибель побратимів або близьких людей;
- жахливі картини загибелі чи поранення побратимів;
- ситуації, які призвели до загибелі товаришів по службі, цивільних громадян, відповідальність за які військові за певних причин приписують собі;
- події, в результаті яких є відчуття сорому, думки, що постраждали честь і гідність особистості воїна.
- До другої групи включають наступні чинники:
- постійно підвищений рівень потенційної загрози для життя;
- перенапруження, тривале виконання інтенсивних завдань та постійне перевантаження, фізичне, розумове та емоційне;

- довготривала депривація головних біологічних і соціальних потреб особистості;
- відсутність можливості постійного контакту з близькими;
- неможливість суттєво вплинути умови свого життя і побуту;
- інтенсивні та довготривалі міжособистісні конфлікти в підрозділах;
- підвищена почуття відповідальності, в тому числі відповідальності за свої дії під час служби;
- постійний ризик загибелі, страх отримати поранення або потрапити в полон.

До третьої групи факторів входять наступні підгрупи стресорів:

Екзогенні або фізичні стресові фактори:

- спека, холод, волога, пил;
- вібрація, шум, вибухи;
- неприємні запахи (дим, порох, кров);
- інфекційні захворювання середовищі;
- особливості видимості(яскраве світло, темрява);
- складно доступна місцевість;
- перебування на висоті.

Фізіологічні:

- позбавлення достатньої кількості та якості відпочинку, сну;
- зневоднення;
- недоїдання;
- недостатньо гарна гігієна;
- м'язова втома та гіпоксія;
- перенавантаження м'язів або неможливість достатньо рухатись;
- проблеми з імунною системою;
- хвороба чи травма;
- неможливість задовільнити сексуальні потреби;
- вживання психоактивних речовин (куріння, кофеїн, алкоголь);
- ожиріння;

- поганий фізичний стан.

Ендогенні стресори. Перш за все це когнітивні стресори:

- інформаційне перевантаження або навпаки недостатньо інформації;
- сенсорна депривація або навпаки перенавантаження;
- двозначність, невизначеність, непередбачуваність;
- жорсткі часові вимоги виконання завдань;
- необхідність приймати складні рішення під час бою;
- постійна динаміка та зміни в організації життя, виконанні бойових завдань;
- складний вибір та відсутність можливості обирати;
- завдання, яка виходить за межі власної компетенції;
- попередні невдалі ситуації під час виконання бойових завдань.

Емоційні фактори:

- ізолюваність та самотність;
- загрози, які спричиняють тривогу та страх (смерть побратимів, страх за власне життя, страх отримати травму);
- відчуття втрати, скорбота (жалоба за загиблими побратимами);
- обурення, агресія і фрустрації,
- сумніви стосовно цілей бойових завдань чи актуальності власного перебування в зоні бойових дій цілому;
- пасивність, яка спричиняє відчуття суму чи апатії;
- релігійний фактор, зневіра або страх втратити віру;
- міжособистісні конфлікти (з побратимами або керівництвом);
- нестабільна ситуація вдома, проблеми спілкування з близькими ностальгія за домом;

Процес реалізації стресових факторів є досить багатокомпонентним феноменом, адже як генетичні передумови, так і набуті в процесі життя навички стресостійкості та подолання стресів впливають на кінцевий результат, на динаміку стресу - чи то в так зване посттравматичне зростання, чи в

патологічну реакцію: гостру стресову реакцію, розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад.

ПТП, або потенційно травмуюча подія, під час якої особистість чи група переживають інтенсивні емоції та почуття, як то жах, страх, безпорадність чи безнадійність і яка сприймається і відчувається як суттєва загроза власній приватності, стабільності або безпеці. Якщо дія стресора короткотривала (стрес-фактор діє коротостроково або дія не є інтенсивною) можна очікувати швидке покращення стану і повне одужання, за наявності внутрішніх і зовнішніх ресурсів, з плином часу (з варіаціями, зумовленими інтенсивністю і тривалістю дії стресора) та відсутністю чинників, що впливають на одужання (відсутність підтримки з боку родини або друзів, безперервна низка нових стресів, неконструктивні переконання).

1.3. Психологічна травма та її вплив на особистість

Як травма може впливати на особистість. Існує безліч різних поглядів на травму та її вплив на особистість. З початком повномасштабної військового вторгнення РФ на територію України, яке розпочалось 24.02.2022 р., більшість насея України пережило чимало травматичних подій, тобто отримали травматичний досвід: це і проживання в зоні активних бойових дій та на територіях, що окуповані, це внутрішнє переміщення і отримання статусу ВПО, і евакуації за межі країни, перебування в стан постійної тривоги та страху через повітряну тривогу, яка означає загрозу авіаударів на територіях, Де не ведуться активні бойові дії. Це стосується цивільного населення. Що ж відбувається з військовослужбовцями? Ризик пережити психотравмуючу подію підвищується в багато разів. Є ризик або й досвід полону, тортур, серйозного поранення. До майже 500 тисяч ветеранів АТО/ООС (за даними Міністерства у справах ветеранів станом на 2021 р.) за 8 років війни на Сході нашої країни в перші 6 місяці війни додалися близько 10 мільйонів біженців (за даними ООН станом на 20.03.2022 р.), а також мільйони наших співвітчизників, які певним чином

постраждали від війни. При цьому н ми всі знаємо про так звану травму поколінь, у спогадах чи сімейних історіях майже кожної української родини причаїлись спогади та вплив ще декількох трансгенераційних травм, таких як Голокост, а також травми Другої світової війни.

Впродовж життя людина переживає велику кількість подій, які можуть носити травматичний характер для психіки. Певна травматизація в житті може відбутися вже в ранньому дитинстві, насамперед світова статистика висвітлює високий рівень травматизації особистості через прови домашнього насильства, втрати значущих людей, сирітство, сексуальне насильство, переживання у якості свідка або учасника різного роду катастроф, нещасних випадків. Такий же високий ризик отримати подібні травми і у дорослому віці. Звичайно є велика кількість людей, які зростають і живуть у здоровому середовищі і їхнє життя проходить досить спокійно, без психотравмуючих подій. Це робить особистість більш ресурсною та надає певний запас витривалості до стресів. Кожен з нас має неповторний унікальний досвід який м набуваємо в процесі життя. Унікальний життєвий досвід робить нашу реакцію на стрес і непередбачувані події також унікальною. В науковому середовищі існують безліч поглядів на те, як саме впливає психотравма на особистість, зокрема фізіологічний та психологічний. Дослідники першої групи більше уваги приділяли тому як психотравма впливає на головний мозок та фізіологічні реакції організму, а також на такий аспект як вплив різного роду хвороб чи поранень в на загальний рівень психологічної травматизації, наслідки для психіки та прогноз повного одужання чи покращення стану. Є велика кількість досліджень, які демонструють певні структурні зміни в головному мозку, а також демонструють наявність нейрофізіологічних передумов розвитку посттравматичного стресового розладу та особливостей його перебігу. Одне з досліджень Кюн, в якому він намагався виявити, які саме структурні зміни мозку можуть стати фактором ризику розвитку ПТСР та які ділянки нашого мозку змінюватимуться вірогідніше за все внаслідок впливу стресових факторів (Kühn et al., 2021). Проте оскільки дане магістерське дослідження акцентується

на інших аспектах проблеми ПТСР, то зупинятися більш детально на такому погляді не будемо. Психологічний погляд на травму дає можливість сфокусуватись саме на факторах ризику та передумовах виникнення наслідків психотравматизації для психоемоційної сфери особистості. Якщо розглянути психодинамічну теорію, ми можемо побачити, що травма розглядається з боку наслідків, які вона спричинятиме для розвитку Его та Супер-Его, перебігу підсвідомих процесів, як вплине на формування та функціонування психічних захистів, на здатність формувати соціальні зв'язки та підтримувати міжособистісні стосунки. Також розглядається і вплив психотравми на внутрішній світ людини загалом. Ще більше уваги приділяється дослідженню впливу різноманітних психологічних інтервенцій на лікування, спрямованого на полегшення симптоматики і полегшення наслідків психотравмуючої події.

В наш час поняття «психічна травма» досить часто зустрічається у сучасній психологічній науці. Проте існують певні розбіжності в трактуванні зазначеного поняття. З одного боку, така ситуація пов'язана з висвітленням якогось одного конкретного аспекту (відповідно до наукової школи або напряму психології), який видавався дослідникам найважливішим. З другого боку, невпорядкованість у визначенні поняття «травми» в психології зумовлено складністю та суб'єктивністю переживань особистістю травмуючих подій, що ускладнює їх чітку систематизацію і узагальнення за конкретними критеріями. Термінологія, яка використовується для надання описових характеристик самого поняття «психотравма», частіше за все відображає приналежність її автора до певного професійного напряму (медицини, психології) або наукових підходів (таких як психоаналіз, біхевіоризм, гуманістична психологія, екзистенційна психологія та ін.). В Н. Пезешкіана, основоположника методу позитивної психотерапії, можна бачити розподіл психотравм на макротравми та мікротравми. На його думку, макротравма – це дуже значуща подія в житті особистості, яка потребуватиме від неї вияву самих різноманітних якостей особистості, що і сприятиме адаптації людини до мінливих умов життя. травма в даному випадку розглядається як чинник, що

спонукає особистість до позитивних змін у житті у житті. Традиційні для сучасної наукової спільноти визначення розуміння змісту і сутності поняття «психічна травма», з медичної точки зору, були сформульовані О. Черепановою. Вона трактує психічну травму як «травматичний стрес» – подія, яка сприймається людиною як загроза самому її існуванню в світі, яка порушує її звичну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, потрясінням, переживанням особливого роду [3, 6].

Психічна травма з точки зору саме психологічної науки – це порушення цілісності функціонування психіки, яке було спричинене ситуацією, яка суб'єктивно сприймається особистістю як непереборна та надзвичайна внаслідок недостатнього розвитку захисних механізмів; в подальшому викликає досить глибокі емоційні переживання (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвєладзе, І. Погодіна). У цьому контексті важливим критерієм формування травми є не сама травмуюча подія, а те,ю як особистість сприймає її, тобто суб'єктивна інтерпретація події (Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук). Тут уже можна прослідкувати відмінності і зробити певний розподіл психічної травми на такі категорії як суто психічна і психологічна, оскільки потенційно травмуюча подія може викликати або, навпаки, може не викликати психологічну травму в особистості залежно від суб'єктивної значущості ситуації для індивіда та системи механізмів психологічного захисту й інтерпретації її. В той же час, незважаючи на певні відмінності в трактуваннях психологічної травми в медичному та психологічному аспектах, спільною рисою для них є те, що виникнення травми завжди пов'язане з особливими надзвичайними подіями та високою інтенсивністю переживань, з негативними емоційними переживаннями (страху, жаху, безпорадності, втрати контролю тощо). Представник юнгіанського психоаналізу Дональд Калшед у своїй праці «Внутрішній світ травми» пише, що поняття «психотравма» використовується для позначення будь-якого переживання, що викликає величезні душевні страждання [4, 5]. Д. Калшед констатував, що психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травмівних подій, а і з причини

внутрішньої роботи самої психіки. «Психіка реагує на зовнішню травмуючу подію за наступною схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню «самотравмуючу силу», а потім відбувається малігнізація, «злякисне переродження» психологічних захистів особистості, які перетворюються із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний «архаїчний» рівень»

Т. Титаренко у словнику-довіднику подає таке трактування цього феномена: «Психологічна травма (психотравма, грец. Psyche – душа, trauma – пошкодження, потрясіння) – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість. У метафоричному значенні психотравма – це будь-яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив на функціонування особистості та її подальший розвиток» [6, 102].

Детальний аналіз досліджень різноманітних підходів у вивченні та розумінні бойової психотравми та її наслідків демонструє, що на сьогодні немає жодної теорії, яка би вичерпно та максимально прогнозовано пояснювала механізми виникнення та розвитку ПТСР. Наукові дослідження з цього питання дозволяють зробити певне узагальнення стосовно того, що під терміном психотравма доцільно варто розуміти результат впливу на людину стрес-факторів дуже значущих саме для неї, цей вплив достатньо суттєво змінює систему саморегуляції особистості та порушує ефективність життєдіяльності людини [7; 12;]. Травма має різний вплив на особистість. Ризик розвитку посттравматичної стресової реакції здебільшого залежить залежить від таких факторів:

1. Характеристики травмуючої ситуації (вид і «інтенсивність» травми): наявність безпосередньої загрози для здоров'я та життя; непередбачуваність і неконтрольованість чинника травми; довготривалість впливу травматичної події, фактор жорстокості (науково доведено, що психіці простіше впоратися з

тим, що відбулось в результаті природної катастрофи, ніж із жахами, які спричинили люди (вбивства, терор, тортури, зради, насильство та ін.).

2. Індивідуальні характеристики особистості та звичні для неї способи подолання травми та стресу (внутрішні ресурси): нюанси суб'єктивного сприйняття психотравмуючої ситуації, особливості копінг стратегій особистості.

3. Наявність близького оточення, яке може надати підтримку (зовнішні ресурси): відсутність соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (неприйняття, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація, невизнання державою тощо).

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

2.1 Особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців під час війни в Україні

Дослідженням впливу військових дій на психологічний стан цивільного населення та військовослужбовців займаються і представники Міністерства охорони здоров'я, і міжнародні та українські фонди та благодійні організації. Результати деяких досліджень оприлюднили. оприлюднили результати дослідження психологічного стану українців під час повномасштабної війни. Це одне з перших досліджень з початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну.

Дослідження було проведено БФ «Майді» й компанією Kantar Україна за участі Інституту соціальної та політичної психології НАПН України.

В результаті дослідження було отримано та узагальнено наступну інформацію:

- Психологічне благополуччя (за суб'єктивною оцінкою) – 6,7 балу з 9 можливих. Таки показник є дійсним майже для всіх демографічних груп на підконтрольних територіях. Найчастіше це результат гарного дбайливого та позитивного ставлення респондентів до самих себе, в той же час можливість та здатність упоратися з викликами сьогодення вони оцінюють гірше. Це свідчить про те, що ще й досі відбуваються процеси психологічної мобілізації а адаптації до умов військового часу. Певні категорії населення, певний відсоток людей пройдуть ей процес успішно, а певний відсоток буде потребувати допомоги. Це потрібно враховувати, що серед і цивільного населення, і військових, може

збільшитись відсоток тих, хто потребуватиме психологічної допомоги, через те, що війна триває все досить довгий час і настає перевиснаження;

- близько 40% респондентів зазначили, що зазнали загрози власному життю або стали безпосередніми свідками таких загроз, перебуваючи під постійними обстрілами;

- більше 41% опитуваних мають рідних або друзів, які перебували чи й дос перебувають у зоні бойових дій, близько 16% втратили когось з родини або близького оточення;

- Перебували в окупації, зазнали безпосередньої загрози насильства або були його свідками 6% опитаних.

- більше 5 % опитаних пережили або стали свідками усіх типів подій, які травмують (тобто обстріли, пряма загроза життю близьких, окупація або полон). Лише 9% населення в цих регіонах заявили, що жодного разу не стикалися з подією, яка могла нести загрозу їх життю чи безпеці за період повномасштабного вторгнення

- переважна більшість (понад 90%) знаходили в себе прояви хоча б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, і більше половини (56%) на даний момент перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР.

- Більше 72% опитуваних зазначили, що не відчували потреби звертатися по психологічну допомогу протягом останніх кількох місяців, не більше 5 % респондентів отримали таку допомогу, ще близько 22% хотіли б звернутися по допомогу до психолога, але ще не зробили цього;

- велика частина опитуваних (45%) респондентів визнали, що їм потрібно «набратись сміливості», щоб звернутися по допомогу до психолога чи психіатра, третя частина респондентів (30%) готові отримувати психологічну допомогу лише за кошти держави чи фондів і не готові платити за неї. Близько 35% опитуваних знають, куди вони могли б звернутися в разі необхідності, щоб отримати психологічну допомогу.

Якщо спиратись на дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 20% цивільного населення, яке протягом останніх 10 років проживає в

районах, які постраждали від війни, має різні форми психічних розладів: від легкої форми депресії й тривожних розладів до психозу. Майже кожна десята людина в таких регіонах має психічний розлад помірною або важкого ступеня.

Отримані дані дозволяють зробити певний прогноз і щодо ситуації в Україні: «Якщо ми прогнозуємо, що 15,7 мільйона осіб в Україні потребуватимуть психологічної допомоги, то 3,5 мільйона з них матимуть певний розлад психічного здоров'я, а 800 700 осіб матимуть психічний розлад помірною або важкого ступеня», – коментар генеральної директорки директорату медичних послуг МОЗ України. Ці дані можуть бути використані під час та враховані під час реалізації Національної програми психічного здоров'я, яку вже ініціювала Олена Зеленська, перша леді країни.

Дане дослідження було проведено методом опитування на панелі Kantar Україна в онлайн режимі. Це опитування охопило осіб віком від 18 до 55 років у різних містах України, всі обрані населені пункти з населенням більше 50 тисяч. Задля більшої достовірності дослідження опитування було анонімним.

2.2 Проблеми підтримки психічного здоров'я військовослужбовців

Участь у активних бойових діях та перебування на територіях, де йде війна, дуже підвищує відсоток психічних розладів і серед цивільного населення, і серед військових. Спостерігають часті випадки виникнення ПТСР, депресій, фобій. Якщо в роки Першої світової війни та на початку Другої світової дослідники вважали, що психологічну травму на полі бою можуть отримати винятково особистості зі слабкою та нестійкою психікою, і така травма була синонімом боягузства, то бойова практика і дослідження останніх років Другої світової суттєво скорегували погляд на психотравму. Попри велику кількість заходів з виявлення осіб з нестійкою психікою в процесі психологічного та фізичного відбору до військ у арміях світу, психологічні втрати та прояви ПТСР мали тенденцію зростати все більше.

У великої кількості військовослужбовців після перебування в зоні активних бойових дій, особливо вперше, можуть проявлятися симптоми депресії, тривоги або гострої реакції на бойовий стрес, також і депресивні реакції, або генералізований тривожний розлад. Більшість з воїнів потребують фахової допомоги таких спеціалістів як психологи, психіатри, психотерапевти, оскільки мають досить високий ризик розвитку ПТСР.

За даними міжнародних та українських дослідників, від 22 % до 43% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми було виявлено у 60–80 % захисників, частіше за все це наслідок того, що вони були очевидцями загибелі побратимів чи цивільного населення або приймали активну участь у евакуації важко поранених чи бачили велику кількість тіл загиблих. Більш високий ризик появи симптомів певних порушень психіки стосується більш молодих військовослужбовців, віком 19–25 років, також тих, у кого виявлено симптоми депресії, тривожні розлади, які мали проблеми з алкоголем або інші залежності. Симптоми посттравматичної стресової реакції розвиваються приблизно у 13–21% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але так і не звернулися за психологічною допомогою через стереотипне мислення, страх зневаги від побратимів за прояви слабкості, боягузтва, загрозу подальшій військовій кар'єрі [18].

Загальний стан психічного здоров'я військовослужбовців за даними останніх досліджень значно гірший, ніж серед цивільного населення, навіть тих, хто перебуває біля зони безпосередніх активних бойових дій – тривожні розлади, великі депресивні розлади серед військовослужбовців трапляються вдвічі частіше порівняно з цивільним населенням. Військові також більше схильні вдаватися до речовин, що здатні змінювати психічний стан, зокрема зловживання алкоголем серед них трапляється у 2,5 раза частіше. В той же час під час перебування в зоні активних бойових дій чоловіки більше схильні до такого зловживання, ніж жінки. Серед жінок частіше виявляють прояви тривожних розладів, ПТСР та розлади настрою. Військові, які брали участь в

активних бойових діях, майже в 7 разів частіше мають ПТСР, набагато більше зловживають алкоголем та іншими речовинами, ніж решта військових.

Однією з вагомих проблем, яка впливає на психологічний стан військовослужбовців та на протікання ПТСР у період реабілітації є проблема вживання та залежності від вживання психоактивних речовин. За даними дослідження Інституту судової медицини мотиви та вплив вживання ПАР вирізняється серед різних груп. Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, А.Ю. Васильєва, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна зазначають, що дані, отримані у процесі дослідження дозволили зробити висновок, що між двома категоріями військовослужбовців, що вживали ПАР, є значна різниця. Військові, які почали вживати ПАР у мирний час, мали досить високий рівень адаптації та вплив вживання на їх функціональність не був надто високим, тоді як у половини військовослужбовців, які стали вживати ПАР тільки в бойовому оточенні, рівень загальної адаптації низький. Вищезазначене характеризує осіб першої категорії як більш адаптованих в цілому до військової служби, для них адиктивна поведінка є статусним самоствердженням або зсобою отримати задоволення; у осіб другої категорії вживання ПАР під час перебування в зоні активних бойових дій було пов'язане з реалізацією потреби у пристосуванні до важких особливостей військової служби та емоційним перевантаженням. Головним чинником адиктивної реалізації в даному випадку було бажання знизити зависокий рівень ситуаційної тривоги (у 51% осіб). Мотив гіперактивації посів друге місце (24%), тобто важкі військові умови, недостатня якість і кількість сну та відпочинку спонукали цих військових до пошуку додаткового енергетичного потенціалу, який вони знайшли для себе у ПАР. На третьому місці серед мотив споживання було споживання заради задоволення (20%).

Порівняно з Першою та Другою світовими війнами, ставлення до психічних розладів значно змінилось, але й досі є певні стереотипи, які заважають командуванню та побратимам адекватно сприймати проблеми побратимів і запропонувати допомогу або звернути увагу людини на те, що їй

її стан змінився на гірше. Також і самі військовослужбовці не мають частіше за все необхідних знань та навичок, щоб вчасно усвідомити наявність проблем з психікою і звернутись по допомогу. Досить часта історія, коли заспокоєння шукають у вживанні психоактивних речовин, що може зменшити прояв симптомів психічних розладів на короткий час але в перспективі лише погіршує загальний психічний і фізичний стан.

В той же час спостерігається певна тенденція дефіциту військових психологів, забезпечення Збройних Сил України психологами не є достатнім – недоукомплектовано близько 30% штату. Лише 61% офіцерів-психологів мають повну освіту за даною спеціальністю як основну. За результатами одного з кадрових досліджень забезпечення ЗСУ, на 450–500 військовослужбовців працює лише 1 психолог. Така ситуація не є прийнятною. До прикладу, в армії Ізраїлю встановлений зовсім інший норматив військових психологів та соціальних працівників – 1 фахівець охоплює роботу з 70–90 військовослужбовцями.

Важливим аспектом роботи та досліджень з ПТСР є дослідження, які проводяться в медичних закладах, ветеранських організаціях, центрах протезування. Важливе дослідження було проведено представниками Тернопільського медичного університету. Воно стосується проявів ПТСР та інших розладів у поранених військовослужбовців, які проходять реабілітацію. До цього дослідження долучились так представники наукового товариства як Л. В. Радецька, І. О. Лаба, А. І. Смачило, О. О. Нечаєва, К. О. Лопатенко, М. М. Баумер. “Для дослідження психологічного стану військовослужбовців, які після отримання поранення перебували на стаціонарному лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону, як діагностичний психологічний тест використано Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР [3]. Дана діагностична методика є однією з методик, рекомендованих Науково-діагностичним центром гуманітарних проблем Збройних сил України для застосування з метою діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які перебували в районі ведення бойових дій [3]. Коротка

шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, які пережили різного виду психічні травми. Обробка результатів, отриманих після проведення тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР, полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей «так» дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що вважають найбільш специфічними проявами ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей – «так». Крім цього, з кожним із поранених проводили психологічну бесіду в форматі клінічного інтерв'ю». Це дослідження важливе не лише для вивчення особливостей прояву ПТСР саме в українських військовослужбовців. Його метою також є виявлення слабких сторін процесу реабілітації поранених, адаптації їх до цивільного життя. важливим моментом роботи є прогнозування та планування профілактичних та реабілітаційних заходів, співпраці з ветеранськими організаціями задля покращення системи заходів, що вживаються для боротьби з ПТСР як у поранених, так і у військовослужбовців, головною проблемою яких є саме психічні розлади.

За прогнозами міжнародних організацій та наших дослідників, реальна кількість осіб, що страждають від ПТСР може бути значно більшою за офіційні дані. Це викликано і тим, що не завжди військові хочуть щиро відповідати на запитання стосовно психічного стану, і через те, що в багатьох на момент обстеження або перебування у госпіталі після поранення ще немає ознак ПТСР, і прояви виникають пізніше, коли військовослужбовці вже знаходяться знову в зоні бойових дій, якщо поранення було легким, або коли вони вже знаходяться вдома і намагаються адаптуватись до цивільного життя.

З метою діагностики ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик. У ході діагностики рекомендується використовувати такий методичний інструментарій:

1. “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (Бреслау та ін., 1999 р.)
2. Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії.
3. Опитувальник Міні-мульти.
4. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП).
5. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД).
6. Анкета “Стрес-фактори”.
7. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinicaladministered PTSD Scale - CAPS).
9. Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова .
10. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Стосовно дослідження поранених, що перебувають на лікуванні у госпіталях Західних областей було отримано такі дані: “За даними дослідження у 21 пораненого ознаки ПТСР підтверджуються за результати проведеної з ними психологами психодіагностичної бесіди (клінічного інтерв'ю). Аналіз отриманих результатів дослідження дозволив виділити наступні групи психологічних ознак ПТСР у обстежених поранених. Серед ознак порушення психологічного стану більшість поранених (46 %) скаржились на порушення сну. Питома вага інших порушень психологічного стану в поранених із ПТСР розподілилась наступним чином: 33 % скаржились на емоційну нестійкість; 32 % – дратівливість, підвищену емоційність; 28 % – нездатність розслабитись; 25 % – погану концентрацію уваги; 19 % – погіршення пам'яті; 10 % – замкнутість, байдужість; 11 % – пригнічений настрій.”

Окрім основних симптомів посттравматичної стресової реакції військові можуть стикатись з іншими психологічними та психофізіологічними проблемами. Цей досвід може вплинути на виникнення ПТСР після повернення із зони активних бойових дій.

Досить часто під час бойових дій у військовослужбовців може виникати тремор як реакція на гучні звуки чи небезпеку. Людина починає тремтіти, і частіше за все оточуючі не знають як допомогти і що робити. Це особливо небезпечно коли йде бій. Організм таким чином реагує на загрозу, наприклад, на звуки обстрілу і таким чином намагається захиститись, мобілізувавши всі сили. І як результат занадто високого напруження, яке накопичується у тілі виникає тремор. Намагатися зупинити цей процес неефективно, можна лише допомогти порухатись, або потрясти руками разом з людиною, щоб допомогти напруженню швидше вивільнитись. Важливим моментом є те, що військові частіше за все не знають, з якими реакціями, психологічними та фізичними, і власними і у побратимів вони можуть зіткнутися. Це заважає ефективно допомагати собі й побратимам. Підвищення психологічної обізнаності у питаннях стресу, ГСР і ПТСР може стати важливим кроком у профілактиці їх подальшого виникнення.

Ще однією особливістю, яку зазначає велика кількість військових психологів є параноїдальні реакції. Військовому може здаватись, що навколо вороги, навіть серед побратимів він може бачити ворогів, зрадників, без вагомих причин підозрювати їх в діях, що можуть зашкодити якісному виконанню бойових завдань чи безпеці окремих побратимів. Ця реакція на бойовий стрес іноді виникає безпосередньо під час перебування у зоні активних бойових дій і може стати потім складовою ПТСР. Високий рівень підозрливості є однією з досить частих складових ПТСР. На реабілітації або у мирному житті військовослужбовці з розладами психіки не лише надто бурхливо реагують на гучні звуки. Вони вбачають загрозу у людях навколо та їх простих діях. Наприклад, розмова по телефону пошепки у кафе когось поруч, кого вони не знають.

Неочевидним але важливим проявом ПТСР може стати також недовіра до самого себе. Особистість не вірить у власні сили, у те, що здатна подолати наслідки травматичного досвіду та адаптуватись до мирного життя чи нової ситуації існування у випадку з пораненнями чи ампутаціями. цей прояв ПТСР

вартій значної увагу, тому що має дуже сильний вплив на результати психотерапевтичної роботи та на ефективність роботи власних внутрішніх ресурсів особистості.

Окрім конкретних проявів, наведених прикладів та симптомів, прояви ПТСР класифікують за різними формами та варіаціями. Розглянемо варіанти, які найчастіше зустрічаються.

Тривожний варіант ПТСР (класичний варіант як його називають) характеризується немотивованою тривогою (високий рівень), частіше за все у поєднанні з вегето-судинними пароксизмами, присутні також нав'язливі переживання і думки, фантазії, що є точним або частковим відображенням подій які стали основою психотравмуючої ситуації.

Астенічний варіант ПТСР проявляється здебільшого у домінуванні ознак фізичної активності: присутні слабкість та млявість, знижений фон настрою, також спостерігається загальна байдужість до колишніх життєвих інтересів, у поведінці спостерігається пасивність, присутня ангедонія.

Дисфоричний варіант посттравматичного стресового розладу проявляється як постійне відчуття внутрішньої невдоволеності та дратівливості, при тому загальний фон настрою пригнічений, спостерігається поєднанні високий рівень агресивності та люті, спрямованих на близьке оточення

Соматоформний варіант характеризується наявним витісненням психотравмуючих переживань у "тіло", це проявляється у великій кількості скарг саме соматичного характеру (скарги та проблем кардіологічного, церебрального, гастроентерологічного характеру тощо).

Іпохондричний варіант ПТСР представлений більш вираженими соматичними проблемами та скаргами в поєднанні з вегетосудинними пароксизмами, до того ж присутній загальний депресивний фон гіпотимія з включеннями тривожно-фобічного характеру), що призводить в подальшому до формування унікаючої поведінки.

В той же час, пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСР можуть бути притаманні порушення, характерні для різних варіантів посттравматичного

стресового розладу. Враховуючи домінування в клінічній картині ПТСР симптомів сам “занурення” в травматичне переживання, “уникнення” ситуацій, що асоціюють з психотравмуючою ситуацією або “аморфних” варіантів реагування, виділяють наступні варіанти перебігу ПТСР: астенодепресивний – близько 36% пацієнтів, паранойяльний – у 25%, ананкастичний – у 12%, істероіпохондричний – у 11% і змішаний – в 16% осіб, що страждають від даного розладу. Виділяють також різні типи початкового прояву, дебюту ПТСР: астеничний – у 38%, тривожний – у 20%, ананкастичний – у 11%, істеричний – у 10% та змішаний – у 20% пацієнтів.

Вивчення особливостей прояву та динаміки посттравматичної стресової реакції дозволило науковцям виділити певні типи перебігу ПТСР

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР характеризується перш за все тим, що в клінічній картині розладу переважають симптомами вторгнення, уникання та гіперактивації, і впродовж всієї тривалості захворювання майже не зазнає змін за змістом. При цьому інтенсивність та частота проявів всієї вираженої симптоматики значно зростає, що призводить до обтяжування загальної клінічної картини. Перш за все, зростає вираженість нав'язливих, думок і, відчуттів та спогадів про стресогенну ситуацію. Частота виникнення флешбеків майже не змінюється.

Для пацієнтів з цим типом перебігу ПТСР властиво, в більшій мірі, посилення саме афективних порушень. Хоча на початкових етапах захворювання може переважати тривожна симптоматика, але надалі починають домінувати симптоми депресивного характеру. Інтенсивність депресивних симптомів здебільшого наростає від субдепресивного рівня до депресії помірного ступеня важкості. Також можуть поступово з'являтися симптоми апатії та дисфорії. Водночас продовжують наростати всі існуючі поведінкові порушення і стають більш вираженими, в значній мірі проявляються ознаки агресивності та симптоми, що характеризують унікаючу поведінку. наростання симптомів та дисфорії призводить до зростання відчуженості і та соціальної ізоляції, зростає відчуття безперспективності

власного майбутнього, а також зменшується інтенсивність вищих емоцій. Крім цього, можна спостерігати посилення симптомів вегетативної гіперреактивності: прискорене серцебиття, гіпергідроз шкіри.

Важливими ознаками несприятливого перебігу посттравматичної стресової реакції є суїцидальні думки і тенденції, особливо якщо вони є стійкими. Про те, що процес стає хронічним можуть свідчити формування і розвиток хімічної залежності і різних формах (переважно це зловживання алкогольними напоями). спостерігається також зловживання транквілізаторами та антидепресантами, іноді без формування конкретних ознак хімічної залежності.

Для стабільного типу перебігу ПТСР характерна ситуація коли клінічні ознаки психічного розладу не мають значущих коливань ні за змістом, ні за інтенсивністю проявів, тобто симптоматика та особливості її проявів є постійними. Вираженість всіх симптомів, як то симптомів вторгнення, уникання і гіперактивації, залишається незмінною. Нав'язливі думки і сновидіння залишаються досить стійкими, насамперед вони є відображенням травматичної події, а також присутні прояви вегетативної гіперреактивності. Інтенсивність флешбеків також стабільна, хоча проявляються вони рідше ніж інші симптоми. Афективні порушення, представлені тривожною і депресивною симптоматикою, так само як і дратівливість, і агресивність, є досить постійними і стабільними. Соціальна ізоляція і дезадаптація у сфері професійних та міжособистісних відносин також присутня, в помірній ступені, але без особливих змін, динаміка майже відсутня. У деяких пацієнтів спостерігаються суїцидальні думки, які при цьому не переходять в суїцидальні наміри і дії.

Стабільний тип перебігу симптоматики впродовж тривалого часу можна розглядати як умовно позитивну ознаку і досить позитивний прогноз на одужання.

Для регредієнтного типу характерною є виражена тенденція редукції симптоматики, яка складає основу клінічної картини розладу, та її

інтенсивності. У пацієнтів з даним типом перебігу присутня редукція симптомів вторгнення. Саме зменшення появи флешбеків та їх інтенсивності призводить до зменшення вираженості афективної симптоматики та дезадаптивної поведінки. Симптоми тривожного і депресивного характеру мають тенденцію зменшуватись за інтенсивністю проявів, також рідше проявляються агресивність та відчуженість, соціальної ізоляція також стає менш інтенсивною. У хворих з'являється відчуття перспективи в житті, вони починають сподіватись на зміни, на краще майбутнє. Дратівливість та спалахи гніву також проявляються рідше, їх інтенсивність знижується. Можна спостерігається значущу позитивну динаміку у відповідь на застосування психотерапії та фармакотерапії у пацієнтів з таким типом перебігу. Це проявляється у підвищенні рівня та якості міжособистісного, професійного і соціального спілкування та функціонування, покращується якість життя цілком, що є ознакою сприятливого прогнозу подальшого перебігу ПТСР.

Українські науковці, медики та психологи враховують та використовують досвід зарубіжних колег, особливо досвід США та Ізраїлю. В той же час є певні особливості надання допомоги і помилок в її наданні, які спостерігаються частіше за все саме в наших реаліях

Певні помилки можуть траплятися в процесі надання психологічної та психотерапевтичної допомоги. Щоб уникнути неефективних та помилкових кроків, важливо усунути неправильні або неефективні в даний період психологічні інтервенції, наприклад вважається помилковим використання психологічного дебрифінгу (в тому разі коли він стає провокатором надмірних спогадів), робота з травматичними спогадами у вечірній і передсонний час, так звана “абортивна психотерапія” (без процесу створення перспектив роботи та дорожньої карти психотерапевтичного процесу), неконтрольована психологічна допомога з боку волонтерів (занадто часті зустрічі, надто активні розмови які можуть сприйматись як намагання “залізи в душу”, повчання, засудження тощо), емоційна нестабільність психотерапевтів, що надають допомогу, неповне чи спотворене виконання технік (наприклад, у разі застосування

методу десенсибілізації та переробки рухами очей (ДПРО) пропускається етап формування безпечного місця чи оцінки тілесних реакцій).

Також до найчастіших у роботі з ПТСР помилок належать ті, що знаходяться в царині використання медикаментозної терапії. Рекомендованими медичними препаратами для лікування ПТСР в наш час є антидепресанти сучасного покоління, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну. Але слід зазначити, що ці препарати призначають тоді, коли пацієнт категорично віддає перевагу лише медикаментам, і ці препарати не пропонують як першу лінію допомоги (перша лінія допомоги – психотерапевтична допомога). Психотерапія значно підвищує шанси на значне та стійке покращення стану. До того ж, професійна психотерапевтична допомога майже виключає побічні ефекти, чого не можна сказати про медикаментозну терапію.

На етапі проходження лікування та реабілітації частіше за все в нашій країні стикаються з проблемою некомплексної (а лише вибіркової) реабілітації, відсутності або недостатньо тривалої психотерапії ПТСР (через брак часу та через ігнорування значущості психотерапії).

2.3 Психологічна підтримка та психотерапія ветеранів та військовослужбовців

Адаптація до мирного життя може бути досить складним етапом, навіть якщо не виявлено видимих психологічних проблем. Для осіб з ПТСР ситуація буде значно складнішою. Ветеранам а також військовим, які перебувають на лікуванні та реабілітації потрібна допомога з боку психологів та підтримка близьких. Відповідно до Порядку та надання безоплатної психологічної допомоги психологічна підтримка ветеранів реалізується у відношенні осіб, які звільняються або звільнені з військової служби; також це стосується ветеранів війни; осіб, які мають особливі заслуги перед країною; родинам таких осіб; родинам загиблих (померлих) ветеранів війни; родинам загиблих (померлих)

Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Згаданий Порядок та умови затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338.

На даний момент послуги з психологічної реабілітації ветеранів та членів їхніх сімей (згідно з реєстром постачальників таких послуг), надають 48 закладів охорони здоров'я в різних регіонах країни (ще у 2021 р. таких закладів нараховувалось за офіційними даними лише дев'ять). Можна прогнозувати, що надалі їх чисельність зростатиме. В той же сам використовуються сучасні методи психологічної та соціальної підтримки ветеранів та їх родин, які не вимагають постійного звернення до фахівців. Фокус уваги спрямовується на те, що поєднати ветеранів, залучити їх до взаємодопомоги, підтримки та спілкування.

Один з проєктів, що стосується психологічного аспекту роботи з населенням «Психічне здоров'я для України», реалізують за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва і за сприяння МОЗ України та Національної психологічної асоціації України, в рамках проєкту створено посібник «Організація ветеранських груп самопомоги “рівний – рівному”» для надання кращої психосоціальної підтримки ветеранам[28]. Цей посібник містить рекомендації органам місцевого самоврядування стосовно можливостей та ефективності створення певних груп підтримки ветеранів, груп самопомоги на рівні громад.

Якщо використовувати рекомендації закордонних колег та закордонний досвід психосоціальної реабілітації учасників бойових дій, передусім досвід Сполучених Штатів Америки, то ветеранські групи самопомоги мають бути в кожній вликій громаді, де проживає відповідний контингент, оскільки члени таких груп «менше госпіталізуються, більше залучені до громадської діяльності, прихильніші до лікування вад фізичного і психічного здоров'я, мають краще соціальне функціонування та менше проблем у цивільному житті»[29].

Повномасштабна війна РФ проти нашої держави створила нові виклики для сфери охорони фізичного і психічного здоров'я українського народу. З початком військової агресії багаторазово збільшилася кількість тих, хто пережив травматичний досвід (причому в найекстремальнішій формі, включаючи і бойовий стрес, і перебування в полоні чи окупації) і перебуває в зоні ризику виникнення ПТСР та інших психічних розладів. З плином війни кількість таких розладів лише зростатиме.

Поширення психічних розладів спричинених війною становитиме для держави та суспільства значну проблему і впродовж війни і в перші роки після її закінчення. Психологічна реабілітація населення займатиме значний час. Також слід мати на увазі, що психічні розлади можуть стати стимулом розвитку важких соматичних хвороб, в тому числі і таких, що можуть мати летальні наслідки (серцево-судинні, онкологічні). Важкі та багатокомпонентні психічні розлади, такі як ПТСР, призводять до соціальної дезадаптації особистості зменшують або зводять до майже нульового рівня його працездатність, що відображається і на сімейних відносинах і на спілкуванні у соціальному оточенні, і в цілому має наслідки для благополуччя соціуму та навіть для економіки країни.

На даний момент існує проблема недостатньо повного кадрового, організаційного, методологічного забезпечення стосовно питань охорони психічного здоров'я населення, і військовослужбовців в першу чергу; а також певні проблеми соціально-психологічного характеру, наприклад – неготовність більшої частини наших і цивільного населення, і військових, звертатися по фахову допомогу навіть після виникнення значних проблем з психічним здоров'ям. Це зумовлено і стереотипами, що існують стосовно роботи психологів і стосовно проблем психічного благополуччя і цілому, і недостатньою обізнаністю людей про існування роботи психологів, психотерапевтів тощо.

В Україні категорією осіб, які найчастіше стикаються з психотравмуючими ситуаціями, звичайно залишаються військові та їх близьке оточення. Їхнє психічне здоров'я має бути предметом особливої опіки з боку держави. Водночас, як ми зазначали вище, кадрове забезпечення психологічної служби в ЗСУ не є достатнім. Перевантаження військових психологів може призводити до неефективності надання допомоги, недостатньої тривалості допомоги а також до швидкого професійного вигорання самого психолога.

Українські науковці, медики, психологи та представники збройних сил, які займаються питаннями профілактики та лікування ПТСР активно використовують досвід закордонних колег, проходять навчання, проводять обмін досвідом. Перш за все це стосується досвіду американських та ізраїльських колег.

Держава приділяє велику увагу налагодженню ефективної системи охорони психічного здоров'я населення. Упроваджується ініціатива дружини Президента України О. Зеленської яка стосується створення та реалізації Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки; на урядовому рівні створено відповідні координаційні та робочі органи. Ця програма дозволить в тому числі залучати іноземну допомогу, як фінансову, так і професійну

Неурядові організації, фонди, ветеранські організації, суспільні організації відіграють велику роль в охороні та підтримці психічного здоров'я українців, в тому числі військовослужбовців та їх родин. Важливим заходом стало створення нових гарячих ліній і всередині країни, для військових та їх родин, і з європейськими країнами, де зараз перебувають українські біженці. Завдяки цьому і за кордоном українці можуть отримати якісну психологічну допомогу яка не ускладнена мовним бар'єром, в той же час це можливість підтримати духовний зв'язок з Батьківщиною та поспілкуватись з фахівцями, які не лише професійно надають допомогу, але й знають особливості ментальності та нюанси ситуації військового конфлікту та біженства саме стосовно українських реалій.

Однією з особливостей, притаманних українській історії боротьби за з наслідками ПТСР є стрімкий розвиток саме ветеранських організацій, їх гарна упорядкованість та багатофункціональність. Найбільш відомими є такі організації: «Принцип», Veteran Hub, «Юридична сотня», «Простір можливостей», «VETERANKA». В нашій країні ветерани хаби займаються не лише допомогою у адаптації до мирного життя, вони активно сприяють підвищенню психологічної культури військових та їх родин, опікуються питаннями державної політики, пропонують державні програми та законопроекти стосовно ветеранів, співпрацюють з закордонними суспільними та ветеранськими організаціями і стають потужною підтримкою офіційних державних програм.

Важливе місце в процесі лікування та реабілітації військовослужбовців у яких було діагностовано ПТСР є саме психотерапія. Ефективність фармакотерапії значно зростає за умов поєднання її з психотерапією. Досить часто пропонують почати лише з відвідування психотерапевтичних груп або індивідуальної роботи і це дає можливість в багатьох випадках повністю виключити фармакологічне втручання.

Провідним напрямком психотерапевтичної роботи з комбатантами зараз вважається травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ). Вона майже не має побічних ефектів за умов професійного впровадження та призводить до видимої редукції основних симптомів ПТСР.

В залежності від термінів надання допомоги і прогнозованої тривалості роботи обирають різні тактики та підходи, розрізняють першу і другу лінію відповідно до черговості застосування.

Досить ефективно себе показали в напрямку лікування посттравматичного стресового розладу в реаліях війни саме в нашій країні наступні методи, види та тактики психотерапевтичної роботи.

1. Експозиція травми, що представляє собою багаторазову репродукцію травматичного досвіду і в той же час синтезу з емоційною

обробкою цього досвіду, так звана “експозиція in vivo”. Такий вид носить назву когнітивно-реконструктивна пролонгована експозиція.

2. Когнітивно-поведінкова психотерапія та травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія спрямовані саме на когнітивну реструктуризацію травми. Наприклад, може використовуватись сократівський діалог, який допомагає усвідомити та скорегувати і власні емоції і судження та переконання, що є негативними та руйнівними.

3. Коротка еkleктична психотерапія (психодинамічний підхід). Цей напрям психологічних інтервенцій допомагає через письмові практики, уяву, метафоричні закриття ситуації та релаксаційні вправи реструктуризувати, перепрошити травматичний досвід і формувати відчуття контролю над ситуацією в минулому і на життях в даний момент.

4. Наративна експозиційна терапія. Включає в себе переосмислення та пошук сенсу всіх травматичних переживань впродовж життя.

Незважаючи на те, що й досі існують певні стереотипи стосовно психотерапії, популярність її поширюється, особливо серед більш молодого покоління військовослужбовців. Навіть медійні особистості та блогери, що перебувають на військовій службі допомагають у цьому, відкрито розповідаючи про власні психологічні проблеми, поширюючи інформацію стосовно служб, додатків, організацій, гарячих ліній де можна звернутись по допомогу і навіть зробити це анонімно. В багатьох випадках саме анонімність допомоги відіграє значну роль, особливо якщо це перше звернення. Недоліком анонімних звернень і допомоги через гарячу телефонну лінію є те, що неможливо таку допомогу систематизувати, спланувати та побачити динаміку, бо частіше за все такі звернення одноразові.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА

3.1. Загальні відомості про дослідження та методики

Наше дослідження проводилося в медичних закладах міста протягом 2 місяців. У нашому дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців, які перебували на лікуванні та реабілітації, та в яких були присутні певні симптоми ПТСР за даними медичних працівників та Вік досліджуваних становить від 23 до 50 років. Дослідження було сплановано та проведено в кілька етапів. Першим етапом дослідження була бесіда, знайомство з досліджуваним, збір анамнезу, в ході бесіди якої було отримано дані про вік, основні біографічні відомості, зміни які відбулись в основних сферах життя через перебування у зоні активних бойових дій.

Для реалізації другого етапу дослідження було використано опитувальник первинного скринінгу ПТСР (Бреслау, 1999 р.) та Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій адаптовану лоя для учасників бойових дій. На третьому етапі дослідження ми провели методику «Тест руки Вагнера» (Б. Брайклін, Е. Вагнер) для того, щоб виявити супутні ознаки посттравматичної стресової реакції у досліджуваних. Також для виявлення змін, які відбулись різних сферах життя було проведено структуровану бесіду дала змогу виявити переважаючі зміни, прояви в різних сферах життя та особистості учасника бойових дій. В бесіді ми звертали увагу та фіксували наявність та інтенсивність наступних проявів:

- тілесні прояви: головний біль, відчуття напруги у м'язах, висока втомлюваність, відчуття слабкості;
- поведінкові прояви: порушений режим сну та харчування, підвищена конфліктність, імпульсивні дії, уникнення ситуацій, людей, предметів, аспектів

життя, що нагадують про травму, схильність до соціальної самоізоляції та зловживання алкоголем;

– емоційні прояви: тривожність, похливість, дратівливість, неаргументована пильність, підозрілість, відчуття самотності;

– когнітивні прояви: наявність флешбеків, негативних думок, труднощі з концентрацією уваги.

За даними проведених бесід можна планувати певні реабілітаційні заходи та надавати рекомендації. Але основною метою бесід було отримання загальної інформації стосовно стану психологічного стану військовослужбовців та особливостей прояву посттравматичного стресового розладу на прикладі конкретних особистостей.

В умовах обмеженого часу нами було обрано методику первинного скринінгу, як достатньо якісну та зручну в проведенні. Методика «Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» (Бреслау та ін., 1999 р.) дала змогу провести первинний скринінг, виявити наявність ознак ПТСР, а також встановити відсутність або, навпаки, наявність певних супутніх симптомів ПТСР.

Супутні симптоми ПТСР, наявність яких ми перевіряли за допомогою вищезазначеної методики включали в себе уникнення спогадів про травматичні події, соціальну самоізоляцію, підвищена дратівливість, неможливість відчувати або складнощі у переживанні позитивних емоцій, порушення якості та тривалості сну, та інші.

3.2. Результати дослідження особливостей прояву ПТСР

Результати обробки та аналізу даних отриманих після проведення цієї методики «Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» дозволяють нам зробити висновок, що саме порушення якості та тривалості сну є найбільш вираженим супутнім симптомом посттравматичного стресового розладу (85% від загальної

вибірки). У процесі бесід з військовослужбовцями ми виявили, що більшій частині респондентів дуже важко заснути, загальна тривалість безперервного сну у середньому не перевищує 3–4 години, часто якісному сну заважають нічні жахи, через них страшно знову засинати. Ще одним яскраво вираженим симптомом., який характерний для більшості опитуваних виявилась підвищена дратівливість (74% загальної вибірки), проявляється це у будь-яких обставинах, сферах життя і не залежить від особи, з якою відбувається спілкування чи від місця, де знаходиться особа, що страждає на ПТСР. Дратівливість часто призводить до погіршення відносин з оточуючими і в цілому як явище формує вороже ставлення до людей, стає витокком проявів фізичної та вербальної агресії. Несподіваний спалах гніву може бути викликаний навіть найменшим, зовсім незначним подразником.

Також одним з найбільш частих супутніх симптомів ПТСР за нашими даними є симптом уникнення спогадів про травматичні події (більше 60% респондентів зазначили його к постійно присутній). Досліджувані, в яких яскраво виражений цей симптом, постійно намагаються уникнути всього, що може нагадати про цю травматичну подію, вони намагаються максимально обмежувати і зупиняти спогади, думки, розмови з іншими, які тим чи іншим чином нагадують чи торкаються події. Також часто присутні проблеми переживання позитивних емоцій, і саме цей симптом є підґрунтям для виникнення депресивних станів, комплексу неповноцінності, відчуженості від близьких. Близько 50% досліджуваних, крім симптому уникнення зазначили наявність соціальної самоізоляції. Ці військовослужбовці навмисне намагаються дуже сильно звузити коло свого спілкування, і буквально зводять його до кількох людей. Зазвичай мають досить напружені стосунки з рідними та близькими.

Результати нашого дослідження дозволяють припустити ймовірність ПТСР лише у 7 осіб, що становить близько 23% від вибірки. При цьому певні симптоми та прояви ПтС досить яскраво присутні у більшого відсотку опитуваних. Що може означати к необхідність додаткової діагностики, так і те,

що ПТСР ще не проявився в повній мірі і є вірогідність, що через деякий час відсоток тих, в кого з високою вірогідністю підтвердиться діагноз ПТСР буде вище.

Для цих досліджуваних характерні такі прояви як нав'язливі думки, пов'язані з ситуаціями перебування у зоні активних бойових дій, флешбеки які стосуються пережитих подій, часто думки і флешбеки які часто стосуються втрат побратимів, часто присутнє викривлене сприйняття реальності, найбільше це стосується простору та часу.

Якість та тривалість сну порушена, частіше за все це проявляється у дуже ранніх пробудженнях і проблемах у засинанні. Також присутні нічні жахи, про важкі події і втрати пережиті під час перебування в зоні активних бойових дій.

Певні ознаки ПТСР було виявлено у 14 осіб (46% від загальної кількості), зазвичай це включало в себе підвищену тривожність, дратівливість, спалахи гніву, імпульсивність. У 26% досліджуваних за даними дослідження були відчутні яскраво виражені ознаки ПТСР. За даними методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (варіант для військових)», яку ми використовували для уточнення особливостей прояву ПТСР стосовно основних груп симптомів, було встановлено наступне: характерні для ПТСР прояви присутні у 12 (40% від загальної кількості досліджуваних) військових, достатньо високий рівень адаптованості показали 18 (18% від загальної вибірки) досліджуваних. Це дозволяє нам зробити висновок, що більшість респондентів мають задовільний рівень соціальної адаптації, навіть після тривалого перебування у зоні активних бойових дій. Також було виявлено, які саме критерії прояву ПТСР максимально присутні у військовослужбовців. Результати наведено у табл. 1. Фізіологічна збудливість виявилась найбільш яскраво вираженим критерієм. Цей критерій яскраво виражений у 14 осіб (44% від загальної вибірки). Фізіологічна збудливість проявляється здебільшого через порушення сну, і за якістю, і за тривалістю. Також характерною особливістю прояву саме цього критерія є неспроможність заснути, нічні

кошмари, які постійно повторюються. Високий рівень дратівливості, через яку респонденти не можуть адекватно реагувати на дії чи висловлювання оточуючих, спалахи неконтрольованого гніву.

Таблиця 3.1

Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій), n – 30

Критерії	Кількість	%
Уникнення	9	30
Вторгнення	6	20
Збудливість	14	44
Провина	2	7

Уникнення було виявлено у 9 осіб (30% від загальної вибірки). Воно проявляється у стійкому униканні стимулів, які пов'язані з травмою, в той же час присутнє емоційне збіднення, почуття байдужості до оточуючих. Військовослужбовці намагаються уникати почуттів, спогадів та думок, які пов'язані із травмою; а також дій чи ситуацій, здатних реанімувати спогади про травматичну ситуацію. Одним з аспектів прояву уникнення можна вважати неспроможність згадати важливі моменти травматичної ситуації (психічна амнезія).

Проявом, який значно погіршує якість життя учасників бойових дій, є вторгнення, яке було виявлено у 20% досліджуваних. Це перш за все наявність інтрузій та флешбеків, які погіршують загальний емоційний стан, тривогу, викликають почуття безпорадності, позбавляють відчуття реальності. Флешбеки можуть здаватись надто реальними і іноді несуть загрозу для оточуючих.

За допомогою методики «Тест руки Вагнера», яку ми використовували для виявлення супутніх ознак ПТСР, було визначено, що у більшості респондентів переважає висока психологічна активність (близько 80%

респондентів). Гіперактивність було виявлено лише у 4 осіб (13% від загальної вибірки). Низька психологічна активність не виявлена у жодного респондента. Також ми зробили формалізацію відповідей респондентів через віднесення кожної відповіді до однієї з 14 оціночних категорій та отримали результати, представлені в таблиці (табл. 2)

Таблиця 3.2

Кількісні показники прояву супутніх ознак ПТСР

Оціночні критерії	Кількість	Відсоток
Агресія	0	0
Директивність	2	6
Емоційність	5	16
Комунікація	17	56
Залежність	0	0
Страх	1	3
Демонстративність	6	20
Каліцтво	2	6
Опис	0	0
Напруження	0	0
Активні безособові дії	24	80
Пасивні безособові дії	0	0
Галюцинації	2	6
Відмова від відповіді	0	0

У досліджуваних переважає категорія активні безособові дії (80% від загальної вибірки). Такі особи, виконуючи яку-небудь роботу або завдання, намагаються повністю покладатися лише на себе, свої сили та не просити допомоги у оточуючих. Тобто значення соціуму у житті досліджуваних значно знижене. Основний досвід їхніх переживань пов'язаний з фізичним середовищем, а не з іншими людьми.

У 6 респондентів (20% досліджуваних) виявлено досить високий відсоток за параметром «демонстративність». Вони намагаються бути в центрі уваги, виділятися серед побратимів чи оточуючих.

В деяких респондентів за результатами бесіди та аналізу результатів дослідження було виявлено тенденцію до відходу від реальності, 23% від загальної вибірки.

Висновки нашого дослідження наступні. Проведене емпіричне дослідження виявило наявність імовірного ПТСР у 23% досліджуваних, які потребують співпраці з медичними представниками для уточнення діагнозу. Найбільш вираженими симптоматичними проявами ПТСР військовослужбовців, які перебували у зоні активних бойових дій є порушення тривалості та якості сну, підвищена дратівливість. Уникнення є одним із головних симптомів, що свідчить про те, що наша гіпотеза підтвердилась. У більшості респондентів присутнє уникнення спогадів про травматичні події та ситуацій, які нагадують подію чи певним чином можуть бути схожі на неї.

ВИСНОВКИ

З тих самих часів, коли люди почали записувати свої спогади та думки, наслідки війн та травм також відображались у літописах, історичних трактатах та художній літературі.

Ключовий момент у проблемі вивчення та лікування ПТСР настав у часи війни у В'єтнамі 1959—1975 роках. На той час втрати серед військових США саме через психологічні проблеми становили близько 30% особового складу. стосовно тих, хто повернувся з війни, ветеранські організації В'єтнамської війни збирали групи, по типу груп підтримки. Уже в першій половині 1970-х у США функціонували сотні ветеранських груп. Такі групи іноді перетворювались навіть на певні громадянські або ветеранські організації і ставали дедалі більш політично активними й все активніше заявляли про необхідність захистити права ветеранів війни у В'єтнамі.

Вивчення симптомів, особливостей розгортання та можливостей лікування ПТСР вкрай важливе для України. Під час лікування і реабілітації, після демобілізації, коли травмуюча подія вже в минулому, військові і їх родин можуть зіткнутися з труднощами адаптації до мирного життя саме через наявність посттравматичного стресового розладу. ПТСР може стати однією з головних проблем післявоєнного часу. Саме тому так важливо досконало вивчити особливості його прояву у нашій країні, враховуючи специфіку війни саме в Україні.

Важливими ознаками несприятливого перебігу посттравматичної стресової реакції є суїцидальні думки і тенденції, особливо якщо вони є стійкими. Про те, що процес стає хронічним можуть свідчити формування і розвиток хімічної залежності і різних формах (переважно це зловживання алкогольними напоями). Спостерігається також зловживання транквілізаторами та антидепресантами, іноді без формування конкретних ознак хімічної залежності.

За даними міжнародних та українських дослідників, від 22 % до 43% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми було виявлено у 60–80 % захисників, частіше за все це наслідок того, що вони були очевидцями загибелі побратимів чи цивільного населення або приймали активну участь у евакуації важко поранених чи бачили велику кількість тіл загиблих. Більш високий ризик появи симптомів певних порушень психіки стосується більш молодих військовослужбовців, віком 19–25 років, також тих, у кого виявлено симптоми депресії, тривожні розлади, які мали проблеми з алкоголем або інші залежності. Симптоми посттравматичної стресової реакції розвиваються приблизно у 13–21% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але так і не звернулися за психологічною допомогою через стереотипне мислення, страх зневаги від побратимів за прояви слабкості, боягузтва, загрозу подальшій військовій кар'єрі.

Українські науковці, медики та психологи враховують та використовують досвід зарубіжних колег, особливо досвід США та Ізраїлю. В той же час є певні особливості надання допомоги і помилок в її наданні, які спостерігаються частіше за все саме в наших реаліях

Певні помилки можуть траплятися в процесі надання психологічної та психотерапевтичної допомоги. Щоб уникнути неефективних та помилкових кроків, важливо усунути неправильні або неефективні в даний період психологічні інтервенції, наприклад вважається помилковим використання психологічного дебрифінгу (в тому разі коли він стає провокатором надмірних спогадів), робота з травматичними спогадами у вечірній і передсонний час, неконтрольована психологічна допомога з боку волонтерів (занадто часті зустрічі, повчання, засудження тощо), емоційна нестабільність психотерапевтів, що надають допомогу, неповне чи спотворене виконання технік. Емоційне вигорання офіцерів-психологів також може мати негативний вплив на ефективність допомоги.

Важливе місце в процесі лікування та реабілітації військовослужбовців у яких було діагностовано ПТСР є саме психотерапія. Ефективність

фармакотерапії значно зростає за умов поєднання її з психотерапією. Досить часто пропонують почати лише з відвідування психотерапевтичних груп або індивідуальної роботи і це дає можливість в багатьох випадках повністю виключити фармакологічне втручання.

Провідним напрямком психотерапевтичної роботи з комбатантами зараз вважається травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ). Вона майже не має побічних ефектів за умов професійного впровадження та призводить до видимої редукції основних симптомів ПТСР.

Однією з особливостей, притаманних українській історії боротьби за з наслідками ПТСР є стрімкий розвиток саме ветеранських організацій, їх гарна упорядкованість та багатофункціональність. Найбільш відомими є так організації: «Принцип», Veteran Hub, «Юридична сотня», «Простір можливостей», «VETERANKA». В нашій країні ветеран хаби займаються не лише допомогою у адаптації до мирного життя, вони активно сприяють підвищенню психологічної культури військових та їх родин, опікуються питаннями державної політики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герман, Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева. 2019.
2. Гофман, А. EMDR. Терапія наслідків психотравми: практичний посібник. Львів: Видавництво «Свічадо». 2017.
3. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, 1, 2016. С. 228-240.
4. Климчук В.О. (2020). Психологія посттравматичного зростання. Монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
5. Куценко С. та Компанович М. Реабілітація та ресоціалізація учасників бойових дій, український досвід. *Наукові проблеми запровадження правового режиму воєнного стану в Україні: сучасний вимір: матеріали науково-практичного онлайн-заходу*. 29 квітня 2022 р., 2022. С. 151-153.
6. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції
7. Радецька Л.В., Лаба І.О., Смачило А.І., Нечаєва О.О., Лопатенко К.О., Баумер М.М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України - учасників бойових дій. *Медсестринство*, 4, 2020. С. 23-26.
8. Посттравматичний стресовий розлад. Бібліотека «Здоров'я України»[Електронний ресурс]
9. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. (2023), Психічні розлади воєнного часу: Монографія.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

11. Benedict, T.M, Keenan, P.G, Nitz, A.J, Moeller-Bertram, T. (2020). PostTraumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Military Medicine*, 185 (9-10), e1481–e1491, doi.org/10.1093/milmed/usaa052
12. Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, P. 97 - 104. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021402
13. Blais, R.K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. & Zalta, A.K. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2021.
14. Fogle, B.M., Tsai, J., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J.H., Southwick, S.M. & Pietrzak, R.H. The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions. *Front. Psychiatry*, 2020. 11:538218. doi: 10.3389/fpsyt.2020.538218
15. Gibbons, S., Migliore, L., Convoy, S., Greiner, S. & DeLeon, P. Military mental health stigma challenges: policy and practice considerations. *Journal for Nurse Practitioners*. 2014. P. 365–372. doi: 10.1016/j.nurpra.2014.03.021
16. Harwood-Gross, A., Weltman, A., Kanat-Maymon, Y., PatHorenczyk, R. & Brom D. Peace of mind: *Promoting psychological growth and reducing the suffering of combat veterans*. *Military Psychology*, 2022. DOI: 10.1080/08995605.2022.2044119 79
17. Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A. & Niklewski, G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006. P. 1225–1233. doi: 10.1017/S003329170600780X
18. Kühn, S., Butler, O., Willmund, G., Wesemann, U., Zimmermann, P. & Gallinat, J.. The brain at war: effects of stress on brain structure in soldiers deployed to a war zone. *Translational Psychiatry*, 2021.

19. Marotta-Walters, S., Choi, J., & Shaine, M.D. Posttraumatic Growth Among Combat Veterans: A Proposed Developmental Pathway. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2015.
20. Pietrzak, R.H., Pitts, B.L., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S.M. & Whealin, J.M. Factors protecting against the development of suicidal ideation in military veterans. *World Psychiatry*. 2017. P. 326–327. doi: 10.1002/wps.20467
21. Prykhodko, I. I. Program of psychological rehabilitation of the National Guard of Ukraine military personnel participated in combat actions. *International Journal of Science Annals*, 2018. 1 (1-2), P. 34-42.
22. Purcell, N., Zamora, K., Bertenthal, D., Abadjian, L., Tighe, J. and Seal, K.H. How VA Whole Health Coaching Can Impact Veterans' Health and Quality of Life: A Mixed-Methods Pilot Program Evaluation. *Global Advances in Health and Medicine*
23. Solomon, Z. From the Frontline to the Homefront: The Experience of Israeli Veterans. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. doi: 10.3389/fpsy.2020.589391
24. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 2004. P. 1-18.
25. The Office of Patient Centered Care and Cultural Transformation. *Personal Health Inventory*. 2019. URL: https://www.va.gov/wholehealth/docs/10-773_PHI_July2019_508.pdf
26. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M. & Zhang, L. A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among. *Military Personnel and Veterans*. PLoS ONE, 10 (3), e0120270. 2015. doi:10.1371/journal.pone.0120270
27. Ypsilanti, A., Gettings, R., Lazuras, L., Robson, A., Powell, P.A. & Overton, P.G. Self-Disgust Is Associated With Loneliness, Mental Health Difficulties, and Eye-Gaze Avoidance in War Veterans With PTSD. *Front. Psychol*. 2020. 11:559883. doi: 10.3389/fpsyg.2020.559883

ДОДАТОК**Додаток А****Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III)****Текст**

1. До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
3. Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
6. Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.
Абсолютно невірно

- Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
8. Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
9. Зовні здається, ніби у мене немає почуттів
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
11. Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
12. Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно

- Вірно
Абсолютно вірно
15. Я відчуваю, що більше не можу.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
17. Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
18. Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
19. Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
20. Мені важко зосередитися на виконанні завдань.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
21. Я плачу без поважної причини.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
22. Мені подобається товариство інших людей.

- Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
24. Я легко засинаю вночі.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
25. Від несподіваних звуків я здригаюся.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
27. Я людина спокійна, врівноважена.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
28. Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
29. Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути
Абсолютно невірно

- Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
30. Я почуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
32. Я боюся лягати спати.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
33. Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно
35. Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі.
Абсолютно невірно
Невірно
У деякій мірі вірно
Вірно
Абсолютно вірно