

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД  
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра психології

На правах рукопису

КОЛОМОЄЦЬ ЕММА ЕДУАРДІВНА

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ,  
ЯКІ Є УЧАСНИКАМИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Спеціальність 053 Психологія  
(код) (назва спеціальності)

Освітня програма Психологія  
(назва)

Кваліфікаційна робота на здобуття  
освітнього ступеня бакалавра

Науковий керівник:  
Агарков Олег Анатолійович,  
доктор політичних наук,  
професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри

№ 15 від 06.06 2024 р.

Завідувач кафедри

Людмила ПРІСНЯКОВА

Нормоконтроль

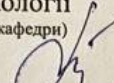
Наталія СЕРГІЄНКО

Дніпро, 2024

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД  
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології  
Освітній ступінь бакалавр  
Спеціальність Психологія  
Освітня програма «Психологія»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Завідувач кафедри  
психології  
(назва кафедри)

  
(підпис)

**Людмила ПРИСНЯКОВА**

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
КОЛОМОЄЦЬ ЕММА ЕДУАРДІВНА**

Тема роботи: (прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)  
**Особливості прояву стресового розладу у військових, які є  
учасниками активних бойових дій**

Науковий керівник: (прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)  
**доктор політичних наук, професор Агарков Олег  
Анатолійович**

Термін подання роботи на кафедру **07.06.2024р.**  
ета кваліфікаційної роботи: **Виявити особливості стресового  
розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій**

Завдання випускної кваліфікаційної роботи:

1. Дати визначення стресового розладу
2. Аналіз стресового розладу
3. Розкрити сутність та наслідки розладу у військових

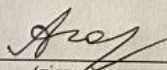


4. Організувати та провести дослідження
5. Проаналізувати результати дослідження

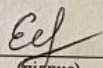
### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термінострок виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	Січень 2024	виконано
2.	I Розділ	Березень 2024	виконано
3.	II Розділ	Квітень 2024	виконано
4.	Робота в цілому	Травень 2024	виконано

Науковий керівник

  
(підпис) Олег АГАРКОВ

Здобувач вищої освіти

  
(підпис) Емма КОЛОМОЄЦЬ

Дата видавання завдання 09.2023

## АНОТАЦІЯ

Коломоєць Е. Е. Особливості прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій. Кваліфікаційна робота.

Кваліфікаційна робота присвячена проблемі стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій. Був здійснений теоретичний аналіз наукової літератури і визначено підходи до вивчення стресового розладу у військових.

Актуальність даної проблеми полягає в тому, що стресовий розлад впливає на людину та її подальше життя. Військові знаходяться у самому пеклі отримуючи поранення та психологічні травми.

Метою даного дослідження є вивчення стресового розладу у військових. Розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову ситуацію і може бути короткочасною та тривалою. Можуть виникати фізичні симптоми такі як, безсоння, швидка втомлюваність та відчуття болі в м'язах, а до емоційних симптомів відносять роздратованність, тривогу та депресію. У таких людей починаються нічні кошмари та флешбеки, потім формується поява посттравматичних симптомів.

Емпіричне дослідження стресового розладу у військових здійснене по наступним методикам: Шкала депресії Бека, опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі, Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, Шкала оцінки впливу травматичної події, Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР), Коротка шкала тривоги, депресії, ПТСР.

На основі проведеного емпіричного дослідження було встановлено, що є зв'язок середній, високий та низький рівень між стресом та агресивністю, стресом та депресією, стресом та впливом травматичної події.

Ключові слова: стрес, стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, військові

## **ABSTRACT**

Kolomojets E.E. Peculiarities of the manifestation of stress disorder in military personnel who are participants in active combat operations. Qualification work.

The qualification work is devoted to the problem of stress disorder in the military who are participants in active combat operations. A theoretical analysis of scientific literature was carried out and approaches to the study of stress disorder in the military were identified.

The relevance of this problem lies in the fact that stress disorder affects a person and his or her future life. The military are in the middle of the hell of getting wounded and psychologically traumatized.

The purpose of this study is to examine stress disorder in the military. The disorder occurs as a delayed or protracted reaction to a stressful situation and can be short-term or long-term. Physical symptoms such as insomnia, fatigue, and muscle aches may occur, while emotional symptoms include irritability, anxiety, and depression. These people begin to have nightmares and flashbacks, followed by the onset of post-traumatic symptoms.

An empirical study of stress disorder in the military was conducted using the following methods: Beck Depression Scale, A. Bass-A. Darkey Aggression Inventory, Mississippi Posttraumatic Stress Disorder Scale, Traumatic Event Impact Assessment Scale, Initial Screening for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Short Anxiety, Depression, and PTSD Scale.

Based on the empirical study, it was found that there is a medium, high and low level of correlation between stress and aggression, stress and depression, stress and the impact of a traumatic event.

Keywords: stress, stress disorder, post-traumatic stress disorder, military personnel

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ Є УЧАСНИКАМИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ.....	11
1.1. Психологічний аналіз стресового розладу.....	11
1.2. Особливості прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій .....	32
Висновки до першого розділу .....	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ Є УЧАСНИКАМИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ .....	46
2.1. Організація та проведення дослідження.....	46
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	59
Висновки до другого розділу .....	73
ВИСНОВКИ .....	75
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	77
ДОДАТОК А	
ДОДАТОК Б	
ДОДАТОК В	
ДОДАТОК Г	
ДОДАТОК Д	
ДОДАТОК Е	
ДОДАТОК Ж	

## ВСТУП

Військові, які брали участь у бойових діях, можуть зазнавати дуже інтенсивних та тривалих стресових подій, таких як бойові дії, поранення, втрата товаришів тощо. Ці події можуть здійснювати глибокий психологічний вплив.

Військові, які беруть участь у бойових діях, можуть бути свідками або стикатися з багатьма травматичними подіями, що збільшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. Військові, зокрема під час активних бойових дій, перебувають у специфічному соціальному та професійному середовищі, де існують особливі норми, очікування та стресори. Це може впливати на спосіб, яким вони сприймають і впорядковують свої емоції та досвід.

Військові, які брали участь у бойових діях, можуть мати власний набір правил та норм, який може впливати на їх здатність звертатися за допомогою або визнавати свої потреби у підтримці від стресу. Деякі військові можуть мати структуровану навчальну та підготовчу програму з метою зменшення стресових реакцій та підвищення резиліентності під час бойових дій.

**Проблемна ситуація.** Участь у активних бойових діях створює значні психологічні та емоційні навантаження для військових, які можуть призвести до розвитку стресового розладу. Проте, існуючі методи діагностики та лікування цього розладу не завжди відповідають специфічним потребам цієї групи людей.

Військові, які брали участь у бойових діях, можуть мати унікальний досвід, пов'язаний зі стресом та травмою, який може відрізнитися від досвіду інших осіб, що стикаються зі стресом у цивільному житті. Військові мають специфічні потреби та вимоги, пов'язані з їх службою, які можуть впливати на те, як вони сприймають та реагують на стресові ситуації. Військові можуть зазнавати



психологічного тиску або боязні стигматизації у разі визнання своїх потреб у психологічній або психіатричній допомозі.

Проблематикою особливостей прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій займалися наступні науковці: М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, І. Котєньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко.

**Мета дослідження:** Виявити особливості прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій.

**Об'єкт дослідження:** психологічний аналіз стресового розладу.

**Предмет дослідження:** особливості прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій.

**Гіпотеза дослідження:** проведення реабілітаційних методик сприяє зниженню розвитку стресового розладу.

**Завдання дослідження:**

1. Дати визначення стресового розладу
2. Аналіз стресового розладу
3. Розкрити сутність та наслідки розладу у військових
4. Організувати та провести дослідження
5. Проаналізувати результати дослідження

**Методи дослідження:**

1. Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі
2. Шкала оцінки впливу травматичної події
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)
4. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)
5. Шкала депресії А. Бека
6. Коротка шкала тривоги, депресії, ПТСР

**Емпірична база дослідження:** Методики проходять військові за допомогою Google-опитувальників, після яких отримуємо результати

**Теоретична значущість роботи:** Теорії можуть бути такі: тривожність та стрес – для того щоб оцінити взаємозв’язок між цим, соціальна підтримка – буде корисною для підтримки військових з ПТСР, розуміння та переробка інформації – як люди сприймають інформацію пов’язану з травматичними подіями і як може бути корисною для механізму виникнення та підтримки ПТСР.

**Практична значущість роботи:** Тренінги та програми розроблені для військових, які пройдуть адаптаційний період після бойових дій.

**Наукова новизна роботи:**

Проблема стресового розладу у військових стала особливо актуальною у сучасному світі де вони змінюють своє життя та переживають різні ситуації до яких не були готові. Новизна дослідження полягає в тому, що стресовий розлад має поширення серед військовослужбовців та подальшого розвитку з наслідками. Вивчення цієї теми є основою для робіт з військовими у їхніх стресових ситуаціях та має вагомий внесок у розвиток досліджень.

*Апробація результатів роботи та публікації:*

1) Агарков О.А., Коломоєць Е. Е.

Наука сьогодення: від досліджень до стратегічних рішень: матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції, м. Чернігів, 10 травня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОСГруп», 2024. 300 с.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається з двох розділів, висновків, переліку посилань.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ УЧАСНИКІВ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

### 1.1. Психологічний аналіз стресового розладу

На сьогоднішній день війна – це найсильніший стрес для людей, а особливо для військових, які знаходяться у зоні активних бойових дій. Кожен день вони чують звуки вибухів, свист ракет, шахедів. Вони обороняють нашу країну і завдяки їм ми можемо спокійно гуляти та працювати. На жаль, молоді та більш старші чоловіки отримують травми, стресові розлади з якими потім будуть жити все життя, якщо не лікуватися. В такий тяжкий період їх треба підтримувати щодня і розуміти як вони будуть себе поводити в тій чи іншій ситуації. Військові стають вразливими до того, що їм говориш або хочеш спитати і вони самі не розуміючи як можуть нагрубити, хоча й не хотіли цього робити. Військовослужбовці одні з вразливих груп, які перебувають у екстремальних умовах.

Для більш глибокого розуміння теми стресового розладу надано його визначення.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – це порушення психічного стану, який може розвинутися після травматичної події.

Авторами з перших описів про ПТСР можна відстежити ще у давніх хроніках, в описах Геродота про битву при Марафоні, де легіонер, що не отримав поранень, втратив зір через шок від смерті товариша. А ще одним прикладом є у хроніках Шекспіра про короля Англії Генріха IV, який страждав від нічних кошмарів та уникав будь-яких нагадувань про війну після повернення з битви.

Роберт Бартон наприкінці XVI століття звернув увагу на психологічні проблеми, вони пов'язані з наслідками психотравматичних подій у книзі «Анатомія меланхолії».

У період громадянської війни в Америці (1861-1865), лікар Джейкоб Мендес Да Коста описав прискорення серцебиття у солдатів, які брали участь у бойових діях і цей симптом став відомим як «солдатське серце» або серце Да Коста. Англійський хірург Джон Ерік Еріхсен у 1875 році зробив опис психічних проявів, які спостережені у пацієнтів, що перенесли серйозну травму. Такі розлади описував ще Герман Оппенгейм у 1889 році як «травматичний невроз». Ще під час Першої світової війни зросло зацікавлення у клініці та діагностиці стресового розладу, через великі масштаби психічних порушень серед солдат, які брали участь у бойових діях.

Фахівці котрі досліджували психічні та психологічні проблеми учасників Першої світової війни і громадянської війни, включають І. Бехтерева, П. Ганнушкіна, Ф. Зарубіна, С. Крайца. У 1887 році французький психіатр Жан-Мартен Шарко виявив схожість між травматичним шоком і гіпнотичним станом, а в 1889 році П'єр Жане відзначив на нездатність пацієнтів інтегрувати спогади про пережиту травму. Зигмунд Фрейд вказав, що психічний стрес може бути однією з причин розвитку істерії. У 1896 році Еміль Крепелін описав прояви агресії та тривоги, що виникли після стресових подій і називаючи їх «неврозом страху».

Наукові дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу почалися лише у XX столітті, коли ввели поняття гострої стресової реакції (ГСР) – психологічний стан, який виникає у відповідь на події, що мають загрозливий характер. У. Кенноном у 1920 році вперше був описаний стан, який назвав його «реакцією тварин на загрозу зі звільненням симпатичної нервової системи» і

таким чином, ГСР може бути розглянута як варіація ПТСР, що проявляється як психологічна або фізична реакція на переживання повної безпорадності.

Початок вивчення посттравматичного стресового розладу почалося в США з 1940-х років минулого століття. Але широке тлумачення цього терміну став актуальним лише у середині 1970-х років. Можливим це стало після схожих симптомів з ПТСР, які були виявлені у значної кількості людей, що пережили надзвичайні ситуації природного, техногенного та соціального походження.

Саме з таким діагнозом американські військовослужбовці стали першими і найбільш масовими хворими, які повернулися додому з психічними порушеннями після війни у В'єтнамі 1965-1975 рр. На початку 1980-х років термін посттравматичних стресових розладів вперше був включений до Довідника з діагностики і статистики психічних розладів DSM- III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, третє видання), який розробляє та видає Американська психіатрична асоціація [7].

Посттравматичний стресовий розлад вивчали такі науковці: М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, І. Котеньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко.

ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію, яка може бути короткочасна та тривала. Симптоми цього розладу можуть бути як фізичні, так і емоційні. До фізичних симптомів можна віднести: проблеми зі сном, швидка втомлюваність, болі в м'язах і головному мозку. Емоційні симптоми включають депресію, тривогу, роздратованість та відчуття що безнадійний. Якщо дивитись на поведінку, то людина буде відчувати відчуженість від інших.

Постійне очікування серйозної загрози може призводити до труднощів зі збереженням концентрації або обмеженням уваги, спрямованої на джерело передбачуваної небезпеки. Флешбеки та нічні кошмари провокують появу



посттравматичних симптомів. Люди можуть уникати лікування, бо воно вимагає часто говорити про травму. Вплив стресового розладу на життя особи, потім після якого проблеми в особистих відносинах та зниження робочої ефективності. Коли хвороба прогресує, то посилюється прояв симптомів і має перехід із гострої форми у хронічну. Симптоми цього розладу можуть виникнути не лише після одноразової травматичної події, але й після комбінованого, тривалого та інтенсивного стресу.

Коли є реакція на внутрішній досвід ( здатність розрізнити і відчувати свої емоції, думки та фізіологічні реакції на травматичні події без приховування чи ігнорування) є важливою частиною усвідомленості, яка допомагає військовим справлятися з травмою та стресом. Якщо відсутній або знижений самоконтроль у військовослужбовців можуть провокуватися прояви агресії, зловживання алкоголем або наркотичними речовинами з розвитком залежності.

Науковці досліджували основні симптоми ПТСР, які можуть стати стійкими і тривати роками, впливаючи на фізичне та психічне здоров'я, якщо особа не звернулась вчасно за медичною допомогою.

**Існує кілька етапів виникнення стресових реакцій та посттравматичного стресового розладу:**

1. Гостра стресова реакція (від початку травматичної події до двох діб)
2. Бойова оперативна стресова реакція ( тривалість до чотирьох діб)
3. Гострий стресовий розлад ( тривалість від двох днів до одного місяця)
4. Гостра форма ПТСР ( від одного місяця до трьох)
5. Хронічна форма ПТСР (понад три місяці)
6. Відтермінований ПТСР (виникає через шість місяців після травматичної події)

7. Комплексний ПТСР (виникає внаслідок важких травматичних подій, що загрожують життю людини).

Бойові стресори, які виникають у військовослужбовців, можуть бути різного характеру, такі як бойові травми, втрата товаришів по службі, травми, що призвели до ампутації кінцівок або інші серйозні поранення.

При стресовому розладі не можна вживати алкогольні напої, бо вони загострюють симптоматику і з часом це призводить до замкненого кола, стан пацієнта загострюється та терміни лікування збільшуються. Все залежить від індивідуальних особливостей та тривалості вживання алкоголю. Терміни лікування можуть збільшуватись через потребу у додаткових психотерапевтичних сесіях або програмах відновлення для подолання одночасного вживання алкоголю та ПТСР. У тих військовослужбовців, які вживали алкоголь і мали психічні розлади, був тяжкий стан і тривале лікування, потім виникали ускладнення.

Вживання алкоголю може тимчасово зменшити рівень тривоги та стресу (як може сприймати пацієнт), з часом це призводить до погіршення симптомів ПТСР. Пацієнт знову буде відчувати тривожність, відновлювати травматичні враження та відчуженість. Також вживання алкоголю як засобу полегшення симптомів може призвести до розвитку алкогольної залежності та інших проблем, які пов'язані з його вживанням.

Лікування стресового розладу в алкогольних або наркотичних залежностях є складним завданням, оскільки потребує одночасного урахування як симптомів, так і супутніх проблема пов'язаних із зловживанням. Для цього потрібна медична допомога та профілактичні заходи, а також ефективні методи та програми лікування, які спрямовані на військовослужбовців [32].

Дослідження Kline A. C. (2018) показало що краще всього лікування психотерапією, внаслідок тривалого впливу була стійка ремісія і ці результати

вказують на успішність методу, який базується на систематичному нагадуванні про травму з метою зменшення страху і ефективність цього підходу виявляється у кількох аспектах:

- Довготривала ремісія, коли симптоми стресового розладу зменшуються і не повертаються протягом тривалого періоду, свідчить про стійкий позитивний ефект лікування. Ефективність у гострій фазі полягає в тому, що надається швидка підтримка військовим, коли симптоми найбільш виражені та травмуючі.

- Подовжена перспектива лікування та реабілітації забезпечує можливість ефективного управління своїми симптомами та інтеграції у повсякденне життя [49].

Методи різних ефективних форм терапії та лікування осіб, які спрямовані на травму, є:

1. Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей, допомагає переробляти травматичні спогади та інший негативний життєвий досвід, знижуючи їхню впливовість на пацієнта.

2. Когнітивна терапія, спрямована на роботу зі спогадами про травматичний досвід, сприйняттям навколишнього світу та переконанням щодо власної особистості, які викликають дистрес.

3. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія – це короткострокова і спрямована на зменшення симптомів, пов'язаних із травматичною подією [40].

Профілактика дуже важлива для військовослужбовців, бо ця категорія осіб може піддаватись високо підвищеному ризику через умови служби. Якщо говорити за дослідження та клінічний досвід, то вони свідчать про те, що проведення спеціалізованих профілактичних заходів може сприяти розвитку ПТСР серед військових.

До деяких рекомендованих підходів можна віднести:

1. Підготовка до військової служби: Глибока підготовка може допомогти особам пристосуватися до складних умов та стресових ситуацій з якими вони можуть зіткнутися.
2. Психологічна підготовка: Надання інформації та попередження про можливі травматичні події.
3. Постійний моніторинг психічного стану кожного військовослужбовця: Регулярне спостереження за психічним станом військовослужбовців допомагає вчасно виявити можливі ознаки стресової реакції і прийняти відповідні заходи для подолання негативних наслідків.
4. Соціальна підтримка: Забезпечити можливість спілкуватися з родиною, друзями та психологами може допомогти зменшити вплив стресу та підтримати психічне здоров'я.
5. Навчання управління стресом: Включаючи релаксаційні техніки.
6. Післяслужбова підтримка: Після завершення служби важливо надати підтримку, щоб запобігти розвитку хронічного стресового розладу та забезпечити адаптацію до цивільного життя.

Профілактику стресового розладу у військових має проводитися командою – медичний психолог, психотерапевт, психіатр. Впровадження ефективних підходів може допомогти зберегти психічне та емоційне здоров'я у відповідь на травматичні події.

**Травматичний стрес** – це особливий тип реакції, що виникає внаслідок взаємодії людини з навколишнім світом. Це природна відповідь на надзвичайні обставини, які перевищують звичайний людський досвід. Широкий спектр ситуацій може викликати травматичний стрес, включаючи загрози життю, фізичне поранення або порушення особистої цілісності.

Психологічна реакція на травму пройшов етапи, що розгортаються з часом. Спочатку виникає фаза шоку або заперечення, коли людина не може зрозуміти або прийняти подію емоційно. Потім настає фаза агресії та провини, де людина шукає когось винуватого і починає відчувати провину. Далі приходить фаза депресії, коли особа усвідомлює свою безпорадність та самотність перед обставинами. І остання є фаза зцілення, це коли людина приймає своє минуле і шукає новий сенс життя, набуваючи з травматичного досвіду корисний вивід.

**Якщо говорити за відстрочену стадію стресового розладу, то можна охарактеризувати наступними симптомами:**

1. Почуття безсилля яке поглинає ще більше
2. Наростаюча депресія
3. Різні болі, які не мають об'єктивного підтвердження
4. Низька самооцінка, відчуття нікчемності.

**В симптоматичному комплексі посттравматичного стресового розладу виділяють три групи симптомів:**

1. Симптоми повторного переживання ( або вторгнення)
2. Симптоми уникання
3. Симптоми фізіологічної гіперактивації ( підвищена збудливість)

Механізми виникнення ПТСР включають відторгнення свідомістю, коли людина, щоб заспокоїтися і відволіктися від хворобливих переживань, відокремлює їх від себе і переміщує у свого роду «контейнер». Емоційні стани не розвиваються і лишаються фіксованими на травмі, вважається, що людина туди переміщує тільки найбільш негативні та руйнівні переживання: гніву, страху, провини. Людина, яка зазнала тяжких емоційних ударів, найбільше боїться повторення цих вражень і намагається уникнути будь-яких емоцій, пов'язаних з травматичною ситуацією. Якщо вона все ж таки не може стримати свої емоції, то втрачає контроль над собою.



Отже, людина втрачає ще більше зусиль, щоб утримати руйнівні емоції у собі. Іноді вона може здаватися навіть собі і іншим абсолютно нормальною, оскільки травма, як здавалося, вже зажила і не нагадує про себе. Проте будь-який стимул, пов'язаний з травмою (звук, запах), раптово оживляє всі спогади, і людина опиняється знову у цьому болючому місці, куди вона не хотіла б повертатися. Це може спричинити так зване «неконтрольоване вивільнення контейнера», коли вона відчуває, що переповнена емоціями і виглядає нестабільною для інших. Іноді це може призвести до дій, за які вона потім дуже шкодує, тому вона постійно мусить захищати свій «контейнер» від того, щоб випадково не стикнутися з подразниками. Вона постійна повинна бути уважною, уникаючи всього, що може нагадувати про травматичну ситуацію. Будь-яке переживання, що нагадує про травму, лише поглиблює цей стан. Наприклад, перегляд телевізора або читання новин в інтернеті можуть викликати неприємні спогади та переживання. Таким чином, все менше залишається місця, де людина може уникнути цих спогадів та усвідомлення травми.

Зі зростанням часу, утримання цього «контейнера» потребує більше зусиль, що виснажує людину. Вся її енергія спрямовується на це, що призводить до виснаження. Це може викликати перевтому, безсоння, роздратованість, а також порушення уваги, пам'яті та інших функцій. Боротьба з власними почуттями виснажує людину, довготривале емоційне напруження може погіршити фізичне здоров'я і спричинити психосоматичні розлади. Характерно, що ці «контейнери» можуть поєднуватися з травмами дитинства і утворювати складну травму.

В. Волошин ідентифікував кілька типів ПТСР, включаючи тривожний, астеничний, дисфоричний та соматоформний. У **тривожному** типі відзначається високий рівень тривоги як фізичної, так і психічної, яка може виникати без наочних причин і пов'язана з психотравмою. **Астеничний** тип характеризується

відчуттями слабкості та млявості, пригніченим настроєм і байдужістю до раніше цікавих справ. **Дисфоричний** тип супроводжується постійним внутрішнім невдоволенням, роздратуванням та спалахами злості на тлі пригніченого настрою. **Соматоформний** тип характеризується масивними соматичними розладами, болі в серці, шлунково-кишковий дистрес та головні болі, що спричинені психічним стресом [3].

Молоді люди, а також старші люди, мають свої особливості у подоланні екстремальних ситуацій. Молодим людям може бути важко зіткнутися зі стресом через недостатній досвід і незрілі механізми захисту, їх реакція на стрес може бути регресивною, а також вони можуть не усвідомлювати або не обговорювати травматичну ситуацію. Літні люди можуть виявляти низький рівень адаптації до нових умов існування, ці фактори можуть спричиняти ригідні системи захисту та мати стереотипне мислення. Виснажена ендокринна система є частиною старіння і може ускладнювати реакцію на стресові ситуації. Для адаптації та зменшення стресу, важливо надавати підтримку та створювати стабільне, сприятливе середовище для них.

Існує кілька факторів, які впливають на розвиток стресового розладу:

- Суб'єктивне сприйняття ситуації як загрозової. Якщо людина сприймає подію як загрозову або страхітливую, це може значно збільшити ризик розвитку ПТСР.

- Об'єктивна реальність загрози для життя. Якщо існує реально загроза для життя під час події.

- Близкість до місця трагічних подій.

- Залучення близьких до події.

В ситуації стресу виділяють три типи ставлення до себе:

1. Якщо вважати себе жертвою екстремальної ситуації, то це збільшує рівень стресу.

2. Поєднання усвідомлення себе як жертви разом з відчуттям власної цінності та контролю сприяє збереженню психічного здоров'я

3. Усвідомлення ролі до одного з людей та значення у ситуації може найбільше сприяти ефективності в дії під час стресу

На даний момент дослідження синдрому ПТСР досліджують в таких формах як: інтерв'ю, контрольні листи самозвітів, психометричні та психофізіологічні вимірювання. Діагностичне інтерв'ю досить важливе для поєднань точних рекомендацій з виявленням діагнозу, який відповідає надійності та валідності.

Використання цього інтерв'ю в клінічній практиці може підвищити точність поставленого діагнозу та покращити план лікування. Стосовно методів інтерв'ювання стресового розладу, то основним із диференціальної діагностики є:

- Метод структурованого клінічного інтерв'ю,
- Напівструктуроване діагностичне інтерв'ю,
- Спеціалізоване структуроване інтерв'ю для ПТСР,
- Інтерв'ю для виявлення ПТСР,
- Інтерв'ю для тривожних розладів,
- Комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю,
- Клінічна адміністративна шкала для оцінки ПТСР або шкала для клінічної діагностики ПТСР,
- Шкала інтерв'ю для виявлення симптомів ПТСР.

Емпіричні психометричні виміри включають: Місісіпську шкалу, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Л. Дерогатіса, опитувальник депресивності Бека, Шкала оцінки важкості впливу травмуючої події.

Вплив травмуючої події здійснюється за допомогою психометричних вимірювань:

- Шкала схильності травматичному впливу військових подій
- Гарвардського опитувальника по травмі
- Опитувальник травматичного стресу.

Вказані дані вище свідчать про соціальну важливість психологічного лікування осіб з посттравматичними розладами. Коли відсутні засоби психологічної діагностики таких станів у вітчизняній психології, то це ускладнює процес психологічної реабілітації постраждалих військових і настає обмеження розробки методів корекції для великої кількості хворих. У центр уваги ставиться проблема розробки діагностичних інструментів, бо потребує швидкого вирішення.

Після аналізу науково-психологічних досліджень стресового розладу стан цієї проблеми у зарубіжній та вітчизняній психології відрізняються, вітчизняні психологи не володіють психологічним інструментарієм на відміну від зарубіжних для діагностики посттравматичного синдрому. І в ході цього стає потреба створення україномовних варіантів психологічних методик, які використовуються для посттравматичного стану.

Поширеність ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, коливається від 2% до 17% серед ветеранів США. Однак в інших західних країнах під час тих самих конфліктів поширеність є нижчою та має вузький діапазон. Ця мінливість є багатофакторною і залежить від унікальності кожного театру війни та змін діагностичних критеріїв з часом. Кожна війна наражає учасників на різну інтенсивність бойових дій і відбувається в різних соціально-політичних контекстах, з яких війська розгортаються та зрештою повертаються. Існують також помітні відмінності між дослідженнями, включаючи варіації в методах вибірки та стратегіях вимірювання, таких як самовіт проти структурованих

інтерв'ю. Крім того, затримки в оцінці після бойового опромінення, іноді охоплюючі роки або десятиліття, можуть потенційно збільшити упередженість пригадування. Багатофакторна, за своєю суттю суб'єктивна та еволюційна природа посттравматичного стресового розладу створює значні проблеми для точного визначення його епідеміології [57].

Лікування посттравматичних стресових розладів слід розпочинати незабаром після встановлення діагнозу, якщо симптоми зберігаються щонайменше 4 тижні, хоча у більшості пацієнтів симптоми з'являються через місяці або роки. Лікування першої лінії в першу чергу включає психотерапію, тоді як медикаментозне лікування може розглядатися як розумна альтернатива або додаткова стратегія на основі переваг пацієнта або коли психотерапія недоступна.

**Немедикаментозна терапія.** Ефективна психотерапія ПТСР включає експозиційну терапію, терапію когнітивної обробки, когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму (ТФ-КПТ), і десенсибілізацію та повторну обробку рухів очей (EMDR). Експозиційна терапія базується на теорії обробки емоцій і спрямована на виправлення дисфункціональної когнітивної структури страху. КПТ залежить від травми і триває 12 тижнів. Цей підхід включає емоційну обробку та елементи соціальної когнітивної теорії для вирішення та виправлення спотворених уявлень про себе та світ, які можуть виникнути після травми [58]. ТФ-КПТ – це терапія, яка поєднує афективні та когнітивні техніки. [45]. Тип обраної терапії залежить від домінуючих симптомів пацієнта, оскільки ті, хто відчуває страх і уникання, як правило, отримують користь від афективних технік, тоді як ті, хто відчуває провину та недовіру, можуть отримати більше користі від когнітивної терапії. Міжособистісна психотерапія, яка спочатку була розроблена для лікування депресії, також виявилася ефективною проти



посттравматичних стресових розладів, хоча в порівнянні з нею дослідження приділяли менше уваги [58].

**Фармакотерапія:** ліки можуть бути ефективним варіантом для зменшення основних симптомів ПТСР. Вони більш ефективні проти гіперзбудження та симптомів настрою та менш ефективні для повторного емоційного заціпеніння та симптомів уникнення.

**Комбінована терапія:** Деякі дослідження показують, що селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та їх комбінації є приблизно еквівалентними за ефективністю, з деякими перевагами порівняно з психотерапією для пацієнта. Поліпшення прихильності спостерігалось, коли пацієнти отримували бажаний спосіб лікування [61]. Недавній мета-аналіз показав, що багатоконпонентні втручання є найефективнішим підходом до лікування. Те саме дослідження показало, що психотерапія, особливо методи, орієнтовані на травму, була ефективною для посттравматичних стресових розладів, коморбідної тривоги, депресії та безсоння. Фармакотерапія була менш ефективною, ніж психотерапія, щодо зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу та покращення сну [46].

Соціальна підтримка може впливати на ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та ефективність лікування. Однак пацієнтам може бути важко визнати наслідки минулої травми та почати лікування. Можуть бути сильні почуття страху, уразливості та розгубленості. ПТСР впливає на фізичне та психічне здоров'я не завжди очевидним чином. Тому важливо знати про ознаки та симптоми. Прихильність пацієнта та відданість лікуванню, особливо при лікуванні супутніх захворювань, мають вирішальне значення для зменшення тягаря хвороби для пацієнтів та їхніх близьких.

Після того, як особа зазнає психотравми, що ставить під загрозу її життя та здоров'я, може наступити гостра реакція на стрес або період коли наслідки травми можуть залишитися прихованими. Гостра реакція може спостерігатись у відповідь на стресову ситуацію і проявляється швидко або у перші три доби. Воно включає в себе розгубленість, звуження усвідомлення, втрату орієнтації, панічні реакції, ступор, психомоторні збудження, мнестичні порушення або психопатологічні ознаки, які відображають зміст цієї психотравми, наприклад, галюцинації звуку вибухів після пережитого бомбардування. Стан може бути дуже важким, навіть досягає рівня психозу, який супроводжується психомоторним збудженням або загальмованістю, дезорієнтованістю та відсутність критичного ставлення до власного стану. Зазвичай такі симптоми виникають та тривають не більше кількох годин після чого завершуються або сном, або протрацією.

Депресивність, obsесивно-компульсивні розлади та порушення сну, проявляються стійкістю і тривають від кількох тижнів до кількох місяців, проглядаються на різних етапах посттравматичного стресового розладу від продромального періоду до етапу резидуальних явищ.

**Продромальний період** – цей період охоплює появи перших ознак до появи яскраво виражених симптомів.

**Резидуальні явища** – це довгострокові наслідки активної фази розладу.

Загрозлива ситуація котра триває більше 48 годин, то гостра психопатологічна симптоматика різко зменшується до завершення третьої доби. Під час цього періоду стає очевидним афективне звуження свідомості, що супроводжується легким оглушенням і також відчуттям страху і безпорадності. Під таким впливом умов виникають значні порушення концентрації уваги, цілісного та послідовного сприйняття реальності. При таких обставинах стає неможливим послідовне розуміння та свідоме осмислення ситуації, а також

ускладнюється вольовий контроль над власною поведінкою, що заважає створенню ефективних стратегій адаптацій.

Після виходу постраждалого із небезпечної ситуації він може переживати фазу ізоляції. Під час цього періоду посилюється апетит, спрага та частота сечовипускання. У постраждалого виникає «емоційний параліч» - це коли відсутні будь-які емоційні реакції на бурхливі події, що трапилися. Супроводжується такий стан заглибленням моральних та етичних цінностей, зникає відчуття сорому, а також збільшується насильницькі та агресивні дії, які спрямовані на задоволення свої базових інстинктивних потреб. Коли по завершенню етапу гострої реакції на стрес виникає перехідний період, який триває від 5 до 30 діб. Основними клінічними проявами є загальна слабкість, головний біль у потиличній ділянці, порушення сну, тривожність та внутрішнє напруження. Водночас може збільшуватись апетит.

У цей перехідний період постраждалий часто думками занурюється до міркувань про можливість повторення загрозливих подій, проводить аналіз всіх інформаційних повідомлень та звертається до інших джерел для того, щоб з'ясувати обставини. Спрощуються умови життя, фокус більше на зменшенні ризиків, активність зберіганням запасів їжі та необхідних предметів, а також посилюються заходи безпеки. Симптоми стресового розладу та клінічної картини розвивається відстрочено, коли відчуття загрози неактуальні і психотравмуючі події здаються минулими. Спостерігається комбінація сильної неврозоподібної симптоматики з порушеннями поведінки, які схожі на психопатію. Часто призводить до ускладнення застосуванням алкоголю або наркотиків.

Поміж головних клінічних проявів у людей з стресовим розладом слід відзначити несподівані забарвлення спогадів та поведінку уникнення.

Розлад пам'яті виявляються підвищенням здатності до відтворення дрібних деталей, які супроводжували психотравматичну ситуацію. Найдрібніші деталі

досить болісні для людини і він фіксується на них без здатності їх забути. Спогади можуть з'явитися неочікувано, без логічних асоціацій, відтворюються яскраво і в найдрібніших деталях. Виражені емоційні реакції, а переважає це страх і гнів, настільки сильні, що пацієнт знову переживає катастрофічні події та виникають численні вегетативні виявлення.

Постійні нагадування про обставини психотравмуючої події виражаються у формі флешбеків або кошмарних сновидінь. У важких випадках відбувається емоційне звуження свідомості та яскраві драматичні спогади переважають реальність. Супроводжується це психомоторним збудженням та іноді агресією. Цей епізод стає таким тяжким, що може сягати психотичного рівня із подальшим розвитком сплутаності свідомості, подібним до істеричного сутінкового розладу. Загальний страх перед спогадами які знову відтворюються є досить сильним, що навіть невелике нагадування про обставини може викликати панічні реакції у людини. Деякі також уникають сну, щоб уникнути повторення цих кошмарів, але іноді спеціально викликають травматичні спогади, намагаючись їх пережити знову, а потім зробити аналіз та звикнути до них. Здатність запам'ятовування інформації погіршується, обсяг уваги зменшується і відбувається зниження концентрація та переключення. До симптомів цього стану можна віднести дратівливість, прискорене серцебиття, пітливість, безсоння.

Настрій швидко знижується, проявляючись у вигляді неглибокої тривожної депресії, яка відображається у відчутті дисфорії, невдоволеність собою і схильність до агресії. Найчастіше розвиваються тривожно-депресивні розлади та тенденції до алкоголізації або наркотизації для спроби заглушити відповідні емоційні переживання.

Порушення емоційної сфери є ознакою ангедонії – коли людина не може повноцінно отримати задоволення. Такі люди почувають себе відчуженими від оточуючого середовища, бо їхні емоції вкорочені, а зовні виглядають

заціпенілими та песимістично налаштованими, їм байдужі навколишні події і бувають невмотивовано озлобленими. У них виникає алекситимія, яка проявляється у важкості описати власні та чужі переживання, характеризуються втратою такту, стриманості та емоційної відкритості.

Безсоння виявляють через страх перед спогадами і кошмарні сновидіння, які призводять до нічних прокидань в збудженому стані.

Притаманним є парадоксальна ситуація, коли починається інстинкт самозбереження та активація стереотипної поведінки, а з іншого боку, уявлення про неприйнятність життя у кризових ситуаціях. Підвищена пильність на психотравму створюють напругу у психічній діяльності, що призводить до виснаження. Та потім виникає стан хронічної втоми, який супроводжується зниженням функціональності. Таким людям складно підтримувати звичні суспільні контакти, виконувати вимоги роботи, стосунки в сім'ї погіршуються і адаптація стає що в повсякденному житті, що на роботі важкою.

Для людей із стресовим розладом світ та переживання інших людей здаються маленькими і не вартують уваги. У них виникає суб'єктивне враження що ті, хто не пережив подібні випробування, то не зможуть зрозуміти їх і спроби навіть найрідніших людей допомогти сприймають з роздратуванням. Великих компаній вони уникають, бо їм краще на самоті, відчувають образи і звинувачення близьких у бездушності.

Розвиток фази стресового розладу може тривати від 1 тижня до 30 років і навіть більше. Якщо сприятливі умови, симптоми можуть зменшитися і відбувається повне одужання у третини людей. У процесі одужання спогади про психотравмувальну ситуацію можуть послаблюватися, їх інтенсивність та емоційне забарвлення зменшується і поступово починають розсіватися на фрагменти. Людина після цього знову починає відчувати емпатію та цінує



турботу про нього, стає більш відкритим до допомоги та ініціює власну участь у допомозі іншим.

Поступово починає формуватися уявлення психотравми як виклик, що потім принесе досвід та відкриє нові можливості. А оптимальне переосмислення супроводжується конструктивною системою цінностей та бажанням обережніше ставитися до свого життя і реалізовувати свої можливості.

Фактори, які сприяють гарному прогнозу, включають гострий розвиток симптомів та відсутність психопатологічних ускладнень у минулому та належну кваліфіковану допомогу та підтримку з боку соціального середовища. У випадку якщо частково одужує, то можуть залишатися лише порушення сну у вигляді кошмарів та нестійкість у емоціях, окрім цього може відбутися повна втрата активності у соціальних взаємодіях. За допомогою компенсаторним механізмам психіки, може бути досягнута адаптація в основних сферах соціальної активності. Ці люди можуть переключати свою увагу на менш широкі, особисті та внутрішньо-сімейні інтереси, змінюють свою життєву позицію і відмовляються від попереднього кола спілкування. В їхньому сприйнятті подій, що спричинили травму, переважають психологічні механізми підсвідомого витіснення та заперечення.

Після аналізу причин своїх психологічних проблем, звертають увагу на відсутність реакції людей, незрозуміння їх оточенням та неефективно надають допомогу. Потім відчують недовіру та ворожість до зовнішнього світу, спустошеність та безнадії, постійно перебувають на межі та в умовах постійної загрози.

На більш віддалених етапах, які настають через один чи два роки після початку виявлення виражених симптомів, спостерігається наростання характерних ознак психопатизації. Появляються хронічні проблеми зі сном,

суїцидальні мізгові тенденції. Тяжкість симптомів може досягати рівня, коли людина втрачає здатність працювати.

Внаслідок підвищеної вразливості, налаштованості на опозицію та обмеженого критичного мислення, люди з стресовим розладом можуть стати легкими маріонетками у руках асоціальних груп, приєднуються до злочинних колективів або самотійно порушують. Це потрібно для тих, чия психотравматизація пов'язана з бойовими діями.

Стресовий розлад супроводжується згостренням психосоматичних захворювань, це може бути шлункова виразка та дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма і коліт.

Розвиток депресивних станів де переважає тривожна та дистимічна симптоматика, подібна за структурою до ендореактивної дистимії Вайтбрехта та є характерною для стресового розладу. А генералізований тривожний розлад – це ще можливе ускладнення, яке виникає вслід з посттравматичним стресовим розладом і в такий час людина може переживати довгий час стійку тривогу, яка не пов'язана з конкретними життєвими подіями. Може супроводжуватися це нервозністю, тремором, запамороченням та страхом перед можливим нещастям або загибеллю.

Незважаючи на важкі страждання, люди часто уникають звернення до психіатрів та психотерапевтів. А коли вона звернулася за консультацією до фахівців, їхній стан часто неправильно діагностують як психопатія.

Зараз не існує однозначної теорії, яка б повністю могла пояснити виникнення та розвиток стресового розладу, але замість цього вчені розробили кілька теоретичних моделей, включають психодинамічний, когнітивний, психосоціальний, психобіологічний підходи та мультифакторну теорію у якій намагаються узгодити різні фактори, щоб краще зрозуміти цей розлад.

Психодинамічні, когнітивні і психосоціальні моделі входять до числа психологічних теорій і вони розроблені для розуміння того, як жертви травматичних подій будуть адаптуватися до нормального життя. Дослідження показують, що є сильний зв'язок між методами виходу із кризової ситуації та шляхами подолання травматичного стресу, які включають уникнення нагадувань про травму, занурення в роботу та бажання вступити до групи взаємодопомоги.

Два найбільш ефективних підходи включають:

1) Активне занурення у спогади про травматичну подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми;

2) Розуміння носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

Ці стратегії детально використовують при розробці психодинамічних моделей, що описують процес розвитку та подолання посттравматичного стресу. Вказують на процес коли особа шукає оптимальний баланс між патологічною фіксацією на травмуючій ситуації та її повним витісненням зі свідомості. У перші дні після травми, стратегія уникнення та відштовхування травмуючих подій буде більш доцільною, допомагаючи подолати наслідки раптового стресу. Однак, під час розвитку посттравматичних реакцій, повне усвідомлення та розгляд аспектів стає необхідною умовою для інтеграції внутрішнього світу людини та перетворення травмуючих ситуацій у важливу частину її життя.

Фрейд розглядав травматичний невроз як прояв нарцисичного конфлікту. Вважав, що травматичні події порушують нормальний розвиток особистості в ранньому дитинстві і від цього сприяти формуванню конфліктів нарцисизму. Цей конфлікт виникає тоді, коли людина стикається з реальністю, яка не відповідає ідеалізованим уявленням про світ або себе. Через такі конфлікти мають вплив на психічне здоров'я і сприяє розвитку невротичних симптомів.

Стимульний бар'єр по Фрейду захищає психіку від перенавантаження впливом зовнішніх подразників, при інтенсивному або тривалому впливі цей

бар'єр може руйнуватися, що призводить до зміщення лібідозної енергії на саму людину. Якщо фіксуватися на травмі, то це буде як спроба контролювати цю травму.

Зовсім інший підхід до подолання стресового розладу, зосереджений на когнітивній оцінці травматичного досвіду, який відображений у когнітивних психотерапевтичних моделях. Оцінка когнітивних аспектів стає ключовим фактором у процесі адаптації після травми та найбільше сприяє подоланню її наслідків, особливо коли причина травматичного досвіду сприймається як зовнішня, а не особистісна особливість особи.

Інформаційна модель, створена Горовицем, є спробою поєднати когнітивну, психоаналітичну та психофізіологічну моделі. Під впливом стресового розладу інформація переходить зі свідомості в несвідоме, але залишається в активній формі.

На потребу уникнення страждань, особа старається зберегти травматичну інформацію в своїй підсвідомості, відповідно тенденції до завершення, ця інформація може виникнути у свідомості як частина обробки інформації. При завершенні травма може втрачати активність і переходить в пасивний стан, коли вона вже не є такою сильно або владною над свідомістю. Біологічні та психологічні фактори впливають на цю динаміку однаково. Реакція на шокуючу інформацію є нормальною реакцією, але інтенсивні реакції, які не сприяють адаптації і перешкоджають опрацюванню та засвоєнню інформації в когнітивній структурі, можуть бути ненормальним.

## **1.2. Особливості прояву стресового розладу у військових, які є учасниками активних бойових дій**

Бойова підготовка та військова служба мають великий вплив на емоційно-почуттєву сферу військовослужбовців. Процес який насичений емоціями не лише

активізують психічну діяльність, але й нейтралізують астенічні, що сприяє психічному здоров'ю. Стенічні емоції можуть розвиватися з різних причин: інтенсивні тренування з бойової та гуманітарної підготовки, накопичення емоційного досвіду з урахуванням вимог службової та бойової діяльності та стимулювання воїнів до самовдосконалення [42].

Військова діяльність може значно сприяти для розвитку сильних вольових якостей у військовослужбовців, що допомагає керувати своєю поведінкою та бути готовим до подолання труднощів у військовому житті. Військовим дозволяють вдало діяти в складних умовах сучасної війни такі якості: цілеспрямованість, рішучість, сміливість, ініціативність, дисциплінованість, організованість та відповідальність. Вони волевиявлені, що дозволяє їм самостійно організовувати діяльність та ефективно керувати своїми діями під час виконання бойових завдань [27].

Основні напрямки та завдання розвитку вольових якостей особистості військовослужбовця можуть включати:

1. Організація і проведення бойової та тактичної підготовки.
2. Передача відповідних статутів особовому складу, які визначають дії підрозділів у всіх бойових ситуаціях.
3. Спеціальне навчання з урахуванням зміни умов та обставин.
4. Сприяння саморозвитку та самовихованню особового складу.
5. Набуття навичок з використання індивідуальної та групової зброї та військової техніки в бойових умовах.
6. Систематична інтеграція досвіду вольової поведінки на всіх етапах досягнення результатів.
7. Навчання особового складу перебувати в повній готовності та проводити вмілі дії за призначенням.
8. Проведення бою в умовах складної та змінної обстановки

9. Вдосконалення умінь та навичок командирів для організації та керування військовими діями та підрозділами в бою.

10. Формування у особового складу якостей, які свідчать про відповідальну дисциплінованість [30].

В. Китрар відзначає, що концепція дисципліни завжди визначається певною теорією, яка має вплив на характер практичних вимог щодо дисципліни. Він виділив структуру і зміст механізму регуляції поведінки особового складу ЗСУ у три елементи:

1. Індивідуально-особистісна дисциплінованість, вона притаманна кожному військовому, незалежно від звання і посади.

2. Колективна дисциплінованість, характеризує добре організований та вихований військовий підрозділ і також включає в себе внутрішні соціально-психологічні механізми порядку.

3. Мистецтво дисциплінарного управління, що представляє собою сутність військово-професійної компетентності командира.

Великий досвід військової служби розширює сферу активності військових і сприяє розвитку їхніх психічних можливостей та потенціалу для організаційної діяльності, яка відображається у психічному стані. Їхній стан впливає на психічні процеси, вияв особистісних рис та ефективність їхньої службової діяльності. Це все залежить в значній мірі від мотивації військової служби, успішності підготовки, особистих характеристик та умови служби, взаємодія з колегами та керівництвом. Суспільно-психологічна атмосфера, настрій і стосунки з командирами впливають на психічний стан військових.

Військовим треба активно закріплювати позитивні психічні стани та якості, так як концентрація, рішучість, наполегливість, незалежно від того, які можуть виникати зовнішні впливи. Треба приділяти увагу запобіганню та усуненню негативних психічних станів, тривожність, дратівливість та розсіяність [20].

Ефективне виконання функціональних обов'язків у певній військовій спеціальності є ключовим для розвитку особистості. Якщо є співпраця та підтримка під час польової підготовки і бойових навчань, то це сприяє позитивному формуванню особистості. Участь у відстеженні успіхів та невдач, аналіз власних дій сприяє кращому розвитку відповідальності та вміння самовиявлятися. Позитивний приклад командирів, стимулюють воїнів до впевненості у собі та самодисципліни та бажання до самовдосконалення [22].

Л. Джигун підкреслює, що «Соціальні якості та рівень освіченості військового напряму впливають на його особистість і на те, наскільки він усвідомлений учасник суспільно корисної військової діяльності».

Також вчена зазначає, коли особистість завжди активна, а активність військового проявляється у різноманітній військовій діяльності, то він формується безпосередньо в цій роботі. Окрім спілкування з товаришами по службі, формування та вдосконалення особистості військовослужбовця відбувається в контексті спілкування з іншими.

Військові котрі виконують бойові завдання на фронті, зазнають надекстремального впливу стресорів, які призводять до розвитку травматичного стресу. Психологічні наслідки цього стресу можуть проявлятися у посттравматичних стресових розладах.

У бойових ситуаціях основними психотравмуючими факторами є переживання щодо власного життя і фізичного здоров'я. Аналіз бойової діяльності різних категорій військових демонструє, що психологічні травми виникають через фактори реального бою, які мають сильний вплив на психіку бійця або викликають Perezбудження, а в подальшому – до зриву активності [35].

Під час війни особистість військовослужбовця зазнає деформацій через невизначеність результатів – або перемога над ворогом, або поразка. Війна спричиняє складну трансформацію людських емоцій, почуттів, дій, прагнень,

стрес підсилює особливості характеру військових, надаючи їм власні специфічні риси. Дослідження проблем виживання військових у бойових умовах є найбільш актуальною темою військової психології. Це все спричинено тим, що постійний розвиток засобів ведення війни, зростання складності поставлених завдань і підвищення цінності людського життя.

У 1980-х роках з'явилась нова галузь психологічної науки і отримала назву «психологія травматичного стресу». Найбільший розвиток у цій галузі був досягнутий у США, Великій Британії, Франції та Ізраїлі. І з цього періоду стрес вивчався як прямий наслідок бойового стресу, що виникає на полі бою та під час періоду після війни [24].

За дослідженнями О. Колесніченка, психологічна травматизація військових – це процес, коли вплив стресу порушує психологічну безпеку особистості, призводить до зниження здатності адаптуватися до психічних і фізичних навантажень. Цей стан знаходиться між здоров'ям і хворобою, має певні патологічні прояви, відрізняється він від психічної травми за відсутністю деяких компонентів, які необхідні для діагностики психічного розладу за міжнародними стандартами.

Дослідження бойових психічних травм у літературі, розрізняють:

1. Психічне перевантаження воїнів у зоні бойових дій
  - Реальна загроза для життя
  - Відповідальність за виконання бойових завдань
  - Недостатність інформації яку отримують
  - Приймати рішення швидко в обмежені строки
  - Недостатня підготовленість для реальних умов бойових дій
  - Негативна психологічна готовність до дій у бойових умовах
  - Вплив на реакції груп людей, такий як миттєва паніка серед воїнів
  - Ізоляція воїнів від основних військових сил і інші фактори



Б) Фізичне виснаження під час бойових дій виникає через:

- Надмірне навантаження та порушення режиму харчування
- Порушення звичного режиму сну

В) Умови бойової діяльності відносять такі аспекти:

- Дотримання розпорядку дня та дисциплінарних вимог
- Забезпечення організаційного побуту та задоволення потреб воїнів
- Незвичні умови служби та бойових дій, такі як погода та місцевість
- Особисті емоційні переживання та стреси, які пов'язані зі службою [31],

[43], [56].

Бойові дії суттєво впливають на психічну активність та поведінку військових, які приймають в них участь. Бойовий стрес може мати певну позитивну роль у збереженні цілісності організму та особистості солдата в умовах екстремальних ситуацій, це також може призвести до подальшої дезадаптації та психологічних травм для учасників бойових дій. Стресові адаптаційні зміни в ситуаціях, коли немає загрози для життя, можуть мати негативний та дезадаптивний характер, проявляючись у формі основних симптомів стресового розладу.

Психологічна травматизація є однією з найважливіших внутрішніх перешкод на шляху до адаптації цивільного життя. Травматичний досвід, вражений у психіці ветерана, утримує його в стані внутрішньої боротьби.

О. Блінов виділяє три умовні психологічні типи військових залежно від реакції на бойовий стрес:

1. «Задумливі» військовослужбовці: поведінка має ригідну форму, їхнє мислення та реакції на подразники сповільнені. Дуже чутливі до всього, що відбувається під час бойових дій.

2. «Досвідчені» військові: психіка збалансована, позитивно налаштовані на виконання бойових завдань і мають ініціативу та відповідальність. Вони володіють емоційною стійкістю до стресових ситуацій.

3. «Реактивні» військовослужбовці: швидко реагують на зовнішні подразники, можуть проявляти істеричні реакції та мають швидкі зміни настрою., поведінка може бути агресивною та конфліктною, іноді діють не задумуючись про наслідки.

В умовах екстремального характеру під час професійної діяльності людина відбудовує адаптацію, яка охоплює загальні та специфічні аспекти. Професійна адаптація – це процес, котрий визначає рівновагу у системі «працівник – професійне середовище», включає умови праці, професійні завдання та соціальні виміри професійного середовища. У ранньому етапі стресової адаптації можуть виникати чотири форми початкових емоційно-поведінкових реакцій, вони відомі як криза першого рівня:

- Активна: ці реакції можуть бути раціональними або нерациональними
- Пасивна: включає в себе «пасивний переляк» або шок
- Конструктивна: це адекватна реакція, яка успішно подолається.
- Стресово-нейтральна: реакція виникає, коли небезпека не сприймається.

При тривалому стресі всі ці види реакцій можуть еволюціонувати у вторинну стресову пасивність, вона відома як криза другого рівня. Під впливом тривалого стресора спостерігається зміна всіх форм пасивності на другорядну стресову реакцію.

Уміння адаптуватися в умовах важкої військової служби вимагає врахування індивідуальних особливостей центральної нервової системи,

стійкості психічного стану, вміння ефективно спілкуватися та дотримання моральних норм, які є характерними для військових [19], [1].

Концепція біопсихосоціального підходу до психічного здоров'я, розроблена Е. Енжелом та Ю.Л. Нуллером, визначає психічну адаптацію на різних рівнях. В організмі людини існують два аспекти цього процесу: саногенез, він відповідає за збереження здоров'я та патогенез, який відповідає за розвиток захворювань. Психічна адаптація стає неефективною при тривалому і (або) надмірному стресі, що може призвести до перевантаження та виснаження адаптаційних та компенсаторних механізмів особистості.

Реабілітація стресового розладу у військових може бути ефективним. Групова динаміка створює підтримку та взаєморозуміння серед учасників і це сприяє швидкому та більш повному зціленню. Психолог котрий працює у реабілітаційній системі, орієнтований на особистісний розвиток військових через створення безпечного та підтримуючого середовища у групі. У такому середовищі учасники відчують себе комфортно для відкриття своїх емоцій та поділитися досвідом. Групові тренінги, корекційні цикли, релаксаційні заняття та психотерапевтичні групи можуть бути корисними для них. Всі ці заходи допомагають розробляти стратегії подолання стресу та вчитися керувати своїми емоціями та відновлювати психологічний баланс. Застосування групових методів сприяє тому, що військовослужбовці відчують себе частиною спільноти, де вони можуть взаємодіяти зі своїми колегами та отримувати підтримку. Це буде корисним у процесі зцілення та адаптації до нових умов після військової служби.

Групові релаксаційні сесії, які використовують методи аутотренінгу та саморегуляції, є важливими компонентами психологічної підтримки військових із стресовим розладом. Ці заходи спрямовані на зняття психічної напруги та сприяють досягненню глибокої релаксації і аутогенного стану, який дозволяє відновити психологічний баланс та відкрити для себе нові життєві перспективи.

Застосування різноманітного обладнання для релаксації, такого як відео та аудіотерапія, фітотерапія, аромотерапія, кольоротерапія, фонтани або спеціальні світильники, анатомічні крісла, електромасажери – це все створює сприятливу атмосферу для досягнення максимального ефекту релаксації та психологічного відновлення. Програми розробляються із залученням наявного обладнання та врахуванням індивідуальних потреб учасників, що дозволяє максимально використовувати потенціал релаксаційних занять для подолання стресу, поліпшення емоційного стану та підвищення загального самопочуття військового [37].

Заняття з релаксації, саморегуляції та аутотренінгу можуть поліпшити стан військових, які стикаються зі стресовим розладом чи іншими психологічними проблемами. Крім зняття нервово-психічного напруження та відновлення емоційної рівноваги, заняття сприяють відкриттю нових можливостей для самопізнання та самореалізації. Поступово військовослужбовці навчаються слухати свої почуття, інтереси та спонукання і не залежати від інших зовнішніх суджень та стандартів. Це допомагає відчувати контроль над власним життям та усвідомлювати, що локус оцінки знаходиться всередині них самих. Самопідтримка сприяє підвищенню самоповаги та внутрішньої міцності, дозволяє їм зосередитися на власних потребах та цілях, незалежно від зовнішніх впливів [35].

Спробувати релаксаційні методи – означає спробувати відчувати себе вільним від невпевненості і стресу. Стародавні мудреці вважали, що медитація та релаксація – це шлях до внутрішньої свободи. За словами Р. Мея, сучасного психотерапевта, допомагаючи клієнтові подолати особистісні проблеми, консультант допомагає йому стати більш вільним. Для військовослужбовців із стресовим розладом релаксаційні заняття можуть стати вихідним з переживань,

душевного болю та невротичних розладів, можуть відкрити шлях до філософського сприйняття світу.

Відгуки військових однієї з груп демонструють такий вплив:

- « Це було так добре, наче я знайшов час для перекуру, коли можна спокійно викурити сигарету» (для військового перекур – це час, коли він може подумати і насолодитися)

- « Я навіть не уявляв, що може бути така глибока спокійність»

- « Здавалося, що я кохав увесь світ завжди»

Групові релаксаційні сесії можуть мати катарсичний вплив на військовослужбовців з ПТСР або іншими психологічними травмами. Під час цих занять, коли вони розслабляються, можуть відчувати втрату контролю над своєю поведінкою, що дозволяє їм відкрити та відпустити накопичені емоції. Учасники групи можуть виразити свої емоції, такі як плач, панічний страх або регресія в дитинство. Це дозволяє їм пережити та трансформувати емоційні травми, які заважають їм рости та приймати себе. Звільнення від цих накопичених афектів може сприяти подальшій психологічній реабілітації та відновленню емоційного благополуччя військових.

Групові корекційні заняття, які комбінують елементи тренінгу соціальних навичок і психотерапії, є важливим інструментом для психологічної роботи з військовими, які повернулися з гарячих точок і стикаються з різними проявами стресового розладу. Гомогенність групи, де учасники мають схожий військовий досвід та пройшли подібні травматичні ситуації, сприяє ефективній роботі з їхніми проблемами. Проведення корекційної роботи в груповому форматі ґрунтується на принципах нормативності, корекції зверху донизу та системного розвитку психічної діяльності. Учасники спільно вивчають та аналізують свої емоційні та поведінкові реакції, навчаються новим стратегіям адаптації та способам подолання стресу, а також підтримують один одного у процесі

реабілітації. Групова динаміка сприяє відчуттю підтримки та розуміння, що сприяє психологічному відновленню учасників.

Підхід до корекції є особистісним, оскільки кожен військовий має унікальний досвід та індивідуальні особливості, які впливають на його психічні процеси. Принцип системності корекції передбачає врахування важливості психологічних освіт та їх впливу на відповідність психічних відхилень. Діагностичне обстеження визначає системи причинно-наслідкових зв'язків, що допомагає встановити ієрархію відносин між симптомами та причинами. Успіх корекції забезпечується шляхом використання природних механізмів психічного та особистісного розвитку. Для цього важливо враховувати всі види діяльності та системи відносин, які є значущими для конкретного військового і сприяти їх емоційному насиченню та особистісному зростанню. Спрямованість тренінгу на особистісне зростання відображається уже його організацією і її умовами є:

1. Підготовка місця проведення та визначення часу проведення тренінгу заздалегідь
2. Створення невимушеної і довірчої обстановки
3. Доведення до учасників норм поведінки у тренінгу
4. Легка розминка на початку тренінгу
5. Всі військові повинні бути забезпечені ролями.

Вправа «кепська компанія» є ефективною для сприяння співпраці та взаємодії в групі. Кожен учасник отримує конкретну роль, що допомагає розуміти різноманітність поглядів і позицій. Ця вправа дозволяє вивчити та зрозуміти динаміку взаємин у групі, а також сприяє кращому усвідомленню своєї ролі та розвитку комунікативних навичок. Наприклад, учасники можуть виконувати різноманітні ролі, такі як лідер, наставник, підтримка. Це сприяє розвитку співчуття, взаєморозуміння та вмінню працювати в команді.

Раціональна терапія є ефективним підходом у роботі з військовими, особливо з урахуванням їхніх особливостей та військового контексту. Особливо для чоловіків, які часто проявляють замкнутість у вираженні почуттів, раціональний підхід може бути більш прийнятним. Використання цього методу може бути особливо ефективним при алкогольній залежності, неврозах. Під час такої терапії психолог організовує обговорення проблеми в групі, спонукаючи учасників шукати аргументи та раціональні рішення. Групова корекційна робота в армії має значний потенціал, оскільки дозволяє акцентувати увагу на особистісному розвитку та подоланні стресового розладу. Зростання уваги до індивідуальності військових робить групові методи ефективним інструментом для психологічної підтримки та розвитку в армійському середовищі.

Можна зробити наступні висновки та узагальнення:

1. Консультативні форми роботи психолога корисні для реабілітації та реадаптації військових з ПТСР
2. Психологічна консультація спрямована на особистісний зріст та розвиток, допомагаючи їм розуміти себе краще та переглядати світ навколо
3. Ефективність консультування полягає у сприянні швидкої корекції уявлень та самопочуття військових
4. Успішність консультування вимагає бачення можливостей зміни особистості військових, а не тільки виявлення проблем.
5. Групова корекційна робота є перспективним напрямком у реабілітації та реадаптації, заснована на ефективних методиках з різних психологічних шкіл та напрямків.
6. Заняття з релаксації, саморегуляції та аутотренінгу важливі для зняття напруження та відновлення емоційної рівноваги
7. Психологічний тренінг соціальних умінь та раціональна групова психотерапія є ефективними методами групової корекції

8. Групова робота сприяє особистісному зростанню військових та переорієнтації їх життєвих перспектив на майбутнє.

#### Висновки до першого розділу

Отже, вивчення проблем посттравматичного стресового розладу набуває більшої актуальності не лише у медичній, а ще й у соціально-психологічній сфері. Перш за все це обумовлено із зростанням кількості і наслідків сучасних катастроф, військових конфліктів та війн. Ці складнощі тривало впливають на суспільство і особистість, навіть в мирне життя, створюючи проблеми, які потім неможливо ігнорувати або вирішувати самотійно.

Проблема стресового розладу на сьогодні залишається досить суперечливою та незавершеною, визначається різними підходами та поглядами. Гострий стрес відображає психологічно адекватну реакцію психічно здорової особистості, а тоді як «хронічні» форми стресового розладу є групою «нажитих» розладів. Майже у всіх учасників бойових дій можна спостерігати зміни у фізичному та психічному стані, все це обходиться високою ціною. Бойові стреси можуть нагадати про себе через різноманітні прояви. Неврози виникають у тих військових, які перебували в окопах, отримали поранення, були свідками смерті побратимів або перебували у полоні.

Посттравматичний синдром часто супроводжується спалахами гніву, порушенням сну, притупленістю емоцій, підвищеною тривожністю, безконтрольним вживанням алкоголю, наркотиків, лікарських препаратів, нав'язливими спогадами, прагнення до ізоляції та розчарування в своїх мріях і надіях. Якщо говорити за вторинні симптоми, то до них відносять: депресію, імпульсивну поведінку, алкоголізм, зловживання психоактивними речовинами,



порушення відчуття часу та сприйняття інших аспектів особистісного реагування.

Психологічна консультація для військових, які стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), має на меті не тільки допомогти їм подолати труднощі, але й сприяти їхньому особистісному розвитку. Цей вид підтримки створений для того, щоб вони могли краще себе розуміти, збільшити свою самосвідомість та знайти нові значення в житті. Консультація може допомогти переглянути своє уявлення про себе та світ, досягти особистісного зростання. Створення позитивних змін у їхньому ставленні до себе та оточуючих, сприяє на емоційний стан якнайкраще.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ Є УЧАСНИКАМИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 2.1. Організація та проведення дослідження

Стресори, які здійснюють травматичний вплив на людину знаходяться за межами звичайного досвіду. До них відносять аварії, смерть близької людини, катастрофи та ситуації котрі загрожують людині і супроводжують її інтенсивним страхом. Переживання травматичної ситуації може викликати розвиток посттравматичного стресового розладу.

Особливу увагу в нашому дослідженні було приділено посттравматичному стресовому розладу, який був викликаний бойовими діями. Ускладнення довго себе проявляють навіть в умовах мирного життя і це завдає шкоди не лише самій людині, а ще й її оточенню – друзям, родині та колегам. Актуальність даної проблеми не викликає сумнівів, а прояви стресового розладу у військових підтверджуються негативним впливом на особистість.

Основним завданням емпіричного дослідження є вивчення та наслідки стресового розладу у військових, які перебували у зоні активних бойових дій. І використали набір методик, спрямованих на визначення впливу травматичної події, тривоги, агресивності та депресії, а також для оцінки посттравматичних реакцій. Якщо обґрунтувати обрані методики, то стресовий розлад ми будемо розглядати всебічно, під різними характеристиками і складаємо різну картину цього стресу: в нашому дослідженні цей розлад є тяжким станом для людини, що призводить до змін у житті. Зміни виправляти свої емоції, є порушення пам'яті та уваги, зміна теплих та довірливих відносин з оточуючими, а ще

спостерігаються зміни в фізичному та психічному стані. Військові стають роздратованими, переносять усі проблеми у собі, сприймають все на свій рахунок та не бажають ні з ким спілкуватися.

Дослідження було проведено з військовослужбовцями за допомогою методик. Загальна кількість досліджуваних 100 осіб у віці від 22 до 54 років. У дослідженні брали участь чоловіки та жінки, які мали досвід перебування в зоні бойових дій.

**Метою дослідження** стало вивчення стресового розладу у військових.

**Була сформована гіпотеза** що є зв'язок між стресом та рівнем агресивності, стресом та оцінкою впливу травматичної події, стресом та депресією.

**Завдання емпіричного дослідження:**

1. Дослідити рівень агресивності військових
2. Визначити вплив травматичної події військових
3. Дослідити рівень депресії військових
4. Провести оцінку посттравматичних реакцій військових
5. Дослідити тривогу, депресію та стресовий розлад у військових
6. Провести скринінг посттравматичного стресового розладу

**Емпіричне дослідження проводилося у декілька етапів:**

- На першому етапі описується вибірка, хід дослідження та психодіагностичний інструментарій.
- На другому етапі відбувається збір отриманих даних за допомогою Google-опитувальника і формується зведення результатів від респондентів.
- На третьому етапі узагальнюємо, описуємо та інтерпретуємо результати дослідження.

- На четвертому етапі відбувається використання методів математико-статистичної перевірки взаємозв'язку між стресом та агресивністю, депресії та травматичної події.

**База дослідження:** Дослідження проводилися із військовослужбовцями смт. Солоне та м. Дніпро.

Загальна кількість респондентів склала 100 осіб (військових) від 22 до 54 роки. Вибірка була поділена на 2 групи: експериментальна та контрольна. В експериментальну групу входили ті, які мали досвід 2 місяці у перебуванні в зоні бойових дій. В контрольну групу увійшли військові, які мали досвід 12 місяців.

Детальна інформація про загальну вибірку наведена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Загальна вибірка емпіричного дослідження

1.	Стать	60 чоловіків 40 жінок Всього: 100 респондентів
2.	Вік	22-35 років – 55 осіб 35-54 – 45 осіб

Аналіз питання першого блоку загальної вибірки представлено на рис. 2.1, 2.2.

1. Аналіз першого блоку – Стать загальної вибірки

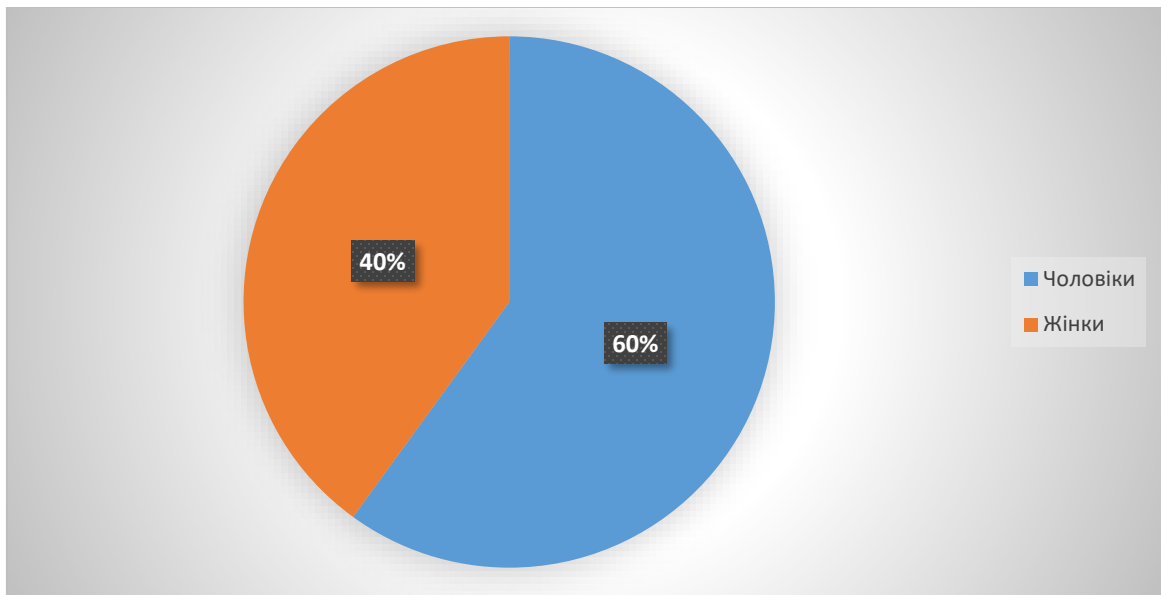


Рисунок 2.1 – Аналіз першого блоку – Стать загальної вибірки

## 2. Аналіз другого блоку – Ваш вік?

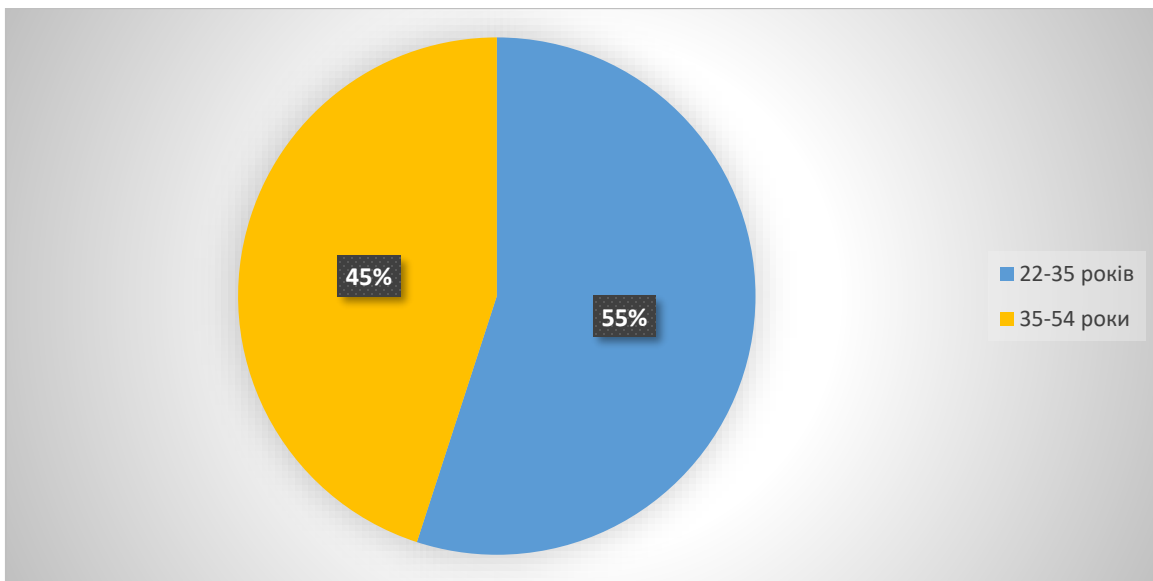


Рисунок 2.2 – Аналіз другого блоку – Ваш вік?

Отже, була сформована вибірка емпіричного дослідження. Загальна вибірка поділена на дві групи: експериментальна група та контрольна група. В експериментальну групу увійшли військові які мали досвід в зоні бойових дій 2

місяці. В контрольну групу увійшли у яких досвід 12 місяців. Далі було сформовано додатковий аналіз вибірки експериментальної групи, представлений в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

## Вибірка експериментальної групи

1.	Стать	24 чоловіків 26 жінок
2.	Вік	22-35 років – 30 осіб 35-54 років – 20 осіб

Додатково були сформовані графіки з відповідями респондентів експериментальної групи 2.3, 2.4

## 1. Аналіз першого блоку (експериментальна група) – Стать вибірки

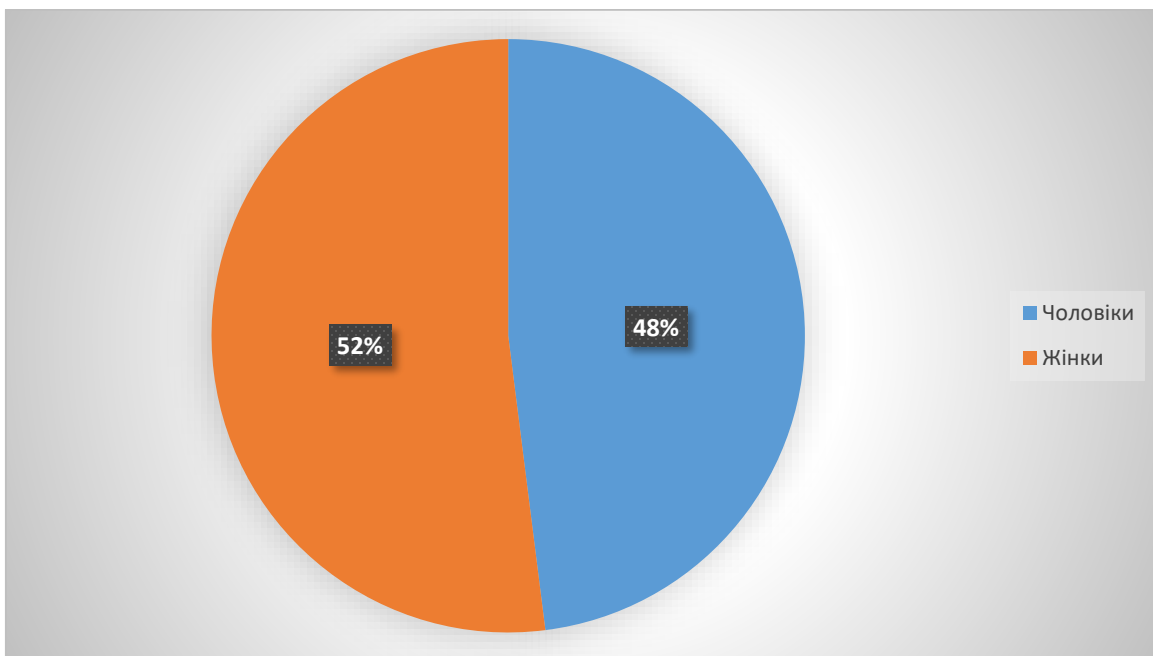


Рисунок 2.3 – Аналіз першого блоку (експериментальна група) – Стать вибірки

## 2. Аналіз другого блоку (експериментальна група) – Ваш вік?

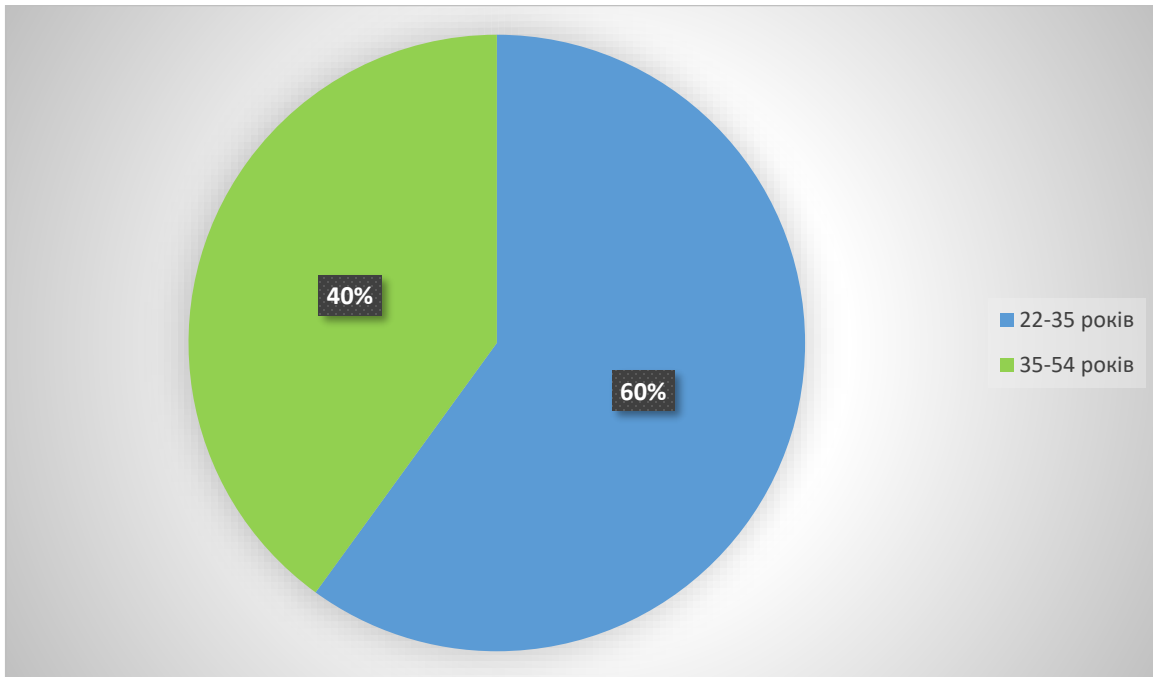


Рисунок 2.4 – Аналіз другого блоку (експериментальна група) – Ваш вік?

Окремо було проаналізовано досліджуваних контрольної групи, аналіз здійснений за Google-опитувальника та дані вибірки групи представлено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

### Вибірка контрольної групи

1.	Стать	28 чоловіків 22 жінок
2.	Вік	22-35 років – 25 осіб 35-54 років – 25 осіб

Проводячи аналіз вибірки контрольної групи, було сформовано графіки з відповідями досліджуваних контрольної групи, представлені на рис. 2.6, 2.7.

1. Аналіз першого блоку (контрольна група) – Стать вибірки

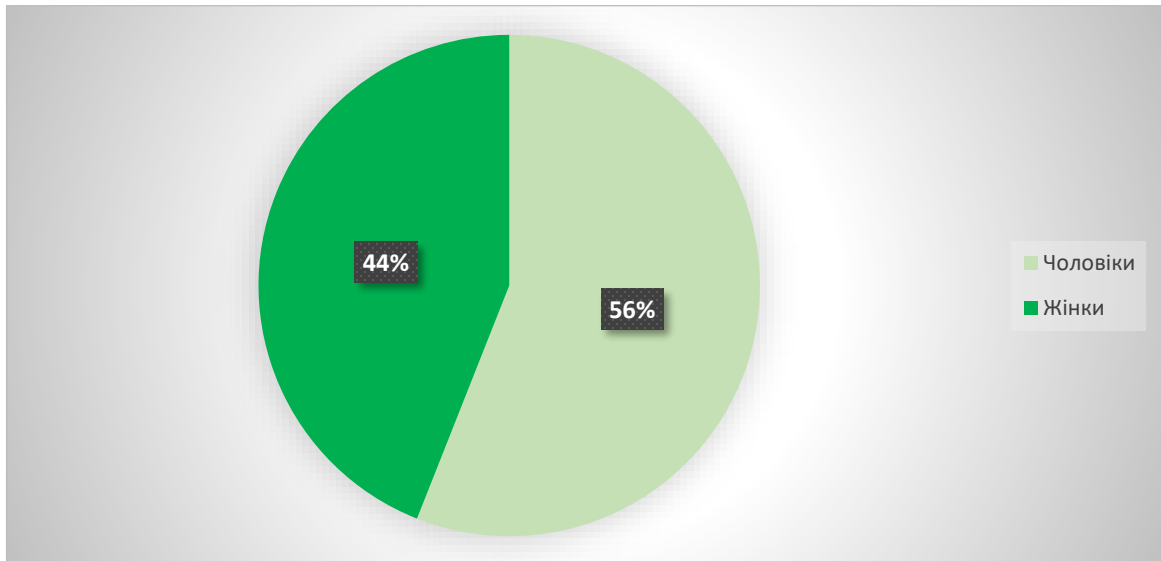


Рисунок 2.6 – Аналіз першого блоку (контрольна група) – Стать вибірки

2. Аналіз другого блоку (контрольна група) – Ваш вік?

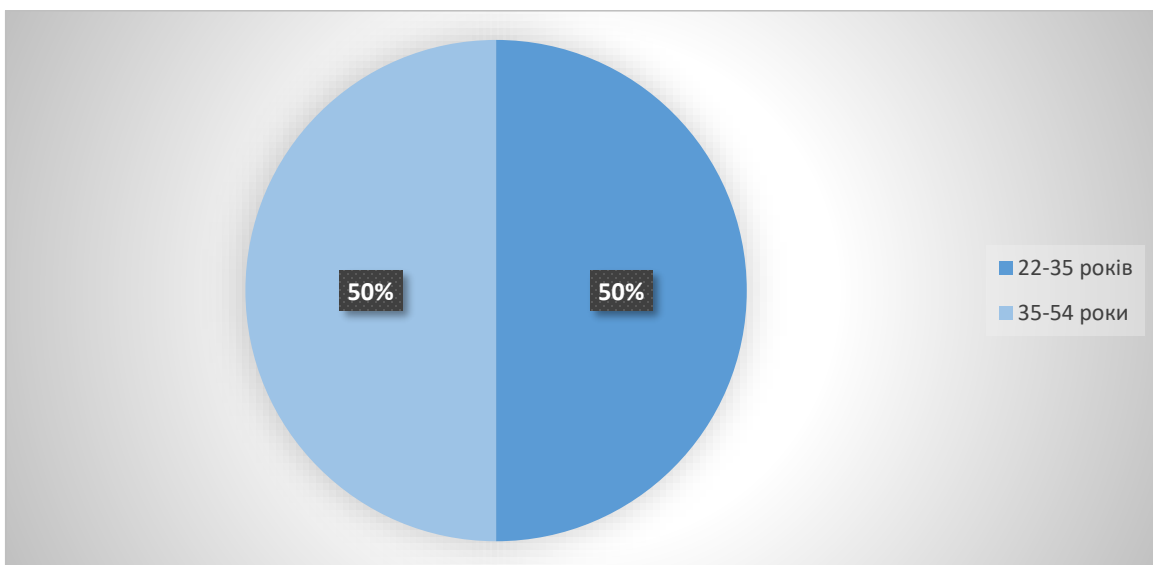


Рисунок 2.7 – Аналіз другого блоку (контрольна група) – Ваш вік?



Отже, аналіз експериментальної та контрольної групи емпіричного дослідження надав уявлення про учасників дослідження і формується загальне уявлення про дані досліджуваних емпіричного дослідження, що дозволяє аналізувати та інтерпретувати результати.

Дослідження спрямоване на виявлення агресивності, оцінки травматичної події, депресії, прояв стресового розладу та посттравматичних реакцій, шкала тривоги.

Опитування провели онлайн за допомогою Google-форми. У дослідженні були використанні наступні методики у відповідності до обраної теми:

1. Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі
2. Шкала оцінки впливу травматичної події
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)
4. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)
5. Шкала депресії А. Бека
6. Коротка шкала тривоги, депресії, ПТСР

Далі опишемо зміст методик у вигляді паспортів

Таблиця 2.8

#### Паспорт методики А. Басса – А. Даркі

<b>Параметри</b>	<b>Опис параметра</b>
Автор	А. Басс - А. Даркі
Повна назва методики	Опитувальник рівня агресивності
Рік створення	1957 рік
Призначення методики	Призначений для виявлення рівня агресивності респондентів.
Віковий діапазон	Підлітки, дорослі
Опис методики	Опитувальник складається із 75 тверджень. Автори визначили такі форми агресивної поведінки:

	<p>фізична агресія, вербальна агресія, непрямая агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа, відчуття провини</p> <p>Уважно прочитайте кожне висловлювання, якщо воно підходить, поставте поруч знак «+», якщо не підходить «-».</p> <p>У «ключі» для обробки результатів наводяться номери питань. Якщо після номера питання стоїть знак «+», тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «так». Якщо після номера питання стоїть знак «-», тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «ні». Інші відповіді не зараховуються. Сума балів, помножена на коефіцієнт <math>k</math>, що є вказаним в лапках при кожному показнику агресивності, дозволяє отримати зручні для співставлення – унормовані – показники, які характеризують індивідуальні та групові результати.</p>
Модифікація і адаптація	<p>Прояви агресії можна поділити на два основні типи: перший – мотиваційна агресія, як самоцінність; другий – інструментальна, як засіб. Маючи на увазі при цьому, що і та, і інша можуть проявлятися як під контролем свідомості, так і поза нею, і пов'язані з емоційними переживаннями (гнів, ворожість).</p>

Таблиця 2.9

## Паспорт методики Горовіц

Параметри	Опис параметра
1. Автор	М. Горовіц, (адаптація Н. В. Тарабріна)
2. Повна назва методики	Шкала оцінки впливу травматичної події

3. Рік створення	1979 рік, адаптація 2001
4. Призначення методики	Методика призначена для визначення емоційних переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації.
5. Віковий діапазон	Дорослі
6. Опис методики	Опитувальник складається із 22 тверджень, мають такі шкали: вторгнення, уникнення, збудливість.
7. Модифікація і адаптація	Для інтерпретації є такі умовні критерії, які виражені у відсотках: 0 - 20 – низький рівень 21 – 40 - знижений рівень 41 - 60 – середній рівень 61 - 80 – підвищений рівень 81 – 100 – високий рівень

Таблиця 2.10

## Паспорт методики Кеапе

Параметри	Опис параметра
1. Автор	Т. М. Кеапе
2. Повна назва методики	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)
3. Рік створення	1987 рік

4. Призначення методики	Методика призначена для діагностики посттравматичного розладу у військових
5. Віковий діапазон	Дорослі
6. Опис методики	Опитувальник складається із 30 питань, мають такі шкали: вторгнення, уникнення, збудливість.
7. Модифікація і адаптація	Вторгнення – пережити все заново те, що трапилось. Неможливість переключитися на щось інше, спогади про події будуть виникати несподівано у свідомості і викличуть емоційні переживання пов'язані з ситуацією.

Таблиця 2.11

## Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

<b>Параметри</b>	<b>Опис параметра</b>
1. Автор	І. О. Котенєв
2. Повна назва методики	Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу
3. Рік створення	1996 рік
4. Призначення методики	Для виявлення у людини із ймовірним посттравматичним стресовим розладом
5. Віковий діапазон	Дорослі

6. Опис методики	Результат буде «позитивним», якщо респондент відповів на три або більше запропоновані варіанти.
7. Модифікація і адаптація	

Таблиця 2.12

## Паспорт методики Котенєва

Параметри	Опис параметра
Автор	І. О. Котенєв
Повна назва методики	Коротка шкала тривоги, депресії, ПТСР
Рік створення	1996 році
Призначення методики	Методика призначена для оцінки симптомів у людини, яка пережила травму
Віковий діапазон	Дорослі
Опис методики	Опитувальник складається із 10 питань. Добре визначає прояви стресового розладу, як тривога і депресія. Дається 2 варіанти відповіді «так» або «ні»
Модифікація і адаптація	<p>Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді (“так” або “ні”)</p> <p>Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей “так”.</p>

Таблиця 2.13

## Паспорт методики Бека

<b>Параметри</b>	<b>Опис параметра</b>
1. Автор	Аарон Бек
2. Повна назва методики	Шкала депресії Бека
3. Рік створення	1961 рік
4. Призначення методики	Призначена для самооцінки депресії
5. Віковий діапазон	Дорослий, підлітковий
6. Опис методики	Включає в себе 21 питання, які відповідають проявам депресії.
7. Модифікація і адаптація	Інтерпретація даних: 0-9 відсутність депресивних симптомів 10-15 – легка депресія 16-19 – помірна депресія 20-29 - виражена депресія 30-63 – важка депресія

Отже, діагностичний інструментарій дозволить емпірично дослідити прояв стресового розладу. Після проведення були отримані результати досліджуваних по кожній з методик.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження

За допомогою емпіричного дослідження були окреслені завдання:

1. Дослідити рівень агресивності військових
2. Визначити вплив травматичної події військових
3. Дослідити рівень депресії військових
4. Провести оцінку посттравматичних реакцій військових
5. Дослідити тривогу, депресію та стресовий розлад у військових
6. Провести скринінг посттравматичного стресового розладу

1. Досліджуючи рівень агресивності військових, використали методику «Опитувальник рівня агресивності Басса-Даркі». Результати дослідження експериментальної та контрольної групи методики, представлені у табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Розподіл досліджуваних за показниками агресивності Басса-Даркі

Вибірка	Рівень агресивності			
	Високий рівень		Низький рівень	
	К-сть	%	К-сть	%
Експериментальна група	10	20%	40	80%
Контрольна група	45	90%	5	10%

По результатам дослідження в таблиці бачимо, що експериментальна група визначається високими результатами низького рівня агресивності – 80%, це 40 досліджуваних із загальної кількості експериментальної групи мають низький

рівень агресивності. Результати високого рівня мають 20% досліджуваних, тобто 10 людей із загальної кількості рівня агресивності

Контрольна група визначається високим рівнем – 90%, тобто 45 респондентів. З результатів таблиці спостерігаємо в контрольній групі низький рівень 10%, тобто 5 респондентів. Результати долідження експериментальної та контрольної групи методики «Опитувальник рівня агресивності Басса-Даркі» показано на рис. 2.15.

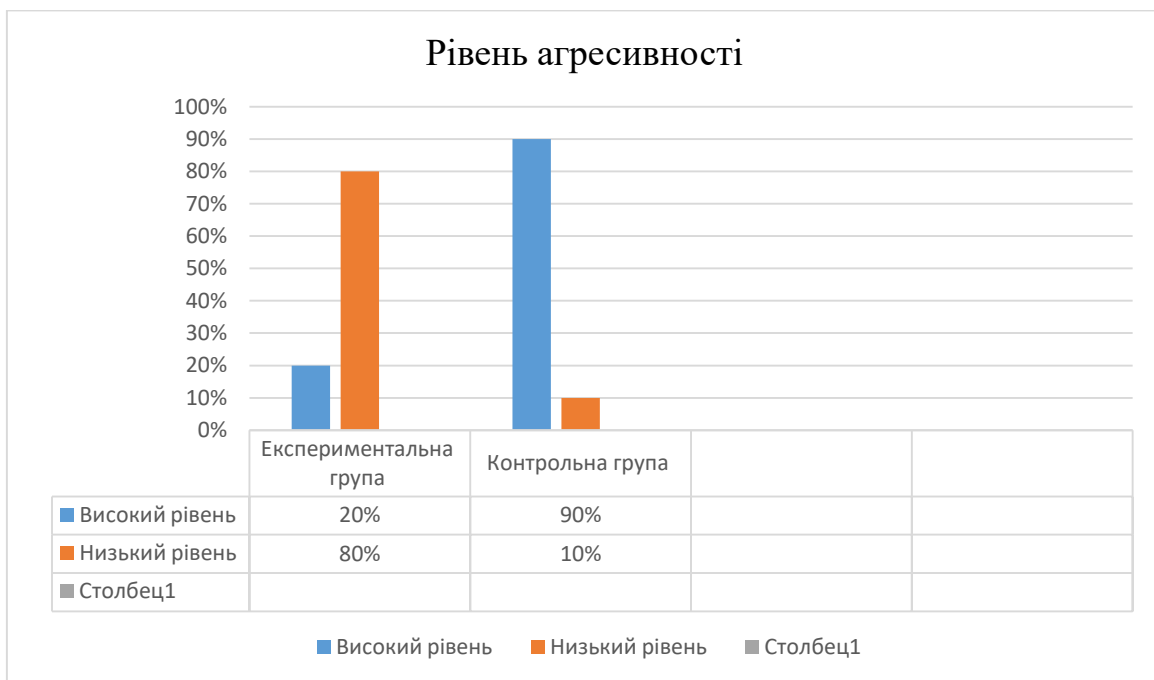


Рисунок 2.15 – Результати дослідження експериментальної та контрольної групи методики «Опитувальник рівня агресивності Басса-Даркі»

Можна зазначити, що високий рівень в експериментальній групі становить 20%, а в контрольній групі - 90% досліджуваних. Для респондентів, які мають такі результати характерна несвідома агресія до інших, сприймають всі слова на свій рахунок та можуть завдати шкоду іншим як фізично, так і морально.



Низький рівень агресивності спостерігається у 80% експериментальної групи, в контрольній групі кількість респондентів з низьким рівнем агресивності становить 10%. Для такого рівня є те, що людина буде більш врівноваженою.

2. Визначаючи вплив травматичної події, була використана методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовіц, адаптація Н. В. Тарабріна. Результати дослідження експериментальної та контрольної групи представлені в табл. 2.16.

Таблиця 2.16

Результати дослідження методики «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Вибірка	Оцінка впливу травматичної події					
	Вторгнення		Уникнення		Збудливість	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
Експериментальна група	15	30%	15	30%	20	40%
Контрольна група	15	30%	10	20%	25	50%

По результатам, які представлені у таблиці, можна сказати, що в експериментальній групі шкала вторгнення має показники – 30 % респондентів, це 15 респондентів у яких не сильно виражено вторгнення.

По шкалі уникнення становить 30% респондентів, тобто 15 осіб від загальної кількості експериментальної групи

Шкала збудливості становить 40%, тобто 20 респондентів від загальної кількості експериментальної групи.

Якщо говорити за результати контрольної групи, то найвищі показники має шкала збудливості – 50%, тобто 25 респондентів від загальної кількості контрольної групи мають високу збудливість.

Шкала уникнення має 20% респондентів, тобто 10 осіб від загальної кількості контрольної групи мають уникнення (почуттів, думок)

Шкала вторгнення становить 30%, тобто 15 респондентів від загальної кількості контрольної групи обирають шкалу вторгнення.

Результати дослідження експериментальної та контрольної групи показано на рис. 2.17.

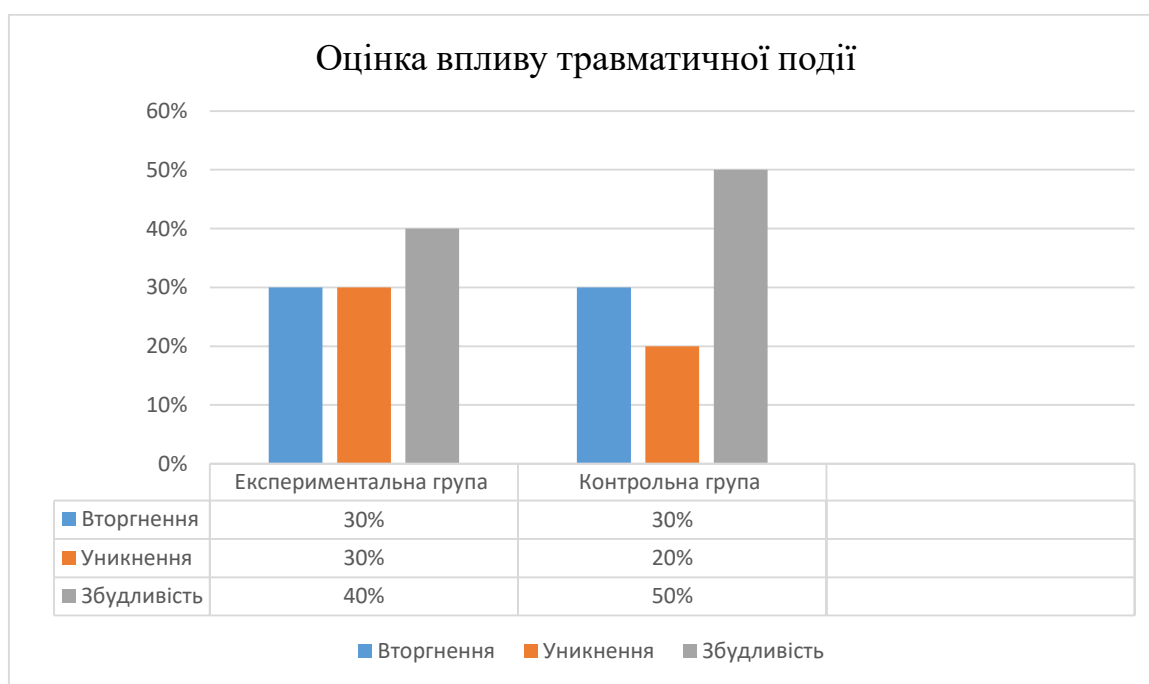


Рисунок 2.17 – Результати дослідження експериментальної та контрольної групи методики «Шкала оцінки впливу травматичної події»

По представленим результатам дослідження, можна сказати, що шкала вторгнення в експериментальній групі становить 30% досліджуваних, а в

контрольній групі 30% досліджуваних. Характерним є для цих досліджуваних те, що у якійсь мірі проявляються нав'язливі думки, почуття та кошмари. Шкала уникнення в експериментальній групі становить 30%, а в контрольній 20% досліджуваних. У досліджуваних по цій шкалі можна сказати, що вони уникають почуттів, придушують чутливість.

Шкала збудливості в експериментальній групі становить 40% досліджуваних, у контрольній групі ця шкала 50% досліджуваних. Ця шкала демонструє збудливість у досліджуваних, вони мають труднощі з концентрацією, дратівливістю та гніву.

3. Досліджуючи рівень депресії у військових, була використана методика «Шкала депресії Бека». Результати респондентів експериментальної та контрольної групи представлені у табл. 2.18.

Таблиця 2.18

## Результати дослідження «Шкала депресії Бека»

Вибірка	Шкала депресії					
	Легка депресія		Помірна депресія		Важка депресія	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
Експериментальна група	25	50%	25	50%	0	0%
Контрольна група	15	30%	25	50%	10	20%

З представлених результатів у таблиці, можемо зазначити, що в експериментальній групі легку та помірну депресію мають 50%, тобто 25 респондентів, важка депресія у респондентів з експериментальної групи відсутня 0%.

Результати контрольної групи за легку депресію становить 30%, тобто 15 респондентів. Помірна депресія є у 50% респондентів, тобто 25 респондентів. Важка депресія у контрольній групі становить 20%, тобто 10 респондентів.

Далі результати експериментальної та контрольної групи методики «Шкала депресії Бека» показано на рис. 2.19.

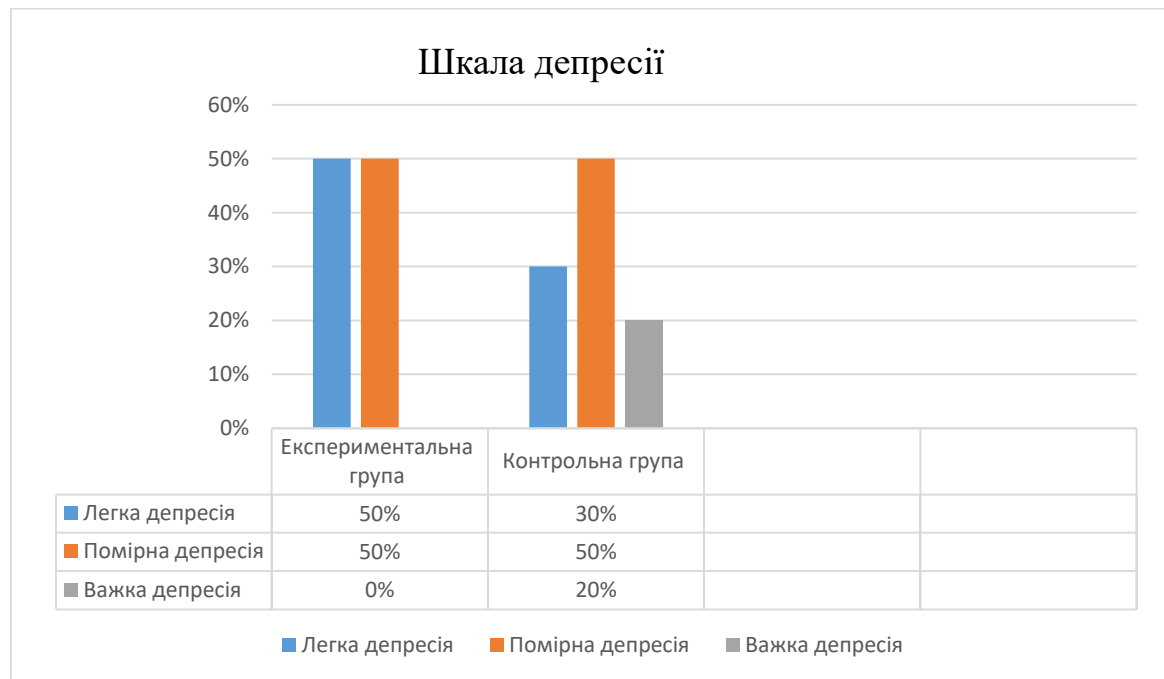


Рисунок 2.19 – Результати респондентів експериментальної та контрольної групи методики «Шкала депресії Бека»

Дивлячись на результати бачимо, що в експериментальній групі легка депресія становить 50% респондентів, а в контрольній групі 30% респондентів. По таким респондентам можна сказати, що вони можуть відчувати постійний

смуток, незадоволення своїм життям, не відчувають інтересу до речей, які раніше приносили тільки задоволення.

По результатам помірної депресії у експериментальній групі становить 50% респондентів, у контрольній групі теж 50%, ці показники свідчать про те, що є значне порушення настрою, відчувається відсутність енергії та інтересу до життя. По важкій депресії експериментальної групи – відсутня, а контрольна група становить 20% респондентів. Це найсерйозніший рівень депресії, такі люди втратили сенс до життя, проявляється глибокий смуток та може призвести до психічних та фізичних проблем.

4. Проводячи оцінку посттравматичних реакцій військових, була використана методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)». Результати досліджуваних експериментальної та контрольної групи представлені у табл. 2.20.

Таблиця 2.20

Результати дослідження методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Вибірка	Оцінка посттравматичних реакцій					
	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
Експериментальна група	5	10%	15	30%	30	60%
Контрольна група	15	30%	30	60%	5	10%

З цих результатів, бачимо, що в експериментальній групі високий рівень всього у 10%, тобто 5 досліджуваних від загальної кількості. Середній рівень

проявляється у 30%, тобто у 15 досліджуваних від загальної кількості. Низький рівень виявлено у 60%, тобто 30 досліджуваних від загальної кількості.

По контрольній групі можна сказати, що високий рівень мають 30%, тобто 15 досліджуваних від загальної кількості. Середній рівень у 60%, тобто 30 досліджуваних від загальної кількості. Низький рівень виявлено у 10%, тобто 5 досліджуваних від загальної кількості.

Результати досліджуваних експериментальної та контрольної групи методики « Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» представлено на рис. 2.21.

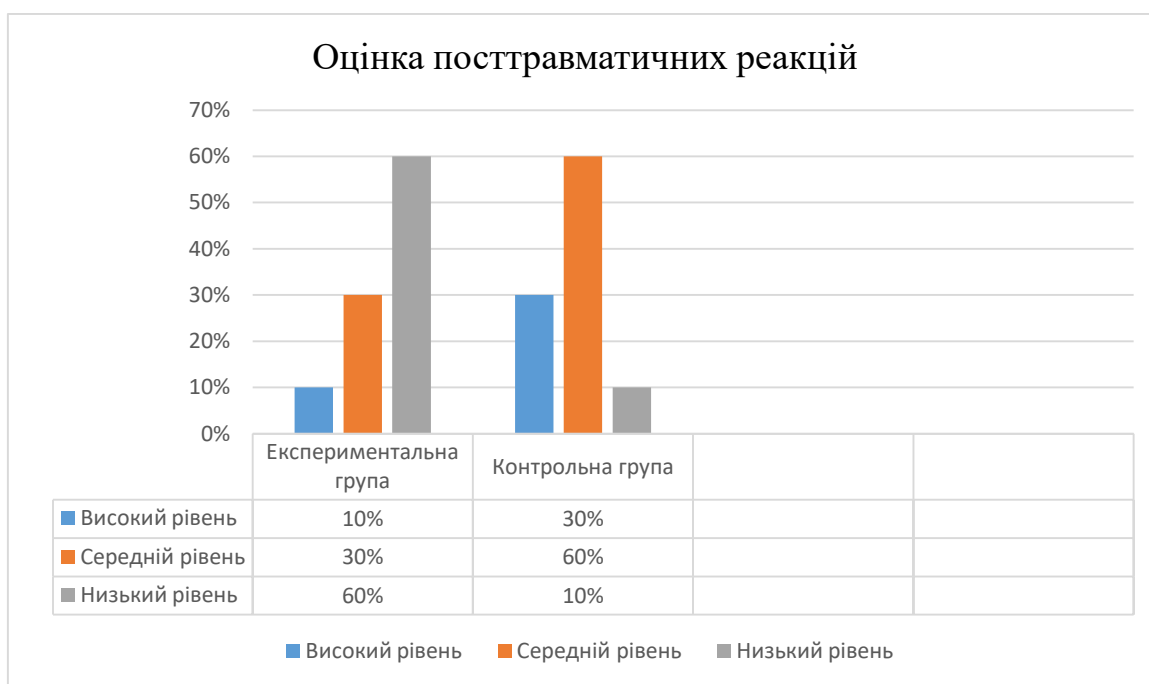


Рисунок 2.22 – Результати досліджуваних експериментальної та контрольної групи методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»

5. Досліджуючи тривогу, депресію та стресовий розлад у військових, була використана методика « Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР».

Результати дослідження експериментальної та контрольної групи представлені у табл. 2.23.

Таблиця 2.24

Результати дослідження «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР».

Вибірка	Тривога, депресія та ПТСР			
	Високий бал		Низький Бал	
	К-сть	%	К-сть	%
Експериментальна група	10	20%	40	80%
Контрольна група	40	80%	10	20%

По результатам можна зробити висновок, що у експериментальній групі високий бал мають 20% респондентів, тобто 10 досліджуваних, низький бал у експериментальній групі мають 80%, тобто 40 досліджуваних. По контрольній групі високий бал мають 80%, тобто 40 досліджуваних, а низький бал мають 20%, тобто 10 досліджуваних.

Результати дослідження експериментальної та контрольної групи методики «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» показано на рис. 2.24.

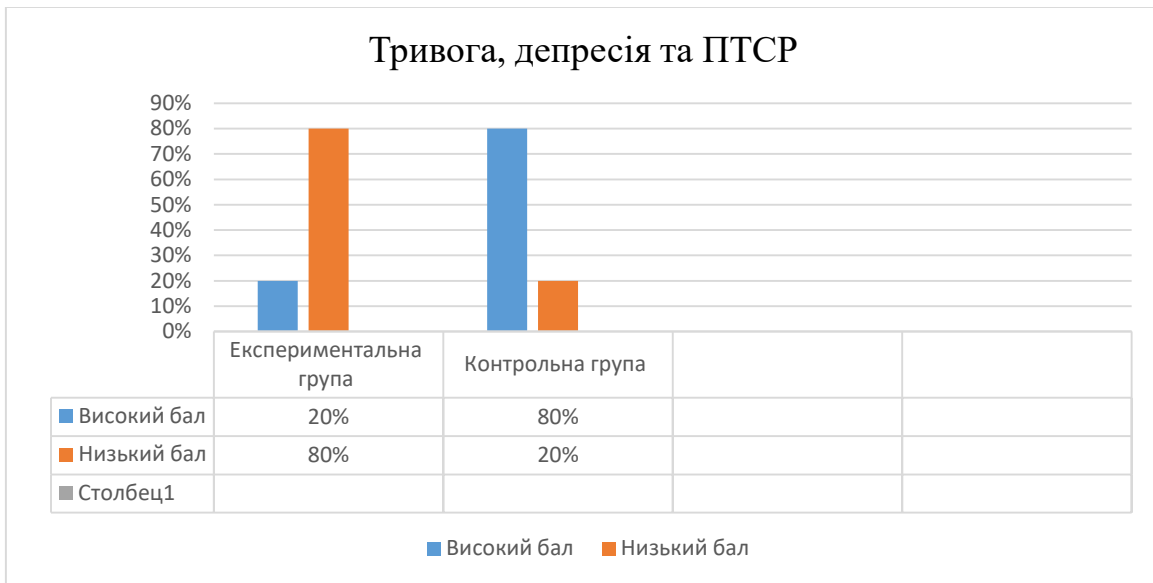


Рисунок 2.24 – Результати дослідження експериментальної та контрольної групи «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР»

З представлених результатів бачимо, що високий бал мають 20% досліджуваних експериментальної групи, контрольна група має 80% досліджуваних. Низький бал у експериментальній групі мають 80% досліджуваних, контрольна група має 20% досліджуваних.

6. Проводячи скринінг посттравматичного стресового розладу, була використана методика «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)». Результати дослідження експериментальної та контрольної групи представлено в табл. 2.25.

Таблиця 2.25

Результати дослідження «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)»

Вибірка	Скринінг посттравматичного стресового розладу			
	Високий бал		Низький бал	
	К-сть	%	К-сть	%



Експериментальна група	15	30%	35	70%
Контрольна група	30	60%	20	40%

По результатам дослідження в експериментальній групі переважає низький бал 70% досліджуваних, тобто 35 досліджуваних від загальної кількості. Високий бал в експериментальній групі є 30%, тобто 15 досліджуваних від загальної кількості. У контрольній групі переважає високий бал 60%, тобто 30 досліджуваних від загальної кількості, низький бал по контрольній групі є 40%, тобто 20 досліджуваних від загальної кількості.

Результати дослідження експериментальної та контрольної групи методики «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)», показано на рис. 2.26.

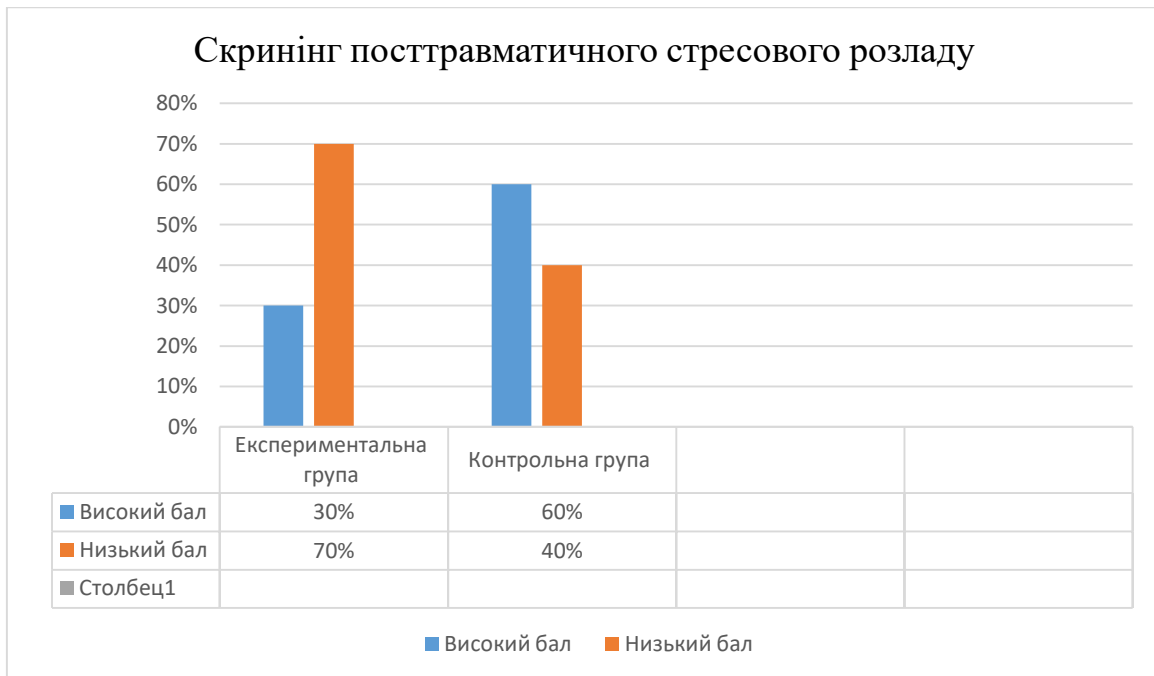


Рисунок 2.26 – Результати дослідження експериментальної та контрольної групи «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)»

По результатам дослідження, бачимо, що в експериментальній групі високий бал мають 30% досліджуваних, у контрольній групі високий бал мають 60% досліджуваних. У експериментальній групі низький бал мають 70% досліджуваних, контрольна група має низький бал 40% досліджуваних.

Зробимо наступний крок, кореляційний аналіз Пірсона між стресом та різними показниками. По першій методиці агресивності Басса-Даркі виділили такі результати:

Таблиця 1

## Кореляційний зв'язок стресу та агресивності у військових

<b>Показники</b>	<b>Стрес</b>
Непряма агресія	R=0,41, p<0,01
Роздратування	R=0,40, p<0,01
Негативізм	R=0,19, p<0,05
Образа	R=0,28, p<0,01
Підозрілість	R=0,27, p<0,01
Почуття провини	R=0,40, p<0,01
Ворожість	R=0,34, p<0,01
Агресивність	R=0,31, p<0,01

За результатами можна побачити, що між показником стресу та різними показниками методики Басса-Даркі є прямий, слабкий або середній зв'язок. Підвищений рівень стресу може призвести до збільшення ворожості та агресивності. Пояснюють це тим, що стрес порушує емоційну регуляцію, навпаки ускладнюючи її контроль над негативними емоціями та імпульсами. Потім почнеться негативне мислення, дратівливість та агресія. Стрес посилює непряму

агресію і має на меті завдати шкоди іншим, часто відбувається через маніпуляції. Посилюється фрустрація і робить людей схильними до пасивно-агресивної поведінки як спосіб впоратися з емоціями. Коли є стрес, то людина починає дратуватися через різні незручності до яких зазвичай ставились спокійно.

Взаємозалежними показниками на стрес є негативізм, образа та підозрілість. Він формує негативний погляд на життя та схильність бачити світ через песимістичну призму, робить людину чутливою до образи або поганого поводження, посилюється почуття образи на інших (колеги, друзів, на командирів в армії). Підвищується тривожність, що призводить до недовіри до інших, оскільки військові можуть розуміти дії у більш негативному світлі.

Почуття провини виникає під час служби через вплив травмуючих подій, коли військовослужбовець вважає що не відповідає власним очікуванням чи цінностям. Хронічний стрес сприяє підвищенню рівня ворожості та агресивності, може проявлятися у вигляді вербальної або фізичної агресії, спалахів гніву.

Наступним буде кореляційний аналіз шкали депресії Бека.

Таблиця 2

#### Кореляційний зв'язок стресу та депресії у військових

Показник	Стрес
Депресія	$R=0,42, p<0,01$

Між цими показниками існує прямий, середній зв'язок. Високий рівень стресу може призвести до збільшення вираженості симптомів депресії. Військові відчувають підвищений рівень стресу через вимоги професії та небезпеку для власного життя. Через емоційне перенавантаження вони сприйнятливі до різних депресивних симптомів.

Військове життя пов'язане з тривалими передислокаціями та частими переїздами, а ізоляція від друзів та сім'ї сприяє виникненню почуття самотності, безпорадності та відчаю. Під час служби стикаються з травматичними подіями, такі як поранення, смерть товаришів, отримання тілесних ушкоджень і всі ці травматичні враження сприяють розвитку посттравматичного стресового розладу, який часто пов'язаний з депресією.

Деякі військові можуть за допомогою зловживанням алкогольних напоїв та наркотичних речовин саме так справлятися зі стресом. Але таке тільки сприяє посилюванню симптомів депресії та проблем зі здоров'ям. Якщо імунітет послаблений, то починаються порушення сну і біль у м'язах.

Таблиця 3

Кореляційний зв'язок стресу та оцінки впливу травматичної події у військових

Показник	Стрес
Вторгнення	R=0,35, p<0,01
Уникнення	R=0,23, p<0,05
Збудливість	R=0,35, p<0,01

Якщо високий рівень стресу, то воно призводить до збільшення вираження цих реакцій і після погіршує стан військового на здатність боротися із тривожними думками та уникати негативних емоцій, які пов'язані з травмою. Посилення реакцій вторгнення, порушує когнітивні процеси за якими військовослужбовець керує спогадами, також посилює емоційне збудження, що ускладнює процес контролювати своїми спогадами та нав'язливими думками. Через підвищення фізіологічного збудження організм активує реакцію «бий або тікай». Із посттравматичним стресовим розладом у військових підвищена збудливість буде особливо проблематичною, бо це призводить до труднощів із

розслабленням та високою пильністю. Тут ускладнюються регулювання емоційних та фізіологічних реакцій.

Почуття провини поширене серед військових, особливо тоді коли вони зазнали травматичних подій, стрес може посилити це почуття бо починається самокритика та думки за свої дії. У військових з посттравматичним стресовим розладом виникають суїцидальні думки внаслідок травми, яку пережили.

По даним результатам кореляційного аналізу можна зробити висновок, що є взаємозв'язок між стресом, показником агресивності та депресією. Ці взаємозв'язки складні та підкреслюють характер проблем психічного здоров'я у військовослужбовців.

#### Висновки до другого розділу

Було проведено емпіричне дослідження стресового розладу у військовослужбовців. Базою дослідження стали військовослужбовці із смт. Солоне та м. Дніпро.

Вибірку дослідження склали 100 респондентів (військові) від 22 до 54 років. Поділили вибірку на 2 групи: експериментальна група – сюди входили військові з досвідом перебування у бойових діях 2 місяці, а в контрольну групу входили військові з досвідом перебування у бойових діях 12 місяців.

Для дослідження стресового розладу у військових, були підібрані діагностичні засоби:

1. «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі». Високий рівень агресивності ЕГ становить 20%, а в КГ 90%. Низький рівень в ЕГ становить 80%, а в КГ 10%.

2. «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовіц, (адаптація Н. В. Тарабріна). Шкала вторгнення у ЕГ 30%, у КГ 30%, по шкалі уникнення ЕГ 30%, КГ 20%, по шкалі збудливості ЕГ 40%, КГ 50%.

3. «Шкала депресії Бека». По легкій депресії у ЕГ 50%, у КГ 30%, помірна депресія ЕГ 50%, КГ 50%, важка депресія ЕГ становить 0%, КГ 20%.

4. «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» Т. М. Кеапе. Високий рівень ЕГ 10%, КГ 30%. Середній рівень ЕГ 30%, КГ 60%. Низький рівень ЕГ 60%, КГ 10%.

5. «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» І. О. Котенєв. Високий бал ЕГ 20%, КГ 80%. Низький бал ЕГ 80%, КГ 20%.

6. «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) І. О. Котенєв. Високий бал ЕГ 30%, КГ 60%. Низький бал ЕГ 70%, КГ 40%.

Кореляційний аналіз був встановлений між 3 методиками, що між показником стресу та різними показниками методики агресивності є прямий, слабкий або середній зв'язок.

## ВИСНОВКИ

У дипломній роботі провели теоретичне та експериментальне дослідження стресового розладу у військових. Таке поняття як «стресовий розлад» є реакцією на травматичні ситуації, які загрожують життю людини. Якщо не буде лікування, то це призводить до руйнування стосунків, погіршується здоров'я та втрачається місце роботи.

У житті кожна людина стикається з різними подіями, які викликають негативні емоції, переживання, страх та отримують психологічну травму. Військові мало приділяють значення своєму психологічному стану. Для психологічної підтримки можна підібрати методи, які допоможуть зняти психічну напругу та агресію, зрозуміти себе, свої емоції або лікування лікарськими засобами.

Також стресовий розлад може призводити до вживання алкоголю у надмірній кількості, наркотиків, починається безсоння та можуть не відчувати ніяких емоцій у житті. Спостерігаються у військових зміни фізичного та психічного стану, для них це відіграє дуже високу ціну. Якщо сприяти тому щоб змінювалося відношення до себе, то це буде якнайкраще в подальшому житті.

В дослідженні взяли участь військові в кількості 100 осіб, 60 чоловіків та 40 жінок, їхній вік від 22 до 54 років. Потім було поділено на 2 групи: експериментальна група – військові, які перебували у зоні бойових дій 2 місяці, контрольна група – військові, з досвідом у 12 місяців.

Були підібрані такі методика для дослідження: «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі», «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовіц, (адаптація Н. В. Тарабріна), «Шкала депресії Бека», «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» Т. М. Кеапе,

«Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» І. О. Котенєв, «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) І. О. Котенєв.

По результатам дослідження можна сказати, що високий рівень агресивності у експериментальній групі менший, ніж у контрольній. По оцінці травматичної події вторгнення у експериментальній та контрольній групі однаковий, по уникненню у експериментальній більший відсоток, по шкалі збудливості бачимо, що експериментальна група не відстає від контрольної. По шкалі депресії було виявлено, що помірна депресія присутня у всіх груп. Посттравматичний стресовий розлад виявлено у контрольній групі, які рік або більше провели у гарячих точках. У експериментальній групі низький результат, але все ще може проявитися у більш віддалений строк.

Після кореляційного зв'язку стресу та агресивності можна зробити такий висновок по результатам. Якщо рівень стресу підвищений, то це призводить до збільшення ворожості та агресивності. Посилюється непряма агресія і є мета завдати шкоду іншим людям. По стресу та депресії існує прямий та середній зв'язок. По зв'язку стресу та оцінки впливу травматичної події можна сказати, що коли посилюється показник вторгнення, то це ускладнює процес контролювати свої спогади та думки.



## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Аракелов Г. Г. Стрес та його механізми / Г. Г. Аракелов // Вісник МГУ. Психологія. 2014.
3. Бакка Ю. Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість після війни. Освіта і виховання в умовах війни. 2022. Вип. 1.
4. Безшейко В. Г. Діагностика по стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. № 1. 2016.
6. Психологія бойової психологічної травми : монографія / О. А. Блінова. К. : Талком, 2016. 246 с.
7. Боярин Л. В., доцент кафедри педагогіки, психології та теорії управління освітою Інституту післядипломної педагогічної освіти Чернівецької області, кандидат психологічних наук.
8. Бондарук О. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію. Віртус. 2018. Вип. 26. С. 43-47.
9. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Хмельницький національний університет МОН України, Хмельницький, 2018.
10. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / [уклад.: Волошин П.В. та ін.]. К., 2014. 67 с.

11. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2019. № 11. С. 19–24.
12. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
13. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання // Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України, 2015. №1 (74). 390 с.
14. Гриньова Н. Дослідження психотравм особистості та шляхи їх корекції у форматі позитивної психотерапії // Психологічний журнал, 2019. 10 с.
15. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів.
16. Джигун Л., Берегова Н., Ігумнова О. Соціальна підтримка соціально-психологічних служб військовозобов'язаної молоді, форми роботи. *Psychology Travelogs*. 2022. Iss. 1. P. 117-133. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT2022-1-8>
17. Кожина А. М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109.
18. Китрар В. Роль та місце морально-вольових якостей у загальній системі підготовки майбутніх військовослужбовців. Проблеми освіти. Випуск 2(97), 2022. С. 266-277. DOI: <https://doi.org/10.52256/2710-3986.2-97.2022.15>
19. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>

20. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник / О. М. Кокур, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
21. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1, 2, 3. Київ, 2018. 240 с.
22. Колосович О. С. Психологія взаємодії у військово-професійному середовищі : монографія. Львів : ЛьвДУВС, 2018.
23. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр». К., 2016. С. 104-111.
24. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків: ФОП Бровін О. В., 2018. 488 с.
25. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. 207 с.
26. Розроблення програми профілактики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців Національної гвардії України : звіт про науково-дослідну роботу / О. С. Колесніченко, І. І. Приходько, Я. В. Мацегора та ін. Харків, 2018. 708 с. URL: [https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf\\_bojov\\_psihol\\_travm\\_2018.pdf](https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_bojov_psihol_travm_2018.pdf)
27. Китрар В. Роль та місце морально-вольових якостей у загальній системі підготовки майбутніх військовослужбовців. Проблеми освіти. Випуск 2(97), 2022. С. 266-277. DOI: <https://doi.org/10.52256/2710-3986.2-97.2022.15>
28. Митина О. В. Разработка и адаптация психологических опросников / О. В. Митина. М.: Смысл, 2011. 235 с. ukrainian psychological journal № 1. 2016.

29. Пінчук І. Я., Петриченко О. О., Колодежний О. В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.

30. Пономарьов В. О., Андреев О. Г. Формування професійних умінь курсантів у напрямку тактичної підготовки. Актуальні питання забезпечення службово-бойової діяльності правоохоронних органів та військових формувань : матеріали регіон. круг. столу (м. Харків, 19 травня 2017 р.). Харків : Право, 2017. Вип. 1. 130 с. С. 100-103.

31. Пузырьов Є. В., Извеков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. Том 34 (73) № 1. 2023. С. 203-209. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/33>

32. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. *Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук*. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

33. Ромек В. Г. Психологічна допомога у кризових ситуаціях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, В. І. Крукович. СПб: Мова, 2014.

34. Самойлова В. Посттравматичний стресовий розлад та гострий стресовий розлад в умовах соціальних потрясінь. *Педагогіка та психологія* 2022. Вип. 2.

35. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. *Психологія і суспільство*. 2014. № 2. С. 137–140.

36. Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій. Київ, 2017.

37. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2015. № 124. С. 230–233.

38. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ О. Л. Туриніна. К. : ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр. : С. 149 – 159.
39. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
40. Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування.
41. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. Перспективи та інновації науки. 2022. № 1 (6). С. 476–486. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/4444>
42. Ягупов В. В. Військова психологія : підручник для студ. вищих навч. закл. К. : ВК ТОВ "Тандем", 2014. 656 с.
43. Blinov O. A. To the Issue of the Stress Phenomenon and Stress Management Techniques. Proceedings of the 14th European Conference on Education and Applied Psychology. Vienna. 2017.
44. Benedict T. M, Keenan P. G, Nitz A. J, Moeller-Bertram T. (2020). PostTraumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Military Medicine, 185 (9-10), e1481–e1491.
45. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 13;2013(12):CD003388
46. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, Cloitre M, Karatzias T, Bisson J, Roberts NP, Brown JVE, Barbui C, Churchill R, Lovell K, McMillan D, Gilbody S. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. PLoS Med. 2020 Aug;17(8):e1003262.
47. Keane N. M. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD Three studies in reliability and validity. Journal of Consulting and Clin. Psychol. Vol. 66. P. 914-923.

48. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, Hasnain M, Jollant F, Levitt AJ, MacQueen GM, McInerney SJ, McIntosh D, Milev RV, Müller DJ, Parikh SV, Pearson NL, Ravindran AV, Uher R., CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):540-60.

49. Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinks N. K., Feeny N. C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2018. Vol. 59. P. 30–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>

50. 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.

51. Luciano M. T., McDevitt-Murphy M.E., Acuff S.F. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 459–465. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra000037>

52. Manhapra A, Stefanovics E, Rosenheck R. Treatment outcomes for veterans with PTSD and substance use: Impact of specific substances and achievement of abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Nov 01;156:70-77.

53. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders. *J. Clin. Psychiatry*. 2015. Vol. 58, № 13. P. 30-32.

54. Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei (10-y peresmotr) [International Classification of Diseases (10th revision)]. (2005). *Klinicheskoe opisaniie i ukazaniia po diagnostike*, Clinical description and diagnostic guidelines. Kiev [in Russian]

55. Melnyk Yu. Mental Health of a Personality: Diagnostics and Prevention of Mental Disorders / Yu. Melnyk, A. Stadnik // International Journal of Education and Science. 2018. Vol. 1. No. 3-4. P. 50.

56. Platyniuk O. B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. Journal of Education, Health and Sport. 2020. Vol. 10. № 12. URL: [https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/30847/1/platyniuk\\_an11-02.pdf](https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/30847/1/platyniuk_an11-02.pdf)

57. Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. Aust N Z J Psychiatry. 2014 Jan;44(1):4-19.

58. Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. Front Behav Neurosci. 2018;12:258

59. 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

60. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol. 67. P. 361-370.

61. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M, Feeny NC. Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD. Am J Psychiatry. 2019 Apr 01;176(4):287-296.

62. <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Centers-of-Excellence/Psychological-Health-Center-of-Excellence/Psychological-Health-Readiness/Combat-and-Operational-Stress-Control/COSR>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Глосарій

**Посттравматичний стресовий розлад** – порушення психічного стану, що розвивається після травматичної події.

**Фізична агресія** - використання фізичної сили проти іншої особи.

**Непряма агресія** - обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.

**Роздратування** - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).

**Негативізм** - опозиційна манера в поведінці, що виявляється від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів.

**Образа** - заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні і вигадані дії.

**Підозрілість** - негативна реакція в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.

**Вербальна агресія** - вираз негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

**Почуття провини** - висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, робить зло, а також відчуються їм докори сумління.

**Депресія** – характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-чого.



**Вторгнення** - дії, що виконуються для досягнення змін емоцій і поведінки людини

**Уникнення** – це несвідомий контроль інформації про джерело неприємного впливу

**Збудливість** – це ступінь готовності до реагування на будь які подразники і воно може проявлятися як дратівливість, вразливість, підвищена чутливість

**Тривога** – це неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і хвилювання.

**Опитувальник рівня агресивності Басса-Даркі**

1. Іноді я не можу подолати бажання нашкодити кому-небудь.
2. Іноді я можу пліткувати про людей, яких недолюблюю.
3. Я легко роздратовуюсь, але й легко заспокоююсь.
4. Якщо мене не улестити, прохання не виконаю.
5. Не завжди одержую те, на що маю право.
6. Знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчутти.
8. Якщо обманюю кого-небудь, відчуваю почуття провини.
9. Мені здається, що я здатен ударити людину.
10. Ніколи не нервуюся настільки, щоби кидатися речами.
11. Завжди розумію чужі недоліки.
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочу порушити його.
13. Інші люди завжди вміють використовувати сприятливі обставини.
14. Мене хвилюють люди, які ставляться до мене надто дружньо.
15. Часто не погоджуюся з людьми.
16. Іноді міркую над безсоромними речами.
17. Якщо хтось ударить мене, я йому не відповім.
18. Коли я розгніваний, я грюкаю дверима.

19. Я роздратованіший, ніж здається.
20. Якщо хтось намагається керувати мною, я роблю все навпаки.
21. Мене пригнічує моя доля.
22. Вважаю, що деякі люди мене не поважають.
23. Не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Уникання роботи повинно викликати почуття провини.
25. Хто грубо ставиться до мене або моєї сім'ї, буде обов'язково битим.
26. Я не здатен на грубі жарти.
27. Мене охоплює гнів, коли наді мною насміхаються.
28. Коли люди виставляють себе керівниками, я намагаюся довести їм протилежне.
29. Майже щотижня бачу когось із тих, хто мені не подобається.
30. Дуже багато людей заздять мені.
31. Вимагаю, щоби люди поважали мої права.
32. Мене пригнічує факт, що я мало чого роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно дратують мене, заслуговують на ляпас.
34. Від злості іноді буваю похмурим.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось намагається порушити мій настрій, я не звертаю на це увагу.
37. Хоча я й не показую цього, але іноді я дуже заздрю.
38. Іноді мені здається, що наді мною насміхаються.

39. Навіть коли злюся, не вдаюся до сильних виразів.
40. Хочу, щоби мої гріхи було пробачено.
41. Лише інколи даю здачі, якщо хто-небудь ударить мене.
42. Ображаюся, коли виходить не по-моєму.
43. Іноді люди дратують мене навіть своєю присутністю.
44. Немає такої людини, до якої б я відчував ненависть.
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряй чужинцям».
46. Якщо хтось дратує мене, я ладен сказати про нього все, що думаю.
47. Роблю багато такого, про що потім жалкую.
48. Якщо злюся, можу вдарити кого-небудь.
49. З десяти років у мене не було сплесків гніву.
50. Часто відчуваю себе, ніби ось-ось вибухну.
51. Якби люди знали, що я відчуваю, мене б вважали важкою людиною.
52. Завжди думаю про те, які приховані причини змушують людей робити щось приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я кричу у відповідь.
54. Невдачі пригнічують мене.
55. Б'юся не більше і не менше за інших.
56. Можу пригадати такі випадки, коли хапав якісь речі та ламав їх від гніву.
57. Іноді відчуваю, що можу першим почати бійку.
58. Іноді відчуваю, що життя до мене несправедливе.

59. Раніше вважав, що більшість людей говорить правду. Тепер так не вважаю.
60. Сварюся тільки від злості.
61. Коли чиню неправильно, то відчуваю провину.
62. Якщо для захисту своїх прав треба застосувати силу, я її застосовую.
63. Іноді виражаю свій гнів тим, що грюкаю по столу.
64. Буваю грубим із людьми, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б намагалися скривдити мене.
66. Не вмю поставити людину на місце, навіть коли вона на це заслуговує.
67. Часто думаю, що живу неправильно.
68. Знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Не переймаюся через дрібниці.
70. Мені рідко здається, що люди намагаються зробити мені щось погане.
71. Часто погрожую людям, не маючи наміру виконати погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У розмові часто підвищую голос.
74. Намагаюся приховати погане ставлення до людей.
75. Краще погоджуся з ким-небудь, ніж сваритимуся.

**Обробка результатів:** підраховується кількість збігів за кожним показником і формою агресії, наведених у таблиці. Сума балів множиться на коефіцієнт.

Сумарні показники:

$(1+2+3):3=IA$  – індекс агресивності

$(6+7):2=IB$  – індекс ворожості

**Шкала оцінки впливу травматичної події**

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувало вас знову переживати все, що сталося.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

2. Мені було важко спати всю ніч.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

4. Я відчував дратівливість і гнів.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

8. Я унікав нагадувань про це.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час



11. Я намагався не думати про те, що сталося.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

14. Я помічав, що поводжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

15. Мені було важко заснути.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

16. У мене були хвили сильних почуттів з цього приводу.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

18. Мені було важко зосередитися.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

20. Мені про це снилося

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

21. Я почувався пильним і настороженим.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

22. Я намагався не говорити про те, що трапилося.

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

“Ключ” Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20. Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

**Обробка та інтерпретація результатів:** Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”. Кожен пункт оцінюється: “ніколи” – 0 балів; “рідко” – 1 бал; “іноді” – 3 бали; “часто” – 5 балів

**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)**

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

### **Обробка результатів**

Загальний бал:  $\sum 1 + \sum 2$ .

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Відповідь Номера тверджень Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ( $\sum 1$ ): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ( $\sum 2$ ): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 165

### **Інтерпретація результатів**

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

**Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**

У Вашому житті коли-небудь траплялася подія, настільки страшна, що протягом останніх 30 днів:

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?

ТАК НІ

2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про нього або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію? ТАК НІ

3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу? ТАК НІ

4. Відчували себе спустошеним або відрізаним від інших людей, занять або зовнішнього світу? ТАК НІ

Результат слід вважати “позитивним”, якщо респондент відповів “так” на будь-які три або більше запропоновані варіанти.



**Шкала депресії А. Бека**

1. а) Я почуваю себе добре.  
б) Мені погано.  
в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.  
г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.  
б) Я боюся майбутнього.  
в) Мене ніщо не радує.  
г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.  
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.  
в) Я нічого не добився в житті.  
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.  
б) Як правило, я скучаю.  
в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.  
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10.а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім не жити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11.а) У мене немає причин плакати.

б) Буває, що я і поплачу.

в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.

г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12.а) Я спокійний.

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13.а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

в) Приймати рішення для мене проблематично.

г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14.а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.

б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.

в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.

г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15.а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.

б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.

в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.

г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.

16.а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.

б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.

в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.

г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.

124

17.а) У мене збереглася колишня працездатність.

б) Я швидко втомлююся.

в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.

г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18.а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.

б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19.а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20.а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21.а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене

Обробка результатів За відповіді нараховується: “а” – 0 балів, “б” – 1 бал, “в” – 3 бали, “г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

### **Інтерпретація результатів**

Ступінь депресії: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 бали – легкий ступінь депресії; 8-15 бали – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії.

**Коротка шкала тривоги, депресії, ПТСР**

1. Нездатність розслабитися (напруженість).

Так

Ні

2. Роздратування і поганий настрій.

Так

Ні

3. Вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.

Так

Ні

4. Неуважність, погане зосередження уваги.

Так

Ні

5. Сильний смуток, печаль.

Так

Ні

6. Сильна втома, недостатність енергії.

Так

Ні

7. Потрясіння або паніка.

Так

Ні

8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.

Так

Ні

9. Труднощі засинання, погіршення сну.

Так

Ні

10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі професійної.

Так

Ні

### **Обробка та інтерпретація результатів**

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР.

“Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей “так”