

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка

Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування

Кваліфікаційна робота на тему:
**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВЕТЕРАНІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ»**

Спеціальність 053 Психологія
ОПП «Психологія»

Здобувачки першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти, групи зП-44
Швець Світлани Сергіївни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
доктор філософії у галузі психології,
асистент кафедри психології розвитку
та консультування
Логвись Ольга Ярославівна

РЕЦЕНЗЕНТ:
кандидат психологічних наук, доцент
Вовк Валентина Олегівна

АНОТАЦІЯ

Швец С. С. Психологічні особливості діагностики та реабілітації ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» зі спеціальності 053 Психологія. ТНПУ ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2026. 71 с.

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено психологічні аспекти діагностики посттравматичного стресового розладу у ветеранів. У теоретичній частині проаналізовано підходи до розуміння феномену ПТСР. Метою дослідження було проаналізувати основні симптоми посттравматичного стресового розладу, діагностичні критерії та визначити основні шляхи підтримки та реабілітації ветеранів з ПТСР. Вибірку склали 54 військовослужбовці з бойовим досвідом. Результати показали, що від 20% до 31% учасників мають клінічно значущі ознаки ПТСР, ще близько 50% перебувають у стані підвищеного ризику декомпенсації. У 73% респондентів виявлено ознаки нейроповедінкової дезадаптації. Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання мультидисциплінарного підходу у реабілітації ветеранів із ПТСР.

Ключові слова: ПТСР, ветерани, діагностика, психологічна реабілітація, бойовий стрес, Міссісіпська шкала, PCL-M, DSM-5, нейроповедінкові симптоми.

ANNOTATION

Shvets S. S. **Psychological Aspects of Diagnosing and Rehabilitating Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder.** Qualification paper for a Bachelor's degree in Specialty 053 Psychology. Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University of Ternopil. Ternopil, 2026. 71 p.

The qualification paper investigates the psychological aspects of diagnostics and rehabilitation of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans. This thesis provides a theoretical framework and empirical analysis of the psychological aspects of diagnosing post-traumatic stress disorder in veterans. The theoretical section analyses approaches to understanding the phenomenon of PTSD. The aim of the study was to analyse the main symptoms of post-traumatic stress disorder and diagnostic criteria, and to identify the main avenues for supporting and rehabilitating veterans with PTSD. The sample consisted of 54 military personnel with combat experience. The results showed that between 20% and 31% of participants exhibited clinically significant signs of PTSD, whilst a further 50% were at increased risk of decompensation. Signs of neurobehavioural maladjustment were identified in 73% of respondents. The practical significance of these findings lies in the potential for using a multidisciplinary approach in the rehabilitation of veterans with PTSD.

Keywords: PTSD, veterans, diagnostics, psychological rehabilitation, combat stress, Mississippi Scale, PCL-M, DSM-5, neurobehavioral symptom

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	7
1.1. Теоретичні підходи вивчення поняття посттравматичного стресового розладу у зарубіжній та українській психологічній науці.....	7
1.2. Психологічні (діагностичні) критерії посттравматичного стресового розладу згідно з сучасними клінічними стандартами (DSM-V, МКХ-11).....	13
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ	25
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	25
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх інтерпретація	34
РОЗДІЛ 3. РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ З ПТСР В СУЧАСНИХ УМОВАХ	44
3.1. Шляхи та напрями психотерапевтичних підходів до реабілітації ветеранів з ПТСР.....	44
3.2. Програма психологічного супроводу на етапі реабілітації	55
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

В умовах зростання загальної напруги в суспільстві, пов'язаної з ускладненням умов соціального життя, тривалими військовими діями в країні, актуалізується проблема посттравматичного стресового розладу і виникає потреба кваліфікованої допомоги в подоланні наслідків впливу травми. Актуальним стає виділення та узагальнення особливостей психологічної допомоги людям з розвинутим ПТСР.

Відповідно до статті 4 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» ветеранами війни є особи, які брали участь у захисті Батьківщини чи в бойових діях на території інших держав.

До ветеранів війни належать:

- учасники бойових дій;
- особи з інвалідністю внаслідок війни;
- учасники війни.

Відповідно до статті 5 цього ж Закону учасниками бойових дій є особи, які брали участь у виконанні бойових завдань із захисту Батьківщини у складі військових підрозділів, з'єднань, об'єднань всіх видів і родів військ Збройних Сил діючої армії (флоту), у партизанських загонах і підпіллі та інших формуваннях як у воєнний, так і у мирний час. Соціологічні дослідження, які проведені в Україні в останні роки (зокрема, Українським ветеранським фондом), свідчать, що ветерани в українському суспільстві переважно мають вік від 30 до 60 років (середній вік – 35-42 роки). На сьогодні в Україні понад 2 мільйони ветеранів війни (дані Міністерства у справах ветеранів).

Проблема посттравматичного стресового розладу в сучасній психологічній науці посідає важливе місце серед досліджень психологічних наслідків екстремальних та травматичних подій. Упродовж останніх десятиліть ПТСР став предметом міждисциплінарного вивчення, що об'єднує здобутки психології, психіатрії, медицини та соціальних наук. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах воєнних конфліктів, коли значна кількість військовослужбовців і

цивільного населення зазнає впливу психотравмувальних чинників, що можуть призводити до тривалих порушень психічного здоров'я та соціального функціонування особистості. Проблема посттравматичного стресового розладу є предметом дослідження багатьох зарубіжних і вітчизняних науковців. Значний внесок у становлення сучасних уявлень про природу, механізми розвитку та лікування ПТСР зробили такі зарубіжні дослідники, як Б. ван дер Колк (B. van der Kolk), Дж. Герман (J. Herman), Е. Фоа (E. Foa), Р. Єгуда (R. Yehuda), М. Горовіц (M. Horowitz), Ч. Фіглі (C. Figley), А. Макфарлейн (A. McFarlane), Д. Форбс (D. Forbes), М. Крімер (M. Creamer), П. Резік (P. Resick), які вивчали клінічні прояви ПТСР, психобіологічні механізми травми, особливості психотерапевтичної допомоги та реабілітації осіб, які пережили травматичні події.

Серед українських науковців питання психологічних наслідків бойового стресу, психологічної травми та посттравматичного стресового розладу досліджували О. Блінов, М. Корольчук, В. Осьодло, Н. Тарабрина, Л. Карамушка, Т. Титаренко, О. Кокун, І. Приходько, В. Лесков, О. Хміляр та інші. У своїх роботах вони розглядали особливості психологічної адаптації військовослужбовців, вплив бойового досвіду на особистість, проблеми психологічної реабілітації ветеранів та шляхи подолання наслідків психотравматизації. Разом із тим аналіз наукових джерел свідчить про те, що проблема посттравматичного стресового розладу залишається недостатньо вивченою в аспекті комплексного психологічного супроводу та реабілітації ветеранів, які брали участь у бойових діях, що зумовлює необхідність подальших теоретичних і емпіричних досліджень у цьому напрямі.

Мета дослідження: проаналізувати основні симптоми посттравматичного стресового розладу, діагностичні критерії та визначити основні шляхи підтримки та реабілітації ветеранів з ПТСР.

Об'єкт дослідження: психологічний стан ветеранів з симптомами посттравматичного стресового розладу.

Предмет дослідження: симптоматика та діагностичні методи визначення наявності посттравматичного стресового розладу у ветеранів.

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

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР).
2. Охарактеризувати основні клінічні прояви та симптоми ПТСР.
3. Емпірично дослідити психологічний стан військовослужбовців-учасників бойових дій.
4. Проаналізувати особливості психологічної допомоги на етапі реабілітації ветеранів з ПТСР та розробити програму психологічного супроводу.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс методів: теоретичні - аналіз, систематизація та узагальнення психологічної літератури з проблеми дослідження; емпіричні - психодіагностичне тестування

Основні положення кваліфікаційної роботи відображені у **публікації**: Логвись О. Я., Швець С. С. Діагностика рівня посттравматичного стресу у військовослужбовців / Матеріали конференції для науковців, педагогів, здобувачів освіти та громадських діячів «Наша сьогочасна боротьба: історія, персоналії, мистецтво, пам'ять» 2026. С. 120-123.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у роботі психологічних служб, центрів соціально-психологічної реабілітації та закладів охорони здоров'я для своєчасної діагностики ПТСР, організації психологічного супроводу ветеранів, розроблення профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підвищення рівня психічного благополуччя та успішної реінтеграції ветеранів у цивільне життя.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження та складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (57 найменувань) і додатків. Загальний обсяг роботи становить 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1. Теоретичні підходи вивчення поняття посттравматичного стресового розладу у зарубіжній та українській психологічній науці

Феномен психічного травмування супроводжує людство протягом усієї історії, виникаючи як закономірний наслідок воєнних дій, масштабних катастроф та соціального насилля [5].

Поняття ПТСР або порушення пов'язані з травматичним стресом у 1980 році було впроваджено до класифікації DSM - III, хоча тематика цих розладів має значно глибшу історію [56].

Перші ретроспективні згадки про деструктивний вплив екстремальних подій на ментальне здоров'я виявлено ще в клинописах періоду третьої династії Ур - останній період Шумерської державності. Це був час жорстоких війн, що точилися між 2112 роком до н. е., та 2003 роком до н. е. У стародавніх текстах тих часів описувались такі симптоми як тривожність, безпорадність та порушення сну [45; 51].

Загалом література що стосувалась воєнних та повоєнних подій не відрізнялася, адже створена по "гарячих слідах". Вона скоріше носила хронологічний та описовий характер. Зараз це дозволяє нам більш точно скласти уявлення про еволюцію і концепцію ПТСР [45].

Однозначно, дві Світові війни залишили слід трагічних спогадів, що дуже детально відслідковується у тогочасній літературі. Часто у творах розглядається неспокій, агресія, дратівливість, порушення сну, нічні кошмари, виснаження, порушення концентрації уваги як звичайні явища післявоєнних дій у солдатів та цивільного населення [4; 5; 32].

Окремої уваги заслуговують медичні описи проявів травматичного стресу, що сформувалися у XIX столітті. Окрім художніх творів, ПТСР як узагальнене медичне поняття походить з часів громадянської війни в Америці, що і є одним з перших медичних посилай. В 1861 - 1865 роках лікар Джейкоб Мендес Да Коста описав виявлене прискорення серцебиття у ветеранів і назвав це симптомом "солдатського серця" або серцем Да Кости. Проте, психіатричний аспект ПТСР ще не був розпізнаний в ті часи [36].

У 1875 році хірург з Англії Джон Ерік Еріхсен описав вже психічні прояви, що спостерігалися у пацієнтів, після пережиття важких травм. Він вважав, що ці прояви є органічними наслідками змін у житті людини. Він був фахівцем у галузі вертеб্রології та нейрохірургії. Подібні розлади у 1889 році описував також Герман Оппенгейм. Він назвав ці так звані порушення "травматичним неврозом", і так само як Еріхсен, вбачав у цьому абсолютно закономірне підґрунтя та органічний розвиток [38].

Інтерес до діагностики та загалом до поняття ПТСР різко зріс вже під час Першої світової війни. Це може бути пов'язано зі збільшенням масштабу психічних порушень серед ветеранів та цивільного населення, які були свідками бойових дій. Методом «лікування» на той час обрали гіпноз. Прихильником такого методу лікування був Карл Семюель Майєрс – британський психіатр, що спеціалізувався на військовій тематиці. Саме він вперше використав термін контузія або "артилерійський шок" і помітив закономірну подібність цих проявів з "травматичним неврозом" та істерією [41].

Також, в часописах того часу можна знайти окремі описи наслідків пережитого солдатами воєнного стресу. Тут люди яскраво описували нав'язливі спогади ситуацій, які несли потенційну загрозу життю. Поруч з тим описувалась гіпердративність, боязкість різких гучних звуків та труднощі з концентрацією уваги [5].

Французький психіатр Жан - Мартен Шарко у 1887 році відмітив схожість між травматичним шоком та гіпнотичним станом. В 1889 році також француз П'єр Жане звернув увагу на нездатність пацієнтів інтегрувати спогади про пережиту

травму як наявність фундаментальної проблеми. Ці важкі спогади повертались у буденне життя пацієнтів як зовсім нещодавно пережиті ситуації. Також пацієнти бачили ці події у своїх снах, після чого почували тривожність [56].

Австрійський психіатр Зигмунд Фройд у своїх роботах відзначав, що одним з факторів розвитку істерії може слугувати психічний стрес. Над цією проблемою він працював пліч-о-пліч зі своїм другом та вчителем Йозефом Брейєром. Проте, своїй книзі "Нариси про істерію" 1895 року Фройд описав, що однією з основних причин у розвитку істеричного невроту є пережита в дитинстві сексуальна травма. Тобто, так звану істерію можна розглядати як наслідок пережитого раніше стресу [53].

Американський психіатр Аврам Кардінер опублікував свою роботу "Воєнний травматичний неврот" вже у 1941 році. Ця робота вважалась результатом його досвіду лікування ветеранів першої Світової війни, та обсервації пацієнтів під час другої Світової війни. Відомо, що Кардінер приділяв значну увагу докладному описанню скарг своїх пацієнтів. Такі симптоми як підвищена настороженість, вразливість перед небезпекою приводили до підвищеної дратівливості та спалахів агресії, як він зазначав. Також Кардінер вважав, що це є наслідком пережитої травмуючої події, та автоматичним створенням механізму, який має на меті забезпечити захист перед травмуючими спогадами про травму [45].

Поняття «військовий неврот» застосували Грінкер і Шпігель у своїй монографії «Людина в умовах стресу» 1945 року. Так званий «неврот» ветеранів, особливо тих що були повернені з полону, психіатри описали такими симптомами: нічні кошмари, підвищена втомлюваність, агресія, депресія, ослаблення пам'яті, гіперактивність симпатичної системи, порушення концентрації уваги, алкоголізм. Вже 1973 року за даними Л. Етінгера і А. Строма подібні розлади можна було спостерігати і у в'язнів концентраційних таборів, які також страждали на нічні кошмари, погіршення пам'яті, депресію [50].

У зв'язку з війнами, природними та техногенними катастрофами, що трапилися в останні десятиліття виникла нова хвиля інтересу до проблеми ПТСР. Цьому могли слугувати такі чинники, як початок війни в Афганістані 1979 - 1989

років, аварія на Чорнобильській АЕС 1986 року, та землетрус у Вірменії 1988 року тощо [5].

Також війна у В'єтнамі стала рушієм для нових досліджень американських психологів та психіатрів у сфері ПТСР. Вже ближче кінця сімдесятих років було накопичено велику кількість матеріалів про особливості психічних розладів у ветеранів. Подібні симптоми все частіше помічалися в осіб, що пережили подію, яка несла загрозу для життя, навіть не на полі бою. Вже 1980 року американський психіатр Марді Горвіц запропонував виділити це явище як окремий синдром і назвав його "посттравматичний стресовий розлад". Це було пов'язано з тим, що на той час, ця сукупність симптомів не відповідала жодній з загальноприйнятих форм [42].

Вже згодом група авторів, яку Горвіц і очолив, розробила більш сучасні та узагальнені критерії діагностики ПТСР. Спочатку ці узагальнення увійшли до американської класифікації психічних захворювань (DSM - III), а вже пізніше, фактично не зазнавши змін, увійшли до МКХ - 11 [42].

1948 року психічні розлади вперше було впроваджено до класифікації МКХ - 6. В цій класифікації, найближча до ПТСР категорія була позначена як «Гостра ситуаційна дезадаптація»), дана категорія належала до групи "Інші неспецифічні поведінкові порушення (326)". Аналогічно і в класифікації МКХ - 8, датованій 1965 роком, мала місце категорія 307 «Короткотривале (тимчасове) ситуаційне порушення", (307 Transient situational disturbance) [17; 28]. У черговій класифікації хвороб, в категорії, що пов'язана з впливом стресу з'являється під категорія - "гостра реакція на стрес", (Acute reaction to stress), що була позначена як F 43, (Acute stress reaction) [42].

У сучасній класифікації МКХ - 11, психічні розлади пов'язані зі стресом, позначаються як F 43.1 - посттравматичний стресовий розлад [42; 53].

1952 року було створено класифікацію DSM і в ній вже була спеціалізована категорія, яка називалася "Узагальнені стресові реакції". У 1968 році ця категорія отримала назву "Реакція адаптації", а в DSM - III було вперше введено поняття ПТСР, і він був відмежований від категорії гострої реакції на стрес [32; 51].

Варто зазначити, що суттєвий вплив на формування діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу, включених до третьої редакції *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), мала теорія Марді Горовіца, яка ґрунтується на аналізі психічних реакцій людини на екстремальні події [50; 38].

Згідно з цією концепцією, стрес є природною реакцією організму, що особливо яскраво проявляється у відповідь на катастрофічні або загрозливі ситуації. Як показує аналіз літературних джерел, прояви психічної відповіді на стрес залишаються відносно стабільними впродовж історії, однак погляди на їхню природу та наслідки зазнали суттєвих трансформацій.

Поступові зміни призвели до розробки нових інструментів діагностики ПТСР, які поступово інтегрувалися в сучасні класифікаційні системи психічних розладів, зокрема DSM та МКХ.

Еволюція діагностичних підходів до ПТСР відображає не лише поглиблення розуміння психологічної травми, а й зростаюче усвідомлення її впливу на структуру особистості, адаптивні механізми та життєву перспективу індивіда.

У процесі накопичення емпіричних даних щодо поширеності посттравматичного стресового розладу, його гендерних і географічних особливостей, специфіки клінічної симптоматики та етіологічних чинників, діагностичні критерії ПТСР були переглянуті та уточнені у DSM - IV 1994 року. Протягом певного періоду ПТСР як окрема одиниця в межах групи тривожних розладів визнавався переважно в американських діагностичних класифікаторах. Водночас у 1995 році цей розлад було включено до МКХ-10, що є основним діагностичним стандартом у більшості європейських країн [46].

Надалі у США відбувся черговий перегляд діагностичних критеріїв ПТСР, представлений у DSM-V 2013 року, який на сьогодні вважається найбільш розгорнутим і деталізованим описом цього розладу [46;52].

Важливою новацією п'ятого перегляду DSM порівняно з DSM-III та DSM-IV стало переосмислення нозологічного статусу посттравматичного стресового розладу. У цій редакції ПТСР більше не класифікується як тривожний розлад, а

віднесений до окремої діагностичної групи - «розлади, пов'язані з травмою та стресором».

Отже, аналіз історичного розвитку уявлень про посттравматичний стресовий розлад свідчить про те, що психічні наслідки травматичних подій супроводжують людство протягом усієї його історії. Від найдавніших описів симптомів у стародавніх текстах до сучасних наукових досліджень простежується сталість проявів психічної реакції на екстремальні події. Водночас змінювалися підходи до їх пояснення: від уявлень про суто фізіологічні або органічні порушення до усвідомлення складної психічної природи травматичного досвіду та його довготривалого впливу на особистість людини.

Історичний розвиток досліджень ПТСР демонструє поступовий перехід від поодиноких клінічних спостережень до систематизованого наукового вивчення цього явища. Значну роль у формуванні сучасного розуміння посттравматичного стресового розладу відіграли дослідження, пов'язані з наслідками воєн, катастроф та інших травматичних подій. Саме накопичення емпіричних даних дозволило сформулювати чіткі діагностичні критерії та інтегрувати ПТСР у міжнародні класифікаційні системи психічних розладів.

Таким чином, еволюція наукових уявлень про посттравматичний стресовий розлад відображає поглиблення розуміння природи психологічної травми та її впливу на психічне здоров'я людини. Сучасні класифікаційні системи, зокрема DSM та МКХ, забезпечують більш точну діагностику та сприяють розробці ефективних підходів до лікування і психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід.

1.2. Психологічні (діагностичні) критерії посттравматичного стресового розладу згідно з сучасними клінічними стандартами (DSM-V, МКХ-11)

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) описується як тяжкий психічний стан, що виникає внаслідок одноразових або повторюваних психотравмуючих подій. До таких належать бойові дії, природні чи техногенні катастрофи, важкі нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю, досвід насилля, терористичних актів, сексуального насильства або інших дій [29].

Проте, наприклад Чарльз Гоуг розглядає ПТСР як загальний фізичний стан людини, а не психічний розлад. Реакції, що часто сприймаються як прояви ПТСР насправді допомагали воїнові вижити в бою. У цьому контексті важко визначити, що є нормою, а що набутих з досвідом професійної діяльності реакцій [7].

У клінічному посібнику МКХ-11 зазначається, що ПТСР є відкладеною або тривалою реакцією на подію чи обставину стресового характеру, що сприймається людиною як загрозлива або катастрофічна, і потенційно здатна викликати сильний психологічний дискомфорт [20].

Проте, у науковій спільноті досі тривають дискусії щодо меж діагнозу посттравматичного стресового розладу. Зокрема, обговорюється питання класифікації субсиндромальних форм ПТСР та розмежування осіб із вираженими симптомами і тих, хто відповідає повним діагностичним критеріям розладу. Інший аспект дебатів стосується визначення конкретних стресових подій, здатних спричинити розвиток ПТСР, що має принципове значення для постановки діагнозу [8].

ПТСР характеризується значною гетерогенністю, а пережита травма виступає чинником ризику розвитку широкого спектра психічних розладів, зокрема тривожних, афективних, розладів особистості та психотичних станів, між якими спостерігається істотне перекриття симптоматики та високий рівень коморбідності. Зазвичай ПТСР поєднується з підвищеною поширеністю великого депресивного розладу та тривожних розладів [9;10;11;12].

Протягом тривалого часу в межах концептуалізації ПТСР висловлювалися пропозиції щодо визнання ширшого спектра станів, пов'язаних із травматичним досвідом. До них пропонувалося включати не лише розлади, пов'язані зі стресом і травмою, афективні та тривожні розлади, а й травматичне горе, соматизацію, дисоціативні розлади та розлади особистості [8].

Люди, які страждають на ПТСР можуть проявляти широкий спектр симптомів, зокрема:

- постійне повернення до пережитого досвіду (флешбеки, нав'язливі спогади);
- уникання місць, людей чи ситуацій, пов'язаних із травмою;
- підвищена збудливість, прояви гніву та дратівливості;
- зміни у настрої та мисленні негативного характеру;
- емоційне притуплення або відчуження;
- труднощі з регуляцією емоцій;
- проблеми у міжособистісних стосунках;
- занижена самооцінка, відчуття безнадійності, внутрішньої порожнечі [13].

Проте, Чарльз Гоуг стверджує, що критерії реагування на травму, за допомогою яких діагностують ПТСР у цивільних, для воїнів не підходять. По-перше, здебільшого воїни не розповідають про свій досвід війни (травми), як, до прикладу, роблять це люди, що стали жертвами ДТП або стихійних лих. Це обумовлено тим, що воїни не почувають себе жертвами. Для підготовлених військових зустріч із травмою – це ймовірна складова професійної діяльності [7].

У ході попередніх досліджень і опитувань, проведених серед психіатрів та психологів психіатричного відділення Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України, було виявлено, що на зміни у психоемоційному стані осіб, які перебували в умовах бойових дій та зазнали дії психотравмуючих факторів, впливають такі ключові чинники:

1. **Генетична схильність.** Вивчення анамнезу засвідчило, що наявність психічних розладів у близьких родичів або залежності від алкоголю чи наркотичних речовин підвищує ймовірність розвитку психічної патології у

нащадків. Це може проявитися у вигляді шизофренії, шизофреноподібних розладів, біполярного афективного розладу чи формування хімічної залежності.

2. **Індивідуально-психологічні особливості.** Унаслідок інтенсивного психотравмуючого впливу можливе посилення преморбідних рис особистості, акцентуацій характеру, що своєю чергою призводить до надмірно емоційного реагування на ситуації, які раніше не викликали подібних реакцій.
3. **Тривалість впливу травматичних чинників.** Затяжне перебування в умовах психотравмуючого середовища виснажує резерви нервової системи, що негативно позначається на адаптивних можливостях людини.
4. **Медичне втручання та реабілітація.** Тривалість і якість відновлення особистості прямо залежать від своєчасного та комплексного підходу до лікування і психосоціальної підтримки. Посттравматичний стресовий розлад розвивається після латентного періоду, що настає після травми (від декількох тижнів до 6 місяців та більше) [39].

Також, спираючись на результати Дослідження, проведеного вченими з Армійського науково-дослідного інституту імені Волтера Ріда, можна визначити, що сильні лідерські якості, висока згуртованість, моральний дух та духовність загалом корелюють з низькими показниками ПТСР у підрозділі. Тобто брак сильного лідерства, відсутність морального духу сприяють швидкій деморалізації та відчуттю безпорадності в підрозділі, що може сприяти розвитку симптомів ПТСР в підрозділі [7].

У спеціальній літературі окреслюються ключові діагностичні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1; 2; 15; 18; 25 та ін.], серед яких виокремлюють наступні критерії:

А. Травматична подія. Особа зазнала психотравмуючої ситуації, яка відповідала таким умовам:

1. вона була безпосереднім учасником або свідком подій, пов'язаних із реальною загрозою життю, смертю, серйозною фізичною шкодою чи загалом небезпекою для фізичної цілісності - як своєї, так і інших осіб;
2. у цей момент вона відчувала сильний страх, почуття безпорадності або жаху.

Б. Нав'язливі спогади про травму. Травматична подія постійно відтворюється у свідомості в одній або кількох формах:

1. нав'язливі й болісні спогади, що включають образи, думки або відчуття;
2. повторювані тривожні сновидіння, пов'язані зі змістом пережитого;
3. відчуття, ніби подія повторюється знову (флешбеки, ілюзії, галюцинації або дисоціативні епізоди), у тому числі під час пробудження;
4. виражена емоційна реакція та дискомфорт на внутрішні або зовнішні подразники, які асоціюються з травмою;
5. посилені фізіологічні реакції на такі подразники.

В. Поведінкове уникнення та психоемоційні зміни. Спостерігається активне уникнення усього, що нагадує про подію, а також низка симптомів, які не були притаманні особі до травми (щонайменше три з перерахованих):

1. свідоме уникнення думок і розмов про травму;
2. уникнення дій, місць або людей, що асоціюються з подією;
3. нездатність згадати суттєві деталі травматичної ситуації;
4. втрата інтересу до звичних занять;
5. емоційна ізоляція або соціальне відчуження;
6. зниження емоційної чутливості (наприклад, нездатність відчувати та проявляти любов);
7. відчуття безнадійності щодо майбутнього, включно з кар'єрою, шлюбом або довготривалим життям.

Г. Симптоми гіперактивації, які виникли після травми і виявляються принаймні у двох з таких проявів:

1. проблеми із засинанням або сном;

2. надмірна дратівливість або раптові спалахи гніву;
3. труднощі з концентрацією уваги;
4. підвищена пильність та настороженість;
5. посилена реакція переляку (рефлекс раптової м'язової напруги).

Д. Тривалість проявів. Симптоматика, описана в пунктах Б, В та Г, зберігається не менше одного місяця.

Е. Вплив на повсякденне життя. Розлад викликає виражені труднощі в особистому, соціальному або професійному житті, обмежуючи повноцінне функціонування людини [1; 2; 15; 18; 25 та ін.].

Для встановлення діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) необхідно виявити щонайменше три характерні симптоми. Крім того, з групи ознак, що свідчать про підвищену активацію нервової системи, таких як порушення сну (інсомнія), дратівливість, гіперзбудливість чи посилений стартл-рефлекс - мають бути присутні принаймні дві ознаки. Важливою діагностичною умовою є збереження цих проявів протягом не менше ніж місяць часу [1; 15]

У сучасній психіатрії симптоми ПТСР умовно поділяються на чотири основні групи, конкретні з яких можуть проявлятися з різним ступенем інтенсивності [1; 2]:

- **Вторгнення.** Ця категорія включає мимовільні, повторювані спогади про травматичну подію, нав'язливі думки, що викликають емоційний дискомфорт, або настільки живі та реалістичні уявлення, що особа переживає події ніби знову. Часто це супроводжується яскравими образами або емоційною реакцією, як при реальному досвіді.
- **Уникнення.** Особи з ПТСР намагаються уникати будь-яких нагадувань про травматичний досвід. Це може стосуватися місць, людей, предметів чи дій, пов'язаних із подією. Вони також прагнуть уникати думок або розмов про те, що сталося, або про свої емоційні реакції на подію.
- **Зміни в пізнанні та настрої.** До цієї групи входять труднощі із запам'ятовуванням ключових деталей травматичного досвіду, а також розвиток негативних переконань щодо себе або світу (наприклад, «Я нічого не вартий», «Іншим не можна довіряти»). Частими є почуття провини,

сорому, страху або гніву, а також втрата інтересу до звичних занять, емоційна ізоляція й неможливість відчувати позитивні емоції.

- **Зміни збудження та реактивності.** Сюди належать підвищена дратівливість, раптові емоційні спалахи, імпульсивна або ризикована поведінка, гіперпильність, перебільшені реакції переляку, порушення концентрації уваги та проблеми зі сном.

Під час діагностики ПТСР варто врахувати, що, доросла людина повинна мати все наступне протягом принаймні одного місяця:

- принаймні один повторний симптом;
- принаймні один симптом уникнення;
- принаймні два симптоми збудження та реактивності;
- принаймні два когнітивні та настроїв симптоми [1; 18; 25].

До *повторних симптомів* переживання травматичного досвіду відносяться такі прояви:

1. флешбеки - повторне мимовільне "програвання" травматичних подій, яке може супроводжуватися соматичними реакціями, зокрема прискореним серцебиттям або рясним потовиділенням;
2. кошмарні сновидіння, пов'язані з пережитим досвідом;
3. нав'язливі тривожні думки, які мають яскраво виражене емоційне забарвлення [18].

Подібні симптоми здатні значно ускладнювати повсякденне функціонування особи. Їхнє виникнення часто провокується внутрішніми переживаннями або зовнішніми чинниками - словами, об'єктами чи ситуаціями, що асоціюються з травматичним досвідом.

До *симптомів уникнення*, характерних для посттравматичного стресового розладу, належать наступні:

1. свідоме ухилення від відвідування місць, участі в подіях або контакту з об'єктами, які асоціюються з травматичним досвідом;
2. намагання блокувати думки та емоції, що пов'язані з пережитою подією;

3. реакція уникнення може також виникати під впливом зовнішніх стимулів, що викликають спогади про травму [1].

Такі симптоми часто призводять до змін у звичному способі життя особи, зокрема до обмеження соціальної активності та зміни щоденних звичок.

До категорії *симптомів збудження та реактивності* зазвичай відносять наступні прояви:

1. стан постійної напруги або тривоги, коли особа перебуває у відчутті «настороженості» чи емоційного напруження;
2. розлади сну, зокрема труднощі із засинанням або часті пробудження;
3. раптові спалахи гніву, що часто виникають без видимої причини [1].

Зазначені симптоми є переважно хронічними та не обов'язково пов'язаними з конкретними тригерами, які нагадують про травму. Вони суттєво впливають на психоемоційний стан людини, можуть провокувати відчуття роздратованості, напруження та ускладнювати виконання повсякденних завдань, включаючи підтримку сну, харчування або концентрацію уваги.

Симптоми пізнання та настрою включають:

1. труднощі із запам'ятовуванням ключових деталей травматичної події;
2. появу негативних переконань про себе або навколишній світ;
3. викривлення емоцій, почуттів провини чи сорому;
4. втрату інтересу до занять, які раніше приносили задоволення [1].

Такі симптоми можуть виникати або посилюватися після пережитого травмуючого досвіду, змушуючи людину відчувати себе відчуженою чи віддаленою від близьких людей, таких як друзі або родина. Упродовж перших кількох тижнів після небезпечної події подібні прояви є природними. Проте, якщо симптоми зберігаються понад місяць, суттєво погіршують здатність виконувати повсякденні функції та не мають зв'язку зі зловживанням речовинами, медичними розладами чи іншими факторами, крім самої травматичної події, це може свідчити про розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Варто зазначити, що у деяких людей симптоми ПТСР можуть проявитися лише через кілька тижнів або місяців після пережитого [1].

Також ПТСР часто супроводжується депресією, зловживанням психоактивними речовинами, одним або кількома іншими тривожними розладами.

Діагностувати посттравматичний стресовий розлад не завжди є легко. Часто потерпілі самі собі ставлять діагноз розладу, не знаючи конкретної симптоматики.

Згідно класифікації DSM-V можна визначити основні діагностичні критерії ПТСР:

А. Відповідно до діагностичного посібника DSM-5, базовим критерієм «А» визначено безпосередній або опосередкований **вплив екстремального чинника** (стресора) [22]. Цей критерій констатує наявність ситуації, яка безпосередньо загрожувала життю індивіда, супроводжувалася ризиком летальності або важкого каліцтва. переживання надзвичайно травматичної події, що становила реальну загрозу життю або фізичній цілісності особи, включно з ризиком смерті, серйозного ушкодження, приниження чи посягання на фізичну гідність (зокрема сексуальне насильство, тортури тощо). Такий вплив міг реалізовуватися у формі:

1. Безпосереднього особистого проживання травматичної події.
2. Очевидного спостереження події, що відбувалася з іншими людьми.
3. Отримання інформації про смерть близької чи рідної особи, або про вчинення щодо неї будь-якого виду насильства.
4. Повторюваного контакту з шокуючими наслідками травми, переважно в межах виконання професійних обов'язків [22].

Б. **Наявність одного або кількох симптомів вторгнення**, пов'язаних із травматичним досвідом, які виникли після події та проявляються у вигляді:

1. Нав'язливих, мимовільних спогадів або образів, пов'язаних із травмою, що супроводжуються інтенсивними емоційними реакціями (жах, паніка, відраза).
2. Повторюваних сновидінь, емоційний зміст або сюжет яких пов'язані з пережитою подією.
3. Дисоціативних станів, включно з флешбеками, під час яких особа переживає травматичну подію так, ніби вона відбувається в теперішньому часі.

4. Вираженого або тривалого психологічного дистресу у відповідь на стимули, що символічно або безпосередньо нагадують про травму.
5. Соматичних або вегетативних реакцій на внутрішні чи зовнішні подразники, асоційовані з травматичним досвідом [22].

В. Стійке уникання подразників, пов'язаних із травматичною подією, що формується після її завершення. Унікальна поведінка може включати принаймні одну з таких стратегій:

1. Намагання уникати болісних спогадів, думок чи емоцій, пов'язаних із травмою.
2. Уникання зовнішніх нагадувань про подію (місць, людей, ситуацій, діяльності або розмов), здатних актуалізувати травматичні переживання [22].

Г. Негативні зміни когнітивного та емоційного функціонування, пов'язані з травмою, які з'явилися або посилилися після події (наявність щонайменше двох симптомів):

1. Часткова або повна втрата спогадів про важливі аспекти травматичної події, зумовлена переважно дисоціативною психогенною амнезією.
2. Стійкі негативні та спотворені переконання щодо себе, інших людей або світу загалом.
3. Хибні уявлення про причини чи наслідки травматичної події, що призводять до самозвинувачення або звинувачення інших.
4. Тривале домінування негативних емоційних станів (страх, сором, вина, жах, гнів).
5. Втрата інтересу до діяльності чи подій, які раніше мали особистісну значущість.
6. Відчуття емоційної ізолюваності або відчуженості від інших людей.
7. Стійка неспроможність переживати позитивні емоції, що ускладнює формування та підтримання близьких міжособистісних стосунків [22].

Д. Виражені зміни рівня збудливості та реактивності, які виникли або посилилися після травматичної події (наявність щонайменше двох симптомів):

1. Підвищена дратівливість або неконтрольовані спалахи гніву, що можуть проявлятися вербально або фізичною агресією.
2. Схильність до ризикованої, імпульсивної або самодеструктивної поведінки.
3. Постійна гіпернастороженість і надмірна пильність.
4. Посилена реакція переляку.
5. порушення засинання або підтримання сну.
6. Зниження здатності до концентрації уваги [22].

Е. Тривалість симптоматики, описаної в критеріях Б - Г, становить понад один місяць [22].

Є. Симптоми розладу спричиняють значні порушення соціального, професійного чи іншого функціонування та супроводжуються вираженим психологічним дистресом [22].

Ж. Прояви розладу не є наслідком впливу лікарських засобів, психоактивних речовин, зловживання алкоголем або іншого соматичного захворювання [22].

Більш поширеним є сценарій, за якого психічна дезадаптація формується внаслідок багаторазового переживання різних травматичних подій, що супроводжуються неоднаковим рівнем суб'єктивно переживаної загрози для життя, нерідко у поєднанні зі спостереженням поранення або загибелі інших осіб. Важливим чинником зміни психологічної стійкості та зростання вразливості є ступінь персоналізації травматичного досвіду, зумовлений ідентифікацією з подією або її жертвою. Очевидно, що особливий ризик становлять військові операції [6].

Наявні наукові дані свідчать, що тривалий або повторний інтенсивний травматичний вплив упродовж певного часу сприяє кумулятивному накопиченню ризику розвитку психічних порушень. Хоча між багаторазовою участю в бойових діях і рівнем симптоматики простежується певний зв'язок, вирішальне значення для прогнозування наслідків для психічного здоров'я має не кількість бойових епізодів, а інтенсивність травматичного або бойового впливу. У зв'язку з цим обґрунтовується необхідність комплексної оцінки травматичного анамнезу особи;

при зборі анамнезу у військовослужбовців увага має приділятися як сукупному травматичному досвіду протягом життя, так і безпосередній події, що стане поштовхом до звернення за медичною допомогою в подальшому [6].

Отже, аналіз наукових підходів до визначення та діагностики посттравматичного стресового розладу свідчить про складність і багатовимірність цього психічного феномену. ПТСР формується як відповідь на екстремальні або тривалі психотравмуючі події, що становлять загрозу життю чи безпеці людини, та супроводжується комплексом психологічних, емоційних і поведінкових змін. Водночас у науковій спільноті зберігаються дискусії щодо меж цього діагнозу, його клінічних проявів та особливостей перебігу в різних групах населення, зокрема серед військовослужбовців.

Проведений аналіз літератури засвідчує, що симптоматика ПТСР має гетерогенний характер і може проявлятися через нав'язливе відтворення травматичного досвіду, уникнення нагадувань про травму, зміни у когнітивній та емоційній сфері, а також підвищений рівень збудження та настороженості. Важливою особливістю цього розладу є його тісний зв'язок із іншими психічними порушеннями, такими як депресія, тривожні розлади чи зловживання психоактивними речовинами, що ускладнює процес діагностики та потребує комплексного підходу до оцінювання психічного стану людини.

Окрему увагу в дослідженнях приділяють чинникам, які впливають на ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу. До них належать генетична схильність, індивідуально-психологічні особливості особистості, тривалість і інтенсивність травматичного впливу, а також умови соціальної підтримки та ефективність медичної і психологічної реабілітації. Крім того, результати досліджень свідчать, що важливу роль у зниженні ризику розвитку ПТСР серед військовослужбовців можуть відігравати згуртованість колективу, наявність ефективного лідерства та високий моральний дух у підрозділі.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є складним психічним станом, формування якого зумовлюється взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Його своєчасне виявлення та коректна діагностика мають

важливе значення для надання ефективної психологічної допомоги, а використання валідних психодіагностичних методик дозволяє більш точно оцінити ступінь прояву симптомів та визначити подальші напрями психокорекційної і реабілітаційної роботи.

З метою дослідження, розпізнавання симптомів, визначення стадії посттравматичного стресового розладу, зазвичай, проводять різні методики і тестування. Ми ж обрали для себе такі методики:

- Діагностика ПТСР за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій;
- Діагностика ПТСР за допомогою PCL - шкала самооцінки наявності ПТСР;
- Діагностика ПТСР за допомогою PC-PTSD-5 - шкали первинної діагностики посттравматичного стресового розладу;
- Діагностика ПТСР за допомогою шкали нейроповедінкових симптомів.

Для математичної обробки результатів дослідження (кореляційного аналізу Пірсона), ми використали статистичну програму SPSS.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Метою емпіричного дослідження було виявлення та аналіз психологічних особливостей проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів та військовослужбовців – учасників бойових дій.

У дослідженні взяли участь 54 військовослужбовці, які мають статус учасників бойових дій та досвід перебування в умовах воєнного конфлікту. Вибірка була сформована з урахуванням критеріїв належності респондентів до категорії ветеранів та безпосередньої участі у бойових діях.

Соціально-демографічна характеристика вибірки представлена такими показниками:

- гендерний склад: більшість респондентів становили чоловіки – 43 особи (80 %), жінки – 11 осіб (20 %);
- вікові характеристики: вік учасників дослідження варіювався до 56 років, середній вік респондентів становив 34 роки.

З метою комплексного вивчення симптоматики ПТСР та супутніх психологічних проявів було використано стандартизований психодіагностичний інструментарій, що включає методики, валідизовані для оцінки посттравматичних реакцій, рівня психологічного дистресу та нейроповедінкових порушень.

До комплексу психодіагностичних методик увійшли:

- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), призначена для визначення ступеня вираженості симптомів ПТСР у ветеранів та осіб, які брали участь у бойових діях;

- PCL (PTSD Checklist) — шкала самооцінки симптомів посттравматичного стресового розладу, що дає змогу оцінити інтенсивність основних проявів ПТСР відповідно до сучасних діагностичних критеріїв;
- PC-PTSD-5 (Primary Care PTSD Screen for DSM-5) — скринінгова методика первинної діагностики ПТСР, розроблена для швидкого виявлення осіб із високою ймовірністю наявності розладу;
- Шкала нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptom Inventory, NSI), яка використовується для оцінювання когнітивних, емоційних, соматичних та поведінкових порушень, що можуть супроводжувати наслідки психотравматичного досвіду.

Використання зазначених методик забезпечило можливість комплексного аналізу психологічного стану ветеранів, визначення рівня вираженості симптомів ПТСР та виявлення супутніх нейроповедінкових проявів. Розглянемо більш детально зміст, структуру та діагностичні можливості кожної з обраних методик.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Розробка Міссісіпської шкали (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) припадає на 1980-ті роки (США) та виступає результатом емпіричного вивчення довготривалих психологічних наслідків у ветеранів В'єтнамської кампанії. Потреба в такому інструментарії виникла через недостатню точність тогочасних класифікаторів щодо бойової психічної травми, після якої значна кількість ветеранів демонструвала стійкі психологічні порушення, що не повністю описувалися існуючими діагностичними підходами [43].

Методика була створена групою дослідників під керівництвом психологів, які працювали з ветеранами бойових дій, зокрема на базі клінічних і наукових центрів штату Міссісіпі. Основною метою було розроблення валідного, надійного та стандартизованого інструменту для кількісної оцінки симптомів ПТСР, характерних саме для осіб, які пережили бойовий досвід [43].

Розробка шкали відбувалася в умовах, коли ПТСР лише починав визнаватися як окрема нозологічна одиниця (офіційно включений до DSM-III у 1980 році). Це

створило запит на інструменти, здатні не лише діагностувати, а й вимірювати інтенсивність симптоматики [43].

Міссісіпська шкала базується на когнітивно-поведінковій та клінічній моделі ПТСР, яка передбачає наявність кількох ключових кластерів симптомів:

- повторне переживання травматичної події (інтрузії),
- уникнення стимулів, пов'язаних із травмою,
- емоційне оніміння,
- підвищена фізіологічна збудливість (гіперактивація) [43].

Методика також враховує супутні прояви, такі як депресивність, тривожність, агресивність та соціальна дезадаптація. Це робить її більш комплексною у порівнянні з вузькоспеціалізованими діагностичними шкалами [43].

Міссісіпська шкала складається з 35 тверджень, які оцінюють різні аспекти психоемоційного стану особи. Респондент має оцінити кожне твердження за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «зовсім не відповідає» до «повністю відповідає») [43].

Питання охоплюють такі сфери:

- частота та інтенсивність нав'язливих спогадів;
- нічні кошмари та порушення сну;
- рівень дратівливості та агресії;
- труднощі з концентрацією уваги;
- соціальна ізоляція;
- відчуття провини або безнадійності;
- фізіологічні реакції на нагадування про травму [43].

Сумарний бал дозволяє визначити ступінь вираженості посттравматичних симптомів. Існують встановлені порогові значення, які вказують на ймовірну наявність ПТСР [43].

Первинно шкала була розроблена для роботи з ветеранами бойових дій, однак з часом її адаптовано для ширшого використання, включаючи цивільне населення, яке пережило травматичні події (катастрофи, насильство, втрату близьких тощо).

Основні цілі застосування:

- скринінг ПТСР у клінічних та польових умовах;
- оцінка тяжкості симптомів;
- моніторинг динаміки стану в процесі лікування;
- наукові дослідження ефективності психотерапевтичних та фармакологічних втручань [43].

Методика широко використовується в клінічній психології, психіатрії, військовій медицині та реабілітаційній практиці [43].

Міссісіпська шкала демонструє високий рівень надійності та валідності. Зокрема:

- внутрішня узгодженість (коефіцієнт α Кронбаха) зазвичай перевищує 0,90;
- тест-ретест надійність свідчить про стабільність результатів у часі;
- конструктна валідність підтверджується кореляціями з іншими інструментами оцінки ПТСР та тривожно-депресивних розладів.

Також шкала чутлива до змін, що робить її ефективною для оцінки результатів терапії.

До основних переваг Міссісіпської шкали належать:

- простота у використанні;
- швидкість проведення (15-20 хвилин);
- можливість кількісного аналізу;
- висока діагностична чутливість;
- адаптивність до різних груп населення.

Водночас існують певні обмеження:

- первинна орієнтація на військовий контингент;
- залежність результатів від суб'єктивної самооцінки;
- можливий вплив соціально бажаних відповідей;
- потреба у додаткових методах для підтвердження діагнозу.

У сучасних умовах, зокрема в контексті зростання кількості травматичних подій (війни, міграційні кризи, надзвичайні ситуації), Міссісіпська шкала залишається актуальним інструментом для оцінки психічного стану постраждалих [43].

В Україні вона набуває особливого значення у роботі з ветеранами, військовослужбовцями та цивільним населенням, яке зазнало впливу воєнних дій. Шкала використовується як у наукових дослідженнях, так і в практиці психологічної допомоги та реабілітації.

Дана шкала для оцінки посттравматичних реакцій є важливим психодіагностичним інструментом, який поєднує наукову обґрунтованість із практичною зручністю. Її створення стало відповіддю на потребу системного вивчення наслідків психотравми.

Методика дозволяє не лише виявляти ПТСР, а й оцінювати глибину та структуру симптоматики, що є критично важливим для планування ефективних реабілітаційних заходів. Незважаючи на певні обмеження, шкала залишається одним із найбільш поширених інструментів у галузі клінічної психології та психіатрії [43].

PCL - шкала самооцінки наявності ПТСР. Для експрес-оцінки та скринінгу посттравматичної симптоматики у комбатантів було застосовано опитувальник PCL-M, орієнтований на специфіку саме військового досвіду. Дана версія шкали базується на діагностичних критеріях DSM-IV і є однією з найпоширеніших методик скринінгу ПТСР у військовому контексті [54].

Методика була створена у 1990-х роках у США в рамках досліджень психічного здоров'я ветеранів, зокрема після участі у бойових конфліктах. Її розроблення було зумовлене необхідністю швидкої, надійної та валідної оцінки посттравматичних симптомів у польових і клінічних умовах [54].

Ми використали варіацію PCL-M (PTSD Checklist – Military Version), особливістю якої є те, що всі питання формулюються з урахуванням військового досвіду, тобто симптоми оцінюються у зв'язку з пережитими бойовими подіями.

PCL-M базується на трьохкомпонентній моделі ПТСР відповідно до DSM-IV, яка включає такі кластери симптомів:

1. Інтрузії (кластер В). Включають нав'язливі спогади, повторне переживання травматичних подій, флешбеки, нічні кошмари, а також інтенсивні психологічні та фізіологічні реакції на стимули, що нагадують про травму.

2. Уникнення та емоційне оніміння (кластер С). Характеризуються уникненням думок, почуттів і ситуацій, пов'язаних із травмою, зниженням інтересу до діяльності, соціальною ізоляцією, відчуттям відчуженості та обмеженням емоційного реагування.
3. Гіперактивація (кластер D). Включає симптоми підвищеної збудливості: дратівливість, агресивність, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги, гіперпильність та підвищену реакцію переляку.

Таким чином, методика відображає класичну структуру ПТСР, прийняту в DSM-IV, і дозволяє комплексно оцінити психоемоційний стан військовослужбовця.

PCL-M складається з 17 пунктів, кожен із яких відповідає одному із симптомів ПТСР згідно з DSM-IV.

Респондент оцінює, наскільки його турбував кожен симптом протягом останнього місяця за п'ятибальною шкалою.

Загальний бал може варіюватися від 17 до 85.

Пункти шкали розподіляються наступним чином:

- інтрузії - 5 пунктів;
- уникнення та емоційне оніміння - 7 пунктів;
- гіперактивація - 5 пунктів.

Формулювання тверджень безпосередньо пов'язані з військовим досвідом, що підвищує екологічну валідність методики у відповідній популяції.

Опитувальник є самозаповнюваним і займає приблизно 5–10 хвилин. Його можна застосовувати як індивідуально, так і в груповому форматі.

PCL-M використовується у таких цілях:

- первинний скринінг ПТСР у військовослужбовців;
- оцінка тяжкості симптомів;
- моніторинг динаміки стану під час лікування;
- відбір осіб для подальшого клінічного обстеження;
- наукові дослідження.

Методика широко застосовується у військовій медицині, клінічній психології, реабілітаційних програмах для ветеранів, дослідженнях наслідків бойового стресу.

PCL-M характеризується високими показниками надійності та валідності:

- внутрішня узгодженість (α Кронбаха): понад 0,90;
- тест-ретест надійність: стабільність результатів у часі;
- конструктна валідність: підтверджена у численних дослідженнях;
- діагностична точність: достатньо висока для скринінгового інструменту [54].

Це робить шкалу ефективною для використання як у наукових, так і в практичних цілях.

Переваги шкали: адаптація до військового контексту, простота і швидкість застосування, можливість кількісної оцінки симптомів, висока надійність і валідність, ефективність у масових обстеженнях.

Обмеження та недоліки: суб'єктивний характер самооцінки, можливість заниження або перебільшення симптомів, не замінює клінічного інтерв'ю, базується на DSM-IV, що частково обмежує її відповідність сучасним критеріям.

Попри появу новіших інструментів (зокрема PCL-5), PCL-M залишається важливим інструментом у дослідженнях та практиці, особливо у випадках, коли необхідна порівнянність із попередніми даними [54].

В умовах сучасних воєнних конфліктів методика набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє оперативно оцінити психічний стан військовослужбовців і своєчасно виявити осіб, які потребують психологічної допомоги.

PCL-M є ефективним і надійним інструментом для діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Вона забезпечує стандартизовану оцінку симптомів ПТСР, дозволяє визначити їхню інтенсивність та використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

Незважаючи на певні обмеження, пов'язані з використанням критеріїв DSM-IV, методика зберігає свою актуальність і практичну значущість у сучасних умовах [54].

PC-PTSD-5. PC-PTSD-5 - це стандартизований скринінговий інструмент для виявлення ймовірного посттравматичного стресового розладу. Первинна версія шкали PC-PTSD була розроблена на початку 2000-х років у U.S. Department of Veterans Affairs для потреб роботи з ветеранами бойових дій. У подальшому, після оновлення діагностичних критеріїв ПТСР у DSM-5 2013 року, шкала була переглянута і адаптована до нової нозологічної структури за участі American Psychiatric Association [47].

Оновлення було необхідне через концептуальні зміни в розумінні ПТСР: зокрема, розширення симптоматичних кластерів, а також уточнення критеріїв, пов'язаних із когнітивними та емоційними порушеннями [47].

PC-PTSD-5 базується на діагностичних критеріях DSM-5 і відображає сучасну біопсихосоціальну модель ПТСР. Інструмент орієнтований не на глибоку психодіагностику, а на швидке виявлення симптомів, які мають клінічне значення [47].

Перевага PC-PTSD-5 полягає в лаконічності, простоті та швидкості, проте варто зазначити, що лише завдяки цьому скринінгу неможливо встановити клінічний діагноз. Використання PC-PTSD-5 дозволяє інтегрувати психічне здоров'я у загальну медичну практику [47].

Шкала нейроповедінкових симптомів. Ще однією методикою, яку ми використовували у нашому дослідженні є шкала нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptom Inventory, NSI) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, розробленим у системі U.S. Department of Veterans Affairs у співпраці з U.S. Department of Defense на початку 2000-х років у відповідь на зростаючу потребу у виявленні та оцінці наслідків черепно-мозкових травм та посттравматичних психічних розладів серед військовослужбовців. Особливої актуальності цей інструмент набув під час військових операцій у Іраку та Афганістані, коли значно зросла кількість випадків легкої черепно-мозкової травми, пов'язаної з впливом вибухових хвиль, а також поєднання таких травм із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У цих умовах виникла необхідність створення універсального інструменту, здатного швидко та

комплексно оцінювати широкий спектр симптомів, що мають як неврологічну, так і психічну природу [33].

Основною метою розробки NSI було забезпечення систематизованого підходу до оцінки нейроповедінкових проявів, які включають когнітивні порушення (зниження пам'яті, уваги, швидкості обробки інформації), емоційні розлади (тривожність, дратівливість, депресивні симптоми), соматичні прояви (головний біль, порушення сну, запаморочення) та сенсорні зміни. Така багатовимірна структура дозволяє виявляти як окремі симптоми, так і їх комбінації, що є критично важливим у випадках коморбідності ПТСР і ЧМТ, де клінічна картина часто є складною і неоднорідною. Важливо, що NSI не спрямована на встановлення конкретного психіатричного діагнозу, а виконує функцію кількісної оцінки симптомів і визначення їх вираженості [33].

У сучасній клінічній практиці NSI широко використовується як у військовій, так і в цивільній медицині. Вона входить до складу комплексних програм оцінки стану ветеранів у США, застосовується в неврологічних та психіатричних клініках, а також у реабілітаційних центрах для осіб, які перенесли травми головного мозку або зазнали впливу психотравмуючих подій. Крім того, інструмент активно використовується в наукових дослідженнях для аналізу взаємозв'язку між нейробиологічними та психологічними наслідками травми, а також для оцінки ефективності терапевтичних втручань. Завдяки своїй чутливості до змін стану пацієнта, NSI є корисним засобом для моніторингу динаміки симптомів у процесі лікування та реабілітації [33].

Водночас шкала має певні обмеження, зокрема залежність від суб'єктивної самооцінки пацієнта. Незважаючи на це, NSI залишається важливим компонентом мультидисциплінарної діагностики, оскільки дозволяє інтегрувати дані про когнітивний, емоційний і фізичний стан пацієнта та сприяє більш точному плануванню лікувально-реабілітаційних заходів [33].

Таким чином, шкала нейроповедінкових симптомів є сучасним і ефективним інструментом оцінки наслідків травматичних впливів, що відіграє важливу роль у виявленні та аналізі симптомів, пов'язаних із ПТСР та черепно-мозковими

травмами, забезпечуючи комплексний підхід до діагностики та подальшого клінічного супроводу [33].

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх інтерпретація

У цьому підрозділі представлено результати емпіричного дослідження психологічного стану ветеранів – учасників бойових дій, отримані за допомогою комплексу психодіагностичних методик. Аналіз отриманих даних спрямований на виявлення особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, визначення рівня їх вираженості, а також встановлення взаємозв'язків між досліджуваними психологічними показниками.

Інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням теоретичних положень щодо природи та механізмів розвитку ПТСР, а також відповідно до критеріїв оцінювання, передбачених використаними психодіагностичними методиками. Отримані дані дають змогу охарактеризувати психологічний стан респондентів та визначити напрями подальшої психологічної підтримки й реабілітації ветеранів.

Далі розглянемо результати, отримані за кожною із застосованих методик, та здійснимо їх детальний аналіз.

Аналіз результатів дослідження за Міссісіпською шкалою дозволив розподілити учасників за трьома рівнями вираженості симптомів ПТСР:

1. Низький показник (відсутність або мінімальні прояви ПТСР): виявлено у 10 осіб (19% від загальної вибірки). Серед них 7 чоловіків та 3 жінки. Даний результат свідчить про високий рівень адаптивності або відсутність критичного впливу травматичного досвіду на поточну життєдіяльність цих осіб.

2. Середній показник (помірна симптоматика): зафіксовано у найбільшій групі респондентів - 27 осіб (50%). До цієї категорії потрапили 21 чоловік та 6 жінок. Отримані дані вказують на наявність окремих ознак посттравматичних реакцій, які потребують уваги фахівців для запобігання погіршенню стану.

3. Високий показник (ймовірна наявність ПТСР): діагностовано у 17 осіб (31%). Серед них 15 чоловіків та 2 жінки. У цих респондентів спостерігається виражена клінічна картина посттравматичного розладу, що потребує обов'язкової психотерапевтичної допомоги та, у разі потреби, медикаментозного супроводу.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, проведеного серед військовослужбовців, можна зробити висновок, що проблема посттравматичного стресового розладу у цій групі є надзвичайно гострою. Отримані дані підтверджують, що специфіка військової служби та безпосередня участь у бойових діях залишають глибокий відбиток на психоемоційному стані особового складу.

Лише 19% респондентів (10 осіб) продемонстрували низький показник за Міссісіпською шкалою, що свідчить про збереження високих адаптивних можливостей психіки та ефективність механізмів психологічного захисту навіть в умовах війни. Однак переважна більшість опитаних (81% військовослужбовців) - перебувають у зоні ризику або вже мають виражену симптоматику ПТСР.

Високий показник, зафіксований у 31% респондентів, вказує на наявність стійких посттравматичних реакцій, які можуть проявлятися через інтрузії, соціальну ізоляцію та емоційне оніміння. Той факт, що ще 50% військових мають середній рівень симптомів, свідчить про стан «нестійкої компенсації», де будь-який додатковий стресовий чинник може призвести до декомпенсації та розвитку клінічної форми розладу.

Результати візуалізовано у рис. 2.2.1. Результати дослідження за Міссісіпською шкалою.

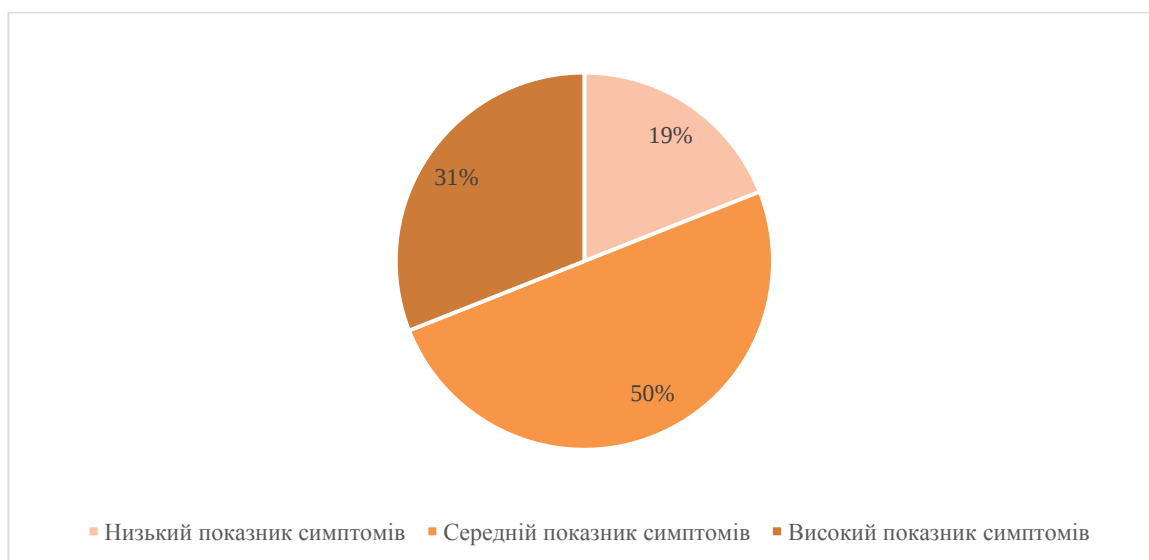


Рис. 2.2.1. Рівні вираженості симптомів ПТСР (за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) у %

Таким чином, результати діагностики підкреслюють критичну необхідність системного психологічного супроводу військовослужбовців. Для 31% особового складу з високим показником пріоритетною є невідкладна психотерапевтична допомога, тоді як для 50% військових із середнім рівнем актуальними є заходи з психологічного розвантаження, корекції станів та навчання навичкам саморегуляції.

PCL - шкала самооцінки наявності ПТСР. Пороговим значенням наявності ознаки ПТСР у даному дослідженні було прийнято сумарний бал 50 і вище (згідно з критеріями військового варіанту PCL).

За результатами тестування було отримано наступні дані:

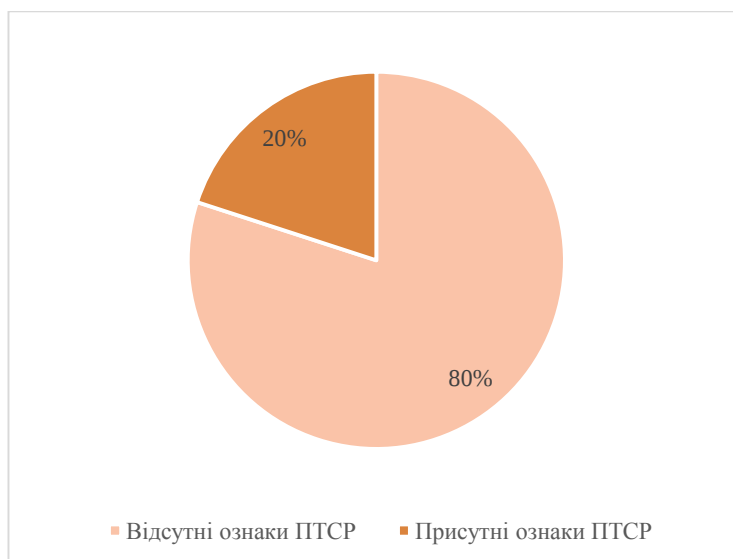
1. Відсутні ознаки ПТСР у 41 особи (80%). До цієї категорії увійшли респонденти, чий сумарний бал не перевищив порогового значення. Сюди включено 31 чоловіка та 10 жінок. Даний показник свідчить про задовільний рівень психологічної адаптації у більшості частини групи.

2. Присутні ознаки ПТСР: зафіксована у 10 осіб (20%). Серед них 9 чоловіків та 1 жінка. Бали у цій групі варіюються від 50 до 73, що вказує на наявність виражених симптомів, які відповідають діагностичним критеріям ПТСР за DSM-IV.

Аналіз результатів за методикою PCL-M дозволив деталізувати структуру психоемоційних станів військовослужбовців. Використання військового варіанту шкали дало змогу виокремити 20% особового складу, чий симптоми мають прямий зв'язок із травматичним бойовим досвідом.

Важливо зазначити, що хоча 80% вибірки демонструють відсутність клінічно значущої ознаки ПТСР, значна частина цих респондентів має бали, наближені до порогових (в межах 35-45 балів). Це вказує на наявність «субклінічних» станів, які за несприятливих обставин можуть трансформуватися у розлад.

Результати візуалізовано у рис. 2.2.2. Наявність ознак ПТСР (за шкалою самооцінки PCL-M, у %).



**Рис. 2.2.2. Наявність ознак ПТСР
(за шкалою самооцінки PCL-M, у %)**

Таким чином, результати діагностики підтверджують необхідність безперервного психологічного моніторингу. Для 20% військовослужбовців із виявленою ознакою ПТСР рекомендовано проходження курсу спеціалізованої психотерапії. Для решти групи (80%) доцільним є проведення заходів із психопрофілактики, спрямованих на зміцнення когнітивно-поведінкових стратегій подолання стресу та попередження розвитку дезадаптивних станів.

Згідно з методологією **PC-PTSD-5 – шкали первинної діагностики посттравматичного стресового розладу**, за порогове значення ймовірної наявності ПТСР було прийнято результат у 3 та більше балів.

За результатами проведеного обстеження отримано наступні дані:

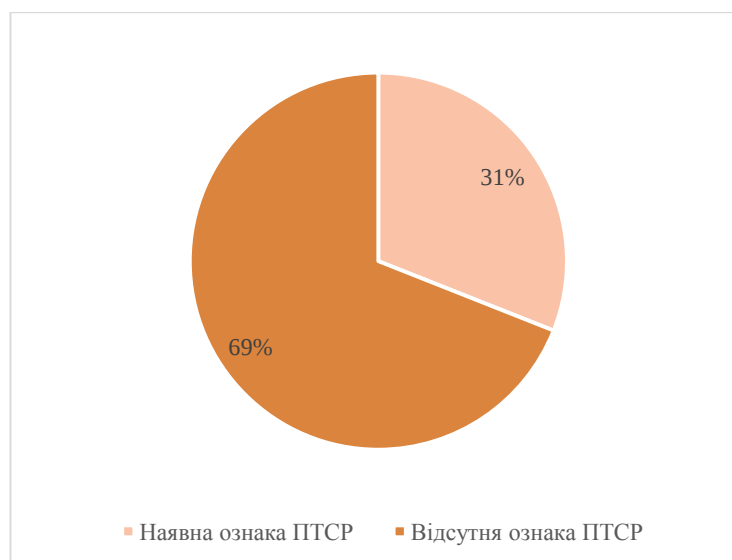
1. Відсутня ознака ПТСР (0-2 бали): у 35 респондентів (69%). До цієї групи увійшли 26 чоловіків та 9 жінок. Показники цих військовослужбовців свідчать про те, що на момент скринінгу вони не демонструють критичного поєднання симптомів, необхідного для попередньої діагностики розладу.

2. Наявна ознака ПТСР (3-5 балів): зафіксована у 16 респондентів (31%). Серед них 14 чоловіків та 2 жінки. У цих осіб спостерігається висока інтенсивність за п'ятьма ключовими доменами: інтрузії, уникнення, гіперзбудливість, оніміння та почуття провини, що потребує обов'язкового подальшого поглибленого клінічного інтерв'ю.

Використання шкали PC-PTSD-5 дозволило здійснити швидку та ефективну оцінку актуального стану військовослужбовців відповідно до сучасних стандартів DSM-5. Отриманий показник позитивного скринінгу (31%) вказує на те, що майже третина особового складу має виражені ознаки посттравматичного стресу, які потребують негайної уваги з боку психологічної служби.

Аналіз протоколів продемонстрував, що найбільш вираженими симптомами у групі з позитивним результатом є гіперпильність та нав'язливі спогади (інтрузії), що є характерним для осіб із бойовим досвідом. Варто зауважити, що серед респондентів із «негативним» результатом значна частина набрала 2 бали, що вказує на наявність окремих симптомів дистресу, які ще не досягли рівня клінічної підозри, але можуть посилитися під впливом подальших психотравмуючих чинників.

Результати візуалізовано у Рис. 2.2.3. Наявність ознак ПТСР (за шкалою первинної діагностики PC-PTSD-5, у %).



2.2.3. Наявність ознак ПТСР (за шкалою первинної діагностики PC-PTSD-5, у %)

Таким чином, результати первинної діагностики за PC-PTSD-5 підтверджують високий рівень психічної напруги у вибірці. Група з 16 осіб (31%) ідентифікована як така, що потребує поглибленого діагностичного обстеження та включення до програм інтенсивної психокорекції. Для решти військовослужбовців (69%) рекомендовано планові заходи з психологічної декомпресії для підтримки стабільного функціонування та профілактики розвитку розладу в майбутньому.

Аналіз результатів дослідження за допомогою **шкали нейроповедінкових симптомів** проводився як за загальним показником нейроповедінкових симптомів, так і за окремими субшкалами (соматична, афективна, когнітивна). Розподіл за рівнем вираженості загального показника виявився наступним:

1. Низький рівень: виявлено у 14 осіб (27%). Ці військовослужбовці демонструють мінімальний рівень соматичних та когнітивних скарг, що свідчить про збереженість функціональних резервів організму.
2. Середній рівень: зафіксовано у 34 осіб (67%). Це найчисельніша група, члени якої відзначають помірні труднощі з концентрацією уваги, періодичні головні болі або емоційну лабільність.
3. Високий рівень: спостерігається у 3 осіб (6%). Даний результат вказує на значну вираженість симптомів, що можуть суттєво обмежувати повсякденну та професійну діяльність військовослужбовця.

Результати діагностики за шкалою NSI підтверджують, що переважна більшість учасників (73% у сукупності за середнім та високим показниками) мають ознаки нейроповедінкової дезадаптації. Це свідчить про те, що бойовий стрес впливає не лише на емоційну сферу (ПТСР), а й на фізичний та когнітивний стан бійців.

Результати візуалізовано у Рис. 2.2.4. Рівні вираженості нейроповедінкових симптомів (за шкалою NSI, у %).

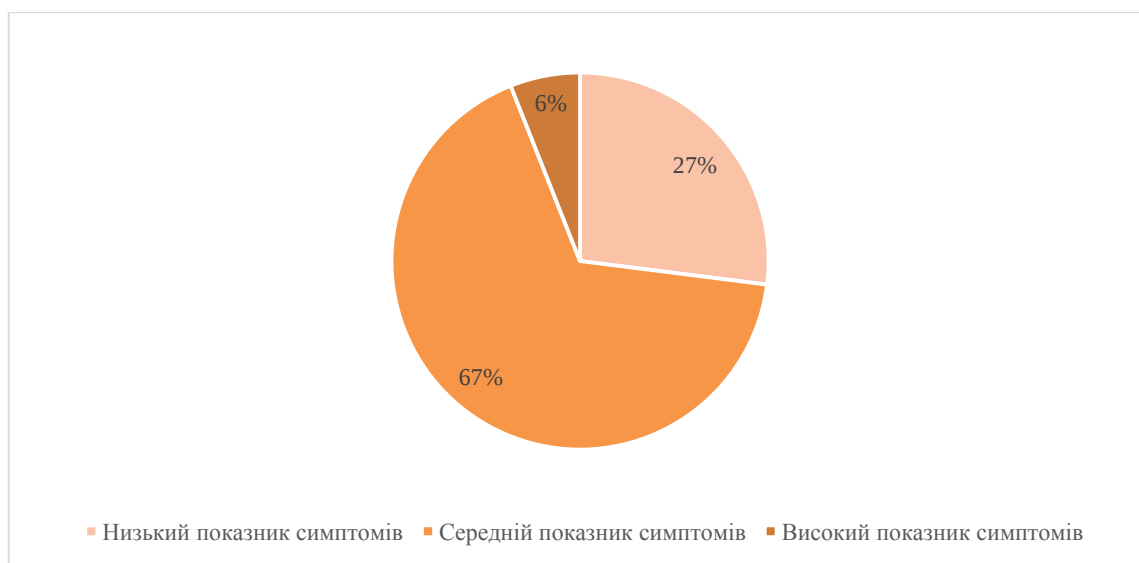


Рис. 2.2.4. Рівні вираженості нейроповедінкових симптомів (за шкалою NSI, у %)

Аналіз субшкал вказує на рівномірний розподіл порушень: близько 67% опитаних мають помірні проблеми в усіх трьох сферах. Особливу увагу привертає когнітивна субшкала, де високий показник порушень (9%) є дещо вищим, ніж за іншими напрямками. Це може бути наслідком впливу акустичних травм або контузій, які часто супроводжують бойову діяльність.

Отже, застосування NSI дозволило виявити «профіль» симптомів, які супроводжують посттравматичні стани. Отримані дані підкреслюють, що реабілітація військовослужбовців повинна мати мультидисциплінарний характер: окрім психотерапії ПТСР, необхідно включати заходи з нейропсихологічної корекції когнітивних функцій та медичний супровід соматичних проявів (головний біль, порушення сну). Високий відсоток середнього рівня проявів свідчить про

доцільність раннього втручання, щоб запобігти хронізації нейроповедінкових порушень.

Наші дослідження показали, що від 20% до 31% військовослужбовців мають клінічно підтверджені ознаки ПТСР. Близько 50% вибірки перебувають у «пограничному» стані, що свідчить про високий ризик декомпенсації при подальших навантаженнях.

Найбільш вираженими симптомами серед бійців є гіперпильність (постійна тривога) та інтрузії (нав'язливі спогади). Це підтверджує, що бойова травма формує стійкі механізми психологічного захисту, які заважають адаптації в мирних умовах.

У 73% респондентів виявлено соматичні та когнітивні розлади (головний біль, порушення сну, розсіяність уваги). Це вказує на те, що бойовий стрес має комплексний характер і потребує не лише психологічної, а й медичної реабілітації.

Найбільш вразливою категорією виявилися чоловіки середнього віку із тривалим бойовим досвідом. Жінки у вибірці продемонстрували вищу емоційну стійкість, проте також мають ознаки тривожності. Це може бути пояснено тривалістю та інтенсивністю перебування в умовах постійної загрози життю, накопиченням хронічної бойової втоми та частою повторюваністю критичних стресових ситуацій.

За допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 проведено кореляційний аналіз взаємозв'язку показників тестів, що використовувались для дослідження.

Проведений кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона дозволив встановити статистично значущі позитивні взаємозв'язки між показниками посттравматичного стресового розладу та нейроповедінковими симптомами у військовослужбовців-учасників бойових дій. Отримані результати свідчать про те, що зі зростанням вираженості симптомів ПТСР підвищується інтенсивність соматичних, афективних та когнітивних порушень. Результати аналізу наведені у таблиці 2.1.

Найвищий рівень кореляційного зв'язку було зафіксовано між показниками Міссісіпська шкала ПТСР та афективною субшкалою нейроповедінкових симптомів ($r = 0,74$; $p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що посилення посттравматичних

переживань безпосередньо пов'язане зі зростанням емоційної нестабільності, тривожності, дратівливості та проявів емоційного виснаження.

Високі статистично значущі кореляції також виявлено між показниками PCL та афективною субшкалою ($r = 0,70$; $p \leq 0,01$), а також між PC-PTSD-5 та афективними порушеннями ($r = 0,65$; $p \leq 0,01$). Отримані результати підтверджують, що емоційна сфера є однією з найбільш уразливих у військовослужбовців із проявами ПТСР.

Крім того, встановлено значущі позитивні кореляції між усіма шкалами ПТСР та когнітивною субшкалою нейроповедінкових симптомів. Зокрема, зв'язок між Міссісіпською шкалою та когнітивними порушеннями становив $r = 0,63$ ($p \leq 0,01$), між PCL та когнітивною субшкалою – $r = 0,61$ ($p \leq 0,01$), а між PC-PTSD-5 та когнітивною субшкалою – $r = 0,57$ ($p \leq 0,01$). Це може свідчити про те, що зростання симптомів ПТСР супроводжується погіршенням концентрації уваги, пам'яті та здатності до ефективної когнітивної діяльності.

Помірні позитивні кореляції були виявлені між показниками ПТСР та соматичною субшкалою нейроповедінкових симптомів. Найвищий зв'язок спостерігався між Міссісіпською шкалою та соматичними проявами ($r = 0,58$; $p \leq 0,01$). Це вказує на те, що посттравматичні реакції можуть супроводжуватися фізичним виснаженням, порушенням сну, головними болями та іншими психосоматичними проявами.

Також встановлено високі кореляції між загальним показником нейроповедінкових симптомів та його субшкалами: соматичною ($r = 0,81$; $p \leq 0,01$), афективною ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$) та когнітивною ($r = 0,79$; $p \leq 0,01$). Найбільш виражений зв'язок спостерігався з афективною субшкалою, що свідчить про домінування емоційних порушень у структурі нейроповедінкових симптомів досліджуваних військовослужбовців.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують наявність тісного взаємозв'язку між вираженістю симптомів ПТСР та рівнем нейроповедінкових порушень. Отримані дані вказують на необхідність комплексного психологічного супроводу військовослужбовців, спрямованого не

лише на подолання посттравматичних реакцій, але й на корекцію супутніх емоційних, когнітивних і соматичних порушень.

Таблиця 2.1

Коефіцієнти кореляції між показниками

Показники	Міссісіпська шкала ПТСР	PCL	PC-PTSD-5	Нейроповедінкові симптоми (загальний показник)	Соматична субшкала	Афективна субшкала	Когнітивна субшкала
Міссісіпська шкала ПТСР	1,00	0,78**	0,71**	0,69**	0,58**	0,74**	0,63**
PCL	0,78**	1,00	0,76**	0,66**	0,54**	0,70**	0,61**
PC-PTSD-5	0,71**	0,76**	1,00	0,59**	0,49*	0,65**	0,57**
Нейроповедінкові симптоми (загальний показник)	0,69**	0,66**	0,59**	1,00	0,81**	0,84**	0,79**
Соматична субшкала	0,58**	0,54**	0,49*	0,81**	1,00	0,63**	0,60**
Афективна субшкала	0,74**	0,70**	0,65**	0,84**	0,63**	1,00	0,72**
Когнітивна субшкала	0,63**	0,61**	0,57**	0,79**	0,60**	0,72**	1,00

Примітка:

- $p \leq 0,05$
- ** $p \leq 0,01$

Отримані дані підкреслюють необхідність створення програм реабілітації, які поєднують психотерапію ПТСР із відновленням когнітивних функцій (пам'яті та уваги) та фізичного стану військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ З ПТСР В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1. Шляхи та напрями психотерапевтичних підходів до реабілітації ветеранів з ПТСР

Психологічна реабілітація ветеранів бойових дій із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є одним із ключових напрямів сучасної клінічної та військової психології. Учасники бойових дій належать до групи підвищеного ризику розвитку посттравматичних порушень, що проявляються у вигляді інтрузій, уникнення, емоційного оніміння, гіперзбудження та когнітивних дисфункцій.

Адаптація до мирного життя може бути доволі непростим процесом. Для осіб, які мають посттравматичний стресовий розлад цей шлях є ще складнішим. Ветерани, які проходять лікування та реабілітацію, потребують не лише професійної психологічної допомоги, а й постійної підтримки від рідних та близьких.

Реабілітаційні заходи з ветеранами, які пережили тривалу військову травматизацію, спрямовані на відновлення втрачених внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості. Оскільки ресурси особистості виступають основою його психологічного здоров'я та загального благополуччя, їхнє відновлення сприяє прискоренню інтеграції ветеранів у звичне соціальне та життєве середовище [28].

Адже, як стверджує військовий психіатр Чарльз Гоут, наслідки ПТСР у цивільному житті є значною проблемою, адже погіршують якість життя не лише ветерана, а і його близького оточення [7].

Упродовж останніх років поняття «реабілітація» у психологічній науці дедалі більше відображає ідею комплексного підходу до відновлення психічного стану людини. Йдеться про широкий організаційно-методологічний підхід, що поєднує різні напрями психології та психотерапії, а також заходи соціальної й трудової реадaptaції та вторинної і третинної психопрофілактики [19].

У цьому розумінні реабілітація постає як система взаємопов'язаних заходів соціально-правового, медичного, психологічного, професійного та педагогічного характеру. Її головною метою є максимально можливе відновлення психічного і фізичного здоров'я людини, повернення працездатності та забезпечення ефективної адаптації особистості до соціального [19].

Психологічна реабілітація є складовою загальної системи реабілітаційних заходів поряд із медичною, соціальною та професійною допомогою. Вона спрямована на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, підвищення рівня працездатності та соціальної активності особистості. Окрім цього, важливим завданням психологічної реабілітації є корекція самооцінки та відновлення соціального статусу військовослужбовців - учасників бойових дій, які зазнали психічних розладів. Потреба у психологічній реабілітації виникає у випадках, коли в психічній сфері людини формуються суттєві порушення, що здатні спричинити розвиток різноманітних психологічних дисфункцій [26].

За твердженням практичного психолога Г. Дмитренко, який тривалий час працює з питаннями реабілітації військовослужбовців, основні цілі відновлювальної роботи з учасниками бойових дій полягають у такому:

- відновленні особистісного та соціального статусу осіб, які зазнали психотравмуючого впливу під час бойових дій;
- корекції соціальної поведінки військовослужбовців, підвищенні рівня їхньої комунікативності, розвитку здатності до самореалізації, а також у розв'язанні психологічних труднощів і подоланні соціальних конфліктів;
- відновленні психічного стану, що зазнав виснаження під впливом тривалих стресів, депресивних переживань та надмірних навантажень, зниженні рівня внутрішньої напруженості й тривожності, а також підвищенні ресурсності та стресостійкості організму;
- активізації внутрішніх ресурсів особистості, спрямованих на подолання залежності від психоактивних речовин, зокрема алкоголю та наркотиків [14].

Одним із ключових завдань у роботі з ветеранами та військовослужбовцями є забезпечення лікування на максимально ранніх стадіях. Застосування профілактичних підходів дозволяє мінімізувати формування вторинних адаптивних моделей, які самі по собі можуть становити значну проблему. Особливе значення мають системи підтримки, що сприяють ранньому виявленню порушень, зокрема через скринінг, а також протидію стигматизації у робочому середовищі. Усвідомлення важливості збереження та розвитку компетентності висококваліфікованого персоналу є пріоритетом і стимулює зміни в ставленні до проблеми на організаційному рівні. Для клініцистів значущим є накопичений досвід роботи з ветеранами, оскільки розуміння специфіки військової культури сприяє формуванню ефективних терапевтичних стосунків з особами, які страждають на ПТСР [6].

Для практичного застосування доцільно виокремлювати щонайменше шість ключових напрямів реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. До них належать: медична реабілітація (зокрема нейрореабілітація), психологічна або психотерапевтична допомога, соціально-побутова реабілітація, професійно-освітня реабілітація, сімейно-спільнотна адаптація, а також духовно-екзистенційний напрям відновлення.

Систематизацію основних видів реабілітації, їхніх ключових цілей та провідних суб'єктів реалізації представлено у таблиці 3.1. Варто зазначити, що в практичній діяльності ці напрями не функціонують ізольовано. Навпаки, вони утворюють взаємопов'язану систему різних аспектів єдиного реабілітаційного процесу, інтенсивність реалізації яких може змінюватися залежно від стану військовослужбовця, етапу його адаптації після повернення з бойових дій та наявних ресурсів [27].

Таблиця 3.1.

Основні види реабілітації для ветеранів з ПТСР

Вид реабілітації	Головна мета	Типові завдання	Провідні суб'єкти/ середовище
------------------	--------------	-----------------	----------------------------------

Продовження таблиці 3.1.

Медична та нейрореабілітація	Відновлення або часткова компенсація соматичних, неврологічних і сенсомоторних функцій організму	Лікування бойових поранень, черепно-мозкових травм, контроль і зменшення больового синдрому, проведення фізичної терапії, застосування ортезування та адаптація до використання протезів	Лікарні, реабілітаційні центри
Психологічна та психотерапевтична	Зниження рівня психічного дистресу та розвиток навичок саморегуляції й ефективних копінг-стратегій	Психологічна та психотерапевтична робота з проявами посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних станів, розвиток стресостійкості, а також підтримка процесів посттравматичного зростання	Психологи, психотерапевти
Соціально - побутова	Відновлення базового рівня автономності особистості та її соціального функціонування	Забезпечення організації житлово-побутових умов, сприяння доступу до соціальних послуг, а також допомога в оформленні соціальних пільг і відповідних статусів	Соціальні служби, ветеранські центри, громади
Професійно - освітня	Повернення до військової служби або здійснення професійної переорієнтації та подальшого працевлаштування	Оцінювання рівня працездатності, організація професійного навчання та перекваліфікації, а також супровід процесу працевлаштування	Служби зайнятості, центри перекваліфікації

Продовження таблиці 3.1.

Сімейна та спільнотна	Підтримка взаємодії у системі «військовослужбовець – сім'я – громада» та зниження рівня напруженості у міжособистісних відносинах	Проведення сімейного консультування, організація груп підтримки, робота з питаннями батьківства та профілактика насильства у сімейному середовищі	Сімейні консультанти, НГО, громади
Духовно - екзистенційна	Формування особистісного смислу пережитого досвіду, інтеграція бойового досвіду в індивідуальну систему цінностей та ідентичність особистості	Духовно-пастирська підтримка, участь у групах духовної допомоги, проведення ритуалів вшанування пам'яті, а також робота з переживаннями провини та втрати	Капелани, духовні лідери, ветеранські спільноти

Медична реабілітація охоплює систему заходів, спрямованих на відновлення здоров'я військовослужбовців після поранень, травматичних ушкоджень головного мозку, хронічного больового синдрому, соматичних ускладнень та супутніх патологічних станів. Для осіб, які брали участь у бойових діях, найбільш поширеними є наслідки вибухових травм, ампутацій, черепно-мозкових ушкоджень і комбінованих уражень організму. Такі стани потребують довготривалих комплексних реабілітаційних програм, що передбачають застосування фізичної терапії, ерготерапії, протезування та використання спеціальних технічних засобів реабілітації [31].

Важливим компонентом відновлювального процесу є нейрореабілітація, яка спрямована не лише на відновлення моторних функцій, але й на корекцію когнітивних порушень. До таких порушень належать зниження концентрації уваги, порушення пам'яті, труднощі у виконанні складних когнітивних завдань, а також проблеми емоційної регуляції. Зазначені прояви часто поєднуються із симптомами посттравматичного стресового розладу та депресивних станів [35].

Наукові дослідження засвідчують, що інтеграція когнітивно-поведінкових підходів та нейропсихологічних методів у програми медичної реабілітації сприяє зниженню інтенсивності суїцидальних думок, покращенню повсякденного функціонування та підвищенню якості життя ветеранів, які мають поєднані фізичні й психічні порушення [31;35;44].

Отже, медична та нейрореабілітація виступають базовим етапом комплексного відновлення військовослужбовців. Саме вони створюють передумови для подальшого залучення людини до психологічних, соціальних та професійних програм реабілітації, оскільки недостатній рівень фізичного та когнітивного функціонування істотно знижує ефективність інших напрямів відновлення.

Психологічна та психотерапевтична реабілітація спрямована на зниження рівня психічного дистресу, опрацювання травматичного досвіду, формування навичок саморегуляції та ефективних копінг-стратегій, а також підтримку процесів посттравматичного зростання. До науково обґрунтованих підходів у цій сфері належать когнітивно-поведінкова терапія, травма-фокусовані психотерапевтичні методики, елементи терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy), а також групові інтервенції, орієнтовані на взаємну підтримку між ветеранами та формування наративної ідентичності [35].

Результати сучасних досліджень свідчать, що найбільш ефективними є реабілітаційні програми, які поєднують роботу з симптомами посттравматичного стресового розладу, депресивних станів та моральної травми із процесами осмислення життєвих цінностей, соціальних ролей і довгострокових життєвих цілей. Такі комплексні підходи сприяють більш вираженим проявам посттравматичного зростання порівняно з програмами, що зосереджуються виключно на усуненні симптомів. [40].

Особливу увагу в межах психологічної реабілітації слід приділяти гендерно чутливому підходу до жінок-військовослужбовиць. У їхньому досвіді часто поєднуються наслідки бойових дій, пережитого сексуалізованого насильства, труднощі у міжособистісних стосунках та криза особистісної ідентичності. Для цієї

категорії ефективними вважаються групові формати підтримки, які поєднують психоедукацію, наративні практики та процеси реконструкції ідентичності [57].

Психологічна реабілітація включає комплекс різних заходів щодо допомоги та послуг, спрямованих на відновлення психічного стану особистості та її ефективного функціонування, зокрема:

1. Психологічна діагностика передбачає оцінювання поточного психічного стану людини та її індивідуально-психологічних характеристик. Вона також включає моніторинг динаміки психічного стану, визначення основних потреб отримувача послуг і підбір найбільш доцільних методів психологічної реабілітації [23].

2. Психологічна просвіта та інформування спрямовані на формування у людини розуміння закономірностей функціонування психіки та особливостей поведінки в екстремальних або стресових ситуаціях. У межах цього напрямку також розвиваються навички керування власним психічним станом, надання самопомоги та першої психологічної підтримки іншим, а також формується готовність звертатися до фахової психологічної допомоги за потреби [23].

3. Психологічне консультування являє собою сукупність короткострокових професійних заходів, що здійснюються психологом з метою надання інформаційної та емоційної підтримки. Воно допомагає людині усвідомити власні психологічні ресурси, приймати зважені рішення, змінювати поведінкові стратегії, підвищувати рівень відповідальності за власні дії, розвивати самосвідомість і формувати більшу стійкість до стресу [23].

4. Психологічна підтримка та супровід включають систему соціально-психологічних методів і технологій, які сприяють особистісному та професійному самовизначенню людини. Вони допомагають відновити її здібності, систему цінностей і самосвідомість, підвищити адаптаційні можливості та конкурентоспроможність, а також подолати складні життєві ситуації й запобігти виникненню психологічних криз [23].

5. Психотерапія передбачає застосування спеціальних методів психологічного впливу для розв'язання особистісних і міжособистісних проблем.

Такі методи можуть використовуватися як в індивідуальній, так і в груповій формі за допомогою стандартизованих процедур. Їх метою є відновлення або компенсація порушених психічних функцій, покращення міжособистісних взаємин, розвиток особистісних якостей та підвищення загальної якості життя [23].

Групова робота охоплює проведення тренінгів, груп підтримки, інтерв'ю та освітніх занять. Учасники таких заходів отримують можливість для саморозкриття, осмислення власного досвіду та пошуку ефективних способів вирішення психологічних труднощів. Крім того, у межах групової взаємодії формуються навички самопізнання, саморозвитку, а також опановуються нові комунікативні й поведінкові стратегії [23].

Також у процесі надання психологічної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом зазвичай виділяють чотири ключові напрями:

1. Освітній напрям. Він передбачає надання інформаційної підтримки, обговорення тематичних матеріалів (книг, статей), ознайомлення з базовими поняттями фізіології та психології. Зокрема, ознайомлення з діагностичними критеріями ПТСР дає можливість ветеранам усвідомити, що їхні переживання - це не щось невизначене, а природна реакція на екстремальні обставини. Це сприяє розвитку навичок саморегуляції та вибору оптимальних шляхів до відновлення [21].

2. Холістичний напрям. Його основою є цілісний підхід до здоров'я людини. Фізична активність, збалансоване харчування, духовний розвиток і здатність бачити світ із гумором відіграють важливу роль у процесі одужання. Спеціалісти, які орієнтують клієнтів на здоровий спосіб життя, часто допомагають активувати внутрішні ресурси, раніше приховані від самої людини. Відмова від шкідливих звичок, зменшення вживання стимуляторів (на кшталт кофеїну) й дотримання здорового ритму життя створюють міцний фундамент для психологічної реабілітації [21].

3. Соціальний напрям. Йдеться про заходи, що сприяють розширенню соціальної підтримки та інтеграції ветеранів у суспільство. Сюди належать

розвиток мереж самодопомоги, створення громадських організацій, що підтримують осіб із ПТСР, а також навчання соціальним навичкам, подолання ірраціональних страхів та формування нових міжособистісних зв'язків. Важливу роль у цьому процесі відіграють різні форми організації соціальної роботи.

4. Терапевтичний напрям включає психотерапевтичну допомогу, спрямовану на опрацювання травматичного досвіду, а також застосування медикаментозного лікування для зменшення симптомів ПТСР [21].

Різноманітні психотерапевтичні підходи, використані окремо або комплексно, сприяють відновленню цілісності особистості військовослужбовця:

- *раціональна психотерапія* допомагає зрозуміти причини й механізми ПТСР;
- *методи саморегуляції* (аутотренінг, м'язова релаксація, позитивна візуалізація) знижують рівень напруги й тривоги;
- *когнітивна терапія* дає змогу переосмислити негативні установки та думки;
- *особистісно-орієнтований підхід* допомагає змінити ставлення до травматичного досвіду, взяти відповідальність за власну реакцію на нього;
- *позитивна психотерапія та гештальт-підхід* спрямовані на активізацію внутрішніх ресурсів і особистісне зростання [21].

Важливо зазначити, що в стані активної фази війни військовослужбовці в більшості не мають можливості звернутися за кваліфікованою психологічною допомогою. З часом стресовий розлад починає сприйматися як норма. Також, провідну роль грає авторитет військовослужбовця в тісному військовому колективі - часто, боячись його втратити, воїн може замовчувати про свій стан. Це також може бути пов'язано з бажанням кар'єрного зросту, адже займання керівних посад вимагає психологічної стійкості.

Важливу роль відіграє обізнаність керівного складу, знайомого з типовими поведінковими моделями та функціональними можливостями особи, щодо опосередкованих проявів наслідків посттравматичного стресового розладу в умовах професійної діяльності, що дає змогу своєчасно ініціювати відповідне перенаправлення [6].

Також не всі військовослужбовці, вже перебуваючи цивільному середовищі, виявляють бажання звернутися до спеціаліста. Часто це пов'язується з високим рівнем недовіри до працівників психологічної підтримки або з наративом «мене не зрозуміють».

Розгляд бар'єрів доступу військовослужбовців до психологічної допомоги потребує від фахівця високого рівня професійної компетентності. Оптимальним є доступ психолога до особових матеріалів, які можуть містити відомості про прогули, дисциплінарні стягнення, прояви агресивної поведінки або зловживання психоактивними речовинами, що сприяє підвищенню точності клінічної оцінки. Водночас клінічні прояви ПТСР у військовослужбовців та ветеранів зазвичай формуються не внаслідок одноразового травматичного впливу, а як результат кумулятивної дії множинних стресових подій [6].

У постекстремальний період процес психологічної реабілітації має певну динаміку та проходить кілька послідовних фаз. Кожна з них зумовлена спільними закономірностями й механізмами психічної адаптації після пережитого бойового досвіду [24].

Перша фаза отримала назву «збудженість» або «медовий місяць». Вона характеризується емоційним піднесенням та ейфорійним станом військовослужбовців, пов'язаним із усвідомленням того, що їм вдалося вижити. У цей період учасники бойових дій часто ігнорують життєві труднощі та демонструють підвищену впевненість у власних силах. У соціальному плані формується установка на активну життєву позицію та дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Нерідко виникає уявлення про себе як про героя, яке не завжди збігається з оцінкою оточуючих [24].

Захисні поведінкові реакції на цій стадії можуть проявлятися у формі підвищеної рухової активності, гіперактивності, агресивних реакцій, апатії, відчуття безпорадності або психічної регресії. У деяких випадках спостерігається вживання алкоголю чи наркотичних речовин (за результатами досліджень, близько 40 % військовослужбовців звертаються до таких способів подолання напруження). Оскільки поведінкові прояви стають помітними для оточення, саме вони

найчастіше піддаються соціальній оцінці. Нерідко суспільство сприймає таку поведінку як девіантну, оскільки зовні людина виглядає фізично здоровою. Водночас сам військовослужбовець часто не усвідомлює власних дій і не приймає негативної оцінки з боку соціального середовища. Унаслідок цього виникає так званий «бар'єр нерозуміння»: з одного боку формується негативне ставлення ветерана до соціуму, а з іншого - критичне або упереджене ставлення суспільства до тих, хто брав участь у бойових діях. Це може спричиняти внутрішньоособистісні конфлікти, почуття провини, амбівалентні переживання та труднощі повторної інтеграції у соціальне середовище [24].

Основним завданням реадаптації на цьому етапі є відновлення реалістичного сприйняття навколишнього світу, формування раціонального ставлення до пережитого досвіду та збереження контролю над власною поведінкою. У випадку формування залежностей ефективними можуть бути методи індивідуальної та групової психотерапії, спрямовані на аналіз причин адиктивної поведінки та усвідомлення подій, які призвели до її виникнення [24].

Друга фаза, яку часто називають періодом «розчарування», зазвичай триває приблизно від восьми до десяти місяців після повернення із зони бойових дій. У цей час відбувається переосмислення пережитого досвіду, власної ролі в конфлікті та життєвих пріоритетів. Військовослужбовці стикаються з реальністю повсякденного життя, що супроводжується побутовими, професійними та моральними труднощами. Ідеалізований образ «Я - герой» поступово руйнується, а на перший план можуть виходити прояви посттравматичного стресового розладу [24].

Третя фаза - фаза «відновлення» зазвичай настає через 10–18 місяців після участі у збройному конфлікті. На цьому етапі поступово з'являються позитивні зміни у психічному стані особистості, зменшується інтенсивність зовнішніх дестабілізуючих факторів і відбувається поступове відновлення психологічної рівноваги [24].

3.2. Програма психологічного супроводу на етапі реабілітації

Станом на сьогодні в Україні послуги з психологічної реабілітації ветеранів і членів їхніх сімей надають 48 медичних установ у різних регіонах країни (для порівняння, у 2021 році таких закладів було лише 9 - за офіційними даними). Є підстави вважати, що їхня кількість і надалі зростатиме. Поряд із цим активно впроваджуються сучасні методи психологічної та соціальної підтримки. Основний акцент робиться на створенні умов для об'єднання ветеранів, формування спільнот взаємодопомоги, підтримки та спілкування.

Держава активно працює над формуванням ефективної системи охорони психічного здоров'я населення. Однією з ключових ініціатив у цій сфері є проєкт, започаткований першою леді України Оленою Зеленською, спрямований на розробку та реалізацію Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. На рівні уряду створено відповідні координаційні та робочі органи для забезпечення ефективного впровадження цієї програми. Її реалізація передбачає можливість залучення як міжнародної фінансової підтримки, так і досвіду зарубіжних фахівців.

Важливу роль у процесі посттравматичного відновлення військовослужбовців відіграють нормативні документи, зокрема Інструкція з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України та Інструкція з оцінювання морально-психологічного стану особового складу ЗСУ. Ці документи, ухвалені у 2017–2018 роках, окреслюють підходи до виявлення й подолання стресових розладів серед військових [16;17].

Соціально-побутова реабілітація спрямована на відновлення ключових складових повсякденного життя військовослужбовців. Вона охоплює забезпечення житлом, організацію побутових умов, доступ до медичних і соціальних послуг, а також допомогу в оформленні необхідних статусів, пільг і соціальних гарантій. Крім того, важливим елементом є сприяння інтеграції ветеранів у місцеві громади. Для частини військовослужбовців, зокрема тих, хто отримав тяжкі поранення або втратив житло внаслідок бойових дій, такі заходи стають необхідною передумовою

базової соціальної стабілізації та запобігання довготривалій соціальній маргіналізації [49].

Професійно-освітня реабілітація охоплює широкий спектр заходів, пов'язаних із поверненням до військової служби (за наявності відповідних можливостей), оцінкою працездатності, професійною перекваліфікацією, здобуттям нових спеціальностей та продовженням навчання у закладах освіти. Важливим компонентом також є супровід працевлаштування ветеранів. Наукові дослідження свідчать, що успішна професійна самореалізація після демобілізації є важливим чинником підтримки психічного здоров'я та сприяє розвитку посттравматичного зростання. Водночас тривала відсутність роботи та професійних перспектив може бути пов'язана з підвищеним ризиком розвитку депресивних станів, зловживання психоактивними речовинами та виникненням конфліктів у сімейному середовищі [55].

У цьому контексті особливого значення набувають міжвідомчі моделі взаємодії, що об'єднують ветеранів, служби зайнятості, освітні установи та роботодавців. У межах таких моделей формуються індивідуальні професійні траєкторії, організовуються освітні курси, стажування та менторські програми за участю ветеранів, які вже мають досвід успішної професійної адаптації після завершення військової служби [49].

Сімейний аспект реабілітації ґрунтується на розумінні того, що наслідки війни мають не лише індивідуальний, а й системний характер. Після повернення з бойових дій у сім'ях військовослужбовців часто відбувається трансформація ролей, очікувань і розподілу відповідальності, що може супроводжуватися конфліктами, емоційною відстороненістю, проявами агресії, зловживанням алкоголем або труднощами у виконанні батьківських функцій. У цьому контексті сімейне консультування та психоедукаційні програми, спрямовані на розуміння наслідків бойового стресу, демонструють ефективність у зниженні рівня напруження у взаєминах, профілактиці насильства та підтримці адаптації дітей у сім'ях військовослужбовців [55].

Загалом, найсильнішим фактором, що сприяє відновленню ветерана є рівень підтримки близьких. Сімейно орієнтовані психолого-педагогічні програми спрямовані на підвищення обізнаності партнерів і членів родини військовослужбовців щодо особливостей бойового стресу, можливих змін у поведінці після пережитого досвіду та труднощів адаптації до мирного життя. Крім того, такі програми формують базові навички підтримки військовослужбовців, а також допомагають близьким опановувати способи запобігання емоційному виснаженню та вигоранню. У зв'язку з цим компонент сімейної психоедукації доцільно включати до програм реінтеграції [7; 30].

Спільнотний рівень реабілітації передбачає взаємодію ветеранів із місцевими громадами, ветеранськими організаціями та волонтерськими ініціативами. Особливу роль у цьому процесі відіграють програми взаємної підтримки, у межах яких ветерани з більш успішним досвідом адаптації та вираженим посттравматичним зростанням виконують роль наставників для побратимів. Дослідження свідчать, що участь у таких програмах пов'язана зі зменшенням симптомів посттравматичного стресового розладу, посиленням відчуття соціальної приналежності та формуванням більш осмисленого ставлення до пережитого досвіду [37].

Духовно-екзистенційний вимір реабілітації пов'язаний із опрацюванням смислових наслідків війни, зокрема переживанням провини за вцілілість, втратами, моральною травмою, кризами віри та переосмисленням життєвих цінностей. Наукові дослідження показують, що внутрішня релігійність, відчуття покликання та участь у практиках, які сприяють смислотворенню, можуть виступати важливими ресурсами посттравматичного зростання. Залучення капеланських служб, духовних лідерів і спільнотних ритуалів, таких як вшанування загиблих чи символічні акти пам'яті, сприяє інтеграції травматичного досвіду у структуру особистісної та колективної ідентичності [40].

Тож важливу роль у процесі реабілітації відіграють і духовно-екзистенційні підходи, до яких належать робота військових капеланів, організація груп духовної підтримки, проведення ритуалів вшанування загиблих, а також обговорення питань

провини, справедливості та сенсу військової служби. Подібні практики створюють умови для осмислення моральної травми та переоцінки життєвих цінностей, що у багатьох ветеранів пов'язано з проявами посттравматичного зростання у сфері духовних змін [3].

Сучасні підходи до реабілітації ветеранів ґрунтуються на розумінні багатовимірного характеру наслідків бойового досвіду. У зв'язку з цим відновлення має бути комплексним і спрямованим на біологічні, психологічні, соціальні та екзистенційні аспекти функціонування особистості [27].

Результати численних досліджень свідчать, що застосування окремих, вузькоспеціалізованих втручань (зокрема лише медикаментозного лікування або виключно психотерапевтичної допомоги) демонструє обмежену ефективність. Натомість використання інтегрованих мультидисциплінарних підходів сприяє більш вираженому покращенню психічного здоров'я, соціального функціонування та створює умови для посттравматичного зростання [27].

У зв'язку з цим реабілітацію доцільно розглядати не як єдиний однорідний процес, а як систему взаємопов'язаних напрямів. Кожен із них має власні цілі, завдання та критерії результативності, проте водночас функціонує в межах спільного реабілітаційного середовища, сформованого на основі біопсихосоціального підходу та принципів trauma-informed практики [27].

Для ефективного проєктування програм реабілітації доцільно виділяти три рівні їх реалізації: індивідуальний, груповий та організаційний. Кожен із цих рівнів охоплює специфічні завдання та використовує відповідні психолого-педагогічні засоби, що забезпечують комплексний підхід до підтримки військовослужбовців. Узагальнені завдання та приклади інструментів для кожного рівня представлені у таблиці 3.2.

Дослідження демонструють, що найтриваліший і найефективніший результат досягається тоді, коли психолого-педагогічні заходи інтегровано застосовуються одночасно на індивідуальному, груповому та організаційному рівнях, а не обмежуються лише епізодичними тренінгами чи семінарами [48].

Таблиця 3.2.

Рівні реалізації психолого-педагогічних засобів сприяння ПТЗ

Рівень	Основні завдання	Приклади засобів
Індивідуальний	Розвиток навичок саморегуляції, рефлексивне осмислення травматичного досвіду та планування особистісного і професійного майбутнього.	Індивідуальні втручання та підтримка: консультації, самодопоміжні матеріали, онлайн-модулі, практики рефлексивного письма.
Груповий	Підтримка взаємодопомоги серед учасників, нормалізація пережитого досвіду та навчання практичних coping-навичок.	Групові формати: тренінги резилієнтності, наративні групи, реєс-підтримка, сімейні сесії.
Організаційний	Створення сприятливого соціального та організаційного середовища, яке забезпечує підтримувальний клімат і структуровану взаємодію.	Організаційні заходи: навчання командирів, інтеграція модулів посттравматичного зростання (ПТЗ) у програми підготовки, розвиток ветеранських сервісів та підтримуючих структур.

Серед групових форм важливе місце займає духовно-психологічна просвіта, яка реалізується в три етапи: психодіагностичний (оцінювання психологічного стану), культурно-освітній (розширення знань та світогляду) і гармонійно-поведінковий (розвиток навичок здорової поведінки та внутрішньої рівноваги) [24].

Етапи духовно-психологічної просвіти:

1. *Психодіагностичний етап* спрямований на дослідження психологічних характеристик військовослужбовців, зокрема особливостей їхнього характеру, духовного потенціалу, професійних намірів, здібностей, інтересів, а також на виявлення можливих психологічних труднощів. Діагностика проводиться анонімно. Окрім цього, важливим завданням є розвиток рефлексії та самоусвідомлення, зокрема через інформування військових про результати тестувань. На цьому етапі можуть використовуватись як групові методи психодіагностики, так і індивідуальне психологічне консультування [24].

2. *Культурно-освітній етап* має на меті підвищення рівня духовно-моральної обізнаності військовослужбовців. У ролі психологічних інструментів виступають лекції, святкові заходи, фестивалі, творчі конкурси, рольові ігри, диспути, міні-конференції, а також перегляд кінофільмів з подальшим обговоренням. Розробка сценаріїв таких заходів покладається здебільшого на психологічну службу військової частини. Тематика повинна бути спрямована на формування глибшого розуміння духовно-моральних цінностей, поваги до себе, інших людей, природи та світу загалом [24].

3. Завданням *гармонійно-поведінкового етапу* є сприяння формуванню досвіду гармонійної поведінки між ветеранами та психологами. Це досягається шляхом проведення індивідуальних психологічних консультацій і духовно-орієнтованих масових заходів [24].

Таким чином, сучасні підходи до реабілітації ветеранів із ПТСР ґрунтуються на принципах мультидисциплінарності, безперервності та індивідуалізації допомоги. Найбільш ефективними виявляються програми, що поєднують різні види підтримки та реалізуються одночасно на індивідуальному, груповому та організаційному рівнях. Такий підхід дозволяє не лише зменшити прояви психічних розладів, але й створити умови для повноцінної соціальної інтеграції ветеранів, відновлення їхньої життєвої активності та формування потенціалу посттравматичного зростання.

З огляду на результати емпіричного дослідження, які засвідчили наявність статистично значущих зв'язків між рівнем ПТСР (за Міссісіпська шкала ПТСР, PCL, PC-PTSD-5) та нейроповедінковими симптомами, виникає необхідність у розробці комплексної психоедукаційної програми, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану та відновлення адаптивного функціонування ветеранів. Нами було розроблено приклад програми для психологічної реабілітації ветеранів, етапи реалізації якої представлено у додатку А .

Метою програми є зниження інтенсивності симптомів ПТСР, відновлення емоційної регуляції, когнітивних функцій та соціальної адаптації військовослужбовців, комплексне зниження проявів посттравматичного

стресового розладу та відновлення психологічного функціонування ветеранів бойових дій.

Основні завдання програми:

- зменшення інтенсивності посттравматичної симптоматики;
- стабілізація емоційного стану та рівня тривожності;
- розвиток навичок саморегуляції та стресостійкості;
- опрацювання травматичного досвіду у безпечному середовищі;
- відновлення когнітивних функцій (увага, пам'ять, мислення);
- формування адаптивних поведінкових стратегій;
- підвищення рівня соціальної та сімейної адаптації.

Теоретико-методологічними засадами програми є когнітивно-поведінковий підхід (СВТ); травма-фокусована терапія; тілесно-орієнтована психотерапія; принципи кризового психологічного консультування та елементи майндфулнес-підходу. За основу взято робочий зошит «Сила досвіду», розроблений як збірка інструментів самодіагностики та практик самодопомоги, що ґрунтуються на доказових підходах. Його мета – допомогти тобі систематизувати свій досвід, розпізнати типові реакції на стрес, а також знайти індивідуально дієві способи відновлення.

Цільову групу становлять ветерани бойових дій із різним рівнем вираженості симптомів ПТСР (від помірного до високого), виявлених за результатами психодіагностики. Додатковими критеріями включення є наявність емоційної нестабільності, когнітивних труднощів або соматичних проявів психічного напруження.

Програма розрахована на 12 занять тривалістю 1,5-2 години, з періодичністю 1-2 рази на тиждень.

Формат: групова робота (6-10 осіб); індивідуальні консультації за потреби; підтримувальний супровід.

Реалізація програми передбачає:

- зниження рівня симптомів ПТСР;
- покращення емоційної регуляції;

- зменшення тривожності та гіперзбудження;
- зниження когнітивних та соматичних порушень;
- підвищення рівня соціальної адаптації;
- покращення якості життя ветеранів.

Оцінка ефективності здійснюється до та після участі у програмі за допомогою Міссісіпської шкали, PCL, PC-PTSD-5, шкали нейроповедінкових симптомів.

Розроблена психоедукаційна програма є комплексною моделлю психологічної реабілітації ветеранів із ПТСР, яка поєднує стабілізаційні, травма-фокусовані та ресурсно-орієнтовані методи роботи. Її структура відповідає сучасним науковим підходам до лікування посттравматичних розладів та враховує багатовимірний характер змін психічного функціонування, зокрема емоційні, когнітивні та соматичні порушення.

Очікується, що впровадження програми сприятиме суттєвому зниженню посттравматичної симптоматики та підвищенню рівня психологічної адаптації ветеранів.

Отже, аналіз сучасних підходів до лікування та реабілітації ветеранів із посттравматичним стресовим розладом дає підстави стверджувати, що процес відновлення цієї категорії осіб є складним, багаторівневим і тривалим. Пережитий бойовий досвід суттєво впливає не лише на психічний стан військовослужбовців, але й на їхнє фізичне здоров'я, соціальні взаємини, професійну реалізацію та систему життєвих цінностей. У зв'язку з цим ефективна реабілітація повинна ґрунтуватися на комплексному підході, який охоплює медичні, психологічні, соціальні, професійні, сімейні та духовно-екзистенційні аспекти відновлення особистості.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення, емпіричне дослідження та практичне обґрунтування актуальної науково-практичної проблеми, яка полягає у визначенні психологічних аспектів діагностики та реабілітації ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. Результати проведеного дослідження дають підстави сформулювати такі наукові підсумки відповідно до поставлених завдань:

1. Теоретико-методологічний аналіз сутності та еволюції наукових уявлень про ПТСР засвідчив, що психічні наслідки пережитого травматичного досвіду супроводжують людство протягом усієї його історії, однак концептуалізація цих станів зазнала суттєвих трансформацій. Історичний рух наукової думки продемонстрував поступовий перехід від поодиноких описових клінічних спостережень до системного вивчення кумулятивного впливу екстремального стресу на психіку індивіда.

Сучасні міжнародні класифікаційні системи психічних розладів, зокрема американський діагностичний стандарт DSM-5 та Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11), відображають принципове переосмислення нозологічного статусу ПТСР. Новацією є виведення ПТСР із категорії тривожних розладів та його віднесення до специфічної самостійної групи «розладів, безпосередньо пов'язаних із травмою та стресором». ПТСР визначено як складний, гетерогенний психічний стан, що виникає як відтермінована або затяжна відповідь на події катастрофічного чи загрозливого характеру (зокрема, бойові дії), і характеризується чотирма основними симптомокомплексами: інтрузіями (нав'язливими повторними спогадами, флешбеками), стійким уникненням травмуючих стимулів, негативними змінами в когнітивній та емоційній сферах, а також хронічною гіперактивацією нервової системи.

2. За результатами емпіричного дослідження, проведеного на репрезентативній вибірці з 54 військовослужбовців-ветеранів із безпосереднім бойовим досвідом (з яких 80% чоловіків та 20% жінок, середній вік – 34 роки), за допомогою батареї чотирьох валідних психодіагностичних методик (Міссісіпська

шкала, PCL-M, PC-PTSD-5 та NSI) було виявлено високу поширеність та складну структуру посттравматичної симптоматики.

Встановлено, що від 20% до 31% опитаних ветеранів виявляють чітко виражені, клінічно значущі ознаки сформованого посттравматичного стресового розладу, які суттєво дезорганізують їхнє повсякденне функціонування та супроводжуються глибоким психологічним дистресом. Особливу тривогу викликає той факт, що близько 50% респондентів перебувають у так званій «зоні ризику» (субсиндромальна форма ПТСР), демонструючи високу вразливість до декомпенсації психічного стану під впливом несприятливих соціально-психологічних чинників.

Аналіз специфіки проявів розладу продемонстрував значну коморбідність психічної травми із сомато-неврологічними порушеннями. У 73% ветеранів за допомогою шкали NSI діагностовано ознаки вираженої нейроповедінкової дезадаптації. Це проявляється у комплексному поєднанні вегетативних розладів, хронічного когнітивного дефіциту (зниження концентрації уваги, погіршення оперативної пам'яті), емоційної лабільності, спалахів імпульсивного гніву та стійких порушень сну. Емпірично доведено, що формування ПТСР є багатofакторним процесом, де вирішальне значення має не стільки кількість епізодів, скільки інтенсивність і персоналізація бойового чинника, а також їхня взаємодія з індивідуально-психологічними характеристиками та преморбідним фоном особистості.

3. У межах розробки практичних підходів до подолання наслідків воєнної травми обґрунтовано, що процес відновлення ветеранів із ПТСР є тривалим, багаторівневим та вимагає відмови від ізольованих психологічних втручань на користь системної реабілітації. Доведено необхідність впровадження комплексного мультидисциплінарного підходу, який має реалізовуватися одночасно на трьох взаємопов'язаних рівнях: індивідуальному (врахування особистісних смислів та гендерної специфіки), груповому (робота в підрозділах та ветеранських спільнотах) та організаційному (державні та інституційні програми підтримки).

На основі аналізу сучасного вітчизняного та міжнародного досвіду виокремлено й деталізовано шість фундаментальних взаємодоповнюючих напрямів реабілітації ветеранів: медичний та нейрореабілітаційний, психологічно-психотерапевтичний, соціально-побутовий та професійно-освітній, сімейно-спільнотний та духовно-екзистенційний напрями.

Таким чином, проблема ПТСР серед ветеранів в умовах війни набуває критичного масштабу. Своєчасна, комплексна та індивідуалізована реабілітація є не лише медичною необхідністю, а й важливою умовою повноцінного повернення ветеранів до мирного життя, збереження їхнього психічного здоров'я та підтримки суспільства в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. *Мед. психологія*. 2016. № 1. С. 99-104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19 (дата звернення: 03.03.2026).
2. Безшейко В. Г. Ефективність короткотривалих психологічних інтервенцій при посттравматичному стресовому розладі. *Архів психіатрії*. 2016. № 1. С. 12–16.
3. Братченко С. Л., Миронова М. Р. Особистісне зростання та його критерії. *Психологічні проблеми самореалізації особистості*. Київ, 1997. С. 38–46.
4. Волошин В. М. Клінічна типологія посттравматичних стресових розладів і питання диференціальної психофармакотерапії. *Психіатрія і психофармакотерапія*. 2001. Т. 3, № 4. С. 32–35.
5. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації: клінічна настанова, заснована на доказах / Міністерство охорони здоров'я України та ін. Київ, 2024. 217 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення: 02.04.2026).
6. Гоуг Ч. Одного разу воїн - воїн назавжди. Як повернутися до звичного життя після бойових дій / пер. з англ. О. Корнюшина. Київ : Наш Формат, 2024. 352 с.
7. Гурлева Т. С. «Розкритий маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. *Соціально-психологічні проблеми суспільства : мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф. (м. Київ, 10 квітня 2020 р.)*. Київ : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2020. С. 148–151.
8. Гурлева Т. С. Діалогічне спілкування психолога у просторі друкованих ЗМІ у відновленні та розвитку особистості в кризових умовах. *Актуальні проблеми психології*. Т. 3: *Консультативна психологія і психотерапія*. 2016. Вип. 12. С. 61–74. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/708478/>. (дата звернення: 05.04.2026).
9. Гурлева Т. С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах. *Актуальні проблеми психології*. Т. 3:

Консультативна психологія і психотерапія. 2018. Вип. 14. С. 191–213. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/716097/>. (дата звернення: 05.04.2026).

10. Гурлева Т. С. Особливості спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових соціокультурних умовах. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 193–221. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/709806/>. (дата звернення: 05.04.2026).

11. Гурлева Т. С. Ставлення читача до медіатексту через призму довіри до себе як суб'єктної якості. *Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія*. 2019. Вип. 15. С. 227–250.

12. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 29.03.2026).

13. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : зб. наук. праць*. 2016. С. 248–252.

14. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. Львів : Манускрипт, 2024. 592 с.

15. Інструкція з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України : Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 № 462.

16. Інструкція з оцінювання морально-психологічного стану особового складу Збройних Сил України : Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 153.

17. Калужна Г. В. Термін посттравматичний стресовий розлад: віхи та особливості еволюції. *Молодий вчений*. 2020. Вип. 2.1 (78.1). С. 32–34.

18. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

19. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Клінічний опис та інструкції по діагностиці. Київ, 2005. 306 с.

20. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. — Київ, 2020. 192 с.

21. Ніколаєнко С. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=sfr_2014_7_8 (дата звернення: 08.04.2026).

22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 1. Київ, 2018. С. 126–128.

23. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 2 / за ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.

24. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. Київ, 2020. 92 с.

25. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : метод. рекомендації / уклад.: П. В. Волошин та ін. Харків, 2002. 47 с.

26. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 283 с.

27. Сприяння подоланню травматичного досвіду військовослужбовців : метод. рекомендації / за наук. ред. В. В. Турбан. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 163 с.

28. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

29. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2014-10-16/6.pdf> (дата звернення: 11.04.2026).

30. Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій / Н. Макієнко, О. Гершанов. Київ : 7 БЦ, 2023. 120 с.
31. Assonov D. Two-step resilience-oriented intervention for veterans with traumatic brain injury: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Neuropsychiatry*. 2021. Vol. 18. P. 247–259. DOI: <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210503>. (дата звернення: 29.03.2026).
32. Ben-Ezra M. Trauma 4000 Years Ago. *Am. J. Psychiatry*. 2002. № 159. P. 1437.
33. Cicerone K. D., Kalmar K. Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1995. Vol. 10, № 3. P. 1–17.
34. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). URL: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision> (дата звернення: 28.03.2026).
35. Dindo L., Johnson A., Lang B. et al. Development and evaluation of a 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: Outcomes from a pilot study. *Contemporary Clinical Trials*. 2020. Art. 105954. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105954>. (дата звернення: 02.04.2026).
36. Erichsen J. E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. Philadelphia : Henry C. Lea, 1967. P. 173–179.
37. Franco Z., Ruffalo L., Curry B. et al. Impact of veteran-led peer mentorship on posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.23038>. (дата звернення: 04.04.2026).
38. Friedman M. J., Terence M., Resick P. A. Handbook of PTSD: Science and Practice. New York : Guilford Pubn, 2010. P. 6–12.
39. Geleželytė O. et al. Factors of Seeking Professional Psychological Help by the Bereaved by Suicide. *Frontiers in Psychology*. 2020. № 11.
40. Greenberg J., Tsai J., Southwick S., Pietrzak R. Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the National Health and

Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 282. P. 732–739. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.077>. (дата звернення: 04.04.2026).

41. Hovens J. E. Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder. *J. Trauma Stress*. 1996. № 9 (2). P. 399–400.

42. ICD-10. Klasyfikacja zaburze psychicznych i zaburze zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Krakow – Warszawa : Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998. P. 154–178.

43. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. The Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, № 1. P. 85–90.

44. Kessler R. C. et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002. Vol. 32 (6). P. 959–976.

45. Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P. Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr. Probl. Psychiatry*. 2012. № 13 (2). S. 109–114.

46. McLaughlin K. A. et al. Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *Br. J. Psychiatry*. 2017. Vol. 211 (5). P. 280–288. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197640>. (дата звернення: 02.04.2026).

47. Prins A. et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation. *Journal of General Internal Medicine*. 2016. Vol. 31 (10). P. 1206–1211.

48. Rhodes J. E. et al. Posttraumatic growth-oriented peer-based training among U.S. veterans: Evaluation of post-intervention and long-term follow-up outcomes. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. Art. 1322837. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1322837>. (дата звернення: 02.04.2026).

49. Romaniuk M., Saunders-Dow E., Brown K., Batterham P. Feasibility, acceptability, and initial outcomes of a psychological adjustment and reintegration

program for transitioned military veterans. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02097>. (дата звернення: 19.03.2026).

50. Shay J. *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming*. New York : Scribner, 2002. P. 171–184.

51. Stępień M. Ensi w czasach III dynastii z Ur: aspekty ekonomiczne i administracyjne pozycji namiestnika w wietle archiwum z Ummu. Warszawa : UWaL, 2006. S. 14–21.

52. Van der Hart O. et al. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A critical review. *J. Trauma Dissociation*. 2008. Vol. 9 (4). P. 481–505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15299730802223362>. (дата звернення: 02.04.2026).

53. Van der Kolk B. A., Brown P., Hart O. P. Janet on post-traumatic stress. *J. Trauma Stress*. 1989. № 2-4. P. 365–378.

54. Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. 1993.

55. Weber M. et al. A scoping review of protective factors that contribute to posttraumatic wellbeing for trauma-exposed military service members and veterans. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2025. Vol. 26. P. 235–250. DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380241309385>. (дата звернення: 07.03.2026).

56. Wilson J. P. The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV. *J. Trauma Stress*. 1994. № 7 (4). P. 47–51.

57. Zerach G. Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.3486>. (дата звернення: 04.03.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Етапи реалізації програми психологічного супроводу ветеранів з ПТСР

Програма психологічного супроводу розрахована на 12 занять тривалістю 90–120 хвилин кожне та передбачає поетапне проходження учасниками процесу психологічної реабілітації: від первинної діагностики та стабілізації емоційного стану до соціальної адаптації та планування подальшого життя.

І. Діагностично-мотиваційний етап (1–2 заняття)

Метою етапу є встановлення довірливих взаємин між учасниками та психологом, проведення первинної психодіагностики, ознайомлення ветеранів із особливостями ПТСР та формування мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі.

Заняття 1. Знайомство та первинна діагностика

Мета: формування безпечної атмосфери, встановлення правил групової взаємодії та проведення первинного психологічного обстеження.

Зміст заняття:

- знайомство учасників;
- визначення очікувань від програми;
- обговорення принципів конфіденційності та взаємоповаги;
- проведення психодіагностики за методиками:
 - Mississippi Scale for Combat-Related PTSD;
 - PCL;
 - PC-PTSD-5;
 - NSI;
- обговорення загального емоційного стану учасників.

Очікуваний результат: формування початкового контакту та отримання базових діагностичних показників.

Заняття 2. Психоедукація та мотивація до відновлення

Мета: підвищення рівня обізнаності щодо ПТСР та формування мотивації до психологічної роботи.

Зміст заняття:

- інформація про механізми виникнення ПТСР;
- обговорення основних симптомів та їх впливу на життя людини;
- нормалізація психологічних реакцій на травматичний досвід;
- вправа «Мій шлях до відновлення»;
- визначення особистих цілей участі у програмі.

Очікуваний результат: усвідомлення власного стану та підвищення готовності до реабілітації.

II. Стабілізаційний етап (3–5 заняття)

Метою етапу є зниження рівня психоемоційного напруження та оволодіння навичками саморегуляції.

Заняття 3. Управління тривогою та напруженням

Мета: навчити учасників базовим способам емоційної стабілізації.

Зміст заняття:

- психоедукація щодо стресу та тривоги;
- освоєння техніки контрольованого дихання;
- вправи на усвідомлення тілесних реакцій;
- відпрацювання навичок швидкого самозаспокоєння.

Очікуваний результат: зменшення фізіологічних проявів тривоги.

Вправа «Контрольоване дихання»

Мета: зниження рівня фізіологічного збудження, розвиток навичок саморегуляції.

Хід виконання:

Психолог пояснює учасникам взаємозв'язок між диханням та нервовою системою. Далі пропонується виконати техніку «4–6»: повільний вдих через ніс на рахунок чотири та плавний видих через рот на рахунок шість. Учасники виконують вправу протягом 5–7 хвилин, концентруючи увагу на відчуттях у тілі та ритмі дихання.

Після завершення проводиться обговорення змін у самопочутті та емоційному стані.

Очікуваний результат: зменшення тривожності, стабілізація серцевого ритму, зниження м'язового напруження.

Вправа «Сканування тіла»

Мета: розвиток усвідомлення власних тілесних реакцій на стрес.

Хід виконання:

Учасники займають зручне положення та під керівництвом психолога послідовно концентрують увагу на різних частинах тіла: стопах, ногах, животі, грудній клітці, плечах, руках та обличчі. Завдання полягає у виявленні зон напруження та їх усвідомленні без оцінювання.

Наприкінці вправи учасники діляться своїми спостереженнями щодо тілесних відчуттів.

Очікуваний результат: підвищення здатності розпізнавати ранні ознаки стресу та емоційного перенапруження.

Заняття 4. Техніки заземлення та стабілізації

Мета: розвиток навичок контролю над нав'язливими спогадами та емоційними реакціями.

Зміст заняття:

- ознайомлення з техніками grounding;
- вправа «5-4-3-2-1»;
- вправи на концентрацію уваги;
- розвиток навичок повернення до стану «тут і тепер».

Очікуваний результат: підвищення здатності контролювати стресові реакції.

Вправа «5–4–3–2–1»

Мета: зменшення інтенсивності тривоги та нав'язливих спогадів, повернення уваги до теперішнього моменту.

Хід виконання:

Учасникам пропонується назвати:

- 5 предметів, які вони бачать;
- 4 звуки, які чують;
- 3 речі, яких можуть торкнутися;
- 2 запахи, які відчують;
- 1 смак, який можуть визначити.

Психолог контролює темп виконання та допомагає учасникам зосередитися на сенсорному досвіді.

Очікуваний результат: зниження рівня дисоціації, стабілізація емоційного стану.

Вправа «Безпечне місце»

Мета: формування внутрішнього психологічного ресурсу для подолання кризових переживань.

Хід виконання:

Учасникам пропонується заплющити очі та уявити місце, де вони почуваються максимально захищеними та спокійними. Психолог поступово допомагає деталізувати образ: кольори, звуки, запахи, температуру повітря, відчуття безпеки.

Після завершення учасники можуть описати своє місце та за бажанням намалювати його.

Очікуваний результат: формування внутрішнього ресурсу для самозаспокоєння у стресових ситуаціях.

Заняття 5. Релаксація та відновлення ресурсів

Мета: формування навичок відновлення психофізичного ресурсу.

Зміст заняття:

- прогресивна м'язова релаксація Джекобсона;
- вправи на тілесне усвідомлення;
- рекомендації щодо гігієни сну;
- створення індивідуального плану відновлення ресурсів.

Очікуваний результат: покращення самопочуття та якості сну.

Вправа «Прогресивна м'язова релаксація»

Мета: зниження фізичного напруження та покращення навичок самоконтролю.

Хід виконання:

Психолог послідовно пропонує напружувати окремі групи м'язів протягом 5–7 секунд, а потім розслабляти їх на 15–20 секунд. Робота проводиться від м'язів стоп до м'язів обличчя.

Учасники навчаються розрізняти відчуття напруження та розслаблення.

Очікуваний результат: зниження м'язового тону, покращення якості сну.

Вправа «Мій ресурс»

Мета: актуалізація особистісних ресурсів.

Хід виконання:

Учасникам пропонується згадати ситуацію, у якій вони успішно подолали складні життєві обставини. Необхідно описати власні якості, які допомогли впоратися із труднощами.

Після індивідуальної роботи проводиться групове обговорення.

Очікуваний результат: підвищення впевненості у власних можливостях.

III. Травма-фокусований етап (6–9 заняття)

Метою етапу є поступове опрацювання травматичного досвіду та зниження інтенсивності травматичних переживань.

Заняття 6. Усвідомлення впливу травми

Мета: допомогти учасникам усвідомити зв'язок між пережитими подіями та поточним емоційним станом.

Зміст заняття:

- аналіз наслідків травматичних подій;
- визначення тригерів;
- вправа «Карта впливу травми»;
- групове обговорення досвіду.

Очікуваний результат: підвищення рівня усвідомлення власних переживань.

Вправа «Карта впливу травми»

Мета: усвідомлення змін, які відбулися в житті після пережитих подій.

Хід виконання:

Учасники отримують аркуш паперу, де в центрі записують травматичну подію, а навколо позначають сфери життя, на які вона вплинула: емоції, сім'я, здоров'я, робота, спілкування, самооцінка.

Після завершення проводиться обговорення результатів.

Очікуваний результат: формування цілісного розуміння наслідків травматичного досвіду.

Заняття 7. Робота з травматичними спогадами

Мета: зниження емоційної інтенсивності травматичних спогадів.

Зміст заняття:

- наративна експозиція;
- побудова життєвої лінії;
- техніки безпечного відтворення спогадів;
- рефлексія переживань.

Очікуваний результат: зменшення уникнення травматичних спогадів.

Вправа «Лінія життя»

Мета: інтеграція травматичного досвіду в особисту історію.

Хід виконання:

На аркуші паперу учасники креслять часову лінію свого життя та позначають основні події, включаючи позитивні та травматичні.

Особлива увага приділяється не лише кризовим подіям, а й ресурсним періодам життя.

Очікуваний результат: зниження домінування травматичного досвіду в особистісній історії.

Вправа «Контрольована розповідь»

Мета: поступове зменшення емоційної інтенсивності травматичних спогадів.

Хід виконання:

У безпечній атмосфері учасник описує травматичну подію, концентруючись на фактах, думках та почуттях. Психолог контролює рівень емоційної активації та за потреби використовує стабілізаційні техніки.

Очікуваний результат: зменшення уникнення спогадів та емоційного напруження.

Заняття 8. Когнітивна реструктуризація

Мета: виявлення та корекція негативних переконань.

Зміст заняття:

- аналіз автоматичних думок;
- виявлення когнітивних викривлень;
- заміна деструктивних переконань конструктивними;
- домашнє завдання щодо самоспостереження.

Очікуваний результат: зниження рівня негативного самосприйняття.

Вправа «Перевірка думок»

Мета: виявлення негативних автоматичних переконань.

Хід виконання:

Учасники записують тривожні думки, які виникають у повсякденному житті. Далі аналізують докази «за» і «проти» цих переконань та формулюють більш реалістичні висновки.

Наприклад:

«Я винен у всьому» → «Я діяв у надзвичайно складних обставинах і не міг контролювати всі події».

Очікуваний результат: зниження рівня самозвинувачення.

Заняття 9. Робота з почуттям провини та втрати

Мета: опрацювання складних емоційних переживань.

Зміст заняття:

- аналіз почуття провини;

- робота з феноменом «провини того, хто вижив»;
- техніки самоспівчуття;
- символічне завершення травматичних подій.

Очікуваний результат: зменшення емоційного навантаження та самозвинувачення.

Вправа «Лист самому собі»

Мета: розвиток самоприйняття та співчуття до себе.

Хід виконання:

Учасникам пропонується написати лист самому собі від імені людини, яка ставиться до них із підтримкою та розумінням.

У листі необхідно висловити слова підтримки, прийняття та прощення.

Очікуваний результат: зменшення інтенсивності переживань провини та сорому.

Техніка "Пиріг провини" дозволяє розширити поле зору.

Візьміть аркуш паперу.

1. Напишіть на скільки відсотків ви відчуваєте провину станом на зараз
2. Напишіть в стовпчик всіх, хто на ваш погляд також несе відповідальність за те, що сталося
3. Зазначте в кожному рядку, на скільки відсотків ви оцінюєте їх відповідальність
4. Намалюйте коло. Розподіліть кожний сектор на кожного учасника і розподіліть % відповідальності

Питання, які варто задати далі

— Скільки вам лишилось відповідальності?

— На скільки нова цифра відрізняється від тієї, яку ви відзначили спочатку

— Які тепер почуття ви переживаєте?

Ця техніка не відмінить того, що сталося.

Але вона дозволить взяти на себе реальну відповідальність замість провини.

IV. Когнітивно-ресурсний етап (10–11 заняття)

Метою етапу є відновлення особистісних ресурсів та формування перспектив подальшого розвитку.

Заняття 10. Відновлення когнітивних функцій

Мета: покращення уваги, пам'яті та виконавчих функцій.

Зміст заняття:

- вправи на концентрацію уваги;
- тренування пам'яті;
- розвиток навичок планування;
- вирішення ситуаційних завдань.

Очікуваний результат: покращення когнітивного функціонування.

Вправа «Маршрут уваги»

Мета: тренування концентрації уваги.

Хід виконання:

Учасникам пропонується виконати серію завдань на переключення та утримання уваги: пошук чисел, запам'ятовування послідовностей, виконання інструкцій зі зміною умов.

Очікуваний результат: покращення концентрації та стійкості уваги.

Заняття 11. Особистісні ресурси та життєві перспективи

Мета: формування позитивного бачення майбутнього.

Зміст заняття:

- вправа «Мої ресурси»;
- визначення сильних сторін особистості;
- постановка короткострокових та довгострокових цілей;
- формування образу майбутнього.

Очікуваний результат: підвищення мотивації та життєвої активності.

Вправа «Моє життя через п'ять років»

Мета: формування позитивної життєвої перспективи.

Хід виконання:

Учасники описують або малюють власне життя через п'ять років, визначають бажані досягнення, соціальні ролі, професійні та сімейні цілі.

Після цього складається покроковий план досягнення визначених цілей.

Очікуваний результат: посилення мотивації та формування відчуття контролю над власним життям.

V. Соціально-адаптаційний етап (12 заняття)

Метою етапу є закріплення отриманих результатів та сприяння успішній соціальній реінтеграції ветеранів.

Заняття 12. Соціальна адаптація та завершення програми

Мета: розвиток соціальної компетентності та підведення підсумків реабілітаційної роботи.

Зміст заняття:

- тренінг ефективної комунікації;
- обговорення сімейних і соціальних ролей;
- профілактика соціальної ізоляції;
- формування індивідуальної мережі підтримки;
- повторна психодіагностика;
- підведення підсумків програми та отримання зворотного зв'язку.

Очікуваний результат: підвищення рівня соціальної адаптації, зміцнення навичок самодопомоги та формування плану подальшого особистісного розвитку.

Вправа «Коло підтримки»

Мета: усвідомлення наявних соціальних ресурсів.

Хід виконання:

У центрі аркуша учасник записує своє ім'я, а навколо розміщує людей та організації, до яких може звернутися по допомогу: родину, друзів, побратимів, психологів, ветеранські організації.

Обговорюються можливості використання кожного ресурсу.

Очікуваний результат: зменшення ризику соціальної ізоляції та посилення соціальної підтримки.

Вправа «Мій план відновлення»

Мета: закріплення результатів програми.

Хід виконання:

Учасники формують індивідуальний план підтримання психологічного

благополуччя, який включає техніки самодопомоги, особисті цілі, джерела підтримки та способи реагування на можливі кризові ситуації.

Очікуваний результат: підвищення готовності до самостійного використання отриманих навичок після завершення програми.