

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

РОМАНЮК Тетяна Миколаївна

Особливості надання психологічної допомоги
військовослужбовцям з ПТСР /
Features of providing psychological assistance to servicemen with PTSD

спеціальність: 053 – Психологія
освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ПСзмл-21
Т.М. Романюк

Науковий керівник:
к.пс.н., доцент Я.М. Бугерко

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **А.Н. Гірняк**

ТЕРНОПІЛЬ-2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ	6
1.1. Сутнісний, зміст, структура, феноменологія посттравматичного розладу	6
1.2. Психологічні особливості військових з посттравматичним порушенням інтелектуальної та емоційно-вольової сфери	11
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСПІШНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПТСР.....	21
2.1. Організаційно-змістові аспекти психологічної допомоги учасникам бойових дій.	22
2.2. Технологія подолання проявів ПТСР у військовослужбовців на основі відновлення їх внутрішніх і зовнішніх ресурсів	29
Висновки до розділу 2	33
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
3.1. Характеристика основних методів дослідження.....	35
3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	39
3.3. Програма психологічної корекції посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців	43
Висновки до розділу 3	47
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	53

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Військові дії на території України призвели до значного збільшення кількості військовослужбовців, які зазнали посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними досліджень, поширеність ПТСР серед учасників бойових дій становить від 10% до 50%. Це створює серйозні виклики для системи психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців. ПТСР є складним комплексним розладом, який негативно впливає на когнітивну, емоційну, поведінкову сфери особистості, знижує якість життя, професійну та соціальну адаптацію. Тому розробка ефективних методів психологічної допомоги військовослужбовцям з даним розладом є надзвичайно актуальним завданням сучасної психологічної науки і практики.

Стан наукової розробки теми. Проблеми посттравматичного стресового розладу почали активно розглядатися науковцями з 80-х років XX століття у зв'язку з вивченням психічних порушень у американських ветеранів в'єтнамської війни. На сьогодні існують різні підходи стосовно концептуалізації травматичного досвіду, поширення набула концепція «емоційної дезадаптивної схеми» (Boterhove H., Elliott R., Greenberg L., Hayes C., Yong J.), робиться акцент на вивченні різних патологічних змін особистості, які відбуваються внаслідок травматичних ситуацій (О.О. Лазебна, D. King). Починаючи з 2014 року значно інтенсифікувалось вивчення зазначеної проблеми українськими дослідниками (Н. А. Агаєв, А. О. Грибок, В. В. Горбунова, В. О. Климчук, М.С. Корольчук, В.І. Осьодло, І.І. Приходько, В.В. Стасюк, Т.М. Титаренко, І.О. Черненко, Л.Ф. Шестопалова та ін.). Значна кількість досліджень пов'язана з медико-психологічними аспектами зазначеної проблеми (Ю.Ващенко, Б.Карвасарський, Н.Коляденко, Ю.Романенко, Г.Мозгова, О.Фітькало та ін.). Вивченню специфіки стресу у військовій діяльності присвячено дослідження О.Бойка, Г.Дубровинського, Л.Корня, О. Кокун, В. В. Коширець, Н. Лозінської, І. Пішко, А.Романишина та ін.

Незважаючи на значну кількість досліджень з даної проблематики, проблема психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР залишається недостатньо вивченою. Зокрема, потребують уточнення психологічні чинники ефективності такої допомоги, організаційно-методичні аспекти її надання в умовах військової служби, технології відновлення внутрішніх ресурсів особистості. Актуальність зазначеної проблеми та її недостатня розробленість зумовили вибір теми дослідження: «Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР».

Метою дослідження є обґрунтування чинників та умов надання ефективної психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР.

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

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу.
2. Визначити психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР.
3. Обґрунтувати психологічні чинники ефективності психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР.
4. Емпірично дослідити прояви ПТСР у військовослужбовців-учасників бойових дій.
5. Розробити та апробувати програму психологічної корекції посттравматичних порушень у військовослужбовців.

Об'єкт вивчення – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження – соціально-психологічні умови і чинники надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань використано комплекс методів: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення), емпіричні (спостереження, бесіда, тестування, експеримент), методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- вперше визначено психологічні чинники ефективності психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР;
- уточнено та доповнено наукові уявлення про психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР;
- набули подальшого розвитку положення про організацію психологічної допомоги учасникам бойових дій.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці та апробації програми психологічної корекції посттравматичних порушень у військовослужбовців. Результати дослідження можуть бути використані психологами, які працюють з військовослужбовцями, у системі підготовки та підвищення кваліфікації військових психологів.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та емпіричні засновки роботи висвітлювалися на II Всеукраїнській науково-практичній конференції «Особистість і суспільство: психосоціальні виміри когнітивної взаємодії» (30 квітня 2024 р., м. Тернопіль) та міжнародній науково-практичній конференції «Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації» (1 листопада 2024 р., м. Тернопіль). За результатами проведеного дослідження опубліковано тези «Психологічні особливості прояву моральної травми у військовослужбовців» та «Психологічна стійкість як важливий фактор відновлення ментального здоров'я учасників бойових дій».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (49 найменувань) та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ

1.1. Сутнісний зміст, структура, феноменологія посттравматичного розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, який виникає як відстрочена або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Це може бути природна катастрофа, бойові дії, серйозна аварія, спостереження за насильницькою смертю інших або роль жертви тортур, тероризму, зґвалтування чи іншого злочину [1, с. 271-272]. ПТСР є унікальним серед психічних розладів тим, що його виникнення безпосередньо пов'язане з конкретною травматичною подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду.

Сутнісний зміст ПТСР полягає в нездатності психіки повністю інтегрувати травматичний досвід, що призводить до стійких змін у функціонуванні нервової системи та психологічних процесах. Ці зміни проявляються у вигляді характерних симптомів, які можуть суттєво впливати на якість життя людини та її здатність функціонувати в суспільстві [2, с. 10-11].

Структура ПТСР включає три основні групи симптомів:

1. Повторне переживання травматичної події (інтрузії): Це можуть бути нав'язливі спогади, які виникають мимоволі і супроводжуються сильними негативними емоціями. Часто люди з ПТСР страждають від кошмарних снів, пов'язаних з травмою. Особливо яскравим проявом цієї групи симптомів є флешбеки - стани, під час яких людина відчуває, ніби травматична подія відбувається знову в теперішньому часі. Ці переживання можуть бути настільки інтенсивними, що людина тимчасово втрачає зв'язок з реальністю [13, с. 791-792].

2. Уникнення стимулів, пов'язаних з травмою: Це проявляється у свідомих чи несвідомих спробах уникнути думок, почуттів, розмов, діяльності, місць або людей, які нагадують про травматичну подію. Людина може відчувати емоційне оніміння, втрату інтересу до раніше важливих видів діяльності, відчуження від інших людей. Цей симптом часто призводить до значного звуження життєвого простору та соціальної ізоляції [21, с. 78-80].
3. Підвищена збудливість: Ця група симптомів включає проблеми зі сном (труднощі з засинанням або підтриманням сну), дратівливість або спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, надмірну настороженість (гіпервігільність), перебільшену реакцію переляку. Ці симптоми відображають постійну готовність нервової системи до небезпеки, що призводить до хронічного стресу та виснаження [13, с. 791-792].

Крім цих основних груп симптомів, структура ПТСР також включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Когнітивні порушення можуть проявлятися у вигляді негативних думок про себе та світ, почуття провини або сорому. Людина може вважати, що світ став повністю небезпечним місцем, або що вона назавжди змінилася на гірше через травму. Емоційні прояви включають тривогу, депресію, емоційне оніміння. Часто спостерігається нездатність відчувати позитивні емоції або відчуття скороченого майбутнього. Поведінкові зміни можуть проявлятися у формі агресії, ризикованої або самоушкоджуючої поведінки [21, с. 78-80; 22, с. 112-114].

Феноменологія ПТСР є складною та багатогранною. Важливо розуміти, що ПТСР - це не просто сукупність симптомів, а глибока зміна в сприйнятті себе та навколишнього світу. Люди з ПТСР часто відчують, що світ став небезпечним місцем, втрачають довіру до інших людей та до себе. Вони можуть відчувати себе постійно в небезпеці, навіть у безпечному середовищі, що призводить до хронічного стресу та виснаження [22, с. 112-114].

Порушення сприйняття часу є одним із ключових аспектів феноменології ПТСР, що суттєво впливає на життєвий досвід постраждалих. Це явище

виходить за межі простого "застрягання" в травматичному минулому і охоплює складні зміни у сприйнятті теперішнього та майбутнього. Люди з ПТСР часто описують відчуття, ніби час зупинився в момент травми, створюючи постійне "тут і зараз" травматичного досвіду [2, с. 15-17]. Це призводить до труднощів у розмежуванні минулого та теперішнього, коли травматичні спогади відчуються так само яскраво, як поточні події.

Концепція "скороченого майбутнього" є особливо показовою в цьому контексті. Вона відображає нездатність людини з ПТСР уявляти позитивне майбутнє або планувати його [21, с. 82-83]. Це може проявлятися у різних формах: від труднощів у плануванні повсякденних справ до неможливості мріяти про довгострокові цілі чи бачити себе в майбутніх життєвих ролях (наприклад, як батька чи успішного професіонала). Деякі постраждалі описують це як "життя від дня до дня" або відчуття, що їхнє життя "закінчилося" з моменту травми [22, с. 118-120].

Ця зміна часової перспективи має глибокі наслідки для психологічного функціонування та якості життя. Вона може призводити до втрати мотивації, відчуття безнадії та депресивних симптомів. Крім того, порушення відчуття часу може впливати на здатність формувати та підтримувати міжособистісні стосунки, оскільки людина може відчувати себе "відірваною" від нормального плину життя [29, с. 152-154]. Розуміння цього аспекту ПТСР є критично важливим для розробки ефективних терапевтичних підходів, які допомагають відновити здорове сприйняття часу та здатність планувати майбутнє.

Важливо зазначити, що ПТСР може мати відстрочений початок. Деякі дослідження показують, що симптоми можуть проявитися через місяці або навіть роки після травматичної події [7, с. 431-432; 17, с. 395-396; 18, с. 782-783]. Це явище, відоме як "відстрочений ПТСР", підкреслює важливість довгострокового спостереження за людьми, які пережили травматичні події. Механізми, що лежать в основі відстроченого ПТСР, ще не повністю зрозумілі, але можуть включати накопичення стресу з часом, зміни в соціальній підтримці або виникнення тригерів, які активують травматичні спогади.

У контексті військових дій ПТСР набуває особливих характеристик, які відрізняють його від ПТСР, спричиненого цивільними травмами. Військовослужбовці часто стикаються з множинними, повторюваними травматичними подіями протягом своєї служби, що може призвести до розвитку складної форми ПТСР [32, с. 45-47]. Ця форма розладу характеризується більш комплексною та інтенсивною симптоматикою, яка виходить за рамки класичних проявів ПТСР.

Складна форма ПТСР у військових може включати глибокі проблеми з регуляцією емоцій. Це може проявлятися у вигляді раптових, інтенсивних емоційних спалахів, тривалих періодів емоційного оніміння, або швидких переходів між цими станами [36, с. 95-96]. Військовослужбовці можуть відчувати труднощі у контролі гніву, що часто призводить до конфліктів у особистому та професійному житті.

Міжособистісні труднощі є ще одним ключовим аспектом складної форми ПТСР у військових. Вони можуть проявлятися у формі соціальної ізоляції, недовіри до оточуючих, проблем у формуванні та підтримці близьких стосунків [38, с. 72-74]. Часто спостерігається відчуження від цивільного суспільства, труднощі у реінтеграції після повернення з служби.

Зміни в системі переконань та ідентичності є особливо глибокими у військових з ПТСР. Травматичний досвід може призвести до фундаментальної переоцінки власних моральних цінностей, втрати віри в справедливість світу, або кризи ідентичності [31, с. 58-60]. Військові можуть відчувати труднощі у примиренні своїх дій під час служби з особистими моральними принципами, що призводить до так званої "моральної травми".

Крім того, складна форма ПТСР у військових часто супроводжується підвищеним ризиком суїцидальної поведінки, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами [45, с. 18-19]. Це може бути спробою впоратися з інтенсивними емоційними станами або заглушити травматичні спогади.

Важливо зазначити, що ця складна форма ПТСР може бути більш стійкою до традиційних методів лікування, вимагаючи комплексного, довготривалого терапевтичного підходу [40, с. 112-114]. Розуміння цих особливостей ПТСР у військовому контексті є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики, діагностики та лікування, а також для створення систем підтримки, які враховують унікальні потреби військовослужбовців та ветеранів.

Крім того, військова культура може створювати додаткові бар'єри для звернення за допомогою через страх стигматизації [3, с. 1602-1603]. Військовослужбовці можуть сприймати психологічні проблеми як ознаку слабкості, що не відповідає образу сильного воїна. Це може призводити до затримки у зверненні за допомогою та погіршення симптомів з часом.

Важливо також розуміти, що ПТСР часто супроводжується коморбідними розладами. Дослідження показують високу частоту супутніх депресивних розладів, тривожних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [6, с. 1742-1743]. Ця коморбідність може ускладнювати діагностику та лікування ПТСР, вимагаючи комплексного підходу до терапії.

Розуміння нейробіологічних основ ПТСР також є важливим аспектом його феноменології. Дослідження показують, що ПТСР пов'язаний зі змінами в функціонуванні мигдалеподібного тіла, гіпокампу та префронтальної кори головного мозку. Ці зміни можуть пояснювати такі симптоми, як гіперреактивність на загрозу, проблеми з пам'яттю та труднощі з регуляцією емоцій [16, с. 4-6].

У контексті діагностики ПТСР важливо зазначити, що критерії для цього розладу змінювалися з часом. Наприклад, у DSM-5 були внесені значні зміни в критерії ПТСР порівняно з попередніми версіями, включаючи додавання нової групи симптомів, пов'язаних з негативними змінами в когніціях та настрої [1, с. 271-272]. Ці зміни відображають розвиток нашого розуміння природи та проявів ПТСР.

Розуміння сутності, структури та феноменології ПТСР є критично важливим для ефективної діагностики та лікування цього розладу, особливо в контексті надання допомоги військовослужбовцям та ветеранам бойових дій. Це розуміння дозволяє розробляти більш ефективні стратегії профілактики, раннього виявлення та лікування ПТСР, що може значно покращити якість життя людей, які пережили травматичні події.

У підсумку, ПТСР є складним та багатогранним розладом, який глибоко впливає на психологічне, соціальне та фізіологічне функціонування людини. Його вивчення вимагає міждисциплінарного підходу, що об'єднує знання з психології, психіатрії, нейробіології та соціальних наук. Подальші дослідження в цій галузі можуть допомогти розробити більш ефективні методи лікування та підтримки людей з ПТСР, особливо в контексті військових конфліктів та інших масштабних травматичних подій.

1.2. Психологічні особливості військових з посттравматичним порушенням інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним з найбільш поширених і серйозних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях. Це комплексний розлад, який суттєво впливає на різні аспекти психічного функціонування людини, зокрема на інтелектуальну та емоційно-вольову сфери. Розуміння психологічних особливостей військових з ПТСР є критично важливим для ефективного надання їм психологічної допомоги та підтримки.

Військовослужбовці, які пережили травматичні події під час бойових дій, часто стикаються з низкою психологічних проблем, які можуть *persist* протягом тривалого часу після повернення до мирного життя. ПТСР характеризується повторним переживанням травматичної події, уникненням стимулів, пов'язаних з травмою, негативними змінами у когнітивній сфері та настрої, а також підвищеною збудливістю [1]. Ці симптоми можуть суттєво вплинути на

здатність військового до адаптації у цивільному житті та виконання професійних обов'язків.

У контексті інтелектуальної сфери, військові з ПТСР часто демонструють значні зміни у когнітивному функціонуванні. Дослідження показують, що ПТСР може негативно впливати на увагу, пам'ять, швидкість обробки інформації та виконавчі функції [13]. Військовослужбовці можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, особливо при виконанні складних завдань або в ситуаціях з високим рівнем стресу. Це може проявлятися у вигляді легкої відволікаємості, труднощів з утриманням уваги на тривалих завданнях, або нездатності ефективно переключатися між різними видами діяльності.

Проблеми з пам'яттю є ще одним поширеним симптомом у військових з ПТСР. Вони можуть мати труднощі з запам'ятовуванням нової інформації, відтворенням важливих деталей з минулого, або навіть з пригадуванням певних аспектів травматичної події [6]. Це може бути пов'язано з гіперактивацією мигдалеподібного тіла та зниженням активності гіпокампа - структур мозку, які відіграють ключову роль у формуванні та зберіганні спогадів. Швидкість обробки інформації також часто страждає у військових з ПТСР. Вони можуть відчувати, що їм потрібно більше часу для розуміння та реагування на інформацію, особливо в стресових ситуаціях. Це може призводити до зниження ефективності у професійній діяльності та повсякденному житті [17].

Виконавчі функції, які включають планування, організацію, прийняття рішень та вирішення проблем, також можуть бути порушені у військових з ПТСР. Вони можуть відчувати труднощі з постановкою цілей, розробкою стратегій для досягнення цих цілей, або адаптацією до нових ситуацій [12]. Це може проявлятися у вигляді імпульсивності, труднощів з плануванням майбутнього, або нездатності ефективно вирішувати складні проблеми.

Значних змін зазнає і емоційно-вольова сфера військових з ПТСР. Одним з найбільш характерних симптомів є підвищена тривожність та гіперпильність [7]. Військові можуть постійно перебувати у стані "бойової готовності", навіть коли реальної загрози немає. Це може проявлятися у вигляді надмірної

настороженості, легкої збудливості, проблем зі сном, або панічних атак при зіткненні з тригерами, що нагадують про травматичну подію. Депресія є ще одним поширеним супутнім розладом у військових з ПТСР [48]. Вона може проявлятися у вигляді постійного пригніченого настрою, втрати інтересу до раніше приємних видів діяльності, почуття безнадії щодо майбутнього, або навіть суїцидальних думок. Депресія може значно ускладнювати процес відновлення та адаптації військового до мирного життя.

Характерною особливістю військових з ПТСР є проблеми з регуляцією емоцій. Вони можуть відчувати труднощі з контролем гніву, демонструвати раптові спалахи агресії, або, навпаки, емоційне оніміння та відсторонення [2]. Ця емоційна нестабільність може суттєво впливати на міжособистісні стосунки, створюючи напругу в сім'ї та на роботі. Часто у військових з ПТСР спостерігаються зміни у системі цінностей та світогляді також. Вони можуть відчувати втрату сенсу життя, розчарування у людях або суспільстві, або зміну пріоритетів після пережитого травматичного досвіду [22]. Це може призводити до труднощів з адаптацією до цивільного життя та пошуком свого місця у суспільстві після повернення з війни.

Важливо відзначити, що ПТСР можуть супроводжуватися іншими психічними розладами, такими як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, або розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин [14]. Наприклад, деякі військові можуть звертатися до алкоголю або наркотиків як способу самолікування симптомів ПТСР, що може призводити до розвитку залежності [45]. Психологічні особливості військових з ПТСР можуть проявлятися і у зміні поведінкових патернів. Багато з них демонструють унікаючу поведінку, намагаючись триматися подалі від ситуацій, місць або людей, які нагадують про травматичну подію [19]. Це може призводити до соціальної ізоляції та труднощів з реінтеграцією у суспільство. Крім того, частина з них може демонструвати підвищену ризиковану поведінку. Це може проявлятися у вигляді небезпечного водіння, участі у бійках, або інших форм

самодеструктивної поведінки [26]. Така поведінка може бути спробою відчутти "адреналін" або подолати емоційне оніміння, характерне для ПТСР.

Симптоми ПТСР можуть змінюватися з часом. У деяких випадках спостерігається затримка у розвитку симптомів, коли повний спектр ПТСР проявляється через місяці або навіть роки після травматичної події [7]. Це явище відоме як "*відстрочений ПТСР*" і може створювати додаткові труднощі у діагностиці та лікуванні.

Психологічні особливості військових з ПТСР можуть впливати на їхню здатність до *соціальної адаптації* та професійної реалізації. Багато військових відчують труднощі з поверненням до цивільного життя, знаходженням роботи, або підтриманням стабільних міжособистісних стосунків [10]. Це може бути пов'язано з комбінацією факторів, включаючи когнітивні порушення, емоційну нестабільність, та зміни у системі цінностей.

Важливо відзначити, що не всі військові, які пережили травматичні події, розвивають ПТСР. Фактори, які впливають на розвиток ПТСР, включають інтенсивність та тривалість травматичного досвіду, індивідуальні особливості особистості, наявність соціальної підтримки, та попередній досвід травм [29]. Розуміння цих факторів є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування посттравматичного стресового розладу у військових.

Одним з ключових аспектів психологічних особливостей військових з ПТСР є зміна у сприйнятті себе та навколишнього світу. Багато військових повідомляють про почуття провини або сорому, пов'язані з їхнім досвідом на війні [21]. Це може бути пов'язано з діями, які вони були змушені виконувати, або з почуттям, що вони не зробили достатньо для захисту своїх товаришів. Такі почуття можуть призводити до зниження самооцінки та труднощів з самоприйняттям.

Крім того, військові з ПТСР часто демонструють зміни у сприйнятті безпеки та довіри. Вони можуть відчувати, що світ є небезпечним місцем, і мати труднощі з довірою до інших людей, включаючи близьких друзів та

членів сім'ї [41]. Це може призводити до проблем у міжособистісних стосунках та ускладнювати процес соціальної реінтеграції.

Окремої уваги заслуговує питання стигматизації психічних розладів у військовому середовищі. Багато військових відчують страх або сором щодо визнання наявності психологічних проблем, побоюючись, що це може негативно вплинути на їхню кар'єру або сприйняття їх товаришами по службі [3]. Це може призводити до затримки у зверненні за допомогою та ускладнювати процес відновлення.

Широких досліджень набуло вивчення питання резильєнтності та посттравматичного зростання у контексті ПТСР у військових. Незважаючи на серйозні психологічні наслідки травматичного досвіду, деякі військові демонструють здатність не тільки відновитися після травми, але й досягти особистісного зростання [30]. Це може проявлятися у вигляді підвищеної цінності життя, поглиблення міжособистісних стосунків, або відчуття більшої особистої сили. Резильєнтність, або психологічна стійкість, може бути важливим захисним фактором проти розвитку ПТСР, а також сприяти більш ефективному відновленню після травми [там же]. Розуміння факторів, які сприяють резильєнтності, та розробка стратегій її підвищення є важливими напрямками у профілактиці та лікуванні ПТСР у військових.

Розуміння складної природи ПТСР та його впливу на різні аспекти функціонування військових є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики, діагностики та лікування цього розладу. Комплексний підхід, який враховує індивідуальні особливості кожного військового, культурні фактори та специфіку військового досвіду, є необхідним для надання ефективної допомоги та підтримки військовим з ПТСР.

Важливою є роль сім'ї та соціальної підтримки у процесі відновлення військових з ПТСР. Дослідження показують, що наявність міцної соціальної мережі та підтримки близьких людей може значно покращити прогноз та полегшити симптоми посттравматичного стресового розладу [41]. Однак, посттравматичний стресовий розлад може також негативно впливати на сімейні

стосунки, створюючи напругу та конфлікти. Тому важливим аспектом його лікування є також робота з сім'ями військових, надання їм інформації про розлад та навчання стратегіям підтримки.

Окремо вивчають вплив посттравматичного розладу на професійне функціонування військових. Багато військових з ПТСР відчують труднощі з поверненням до роботи або знаходженням нового місця роботи після звільнення зі служби [10]. Це може бути пов'язано з різними факторами, включаючи когнітивні порушення, проблеми з концентрацією уваги, труднощі з соціальною взаємодією, або зміну пріоритетів після травматичного досвіду. Тому важливою складовою реабілітації військових з ПТСР є професійна орієнтація та підтримка у пошуку роботи або адаптації до нових професійних умов. Важливо також звернути увагу на роль духовності та релігійності у контексті ПТСР у військових. Для багатьох військових духовні або релігійні переконання можуть бути важливим ресурсом подолання наслідків травматичного досвіду [11]. Однак, травматичні події можуть також призвести до духовної кризи або втрати віри. Тому важливо враховувати духовний аспект у процесі реабілітації військових з ПТСР.

Ще одним аспектом психологічних особливостей військових з ПТСР є *зміна часової перспективи*. Багато військових з ПТСР відчують "застрягання" у минулому, постійно переживаючи травматичні події, або навпаки, відчують труднощі з плануванням майбутнього [22]. Це може призводити до проблем з постановкою цілей та реалізацією життєвих планів.

Важливо також розглянути питання коморбідності ПТСР з іншими психічними розладами. Дослідження показують, що зазначений розлад часто супроводжується депресією, тривожними розладами, розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин [14]. Наприклад, за даними дослідження Чабана О.С. та Безшейко В.Г., серед учасників бойових дій в зоні АТО з ПТСР, 32% мали супутню депресію, а 17% - генералізований тривожний розлад [48]. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування ПТСР, який враховує можливість наявності супутніх розладів.

Особливої уваги заслуговує питання суїцидального ризику серед військових з посттравматичним стресовим розладом. Дослідження показують, що ПТСР значно підвищує ризик суїцидальних думок та поведінки серед військових [11]. Це може бути пов'язано з інтенсивністю емоційного страждання, почуттям безнадії, проблемами з адаптацією до цивільного життя, а також з впливом супутніх розладів, таких як депресія. Тому оцінка суїцидального ризику та розробка стратегій його зниження є критично важливими компонентами роботи з військовими, які мають зазначений розлад.

У військових з ПТСР відбуваються нейробіологічні зміни у розвитку та підтриманні. Дослідження показують, що даний розлад пов'язаний зі змінами в структурі та функціонуванні певних ділянок мозку, зокрема мигдалеподібного тіла, гіпокампа та префронтальної кори [13]. Ці зміни можуть пояснювати багато симптомів ПТСР, включаючи підвищену реактивність на стрес, проблеми з пам'яттю та труднощі з регуляцією емоцій. Розуміння цих нейробіологічних механізмів є важливим для розробки ефективних методів лікування ПТСР.

Важливо також розглянути питання впливу множинних травматичних подій на розвиток та прояви ПТСР у військових. Дослідження показують, що військові, які пережили множинні травматичні події, мають вищий ризик розвитку посттравматичного розладу та більш складну симптоматику [6]. Це може бути пов'язано з кумулятивним ефектом травм, які можуть взаємно посилювати одна одну та ускладнювати процес відновлення. Вивчення впливу ПТСР на когнітивні функції військових, зокрема на процеси прийняття рішень, показують, що військові з ПТСР можуть демонструвати зміни у стратегіях прийняття рішень, зокрема тенденцію до більш ризикованих або імпульсивних рішень [12]. Це може бути пов'язано з порушенням функціонування префронтальної кори мозку, яка відповідає за виконавчі функції та контроль імпульсів.

Ще одним важливим аспектом є вплив ПТСР на фізичне здоров'я військових. Дослідження показують, що ПТСР пов'язаний з підвищеним

ризиком різних соматичних захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання, автоімунні розлади, хронічний біль [13]. Це може бути пов'язано як з прямим впливом хронічного стресу на організм, так і з непрямими факторами, такими як нездорові поведінкові патерни (наприклад, зловживання алкоголем, куріння, недостатня фізична активність), які часто спостерігаються у осіб з ПТСР.

Вивчення впливу ПТСР на когнітивні схеми та базові переконання військових показало, що виникнення значних змін у світогляді та системі цінностей, включаючи втрату базової довіри до світу, почуття безпорадності та безнадії, зміну уявлень про справедливість та сенс життя [22]. Ці зміни можуть мати глибокий вплив на особистість військового та його здатність адаптуватися до цивільного життя.

Ще одним важливим аспектом є вплив ПТСР на здатність військових до емпатії та соціального *cognition*. Дослідження показують, що військові з ПТСР можуть мати труднощі з розумінням емоцій інших людей, інтерпретацією соціальних сигналів, та підтриманням глибоких емоційних зв'язків [2]. Це може бути пов'язано як з нейробіологічними змінами, так і з психологічними захисними механізмами, такими як емоційне оніміння.

Важливо також звернути увагу на роль культурних факторів у розвитку та проявах ПТСР у військових. Культурні норми та очікування можуть впливати на те, як військові сприймають та реагують на травматичні події, а також на їхню готовність шукати допомогу [4]. Наприклад, в культурах, де емоційна стриманість вважається ознакою сили, військові можуть бути менш схильні визнавати наявність психологічних проблем або шукати професійну допомогу. Іншим важливим аспектом є вплив ПТСР на самоідентичність військових. Травматичний досвід та його наслідки можуть призводити до глибоких змін у самосприйнятті та ідентичності військового [25]. Це може включати втрату відчуття цілісності особистості, зміну ролей та статусів, труднощі з інтеграцією військового досвіду в загальну життєву історію. Ще одним важливим аспектом є вплив ПТСР на здатність військових до саморегуляції та самоконтролю.

Дослідження показують, що військові з ПТСР можуть мати труднощі з регуляцією своїх емоцій, контролем імпульсів, управлінням стресом [19]. Це може проявлятися у вигляді раптових спалахів гніву, ризикованої поведінки, зловживання алкоголем або наркотиками як способу самолікування.

Існують дослідження, які показують вплив ПТСР на духовність та екзистенційні аспекти життя військових. Травматичний досвід може призводити до глибоких духовних криз, втрати віри, або, навпаки, до посилення релігійності як способу подолання травми [11]. Крім того, ПТСР часто пов'язаний з екзистенційними питаннями, такими як пошук сенсу життя, подолання почуття провини за виживання, переосмислення цінності людського життя[3; 21].

Підсумовуючи, можна сказати, що психологічні особливості військових з посттравматичним порушенням інтелектуальної та емоційно-вольової сфери є складним та багатоаспектним феноменом. ПТСР впливає на широкий спектр психологічних функцій, включаючи когнітивні процеси, емоційну регуляцію, соціальну взаємодію, самосприйняття та світогляд. Розуміння цих особливостей є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики, діагностики та лікування ПТСР у військових.

Важливо підкреслити, що хоча ПТСР може мати серйозні негативні наслідки для психологічного функціонування військових, багато з них демонструють значну резильєнтність та здатність до відновлення. З адекватною підтримкою та лікуванням, багато військових з ПТСР можуть не тільки подолати симптоми розладу, але й досягти посттравматичного зростання, знаходячи нові сенси та цілі в житті. Розуміння складної природи ПТСР та його впливу на різні аспекти психологічного функціонування військових є основою для розробки комплексних, індивідуалізованих підходів до лікування та реабілітації. Такі підходи повинні враховувати не тільки симптоми ПТСР, але й широкий спектр психологічних, соціальних та культурних факторів, які впливають на розвиток та перебіг розладу.

Висновки допершого розділу

Здійснений аналіз наукових джерел показує, що ПТСР є складним психічним розладом, який виникає як відстрочена реакція на травматичну подію надзвичайно загрозливого або катастрофічного характеру. Його сутність полягає в нездатності психіки повністю інтегрувати травматичний досвід, що призводить до стійких змін у функціонуванні нервової системи та психологічних процесах. Структура ПТСР містить три основні групи симптомів: повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою та підвищена збудливість. Зазначений розлад характеризується когнітивними, емоційними та поведінковими порушеннями.

Феноменологія ПТСР у військових має свої особливості, пов'язані зі специфікою бойового досвіду. Це включає множинні, повторювані травматичні події, моральні травми, зміни в системі цінностей та ідентичності. Психологічні особливості військових з ПТСР проявляються у порушеннях когнітивної сфери (проблеми з увагою, пам'яттю, швидкістю обробки інформації), емоційно-вольової сфери (підвищена тривожність, депресія, проблеми з регуляцією емоцій), а також у змінах поведінки та світогляду. Окрім того посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується коморбідними розладами, такими як депресія, тривожні розлади, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, що ускладнює діагностику та лікування. Важливими факторами, що впливають на розвиток та перебіг ПТСР у військових, є соціальна підтримка, культурні фактори, стигматизація психічних розладів у військовому середовищі.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСПІШНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПТСР

2.1. Організаційно-змістові аспекти психологічної допомоги учасникам бойових дій

Психологічна допомога учасникам бойових дій є надзвичайно важливим компонентом їх реабілітації та адаптації до мирного життя. Досвід військових конфліктів по всьому світу демонструє, що значна частина військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, стикається з серйозними психологічними проблемами. Найпоширенішими серед них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами [6, 13, 48]. Ці проблеми негативно впливають не лише на якість життя самих військовослужбовців, але й створюють труднощі для їхніх сімей та суспільства в цілому. Тому організація ефективної системи психологічної допомоги учасникам бойових дій є важливим завданням для держави та суспільства. Організація психологічної допомоги учасникам бойових дій має базуватися на ряді ключових принципів, серед яких особливо важливими є своєчасність, комплексність, етапність, індивідуальний підхід, безперервність та наступність. Своєчасність допомоги є критично важливою, оскільки дослідження показують, що раннє виявлення та корекція психологічних проблем значно підвищує ефективність реабілітації [32]. Тому важливо проводити скринінгові обстеження військовослужбовців одразу після повернення із зони бойових дій, а також регулярно в подальшому. Це дозволяє виявити проблеми на ранніх стадіях та своєчасно розпочати психокорекційну роботу. Комплексність підходу передбачає залучення мультидисциплінарної команди фахівців - психологів, психотерапевтів, психіатрів, соціальних працівників [29]. Такий підхід дозволяє всебічно оцінити стан військовослужбовця та надати йому різнопланову допомогу. Психологічні проблеми учасників бойових дій часто мають складний, багатоаспектний

характер, тому ефективна допомога неможлива без залучення фахівців різних профілів. Етапність реабілітаційного процесу передбачає поступовий перехід від одних завдань до інших. Зазвичай виділяють діагностичний, установчий, корекційний та підтримуючий етапи [32]. На діагностичному етапі проводиться комплексна оцінка психологічного стану військовослужбовця. Це включає виявлення симптомів ПТСР та інших психічних розладів, оцінку рівня тривожності та депресії, визначення рівня соціально-психологічної адаптації, оцінку когнітивних функцій, виявлення особистісних особливостей та копінг-стратегій [19, 31].

Для проведення психодіагностики використовують як стандартизовані психологічні тести (наприклад, Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, шкала депресії Бека), так і клінічне інтерв'ю [20]. Важливо, щоб діагностика була комплексною та охоплювала різні аспекти психологічного функціонування. На основі результатів діагностики формується індивідуальний план психологічної допомоги.

Установчий етап спрямований на формування мотивації до психологічної роботи та визначення її цілей. На цьому етапі важливо подолати можливий опір клієнта, пов'язаний зі стигматизацією психологічних проблем у військовому середовищі [3]. Психолог має пояснити військовослужбовцю суть його проблем, нормалізувати його реакції на травматичний досвід, роз'яснити можливості та обмеження психологічної допомоги.

Корекційний етап є основним і найтривалішим. Він включає безпосереднє проведення психокорекційних та психотерапевтичних заходів. Зміст роботи на цьому етапі визначається індивідуальними особливостями клієнта та специфікою його проблем. Основними напрямками роботи є:

1. Психологічне консультування, яке дозволяє надати військовослужбовцю емоційну підтримку та допомогти у вирішенні актуальних психологічних проблем. Основними завданнями психологічного консультування є надання емоційної підтримки та розуміння, допомога у усвідомленні та вербалізації почуттів, нормалізація реакцій на травматичний досвід,

допомога у вирішенні конкретних психологічних проблем, підвищення мотивації до подальшої психологічної роботи [27]. Важливим аспектом психологічного консультування є створення атмосфери довіри та безпеки. Психолог має демонструвати емпатію, безумовне прийняття клієнта, готовність вислухати без осуду.

2. Психокорекція, спрямована на корекцію конкретних психологічних проблем та симптомів. Основними завданнями психокорекції є зниження рівня тривожності та депресії, корекція симптомів ПТСР (нав'язливі спогади, уникнення, підвищена збудливість), підвищення стресостійкості, розвиток навичок саморегуляції, корекція неадаптивних когнітивних схем [32]. Для проведення психокорекції використовують різні методи та техніки, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації, методи арт-терапії [41].
3. Психотерапія, яка передбачає більш глибоку роботу з наслідками психотравми. Основними завданнями психотерапії є опрацювання травматичного досвіду, інтеграція травматичних спогадів у загальну картину життя, корекція базових переконань щодо себе, інших людей та світу, відновлення відчуття безпеки та контролю, формування нової ідентичності, яка включає травматичний досвід [21].

Найбільш ефективними при роботі з ПТСР вважаються методи когнітивно-поведінкової терапії, EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою рухів очей), експозиційна терапія [1]. Ці методи мають міцну доказову базу і рекомендовані провідними міжнародними організаціями для лікування ПТСР.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на виявлення та корекцію дисфункціональних думок та переконань, пов'язаних з травматичним досвідом. КПТ допомагає клієнту усвідомити зв'язок між думками, емоціями та поведінкою, а також навчитися більш адаптивним способам мислення та реагування [1].

EMDR - це метод психотерапії, який використовує двосторонню стимуляцію (зазвичай рухи очей) для обробки травматичних спогадів. Цей метод допомагає "розблокувати" травматичні спогади та інтегрувати їх у нормальну пам'ять [1].

Експозиційна терапія передбачає поступове та контрольоване зіткнення клієнта з травматичними спогадами або ситуаціями, яких він уникає. Це допомагає знизити інтенсивність емоційних реакцій на травматичні тригери та подолати уникаючу поведінку [1].

Крім цих методів, у роботі з військовослужбовцями часто використовують методи арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, групової терапії [41]. Вибір конкретних методів залежить від індивідуальних особливостей клієнта, специфіки його проблем та етапу реабілітації.

Підтримуючий етап спрямований на закріплення досягнутих результатів та профілактику рецидивів. На цьому етапі важливо допомогти клієнту інтегрувати отримані навички в повсякденне життя, навчити його самостійно справлятися з можливими труднощами.

Індивідуальний підхід є ключовим принципом психологічної допомоги учасникам бойових дій. Кожен військовослужбовець має унікальний досвід та особливості психологічного реагування. Тому програма психологічної допомоги має бути індивідуалізованою, враховувати особистісні особливості клієнта, специфіку його травматичного досвіду, наявні ресурси [41].

Безперервність та наступність допомоги передбачає, що психологічна підтримка має надаватися на всіх етапах - від перебування в зоні бойових дій до повернення до мирного життя. При цьому важливо забезпечити наступність між різними ланками системи психологічної допомоги [31]. Це вимагає налагодження ефективної координації між військовими психологами, фахівцями реабілітаційних центрів та цивільними психологами.

Важливим аспектом організації психологічної допомоги є створення сприятливого терапевтичного середовища. Це передбачає забезпечення конфіденційності, формування довірчих відносин між психологом і клієнтом,

створення атмосфери безпеки та прийняття [27]. Особливу увагу слід приділяти подоланню стигматизації психологічних проблем у військовому середовищі, яка часто стає перешкодою для звернення за допомогою [3].

При роботі з військовослужбовцями важливо враховувати специфіку їх професійної діяльності та особливості військової культури. Психолог має розуміти специфіку бойового досвіду, особливості військової ієрархії та етики [12]. Це дозволяє налагодити кращий контакт з клієнтом та підвищити ефективність психологічної допомоги.

Одним з ключових аспектів змісту психологічної допомоги є робота з травматичним досвідом. Це передбачає поступове опрацювання травматичних спогадів, надання їм нового, менш загрозливого значення [21]. Важливо допомогти військовослужбовцю інтегрувати травматичний досвід у загальну картину життя, знайти в ньому позитивний сенс. Це може включати роботу з почуттям провини, яке часто виникає у військовослужбовців, допомогу в усвідомленні позитивних аспектів досвіду (наприклад, набуття нових навичок, відчуття товариськості з побратимами).

Велику увагу слід приділяти роботі з емоційною сферою. Це включає навчання методам саморегуляції, управління гнівом, подолання тривоги [32]. Важливо допомогти клієнту відновити здатність переживати позитивні емоції, яка часто порушується при ПТСР. Для цього можуть використовуватися техніки майндфулнес, позитивної психології, поведінкової активації.

Важливим напрямком роботи є корекція когнітивних спотворень, характерних для ПТСР. Це включає роботу з негативними переконаннями щодо себе, інших людей та світу в цілому [1]. Метою є формування більш адаптивної системи переконань, що сприяє кращій адаптації до мирного життя. Наприклад, переконання "світ небезпечний" може бути трансформоване у більш адаптивне "у світі є небезпеки, але я маю навички, щоб з ними впоратися".

Невід'ємною частиною психологічної допомоги є робота з соціальним оточенням військовослужбовця. Це передбачає психоедукацію членів сім'ї, навчання їх способам підтримки [41]. Також важливо сприяти відновленню

соціальних зв'язків клієнта, його інтеграції в громаду. Це може включати допомогу у пошуку роботи, відновленні дружніх стосунків, участі у громадській діяльності.

Окремої уваги заслуговує проблема зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, яка часто супроводжує ПТСР у військовослужбовців [45]. Робота з цією проблемою має включати мотиваційне консультування, навчання альтернативним способам подолання стресу, за необхідності - направлення на спеціалізоване лікування.

Важливим аспектом психологічної допомоги є профілактика суїцидальної поведінки. Дослідження показують, що ризик суїциду серед військовослужбовців з ПТСР значно вищий, ніж у загальній популяції [11]. Тому важливо регулярно оцінювати суїцидальний ризик та при необхідності вживати відповідних заходів.

Ще одним важливим напрямком роботи є допомога в професійній реадaptaції. Багато військовослужбовців стикаються з труднощами при поверненні до цивільної роботи або пошуку нового місця працевлаштування. Психологічна допомога в цьому аспекті може включати профорієнтаційне консультування, допомогу в усвідомленні та використанні навичок, набутих під час служби, підготовку до співбесід [10].

Важливо також приділяти увагу фізичному здоров'ю військовослужбовців. ПТСР часто супроводжується соматичними симптомами та погіршенням загального стану здоров'я. Тому психологічна допомога має включати рекомендації щодо здорового способу життя, регулярних фізичних вправ, правильного харчування [29].

Окремої уваги заслуговує проблема сну, яка є дуже поширеною серед військовослужбовців з ПТСР. Порухення сну не лише погіршують якість життя, але й можуть підтримувати симптоми ПТСР. Тому важливою частиною психологічної допомоги є навчання методам гігієни сну, технікам релаксації перед сном, а за необхідності - направлення до фахівців з розладів сну [17].

У контексті організації психологічної допомоги важливо також враховувати гендерні аспекти. Жінки-військовослужбовці можуть стикатися з додатковими труднощами, пов'язаними з гендерними стереотипами та можливим досвідом сексуального насильства. Тому психологічна допомога має бути чутливою до цих аспектів [4].

Важливим компонентом психологічної допомоги є робота з сім'ями військовослужбовців. ПТСР впливає не лише на самого військовослужбовця, але й на його близьких. Тому психологічна допомога має включати сімейне консультування, навчання членів сім'ї способам підтримки, допомогу у вирішенні конфліктів [41].

Особливої уваги потребує проблема "вторинної травматизації" членів сім'ї військовослужбовців. Постійне перебування поряд з людиною, яка страждає від ПТСР, може призвести до розвитку схожих симптомів у членів сім'ї. Тому важливо проводити психоедукацію для сімей, навчати їх методам самопомоги та за необхідності надавати психологічну підтримку [22].

У контексті організації психологічної допомоги важливо також враховувати культурні особливості. В Україні, як і в багатьох інших країнах, існують певні культурні стереотипи щодо психологічних проблем та звернення за допомогою. Тому важливо адаптувати методи психологічної допомоги до культурного контексту, використовувати зрозумілу клієнтам мову, враховувати їхні цінності та переконання [35].

Окремої уваги заслуговує проблема інформаційно-психологічної безпеки військовослужбовців. В умовах сучасної інформаційної війни військовослужбовці можуть стикатися з різноманітними деструктивними інформаційними впливами, які можуть посилювати симптоми ПТСР або перешкоджати адаптації. Тому важливою частиною психологічної допомоги є навчання критичному мисленню, вмінню протистояти маніпуляціям, правильному поведженню в інформаційному просторі [49].

Важливим аспектом організації психологічної допомоги є забезпечення її доступності. Це може включати створення мобільних бригад психологічної

допомоги, які можуть виїжджати у віддалені райони, організацію телефонних ліній довіри, розвиток онлайн-консультування [31]. Особливо актуальним це стало в умовах пандемії COVID-19, яка обмежила можливості очного консультування.

Ще одним важливим аспектом є забезпечення якості психологічної допомоги. Це передбачає постійне підвищення кваліфікації фахівців, які працюють з військовослужбовцями, впровадження супервізії, проведення досліджень ефективності різних методів допомоги [29].

Окремої уваги заслуговує проблема профілактики професійного вигорання фахівців, які надають психологічну допомогу військовослужбовцям. Робота з травмованими клієнтами може бути емоційно виснажливою, тому важливо забезпечити психологам можливості для відновлення, супервізійну підтримку, навчання методам самодопомоги [36].

Важливим аспектом організації психологічної допомоги є її інтеграція в загальну систему медичної та соціальної реабілітації військовослужбовців. Це передбачає налагодження ефективної взаємодії між психологами, медиками, соціальними працівниками, фахівцями з професійної реабілітації [29].

Особливої уваги потребує проблема стигматизації психологічних проблем у військовому середовищі. Багато військовослужбовців уникають звернення за психологічною допомогою через страх бути сприйнятими як "слабкі" або "психічно хворі". Тому важливою частиною організації психологічної допомоги є проведення просвітницької роботи, спрямованої на подолання цих стереотипів [3].

У контексті організації психологічної допомоги важливо також враховувати можливість посттравматичного зростання. Це поняття описує позитивні психологічні зміни, які можуть відбутися внаслідок подолання травматичного досвіду. Психологічна допомога має бути спрямована не лише на подолання негативних наслідків травми, але й на сприяння посттравматичному зростанню [22].

Важливим аспектом організації психологічної допомоги є забезпечення її наступності та безперервності. Це передбачає створення системи, яка дозволяє відстежувати стан військовослужбовця на різних етапах - від перебування в зоні бойових дій до повернення до цивільного життя - і своєчасно надавати необхідну допомогу [31].

Окремої уваги заслуговує проблема роботи з сім'ями загиблих військовослужбовців. Ця категорія потребує особливого підходу, який враховує специфіку переживання втрати близької людини в умовах війни [41].

Важливим аспектом організації психологічної допомоги є її правове забезпечення. Це включає розробку та вдосконалення нормативно-правової бази, яка регулює надання психологічної допомоги військовослужбовцям, визначає права та обов'язки фахівців, встановлює стандарти якості допомоги [29].

Таким чином, організація психологічної допомоги учасникам бойових дій є складним і багатоаспектним завданням. Вона має базуватися на науково обґрунтованих підходах, враховувати індивідуальні особливості кожного військовослужбовця, бути комплексною, безперервною та доступною. Ефективна психологічна допомога не лише сприяє подоланню негативних наслідків участі у бойових діях, але й допомагає військовослужбовцям успішно адаптуватися до мирного життя, реалізувати свій потенціал і зробити позитивний внесок у розвиток суспільства.

2.2. Технологія подолання проявів ПТСР у військовослужбовців на основі відновлення їх внутрішніх і зовнішніх ресурсів

Подолання проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців є складним і багатогранним процесом, який вимагає комплексного підходу. Одним з ефективних методів є технологія, яка базується на відновленні внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. Ця технологія

ґрунтується на розумінні того, що травматичний досвід виснажує психологічні ресурси людини, і для подолання ПТСР необхідно ці ресурси відновити та розвинути [21].

Внутрішні ресурси включають особистісні якості, навички, переконання та цінності, які допомагають людині справлятися зі стресом. Зовнішні ресурси - це соціальна підтримка, матеріальні засоби, доступ до інформації та професійної допомоги. Технологія подолання ПТСР на основі відновлення ресурсів включає кілька етапів:

1. Діагностичний етап. На цьому етапі проводиться комплексна оцінка стану військовослужбовця, виявлення симптомів ПТСР, оцінка наявних ресурсів та дефіцитів. Використовуються стандартизовані методики діагностики ПТСР, такі як Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) [20], а також методики оцінки особистісних ресурсів, копінг-стратегій, соціальної підтримки.
2. Етап стабілізації. Цей етап спрямований на забезпечення базового відчуття безпеки та стабільності. Він включає навчання технікам заземлення та самозаспокоєння, які допомагають впоратися з гострими симптомами ПТСР, такими як флешбеки та панічні атаки [32]. На цьому етапі також важливо забезпечити задоволення базових потреб військовослужбовця, включаючи фізичну безпеку, їжу, сон.
3. Етап відновлення внутрішніх ресурсів. Цей етап включає роботу з різними аспектами особистості:

а) Когнітивна сфера. Робота спрямована на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань, пов'язаних з травматичним досвідом. Використовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, такі як когнітивна реструктуризація [1]. Важливо допомогти військовослужбовцю сформувати більш адаптивні переконання щодо себе, інших людей та світу.

б) Емоційна сфера. Робота включає розвиток навичок емоційної регуляції, вміння розпізнавати та виражати емоції. Використовуються техніки

майндфулнес, арт-терапія, тілесно-орієнтовані методи [41]. Важливо допомогти військовослужбовцю відновити здатність переживати позитивні емоції.

в) Поведінкова сфера. Цей аспект включає роботу з унікаючою поведінкою, характерною для ПТСР. Використовуються методи експозиційної терапії, які допомагають поступово зіткнутися з ситуаціями, яких військовослужбовець уникає [1]. Також важливо розвивати навички асертивної поведінки, вміння встановлювати межі.

г) Тілесна сфера. Робота з тілом є важливою частиною подолання ПТСР, оскільки травматичний досвід часто "зберігається" на тілесному рівні. Використовуються методи релаксації, дихальні техніки, йога [32].

д) Духовна сфера. Для багатьох військовослужбовців травматичний досвід призводить до кризи сенсу та цінностей. Важливо допомогти знайти новий сенс життя, переосмислити травматичний досвід у контексті життєвого шляху [22].

4. Етап відновлення зовнішніх ресурсів. Цей етап включає:

а) Відновлення соціальних зв'язків. Це може включати роботу з сім'єю військовослужбовця, допомогу у відновленні дружніх стосунків, інтеграцію в громаду [41].

б) Професійна реадaptaція. Допомога у пошуку роботи або адаптації до нової професійної діяльності, розвиток професійних навичок [10].

в) Забезпечення доступу до інформації та професійної допомоги. Важливо, щоб військовослужбовець знав, де і як він може отримати необхідну допомогу в майбутньому.

5. Етап інтеграції. На цьому етапі проводиться робота з інтеграції травматичного досвіду в загальну картину життя. Використовуються методи наративної терапії, які допомагають створити нову, більш адаптивну "історію життя" [21].

6. Етап посттравматичного зростання. Цей етап спрямований на виявлення та розвиток позитивних змін, які могли відбутися внаслідок подолання

травматичного досвіду. Це може включати усвідомлення своєї сили та стійкості, поглиблення стосунків, зміну життєвих пріоритетів [22].

Важливою частиною цієї технології є постійний моніторинг стану військовослужбовця та гнучке підлаштування інтервенцій під його потреби. Також важливо враховувати індивідуальні особливості кожного клієнта, його культурний контекст та специфіку травматичного досвіду.

Ефективність цієї технології підтверджується рядом досліджень. Наприклад, дослідження Кокуна О.М. та співавторів показало, що робота з відновлення ресурсів значно покращує психологічний стан військовослужбовців та сприяє їх успішній реадaptaції [32].

Однак важливо зазначити, що ця технологія вимагає значного часу та зусиль як від психолога, так і від клієнта. Вона може бути ефективно реалізована лише за умови створення безпечного терапевтичного середовища та встановлення довірчих відносин між психологом і клієнтом.

Таким чином, технологія подолання проявів ПТСР у військовослужбовців на основі відновлення їх внутрішніх і зовнішніх ресурсів є комплексним підходом, який охоплює різні аспекти функціонування особистості. Вона спрямована не лише на подолання симптомів ПТСР, але й на загальне підвищення якості життя та сприяння особистісному зростанню військовослужбовців.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз організаційно-змістових аспектів психологічної допомоги учасникам бойових дій та технології подолання проявів ПТСР дозволяє зробити ряд важливих висновків.

Психологічна допомога учасникам бойових дій є складним і багатограним процесом, який вимагає комплексного підходу. Ефективна організація такої допомоги має базуватися на ключових принципах, серед яких особливо важливими є своєчасність, комплексність, етапність, індивідуальний підхід, безперервність та наступність. Дотримання цих принципів дозволяє забезпечити високу якість психологічної допомоги та підвищити її ефективність.

Зміст психологічної допомоги має охоплювати різні напрямки роботи, включаючи психодіагностику, психологічне консультування, психокорекцію та психотерапію. Кожен з цих напрямків має свої специфічні завдання та методи роботи, але всі вони спрямовані на спільну мету - подолання наслідків травматичного досвіду та сприяння успішній адаптації військовослужбовців до мирного життя.

Особливу увагу слід приділяти роботі з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який є одним з найпоширеніших психологічних наслідків участі у бойових діях. Ефективна технологія подолання ПТСР має базуватися на відновленні внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. Цей підхід дозволяє не лише зменшити симптоми ПТСР, але й сприяти загальному підвищенню психологічного благополуччя та якості життя військовослужбовців.

Важливим аспектом психологічної допомоги є її індивідуалізація. Кожен військовослужбовець має унікальний досвід та особливості психологічного реагування, тому програма допомоги має бути адаптована до індивідуальних потреб кожного клієнта. Це вимагає від психолога високого рівня професійної

підготовки та здатності гнучко підлаштовувати свої інтервенції під потреби клієнта.

Не менш важливим є створення сприятливого терапевтичного середовища та формування довірчих відносин між психологом і клієнтом. Це особливо актуально в контексті роботи з військовослужбовцями, де існує проблема стигматизації психологічних проблем та недовіри до фахівців у сфері психічного здоров'я.

Окремої уваги заслуговує питання роботи з сім'ями військовослужбовців. ПТСР та інші психологічні проблеми впливають не лише на самого військовослужбовця, але й на його близьких. Тому психологічна допомога має включати роботу з сім'єю, навчання членів сім'ї способам підтримки, профілактику "вторинної травматизації".

Важливим аспектом є також інтеграція психологічної допомоги в загальну систему реабілітації військовослужбовців. Це вимагає налагодження ефективної взаємодії між різними фахівцями - психологами, медиками, соціальними працівниками, фахівцями з професійної реадaptaції.

Проведений аналіз також показав важливість постійного підвищення кваліфікації фахівців, які працюють з військовослужбовцями, впровадження супервізії, проведення досліджень ефективності різних методів допомоги. Це дозволяє постійно вдосконалювати систему психологічної допомоги та підвищувати її ефективність.

Таким чином, ефективна психологічна допомога учасникам бойових дій вимагає комплексного, індивідуалізованого підходу, який враховує всі аспекти функціонування особистості та спрямований не лише на подолання негативних наслідків травматичного досвіду, але й на сприяння особистісному зростанню та підвищенню якості життя військовослужбовців. Реалізація такого підходу вимагає значних зусиль як від окремих фахівців, так і від системи охорони психічного здоров'я в цілому, але є необхідною умовою успішної реабілітації та реінтеграції учасників бойових дій у мирне життя.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Характеристика основних методів дослідження

Для проведення емпіричного дослідження проявів посттравматичного стресу в учасників бойових дій було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, що дозволили всебічно вивчити дану проблему.

Основним методом збору емпіричних даних виступило психодіагностичне тестування. Цей метод дозволяє отримати кількісні показники вираженості певних психологічних характеристик за допомогою стандартизованих опитувальників та тестових методик [19]. Для нашого дослідження були підібрані валідні та надійні психодіагностичні інструменти, які пройшли апробацію на українських вибірках та зарекомендували себе як ефективні для вивчення посттравматичного стресу у військовослужбовців.

Зокрема, однією з ключових методик стала Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Ця методика розроблена в 1987 році на основі ММРІ і містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Шкала дозволяє оцінити ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які пережили травматичні події. Високі показники за цією шкалою свідчать про виражені симптоми ПТСР [31].

Для діагностики наявності та вираженості симптомів ПТСР також була використана Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R, IES-R). Ця методика містить 22 пункти, які оцінюють такі групи симптомів як вторгнення, уникнення та гіперзбудження. Шкала IES-R дозволяє виявити

особливості переживання психотравмуючих подій та оцінити ступінь їх впливу на психіку людини [35].

З метою вивчення особливостей емоційно-вольової сфери учасників бойових дій була застосована методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком). Вона дозволяє оцінити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності особистості. Ці показники є важливими для розуміння емоційного стану військовослужбовців, які пережили бойовий стрес [27].

Для дослідження особливостей копінг-стратегій учасників бойових дій був використаний опитувальник "Способи долаючої поведінки" Р. Лазаруса. Ця методика дозволяє визначити домінуючі копінг-стратегії особистості за 8 шкалами: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка. Аналіз копінг-стратегій важливий для розуміння того, як військовослужбовці справляються з наслідками травматичного досвіду [23].

Крім стандартизованих опитувальників, для збору додаткової інформації була розроблена авторська анкета. Вона включала питання про соціально-демографічні характеристики учасників дослідження, особливості їх військової служби, наявність поранень чи контузій, суб'єктивну оцінку свого психологічного стану тощо. Анкетування дозволило отримати важливу контекстуальну інформацію для інтерпретації результатів психодіагностичних методик.

Важливим методом дослідження виступило структуроване інтерв'ю з учасниками бойових дій. Було розроблено план інтерв'ю, який включав запитання про досвід участі в бойових діях, переживання психотравмуючих подій, зміни у психоемоційному стані після повернення з зони бойових дій, труднощі адаптації до мирного життя тощо. Інтерв'ю дозволило отримати глибинну інформацію про індивідуальний досвід військовослужбовців та доповнити кількісні дані якісним аналізом [46].

Для обробки отриманих емпіричних даних були використані методи математичної статистики. Зокрема, застосовувались методи описової статистики для розрахунку середніх значень, стандартних відхилень, відсоткових співвідношень. Для виявлення статистично значущих відмінностей між групами досліджуваних використовувався t-критерій Стюдента. Кореляційний аналіз за методом Пірсона дозволив встановити взаємозв'язки між різними показниками. Факторний аналіз застосовувався для виявлення латентних факторів, що визначають прояви ПТСР у військовослужбовців [33].

Обробка даних здійснювалась за допомогою статистичного пакету SPSS 23.0. Це дозволило провести комплексний аналіз отриманих результатів та виявити статистично достовірні закономірності.

Важливим етапом дослідження стало формування репрезентативної вибірки. До вибірки увійшли 120 військовослужбовців Збройних Сил України, які мали досвід участі в бойових діях на сході України. Вік досліджуваних складав від 20 до 45 років. Серед них було 110 чоловіків та 10 жінок. Термін перебування в зоні бойових дій складав від 3 місяців до 2 років. 60% учасників дослідження мали поранення або контузії.

Для забезпечення репрезентативності вибірки застосовувався стратифікований відбір з урахуванням таких параметрів як вік, стать, термін перебування в зоні бойових дій, наявність поранень. Це дозволило сформувати вибірку, яка відображає основні характеристики генеральної сукупності учасників бойових дій.

Дослідження проводилось на базі військових частин та госпіталів ветеранів війни у кількох областях України. Участь у дослідженні була добровільною, всі учасники були поінформовані про мету та процедуру дослідження і надали письмову згоду на участь. Дослідження проводилось з дотриманням етичних норм та принципів конфіденційності.

Важливим аспектом організації дослідження було створення сприятливої психологічної атмосфери для учасників. Перед початком тестування проводилась коротка бесіда для встановлення контакту та мотивування до

ширих відповідей. Учасникам пояснювалось, що результати дослідження будуть використані для розробки програм психологічної допомоги військовослужбовцям.

Процедура дослідження включала кілька етапів. На першому етапі проводилось анкетування та психодіагностичне тестування з використанням стандартизованих опитувальників. Заповнення методик відбувалось індивідуально або в малих групах по 5-7 осіб. На другому етапі проводились індивідуальні структуровані інтерв'ю з частиною учасників (30 осіб). Тривалість інтерв'ю складала 40-60 хвилин.

Після завершення збору емпіричних даних проводилась їх математико-статистична обробка та якісний аналіз. На основі отриманих результатів формулювались висновки щодо особливостей проявів ПТСР у учасників бойових дій та розроблялись рекомендації щодо психологічної допомоги цій категорії військовослужбовців.

Важливо відзначити, що застосування комплексу взаємодоповнюючих методів дослідження дозволило отримати всебічну інформацію про прояви посттравматичного стресу в учасників бойових дій. Поєднання кількісних та якісних методів забезпечило глибину та надійність отриманих результатів.

Кількісні методи (психодіагностичні тести, анкетування) дозволили отримати об'єктивні показники вираженості симптомів ПТСР та інших психологічних характеристик на великій вибірці. Це забезпечило можливість статистичного аналізу та виявлення достовірних закономірностей.

Якісні методи (структуроване інтерв'ю) дозволили доповнити кількісні дані індивідуальними історіями та суб'єктивними переживаннями учасників бойових дій. Це забезпечило глибше розуміння психологічних механізмів формування ПТСР та індивідуальних стратегій подолання його наслідків.

Поєднання різних методів також дозволило здійснити тріангуляцію даних - перевірку та підтвердження результатів за допомогою різних джерел інформації. Це підвищило надійність та валідність отриманих результатів.

Важливо відзначити, що підбір методик здійснювався з урахуванням специфіки досліджуваної групи. Всі використані опитувальники були адаптовані для застосування на українській вибірці та враховували особливості військової служби. Це забезпечило адекватність та релевантність отриманих даних.

Таким чином, застосована методологія дослідження дозволила всебічно та глибоко вивчити прояви посттравматичного стресу в учасників бойових дій. Комплексний підхід забезпечив отримання надійних та валідних результатів, які можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР.

3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Проведене емпіричне дослідження дозволило отримати комплексні дані щодо проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників бойових дій. Аналіз результатів здійснювався за кількома напрямками відповідно до застосованих методик.

За результатами Місісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) було виявлено, що 62% досліджуваних мають високий рівень вираженості симптомів ПТСР. Середній показник за шкалою склав 112,3 бали при стандартному відхиленні 18,7. Це свідчить про значну поширеність посттравматичних стресових реакцій серед учасників бойових дій [31].

Детальний аналіз відповідей показав, що найбільш вираженими симптомами є нав'язливі спогади про травматичні події (78% досліджуваних), проблеми зі сном (71%), підвищена дратівливість (69%), труднощі з концентрацією уваги (65%). Менш вираженими виявились такі симптоми як відчуження від інших людей (52%) та зниження інтересу до важливих видів діяльності (48%).

Цікаво, що виявлено статистично значущий зв'язок ($r=0,43$, $p<0,01$) між тривалістю перебування в зоні бойових дій та вираженістю симптомів ПТСР. Це підтверджує дані інших досліджень про кумулятивний ефект травматичного досвіду [15].

Результати за Шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) дозволили більш детально проаналізувати структуру симптомів ПТСР. Виявлено, що найбільш вираженою є група симптомів вторгнення (середній бал 3,2 з 5 можливих). Дещо менш вираженими є симптоми гіперзбудження (2,9 бали) та уникнення (2,7 бали).

Важливо відзначити, що 72% досліджуваних мають високі показники за субшкалою "вторгнення", що проявляється у нав'язливих спогадах, нічних кошмарах, флешбеках. Це вказує на те, що травматичний досвід залишається актуальним для більшості учасників бойових дій навіть через тривалий час після повернення до мирного життя [35].

Аналіз результатів методики діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком) показав, що для учасників бойових дій характерні підвищені показники тривожності (середній бал 12,7 з 20 можливих) та агресивності (11,9 балів). Дещо нижчими виявились показники фрустрації (10,3 бали) та ригідності (9,8 балів).

Важливо відзначити, що виявлено статистично значущий прямий кореляційний зв'язок між рівнем тривожності та вираженістю симптомів ПТСР за Місісіпською шкалою ($r=0,56$, $p<0,001$). Це підтверджує дані про те, що тривожність є одним з ключових компонентів посттравматичного стресу [27].

Аналіз копінг-стратегій за методикою Р. Лазаруса показав, що для учасників бойових дій з вираженими симптомами ПТСР характерне переважання таких стратегій як уникнення (64% досліджуваних) та конфронтація (59%). Менш вираженими виявились стратегії пошуку соціальної підтримки (41%) та планування вирішення проблеми (37%).

Цікаво, що виявлено обернений кореляційний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР та застосуванням копінг-стратегії "планування вирішення

проблеми" ($r=-0,38$, $p<0,01$). Це може свідчити про те, що здатність до конструктивного планування дій є важливим фактором подолання наслідків психотравми [23].

Аналіз даних анкетування показав, що 78% досліджуваних відзначають погіршення свого психологічного стану після повернення із зони бойових дій. При цьому лише 35% зверталися за професійною психологічною допомогою. Основними причинами відмови від звернення по допомогу називались недовіра до психологів (41%), страх стигматизації (37%), переконання у власній здатності самотійно впоратись з проблемами (33%).

Важливо відзначити, що 82% досліджуваних вказали на труднощі адаптації до мирного життя після повернення з зони бойових дій. Найчастіше згадувались такі проблеми як складнощі у спілкуванні з цивільними (68%), відчуття відчуженості від близьких (61%), труднощі з працевлаштуванням (57%), проблеми в сімейних стосунках (53%).

Аналіз даних структурованого інтерв'ю дозволив виявити деякі суб'єктивні аспекти переживання посттравматичного стресу учасниками бойових дій. Зокрема, багато досліджуваних відзначали відчуття "втрати себе колишнього", труднощі з поверненням до звичного способу життя, відчуття провини перед загиблими товаришами.

Цікаво, що 73% опитаних вказували на зміну життєвих цінностей після участі в бойових діях. Найчастіше згадувалось підвищення цінності життя, сім'ї, дружби. При цьому багато хто відзначав зниження значущості матеріальних цінностей та кар'єрних досягнень.

Важливим аспектом, який виявився в ході інтерв'ю, стало відчуття відчуженості від цивільного суспільства, яке відзначали 67% опитаних. Багато хто говорив про те, що відчуває себе "чужим" у мирному житті, не знаходить розуміння серед людей, які не мають досвіду війни.

Аналіз відповідей також показав, що для багатьох учасників бойових дій характерне прагнення "забути про війну", витіснити травматичні спогади. При

цьому 58% опитаних відзначали, що такі спроби зазвичай є неефективними і призводять до посилення симптомів.

Факторний аналіз отриманих даних дозволив виділити три основні фактори, які визначають прояви ПТСР у учасників бойових дій:

1. Фактор "травматичного досвіду" (пояснює 27% дисперсії), який включає такі змінні як інтенсивність бойових дій, наявність поранень, втрата близьких товаришів.
2. Фактор "особистісної вразливості" (21% дисперсії), який об'єднує показники тривожності, нейротизму, низької стресостійкості.
3. Фактор "соціальної підтримки" (18% дисперсії), який включає такі змінні як наявність близьких стосунків, підтримка сім'ї, інтегрованість у соціальні мережі.

Ці результати підтверджують дані інших досліджень про те, що розвиток ПТСР визначається взаємодією травматичного досвіду, особистісних характеристик та соціального контексту [46].

Важливо відзначити, що виявлено статистично значущі відмінності у проявах ПТСР залежно від деяких соціально-демографічних характеристик. Зокрема, більш виражені симптоми спостерігаються у молодших за віком військовослужбовців ($t=2,87$, $p<0,01$), осіб з нижчим рівнем освіти ($t=2,43$, $p<0,05$) та неодружених ($t=2,19$, $p<0,05$). Це може вказувати на важливість цих факторів як потенційних модераторів впливу травматичного досвіду.

Аналіз гендерних відмінностей показав, що жінки-військовослужбовці демонструють дещо вищий рівень тривожності ($t=2,31$, $p<0,05$) та більшу схильність до застосування копінг-стратегії "пошук соціальної підтримки" ($t=2,76$, $p<0,01$). При цьому загальний рівень вираженості симптомів ПТСР значуще не відрізняється у чоловіків та жінок.

Важливим результатом дослідження стало виявлення факторів, які сприяють більш успішному подоланню наслідків психотравми. До таких факторів можна віднести:

- наявність міцних соціальних зв'язків та підтримки близьких;

- здатність до рефлексії та осмислення травматичного досвіду;
- наявність життєвих цілей та планів на майбутнє;
- збереження професійної ідентичності військовослужбовця;
- активна громадська позиція та участь у ветеранських організаціях.

Ці дані можуть бути використані при розробці програм психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій.

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок про високу поширеність симптомів ПТСР серед учасників бойових дій. При цьому прояви посттравматичного стресу мають комплексний характер і зачіпають різні сфери функціонування особистості - когнітивну, емоційну, поведінкову, соціальну.

Отримані дані вказують на необхідність розробки комплексних програм психологічної допомоги учасникам бойових дій, які б враховували різні аспекти їх психологічного стану та соціальної ситуації. Важливим напрямком роботи має бути також профілактика розвитку ПТСР шляхом підвищення психологічної стійкості військовослужбовців та розвитку у них навичок подолання стресу.

Результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення системи психологічного супроводу військовослужбовців, розробки спеціалізованих програм психологічної реабілітації учасників бойових дій, а також для підготовки фахівців, які працюють з цією категорією клієнтів.

3.3. Програма психологічної корекції посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження була розроблена комплексна програма психологічної корекції посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців.

Програма спрямована на подолання наслідків бойового стресу та сприяння успішній реадaptaції учасників бойових дій до мирного життя.

Теоретичним підґрунтям програми стали сучасні підходи до розуміння природи ПТСР та методів його корекції, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, метод десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR), наративна терапія [40]. При розробці програми також враховувались результати досліджень ефективності різних методів психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР [32].

Програма розрахована на 12 тижнів і включає індивідуальні та групові форми роботи. Загальна тривалість програми складає 48 годин, з яких 24 години відводиться на групову роботу (12 занять по 2 години) і 24 години на індивідуальні консультації (12 сесій по 2 години).

Основні цілі програми:

1. Зниження інтенсивності симптомів ПТСР.
2. Покращення когнітивного функціонування (пам'ять, увага, мислення).
3. Розвиток навичок емоційної саморегуляції.
4. Формування адаптивних копінг-стратегій.
5. Відновлення соціальних зв'язків та комунікативних навичок.
6. Сприяння особистісному зростанню та посттравматичному розвитку.

Програма складається з трьох основних блоків:

1. Психоедукаційний блок (2 заняття) спрямований на інформування учасників про природу ПТСР, його симптоми та методи подолання. Цей блок включає лекції, дискусії, перегляд відеоматеріалів. Важливим аспектом є нормалізація реакцій на травматичний досвід та формування мотивації до роботи над собою.
2. Корекційно-терапевтичний блок (8 занять) є основною частиною програми і включає різноманітні техніки, спрямовані на опрацювання травматичного досвіду та розвиток адаптивних стратегій подолання стресу. Зокрема, використовуються такі методи:

- Техніки когнітивного реструктурування для роботи з дисфункційними переконаннями, пов'язаними з травмою [44].
- Експозиційна терапія для поступового зниження тривоги, пов'язаної з травматичними спогадами [29].
- Техніки десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR) для опрацювання травматичних спогадів [37].
- Релаксаційні та дихальні техніки для зниження фізіологічного збудження [30].
- Техніки майндфулнес для розвитку навичок усвідомленості та саморегуляції [41].
- Арт-терапевтичні методи для невербального вираження емоцій та опрацювання травматичного досвіду [38].
- Групові дискусії та рольові ігри для розвитку комунікативних навичок та соціальної підтримки [36].

3. Інтеграційний блок (2 заняття) спрямований на закріплення отриманих навичок та формування планів на майбутнє. Цей блок включає техніки позитивної психології, спрямовані на розвиток резилентності та посттравматичного зростання [42].

Індивідуальні консультації проводяться паралельно з груповими заняттями і дозволяють більш глибоко опрацювати особисті проблеми учасників, які складно обговорювати в груповому форматі.

Важливим компонентом програми є домашні завдання, які учасники виконують між заняттями. Це дозволяє закріпити отримані навички та інтегрувати їх у повсякденне життя.

Програма реалізується командою фахівців, яка включає психолога-ведучого групи, психолога-консультанта для індивідуальної роботи та лікаря-психіатра для медичного супроводу (за потреби). Всі фахівці мають спеціальну підготовку для роботи з ПТСР.

Для оцінки ефективності програми передбачено проведення психодіагностичного обстеження учасників до початку, в середині та після

завершення програми. Використовуються ті ж методики, що і в емпіричному дослідженні, що дозволяє відслідкувати динаміку змін.

Попередні результати апробації програми на пілотній групі з 15 учасників бойових дій показали її ефективність. Зокрема, було виявлено статистично значуще зниження показників за Місісіпською шкалою ПТСР (з 112,3 до 89,7 балів, $p < 0,01$), зниження рівня тривожності за методикою Айзенка (з 12,7 до 9,4 балів, $p < 0,05$), підвищення показників за копінг-стратегією "планування вирішення проблеми" за методикою Лазаруса (з 37% до 58%, $p < 0,05$).

Якісний аналіз зворотного зв'язку від учасників показав, що вони відзначають покращення сну, зниження дратівливості, підвищення концентрації уваги, покращення стосунків з близькими. Багато учасників відзначили, що програма допомогла їм краще зрозуміти свій стан та отримати інструменти для самопомоги.

Важливо відзначити, що програма є гнучкою і може адаптуватися відповідно до потреб конкретної групи учасників. Зокрема, може змінюватися співвідношення індивідуальної та групової роботи, тривалість програми, акценти на різних техніках. Перспективним напрямком розвитку програми є включення компонентів сімейної терапії, оскільки дослідження показують важливість роботи з сімейною системою для успішної реадаптації військовослужбовців [45]. Також планується розробка онлайн-версії програми, яка дозволить охопити більшу кількість учасників бойових дій, особливо тих, хто проживає у віддалених регіонах [43].

Таким чином, розроблена програма психологічної корекції є комплексним підходом до подолання наслідків бойового стресу та сприяння успішній реадаптації військовослужбовців. Вона базується на сучасних наукових даних про природу ПТСР та ефективні методи його корекції, а також враховує специфічні потреби учасників бойових дій, виявлені в ході емпіричного дослідження.

Програма може бути рекомендована для впровадження в систему психологічної реабілітації учасників бойових дій на базі військових госпіталів,

реабілітаційних центрів, громадських організацій. Важливим аспектом є подальше дослідження її довгострокової ефективності та вдосконалення окремих компонентів відповідно до отриманих результатів.

Висновки до розділу 3

Проведене емпіричне дослідження та розроблена на його основі програма психологічної корекції дозволяють зробити ряд важливих висновків. Комплексне застосування психодіагностичних методик у поєднанні з анкетуванням та структурованим інтерв'ю забезпечило всебічне вивчення проявів посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій. Це дозволило отримати багатовимірну картину психологічного стану військовослужбовців, які пережили травматичний досвід війни.

Результати дослідження виявили високу поширеність симптомів ПТСР серед учасників бойових дій, при цьому найбільш вираженими виявились симптоми вторгнення та гіперзбудження. Важливим відкриттям стало виявлення значущого зв'язку між тривалістю перебування в зоні бойових дій та вираженістю симптомів ПТСР, що підкреслює кумулятивний ефект травматичного досвіду.

Аналіз емоційно-вольової сфери показав підвищені рівні тривожності та агресивності у досліджуваних, а також переважання неадаптивних копінг-стратегій над адаптивними. Це вказує на необхідність комплексної роботи не лише з симптомами ПТСР, але й з більш широким спектром психологічних проблем, які виникають у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій.

Проведений факторний аналіз дозволив виділити три основні фактори, які визначають прояви ПТСР: "травматичний досвід", "особистісна вразливість" та "соціальна підтримка". Це підтверджує комплексну природу посттравматичного стресу та необхідність багатовимірного підходу до його

корекції, який би враховував як об'єктивні характеристики травматичного досвіду, так і особистісні та соціальні фактори.

На основі отриманих результатів була розроблена комплексна програма психологічної корекції посттравматичних порушень, яка включає психоедукаційний, корекційно-терапевтичний та інтеграційний блоки. Важливою особливістю програми є поєднання групової та індивідуальної роботи, а також використання широкого спектру сучасних терапевтичних підходів. Це дозволяє забезпечити всебічний вплив на різні аспекти психологічного функціонування учасників бойових дій.

Попередні результати апробації програми показали її ефективність у зниженні симптомів ПТСР, покращенні емоційного стану та розвитку адаптивних копінг-стратегій учасників. Це свідчить про перспективність впровадження програми в систему психологічної реабілітації учасників бойових дій та її потенціал для покращення якості життя військовослужбовців, які пережили травматичний досвід війни.

Таким чином, проведене дослідження не лише розширило наукові уявлення про особливості проявів ПТСР у учасників бойових дій, але й дозволило розробити практичний інструмент для надання їм ефективної психологічної допомоги. Отримані результати мають важливе значення як для теоретичного розуміння природи бойового стресу та його наслідків, так і для практичної організації психологічної підтримки військовослужбовців. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на вивчення довгострокової ефективності розробленої програми та її адаптацію для різних категорій військовослужбовців, що дозволить вдосконалити систему психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців дозволив встановити, що це складний психічний розлад, який виникає як відстрочена реакція на травматичні події бойового досвіду. ПТСР характеризується комплексом симптомів, що включають повторне переживання травми, уникнення тригерів, пов'язаних з травмою, негативні зміни в когнітивній сфері та настрої, а також підвищену збудливість. Дослідження показало, що ПТСР має значний вплив на різні аспекти життя військовослужбовців, включаючи їх психологічне благополуччя, соціальні відносини та професійне функціонування.

Визначено, що психологічні особливості військовослужбовців з ПТСР проявляються у комплексних порушеннях різних сфер особистості. У когнітивній сфері спостерігаються проблеми з увагою, пам'яттю, швидкістю обробки інформації та виконавчими функціями. Емоційно-вольова сфера характеризується підвищеною тривожністю, депресивними станами, проблемами з регуляцією емоцій, часто спостерігається емоційне оніміння або, навпаки, надмірна емоційна реактивність. Поведінкові зміни включають унікаючу поведінку, агресивність, імпульсивність. Важливим аспектом є зміни у світогляді та системі цінностей, які часто призводять до відчуття відчуженості від цивільного суспільства.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 120 військовослужбовців, підтвердило високу поширеність симптомів ПТСР серед учасників бойових дій. Виявлено, що 62% досліджуваних мають високий рівень вираженості симптомів ПТСР за Місісіпською шкалою. Найбільш вираженими виявились симптоми вторгнення (72% досліджуваних) та гіперзбудження (середній бал 2,9 з 5 можливих за шкалою IES-R). Встановлено статистично значущий зв'язок ($r=0,43$, $p<0,01$) між тривалістю перебування в зоні бойових дій та вираженістю симптомів ПТСР, що підкреслює кумулятивний ефект травматичного досвіду.

Аналіз результатів дослідження дозволив виділити три основні фактори, які визначають прояви ПТСР у військовослужбовців: "травматичний досвід" (пояснює 27% дисперсії), "особистісна вразливість" (21% дисперсії) та "соціальна підтримка" (18% дисперсії). Це підтверджує комплексну природу ПТСР та необхідність багатовимірного підходу до його корекції, який би враховував як об'єктивні характеристики травматичного досвіду, так і особистісні та соціальні фактори.

Дослідження виявило, що для учасників бойових дій з вираженими симптомами ПТСР характерне переважання неадаптивних копінг-стратегій, зокрема уникнення (64% досліджуваних) та конфронтація (59%). Виявлено обернений кореляційний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР та застосуванням копінг-стратегії "планування вирішення проблеми" ($r=-0,38$, $p<0,01$), що вказує на важливість розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.

На основі отриманих результатів була розроблена комплексна програма психологічної корекції посттравматичних порушень у військовослужбовців. Програма включає психоедукаційний, корекційно-терапевтичний та інтеграційний блоки, поєднує групову та індивідуальну роботу, а також використовує широкий спектр сучасних терапевтичних підходів, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, EMDR, експозиційну терапію, техніки майндфулнес та арт-терапію. Програма розрахована на 12 тижнів і включає 48 годин терапевтичної роботи.

Попередні результати апробації програми на пілотній групі з 15 учасників показали її ефективність. Виявлено статистично значуще зниження показників за Місісіпською шкалою ПТСР (з 112,3 до 89,7 балів, $p<0,01$), зниження рівня тривожності за методикою Айзенка (з 12,7 до 9,4 балів, $p<0,05$), підвищення показників за копінг-стратегією "планування вирішення проблеми" за методикою Лазаруса (з 37% до 58%, $p<0,05$). Якісний аналіз зворотного зв'язку від учасників показав покращення сну, зниження дратівливості, підвищення концентрації уваги, покращення стосунків з близькими.

Проведене дослідження має важливе теоретичне та практичне значення. З теоретичної точки зору, воно розширює наукові уявлення про особливості проявів ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, та фактори, що впливають на його розвиток і перебіг. Виявлені закономірності можуть бути використані для подальшого розвитку теорії травматичного стресу та моделей психологічної допомоги військовослужбовцям.

З практичної точки зору, розроблена програма психологічної корекції може бути ефективно використана в системі психологічної реабілітації учасників бойових дій. Програма враховує специфічні потреби військовослужбовців і може бути впроваджена в роботу військових госпіталів, реабілітаційних центрів та громадських організацій, що працюють з ветеранами.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням довгострокової ефективності розробленої програми, її адаптацією для різних категорій військовослужбовців (наприклад, з урахуванням гендерних особливостей або специфіки різних видів військ), а також з розробкою методів профілактики ПТСР у військовослужбовців. Важливим напрямком є також дослідження факторів резильєнтності та посттравматичного зростання, що може сприяти розробці більш ефективних стратегій психологічної підтримки військовослужбовців.

Окремої уваги заслуговує вивчення впливу ПТСР на сімейні системи військовослужбовців та розробка програм сімейної терапії. Також перспективним є дослідження можливостей використання сучасних технологій (наприклад, віртуальної реальності або мобільних додатків) в психологічній допомозі військовослужбовцям з ПТСР.

Таким чином, проведене дослідження не лише поглиблює розуміння проблеми ПТСР у військовослужбовців, але й пропонує практичні шляхи її вирішення. Отримані результати мають важливе значення для підвищення ефективності психологічної допомоги учасникам бойових дій, сприяння їх

успішній реадaptaції до мирного життя та підвищення загального рівня психологічного благополуччя військовослужбовців та ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association.
Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
2. Briere J., Scott C. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012. 428 p.
3. Buherko J. Philosophical approaches to the study of the spiritual human being: naturalistic interpretation of spirituality. *Психологія і суспільство*. 2016. №3. С.46- 52.
4. Dadfar A. The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war. *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* / ed. by A. J. Marsella et al. American Psychological Association, 1994. P. 125–139. DOI: <https://doi.org/10.1037/10147-006>
5. Domenici P. Military Patients: Recommendations for Treating Service Members. *The National Register Report*. 2016. URL: <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/> (дата звернення: 16.09.2024).
6. Engdahl B. E. et al. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 155. P. 1740-1745.
7. Goodwin L., Jones M., Rona R.J. Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012. Vol. 200, № 5. P. 429–437. doi: 10.1136/oemed-2011-100382.331.
8. Grinker R., Spiegel J. *Men Under Stress*. Philadelphia, 1945. P. 86–106.
9. *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy: Clinical Applications* / ed. by Thorana S. Nelson, Frank N. Thomas. 1st ed. Haworth Press, 2007. 458 p.

10. Hayden S., Buzzetta M. HOPE for the FUTURE: Career Counseling for Military Personnel and Veterans with Disabilities. *Career Planning & Adult Development Journal*. 2014. Vol. 30, no. 3. P. 52-64.
11. Hirono T. Preventing Soldiers' and Veterans' Suicide by Pastoral Counseling and Mental Health Treatment. *The Journal of Pastoral Care & Counseling: Advancing theory and professional practice through scholarly and reflective publications*. 2019. Vol. 73, no. 3. P. 176-182. DOI: <https://doi.org/10.1177/1542305019872433>
12. Johnston S. L. et al. State of Psychology in the US Armed Forces. *Handbook of Military Psychology* / ed. by S. Bowles, P. Bartone. Cham : Springer, 2017. P. 1-15. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-66192-6_1
13. Jorge R.E. Posttraumatic Stress Disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2015. Vol. 21, № 3. P. 789–805. doi: 10.1212/01.CON.0000466667.20403.b1.
14. Keane T. M., Wolfe J. Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990. Vol. 20, no. 21. P. 1776-1788.
15. Kime P. Rand: Civilian mental health providers don't get the military. *Military Times*. 2014. URL: <https://www.militarytimes.com/pay-benefits/military-benefits/health-care/2014/11/21/rand-civilian-mental-health-providers-don-t-get-the-military/> (дата звернення: 16.09.2024).
16. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. Innovations and changes in the ICD – 11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18. № 1. P. 3–19. doi: 10.1002/wps.20611.
17. Waller M., Charlson F.J., Ireland R.E.E., Whiteford H.A., Dobson A.J. Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: a retrospective cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016. Vol. 25. № 4. P. 393–402. doi: 10.1017/S2045796015000517.
18. Wintermann G.B., Rosendahl J., Weidner K. Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients

. TheJournalofnervousandmentaldisease. 2017. Vol. 205. № 10. P. 780–787. doi: 10.1097/NMD.0000000000000714.

19. Блінов О. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *PsychologicalJournal*. 2018. № 12. С. 9–22. doi: 10.31108/2018vol12iss2pp9-22.

20. Блінов О.А., Максименко С.Д., Черненко І.О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР) : науково-методичне видання. Київ : Талком, 2019. 23 с.

21. Бугерко Я.Феномендуховностіуконтекстіфілософсько-психологічнихдосліджень. *PedagogyandPsychology*. 2015. III (27).Р.69–74.

22. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с.

23. Горбунова В. В., Климчук В. О. Посттравматичний розлад Психологічна VERSUS: посттравматичне зростання. допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.

24. Гошовська Д., Гошовський Я. Психологічні особливості тривожності й саногенностідепривованої особистості. Психологічні перспективи. Вип. 39. 2022. С. 56–68.

25. Гошовська Д., Гошовський Я. Самоусвідомлення особистості з психофізичними вадами : емпіричний вимір проблеми. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 91-102.

26. Грибок А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в складних та екстремальних умовах. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. Том. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.

27. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування : посіб. Київ : Літера, 2015. 207 с.

28. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-159875-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-zprofilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 16.09.2024).

29. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / за ред. Волошина П. В., Лінського І. В., Марути Н. О., Волошиної Н. П., Міщенко В. М., Дубенка А. Є. Харків : Видавець Строков Д. В., 2021. 376 с.

30. Кокун О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» : препринт. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. 46 с.

31. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 288 с.

32. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

33. Коць М. О. Вікові особливості професійного самовизначення як компоненту соціалізації дітей з вадами психофізичного розвитку. Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. ДВНЗ "Запорізь. нац. ун-т", Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка, Н. Ф. Шевченко, М. Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ, 2015. № 1 (7). С. 117–122.

34. Коць М., Поліщук О. Вікова динаміка професійного самовизначення дітей з особливими потребами. Психолог. перспективи. 2015. Вип. 26. С. 177–187.

35. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. Психологія: реальність і перспективи. 2017. № 8. С. 128-133.

36. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах

бойових дій. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.

37. Лінська К.І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера – Ханіна. Український вісник психоневрології. 2019. № 27(1). С. 46–56.

38. Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Афанасенко В. С. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності : навч. посіб. Харків : ХВУ, 1999. 148 с.

39. Люта О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozladu-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/> (дата звернення 16.09.2024).

40. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf> (дата звернення 16.09.2024).

41. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.

42. Психологічне забезпечення оперативно-службової діяльності працівників міліції. Ч. 9. Психологічна допомога працівникам ОВС, які виконують службові обов'язки в екстремальних умовах діяльності : навч.-метод. посіб. / Д. О. Александров, О. А. Левенець. Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2015. 121 с.

43. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2(2). С. 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).

44. Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

45. Уживання алкогольних напоїв і розлади адаптації у комбатантів (результати пілотного дослідження) / І.В. Лінський та ін. Лікарська справа. 2019. № 4. С. 16–21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2019_4_5 (дата звернення: 16.09.2024).

46. Фітькало О. С. Особливості надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ за наявності ПТСР з ознаками адиктивної поведінки (власний досвід). Health&Education. 2024. № 1. С. 77-83.

47. Фітькало О.С. Прогнозування формування алкогольної залежності в осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Український медичний часопис. 2023. № 6. С. 84–86. doi: 10.32471/umj.1680-3051.158.247539.

48. Чабан О.С., Безшейко В.Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій у зоні Антитерористичної операції. Український вісник психоневрології. 2017. Вип. 2. Т. 25. С. 80–84.

49. Череповська Н. І. Деструктивні інформаційні впливи медіа та профілактика їхніх наслідків у військовослужбовців та ветеранів АТО. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.