

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців під час війни
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) курсу,

Групи СНз-113 м

Спеціальності 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

ПАНКОВА А.Ю.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник ГАЙВОРОНСЬКА Т.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент КОВАЛЬ В.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____
«29» серпня 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ПАНКОВА Алла Юріївна
(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців під час війни».

керівник проєкту (роботи) кандидат філософських наук,
доцент ГАЙВОРОНСЬКА Таїсія Олексіївна
(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затвержені наказом закладу вищої освіти від «02» вересня 2024 року № 358

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «11» грудня 2024 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 83 сторінки, 5 таблиць, 1 рисунок, 37 джерел, 1 додаток.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) здійснити аналіз напрацювань у сфері роботи з проявами посттравматичного стресового розладу серед військових, зрозуміти механізми виникнення та розвитку розладу; проаналізувати методологію, що застосовується для виявлення розладу, обґрунтувати обраний інструмент; провести дослідження з урахуванням особливостей респондентів та з дотриманням правил анонімності; здійснити опис отриманих результатів; розробити рекомендаційну програму відновлення психічного здоров'я військовослужбовців на основі кількісного і якісного аналізу проведеного дослідження.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Табл. 1.1 Порівняльна таблиця ключових характеристик шкіл психології до розуміння поняття «ПТСР», табл. 2.1 Зведена таблиця отриманих результатів дослідження, табл. 2.2 Узагальнені результати щодо симптомів, виявлених під час напівструктурованих інтерв'ю, табл. 3.1 Узагальнена таблиця основних напрямків роботи з ПТСР, табл. 3.2 Складові комплексної програми відновлення психічного здоров'я військовослужбовців. Рис.2.1 Діаграмне відображення співвідношення кількості військовослужбовців, що пройшли реабілітацію та ні.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Дата, підпис	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	ГАЙВОРОНСЬКА Т.О., доцент	23.09.2024	06.10.2024
2	ГАЙВОРОНСЬКА Т.О., доцент	07.10.2024	20.10.2024
3	ГАЙВОРОНСЬКА Т.О., доцент	21.10.2024	27.10.2024
Нормоконтроль	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	08.11.2024	10.11.2024

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт (роботу)	29.08.2024	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу)	30.08.2024	
3	Затвердження теми	02.09.2024	
4	Складання змісту	20.09.2024	
5	Виконання першого розділу	23.09.2024	
6	Виконання другого розділу	07.10.2024	
7	Виконання третього розділу	21.10.2024	
8	Формування висновків	28.10.2024	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2024	
10	Оформлення дипломного проєкту (роботи)	04.11.2024	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	08.11.2024	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2024	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2024	
14	Одержання відгуку та рецензії	13.12.2024	
15	Захист дипломної роботи	23.12.2024	

Студент(ка)

_____ Алла ПАНКОВА
(підпис) (Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

_____ Таїсія ГАЙВОРОНСЬКА
(підпис) (Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 83 с., 5 табл., 1 рис., 37 дж., 1 дод.

Об'єкт дослідження – психічне здоров'я військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Предмет дослідження – дослідження проявів ПТСР та ефективність програм відновлення психічного здоров'я військових, які брали участь в активних бойових діях.

Мета дослідження – вивчення основних проявів ПТСР серед військовослужбовців, визначення напрямків подолання цього розладу та розробка комплексних заходів для відновлення їхнього психічного здоров'я.

Методи дослідження. У процесі виконання дослідження було використано комплексний підхід, який поєднує теоретичні та емпіричні методи. Теоретичний аналіз охоплював вивчення наукової літератури, нормативних документів і сучасних досліджень у сфері психічного здоров'я військовослужбовців. Особливу увагу приділено роботам, що розкривають природу посттравматичного стресового розладу, його симптоми, чинники виникнення та сучасні підходи до реабілітації.

Емпірична частина дослідження базувалася на проведенні напівструктурованих інтерв'ю з 35 військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях. Інтерв'ю дозволило виявити основні прояви ПТСР, такі як флешбеки, емоційна притупленість, тривожність і проблеми зі сном. Також використовувалася шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) (див. Додаток А) для кількісної оцінки вираженості симптомів, що дозволило розподілити респондентів за рівнями тяжкості ПТСР.

Порівняльний аналіз ефективності різних програм реабілітації базувався на оцінці результатів психологічних, соціальних та фізичних втручань. Вивчення інноваційних методів, таких як віртуальна реальність і мобільні додатки, дозволило оцінити їхню значущість у лікуванні ПТСР. Усі дані систематизовано для створення науково обґрунтованих рекомендацій щодо вдосконалення реабілітаційних програм.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось у
Благодійній організації Всеукраїнський благодійний фонд «Злагода» у період 3-х
місяців – серпня-жовтня 2024 року. Загалом участь в опитуванні взяли 35
військовослужбовців віком від 18 до 58 років, які перебували на військовій службі
та брали участь у бойових діях

УКРАЇНА, ВІЙНА, АТО ООС, ВІЙСЬКОВИЙ,
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЕЦЬ, СИМПТОМИ ПТСР, DSM-5, PCL-5, ТРАВМА,
РОЗЛАД, ПСИХІКА, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, УБД, ТЕРАПІЯ, ПРОГРАМА
ВІДНОВЛЕННЯ.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	13
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних теоріях.....	13
1.2. Виникнення та розвиток ПТСР.....	19
1.3. Психологічні особливості ПТСР у військових, які брали участь в активних бойових діях	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	34
2.1. Обґрунтування методології дослідження.....	34
2.2. Організація та хід дослідження.....	43
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	47
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	58
3.1. Напрямки подолання проявів ПТСР у військовослужбовців.....	58
3.2. Програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців	64
ВИСНОВКИ.....	72
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) серед військовослужбовців є надзвичайно актуальною у сучасному суспільстві, особливо в умовах збройних конфліктів, які мають довготривалі та руйнівні наслідки для психічного здоров'я. Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, стикаються з інтенсивними стресовими ситуаціями, що часто перевищують адаптаційні можливості організму.

Вплив травматичних подій, таких як загроза життю, свідчення насильства або втрата побратимів, спричиняє глибокі зміни у психоемоційному стані, які можуть призвести до розвитку ПТСР. Це не лише ускладнює повернення військових до мирного життя, а й негативно впливає на їхню працездатність, стосунки з родиною та інтеграцію в суспільство.

Сучасна Україна, яка переживає тривалий військовий конфлікт, зіштовхнулася зі значним зростанням кількості військовослужбовців із симптомами ПТСР. Це висуває на передній план потребу у розробці та впровадженні ефективних реабілітаційних програм.

Станом на сьогодні існує нагальна необхідність удосконалення методів діагностики, терапії та профілактики ПТСР, а також пошуку інноваційних рішень, які враховують специфіку українського контексту.

У світовій науці значний внесок у вивчення ПТСР зробили такі дослідники, як Б. ван дер Колк, який досліджував вплив травматичних подій на функціонування мозку, та Е. Шапіро, що розробила методику десенсибілізації та репроцесінгу за допомогою руху очей (EMDR) [11; 27].

Американські вчені, зокрема Дж. Горовіц і Р. Єгуда, приділили особливу увагу біологічним аспектам ПТСР, розкриваючи нейрохімічні механізми, що лежать в основі розладу [10; 15]. Їхні роботи підкреслюють важливість раннього втручання та необхідність довготривалої підтримки для пацієнтів із ПТСР.

Серед вітчизняних вчених особливості реакції військовослужбовців на психотравмуючі ситуації, а також їхній психічний стан активно вивчали такі дослідники, як Л. Гуменюк, В. Климчук, М. Матяш, Л. Радецька, О. Блінов, Н. Лозінська та ін [1-4; 22; 21].

Їхні праці охоплюють аналіз психологічного впливу бойових дій на військовослужбовців, акцентуючи увагу на складності адаптації після повернення до мирного життя та характерних проявах посттравматичного стресового розладу.

Проблема психологічної реабілітації військовослужбовців знайшла відображення у роботах як вітчизняних, так і закордонних науковців, наприклад, таких як Р. Єгуда, К. Доусон, Є. Бейкер, Н. Євдокимова, В. Зливков, С. Лукомська, О. Федан. [10; 32; 30].

У своїх дослідженнях вони звертають увагу на важливість комплексного підходу до реабілітації військових, що включає психологічну, соціальну та фізичну підтримку. Водночас існує нагальна потреба у подальшому детальному вивченні проявів та ознак ПТСР саме серед українських військовослужбовців, які перебували в умовах активних бойових дій.

Зарубіжні дослідження вказують на відмінності в ознаках і домінантних проявах ПТСР залежно від контексту бойових дій [8-10; 23; 26]. Наприклад, військові, які беруть участь у війні на території своєї країни, частіше демонструють глибокі емоційні порушення через втрату близьких, руйнування домівок та морально-етичні дилеми. Натомість учасники закордонних місій стикаються з іншими видами стресу, зокрема культурними бар'єрами, ізоляцією від рідних та невідповідністю очікувань щодо місії. Ці відмінності підкреслюють важливість локального підходу до вивчення й лікування ПТСР, враховуючи унікальні умови та контекст військової служби.

Таким чином, хоча психологічна реабілітація військових є предметом активного вивчення, її адаптація до специфічних умов бойових дій в Україні вимагає подальших ґрунтовних досліджень. Розуміння характерних проявів ПТСР у військових, які зіткнулися з тривалими конфліктами на рідній землі, є ключовим для розробки ефективних програм реабілітації та підтримки.

Серед сучасних тенденцій у вивченні ПТСР варто відзначити використання інноваційних технологій. Наприклад, віртуальна реальність (VR) є перспективним методом терапії, що дозволяє відтворювати травматичні події в контрольованих умовах, сприяючи поступовій десенсибілізації до стресових тригерів.

Також мобільні додатки, які включають програми медитації, моніторингу симптомів і релаксації, набувають дедалі більшого поширення як доступний інструмент для самодопомоги.

Актуальність теми підсилюється і тим, що ПТСР має не лише індивідуальні, а й соціальні наслідки. Військові з ПТСР часто стикаються із соціальною ізоляцією, труднощами в побудові стосунків та втратою професійної активності, що негативно впливає на їхні родини та суспільство загалом. Тому дослідження ПТСР є надзвичайно важливим для формування комплексних підходів до реабілітації, які враховують потреби як самих військових, так і їхнього соціального оточення.

Таким чином, дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців, а також ефективності програм відновлення психічного здоров'я є не лише науково значущим, але й соціально необхідним. Це дозволяє створити ефективну систему підтримки, яка сприятиме інтеграції військових у мирне життя, зниженню проявів ПТСР і підвищенню якості їхнього життя.

Ці фактори стали ключовими під час вибору об'єкту та предмету дослідження.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Предметом дослідження є прояви ПТСР та ефективність програм відновлення психічного здоров'я військових, які брали участь в активних бойових діях.

Метою роботи є вивчення основних проявів ПТСР серед військовослужбовців, визначення напрямків подолання цього розладу та розробка комплексних заходів для відновлення їхнього психічного здоров'я.

Завданнями дослідження є:

- 1) Здійснити аналіз напрацювань у сфері роботи з проявами посттравматичного стресового розладу серед військових, зрозуміти механізми виникнення та розвитку розладу.
- 2) Проаналізувати методологію, що застосовується для виявлення розладу, обґрунтувати обраний інструмент.
- 3) Провести дослідження з урахуванням особливостей респондентів та з дотриманням правил анонімності.
- 4) Здійснити опис отриманих результатів.
- 5) Розробити рекомендаційну програму відновлення психічного здоров'я військовослужбовців на основі кількісного та якісного аналізу проведеного дослідження.

Методи дослідження. У процесі виконання дослідження було використано комплексний підхід, який поєднує теоретичні та емпіричні методи. Теоретичний аналіз охоплював вивчення наукової літератури, нормативних документів і сучасних досліджень у сфері психічного здоров'я військовослужбовців. Особливу увагу приділено роботам, що розкривають природу посттравматичного стресового розладу, його симптоми, чинники виникнення та сучасні підходи до реабілітації.

Емпірична частина дослідження базувалася на проведенні напівструктурованих інтерв'ю з 35 військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях. Інтерв'ю дозволило виявити основні прояви ПТСР, такі як флешбеки, емоційна притупленість, тривожність і проблеми зі сном. Також використовувалася шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) (див. Додаток А) для кількісної оцінки вираженості симптомів, що дозволило розподілити респондентів за рівнями тяжкості ПТСР.

Порівняльний аналіз ефективності різних програм реабілітації базувався на оцінці результатів психологічних, соціальних та фізичних втручань. Вивчення інноваційних методів, таких як віртуальна реальність і мобільні додатки, дозволило оцінити їхню значущість у лікуванні ПТСР. Усі дані систематизовано для створення науково обґрунтованих рекомендацій щодо вдосконалення реабілітаційних програм.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було проведено у Благодійній організації Всеукраїнський благодійний фонд «Злагода» у період 3-х місяців – серпня-жовтня 2024 року. Загалом участь в опитуванні взяли 35 військовослужбовців віком від 18 до 58 років, які перебували на військовій службі та брали участь у бойових діях

Наукова новизна дослідження. У роботі запропоновано комплексний підхід до аналізу ПТСР, який включає психологічні, соціальні, фізичні та технологічні аспекти реабілітації. Вперше детально розглянуто вплив інноваційних технологій, таких як VR і мобільні додатки, на зниження симптомів ПТСР серед військовослужбовців. Наприкінці дослідження надано комплексну програму відновлення психічного здоров'я військовослужбовців.

Практичне значення. Результати роботи можуть бути використані для вдосконалення існуючих програм психічної реабілітації, підготовки фахівців у галузі психотерапії, а також для розробки рекомендацій щодо профілактики ПТСР серед військових.

Апробація результатів дослідження. Головні положення магістерської роботи доповідались на Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики» Національному університеті ім. Кондратюка, 6 листопада 2024 р. Назва тез: «Прояви ПТСР у військовослужбовців під час війни» (у друку).

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 83 с., 5 табл., 1 рис., 1 додаток, перелік використаних джерел містить 37 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних теоріях

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш значущих психологічних наслідків участі у військових конфліктах, зокрема у бойових діях, що супроводжуються екстремальними фізичними й емоційними навантаженнями. Вивчення ПТСР у контексті війни в Україні є вкрай актуальним з огляду на масштабність впливу військових дій на військовослужбовців та їхнє оточення. Збройна агресія росії проти України, що розпочалася у 2014 році і значно посилилася у 2022 року, створила безпрецедентні умови для формування цього розладу у значної частини учасників бойових дій.

Військовослужбовці, які перебувають у зоні бойових дій, щоденно стикаються з високим рівнем небезпеки для життя, спостерігають загибель побратимів, мають фізичні поранення або стають свідками масштабного руйнування. Такі травматичні події створюють умови для формування стійких психологічних наслідків, зокрема ПТСР. Для України це питання набуває особливої гостроти, оскільки велика частина військовослужбовців, які брали участь у боях, повертається додому з симптомами цього розладу.

Із початку повномасштабного вторгнення російської федерації на територію України, згідно слів в.о. міністра у справах ветеранів України, станом на 1 липня 2024 року налічується 1,3 млн учасників бойових дій. Якщо з цієї кількості вирахувати учасників інших бойових дій, участь у яких брала Україна, то частка учасників АТО, ООС та повномасштабного вторгнення становить 950 тисяч осіб [5].

Українська система охорони психічного здоров'я стикається з серйозними викликами у наданні допомоги військовим із ПТСР. Незважаючи на наявність

окремих програм психологічної реабілітації, існує гострий дефіцит кваліфікованих фахівців, недостатнє фінансування, а також відсутність комплексної стратегії лікування та профілактики ПТСР.

Окрім того, специфіка військової культури, яка часто заохочує пригнічення емоцій і уникання звернення по допомогу, значно ускладнює ранню діагностику та початок терапії.

Наслідки ПТСР виходять далеко за межі особистого психологічного стану постраждалого. Симптоми, які не лікуються, наприклад, підвищена агресивність, соціальна ізоляція, проблеми зі сном, схильність до зловживання алкоголем чи наркотиками, негативно впливають на родини військових та їхнє соціальне середовище.

Це, у свою чергу, створює додаткове навантаження на соціальні та медичні служби, поглиблюючи проблему на рівні суспільства.

Дослідження в галузі психології свідчать про те, що значна частина ветеранів військових конфліктів (приблизно 20%) стикається з різноманітними психічними розладами, навіть за відсутності фізичних поранень [5; 7; 8].

Ці розлади можуть проявлятися як безпосередньо після повернення до мирного життя, так і через тривалий час. Зокрема, одним із поширених наслідків участі у бойових діях є посттравматичний стресовий розлад, який може розвинути в будь-який момент після травматичної події, незалежно від того, скільки часу минуло.

Дослідження ПТСР у військовослужбовців є важливим не лише з точки зору допомоги постраждалим, але й для забезпечення їхньої подальшої соціальної адаптації. Розуміння особливостей проявів цього розладу в українському контексті дозволяє врахувати культурні, соціальні та професійні чинники, що впливають на перебіг і лікування ПТСР.

Це також сприяє створенню ефективних реабілітаційних програм, які допоможуть повернути ветеранів до активного громадського та професійного життя.

Посттравматичний стресовий розлад є психічним станом, що виникає як відповідь на переживання екстремальних або травматичних подій, які становили загрозу життю, здоров'ю чи безпеці. ПТСР розглядається як окремий розлад у міжнародних класифікаціях психічних захворювань, зокрема в DSM-5 (Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів) та ICD-11 (Міжнародній класифікації хвороб) [13, с. 376-382].

У DSM-5 ПТСР віднесено до категорії «Травматичні та стрес-індуковані розлади», а основні критерії діагностики включають експозицію до травматичної події, повторне переживання (нав'язливі спогади, кошмари), уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, негативні зміни в когнітивній сфері та настрої, а також підвищений рівень фізіологічного збудження. ICD-11, у свою чергу, спрощує діагностику, виділяючи три основні симптоми: повторне переживання, уникнення та відчуття підвищеного збудження.

Попри схожість у підходах, DSM-5 деталізує симптоми та підкатегорії ПТСР, тоді як ICD-11 зосереджується на базових діагностичних критеріях, що спрощує клінічну практику, але може обмежувати глибину аналізу розладу. Крім того, різні психологічні школи вносять свої особливості у визначення ПТСР. Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на дисфункціональних переконаннях і нав'язливих спогадах, які закріплюють симптоми [11, с. 319-325.].

Психодинамічні концепції розглядають ПТСР як наслідок витіснених спогадів і конфліктів, що не були опрацьовані свідомістю [18, с. 628-630]. Біопсихосоціальний підхід підкреслює взаємодію між фізіологічними, психологічними та соціальними чинниками, які сприяють виникненню та підтриманню розладу [12].

Основні характеристики ПТСР відображають його складний і багатогранний характер. Травматична подія, яка виступає тригером, є важливим елементом у визначенні цього розладу.

До таких подій можна віднести воєнні дії, природні катастрофи, серйозні аварії або насильство. Дослідження показують, що травматичні спогади закріплюються в мозку через активацію мигдалеподібного тіла, що посилює

емоційний аспект пережитого, а також через порушення функції гіпокампу, який відповідає за контекстуалізацію подій [9, с. 450-461].

Довготривалість симптомів є ще однією визначальною рисою ПТСР. Симптоми можуть проявлятися протягом кількох місяців або навіть років після травматичної події. Без лікування вони часто перетворюються на хронічний стан, впливаючи на різні аспекти життя людини, зокрема на її соціальну, професійну та сімейну взаємодію [10].

ПТСР також суттєво впливає на якість життя. Люди з цим розладом часто стикаються з труднощами у виконанні повсякденних обов'язків, мають обмеження в спілкуванні, потерпають від почуття провини чи сорому. Згідно з дослідженнями, пацієнти з ПТСР мають підвищений ризик розвитку депресії, тривожних розладів, а також психосоматичних захворювань [11].

Щоб краще зрозуміти природу походження поняття, варто розглянути підходи до вивчення різних шкіл психології. Кожна школа формує унікальне розуміння психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу, ґрунтуючись на власних принципах, методології та дослідницьких результатах.

Ці підходи збагачують наукову дискусію, пропонуючи багатовимірний погляд на проблему. Одні зосереджуються на когнітивних процесах, інші на несвідомих конфліктах чи біологічних механізмах, а ще деякі – на інтеграції соціального досвіду.

Вивчення ПТСР у межах кожного підходу не лише дає змогу краще зрозуміти цей розлад, а й сприяє розробці ефективних терапевтичних стратегій, що враховують потреби конкретного пацієнта.

Нижче наведено порівняльний аналіз того, як різні школи психології підходять до розуміння ПТСР.

Когнітивно-поведінковий підхід.

Когнітивно-поведінковий підхід до ПТСР акцентує увагу на тому, як мислення впливає на формування та підтримку симптомів. Згідно з цим підходом, ПТСР виникає внаслідок негативних автоматичних думок і дисфункціональних переконань, які залишаються після травматичної події.

Наприклад, людина може почуватися безпорадною або вважати, що весь світ є небезпечним. Уникання ситуацій, пов'язаних із травмою, заважає зміні цих переконань, що, в свою чергу, підтримує симптоми. Терапія в рамках цього підходу зазвичай включає когнітивну реструктуризацію, де пацієнт аналізує та замінює дезадаптивні переконання, а також поступове зменшення уникання через експозиційну терапію [11].

Психодинамічний підхід.

Цей підхід розглядає ПТСР через призму глибинних психічних конфліктів, які витіснені зі свідомості. Травматична подія сприймається як порушення психічної рівноваги, а витіснення травматичних спогадів і емоцій викликає постійне повторне переживання (нав'язливі думки, флешбеки).

Згідно з психоаналітичними теоріями, лікування ПТСР передбачає інтеграцію травматичних переживань у свідомість пацієнта шляхом проговорення або символізації травми [12].

Гуманістичний підхід.

Гуманістична психологія акцентує увагу на унікальному досвіді людини та її здатності до самовідновлення. ПТСР розглядається як порушення інтеграції досвіду, що заважає людині досягти гармонії з собою та оточенням.

Терапія в межах гуманістичного підходу спрямована на створення підтримуючого середовища, де пацієнт може без страху виражати свої емоції та досвід. Основний акцент робиться на емпатії, прийнятті та підтримці клієнта у процесі відновлення.

Біопсихосоціальний підхід.

Цей підхід підкреслює багатофакторну природу ПТСР, враховуючи біологічні, психологічні та соціальні чинники. Травма може викликати зміни в мозку, зокрема гіперактивність мигдалеподібного тіла та порушення роботи гіпокампу, які відповідають за емоційну регуляцію та пам'ять.

Соціальні чинники, такі як підтримка з боку близьких і суспільства, також суттєво впливають на перебіг розладу. Цей підхід часто використовується для розробки міждисциплінарних стратегій лікування [6].

Ключові характеристики шкіл психології до розуміння поняття «ПТСР» надано в табл.1.1.

Таблиця 1.1

Ключові характеристики шкіл психології до розуміння поняття «ПТСР»

Школа психології	Ключові характеристики ПТСР
Когнітивно-поведінковий	- дезадаптивні переконання; - уникання ситуацій, пов'язаних із травмою.
Психодинамічний	- витіснення травматичних спогадів; - порушення інтеграції психічного досвіду.
Гуманістичний	- порушення внутрішньої гармонії; - унікальний досвід травми.
Біопсихосоціальний	- гіперактивність мигдалеподібного тіла; - порушення регуляції емоцій; - соціальна ізоляція.

Виходячи з цього, посттравматичний стресовий розлад – це складний психічний стан, який виникає внаслідок впливу екстремально травматичних подій, що перевищують можливості адаптації людини. Він проявляється у стійких емоційних, когнітивних та фізіологічних реакціях на стрес, які впливають на повсякденне життя та функціонування.

Це складний і багатофакторний стан, що вимагає глибокого розуміння з боку медичних і психологічних фахівців. Його вивчення допомагає розробляти ефективні методи діагностики, профілактики та лікування, що є особливо важливим у контексті військових конфліктів і глобальної соціальної напруги.

Аналіз підходів різних шкіл психології до визначення посттравматичного стресового розладу свідчить про багатогранність і складність цього явища. Кожна школа пропонує унікальний погляд на природу ПТСР, його причини та методи лікування.

Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на дезадаптивних переконаннях і поведінкових патернах, які підтримують симптоми ПТСР. Його терапевтичні методи є структурованими і спрямованими на зміну мислення та поступову адаптацію. Психодинамічний підхід зосереджується на несвідомих процесах і витісненні травматичних спогадів, які потребують інтеграції через аналіз і проговорення. Гуманістичний підхід підкреслює унікальність досвіду кожного пацієнта та створення підтримуючого середовища для самовідновлення. Біопсихосоціальна модель пропонує найбільш інтегрований підхід, враховуючи біологічні, психологічні та соціальні аспекти, що дозволяє формувати комплексні програми лікування.

Таке розмаїття підходів демонструє, що ПТСР є багатовимірним розладом, який потребує індивідуалізованого підходу. Вивчення і співставлення цих моделей сприяє поглибленому розумінню ПТСР і вдосконаленню методів допомоги, особливо у контексті зростання випадків цього розладу серед військовослужбовців і цивільних в умовах війни.

1.2. Виникнення та розвиток ПТСР.

Проаналізувавши підходи до визначення та класифікації поняття посттравматичного стресового розладу, можна зазначити, що цей стан є наслідком впливу травматичного або стресового досвіду, який перевищує адаптаційні можливості людини. ПТСР виникає у ситуаціях, коли людина зіштовхується з безпосередньою загрозою життю, фізичній цілісності чи психічному благополуччю, що супроводжується відчуттям безпорадності, страху чи жаху. Етіологія цього розладу є багатогранною, оскільки його формування зумовлено взаємодією кількох факторів.

Психологічні чинники включають сприйняття травматичної події та її значення для конкретної особистості. Наприклад, люди з підвищеною

тривожністю або попереднім досвідом травматизації мають більшу ймовірність розвитку ПТСР.

Біологічні аспекти охоплюють нейрофізіологічні зміни, такі як гіперактивність мигдалеподібного тіла, порушення функції гіпокампу та низький рівень кортизолу, які впливають на емоційну регуляцію та обробку травматичних спогадів.

Соціальні фактори, зокрема рівень підтримки від сім'ї, друзів та суспільства, також відіграють важливу роль у профілактиці або посиленні симптомів. Наприклад, соціальна ізоляція чи стигматизація травматичного досвіду можуть поглибити розлад, тоді як підтримуюче середовище сприяє реабілітації. Отже, розглянемо кожен із цих аспектів.

Одним із ключових аспектів виникнення посттравматичного стресового розладу є специфіка травматичної події, яка суб'єктивно сприймається людиною як така, що становить реальну загрозу її життю, фізичній чи психічній цілісності. Такі події часто супроводжуються почуттями безпорадності, страху, жаху або крайньої тривоги, які перевищують можливості адаптації.

До типових прикладів травматичних подій належать участь у війні, природні катастрофи, терористичні акти, насильство, ДТП або серйозні травми. У психології розрізняють два основних типи травми: гостра і хронічна.

Гостра травма виникає внаслідок одноразового епізоду, наприклад, нападу чи аварії. У таких випадках травматичний досвід є обмеженим у часі, але може викликати значний стрес, що проявляється у вигляді флешбеків, нічних кошмарів або гіпервозбудження.

Натомість хронічна травма пов'язана з тривалим впливом, наприклад, у ситуаціях бойових дій, систематичного насильства чи перебування в зоні конфлікту.

Хронічна травматизація значно підвищує ризик розвитку ПТСР і сприяє появі більш стійких симптомів через постійне перевантаження адаптаційних механізмів людини. Це пояснюється кумулятивним ефектом, коли постійний

стрес погіршує здатність мозку обробляти емоції та контролювати реакцію страху.

В основі ПТСР лежать складні нейробиологічні механізми, що включають взаємодію кількох ключових мозкових структур: мигдалеподібного тіла, гіпокампу та префронтальної кори. Кожна з цих структур відіграє важливу роль у формуванні симптомів розладу.

Мигдалеподібне тіло – це центр емоційного реагування, зокрема на страх. У пацієнтів із ПТСР мигдалеподібне тіло демонструє гіперактивність, що призводить до надмірно вираженої реакції на травматичні тригери. Це пояснює, чому навіть слабкі нагадування про травму (звуки, запахи, зображення) викликають сильний емоційний дискомфорт і фізіологічну реакцію, схожу на ситуацію реальної загрози [13].

Гіпокамп – структура, відповідальна за обробку спогадів і розмежування минулого досвіду та теперішнього. У пацієнтів із ПТСР гіпокамп часто має зменшений обсяг, що пов'язано із тривалим впливом гормонів стресу. Це призводить до труднощів у відокремленні травматичного досвіду від реальності, що, своєю чергою, сприяє флешбекам, нав'язливим думкам і проблемам із просторово-часовою орієнтацією [9].

Префронтальна кора – зона мозку, яка забезпечує контроль над емоціями, когнітивними функціями та прийняттям рішень. У пацієнтів із ПТСР спостерігається зниження активності цієї зони, що призводить до труднощів у регуляції страху та тривоги. Це також ускладнює адаптацію до повсякденного життя, викликаючи проблеми з концентрацією, імпульсивністю та дратівливістю.

Окрім змін у структурі мозку, у розвитку ПТСР беруть участь нейрохімічні механізми. Дисбаланс у системі стресової відповіді, зокрема в рівнях кортизолу та адреналіну, є одним із ключових факторів.

Підвищений рівень адреналіну сприяє хронічному стану гіперзбудження, тоді як знижений рівень кортизолу ускладнює процес повернення до нормального стану після стресової реакції [10].

Ці зміни пояснюють такі симптоми, як безсоння, постійне відчуття загрози та емоційна нестабільність.

Соціальне середовище відіграє важливу роль як у виникненні ПТСР, так і в його профілактиці. Підтримка з боку родини, друзів та громади може значно зменшити ризик розвитку розладу, забезпечуючи емоційне заспокоєння та зменшуючи відчуття ізоляції.

Навпаки, брак підтримки або соціальна стигматизація травматичного досвіду поглиблюють почуття самотності, провини та безпорадності, що підвищує вразливість до ПТСР.

Дослідження ветеранів військових конфліктів показують, що доступ до соціальних інститутів, таких як групи підтримки, реабілітаційні центри та психологічна допомога, сприяє значному зниженню симптомів. Наприклад, програми допомоги ветеранам у США продемонстрували ефективність у зменшенні рівня депресії та тривоги серед осіб із бойовим досвідом [14].

Військовослужбовці становлять особливу групу ризику щодо розвитку ПТСР через вплив бойових дій та специфічність військової культури. Бойові дії супроводжуються постійною загрозою життю, травматичними втратами побратимів, а також моральними дилемами, що викликають почуття провини. Психологічний вплив посилюється через тривалу експозицію до травматичних подій і відсутність можливості повноцінного відновлення.

Крім того, військова культура часто акцентує увагу на дисципліні, витривалості та уникненні прояву емоційної слабкості. Це може стримувати військових у пошуку допомоги, що, у свою чергу, збільшує ризик хронізації симптомів ПТСР.

Водночас підтримка з боку військового колективу та адаптаційні механізми, притаманні цій професійній групі, можуть мати позитивний ефект на подолання наслідків травми.

У сучасному розумінні посттравматичний стресовий розлад, згідно з міжнародною класифікацією хвороб ICD-10, характеризується низкою клінічних ознак, які дозволяють ефективно його діагностувати. Основним критерієм є

наявність травматичної події, яка виходить за межі звичайного досвіду та об'єктивно сприймається як загрозна для життя чи безпеки. Такі події, як бойові дії, природні катастрофи, насильство чи аварії, викликають у пацієнта сильний страх, почуття безпорадності або жаху.

ПТСР проявляється постійним поверненням до травматичного досвіду через нав'язливі спогади, повторювані кошмари або дисоціативні епізоди, коли людина ніби заново переживає травматичну ситуацію. Також характерні інтенсивні емоційні чи фізіологічні реакції на тригери, які нагадують про пережите.

Ще одним ключовим аспектом є уникнення тригерів та емоційна блокада. Пацієнти уникають будь-яких думок, місць чи ситуацій, пов'язаних із травмою, можуть страждати на психогенну амнезію, що ускладнює згадування деталей події. Зниження інтересу до життя, соціальна ізоляція, емоційна «втрата» та невпевненість у майбутньому також є типовими ознаками цього розладу.

Підвищена збудливість проявляється через порушення сну, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, постійне очікування небезпеки та надмірну лякливість. Для діагностики важливо, щоб симптоми зберігалися не менше місяця після події, а у випадку, коли прояви виникають через шість місяців і більше, розлад класифікується як відстрочений.

Підсумовуючи вищевикладене, сучасний підхід до розуміння посттравматичного стресового розладу включає кілька основних груп клінічних ознак, які дозволяють діагностувати цей розлад.

Критерії діагностики, розроблені у рамках ICD-10, широко застосовуються з моменту їхнього створення.

По-перше, визначальним є факт наявності у житті пацієнта події, яка виходить за межі звичайного людського досвіду і сприймається як значно травматична. Такими подіями можуть бути військові дії, катастрофи, випадки насильства або серйозні аварії, які викликають почуття страху, безпорадності чи жаху.

По-друге, ПТСР супроводжується постійним поверненням до травматичного досвіду, яке може проявлятися через нав'язливі спогади,

повторювані сновидіння або флешбеки, коли людина знову і знову переживає подію у своїй свідомості. Також типовими є інтенсивні емоційні чи фізіологічні реакції, викликані тригерами, що нагадують про травму.

Третя група ознак пов'язана з уникненням. Люди з ПТСР намагаються уникати будь-яких думок, ситуацій чи місць, які нагадують їм про травматичний досвід. Це може супроводжуватися психогенною амнезією – неможливістю згадати ключові моменти травматичної події. Також спостерігається зниження емоційного залучення, ізоляція від інших людей та відсутність інтересу до життя.

Четвертою ознакою є підвищена збудливість, яка виникає після травми. Це може проявлятися у порушеннях сну, дратівливості, раптових спалахах гніву, труднощах з концентрацією уваги, підвищеній настороженості та надмірній лякливості.

Останньою ознакою є часовий фактор: симптоми повинні спостерігатися щонайменше протягом одного місяця. Якщо прояви з'являються через шість місяців після травми, ПТСР вважається відстроченим.

1.3. Психологічні особливості ПТСР у військових, які брали участь в активних бойових діях.

Незважаючи на різноманіття історичних епох, учасників конфліктів чи їхніх мотивів, війна завжди залишала по собі не лише фізичні, але й психічні втрати. Спільною рисою є психологічна токсичність війни, що виникає через її жорстокість, аморальність і руйнівний вплив на людську психіку. ПТСР, хоча сучасна його назва з'явилася лише в другій половині ХХ століття, існував під різними іменами протягом століть.

У різні епохи прояви психічних травм описувалися залежно від уявлень про причини й симптоми. Наприклад, під час Громадянської війни в США використовували такі терміни, як «солдатське серце», «дратівливе серце», «сонячний удар» чи «ностальгія» [19; 20; 21]. Вважалося, що ці стани виникають

через фізичне виснаження, тугу за домом або емоційне перевантаження. Лікарі помічали, що солдати, які страждали на «ностальгію», часто демонстрували тривожність і втрачали здатність до виконання службових обов'язків. Це нерідко призводило до госпіталізації або навіть смерті.

Відомі випадки, коли військові лікарі рекомендували надавати солдатам відпустки як засіб для реабілітації. Повернення додому, навіть тимчасове, часто ставало ефективнішим лікуванням, ніж будь-які ліки. Водночас інші аспекти, як-от колосальні втрати, жорстокість битв і постійна загроза смерті, створювали умови для тривалого психологічного стресу.

Особливістю психічних травм війни є те, що вони часто залишаються непомітними в момент бойових дій, але дають про себе знати через місяці або навіть роки. Солдати переживали гостру тривожність, безсоння, емоційне відчуження та, нерідко, втрату інтересу до життя. Ці прояви були частиною «невидимих ран», які важко діагностувати та ще складніше лікувати.

На початку ХХ століття ставлення до психічних травм серед військових було переважно упередженим і стигматизованим. Багато психіатричних розладів, викликаних бойовими діями, сприймалися як прояви слабкості характеру або особистісних недоліків, а не як наслідок впливу надзвичайно травматичних обставин.

Солдати, які виявляли симптоми, що нині класифікуються як посттравматичний стресовий розлад, часто піддавалися суворим покаранням, включаючи страту за дезертирство чи відмову виконувати накази.

Страх перед покаранням призводив до багатьох випадків так званого істеричного навернення, які проявлялися у вигляді сліпоты, паралічу чи інших неврологічних порушень, що стали поширеними в умовах окопної війни.

Зіткнувшись із численними випадками таких розладів під час Першої світової війни, військові були змушені шукати нові пояснення. З'явився термін «шок від вибухів», який вказував на можливе фізичне ушкодження нервової системи через постійний вплив артилерійських обстрілів.

Масове використання артилерії, що супроводжувало окопну війну, стало ключовою рисою тогочасних бойових дій. Наприклад, наступальні операції часто починалися з обстрілу, під час якого випускали понад мільйон артилерійських снарядів.

Симптоми таких травм почали вважатися медичними розладами, які вимагали спеціалізованого лікування. Для діагностики цих станів використовували позначення NYDN (Not Yet Diagnosed, Nervous), що свідчило про невизначеність у розумінні природи таких розладів.

Лікуванням займалися в спеціалізованих госпіталях, а основним методом терапії стало тимчасове усунення солдатів із лінії фронту. Цей підхід виявився досить ефективним, адже навіть короточасне перебування в безпечному середовищі сприяло поліпшенню стану.

Однак, зі зростанням випадків «шоку від вибухів», у 1916 році відбулися суттєві зміни в підходах. Під впливом психіатричної науки того часу, зокрема психоаналізу, ці стани почали класифікувати як «істерії».

Лікарі вважали, що вони були наслідком вже існуючих дефектів особистості, а не безпосереднім результатом бойового досвіду. Це дало змогу урядам заперечувати виплати солдатам, які страждали від таких розладів, стверджуючи, що вони мали характерологічні проблеми, а не психологічні травми, викликані війною.

Цей підхід створив значний соціальний розрив у розумінні психологічних наслідків війни та ставлення до солдатів, які зазнали травм. З одного боку, це дозволило уникнути визнання масштабів психіатричних втрат, а з іншого – продовжило стигматизацію тих, хто пережив травматичний досвід.

Лише через десятиліття, з розвитком наукових досліджень і зростанням усвідомлення наслідків бойових дій для психіки, такі випадки почали визнавати наслідком екстремального стресу, а не особистісної слабкості. Це заклало основу для сучасних підходів до діагностики та реабілітації постраждалих від бойового стресу.

Із розвитком психіатрії змінювалося й розуміння ролі психічних факторів у бойових умовах. Під час Другої світової війни британські та американські психіатри активно підкреслювали важливість врахування психіатричних випадків серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Були розроблені новаторські методи психологічного скринінгу, щоб відбирати лише тих, хто психологічно готовий до військової служби. Проте досвід війни показав, що навіть ретельне тестування не могло точно передбачити, у кого саме розвинеться психічний розлад через бойовий стрес.

Зі збільшенням тривалості бойових дій дедалі більше солдатів залишали поле бою через психіатричні проблеми, що перевищувало темпи підготовки новобранців. Це змусило командування глибше дослідити психологічні обмеження, викликані екстремальними умовами війни. Виявилось, що найбільший вплив на психічний стан військових мали безпосередні переживання під час бойових дій (перитравматичні чинники), а не попередні особистісні риси чи умови після завершення конфлікту.

Поступово психіатричні діагнози на кшталт «бойового виснаження» або «бойової втоми» отримали ширше визнання й замінили попередні поняття, такі як «істерія», які часто стигматизували солдатів.

Ці стани почали розглядати як нервово-психічні розлади, що виникають унаслідок надмірного стресу, а не як ознаку особистої слабкості. Подальші дослідження, проведені після війни, зокрема роботи Ю. Бар-Хайма, М. Сіпоса, А. Адлера та Р. Абенда, показали, що в умовах 60-денного безперервного перебування в боях 98% солдатів, які вижили, мали ті чи інші психіатричні розлади [22, с.46-62].

Ці результати відіграли ключову роль у зміні військової стратегії. Зокрема, під час корейської та в'єтнамської воєн були запроваджені системи ротації військ і обмеження тривалості перебування на фронті, щоб знизити психологічне навантаження.

Досвід тих років також актуальний для сучасної військової політики, де багаторазове розгортання військовослужбовців може бути пов'язане з

підвищеним ризиком розвитку ПТСР. Поглиблене вивчення впливу повторного бойового стресу залишається важливим для розробки програм психологічної підтримки й реабілітації ветеранів.

Таким чином, Друга світова війна стала переломним моментом у розумінні бойового стресу, а накопичений досвід продовжує формувати підходи до забезпечення психічного здоров'я військових у сучасних умовах.

Історичний досвід демонструє, що психічні травми війни мають глибокий і тривалий вплив на особистість військових. У кожній епосі війна залишала незримі шрами на психіці її учасників, що підтверджує необхідність розвитку систем підтримки, як під час, так і після завершення конфліктів.

Сьогодні науковці визнають, що навіть у минулі століття прояви ПТСР серед військових були вагомим фактором, який впливав на їхню здатність до адаптації після бойових дій. Однак у ті часи брак знань і стигматизація психічного здоров'я заважали адекватному реагуванню.

Сучасна психологія та психіатрія значно просунулися у вивченні цього явища, що дає можливість створювати програми реабілітації для ветеранів і знижувати наслідки психологічних травм.

Вплив бойових дій на психічне здоров'я є предметом дослідження багатьох українських вчених, наприклад, Л. Шестопалова, В. Кожевнікова, О. Бородавко, С. С. Кирилюк та ін [37].

Дослідження показують, що ветерани бойових дій часто стикаються з тривалими і складними наслідками для психіки, включаючи посттравматичний стресовий розлад. Ці наслідки пов'язані з накопиченням негативного досвіду, фізичного виснаження та втрат. Високий рівень суїцидів серед ветеранів підтверджує серйозність цієї проблеми.

Сучасні дослідження також демонструють високу поширеність неврологічних, фізичних та соматоформних розладів серед ветеранів, а також зловживання психоактивними речовинами. Комбінація фізичних травм, психічного виснаження та соціальних труднощів створює сприятливий ґрунт для розвитку різних психічних розладів [9; 10; 15; 16].

Як зазначалось раніше, оскільки військові постійно стикаються із ситуаціями, які створюють серйозну загрозу життю, це призводить до хронічного стресу, що закріплюється на психологічному рівні.

Навіть після завершення бойових завдань психічний стан може залишатись нестабільним через постійні нагадування про пережите. Це значною мірою впливає не лише на здатність військових до інтеграції в мирне життя, але й на їхню загальну якість життя.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як результат багатофакторного впливу стресу, втрат і морально-етичних викликів. Причини цього стану варіюються від об'єктивних зовнішніх обставин до індивідуальних особливостей людини.

Вивчення механізмів розвитку ПТСР у військових дає змогу не лише зрозуміти природу розладу, але й розробити ефективні стратегії для його запобігання та лікування.

Основні причини виникнення ПТСР можна умовно поділити на зовнішні фактори та індивідуальні реакції:

- Постійне перебування в умовах загрози життю.

У бойових діях солдати змушені адаптуватися до середовища, яке перевищує їхні фізичні та психологічні можливості. Постійний стан настороженості, очікування нападу чи обстрілу виснажує нервову систему, призводячи до хронічного стресу. Зокрема, перебування в зоні бойових дій, де смерть і травми є буденністю, створює постійне емоційне напруження, що руйнує адаптивні механізми організму.

- Втрата побратимів.

У багатьох виникає почуття провини за те, що вони не змогли врятувати побратимів. Цей феномен, відомий як «провина вцілілого», має потужний вплив на психіку, викликаючи депресію, самоосуд і тривалий емоційний біль. Наприклад, у ветеранів часто з'являється думка, що їхнє життя є менш цінним порівняно з загиблими товаришами, що підсилює травматичний ефект.

- Стикання з жорстокістю війни.

Військові нерідко стають свідками насильства, загибелі цивільних, зруйнованих родин чи інших жахливих наслідків бойових дій. Особливо травмуючими є ситуації, коли солдати змушені приймати морально складні рішення, такі як вибір між виконанням наказу і збереженням життя мирного населення. Такі дилеми створюють відчуття морального конфлікту, яке називають моральною травмою.

Індивідуальні реакції на травматичні події залежать від низки чинників, зокрема рівня стресостійкості, попереднього досвіду та психологічного стану до війни.

Важливу роль відіграє підтримка з боку команди, сім'ї чи суспільства загалом. Солдати, які мають сильні соціальні зв'язки, менш схильні до глибоких проявів ПТСР, оскільки вони відчувають розуміння та прийняття. Натомість відсутність підтримки часто посилює ізоляцію та сприяє хронізації розладу.

Як бачимо з вищенаведеної класифікації, причини ПТСР є комплексними, об'єднуючи вплив зовнішнього середовища та індивідуальні особливості людини. Поруч із цим, симптоми ПТСР також є різноманітними, але всі вони пов'язані із сильним впливом травматичного досвіду.

Як і причини, основні прояви ПТСР можна поділити на психологічні та фізіологічні реакції, але ми вважаємо за необхідне розглянути їх разом.

Нав'язливі спогади або флешбеки є одним із найбільш характерних симптомів ПТСР, коли травматичні події буквально «вторгаються» у свідомість людини.

У таких моментах військові можуть відчувати реальність пережитого конфлікту, ніби вони знову знаходяться на полі бою. Це можуть бути яскраві образи, звуки, запахи або навіть фізичні відчуття, що нагадують про травму. Наприклад, звук феєрверків може викликати спогади про артилерійські обстріли.

Через постійну настороженість і надмірну реакцію на навколишнє середовище людина може відчувати, що небезпека підстерігає її навіть у безпечних умовах, що призводить до емоційної нестабільності. Часто це проявляється раптовими спалахами гніву чи агресії, дратівливістю та

неможливістю розслабитися. Наприклад, військові з ПТСР можуть уникати великих скупчень людей, щоб мінімізувати ризик непередбачуваних ситуацій.

Емоційне оніміння як симптом характеризується втратою здатності переживати позитивні емоції, такі, як радість або задоволення. Людина може відчувати себе відчуженою навіть від найближчих, що ускладнює відновлення соціальних зв'язків. Багато ветеранів зазначають, що їм важко знайти порозуміння з родиною через емоційну ізоляцію.

Безсумнівно, безсоння та повторювані кошмари є поширеними скаргами серед людей із ПТСР. Кошмари часто відтворюють травматичні події, змушуючи людину заново переживати страх і біль. Страх перед сном та хронічна втома, викликана безсонням, погіршують загальний стан здоров'я.

Усі ці симптоми серйозно обмежують функціональність військових у повсякденному житті, сприяють соціальній ізоляції та ускладнюють процес реабілітації. Особливо важливо, що ПТСР може мати довгостроковий вплив, якщо не вжити своєчасних заходів для його лікування.

Незважаючи на те, що ПТСР по суті своїй є розладом, що поєднує у собі психологічний та фізичний аспекти, буде правильним також зазначити культурний аспект, який, хоч і має менший вплив на розвиток та підтримку цього стану, є не менш важливим.

Культурні особливості військової служби значно впливають на формування ставлення до психічного здоров'я серед військових, що може ускладнювати виявлення та лікування посттравматичного стресового розладу.

Одним із ключових елементів військової культури є укорінені стереотипи щодо сили, витривалості та мужності. У військових підрозділах особисті якості, такі як витримка, контроль над емоціями та готовність долати труднощі, часто вважаються невід'ємними характеристиками солдата.

Унаслідок цього прояви психологічного дистресу чи розладів сприймаються як слабкість, що не відповідає стандартам військової спільноти. Такий підхід створює високий рівень внутрішнього конфлікту у військових, які відчувають

симптоми ПТСР, адже вони бояться бути осудженими як побратимами, так і командуванням.

Особливої уваги заслуговує проблема стигматизації психологічної допомоги. У багатьох арміях звернення до психолога або психіатра сприймається як ознака некомпетентності чи навіть загроза кар'єрі.

Військові побоюються, що така ініціатива може стати причиною виключення з бойових підрозділів, втрати довіри з боку командування чи колег. Ці побоювання значно обмежують доступ до кваліфікованої допомоги, змушуючи багатьох ігнорувати або приховувати свої симптоми.

Наприклад, дослідження, проведені серед ветеранів конфліктів в Іраку та Афганістані, показали, що лише близько 40% військових, які переживають симптоми ПТСР, звертаються за допомогою через страх осуду та стигми [24; 25].

Військова культура також впливає на спосіб вираження емоцій у солдатів. Умови служби заохочують пригнічення таких емоцій, як страх, сум чи тривога, щоб зберегти боєздатність.

Проте постійне стримування цих почуттів часто призводить до накопичення психологічного напруження, що посилює прояви ПТСР. Згодом це може впливати на фізичне здоров'я військових, спричиняючи розвиток соматичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання чи хронічні болі [25, с. 1600-1602].

Існують також національні та культурні відмінності у сприйнятті психічного здоров'я. Наприклад, у країнах із сильною військовою традицією, таких, як Ізраїль чи США, ведеться активна робота зі зниження стигматизації психологічної допомоги серед військових [24, с. 13-20].

У таких країнах значну роль відіграють програми реабілітації, які інтегруються в систему військової медицини. Водночас у культурах, де психічне здоров'я є табуованою темою, доступ до допомоги залишається обмеженим, а проблема ПТСР значно посилюється через відсутність підтримки.

Посттравматичний стресовий розлад серед військових є складним психічним станом, що виникає внаслідок пережитих травматичних подій під час бойових дій. Він проявляється через різноманітні симптоми, включаючи

нав'язливі спогади, гіперактивність, емоційне оніміння та порушення сну, що суттєво впливають на якість життя військових. ПТСР не лише впливає на психологічне здоров'я, а й може призводити до фізіологічних розладів та проблем у соціалізації, що ускладнює реабілітацію і повернення до мирного життя.

Основні причини розвитку ПТСР серед військових можна поділити на зовнішні та індивідуальні. Зовнішні фактори, такі як тривалий стрес через постійну загрозу життю, смерть побратимів і жорстокість війни, значно перевищують можливості організму адаптуватися, що веде до розвитку психічних розладів. Індивідуальні характеристики, такі як попередній досвід, рівень стресостійкості та підтримка з боку оточення, також відіграють важливу роль у формуванні реакцій на стресові ситуації.

Культурно-специфічні фактори, пов'язані з військовою культурою, можуть ускладнити процес виявлення та лікування ПТСР.

Стереотипи щодо сили, мужності та стримування емоцій, а також страх осуду з боку побратимів та командування, обмежують звернення до психологічної допомоги. Військові часто вважають прояви психічних проблем як ознаку слабкості, що сприяє приховуванню симптомів і відкладанню лікування.

З огляду на це, важливо створювати умови для зниження стигматизації психічних розладів і надавати військовим можливість отримати професійну допомогу без страху перед осудом. Це вимагає змін у військовій культурі, а також інтеграції психіатричної допомоги в загальну систему медичного обслуговування військових. Зменшення стигми навколо психічного здоров'я і забезпечення доступу до своєчасної допомоги є ключовими факторами для ефективної реабілітації військових та їхнього успішного повернення до цивільного життя.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз теоретичних засад дослідження посттравматичного стресового розладу дозволяє дійти до кількох важливих висновків. Посттравматичний стресовий розлад є складним психічним станом, що виникає унаслідок травматичних подій, які перевищують адаптаційні можливості людини.

Сучасні наукові підходи до вивчення ПТСР охоплюють як психологічні, так і біологічні механізми його розвитку. Зокрема, когнітивно-поведінковий підхід виділяє дисфункціональні переконання та уникнення як основні фактори підтримання розладу, тоді як біопсихосоціальний підхід враховує взаємодію нейрофізіологічних, психологічних та соціальних чинників.

Військові, які беруть участь у бойових діях, належать до групи високого ризику розвитку ПТСР. Хронічний стрес, втрата побратимів, моральні дилеми та інші екстремальні умови впливають на їхню здатність до адаптації. Особливо важливим є розуміння, що тривалість та інтенсивність бойового досвіду прямо корелюють із тяжкістю проявів ПТСР.

Значний вплив на формування та перебіг ПТСР мають культурно-специфічні фактори. У військовій культурі стигматизація психологічних проблем та заохочення стримування емоцій створюють бар'єри для звернення до фахівців. Це ускладнює діагностику та терапію, посилюючи негативний вплив на військових та їхнє соціальне середовище.

Проведений огляд також вказує на недоліки в системі психічної допомоги військовим в Україні. Відсутність комплексної стратегії лікування, дефіцит кваліфікованих спеціалістів та недостатнє фінансування є основними викликами у сфері реабілітації військових із ПТСР.

Отже, для покращення якості психологічної допомоги та реабілітації військових необхідно враховувати як індивідуальні особливості постраждалих, так і культурно-специфічні фактори. Інтеграція наукових підходів до діагностики, профілактики та лікування ПТСР дозволить забезпечити ефективну підтримку військовослужбовців, сприяти їхній адаптації до мирного життя та підвищити загальний рівень психічного здоров'я в суспільстві.

Ці висновки створюють науково-теоретичну основу для подальшого емпіричного дослідження проявів ПТСР, які будуть розглянуті в наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Обґрунтування методології дослідження.

Дослідження посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців є актуальним завданням сучасної психології через високий рівень стресових впливів, із якими стикаються представники цієї професії. Військові нерідко перебувають у надзвичайно травматичних умовах, що робить їх особливо вразливими до розвитку ПТСР. Емпіричне дослідження цього феномену вимагає врахування низки методологічних аспектів, які забезпечать достовірність та валідність отриманих результатів.

Основною метою дослідження є вивчення особливостей прояву ПТСР у військових, визначення ключових чинників, що впливають на його розвиток, інтенсивність, а також розробка методів та рекомендацій психологічної допомоги.

Ми вважаємо, що дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців потрібно проводити в рамках когнітивно-біологічного підходу.

Цей підхід дозволяє інтегрувати дані про психологічні реакції та нейробіологічні зміни, які відбуваються внаслідок впливу травматичних подій. Він ґрунтується на концепції нейропластичності мозку, що відображає його здатність адаптуватися до стресу, а також на уявленнях про те, як стресові фактори змінюють функціонування ключових мозкових структур, таких як мигдалеподібне тіло, гіпокамп, префронтальна кора та інші системи.

Основними аспектами когнітивно-біологічного підходу є нейрофізіологічні основи, нейрохімічні зміни та психологічна інтеграція. Як уже зазначалося раніше, мигдалеподібне тіло, яке відіграє центральну роль у формуванні реакції страху, демонструє підвищену активність у людей із ПТСР.

Це пояснює постійну готовність до загрози та інтенсивні емоційні реакції навіть на незначні подразники. З іншого боку, гіпокамп, який забезпечує процеси запам'ятовування та контекстуалізації спогадів, може зменшуватися в об'ємі через хронічний стрес.

Такі зміни сприяють фрагментованості спогадів і труднощам у їхній інтеграції, що проявляється в дисоціативних епізодах або флешбеках. Дисфункція префронтальної кори знижує контроль над емоційними реакціями, спричиняючи часті спалахи гніву або відчуття безпорадності.

Дисбаланс нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін, сприяє появі симптомів тривоги, депресії та гіперзбудження. Також у людей із ПТСР може спостерігатися підвищення рівня кортизолу, який є основним гормоном стресу, що негативно впливає на гіпокамп.

Когнітивні теорії стверджують, що в основі ПТСР лежить порушення процесу переробки інформації. Травматичний досвід залишається «активним» у свідомості людини, проявляючись через нав'язливі спогади або емоційні реакції. Когнітивно-біологічний підхід дозволяє пов'язати ці прояви з фізіологічними процесами в мозку, що сприяє глибшому розумінню механізмів розладу.

Когнітивно-біологічний підхід має низку переваг над іншими підходами.

По-перше, він враховує як суб'єктивний досвід пацієнтів, так і об'єктивні нейрофізіологічні показники, що забезпечує глибше розуміння проблеми.

По-друге, цей підхід дозволяє не лише оцінювати наслідки травматичних подій, але й прогнозувати можливі зміни у стані пацієнта, що є важливим для розробки профілактичних заходів і програм психологічної допомоги.

По-третє, він відкриває можливості для інтеграції психотерапевтичних методів із фармакологічним втручанням, спрямованим на корекцію нейрохімічних дисбалансів. Пропонуємо розглянути переваги цього підходу детальніше:

Комплексність аналізу.

Цей підхід дозволяє враховувати як психологічні, так і нейробіологічні аспекти ПТСР, що забезпечує багатовимірний аналіз проблеми. На відміну від

виключно психологічних або суто біологічних методів, когнітивно-біологічний підхід пропонує інтегровану модель дослідження.

Індивідуалізація підходу.

Використання даних про нейрофізіологічні зміни дає змогу визначати, які саме терапевтичні підходи можуть бути найбільш ефективними для конкретного пацієнта. Наприклад, у разі виражених змін у гіпокампі можна акцентувати увагу на методах психотерапії, спрямованих на інтеграцію травматичних спогадів.

Технологічна підтримка.

Когнітивно-біологічний підхід активно використовує сучасні технології, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія та позитронно-емісійна томографія, для об'єктивної оцінки нейрофізіологічного стану пацієнтів. Це дозволяє не тільки виявляти біологічні кореляти ПТСР, але й оцінювати динаміку змін у відповідь на терапію.

Профілактика.

Виявлення біомаркерів ризику ПТСР дає змогу розробляти ефективні програми профілактики для військовослужбовців, особливо для тих, хто перебував у зоні активних бойових дій.

Таким чином, когнітивно-біологічний підхід не лише пояснює взаємозв'язок між психологічними реакціями на травму та нейробіологічними змінами, але й сприяє вдосконаленню методів діагностики, лікування та профілактики ПТСР, і тому став провідним орієнтиром проведеного нами дослідження.

Його інтегративний характер дозволяє враховувати весь спектр змін, пов'язаних із травматичним досвідом, та спрямовувати терапевтичні втручання на найбільш значущі механізми розладу.

Отже, методологія емпіричного дослідження ПТСР у військових повинна враховувати багатовимірність цього явища, що поєднує психологічні, соціальні та нейрофізіологічні аспекти. Багаторівневий підхід забезпечує комплексність вивчення, дозволяючи дослідити не лише індивідуальні особливості психіки, але

й вплив соціального оточення, професійної діяльності та біологічних чинників на формування та перебіг ПТСР.

Для цього можуть бути застосовані наступні методи:

- Опитування та анкетування.

Застосування стандартизованих інструментів, таких як Impact of Event Scale-Revised (IES-R), PTSD Checklist (PCL), DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) або Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, дозволяє кількісно оцінити ступінь вираженості симптомів ПТСР.

Ці шкали допомагають визначити основні симптоми, включаючи повторювані спогади, уникання, підвищену збудливість тощо. Їх валідність і надійність забезпечують точність отриманих даних.

- Напівструктуровані інтерв'ю.

Цей метод використовується для збору якісної інформації, що розкриває суб'єктивний досвід військовослужбовців, їх емоційні та когнітивні реакції на травматичні події. Інтерв'ю дають змогу виявити приховані переживання, адаптаційні стратегії, а також аспекти, які не можуть бути виявлені за допомогою лише стандартизованих тестів.

- Методи спостереження.

Спостереження за поведінковими проявами військових у контрольованих або напівпольових умовах дозволяє аналізувати реальні реакції на певні стимули, пов'язані з травматичними ситуаціями. Наприклад, дослідження рівня тривожності під час виконання завдань у стресових умовах може дати уявлення про рівень активності реакції «бий або тікай».

- Біологічні маркери.

Оцінка фізіологічних реакцій є важливим етапом дослідження. Наприклад, вимірювання кортизолного профілю дозволяє виявити порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що є характерним для осіб із ПТСР.

Активация мигдалеподібного тіла та порушення функціонування гіпокампу досліджуються за допомогою нейровізуалізації (наприклад, функціональної МРТ) і підтверджують нейробіологічну основу розладу.

- Аналіз соціальних факторів.

Вивчення рівня соціальної підтримки, стосунків у військовому колективі та ставлення суспільства до військових із травматичним досвідом дозволяє оцінити вплив соціального середовища на перебіг ПТСР.

Також варто враховувати той факт, що травматичні події можуть спровокувати розвиток не лише посттравматичного стресового розладу, але й інших психічних розладів. Крім того, ці розлади можуть супроводжувати ПТСР.

Сучасні генетичні дослідження виявили значний ступінь перетину між ПТСР та іншими психічними розладами, зокрема, тривожними розладами (панічними атаками, генералізованою тривожністю) та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

Близько 60% генетичних факторів ризику ПТСР є спільними з панічними атаками та генералізованою тривожністю, що вказує на значний генетичний зв'язок між цими розладами. Аналогічно, понад 40% генетичної варіабельності ПТСР збігається з алкогольною, ніотиною та наркотичною залежністю [37].

Ці дані свідчать про те, що існує спільний генетичний фундамент для цих розладів, який може пояснювати високу коморбідність (співвиникнення) ПТСР та інших психічних розладів.

Отже, кожен із цих методів взаємодоповнює один одного, забезпечуючи комплексний підхід до вивчення ПТСР у військових. Будь-який підхід сприятиме глибшому розумінню проблеми та формуванню ефективних програм психологічної підтримки, але в умовах сьогодення, коли проблеми потребують швидкого реагування, потрібно враховувати не лише методологію, але й умови, в яких вона буде використовуватись, і респондентів та їхній життєвий досвід.

Із огляду на вищезазначені інформацію основним методом нашого дослідження було обрано шкалу DSL-5 (PTSD Checklist for DSM-5, інша назва –

PCL-5), що базується на критеріях DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition).

Ця методика є сучасним інструментом, розробленим для кількісної оцінки симптомів ПТСР, що охоплює широкий спектр психологічних проявів розладу. Методика DSM-5 є п'ятим виданням діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів, створеного Американською психіатричною асоціацією, і вперше була опублікована в 2013 році. Основною метою було уточнення класифікацій психічних захворювань, включаючи ПТСР, з урахуванням сучасних досліджень у цій галузі.

Історія цієї методики базується на багаторічному розвитку діагностичних інструментів для виявлення ПТСР, починаючи з DSM-3, який вперше включив цей розлад до переліку психічних захворювань у 1980 році. З моменту свого створення вона стала однією з найпоширеніших методик оцінки ПТСР завдяки простоті використання та адаптованості до різних популяцій.

Перша версія шкали, котра називалась PTSD Checklist (PCL), була розроблена в 1990 році Національним центром із питань ПТСР США.

Вона базувалася на діагностичних критеріях DSM-III-R, а пізніше адаптувалася до DSM-IV. Шкала складалася з 17 пунктів, які відповідали основним симптомам ПТСР, що оцінювалися за 5-бальною шкалою.

Шкала DSL-5 була створена для застосування зокрема серед військових, оскільки її структуровані питання відповідають основним критеріям ПТСР за DSM-5.

У 2013 році після публікації шкали Американська психіатрична асоціація внесла значні зміни до діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу. Ці зміни відображали накопичення емпіричних даних про ПТСР та спрямовані на підвищення точності діагностики.

Нині ця шкала складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4.

Максимальна сума балів може досягати 80, що дозволяє чітко виміряти рівень симптомів ПТСР.

Для інтерпретації результатів дослідження були визначені чотири рівні вираженості симптомів: 0-20 балів вказує на початкові ознаки ПТСР, 21-35 балів свідчить про легкі прояви, 36-49 – про помірні симптоми, а 50 і більше балів – про тяжкі прояви ПТСР.

Ці рівні дозволяють розрізнити ступінь серйозності розладу і формувати подальшу стратегію лікування та реабілітації.

Ключовим нововведенням також стало додавання трьох нових симптомів і реорганізація раніше визначених у чотири кластери: інтрузії, уникання, негативні зміни в емоціях та настрої, збудженість і реактивність. Тобто, питання відображають відповідні кластери симптомів і описуються наступним чином згідно з класифікацією DSM-5:

- критерій А – опис травматичної події;
- критерій В – симптоми інтрузії (1-5 запитання);
- критерій С – симптоми уникнення (6-7 запитання);
- критерій D – негативні зміни в емоціях та настрої (8-14 запитання);
- критерій Е – симптоми збудженості і реактивності (15-20 запитання).

Критерій інтрузії зазвичай охоплює симптоми, що відображають нав'язливе відтворення травматичного досвіду у вигляді спогадів, снів чи флешбеків.

Основою наукового обґрунтування цього кластеру є роботи Г. Гілліна та дослідників, які вивчали вплив травми на мозкові механізми пам'яті [12; 14; 15; 16].

Інтрузії є проявом гіперактивації мигдалеподібного тіла, що відповідає за емоційний відгук на стрес. Симптоми цього кластеру стосуються свідомого уникання думок, почуттів або зовнішніх тригерів, пов'язаних із травматичною подією.

Негативні зміни в емоціях та настроях пов'язані з такими симптомами як негативні переконання, спотворені думки про себе чи інших, емоційна відчуженість або зниження позитивного емоційного фону.

Збудженість і реактивність характеризується постійним відчуттям небезпеки, підвищеною тривожністю, спалахами гніву чи порушенням сну.

На основі робіт Р. Ягуди, збудженість асоціюється з гіперактивацією симпатичної нервової системи та дисрегуляцією гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, що пояснює фізіологічну складову симптомів [15, с. 20-25].

Час маніфестації симптомів посттравматичного стресового розладу може варіювати від кількох місяців до багатьох років після травматичної події.

Хоча зазвичай симптоми ПТСР проявляються протягом перших трьох місяців, можливі значні затримки у їхньому виникненні. Крім того, рецидиви можуть бути спричинені як нагадуваннями про травматичну подію, так і новими стресовими ситуаціями.

Хронічний перебіг ПТСР, коли симптоми зберігаються протягом тривалого часу, також не є рідкістю. Незважаючи на те, що у багатьох випадках симптоми ПТСР зникають протягом перших трьох місяців, для інших пацієнтів одужання може бути тривалим процесом.

Окрім вищезазначених кластерних змін, шкала DSM-5 була переміщена з категорії «Тривожні розлади» в нову категорію «Розлади, пов'язані з травмою і стресовими факторами». Це підкреслило специфічність травматичних тригерів у розвитку розладу. Також введено часовий критерій: симптоми мають тривати не менше місяця після травматичної події .

Дослідники, такі як Е. Фoa, відзначають, що уточнені класифікаційні критерії підвищують діагностичну точність та сприяють розробці цільових психотерапевтичних методик [9, с. 445-451].

Шкала DSL-5, яка була розроблена відповідно до нових критеріїв DSM-5, є результатом зусиль науковців і практиків у сфері психічного здоров'я для створення більш точного і надійного інструменту для оцінки симптомів ПТСР. Вона включає запитання, які охоплюють усі ключові симптоми ПТСР, як-от нав'язливі спогади про травматичні події, уникання ситуацій, що нагадують про травму, негативні зміни в мисленні та настрої, а також підвищену реактивність і збудливість.

Шкала PCL-5 у нинішньому форматі виконує такі завдання:

- скринінг ПТСР;

- моніторинг лікування;
- попередня діагностика.

Важливою особливістю методики є її адаптованість для різних категорій населення, зокрема для військовослужбовців. ПТСР у військових має свої особливості через специфіку бойових дій, що включає тривалий вплив стресорів, високий ризик для життя та повторні травматичні епізоди.

Тому використання таких інструментів, як шкала DSL-5, допомагає оцінити симптоми з урахуванням контексту бойового стресу та індивідуальних особливостей кожного військового.

Беручи до уваги специфіку роботи з військовослужбовцями, використання подібного інструменту під час емпіричного дослідження дозволить зробити його більш «натуральним» у рамках збору інформації.

Шкала PCL-5 отримала визнання завдяки численним дослідженням, які підтвердили її надійність, валідність та адаптивність. Вона використовується в різних популяціях: серед військових, жертв насильства, свідків катастроф.

У літературі пропонуються також альтернативні моделі аналізу, як-от шестикластерна модель «ангедонії» або семикластерна «гібридна» модель, що дозволяють глибше зрозуміти симптоматику ПТСР.

Хоча PCL-5 є ефективним інструментом для скринінгу та оцінки тяжкості симптомів, її слід застосовувати разом із клінічними інтерв'ю, такими як Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), для підтвердження діагнозу, якщо мова стосується клінічного підтвердження попереднього діагнозу.

Отже, на сучасному етапі розвитку психологічної науки використання шкали DSM-5 для дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців є науково обґрунтованим, методологічно виправданим і практично доцільним.

Оновлені критерії діагностики DSM-5, опубліковані в 2013 році, базуються на інтегративному підході, що враховує когнітивні, емоційні, поведінкові й фізіологічні аспекти, які є центральними для розуміння ПТСР.

Це дозволяє отримати більш детальну та точну картину симптоматики, особливо в контексті специфічних стресових впливів, з якими стикаються військові в умовах бойових дій.

Крім того, DSM-5 узгоджується з сучасними теоретичними концепціями ПТСР, такими як когнітивно-біологічний підхід, що інтегрує нейрофізіологічні зміни, наприклад, гіперактивація мигдалеподібного тіла, порушення функціонування гіпокампу, із психологічними реакціями на травматичний досвід [9, с. 450-454].

Це дозволяє не лише описати симптоматику, а й зрозуміти її причини та механізми розвитку.

Разом із тим використання DSM-5 варто розглядати як елемент комплексного підходу до вивчення ПТСР. Інтеграція шкали з іншими методами дослідження, такими як напівструктуровані інтерв'ю, психологічні експерименти та нейробіологічні вимірювання (наприклад, рівень кортизолу чи активність мозкових структур), сприяє отриманню повнішої картини розладу.

Це особливо важливо в дослідженнях військовослужбовців, де вплив культури, соціальних факторів і професійного контексту може суттєво модифікувати прояви ПТСР.

Таким чином, шкала DSM-5 є цінним інструментом у діагностиці ПТСР у військових, забезпечуючи стандартизованість, валідність і багатовимірний підхід до аналізу симптомів. Її використання в комплексі з іншими методами значно підвищує якість дослідження та сприяє розробці ефективних стратегій психологічної допомоги.

2.2. Організація та хід дослідження.

Проведення дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців із використанням шкали DSM-5 є важливим не лише зі сторони академічного завдання, а соціального.

ПТСР – це складне явище, особливо в контексті військової служби, де психологічне навантаження виходить за межі звичайного досвіду. Використання шкали DSM-5 (PCL-5) стало надійним інструментом для стандартизованого аналізу симптомів і їхньої інтенсивності.

DSM-5 дозволяє структурувати дослідження довкола чотирьох кластерів симптомів:

- інтрузії, які охоплюють нав'язливі спогади й флешбеки;
- уникання, що проявляється у спробах уникати всього, що нагадує про травматичний досвід;
- негативних змін у когніціях і настрої, які можуть включати почуття провини чи безнадійності;
- а також збудженості та реактивності, як-от надмірна настороженість або проблеми зі сном.

Така класифікація дає змогу краще зрозуміти, як саме травма впливає на психіку.

Військовий контекст накладає особливі обставини, які не можна ігнорувати: участь у бойових діях, втрата побратимів, постійна небезпека, яка формує унікальні психологічні травми.

Метою дослідження є не лише оцінка рівня і проявів ПТСР, але й виявлення патернів, які дозволять зрозуміти, як травматичні події відбиваються на психологічному стані військових.

Під час оцінки дослідження ми плануємо інтегрувати кількісний і якісний підходи. Наприклад, окрім заповнення шкали, буде додатково проведено напівструктуроване інтерв'ю, а наступний детальний аналіз отриманих результатів допоможе глибше зрозуміти суб'єктивний досвід учасників та сприяти розробці більш ефективних методів підтримки.

Це дослідження не тільки допоможе глибше зрозуміти природу ПТСР, але й дасть змогу знайти практичні способи для поліпшення якості життя військовослужбовців, які потребують підтримки.

Терміни дослідження: серпень-жовтень 2024 року.

Базою дослідження було обрано благодійну організацію Всеукраїнський благодійний фонд «Злагода», працівники та відвідувачі якого налічують і військовослужбовців.

У дослідженні взяли участь 35 військовослужбовців віком від 18 до 58 років, які перебували на військовій службі та брали участь у бойових діях. Гендерний склад групи був суто чоловічим.

Завдяки раніше зазначеній інформації можна виокремити наступні завдання дослідження:

- Провести теоретико-методологічний аналіз обраної методики, підібрати літературу, виокремити основні віхи дослідження.

- Оцінка рівня вираженості симптомів ПТСР шляхом використання шкали DSM-5 для кількісного визначення ступеня прояву симптомів, таких як інтрузії, уникання, негативні зміни в когнітивній сфері та настрої, збудженість і реактивність.

- Виявлення залежності між специфікою травматичних подій (наприклад, участю в бойових діях, втратою товаришів) і ступенем прояву симптомів, щоб зрозуміти найбільш критичні фактори ризику.

- Обробка зібраних даних, аналіз результатів.

- Розробка рекомендацій щодо подолання проявів ПТСР та відновлення психічного здоров'я військовослужбовців.

Отже, згідно поставлених завдань, емпіричне дослідження проводилось у 5 етапів:

Згідно розроблених завдань, на першому етапі було здійснено глибоке занурення у теоретичну базу проблематики ПТСР.

Нами було проаналізовано сучасну наукову літературу, включаючи праці з когнітивно-біологічного підходу, психофізіології стресу та військової психології. Особлива увага приділяється історії створення та адаптації шкали DSM-5 (PCL-5) для діагностики ПТСР.

Мета етапу – виокремити основні аспекти, які повинні бути враховані у дослідженні, та забезпечити наукову основу для подальших емпіричних кроків.

Вихідним продуктом цього етапу є обґрунтування використання DSM-5 (PCL-5) як основного інструменту дослідження.

На другому етапі проводилось емпіричне дослідження, яке включає збір даних через стандартизовані опитувальники шкали DSM-5 (PCL-5).

Кожен учасник дослідження проходить опитування, спрямоване на виявлення чотирьох основних кластерів симптомів: інтрузії (неконтрольовані спогади), уникання (прагнення уникати думок чи ситуацій), негативні зміни у когніціях і настрої, а також підвищену збудженість і реактивність.

Цей етап дозволяє визначити як загальний рівень ПТСР серед військових, так і ступінь вираженості окремих симптомів.

Тестування було проведено з урахуванням принципів анонімності.

Участь у тестуванні брали одночасно працівники фонду і кінцеві бенефіціари допомоги, що вони надають.

Роботу було проведено у декілька етапів через різницю способів життя респондентів, а також із міркувань зручності та безпеки.

Опитування проводилось посередництвом заповнення бланку опитування (див. Додаток А), який заповнювався після інструктажу та детальних пояснень кожній групі респондентів. Сесія тестування тривала 30 хвилин.

Учасникам забезпечувалися умови, які сприяють довірливій атмосфері: тестування проводилося у знайомому та безпечному середовищі, наприклад, у приміщенні військового реабілітаційного центру або волонтерського хабу.

Обстановка була максимально неформальною, що знижувало рівень напруги у респондентів.

Респондентам надавався бланк опитувальника для самостійного заповнення. Перед початком вони проходили короткий інструктаж, у якому їм детально пояснювали правила заповнення.

Текст інструкції звучав наступним чином:

«Нижче наведено перелік проблем із якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на важкий стрес. Пам'ятаючи про подію, яку Ви зазначили як

найгіршу для себе, прочитайте, будь ласка, прочитайте кожний рядок і потім позначте одну з цифр, щоб показати рівень стурбованості проблемою».

Отже, головною задачею респондентів було уважно прочитати кожне твердження і обрати відповідь, яка найточніше відображає їхні почуття за останні 30 днів. Учасникам також рекомендували уникати тривалого обдумування відповідей, оскільки інтуїтивний вибір найкраще відображає їхній реальний стан.

Про конфіденційність збору інформації також було повідомлено таким чином, що відповіді будуть використовуватися виключно для наукового аналізу, без жодних діагностичних висновків.

Опитувальник DSM-5 (PCL-5) включає 20 запитань, згрупованих за чотирма кластерами симптомів ПТСР, а відповіді на опитувальник оцінювалися за шкалою, де 0 – анітрохи, 1 – трохи, 2 – помірно, 3 – досить сильно, 4 – надзвичайно сильно.

Після завершення опитування відповіді кодуються у цифрову форму, що дозволяє проводити статистичний аналіз. Підрахунок загального балу допомагає визначити рівень вираженості ПТСР, а детальний аналіз кластерів симптомів дає змогу виявити найбільш проблемні аспекти стану респондентів.

Ця методика поєднує в собі стандартизованість шкали DSM-5 із гнучкістю у проведенні дослідження в польових умовах. Вона дозволяє отримати якісні дані для подальшого аналізу та розробки рекомендацій для психологічної підтримки військових.

Третій етап фокусується на вивченні специфічних чинників ризику. Зібрані дані корелюються із детальною інформацією про травматичні події, пережиті учасниками (наприклад, бойові дії, втрати товаришів, фізичні чи моральні травми).

Основна мета – зрозуміти, які аспекти військового досвіду найбільш критично впливають на розвиток ПТСР, і чи існують загальні патерни проявів розладу серед військовослужбовців.

Етап обробки зібраних даних та аналіз результатів здійснювався за допомогою кількісних та якісних методів аналізу. Статистичний аналіз дозволив

виявити кореляції між симптомами ПТСР і конкретними травматичними подіями, а також оцінити загальний рівень поширеності розладу у вибірці.

Особлива увага приділялась валідності та надійності отриманих даних, а також їхньому порівнянню з результатами аналогічних досліджень у військових контекстах.

На завершальному етапі формулюються практичні рекомендації для психологів, військових командирів і соціальних працівників. Виходячи з отриманих даних, пропонуються конкретні методи терапії (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія або програми нейропсихологічної реабілітації), а також заходи профілактики ПТСР серед військових.

Рекомендації враховують як індивідуальний підхід до окремих військовослужбовців, так і організаційні стратегії підтримки психічного здоров'я у військових підрозділах.

Такий поетапний підхід забезпечує комплексність дослідження, враховує специфіку військового контингенту та дозволяє отримати надійні результати, які можуть бути використані для покращення психологічного стану військовослужбовців.

Таким чином, при плануванні та реалізації емпіричного дослідження були дотримані загально-методичні принципи проведення відповідних наукових досліджень.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

Як було зазначено раніше, методологія дослідження, що використовувалася для діагностики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, базувалася на критеріях DSM-5 і використовувала шкалу DSL-5 (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) (див. Додаток А).

Ця методика є сучасним інструментом, розробленим для кількісної оцінки симптомів ПТСР, що охоплює широкий спектр психологічних проявів розладу.

Аналіз дослідження посттравматичного стресового розладу серед військових, проведеного на основі шкали DSL-5, виявив серйозні психічні проблеми у значної частини респондентів. У дослідженні взяли участь 35 військовослужбовців віком від 18 до 58 років, які перебували на військовій службі та брали участь у бойових діях. Згідно з результатами дослідження, жоден із респондентів не вказав на початкові ознаки ПТСР, що свідчить про те, що всі опитані зазнали більш глибокого впливу травматичних подій під час своєї служби.

При цьому 2 респондентів продемонстрували легкі прояви ПТСР, 7 – помірні симптоми, а 26 військових мали тяжкі прояви розладу.

Ці результати вказують на високий рівень психічних порушень серед учасників бойових дій, що вимагає негайної та комплексної психологічної реабілітаційної допомоги. Зведену таблицю отриманих результатів дослідження надано (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Зведена таблиця отриманих результатів дослідження

Категорія проявів ПТСР	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Початкові ознаки (0-20 балів)	0	0%
Легкі прояви (21-35 балів)	2	5.7%
Помірні симптоми (36-49 балів)	7	20%
Тяжкі прояви (50+ балів)	26	74.3%
Усього	35	100%

Посттравматичний стресовий розлад є складним і багатоаспектним психічним станом, що виникає внаслідок переживання або свідчення надзвичайно травматичних подій.

Під впливом таких подій військові можуть втратити здатність справлятися зі стресом, що призводить до серйозних емоційних і психологічних порушень.

Раніше вже зазначалось, що ПТСР характеризується широким спектром симптомів, серед яких найбільш поширеними є повторювані травматичні спогади, відомі як флешбеки, порушення сну, емоційна притупленість, підвищена тривожність, дратівливість та поведінкові проблеми.

Військовослужбовці, що брали участь у дослідженні, під час проведення напівструктурованого інтерв'ю часто повідомляли про наявність флешбеків, коли травматичні спогади виникають спонтанно і супроводжуються фізіологічними реакціями, такими як підвищене серцебиття та пітливість.

Крім того, багато респондентів (28) скаржилися на кошмари та труднощі зі сном, що свідчить про те, що травматичний досвід продовжує переслідувати їх навіть у спокійних умовах цивільного життя.

Під час проведення інтерв'ю ми орієнтувались як на запитання про загальні біографічні дані, так і уточнення конкретних проявів стресу після участі в бойових діях. Усі запитання та обговорення проводились лише з ініціативи респондентів, жодного примусу не було застосовано. Окрім цього, була також можливість дати відповіді на додаткові запитання респондентів

Емоційна притупленість, що є ще одним поширеним симптомом ПТСР, виявилась у значній кількості респондентів (14).

Військові зізнавалися, що після повернення з бойових дій вони відчували себе «відчуженими» або «емоційно холодними». Їм важко було відчувати радість або інші позитивні емоції, що суттєво впливало на їхнє повсякденне життя та стосунки з близькими людьми.

Багато хто з них зазначав, що не міг нормально спілкуватися з родиною або друзями, оскільки відчував глибоке нерозуміння з їхнього боку. Це призводило до ізоляції, що, у свою чергу, лише погіршувало стан респондентів.

Схожі проблеми спостерігалися і у військових, які демонстрували підвищену тривожність і дратівливість.

Вони відзначали, що навіть у відносно безпечних умовах цивільного життя вони часто відчували необґрунтоване занепокоєння або підозрілість, що нерідко призводило до агресивної поведінки або конфліктів із близькими.

У дослідженні виявлено чіткий взаємозв'язок між досвідом військової служби та проявами ПТСР.

Згідно з отриманими даними, військовослужбовці, які зазнали інтенсивних обстрілів, втрат бойових товаришів або стали свідками смерті мирних жителів, продемонстрували найбільш виражені симптоми ПТСР (16).

Чим довший та інтенсивніший був їхній бойовий досвід, тим серйознішими ставали психологічні порушення.

Наприклад, один із респондентів, який служив кілька років у зоні бойових дій, зазначив, що почав відчувати симптоми ПТСР лише після того, як повернувся додому.

Під час війни він був у постійному стані напруження і адреналіну, але після повернення до цивільного життя виникли флешбеки, кошмари та сильне відчуття провини за те, що він вижив, а його побратими – ні.

Цей феномен, відомий як «провина вцілілого», є характерним для багатьох військових з ПТСР і посилює негативні емоційні стани.

Водночас військові, які брали участь у бойових діях, але не зазнали травматичних подій безпосередньо, демонстрували легші або помірні симптоми ПТСР (7).

Це свідчить про те, що індивідуальний досвід бойових дій є важливим фактором у розвитку цього розладу.

Важливу роль у цьому контексті відіграє соціальна підтримка, яку військовослужбовці отримують як під час служби, так і після повернення додому.

Наявність підтримки з боку родини, друзів та суспільства загалом може суттєво знизити рівень тривоги і допомогти уникнути тяжких форм ПТСР.

Узагальнені результати щодо симптомів, виявлених під час напівструктурованих інтерв'ю надані в табл.2.2.

Таблиця 2.2

Узагальнені результати щодо симптомів, виявлених під час напівструктурованих інтерв'ю

Категорія проявів чи факторів	Кількість респондентів	Відсоток (%)	Примітки
Флешбеки з фізіологічними реакціями	35	100%	Спонтанні спогади, що супроводжуються серцебиттям, пітливістю.
Кошмари та труднощі зі сном	28	80%	Травматичний досвід продовжує впливати на респондентів навіть у мирному житті.
Емоційна притупленість	14	40%	Відчуття відчуження, нездатність до позитивних емоцій, проблеми в стосунках із близькими.
Підвищена тривожність і дратівливість	14	40%	Невиправдане занепокоєння, підозрілість, конфлікти в мирних умовах.

Одним із найскладніших аспектів для військових з ПТСР є реінтеграція в цивільне життя. Повернення до мирного середовища часто супроводжується психологічними труднощами, оскільки військові вже не можуть сприймати життя так, як до війни. Багато з них зазнають труднощів у спілкуванні з цивільними, оскільки їм важко знайти спільну мову з тими, хто не пережив військовий досвід.

Це призводить до ізоляції та почуття відчуженості, що у свою чергу посилює симптоми ПТСР.

До прикладу, один із респондентів зазначив, що після повернення додому він відчував розчарування через нерозуміння з боку суспільства та відсутність належної психологічної підтримки.

Цей респондент згадував, що йому було важко пояснити рідним і близьким, через що він проходить, оскільки ті не могли зрозуміти глибини його переживань.

Важливо зазначити, що відсутність належної психологічної допомоги та реабілітаційних програм після повернення з зони бойових дій є однією з основних проблем, з якими стикаються військові в Україні.

Багато респондентів повідомляли, що їм доводилося шукати допомогу самостійно або покладатися на неформальну підтримку від інших ветеранів. Відсутність систематичної державної підтримки значно ускладнює процес реабілітації і підвищує ризики погіршення психічного стану.

Фінансові труднощі також є важливим чинником, який впливає на психологічний стан військовослужбовців після повернення з війни.

Багато респондентів, 11, зізнавалися, що їм було важко знайти роботу або отримати достатню матеріальну підтримку після звільнення з військової служби.

Це додавало стресу та підсилювало відчуття марності та ізоляції. Окрім того, відсутність чіткого життєвого плану та розпорядку, до яких вони звикли під час служби, ще більше погіршувала їхній психічний стан.

Один із респондентів розповів, що після звільнення з лав армії він не міг знайти роботу протягом кількох місяців, що спричинило серйозне зниження його самооцінки та додатковий стрес. Він зазначив, що відчував себе непотрібним у цивільному житті і не знав, як адаптуватися до нових умов.

Ще один військовослужбовець зізнався, що після повернення додому він почав зловживати алкоголем, намагаючись таким чином втекти від своїх проблем та спогадів про війну.

Це призвело до серйозних конфліктів у родині і, зрештою, до розлучення. Респондент додав, що після цього він відчував себе ще більш ізольованим та відчуженим, що лише погіршило його психічний стан.

Провівши детальний аналіз, можна зазначити, що результати дослідження підтверджують наявність серйозних психологічних проблем серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

ПТСР залишається одним із найбільш поширених і важких психічних станів, з якими стикаються ветерани війни.

Незважаючи на те, що більшість респондентів демонстрували тяжкі прояви ПТСР, багато з них не отримували належної підтримки після повернення до цивільного життя, що підкреслює важливість розробки та впровадження ефективних реабілітаційних програм для військових.

Сучасні дослідження підкреслюють, що ПТСР розвивається внаслідок впливу травматичних подій і характеризується комплексними проявами, серед яких домінують флешбеки, кошмари, емоційна притупленість, дратівливість і поведінкові розлади.

На відміну від інших груп населення, військові часто перебувають у стані постійної загрози життю, що робить їх більш вразливими до розвитку цього розладу.

Відповідно до результатів попередніх наукових досліджень, військовослужбовці, які не отримували своєчасної психологічної допомоги, демонструють більш виражені та стійкі симптоми ПТСР, ніж ті, хто проходив реабілітацію.

У рамках даного дослідження було проведено порівняння між двома групами військових: однією, яка отримувала реабілітацію після повернення з війни, і другою, яка не мала доступу до подібної допомоги.

Розподілити респондентів за такою ознакою вдалось завдяки проведеним напівструктурованим інтерв'ю.

Перша група складалася з 15 військових, які пройшли курс реабілітації, що включав психотерапію, групову підтримку та фізичну реабілітацію.

Інша група, до якої увійшло 20 військовослужбовців, не мала доступу до таких послуг. Порівняння результатів виявило суттєву різницю в прояві симптомів ПТСР між цими двома групами.

У групі військових, які пройшли реабілітацію, 1 респондент виявив легкі симптоми ПТСР, 6 осіб мали помірні прояви, а 8 учасників продемонстрували серйозні ознаки ПТСР, але відзначали значне покращення свого психічного стану після реабілітації.

Ці результати демонструють неоднозначну ефективність реабілітаційних програм для військових, які з одного боку допомагають знизити прояви стресових розладів і сприяють відновленню їхнього психологічного здоров'я, а з іншого – не заглиблюються у першопричину цього стану, діючи лише на поверхні.

У другій групі, яка не отримувала реабілітаційної допомоги, було виявлено значно більше тяжких проявів ПТСР. 18 респондентів продемонстрували важкі симптоми, такі як регулярні флешбеки, кошмари, проблеми зі сном, дратівливість і емоційну притупленість.

Один із учасників зазначив, що відчуває сильний страх і тривогу щоразу, коли чує гучні звуки, що нагадують йому про бойові дії.

Декілька інших респондентів повідомили про проблеми з агресією і конфліктами в родині, що значно ускладнює їхню соціальну адаптацію. Діаграмне відображення співвідношення кількості військовослужбовців, що пройшли реабілітацію (без реабілітації) надано на рис.2.1.

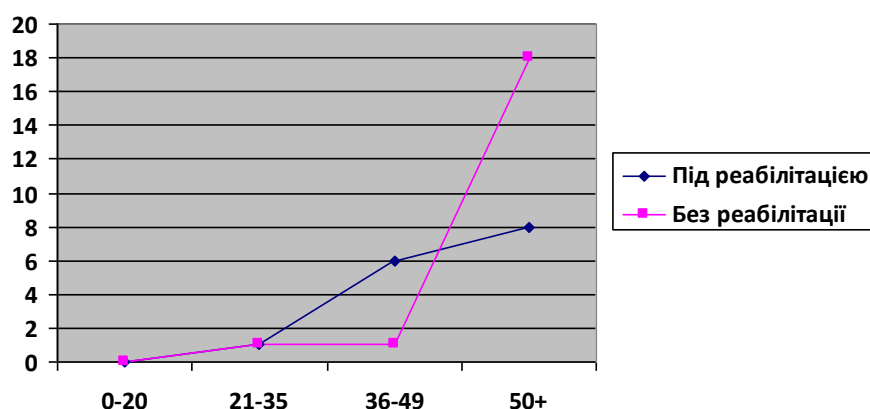


Рис.2.1. Діаграмне відображення співвідношення кількості військовослужбовців, що пройшли реабілітацію (без реабілітації)

Згідно з науковими даними, реабілітація військових після бойових дій має важливе значення для профілактики та лікування ПТСР.

Наприклад, дослідження американських військових ветеранів свідчать, що реабілітаційні програми, які включають когнітивно-поведінкову терапію, групову терапію та фізичну реабілітацію, сприяють зниженню симптомів ПТСР на 30-50%.

Зокрема, дослідження М. Дж. Фрідмана показало, що ветерани, які брали участь у таких програмах, демонстрували значно нижчі показники тривожності та депресії, ніж ті, хто не отримував реабілітаційної допомоги [26].

Повертаючись до результатів дослідження, можна зробити висновок, що ті військові, які отримували реабілітаційну допомогу, демонструють значно менші прояви ПТСР і мають кращі шанси на адаптацію до цивільного життя.

Наприклад, один із респондентів, який проходив реабілітацію, зазначив, що після трьох місяців психотерапії йому вдалося подолати кошмари і значно знизити рівень тривожності. Він також зазначив, що групові зустрічі з іншими ветеранами допомогли йому краще зрозуміти свої емоції та відчути підтримку з боку тих, хто пережив подібні труднощі.

На відміну від цього, респонденти з другої групи, які не отримували допомоги, зазначали, що їм важко знайти підтримку навіть серед рідних і друзів. Відчуття ізоляваності та нерозуміння з боку оточення часто посилює симптоми ПТСР і ускладнює процес реінтеграції в суспільство.

Один із військових повідомив, що після повернення додому він не міг знайти роботу протягом тривалого часу, що призвело до депресії і зловживання алкоголем. Така ситуація є типовою для військових, які не отримують належної психологічної допомоги.

Таким чином, аналіз отриманих даних свідчить про те, що реабілітація відіграє вирішальну роль у зменшенні симптомів ПТСР і сприяє кращій адаптації військових до мирного життя.

Ті військові, які отримували психологічну та фізичну реабілітацію, мали менше проблем із проявами стресового розладу та мали кращі соціальні зв'язки після повернення додому.

Натомість військовослужбовці, які не проходили реабілітацію, демонстрували значно тяжчі симптоми ПТСР, що ускладнювало їхнє повернення до цивільного життя і знижувало якість їхнього існування.

Ці результати узгоджуються з сучасними науковими дослідженнями, які підкреслюють важливість реабілітаційних програм у зниженні психологічних ризиків для військових після бойових дій.

За результатами практики, проведеної в рамках дослідження ПТСР військовослужбовців на базі Благодійної організації Всеукраїнський благодійний фонд «Злагода», можна зробити кілька важливих висновків.

По-перше, отримані дані свідчать про те, що значна частина респондентів – 26 із 35 – проявляє тяжкі симптоми ПТСР, що вказує на серйозні виклики, з якими стикаються військові після повернення з зони бойових дій. Ці результати підкреслюють необхідність термінового впровадження комплексних програм реабілітації та психологічної підтримки, спрямованих на допомогу військовослужбовцям у подоланні наслідків травматичних подій.

По-друге, жоден з опитуваних не вказав на початкові ознаки ПТСР, а лише 2 респонденти продемонстрували легкі прояви. Це може свідчити про те, що багато військових або не усвідомлюють своєї проблеми, або не готові звертатися за допомогою.

Таким чином, важливо розвивати програми просвітництва та навчання, щоб зменшити стигму, пов'язану з психічними розладами, та заохочувати військових до звернення за підтримкою.

Крім того, результати підтверджують важливість соціальної підтримки та системи взаємодопомоги серед військовослужбовців, що може суттєво полегшити процес реінтеграції в цивільне життя.

Дослідження також вказують на необхідність проведення подальших досліджень у цій сфері для виявлення специфічних потреб різних груп ветеранів та адаптації терапевтичних методів, що відповідають їхнім вимогам.

Загалом, результати практики на базі Благодійної організації Всеукраїнський благодійний фонд «Злагода» підкреслюють критичну необхідність комплексного підходу до вирішення проблеми ПТСР серед військових, який охоплює лікування, підтримку та реінтеграцію.

Аналіз отриманих даних підтвердив наявність серйозних психологічних проблем серед військових, які брали участь у бойових діях.

Особливо чітко спостерігався зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та вираженістю симптомів ПТСР. Військові, які піддавалися інтенсивним обстрілам або ставали свідками смерті мирних жителів, продемонстрували більш тяжкі прояви ПТСР.

Одним із важливих симптомів виявились флешбеки – спонтанні травматичні спогади, що супроводжуються фізіологічними реакціями, такими як підвищене серцебиття та тривога.

Результати порівняння військових, які отримували та не отримували реабілітаційну допомогу, свідчать про позитивний вплив комплексних реабілітаційних заходів на зниження симптомів ПТСР. У групі, яка проходила реабілітацію, спостерігалось зменшення інтенсивності тривожності, покращення якості сну та емоційного стану. Це підкреслює необхідність розробки більш доступних програм реабілітації, які включатимуть когнітивно-поведінкову терапію, групову підтримку та фізичну реабілітацію.

Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження підтвердило високий рівень поширеності цього психічного розладу серед осіб, які брали участь у бойових діях.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що 74,3% респондентів, – 26 із 35, – демонструють тяжкі симптоми ПТСР, тоді як 20% мають помірні прояви, а лише 5,7% – легкі. Жоден із респондентів не виявив початкових ознак ПТСР, що свідчить про глибокий і тривалий вплив травматичних подій на їхній психічний стан. Основними симптомами, зафіксованими під час дослідження, стали флешбеки (100%), труднощі зі сном та кошмари (80%), емоційна притупленість (40%), а також підвищена тривожність і дратівливість (40%).

Результати дослідження також демонструють чіткий зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та вираженістю ПТСР. Військовослужбовці, які зазнали інтенсивних обстрілів, втратили побратимів або стали свідками смерті цивільних, продемонстрували найбільш виражені симптоми розладу. Також виявлено вплив соціальної підтримки: військові, які отримували психологічну допомогу та брали участь у реабілітаційних програмах, демонстрували нижчий рівень симптомів порівняно з тими, хто залишався без підтримки.

Дослідження підтвердило необхідність комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців із ПТСР. Програми психологічної підтримки, такі як когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія та фізична реабілітація, мають важливе значення для зниження інтенсивності симптомів та покращення загального стану військових.

Виявлено, що сучасна система психологічної допомоги військовим в Україні потребує вдосконалення. Відсутність доступних програм реабілітації, стигматизація психічних розладів та низький рівень поінформованості військових про можливості отримання допомоги ускладнюють процес відновлення.

Отримані дані підкреслюють необхідність подальших досліджень у цій галузі з метою розробки адаптованих під потреби військових реабілітаційних програм. Зокрема, важливо інтегрувати досвід зарубіжних практик із урахуванням специфіки бойових дій, соціальних і культурних факторів в Україні. Ці кроки сприятимуть покращенню психологічного стану військовослужбовців, їхній успішній реінтеграції у цивільне життя та зниженню рівня ПТСР серед ветеранів війни.

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Напрямки подолання проявів ПТСР у військовослужбовців.

В Україні, де багато військових повертаються з активних бойових дій, важливим є не лише виявлення симптомів ПТСР, але й розробка ефективних стратегій підтримки та реабілітації. Враховуючи сучасний стан проблеми, яка була виявлена завдяки проведеному дослідженню, нижче наведено кілька рекомендацій щодо покращення роботи з військовими, які страждають на ПТСР.

По-перше, ключовим елементом підтримки військових є доступ до якісної психологічної допомоги. Необхідно створити спеціалізовані центри реабілітації, що пропонуватимуть комплексні програми для військових з ПТСР.

Ці центри повинні забезпечити не лише традиційні методи психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія, але й альтернативні підходи, включаючи арт-терапію, музикотерапію та терапію на основі віртуальної реальності.

Це допоможе адаптувати лікування до індивідуальних потреб кожного військового.

Своєчасне виявлення та лікування посттравматичного стресового розладу є ключовим фактором успішної реабілітації військовослужбовців. Для цього необхідно впровадити систематичні обстеження ветеранів, що повернулися з зони бойових дій, з використанням спеціальних інструментів оцінки. Раннє втручання дозволить запобігти переходу легких форм ПТСР у більш тяжкі стани та покращити загальну якість життя ветеранів.

Не менш важливим є постійне підвищення кваліфікації фахівців, які працюють з військовослужбовцями.

Психологи, психотерапевти та соціальні працівники повинні регулярно оновлювати свої знання та навички, зокрема, щодо особливостей роботи з ветеранами, які зазнали психологічних травм.

Спеціалізовані тренінги та програми навчання мають бути спрямовані на розвиток у фахівців компетенцій, необхідних для ефективної роботи з військовими, включаючи знання військової культури, специфіки бойових дій та методів психотерапії, адаптованих до потреб ветеранів.

Психологічні наслідки бойових дій впливають не лише на військовослужбовців, але й на їхнє оточення. Тому важливо надавати комплексну підтримку не лише ветеранам, але й їхнім родинам.

Спеціальні програми, спрямовані на сім'ї військових, можуть допомогти членам родин зрозуміти особливості посттравматичного стресового розладу, навчити їх ефективним способам спілкування та надання підтримки.

Психологічні заходи, тренінги з управління стресом та сімейна терапія можуть значно покращити взаємовідносини в родині та сприяти швидшому відновленню ветерана. Крім того, залучення ветеранів до соціальних проєктів та волонтерської діяльності може допомогти їм відновити почуття корисності та зв'язку з суспільством.

Для успішної реабілітації ветеранів важливо створювати середовище, де вони можуть ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку від інших. Групи взаємодопомоги надають таку можливість, сприяючи розвитку соціальних зв'язків, покращенню психічного стану та прискоренню процесу одужання.

Ми також переконані, що для ефективного лікування посттравматичного стресового розладу необхідна потужна інституційна основа, яка забезпечує системний підхід до профілактики, лікування та підтримки військовослужбовців.

Такі механізми мають на меті як виявлення проблеми на ранніх етапах, так і забезпечення довготривалого супроводу пацієнтів.

До прикладу, регулярний моніторинг психічного здоров'я як для діючих військовослужбовців, так і для ветеранів є важливим елементом системи підтримки. Скринінгові програми дозволяють виявляти симптоми ПТСР на ранніх стадіях, що значно збільшує шанси на успішне лікування.

Рання діагностика допомагає запобігти погіршенню стану і створює можливості для своєчасного втручання. Регулярні консультації, терапевтичні сесії

та періодичний моніторинг забезпечують ефективне попередження рецидивів і сприяють тривалому поліпшенню психічного здоров'я.

Розширення доступу до психологічної допомоги для військових та ветеранів має стати пріоритетом. Важливо, щоб державні та недержавні організації спільно працювали над створенням зручної та доступної системи підтримки, усуваючи будь-які фінансові або бюрократичні бар'єри.

Лікування ПТСР має охоплювати фізичний, емоційний і духовний аспекти життя людини, що дозволяє досягати більш стійких результатів і сприяє глибокому відновленню.

Техніки усвідомленості, зокрема програми майндфулнес або MBSR, допомагають зосередитися на теперішньому моменті, знижуючи рівень тривоги та частоту нав'язливих думок. Регулярна практика медитації сприяє розвитку емоційної стійкості та полегшує симптоми посттравматичного стресу, такі як флешбеки та порушення сну.

Заняття творчістю, такі як малювання, ліплення чи музика, дають ветеранам можливість виразити свої емоції та переживання невербально. Це допомагає зняти емоційну напругу та знайти нові способи взаємодії зі світом.

Фізичні практики, як-от йога, тайцзі або фітнес, також відіграють важливу роль у реабілітації. Вони допомагають нормалізувати фізіологічні реакції на стрес, покращити сон та загальне самопочуття. Крім того, фізична активність дає відчуття контролю над своїм тілом, що є важливим для відновлення після травматичних подій.

Поєднання системної інституційної підтримки та цілісного підходу до лікування дозволяє досягати найкращих результатів у подоланні ПТСР.

Забезпечення доступу до якісних медичних послуг, впровадження програм ранньої діагностики та довготривалий супровід мають бути інтегровані з практиками, спрямованими на гармонізацію фізичного й емоційного стану. Такий підхід допоможе військовим не лише подолати симптоми ПТСР, але й успішно інтегруватися в мирне життя, зберігаючи стійке психічне здоров'я.

Крім того, важливо забезпечити безперервність підтримки протягом тривалого часу. ПТСР може бути хронічним станом, тому військові потребують тривалої допомоги навіть після виходу з реабілітаційних програм.

Розробка системи моніторингу стану психічного здоров'я ветеранів після завершення реабілітації допоможе виявити потенційні проблеми на ранніх етапах та надати необхідну підтримку. Регулярні зустрічі з психологом або терапевтом можуть стати важливим елементом у підтримці стабільності психічного стану.

Сучасні технології відкривають нові можливості для реабілітації військових з посттравматичним стресовим розладом.

Мобільні додатки для самостереження, віртуальні терапевтичні платформи та онлайн-ресурси для самоосвіти можуть значно спростити доступ до психологічної допомоги, особливо для тих, хто проживає в віддалених регіонах або має обмежені можливості для особистого відвідування фахівця.

Такі інструменти дозволяють створити індивідуальні плани реабілітації та забезпечити постійну підтримку.

Профілактика посттравматичного стресового розладу серед військових є одним з найважливіших напрямків у забезпеченні їхнього психічного здоров'я.

Заходи профілактики мають починатися задовго до участі у бойових діях та включати комплекс заходів, спрямованих на зміцнення психологічної стійкості військовослужбовців, розвиток навичок управління стресом та створення сприятливого психологічного клімату в підрозділах. Ці заходи дозволять знизити ризики розвитку ПТСР та покращити загальне самопочуття військових.

Одним із найважливіших етапів профілактики ПТСР є навчання військовослужбовців до участі в бойових діях. Програми психологічної стійкості, впроваджені на цьому етапі, можуть значно знизити ризик виникнення ПТСР.

Такі програми включають навчання військових ефективним способам реагування на бойовий стрес, розвиток навичок швидкого прийняття рішень в умовах тиску та адаптацію до психологічно складних ситуацій.

Наприклад, симуляції бойових ситуацій, проведення навчань у складних умовах і сценарії, які моделюють високий рівень стресу, дозволяють військовослужбовцям краще підготуватися до реальних бойових дій.

Для запобігання розвитку стрес-індукованих розладів серед військових важливо розвивати навички управління стресом. Спеціальні тренінги, що включають техніки релаксації та когнітивної переоцінки, дозволяють військовослужбовцям ефективно справлятися з негативними емоціями та думками, пов'язаними з травматичними подіями. Завдяки цим навичкам військові можуть зменшити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та покращити загальне самопочуття.

Роль командирів у профілактиці посттравматичного стресового розладу серед підлеглих є незаперечною. Спеціальні тренінги допомагають військовим лідерам не лише розпізнавати ранні ознаки ПТСР, але й створювати в підрозділах атмосферу довіри та підтримки, де військові почуватимуться комфортно, звертаючись за допомогою. Завдяки своїм діям командири можуть значно впливати на психологічний клімат у колективі та сприяти своєчасному зверненню військовослужбовців за професійною допомогою.

Для ефективної профілактики посттравматичного стресового розладу необхідно забезпечити комплексну психологічну підготовку військових.

Це передбачає не лише навчання навичкам управління стресом, але й розвиток лідерських якостей командирів, які зможуть створити сприятливе психологічне середовище в підрозділі. Такі заходи дозволяють підвищити стійкість військових до психологічних травм та забезпечити їхню готовність до виконання бойових завдань.

Нарешті, важливо постійно проводити дослідження в цій сфері. Вивчення ефективності різних підходів до лікування ПТСР та впливу соціальної підтримки на реабілітацію може допомогти удосконалити існуючі програми та розробити нові.

Підтримка наукових досліджень в цій галузі дозволить зберігати актуальність інформації та адаптувати методи лікування до нових викликів. Узагальнену таблицю основних напрямків роботи з ПТСР надано в табл.3.1.

Таблиця 3.1

Узагальнена таблиця основних напрямків роботи з ПТСР

Напрямок	Опис
Створення реабілітаційних центрів	Розробка комплексних програм лікування, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та віртуальну реальність.
Програми раннього втручання	Регулярні обстеження після повернення з бойових дій для раннього виявлення симптомів ПТСР.
Навчання фахівців	Підготовка психологів, терапевтів та соціальних працівників для роботи з військовими, враховуючи їхній специфічний досвід.
Підтримка сімей військових	Проведення психоедукаційних семінарів, тренінгів зі зниження стресу та комунікаційних навичок для родичів.
Групи підтримки для ветеранів	Організація спільнот, де військові можуть ділитися досвідом і отримувати взаємну підтримку.
Системна інституційна підтримка	Впровадження програм скринінгу, моніторингу стану психічного здоров'я та забезпечення доступності медичної допомоги.
Фізична та духовна реабілітація	Практики майндфулнес, йога,, арт-терапія для гармонізації психоемоційного стану.
Інтеграція сучасних технологій	Використання мобільних додатків, онлайн-ресурсів та платформ для дистанційної терапії.
Профілактика ПТСР	Підготовка до стресових ситуацій, тренінги для військових і командирів з управління стресом.

Отже, для покращення роботи з військовими, які страждають на ПТСР, необхідно впровадити комплексний підхід, що включає розширення доступу до

психологічної допомоги, програми раннього втручання, навчання фахівців, підтримку сімей та створення груп підтримки. Інтеграція сучасних технологій та проведення наукових досліджень також є важливими аспектами, які можуть допомогти в поліпшенні ситуації. Такий комплексний підхід дозволить не лише покращити якість життя військових, але й сприяти їх успішній реінтеграції у суспільство.

3.2 Програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців.

Психічне здоров'я військовослужбовців є ключовим аспектом загальної боєздатності армії та успішної інтеграції ветеранів у мирне життя. Через високий рівень травматизації, спричинений бойовими діями, ефективні програми реабілітації мають бути комплексними, враховувати індивідуальні особливості та специфічні потреби військових.

Представлена нами програма передбачає системний підхід до реабілітації військовослужбовців із симптомами ПТСР. Вона базується на сучасних наукових дослідженнях у галузі психології, психіатрії та соціальної роботи й охоплює психотерапевтичні, соціальні, фізичні та профілактичні заходи.

Програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців повинна бути багаторівневою та орієнтованою на інтеграцію психологічної, фізичної та соціальної підтримки. Це дозволяє врахувати всі аспекти, що впливають на психоемоційний стан військових, і забезпечити ефективне відновлення після служби. Вона включає кілька ключових напрямків, які комбінують традиційні методи з інноваційними технологіями.

Індивідуальна терапія є основою для роботи з основними симптомами ПТСР. Вона включає використання таких методів, як терапія експозиції та терапія, спрямована на травму. Терапія експозиції передбачає поступове занурення військовослужбовця в травматичні спогади, що допомагає зменшити емоційний вплив травмуючих подій.

У свою чергу, терапія, спрямована на травму, фокусується на опрацюванні найбільш значущих моментів, які викликають дистрес, з метою зниження їхнього негативного впливу на психіку.

Групова терапія є важливою складовою програми, оскільки вона дає можливість військовим ділитися своїм досвідом у безпечному середовищі. Це сприяє зниженню відчуття ізоляції, формуванню підтримки від однодумців та обміну стратегіями подолання труднощів. Такі групи забезпечують емоційну підтримку і допомагають при соціалізації військових, покращуючи їхнє взаєморозуміння.

Програми психоедукації, спрямовані на підвищення обізнаності військових та їхніх родин щодо природи психічних розладів, дозволяють знижувати соціальну стигму і заохочують своєчасне звернення за допомогою.

Інформування про симптоми ПТСР і способи його лікування важливе для створення підтримуючого середовища та полегшення процесу реабілітації.

Програми соціальної інтеграції військовослужбовців включають в себе низку заходів, спрямованих на повернення військових до активного життя.

Це може бути реалізовано через навчальні курси, що дають можливість здобути нові професії, або через волонтерські проекти, які сприяють розвитку соціальної активності та допомагають реабілітантам відчувати свою корисність для суспільства.

Організація культурних і спортивних заходів також є важливим елементом інтеграції, оскільки допомагає військовослужбовцям відновити соціальні зв'язки і покращити психоемоційний стан.

Програми підтримки сімей військових мають на меті допомогти родинам адаптуватися до змін, що виникають після повернення військовослужбовця додому. Спільні сеанси терапії, тренінги з комунікації та стратегії взаємодії допомагають зміцнити емоційні зв'язки в сім'ї та полегшити процес реінтеграції військового в соціум.

Фізична активність є важливим інструментом для покращення психоемоційного стану військовослужбовців, оскільки вона допомагає

нормалізувати рівень кортизолу, знижує тривожність та покращує загальний фізичний стан. Програми фізичних вправ, зокрема йога, тайцзі та кардіотренування (біг, плавання), допомагають відновити емоційну рівновагу, підвищити рівень енергії та покращити якість сну.

Анімалотерапія, що включає взаємодію з тваринами, такими як собаки або коні, має заспокійливий ефект і сприяє зниженню соціальної ізоляції військових. Робота з терапевтичними тваринами покращує соціальні навички та допомагає у відновленні емоційного зв'язку з оточенням.

Використання віртуальної реальності у програмах відновлення дає можливість відтворювати бойові ситуації в контрольованих умовах. Це дозволяє військовослужбовцям поступово опрацьовувати травматичні спогади без реального фізичного ризику.

Технологія VR дає змогу знижувати інтенсивність флешбеків і тривожних реакцій, що виникають під час згадування травматичних подій.

Мобільні додатки для релаксації та моніторингу настрою є інструментами самопомочі, що дозволяють військовим контролювати рівень стресу, тривожності та депресії. Такі додатки можуть включати практики медитації, програми для оцінки симптомів ПТСР та інші ресурси для покращення психоемоційного стану.

Раннє втручання є важливою складовою довготривалих програм підтримки, що передбачають регулярний скринінг психічного стану військовослужбовців після повернення з бойових дій. Своєчасне виявлення симптомів ПТСР допомагає запобігти розвитку серйозних психічних розладів і забезпечити ефективне лікування на ранніх стадіях.

Лідерські тренінги для командирів спрямовані на навчання розпізнаванню ранніх ознак ПТСР серед підлеглих. Це дозволяє створити підтримуюче середовище в колективі, де кожен солдат може звернутися за допомогою без страху бути засудженим або ізольованим.

Профілактика ПТСР є важливою складовою програми відновлення психічного здоров'я. Тренінги перед розгортанням допомагають

військовослужбовцям адаптуватися до бойових умов та навчитися ефективно справлятися з психологічним стресом.

Техніки управління стресом, що викладаються в рамках цих тренінгів, значно знижують ймовірність розвитку ПТСР у майбутньому.

Програми підготовки до реінтеграції націлені на адаптацію військових до цивільного життя.

Вони включають навчання навичкам соціалізації, відновлення професійних навичок і підтримку адаптації до змін у родинних відносинах.

Складові комплексної програми відновлення психічного здоров'я військовослужбовців надано в табл.3.2.

Таблиця 3.2

Складові комплексної програми відновлення психічного здоров'я військовослужбовців

Напрямок програми	Опис	Методи та інструменти	Очікувані результати
Психологічні програми	Психотерапевтичні заходи, спрямовані на опрацювання травматичних подій, зменшення симптомів ПТСР та покращення емоційного стану.	- індивідуальна терапія (терапія експозиції, робота з травмою); - групова терапія; - психоедукація.	- зниження інтенсивності симптомів ПТСР; - підвищення емоційної стабільності; - формування позитивного ставлення до звернення за допомогою.
Соціальні програми	Заходи для покращення соціальної інтеграції військових у мирне життя, підтримка сімей та розвиток соціальної активності.	- навчальні курси для нових професій; - волонтерські проекти; - культурні й спортивні заходи; - спільні сімейні консультації; - тренінги з комунікації.	- відновлення зв'язків із суспільством; - зменшення соціальної ізоляції; - покращення стосунків у сім'ї; - збільшення почуття корисності

Продовження табл.3.2

Фізична реабілітація	Використання фізичних практик для нормалізації гормонального фону, зменшення тривожності та покращення фізичного стану.	- йога та медитація; - кардіотренування (біг, плавання); - терапія з використанням тварин (анімалотерапія).	- поліпшення фізичного самопочуття; - зменшення тривожності; - гармонізація емоційного стану; - підвищення соціальних навичок через анімалотерапію.
Інноваційні технології	Використання сучасних технологій для терапії, підтримки та моніторингу психічного здоров'я.	- програми віртуальної реальності (VR); - мобільні додатки для релаксації та моніторингу настрою.	- зниження інтенсивності флешбеків; - покращення доступу до терапевтичних інструментів; - самостійне управління психоемоційним станом.
Довготривалі програми підтримки	Створення механізмів для моніторингу та постійної допомоги військовим після завершення бойових дій	- регулярний скринінг психічного здоров'я; - навчання командирів розпізнавати ознаки ПТСР та підтримувати підлеглих.	- раннє виявлення та попередження ускладнень ПТСР; - створення підтримувального середовища; - забезпечення тривалого покращення стану військових.
Профілактичні програми	Заходи, спрямовані на попередження розвитку ПТСР через підготовку до стресових умов і сприяння успішній адаптації до цивільного життя.	- тренінги перед розгортанням; - підготовка до реінтеграції через соціальну адаптацію та професійний розвиток.	- зниження ризику розвитку ПТСР; - підвищення психологічної стійкості; - легша інтеграція в мирне життя; - успішне повернення до професійної діяльності.

Отже, комплексна програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців повинна бути всебічною і адаптованою до індивідуальних

потреб кожного військового. Вона має включати психологічну, соціальну та фізичну реабілітацію, використовуючи традиційні методи та інноваційні технології. Такий підхід сприяє успішному відновленню, знижує ризик розвитку ПТСР та полегшує реінтеграцію військових у мирне життя.

Висновки до третього розділу

Проведене в третьому розділі дослідження дозволяє сформулювати низку практичних рекомендацій та висновків, спрямованих на подолання ПТСР у військовослужбовців.

Розробка ефективних підходів до реабілітації військових з ПТСР вимагає інтеграції психологічних, соціальних, фізичних і технологічних методів, що забезпечують системний підхід до вирішення проблеми. Представлена програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців охоплює ключові аспекти реабілітації, враховуючи як традиційні терапевтичні підходи, так і інноваційні технології.

Психологічна допомога включає індивідуальну та групову терапію, спрямовану на зниження симптомів ПТСР. Зокрема, терапія експозиції та робота з травмою дозволяють військовослужбовцям поступово опрацьовувати травматичні спогади та знижувати їхній емоційний вплив. Групова терапія забезпечує підтримку однодумців і сприяє соціальній адаптації. Психоедукаційні програми для військових і їхніх сімей допомагають знизити стигму та створити сприятливе середовище для реабілітації.

Соціальна підтримка є важливим елементом програми. Заходи з соціальної інтеграції, такі як навчальні курси, волонтерські проекти, а також культурні й спортивні заходи, сприяють поверненню військових до активного життя. Підтримка сімей військовослужбовців через тренінги та консультації допомагає покращити взаємовідносини та створити емоційний зв'язок у родині.

Фізична реабілітація, яка включає йогу, медитацію, кардіотренування та анімалотерапію, відіграє важливу роль у відновленні психоемоційного стану

військових. Ці заходи сприяють нормалізації фізіологічних реакцій на стрес і покращенню загального самопочуття.

Використання інноваційних технологій, таких як програми віртуальної реальності (VR) і мобільні додатки, дозволяє забезпечити доступ до терапевтичних інструментів і підтримувати самоконтроль психоемоційного стану.

Довготривалі програми підтримки, що включають регулярний скринінг психічного здоров'я, є ключовими для своєчасного виявлення та попередження ускладнень ПТСР. Лідерські тренінги для командирів спрямовані на створення підтримуючого середовища у військових підрозділах.

Профілактичні заходи, такі як тренінги з управління стресом перед розгортанням і підготовка до реінтеграції в мирне життя, дозволяють знизити ризик розвитку ПТСР у військових.

Таким чином, запропонована програма відновлення психічного здоров'я є комплексною, орієнтованою на індивідуальні потреби військовослужбовців і сприяє не лише зниженню симптомів ПТСР, але й покращенню якості життя, полегшенню соціальної інтеграції та довготривалому відновленню. Впровадження такої програми в систему реабілітації військових в Україні є важливим завданням, яке має значний науковий і практичний потенціал.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – багатогранне явище, яке виникає внаслідок надзвичайних подій, які перевищують здатність людини до адаптації. У контексті військових дій, ПТСР є поширеним наслідком, що викликаний хронічним стресом, втратами, моральними дилемами та іншими екстремальними умовами.

Механізми розвитку ПТСР є складними та багаторівневими. Сучасні дослідження підтверджують, що як психологічні (дисфункціональні переконання, уникнення), так і біологічні (нейрофізіологічні зміни) фактори відіграють важливу роль у формуванні та підтриманні розладу. Крім того, соціальне середовище, зокрема, військова культура, має значний вплив на розвиток та перебіг ПТСР. Стигматизація психологічних проблем та заохочення стримування емоцій у військовій культурі створюють додаткові бар'єри для звернення за допомогою, ускладнюючи діагностику та лікування.

Проведене дослідження підтвердило високу актуальність проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Комплексний підхід до аналізу проявів, чинників розвитку та напрямків подолання цього розладу дозволив зробити низку важливих наукових і практичних висновків.

Виявлено, що ПТСР є складним психопатологічним станом, що розвивається унаслідок травматичних подій, які перевищують адаптаційні можливості організму. Основними симптомами є флешбеки, емоційна притупленість, тривожність і підвищена фізіологічна збудливість. Аналіз теоретичних джерел підтвердив ефективність когнітивно-поведінкової терапії, терапії експозиції та інших психологічних підходів у подоланні симптомів ПТСР.

У ході дослідження виявлено, що 74,3% опитаних (26 із 35) мають тяжкі прояви ПТСР, 20% (7 респондентів) демонструють помірні симптоми, а лише 5,7% (2 особи) – легкі. Важливо зазначити, що початкових ознак розладу не

зафіксовано, що вказує на тривалий і значний вплив травматичних подій на психічне здоров'я респондентів.

Серед основних симптомів, які найчастіше виявлялися, слід виділити флешбеки (100%), труднощі зі сном та кошмари (80%), емоційну притупленість (40%), а також підвищену тривожність і дратівливість (40%).

Дослідження виявило прямий зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та тяжкістю проявів ПТСР. Військові, які зазнали потужних обстрілів, втрат бойових товаришів або були свідками смерті цивільних осіб, демонстрували найвищу вираженість симптомів. Водночас респонденти, які отримували соціальну підтримку, брали участь у реабілітаційних програмах або отримували психологічну допомогу, мали значно нижчий рівень симптомів порівняно з тими, хто залишався без підтримки. Ці результати підтверджують важливість адаптації реабілітаційних програм до специфічних потреб військових, які перебували в зоні активних бойових дій.

Розроблена програма відновлення психічного здоров'я військовослужбовців охоплює психологічні, соціальні, фізичні та інноваційні методи лікування. Зокрема, запропоновано:

- використання індивідуальної та групової терапії, спрямованої на роботу з травматичними спогадами та емоційною притупленістю;
- підтримку соціальної інтеграції через навчальні курси, волонтерські проекти та заходи з реінтеграції;
- застосування фізичної реабілітації, включаючи програми фізичних вправ, йогу, анімалотерапію;
- інноваційні технології, такі як VR-терапія та мобільні додатки, які дозволяють покращити доступність терапії та забезпечити самоконтроль за станом здоров'я.

Проведене дослідження є важливим внеском у розвиток наукового розуміння проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях. Воно створює підґрунтя для вдосконалення системи психологічної допомоги, яка враховує сучасні

терапевтичні методи, інноваційні технології та соціокультурні особливості. Комплексний підхід до реабілітації є ключем до ефективної підтримки військових, що сприятиме їхній успішній адаптації до мирного життя та підвищенню якості їхнього життя.

Подальші дослідження в цій галузі є критично важливими для розробки ефективних методів лікування та профілактики ПТСР. Особливу увагу слід приділити порівняльному аналізу традиційних терапевтичних підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія та експозиційна терапія, із альтернативними методами, включаючи арт-терапію, музикотерапію та терапію на основі віртуальної реальності. Вивчення їхньої ефективності дозволить визначити найкращі практики, які можна застосовувати для підтримки військових у подоланні наслідків травматичних подій.

Також важливо поглибити розуміння ролі соціальної підтримки в подоланні ПТСР. Дослідження різних форм соціальної взаємодії – сімейної, товариської та суспільної – допоможе виявити найбільш ефективні мережі підтримки, які сприяють зниженню рівня тривожності, ізоляції та інших симптомів ПТСР. Особливо корисним є аналіз потреб різних категорій військовослужбовців, зокрема тих, хто брав участь у бойових діях, і тих, хто виконував тиліві завдання. Це дозволить адаптувати програми реабілітації відповідно до специфіки кожної групи.

Гендерний аспект також заслуговує на увагу, адже чоловіки й жінки можуть демонструвати різні реакції на травматичні події. Розробка гендерно-специфічних програм реабілітації сприятиме ефективнішій допомозі військовослужбовцям з урахуванням їхніх індивідуальних потреб. Не менш важливим є моніторинг довготривалих наслідків ПТСР, що включає вивчення проблеми рецидивів і необхідність тривалої підтримки після завершення первинного лікування.

Культурні та соціальні чинники відіграють ключову роль у формуванні сприйняття ПТСР серед військовослужбовців і впливають на їхню готовність звертатися за допомогою. Адаптація інформаційних кампаній і програм підтримки до специфіки українського соціокультурного контексту сприятиме

зниженню рівня стигматизації та підвищенню ефективності психологічної допомоги. Інноваційні технології, такі як мобільні додатки для моніторингу психічного здоров'я та онлайн-платформи для терапії, також мають значний потенціал для забезпечення постійної підтримки військових.

Крім того, необхідно дослідити взаємозв'язок між фізичними травмами, соматичними захворюваннями та розвитком ПТСР. Комплексні програми, які враховують як фізичні, так і психічні аспекти реабілітації, можуть сприяти загальному відновленню військовослужбовців. Аналіз процесу реінтеграції у цивільне життя дозволить розробити підтримуючі програми, які ефективно відповідають реальним потребам ветеранів.

Міжнародні порівняльні дослідження можуть забезпечити нові перспективи у вивченні підходів до лікування ПТСР. Вивчення кращих практик у різних країнах і їх адаптація до українських умов сприятимуть вдосконаленню системи психологічної допомоги. Таким чином, подальші дослідження в цій галузі здатні значно поліпшити якість життя військовослужбовців, забезпечуючи їм ефективну підтримку на всіх етапах реабілітації та адаптації.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонюк В. В. Інформаційна війна в структурі сучасного геополітичного протиборства: нові контексти та інтерпретації. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 7. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2121> (дата звернення: 30.11.2024).
2. Блінов О. О. Психологія бойової психічної травми : монографія. – Київ : Талком, 2016. 246 с.
3. Вільямс М., С. Пайюла. ПТСР робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Науковий світ. 2024. 228 с.
4. В Україні – 1 млн учасників бойових дій – Олександр Порхун URL: <https://www.armyfm.com.ua/v-ukraini--mln-uchasnykiv-boiovykh-dii--oleksandr-porkhun/> (дата звернення: 30.11.2024).
5. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. № 1. С. 228–240.
6. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-zprofilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 30.11.2024).
7. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навч. посіб. Миколаїв : Іліон, 2016. 341 с.
8. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медикопсихологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5–16.
9. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

10. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного університету оборони України. 2019. № 50(2). С. 65–73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

11. Карвацька, Н. С. "Психологічна реабілітація хворих із посттравматичним стресовим розладом із урахуванням стану нервової системи". БДМУ. 2020. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/17653>. (Режим доступу 24.11.2024).

12. Корольчук, О. Л. "Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні". Інвестиції: практика та досвід. 2021. С.104–11.

13. Круз Вірджинія. Терапія ПТСР для військових. Як повернутися до нормального життя. Науковий світ. 2024.128 с.

14. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки. 2020. С. 190-195. DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-26>

15. Матяш М. М., Худенко Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. Український медичний часопис. 2014. - № 6. С. 124-127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_6_31 (дата звернення: 30.11.2024).

16. Нечаєва О.О. "Ефективність застосування програми «соціально-психологічної підтримки адаптації» з участю медсестринського процесу у реабілітації військовослужбовців зс україни – учасників бойових дій". Тернопіль, 2021. URL: <https://repository.tdmu.edu.ua//handle/123456789/17163>. (Режим доступу 24.11.2024).

17. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України учасників бойових дій. Медсестринство. 2020. № 4. С. 23–26.

18. Пам'ятка психологу для психологічного супроводження військовослужбовців в екстремальних умовах: методичний посібник. Київ. «КНТ». 2023. 78 с.

19. Психологічна робота з військовослужбовцями- учасниками бойових дій на етапі відновлення. Методичний посібник. Київ. «Центр учбової літератури». 2023. 283 с.

20. Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дезадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки) в умовах воєнного конфлікту та після його завершення. Методичні рекомендації. Київ. «Центр учбової літератури». 2023. 80 с.

21. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). Економіка та держава. 2012. № 3. С. 103–106.

22. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. НЕЙРОNEWS. 2019. С. 30-36.

23. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово». 2020. 178 с.

24. Фрідман М. Дж. ПТСР – історія та загальний огляд. Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016. 124 с.

25. Хоружий С., Лозінська Н., Пішко І., Олійник В., Сириця М. Практикум з індивідуального психологічного консультування військово-службовців, ветеранів та членів їх сімей: навчально-методичний посібник. Київ. «Центр учбової літератури». 2023. 90 с.

26. Чарльз Гоуг. Одного разу воїн - воїн назавжди. Як повернутися до звичного життя після бойових дій/ пер.з англ. Ольга Корнюшина. К.: Наш Формат. 2024. 352 с.

27. Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О., Кирилюк С. С. Клініко-психологічні особливості осіб із різними формами постстресових психічних порушень. *Медична психологія*. 2017. № 2. С. 7–11.
28. Що таке посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) // *Understanding Post-Traumatic Stress Disorder*. 2022. URL: https://www.psychologytools.com/assets/ukraine/understanding_post_traumatic_stress_disorder_ptsd_uk.pdf (Режим доступу 24.11.2024).
29. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, № 4. P. 319–345.
30. Rauch S. L., Shin L. M., Phelps E. A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research – past, present, and future. *Biological Psychiatry*. 2006. Vol. 60, № 4. P. 376–382.
31. Bremner J. D. Traumatic stress: Effects on the brain // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006. Vol. 8, № 4. P. 445–461.
32. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346, № 2. P. 108–114.
33. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, № 4. – P. 319–345.
34. Rauch S. L., Shin L. M., Phelps E. A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research – past, present, and future. *Biological Psychiatry*. 2006. Vol. 60, № 4. P. 376–382.
35. Litz B. T., Stein N., Delaney E., et al. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy // *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695–706.
36. Yehuda R., LeDoux J. Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 2007. Vol. 56, № 1. P. 19–32.
37. Foa E. B., et al. The development of the PTSD diagnosis // *Journal of Anxiety Disorders*. 2013. Vol. 27, № 8. P. 741–751.

ДОДАТКИ

Додаток А

Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5)						
№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Анітрохи	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

Продовження дод. А

8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові	0	1	2	3	4

Продовження дод. А

	по відношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4