

Національний університет «Чернігівський колегіум»
імені Т.Г. Шевченка
Навчально-науковий інститут психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
освітнього ступеня «магістр»
на тему
ЧИННИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

Виконав:
студент II курсу, 61 групи
Довбиш Сергій Сергійович

Науковий керівник:
ДРОЗДОВ Олександр Юрійович,
доктор психол. наук, доцент

Захищено з оцінкою _____
Голова ЕК _____

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
1.1. Загальне поняття про психологічну травму.....	6
1.2. Бойова психічна травма	11
1.3. Поняття про посттравматичний стресовий розлад	17
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ	
2.1. Методика та процедура дослідження.....	23
2.2. Отримані результати та їхній аналіз.....	27
2.3. Практичні рекомендації.....	34
 ВИСНОВКИ.....	 40
 СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	 43
 ДОДАТКИ.....	 47

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі, де військова діяльність є необхідністю для збереження міжнародної безпеки та захисту національних інтересів, психологічна травматизація військовослужбовців стала однією з гострих проблем, які потребують негайного вирішення. У зв'язку з подіями, що відбуваються на сучасному етапі в Україні та повномасштабною війною на її території, особливого значення набуває дослідження чинників психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ.

По-перше, події, які зараз відбуваються на території нашої держави характеризуються високою напруженістю, інтенсивністю та швидкоплинністю. За таких умов психіка військовослужбовців функціонує на грані допустимих навантажень, постійні виснаження призводять до зниження ефективності їх діяльності, одержання різних травм, у тому числі й психологічних та психічних розладів короткочасного чи довготривалого характеру. По-друге, наслідками психологічних травм можуть бути інші психологічні проблеми та патології. По-третє, в Україні на жаль немає єдиної чіткої системи соціально-психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни.

Таким чином, актуальність проблемних питань, пов'язаних з психологічною травматизацією військовослужбовців ЗСУ, їх важливість, відсутність налагодженої системи соціально-психологічної допомоги військовослужбовцям та необхідність пошуку шляхів для збереження та зміцнення психологічного здоров'я, зумовили вибір теми цього дослідження – «Чинники психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ».

Метою даної магістерської роботи є вивчення чинників психологічної травматизації військовослужбовців Збройних Сил України.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені наступні завдання дослідження:

- 1) здійснити теоретико-методологічний аналіз феноменів психологічної травми, бойової психологічної травми, чинників та психологічних наслідків таких травм;
- 2) організувати та провести емпіричне дослідження рівня та чинників психологічної травматизації військовослужбовців Збройних Сил України;
- 3) здійснити математико-статистичний та якісний аналіз отриманих результатів;
- 4) сформулювати висновки та надати практичні рекомендації з профілактики психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ.

Об'єктом дослідження є бойова психологічна травматизація військовослужбовців ЗСУ.

Предметом дослідження є соціальні, психологічні та демографічні чинники бойової психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ.

Методи дослідження:

- **теоретичні:** аналіз, синтез, узагальнення, класифікація, порівняння та інтерпретація інформації, одержаної у процесі теоретичного вивчення наукової літератури з питань психологічної травматизації військовослужбовців Збройних Сил України;

- **емпіричні:** опитування та психологічне тестування, які проводились з метою збору психологічної інформації про досліджуваних та визначення чинників психологічної травматизації військовослужбовців;

- **математико-статистичні методи:** описова статистика, порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента).

Теоретико-методологічною основою дослідження були концепції сучасних вітчизняних науковців стосовно феноменів «психологічна травма» (Л.І. Паливода), «бойова психічна травма» (О.А.Блінов), «посттравматичний стресовий розлад» (О.Л.Корольчук).

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

У першому розділі проведено теоретико-методологічний аналіз феномену психологічної травматизації військовослужбовців на прикладі бойової психічної травми та ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). У другому розділі наведено результати емпіричного дослідження психосоціальних особливостей чинників психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ, які потрапили до епіцентру війни на різних лініях фронту, виконували бойові завдання на різних ділянках фронту, без зв'язку з рідними та в умовах низької забезпеченості всім необхідним (продукти харчування, питна вода, зброя та боєприпаси, військове знаряддя, медичне забезпечення, засоби самозахисту тощо), а також практичні рекомендації. Загальний обсяг роботи – 52 сторінки, містить 31 літературне джерело та Додаток А, Додаток Б.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Загальне поняття про психологічну травму

Поняття «психологічна травма» є відносно новим у психологічній науці, попри те, що про існування таких травм було давно відомо. Слід зазначити, що поняття «травма» має значення «рана» у перекладі з грецької мови. Історія вивчення проблеми психологічної травми сягає кінця XIX– початку XX століття. Перші спостереження з цієї області були зроблені психіатрами, які досліджували військові конфлікти того часу, зокрема Першу світову війну. Учасники війни поверталися з фізичними та психічними пораненнями, що викликало інтерес до дослідження військової травми [12].

Спочатку Американське психіатричне співтовариство включило психічну травму до класифікації DSM – II як «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес». У вітчизняній психіатрії в останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) виділена рубрика F-43 (психічна травма) та зазначається, що психічна травма є реакцією на важкий стрес та порушення адаптації. Проте, не варто ототожнювати поняття «психічної» та «психологічної» травм.

Психічна травма, на переконання Л. Паливоди [17, с. 70], є станом дуже сильного переляку, який переживає індивід, коли стикається з раптовою загрозливою подією, що переважає можливості людини та є неконтрольованою, і на неї неможливо відреагувати ефективно. За словами, Л. Паливоди, це як прорив людського захисного бар'єру, який оберігає людину та обмежує вплив на психіку, і такий прорив супроводжується сильним відчуттям тривоги, невизначеності, безпорадності, втратою здатності до саморегуляції та сенсу подальшої життєдіяльності.

Щодо психологічної травми, то П. Жане у 1889 році зауважив, що грубий спогад про психологічну травму залишається як фіксована ідея та живе власним життям, він відрізаний від решти свідомого розуму й утворює несвідомі жести та симптоми. Пізніше, науковці підтвердили цю гіпотезу та зазначили, що головною особливістю психологічної травми є те, що вона пов'язана з розладами інтеграції події більше, ніж безпосередньо з проживанням психологічного болю. Ядро травми при цьому вміщує фрагментовані частини знань про травмуючу подію, які немов змонтовано з подіями, що не мають відношення до травматичної події. Людина не може назвати когнітивні емоційні складові інформації про травмуючу подію, що залишилася в минулому [11].

Після закінчення Другої світової війни значно виріс інтерес до дослідження психологічної травми, що було пов'язано з багатьма фізичними та психічними скаргами, які були наслідком бойового досвіду, як у країнах Західної, так і в країнах Східної Європи. Таким чином була сформована концепція снарядного шоку, який був викликаний артилерійськими атаками. Проте згодом науковці зрозуміли, що психологічні травми, пов'язані з військовими подіями, не завжди характеризувалися як фізичний перебіг психологічних проблем. Поряд з депресією, яка виникала після перебування в окопах, у військових відбувалися конверсійні реакції – параліч, сіпання, галюцинації тощо. Кардінер провів велику діяльність у дослідженні феномену бойової психологічної травми, отриманої під час військових дій. Також З. Фройд досліджував феномен психологічної травми, отриманої під час війни. Більш того, З. Фройд вніс вагомий внесок у розвиток теорії психотравми. Він вивчав випадки, коли особистості переживали надзвичайно тяжкі та потрясаючі події, що призводили до розладу їхнього психічного стану. Фрейд описав такі стани, називаючи їх «неврозами війни» та «неврозами бою» [11, с. 579].

Сучасні дослідники, зокрема Л. Заграй [9, с. 108] зауважують, що психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, що

передбачає можливість контролювати або регулювати ситуацію та знижувати вразливість і невизначеність. Таким чином, на думку дослідниці, психологічна травма є реакцією людини на життєві обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру.

У психологічній енциклопедії поняття «психологічна травма» визначається, як *«...шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей»* [5, с. 365].

Т. Титаренко вважає, що психологічна травма є залишковим явищем афективних переживань особистості, які обумовлені зовнішніми подразниками, виявляють патогенний вплив на особистість та спричиняють психічний дискомфорт. Т. Титаренко також вказує, що у метафоричному значенні психотравма є будь-яким потрясінням психіки, яке здійснює сильний вплив на функціонування особистості та її подальший розвиток [22].

О. Євсюков та В. Садковий [8] зазначають, що психологічна травма являє собою шкоду, завдану психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або стресових, гостроемоційних впливів інших людей на її психіку.

Ю. Робаківська [20] переконана, що психологічна травма є життєвою подією або ситуацією, що здійснює вплив на важливі сторони існування людини та призводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення такої травми, на переконання дослідниці, розглядається, як результат незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Психологічна травма має подвійну природу, адже спочатку проявляється руйнівна сила, яка забирає здатність людини жити та радіти життю, а інша сторона – здатність цієї травми зцілювати й трансформувати людину. Окрім того, Ю. Робаківська наголошує, що психологічна травма – це ще й переживання, в ядрі якого знаходиться конкретний емоційний стан.

Прибічники психологічного підходу, зокрема Н. Пов'якель, С. Гончарова, М. Яковчук, Л. Пергаменщик, D. Olweus стверджують, що при

трактуванні травми ситуація розглядається як взаємовплив середовища та особистості, при якому центральна роль відводиться суб'єктивним факторам, серед яких: розуміння та переживання ситуації людиною, її ставлення до цієї ситуації, інтерпретація подій. Основи цієї методологічної позиції базуються на уявленнях К. Левіна про «суб'єктивну ситуацію», У. Томаса «про визначення ситуації як процесу її аналізу», Л. Виготського «про психологічний життєвий простір». При цьому ключова роль належить суб'єктивній картині ситуації, яка складається в індивідуальній свідомості, адже опираючись на такі методологічні позиції, можна говорити про психологічну травму [9].

Варто наголосити, що у низці сучасних праць «психологічна травма» трактується як стан сильного страху, який переживається людиною під час зіткнення з раптовою подією, що є потенційно загрозливою для її життя. Цей страх перевершує можливості індивіда та не дає йому можливості контролювати й ефективно реагувати [27; 28; 29].

П. Левін зауважує, що психологічна травма зазвичай виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, які необхідні для подолання події, що травмує. На його переконання, руйнівна сила психологічної травми безпосередньо залежить від індивідуальної важливості травмівної події для людини, рівня її захищеності та здатності до саморегуляції [23].

Л. Паливода підкреслює, що у загальному плані психологічну травму можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. До таких подій можна віднести війну, стихійні лиха, терористичні акти, фізичне, сексуальне й емоційне насилля, нещасні випадки та аварії, ситуації горя, втрати, серйозні захворювання та медичні операції, міжособистісні конфлікти та ін. На думку Л. Паливоди, психологічна травма узагальнює всі життєві моменти, які можна вважати складними ситуаціями життя, зокрема екстремальні [17].

Цю думку підтверджують дослідження З. Фрейда та К. Юнга, де вони вводять категорію смислу у розуміння психотравми. Науковці вважали,

джерелом психопатології у житті індивіда не травмуючу ситуацію, а той жахаючий смисл, якого в його розумінні набуває ця подія, афект, уявлення про неї, і який торкається більш глибоких структур душі [6].

І. Кучманич та Р. Мороз зазначають, що з психологічної точки зору, психологічна травма є порушенням цілісності функціонування психіки, що спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується індивідом як непереборна та незвичайна в результаті недостатності захисних механізмів та у подальшому викликає подальшому глибокі емоційні переживання [14].

Беручи до уваги все вищезазначене, ми вважаємо, що психологічна травма – це негативний психічний стан, що виникає внаслідок досвіду події або ситуації, яка перевищує здатність особистості ефективно її опрацювати та адаптуватися до неї. Це можуть бути події, які загрожують життю, фізичному або психологічному благополуччю людини або її близьких, та які порушують основні вірування та цінності особистості.

Варто підкреслити, що механізм психологічної травматизації може включати такі елементи:

1. Безпосередній досвід або свідчення про подію, що загрожує життю або безпеці.
2. Відчуття безпорадності та вразливості, коли особа не може ефективно реагувати на подію або вберегти себе.
3. Вплив на основні вірування, цінності та переконання особистості, що порушує її уявлення про себе, світ та безпеку.
4. Посттравматичні симптоми, такі як стрес, тривога, повторні спогади, сни, відчуття відсутності емоційної реакції, збудження тощо.

Зауважимо, що психотравмуючі ситуації можуть включати військові конфлікти, насильство, терористичні акти, природні катастрофи, аварії, сексуальні напади, довготривале психологічне насильство, втрату близьких тощо. Кожна людина може реагувати на подібні ситуації по-різному, і рівень травматичності може варіюватися від особи до особи [24, с. 8].

Психологічна травма може викликати різноманітні наслідки, які впливають на різні аспекти життя людини. На особисті стосунки вона може впливати шляхом психологічної віддаленості, складностей у встановленні та підтримці близьких зв'язків, а також проблем комунікації та довіри. У сфері праці виникають труднощі у концентрації, прийнятті рішень, виконанні завдань та спілкуванні з колегами. Фізичне здоров'я може постраждати через зниження імунітету, збільшення впливу стресу на організм та з'явлення фізичних симптомів, таких як біль, недомога та втома. Загальна якість життя може зазнати погіршення через почуття безпорадності, надмірної тривоги та зниження насолоди від раніше приємних занять [30].

Як зазначає П. Сівчук [21], психологічна травма тісно пов'язана з сильними та негативними емоціями, з високим ступенем напруженості та тривалими важкими переживаннями. Психологічна травма здійснює вплив на все подальше людське життя, руйнує не тільки її фізичне, але й психічне здоров'я.

Отже, узагальнюючи все вищесказане, підсумуємо, що сьогодні існує безліч різноманітних підходів до розуміння поняття «психологічна травма», проте майже усі вони зводяться до того, що психологічна травма – це результат події або ситуації, яка перевищує здатність особистості адаптуватися та ефективно опрацювати її, тобто це своєрідна реакція людини на стресові життєві події, як певна «нормальна реакція на ненормальні обставини».

1.2. Бойова психічна травма

Війна чинить великий вплив на особистість військовослужбовців. Одним із основних її значущих наслідків є бойовий стрес, який здійснює вагомий психотравмуючий вплив на бійців та є головною причиною виникнення гострих стресових і посттравматичних стресових розладів та бойових психічних травм [16].

Бойова психічна травма є психічним станом, що виникає у результаті військових конфліктів або інших насильницьких ситуацій. Історія вивчення бойових психічних травм має досить глибокі коріння, і відомо, що перші описи подібного стану з'явилися під час Першої світової війни [5, с. 21].

Англійський лікар Ч. Майєрс вперше описав явище, відоме як «снарядний шок» у солдатів, які перебували у безпосередній близькості від вибухів снарядів. Цей стан характеризувався симптомами, такими як збудження, боязнь, нервова втома та порушення зорового сприйняття [30].

Пізніше, внаслідок подібних конфліктів, таких як Друга світова війна, В'єтнамська війна та багато інших, питання бойових психічних травм стали предметом більш детального вивчення. Країни, що зазнали воєнних дій, такі як США, Ізраїль, Росія (після Чеченських війн) та Україна (після 2014 року), досліджували цю проблему і розробляли стратегії її врегулювання [25, с. 5].

Існує кілька різних підходів до розуміння поняття «бойова психічна травма», і їх визначення може варіюватися залежно від джерела. Загалом, бойову психічну травму можна розглядати як психічний розлад, що виникає в результаті безпосереднього свідчення або досвіду військових дій або насильства.

На думку І. Приходько [19], бойова психічна травма є патологічним станом центральної нервової системи, що формується внаслідок бойового стресу, який перевищує адаптаційний потенціал певної особистості та утворюючий *patos* бойової психічної патології.

О. Караяні [13] зазначає, що бойова психічна травма виступає своєрідним проривом бойовим стрес-фактором захисного шару психіки, який супроводжується не тільки руйнуванням базових цінностей особистості, але й формуванням патологічних механізмів регуляції поведінки.

В. Вінтоняк, О. Рибчук, О. Недвига [4] вважають, що бойова психічна травма є неможливістю психологічно та психічно протистояти травмуючим чинникам бойової обстановки, що супроводжується деформацією базових цінностей військовослужбовців, саморегуляції, їх дезорієнтацією в собі й

навколишньому світі, а також неможливістю вести бойові дії. Інакше кажучи, військовослужбовець не контужений, не поранений, не отруєний, проте він не здатен вести бойові дії.

О. Блінов [3] стверджує, що бойова психічна травма – це деформація психологічних механізмів саморегуляції та прорив стрес-фактором захисту психіки особистості, внаслідок чого відбувається зміна цінностей і поведінки та перевищення її адаптивних можливостей. За словами дослідника, це велике переживання, що зумовлене короткочасним чи тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що може спровокувати розлади психіки різного рівня складності.

Зобразимо орієнтовний процес появи та розвитку бойових психічних травм на Рис.1.

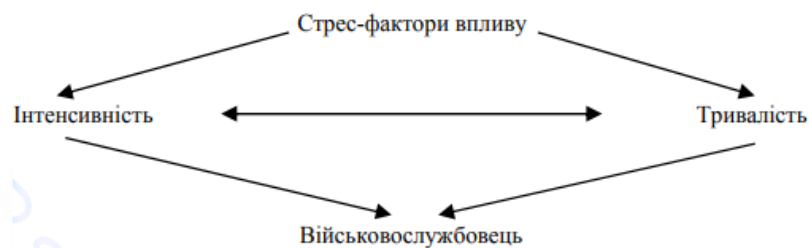


Рис. 1. Схема появи та розвитку бойових психічних травм [3]

Зазначимо, що типи бойових психічних травм можуть включати: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад (АСР), комплекс стресових розладів (КСР) та інші.

О. Блінов [3] пропонує класифікувати бойові психічні травми за ступенем їх важкості на:

- а) бойові психічні травми легкого ступеня – це травми, що проявляються у надмірній замкненості, дратівливості, головних болях, втраті апетиту, швидкій стомлюваності тощо;
- б) бойові психічні травми середнього ступеня, що характеризуються агресивністю, легкими істеричними реакціями, депресією, тимчасовою втратою пам'яті, страхом та підвищеною чутливістю до шуму;

с) бойові психічні травми важкого ступеня, які характеризуються порушеннями зору, слуху, психомоторними розладами від безглузвих вчинків до розвитку ступору та порушеннями координації рухів.

Чинники, що спричиняють бойові психічні втрати, можуть включати пряму участь у бойових діях, свідчення насильства, втрату товаришів або близьких людей, страх за власне життя та інші травматичні події. Як стверджують В. Вінтоняк, О. Рибчук та О. Недвига [4], прямо впливають на виникнення бойової травми такі чинники, як бойовий досвід, досвід та оцінка бойової обстановки, чинники поля бою, реакція на бойовий стрес, індивідуально-психологічні риси військовослужбовця, зокрема стресостійкість, тип темпераменту тощо, чинники профілактики бойового стресу та ін. Окрім того, науковці наголошують, що здатність військовослужбовців переносити бойовий стрес залежить від трьох груп чинників та їх взаємодій. До таких груп чинників вони відносять: біологічні, до прикладу генетична схильність, психологічні – до яких можна віднести стратегії подолання та міжособистісні – до яких відноситься, приміром, соціальна підтримка.

Механізми, які призводять до розвитку бойових психічних травм, включають генетичні та біологічні фактори, особистісні особливості, соціокультурні впливи та психологічні реакції на травму. Важливо зазначити, що кожна людина може реагувати на травму по-різному, і не у всіх, хто зазнав травматичного досвіду, розвиваються бойові психічні травми.

Варто наголосити, що бойові психічні травми займають значне місце у структурі бойового ураження психіки військовослужбовців, вони у 3-4 рази збільшують психічну захворюваність в армії та послаблюють боєздатність військ на 10-50%. Симптоматику бойових психічних травм різного ступеня складності виявляють близько у 40% поранених. Дані численних досліджень свідчать про те, що від 10 до 20% воєнних конфліктів закінчуються тим, що у військових виникає психічна травма. Бойові психічні травми комбатантів можуть переслідувати їх впродовж тривалого часу та являються

найвагомішою перешкодою не лише на шляху адаптації до військової служби у місцях постійної дислокації, але й мирного життя після звільнення зі служби. Ознаки бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових розладів можуть зберігатися протягом тривалого проміжку часу [3].

Статистика щодо поширеності бойових психічних травм може варіюватися в залежності від регіону та досліджень. До прикладу, дані різноманітних досліджень засвідчують різну поширеність тих або інших психічних порушень серед демобілізованих військовослужбовців. Таким чином, Ramchand et al. (2008) вияснили, що з-поміж осіб, які брали участь у проведенні операцій «Непохитна свобода» (Афганістан) та «Іракська свобода» (Ірак), найпоширенішими розладами були ПТСР, депресія та травма головного мозку з когнітивними порушеннями. Згідно з даними Hoge et al. (2006), 5% військовослужбовців, які повернулися після операції «Непохитна свобода», мали позитивний результат тестування на ПТСР та 3% – на депресію. З-поміж демобілізованих після операції «Іракська свобода» – 10 % військовослужбовців мали позитивний результат тестування на ПТСР та 5 % – на депресію. У дослідженні Kulka et al. (1990), у процесі якого вивчалась поширеність психічних розладів протягом усього життя в результаті війни у В'єтнамі, було виявлено, що 30% ветеранів відповідали критеріям ПТСР [28].

Як зауважує В.І. Алещенко [1], у перші дні бойових дій психічні травми одержує близько 60-65% військовослужбовців, а понад 20-25% військовослужбовців не спроможні виконувати свої посадові обов'язки та потребують спеціалізованої допомоги.

Відповідно до даних ВООЗ, 16,2 та 12,5% (з 10% громадян 21 країни світу) мають наслідки війни чи психічний травматизм близьких людей. Бойові психічні травми зумовлюють найпоширеніші розлади у військовослужбовців-комбатантів, зокрема стани психічної дезадаптації (у 80% випадках), з-поміж поранених, із досвідом локальних війн, психічні розлади складають майже 50%. До того ж, віддаленими наслідками бойових

психічних травм, які проявляються уже через місяць після участі людини у військових діях, прийнято вважати таку психічну патологію, яка супроводжує посттравматичний стресовий синдром або бойову психічну травму, як: депресія (66,7%), зловживання та/або залежність від алкоголю (33,3%), саморуйнуюча поведінка (25,6%), панічний (12,8%), генералізований тривожний (10,3%) та дистимічний (10,3%) розлади, бажання повторення травмуючої ситуації для того, щоб відреагувати на неї та інші негативні наслідки [31].

Додамо, що бойова психічна травма може мати численні наслідки для постраждалих осіб. Симптоми бойових психічних травм можуть включати повторні спогади про травматичну подію, нічні кошмари, гіпервигляд, подразливість, панічні атаки, відчуття відчуженості, депресію, проблеми зі сном, концентрацією та пам'яттю, а також соціальну відірваність [7].

Крім того, бойова психічна травма може значно погіршити якість життя людини, вплинути на її здатність працювати, займатися родинними справами та встановлювати нормальні взаємини з іншими людьми. Це також може мати негативний вплив на фізичне здоров'я через збільшений ризик розвитку психосоматичних захворювань. Загалом, бойова психічна травма є проблемою для осіб, які її зазнали, та їхніх родин. Вона може впливати на різні аспекти життя, відносин та здоров'я постраждалих, тому необхідно надавати їм адекватну підтримку та допомогу.

Одним з напрямків досліджень є вивчення фізіологічних аспектів бойової психічної травми. Наприклад, досліджуються зміни, які відбуваються в нейрохімічних системах мозку та нервовій активності під час стресу та психотравматичних подій. Це допомагає краще зрозуміти біологічні механізми, що лежать в основі бойової психічної травми. До того, проводяться психологічні дослідження, спрямовані на вивчення психічних процесів, що відбуваються в постраждалих осіб. Вони досліджують фактори ризику, роль психосоціального контексту, індивідуальні особливості та ефективні методи психотерапії. При вивченні бойових психічних травм

важливо враховувати культурні, соціальні та історичні контексти, оскільки ці фактори можуть впливати на прояв та лікування таких травм у різних груп населення [5].

Таким чином, приходимо до висновку, що на сучасному етапі українське суспільство переживає дуже важкі часи, які здійснюють великий вплив на психічне здоров'я та емоційний стан кожного його члена, а особливо військовослужбовців, які стоять на захисті нашої держави, знаходяться у зонах бойових дій та одержують різні травми, в тому числі бойові психічні травми. Існує багато різноманітних підходів до розуміння поняття «бойова психічна травма», але в загальному можемо трактувати його як психічний розлад, що виникає в результаті безпосереднього свідчення або досвіду військових дій або насильства та призводить до численних негативних наслідків.

1.3. Поняття про посттравматичний стресовий розлад

Важкі умови життєдіяльності військовослужбовців, що зумовлені щоденним веденням бойових дій та протистоянням ворогу, призводять сьогодні до зростання кількості стресових та травматичних ситуацій, погіршують не тільки фізичне, але й психічне здоров'я та призводять до посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Саме ПТСР є найбільш частою формою розладів у військовослужбовців та жертв екстремальних подій, що важко піддаються лікуванню та корекції і проявляються соціальними, соматичними та психологічними змінами [13]. Історія вивчення ПТСР сягає В'єтнамської війни, коли вперше було описано симптоматику у ветеранів війни.

За твердженням О. Корольчук [13], ПТСР, будучи одним із можливих психологічних наслідків перенесення травматичної події з'являється близько у 20% осіб, навіть за умов відсутності поранення та фізичного травмування, супроводжуючись як різноманітними психічними розладами та

психосоматичними порушеннями. Посттравматичний синдром включає групу психічних розладів, які виникають внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта «витіснити» із свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Критерії ПТСР були вміщені до Американського національного діагностичного психіатричного стандарту й зберігаються там сьогодні. Ці критерії з 1994 року включено також до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 [18]. Досліджуючи причини ПТСР, науковці не дійшли спільної згоди щодо того, чому в одних людей появляється цей розлад, а в інших він не виникає. ПТСР може розвиватися у людей будь-якого віку, які зазнали різних травм, до них в першу чергу належать ветерани бойових дій, а також люди, які пережили або стали свідками сексуального чи фізичного насильства, нещасного випадку, жорстокого поводження, військового конфлікту, стихійного лиха чи інших жахливих подій.

Дослідники зазначають, що нейробіологія, генетика, особистісні фактори та фактори ризику можуть здійснити вплив на появу ПТСР після травматичної події [23]. Симптоматика ПТСР може включати повторювані травматичні спогади, кошмари, відчуття зневіри, подразнюваність, агресію, відчуття емоційної замисленості, ізолюваність від суспільства, втрату інтересу до попередніх занять та взаємин з іншими людьми.

У психологічній науці зазвичай виокремлюють три групи симптомів ПТСР. До першої групи відносять симптоми повторного переживання, зокрема повторні негативні сни, що пов'язані з подією, повторні нав'язливі негативні спогади про подію, інтенсивний психологічний стрес під час подій, які нагадують чи символізують травму, раптові почуття та образи почуття (флешбеки). До другої групи належать симптоми уникнення – уникнення діяльності, пов'язаної з подією, уникнення думок і почуттів, пов'язаних із подією, зниження інтересу до раніше значущої діяльності, нездатність згадати деталі події, відчуття відчуження від інших людей та відстороненості, відсутність орієнтації на майбутнє, збіднення почуттів. До третьої групи відносять симптоми підвищеної збудливості, а саме: безсоння,

труднощі із засинанням, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість, вибухові реакції, надпильність, фізіологічна реакція на події, які символізують або нагадують травму [2].

Основними формами прояву посттравматичного синдрому вважаються:

- труднощі конкретизації уваги, ослаблення пам'яті, думки про самогубство, постійна підвищена настороженість, неспроможність концентрувати увагу, почуття постійної втомленості, порушення сну та труднощі засинання;
- повна або часткова соціальна дезадаптація, прийом наркотиків, зловживання алкоголем, шлунково-кишкові розлади, головні болі, сексуальні розлади, спалахи агресії та гніву щодо інших людей чи предметів;
- прагнення уникати переживань, думок, ситуацій, дій, що можуть нагадати психотравмуючі обставини;
- нав'язливі спогади та сни, які періодично повторюються про психотравмуючі події, що інколи асоціюються із будь-якими подіями та вчинками;
- відчуття «укороченого майбутнього», нездатність до співпереживання з іншими людьми, до сімейного життя;
- нездатність відтворити в пам'яті про події, які супутні психотравмуючій ситуації;
- втрата інтересу до раніше важливих форм життєдіяльності, приміром, до спорту [3].

Типи ПТСР включають транспортний, насильницький, сексуальний, військовий та інші види. Кожен тип може мати відмінні рівні інтенсивності та тривалості симптомів [9]. Відповідно до клінічної типології та класифікації ПТСР, до цієї групи розладів відносять затяжні патологічні стани у ветеранів війни, військовослужбовців, екс-військовополонених і

колишніх депортованих після короткочасної чи тривалої екстремальної дії [13].

Епідеміологія ПТСР показує, що він може впливати на будь-яку людину, яка має досвід травматичної події та не обмежується будь-якими конкретними категоріями населення. Згідно зі статистикою, близько 6,8% населення виявляє симптоми ПТСР протягом життя. Вищий ризик розвитку ПТСР спостерігається у людей, які були жертвами сексуального насильства, ветеранів війни, біженців та осіб, які пережили насильство [24]. За даними Всесвітньої організації здоров'я, від 3% до 6% населення світу страждає від ПТСР. ПТСР може виникнути у будь-якого, хто був свідком або потерпів від травматичної події, такої як аварія, насильство, військові дії або природні катастрофи. Деякі категорії населення, такі як ветерани війни, постраждали від сексуального насильства, діти, які були свідками насильства в родині, та рятувальники, що працювали на місці катастрофи, можуть бути більш схильні до розвитку ПТСР [25].

Окрім індивідуального рівня, епідеміологія ПТСР також досліджується на рівні популяцій та регіонів. Результати різних досліджень показують, що поширення ПТСР може відрізнятися залежно від контексту і травматичних подій, які впливають на конкретну групу людей. Наприклад, після воєнних конфліктів чи масових терактів спостерігається підвищений ризик розвитку ПТСР у військових ветеранів, осіб, що пережили геноцид або етнічні конфлікти, а також уцілілих засуджених на смерть та політичних ув'язнених. Часто у таких ситуаціях підтримка індивідуальної та громадської реабілітації є важливим фактором для зменшення поширення ПТСР [30].

Епідеміологічні дослідження також показують, що ПТСР може бути широко поширеною проблемою серед жінок, особливо у тих, хто був жертвою сексуального насильства або домашнього насильства. Деякі статистичні дані також вказують на підвищений ризик розвитку ПТСР у дітей та підлітків, які були свідками насильства або мали досвід дитячого знущання [28].

Як зазначає А. Блінов [3], клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5 до 44% ветеранів війни, а часткові ознаки цього симптомокомплексу у віддалений період виявляються в 63-91,5% випадків. О. Корольчук [13] наголошує, що середні показники поширеності ПТСР в умовах військового часу від 15 до 30%, що є повністю рівнозначними показникам ПТСР у жертв злочинів – 15-50%. У той час як загальна поширеність ПТСР після важкого стресу у мирні часи складає тільки 0,5-1,2%.

За словами Н. Лебединець, О. Плиски, О. Мельниченко, І. Шкробанець, поширеність ПТСР у світі спостерігається у 160 млн. осіб. Науковці зауважують, що прояви ПТСР наявні у 11-20% ветеранів Афганістану, 31% ветеранів В'єтнаму, 20% ветеранів війни в Іраку [15]. У країнах Європи ПТСР страждають від 8,5 до 12% населення, а в Ізраїлі – 8,25%. Головний психіатр Армії оборони Ізраїлю, розробник та реалізатор програми реабілітації для солдат та військовослужбовців – Мікі Дорон зазначає, що показник ПТСР у Ізраїлі нижчий за 4% [15].

Щодо українських військових, то Н. Лебединець, О. Плиски, О. Мельниченко та І. Шкробанець підкреслюють, що 96% військовослужбовців відчують вплив стресових чинників упродовж бойових дій, а у 15-40% діагностується ПТСР [15]. Відповідно до представлених матеріалів керівника офісу Президента України з питань реабілітації учасників АТО за 2014–2018 роки, близько 8% ветеранів страждають від ПТСР, а його ознаки спостерігаються у кожного четвертого учасника збройного конфлікту на Донбасі [26].

Як зазначалося, ПТСР не обмежується тільки військовими, і може впливати на будь-яку людину, яка пройшла через травматичний досвід. Незалежно від того, чи сталася травма військовими діями, насильством, аварією або іншими подіями, ПТСР може виникнути в результаті досвіду, що порушує безпеку, викликає страх або почуття допомоги, а також призводить до різноманітних негативних наслідків, як для конкретної людини, так і для держави загалом.

О. Корольчук [14] відносить до загальних наслідків ПТСР, які здійснюватимуть вплив на державу такі:

- підвищення рівня схильності до навіювання і можливості масової маніпуляції та психоемоційну лабільність;
- деструкцію традиційних цінностей соціуму, таких як: родина, дружба, людська гідність та ін., а також збільшення числа неблагополучних сімей;
- зниження здатності у соціумі адекватно оцінювати політичну ситуацію у країні, радикалізм та, відповідним чином, зростання кількості деструктивних релігійних культів, радикальних рухів, сект;
- зростання захворюваності, скорочення тривалості життя тощо.

Отже, посттравматичний стресовий розлад – це розлад, який виникає як наслідок безпосереднього досвіду або свідчення про травматичну подію, що становить серйозну загрозу життю, фізичному цілісності або особистій безпеці. Це може бути війна, природні катастрофи, насильство, аварії тощо. Це серйозна проблема психічного здоров'я, що може впливати на життя людей усіх вікових груп та соціальних категорій, особливо гостро ця проблема стосується військовослужбовців та ветеранів війни. Важливо забезпечити належну підтримку, доступ до ефективної психологічної допомоги та створити сприятливе оточення для одужання та реінтеграції осіб, які страждають від ПТСР.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

2.1. Методика та процедура дослідження

Дослідження чинників психологічної травми військовослужбовців Збройних Сил України проводилося у період червня-липня 2023 року за участю 80 військовослужбовців, серед яких солдати, сержанти та офіцери, які брали участь у бойових діях. Серед яких 25 жінок та 55 чоловіків. Середній вік жінок – 33 роки, чоловіків – 40 років.

Вибірка досліджуваних складалася з військовослужбовців, які потрапили до епіцентру війни на різних лініях фронту, виконували бойові завдання на різних ділянках фронту, без зв'язку з рідними та в умовах низької забезпеченості всім необхідним (продукти харчування, питна вода, зброя та боєприпаси, військове знаряддя, медичне забезпечення, засоби самозахисту тощо). Крім того, характер повномасштабної війни характеризується високою інтенсивністю бойових дій із застосуванням різного виду зброї та реактивних систем. З огляду на це, особовий склад зазнавав великих та безповоротних втрат, а поранення часто були важкими й виключали можливість військових повернення до виконання завдань після лікування. Детальніша характеристика вибірки військовослужбовців для проведення дослідження представлена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл досліджуваних військовослужбовців ЗСУ за військовими званнями

(n=80)

Військове звання	Кількість	
	п	%
Солдат	10	8
Старший солдат	6	4,8
Молодший сержант	7	5,6

Сержант	8	6,4
Старший сержант	8	6,4
Молодший лейтенант	7	5,6
Лейтенант	9	7,2
Капітан	7	5,6
Майор	8	6,4
Підполковник	5	4
Полковник	5	4

Результат таблиці 2.1 свідчить про те, що більшість досліджуваних військовослужбовців ЗСУ є представниками сержантського і старшинського, а також офіцерського складу ЗСУ.

У таблиці 2.2 відображено розподіл досліджуваних військовослужбовців ЗСУ відповідно до сімейного стану.

Таблиця 2.2

*Розподіл досліджуваних військовослужбовців ЗСУ за сімейним станом
(n=80)*

Сімейний стан	Кількість	
	п	%
Одружений	19	15,2
Неодружений	22	17,6
Розлучений	21	16,8
Не зареєстрований шлюб	18	14,4
Вдівець	-	-

Загальновідомо, що сім'я є одним з головних ресурсів людини, який допомагає їй подолати численні життєві труднощі, перешкоди, а також наслідки пережитих травматичних подій. З цієї точки зору негативним є той факт, що велика кількість досліджуваних військовослужбовців є неодруженими (17,6%) та розлученими (16,8%).

У дослідженні використовувався такий методичний інструментарій:

1) Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) (військовий варіант) (додаток А);

2) авторська анкета дослідження чинників травматизації

військовослужбовців (додаток Б).

Варто наголосити, що Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу є клінічною тестовою методикою, яка була розроблена у 1987 році Т. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військових, які виконували бойові завдання. Ця методика створена на основі ММРІ, де 30 питань утворюють три основні шкали, що співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів. Так, 11 запитань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», інші 11 запитань другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості», а 5 останніх запитань описують симптоми, що пов'язані з почуттям провини та схильності до суїциду [10, с. 145].

Авторська анкета дослідження чинників травматизації військовослужбовців складається з 20 питань щодо наявності (частоти, вираженості) чинників, що могли призвести до травматизації та чинників, які могли полегшити адаптацію або вихід зі стресової ситуації.

Цей комплекс методик, на наше переконання, є адекватним поставленим завданням емпіричного дослідження, він включає проведення якісного та кількісного аналізу емпіричних даних, із застосуванням методів математичної статистики у процесі їх обробки, характеризується надійністю, достовірністю та вірогідністю одержаних результатів дослідження.

Слід підкреслити, що за першою методикою «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» усі опитувані розподілялися на 3 групи (з низьким, середнім та високим рівнями вираженості посттравматичного стресового розладу). Далі було здійснено порівняння відповідей досліджуваних із авторської анкети з 1-ї («низької») та 3-ї («високої») груп.

Проведення неанонімного дослідження анкетування для військових може бути обґрунтованим з наступних причин:

1. Конфіденційність:

Військові можуть мати обов'язки та інформацію, які не можуть бути розголошені публічно або пов'язані з безпекою. Неанонімне анкетування забезпечує їх можливість викласти свої думки та досвід без страху репресій або порушень конфіденційності.

2. Важливість думок військових:

Військові мають унікальний досвід та відношення до різних питань, пов'язаних з військовою галуззю. Їх думки та внесок можуть бути цінними для вдосконалення стратегій, політик та процесів, пов'язаних з військовою сферою.

3. Виявлення потреб:

Анкетування дозволяє збирати дані про потреби військових, які можуть бути використані для покращення їх умов проживання та роботи. Це може включати питання про житлові умови, медичну підтримку, освіту, технічне забезпечення тощо.

4. Участь в процесі прийняття рішень:

Неанонімне анкетування дозволяє військовим брати участь у процесі прийняття рішень, пов'язаних з їх власною сферою діяльності. Це створює можливість для військових висловлювати свої думки, пропозиції та впливати на рішення, які стосуються їхньої роботи та життя.

5. Вдосконалення комунікації:

Анкетування може служити засобом покращення комунікації між керівництвом та військовими. Це може допомогти залучити думки та ідеї військових до процесу планування та прийняття рішень, що підвищує відповідність та задоволення військових.

Загальною метою неанонімного анкетування для військових є створення простору, де військові можуть вільно висловлювати свої думки та становити каталізатором для поліпшення умов служби та комунікації всередині оборонного сектору.

2.2. Отримані результати та їхній аналіз

Насамперед варто підкреслити, що на момент проведення емпіричного дослідження було дотримано всіх моральних та етичних норм, респонденти були попереджені про те, що інформація буде використовуватися для написання кваліфікаційної роботи.

Спочатку була проведена методика «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант)» для оцінки деструктивних аспектів травматичного досвіду військовослужбовців. Результати проведення цієї методики зображено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Діагностичні результати відповідно до Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій

Вибірка (n=80)	Вірогідність ПТСР			p≤
	Низька до 80 балів	Середня 80-89 балів	Висока 90 і більше	
	сер. = 70	Сер. = 83	Сер. = 95	
	61%	27%	12%	0,01

Як бачимо, згідно з результатами «Міссісіпської шкали оцінки посттравматичного стресового розладу», 61% військовослужбовців ЗСУ мають низьку вірогідність посттравматичного стресового розладу, 27% військовослужбовців мають середню вірогідність цього розладу, а 12% – високу ймовірність посттравматичного стресового розладу.

Як видно з таблиці, у більшості опитаних військовослужбовців переважає відсутність посттравматичного стресового розладу, однак варто звернути увагу, що є ще й незначна кількість тих, в кого спостерігається яскраво виражений посттравматичний стресовий розлад.

Відповідно до отриманих результатів, усіх опитуваних військових було розподілено на 3 групи:

- 1 група – з низьким рівнем вираженості посттравматичного стресового

розладу;

- 2 група – з середнім рівнем вираженості посттравматичного стресового розладу;
- 3 група – з високим рівнем вираженості посттравматичного стресового розладу.

Отримавши результати проведення анкетування, зокрема на основі методики «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичного досвіду» для військових та результати анкетування за авторською анкетною дослідження чинників травматизації військовослужбовців.

Порівняльна характеристика середніх показників за Шкалою оцінки впливу травматичної події між групою А і групою Б

Показник	Середнє значення Група1 / Група 2	СТД. Відх. Група 1 / Група 2	Рівень значущості
Вторгнення	13,3 / 6,03	4, 82 / 2, 52	p<0,05
Уникнення	12, 27 / 7, 73	4,07 / 2,89	p<0,05
Збудження	12, 34 / 5, 23	3, 93 / 1, 69	p<0,05

У загальному, середні показники "вторгнення", "уникнення" та "фізіологічного збудження" у обох досліджуваних групах не перевищують припустимі значення, але виявляють достовірну відмінність між групами. Група А має значно вищі показники у порівнянні з групою Б.

Щодо "вторгнення", у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, спостерігалось за середньостатистичними показниками 13,3 випадків, що є значно вищим, ніж у групі Б (6,03). Це свідчить про те, що основною частиною військовослужбовців групи А є наявність нав'язливих спогадів про екстремальні події, що призводить до тяжких емоційних переживань, кошмарів, флешбеків.

Ситуація аналогічна з "уникненням". Симптоми уникнення

спостерігалися за середньостатистичними показниками 12,97 випадків в групі А та 7,73 в групі Б. Це включає зусилля уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою, а також уникнення дій, місць чи людей, що спричиняють спогади про травму.

Щодо "фізіологічного збудження", воїни групи А мали більш виражені ознаки, ніж група Б: 12,34 за середньостатистичними показниками проти 5,23. Це проявляється у складнощах зі сном, дратівливості, складнощах у зосередженні уваги, постійному очікуванні загрози та підвищеній реакції на страх.

Насамперед варто наголосити, що існує достовірна відмінність за відповідями між першою та третьою групою опитуваних. Це свідчить про те, що індивідуальні особливості респондентів, у яких діагностувався високий рівень вираженості посттравматичного стресового розладу, відрізняються від індивідуальних особливостей опитуваних, в яких присутній низький рівень вираженості посттравматичного стресового розладу.

Що стосується тих чинників, які допомагали військовослужбовцям полегшити та пережити стресові ситуації, то для 1-ї («низької») групи досліджуваних найсильнішим таким чинником виявився відпочинок вдома, реабілітація та спокій. Крім того, досить яскраво вираженим позитивним чинником для цієї групи респондентів виявилася сімейна підтримка та підтримка друзів. Для 3-ї («високої») групи військовослужбовців, найсильнішим чинником, який допоміг пережити травмуючі події війни виявилася сімейна підтримка та підтримка друзів ($r = 0,2$; $p \leq 0,05$), а менш сильним чинником виявилася підтримка побратимів.

Далі було проведено анкетування респондентів за авторською анкетою дослідження чинників травматизації військовослужбовців. Як уже зазначалося, ця анкета вміщувала 20 запитань щодо наявності чинників, які

могли призвести до травматизації та чинників, що могли полегшити вихід зі стресової ситуації. На кожне запитання респондент повинен був дати відповідь «так» або «ні» й за бажання міг додати до кожного питання певну примітку.

Відповідно до відповідей опитуваних було складено таблицю позитивних відповідей респондентів на запитання анкети (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Відповіді респондентів на запитання авторської анкети

Запитання	Позитивна відповідь, %
1. Чи негативно впливає на Ваш психоемоційний стан спостереження за загибеллю або пораненням людей під час бойових дій?	82,5
2. Чи здійснює на Вас негативний вплив перебування в оточенні ворога, небезпека загибелі або поранення та інші схожі дуже небезпечні ситуації?	81,25
3. Чи має негативний вплив на Ваш психоемоційний стан недостатній досвід участі у війнах та бойових конфліктах?	26,25
4. Чи на Вас негативно впливає робота з тілами загиблих військових та цивільних або споглядання тіл загиблих?	27,5
5. Чи чинить на Вас негативний вплив необхідність фізичного знищення ворога?	17,5
6. Чи має на Вас негативний вплив неможливість задоволення базових потреб (у їжі, сні, відпочинку тощо) та відсутність звичних умов життя?	23,75
7. На Вас негативно впливає недостатнє матеріальне та нормативно-правове забезпечення військовослужбовців?	16,25
8. Чи присутня у Вас невпевненість, що держава буде піклуватися про Ваших рідних у разі втрати Вами працездатності або Вашої загибелі?	12,5
9. Чи впливають на Вас негативно думки про Вашу сім'ю, сімейні труднощі й проблеми?	22,5
10. Чи здійснює на Вас негативний вплив неможливість достатнього спілкування з родиною, близькими та друзями?	48,75
11. Чи допоміг Вам рівень підготовки пережити травмуючі події війни?	13,75
12. Чи допомогла наявність попереднього бойового досвіду полегшити стресові ситуації?	10
13. Чи допомогла Вам сімейна підтримка та підтримка друзів у	68,75

полегшенні стресових ситуацій?	
14. Чи допомогли Вам патріотичні або релігійні настанови у переживанні травмуючих подій?	32,5
15. Чи допоміг Вам відпочинок вдома, реабілітація та спокій пережити стресові ситуації війни?	81,25
16. Чи допомогли Вам грошові виплати пережити травмуючі події війни?	6,25
17. Чи допомогла Вам підтримка командира пережити стресові ситуації?	16,25
18. Чи допомогла Вам підтримка побратимів пережити стресові ситуації?	67,5
19. Чи допомогла помста за побратимів пережити складні ситуації?	7,5
20. Чи допомогли Вам музика або спорт пережити травмуючі події війни?	5

За результатами всієї вибірки вивчення наявності чинників травматизації у респондентів за авторською анкетною виявлено, що до найбільш поширених чинників травматизації військовослужбовців ЗСУ належать наступні:

- спостереження за загибеллю або пораненням людей під час бойових дій;
- перебування в оточенні ворога, небезпека загибелі або поранення та інші схожі дуже небезпечні ситуації;
- неможливість достатнього спілкування з родиною, близькими та друзями;
- робота з тілами загиблих військових та цивільних або споглядання тіл загиблих;
- недостатній досвід участі у війнах та бойових конфліктах;
- неможливість задоволення базових потреб (у їжі, сні, відпочинку тощо) та відсутність звичних умов життя;
- думки про сім'ю, сімейні труднощі й проблеми.

Менш значущими чинниками травматизації військових є: необхідність фізичного знищення ворога, недостатнє матеріальне та нормативно-правове

забезпечення військовослужбовців, а також невпевненість, що держава буде піклуватися про рідних у разі втрати військовим працездатності або його загибелі.

Що стосується чинників, які допомогли справитися з травмуючими ситуаціями на війні та пережити їх, то найбільш значущими є:

- відпочинок вдома, реабілітація та спокій;
- сімейна підтримка та підтримка друзів;
- підтримка побратимів.

До менш сильних чинників, які допомогли військовим впоратися та пережити стресові ситуації відносяться наступні: патріотичні або релігійні настанови; підтримка командира; рівень підготовки; наявність попереднього бойового досвіду; помста за побратимів; грошові виплати та музика або спорт.

Провівши анкетування за авторською анкетною, відповідно до відповідей опитуваних, було складено порівняльну таблицю результатів по двох групах, а саме «низька» та «висока» (табл. 2.5).

За результатами видно, що низькі результати переважають у чоловіків середнього віку 42 років та у жінок середнього віку 37 років, а високі результати відповідно: чоловіки – 29 років, жінки – 32 роки. Також високий відсоток ПТСР у жінок заміжніх та розлучених (по 50%), у чоловіків відповідно 16% і 36%. Слід відмітити, що високих показників ПТСР у неодружених та розлучених жінок взагалі немає, а однаковий відсоток 22% у «низькій» групі і у неодружених чоловіків, і у незаміжніх жінок.

Отже можна скласти «портрет» військовослужбовця чоловіка з ПТСР таким чином, що це чоловіки середнього віку 29 років, серед яких 36% розлучені, 27% неодружені, не зареєстрований шлюб офіційно 21% та 16% знаходяться в офіційному шлюбі. «Портрет» жінки з ПТСР це – жінка середнього віку 32 років, 50% з яких заміжні та 50% яких розлучені.

Таблиця 2.5

*Порівняльна таблиця результатів анкетування по двох групах
(«низька» та «висока»)*

Показник	Вибірка (n=80)			
	Низька до 80 балів сер. = 70		Висока 90 і більше Сер. = 95	
Вірогідність ПТСР	61%		12%	
Відсоток	49		10	
Кількість людей				
Стать	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Кількість людей	31	18	8	2
Середній вік	42	37	29	32
Одружені/заміжні	34%	37%	16%	50%
Неодружені	22%	22%	27%	-
Розлучені	15%	9%	36%	50%
Не зареєстрований шлюб офіційно	29%	32%	21%	-

Отже, провівши емпіричне дослідження чинників психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ, можемо підсумувати, що найсильнішими чинниками травматизації є наступні: перебування в оточенні ворога, небезпека загибелі або поранення та інші схожі дуже небезпечні ситуації; спостереження за загибеллю або пораненням людей під час бойових дій, а також робота з тілами загиблих військових та цивільних або споглядання тіл загиблих. На противагу зазначеним негативним чинникам, виявлено, що існують ще й чинники, що допомагають військовим переживати стресові події війни, до найсильніших таких чинників відносяться: відпочинок вдома, реабілітація та спокій; сімейна підтримка та підтримка друзів та підтримка побратимів.

2.3. Практичні рекомендації психологам, які проводять роботу з військовослужбовцями

Широкомасштабна війна, яка триває на території України, накладає значний відбиток на перебіг психічної діяльності та поведінку людей, особливо значний вплив вона здійснює на психологічний стан військовослужбовців, які щоденно зазнають впливу численних стресових факторів (перебування під обстрілами, застосування зброї на ураження живої сили ворога, поранення, загибель військових та цивільних, полон тощо) та в результаті отримують високу ймовірність виникнення нервово-психічного перенапруження, психічної травми, граничних нервово-психічних розладів та ін. Все це призводить також до збільшення суїцидальної активності, зниження ефективності виконання завдань за призначенням та до непоодиноких випадків небойових втрат. Запобігти таким наслідкам війни можливо за умови якісної профілактики психологічної травматизації військовослужбовців.

Перш за все зауважимо, що під профілактикою психологічної травматизації військовослужбовців ми розуміємо комплекс правових, організаційних, соціально-економічних, просвітницьких, медичних та психологічних заходів, що скеровані на попередження появи та розвитку негативних психічних станів і психічних розладів за допомогою організації сприятливих психологічних умов навчання, виконання бойових завдань, попередження професійного вигорання та деформації, психологічного виснаження тощо.

На наше глибоке переконання профілактика психологічної травматизації військовослужбовців повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході, а також вміщувати психологічні, медичні й соціальні заходи.

Відмінність між психопрофілактикою і психогігієною полягає у ролі

об'єкта та суб'єкта збереження психічного здоров'я. У психопрофілактиці багато посадових осіб займаються збереженням психічного здоров'я конкретної особи, у той час як у психогігієні важлива активна позиція самої особи у підтримці свого психічного здоров'я.

Світова Організація Охорони Здоров'я розрізняє три рівні психопрофілактики:

- Первинна психопрофілактика орієнтована на запобігання негативному впливу на психіку людини. На цьому рівні система психопрофілактики досліджує стійкість психіки до негативних впливів навколишнього середовища та способи збільшення цієї стійкості, а також запобігання психогенеративним захворюванням.
- Вторинна психопрофілактика рано виявляє початкові стадії нервово-психічних розладів, запобігаючи негативні наслідки або психологічні кризи.
- Третинна психопрофілактика спрямована на запобігання рецидивів та хронізації психічних станів.

У процесі організації заходів профілактики психологічної травматизації військовослужбовців необхідно передбачати їх реалізацію на всіх етапах військово-професійної діяльності, зокрема:

- 1) під час професійно-психологічного відбору на військову службу до Збройних Сил України;
- 2) на етапі підготовки або перепідготовки під час перебування в навчальних центрах чи загальновійськових полігонах, в тому числі перед відрядженням у район безпосереднього ведення бойових дій;
- 3) на етапі виконання завдань за призначенням під час участі в бойових діях;
- 4) у ході проведення медико-психологічної реабілітації у медичних та санаторно-курортних закладах України;
- 5) у процесі відновлення боєздатності військових частин та підрозділів після повернення з зони бойових дій.

Найбільш важливими, на наше переконання, профілактичними заходами психологічної травматизації військовослужбовців є наступні:

- ефективний професійно-психологічний відбір на військову службу;
- високий рівень професійної підготовки військових;
- заходи, що скеровані на формування готовності до діяльності в екстремальних умовах ведення бойових дій;
- розвиток нервово-психічної стійкості у важких та стресових ситуаціях;
- сучасне психопрофілактичне забезпечення професійної діяльності військових (спеціальні психокорекційні та психотерапевтичні втручання);
- навчання навичкам психопрофілактичної допомоги постраждалим від воєнних дій на території нашої держави;
- навчання способам психогігієни для зменшення ризику виникнення й розвитку різноманітних психічних розладів;
- обов'язкова медико-психологічна реабілітація після закінчення несення служби у зоні ведення бойових дій.

У процесі здійснення психопрофілактичної роботи психолог керується відповідними етичними та нормативними вимогами, які регламентують його професійну діяльність. Такі вимоги детально сформульовано у нормативно-правових документах психологічної служби у різноманітних сферах суспільної практики. Поряд з цим, психологу необхідно дотримуватись також і спеціальних правил, що регламентують організацію психопрофілактичної роботи, зокрема:

- 1) психолог наділений правом та повинен здійснювати усі психопрофілактичні заходи тільки в межах своєї професійної компетенції;
- 2) психолог спроможний розглядати тільки психологічні аспекти профілактики, адже у протилежному разі він може дискредитувати себе та втратити довіру з-поміж особового складу, що буде мати негативні

наслідки для його подальшої професійної діяльності;

- 3) за потреби психолог має можливість залучати до організації та проведення психопрофілактичних заходів інших потрібних осіб, до прикладу осіб на яких спрямовано психопрофілактичний вплив, представників суміжних професійних галузей тощо;
- 4) залучення інших суб'єктів до тих чи інших психопрофілактичних заходів повинно бути без примусу та вмотивованим;
- 5) завдання психолога полягає у забезпеченні системності та цілеспрямованості психопрофілактичних заходів, злагодженості та єдності дій усіх залучених суб'єктів психологічної профілактики травматизації.

Таким чином, завдяки теоретичному вивченню проблем психологічної травматизації військовослужбовців та проведеному емпіричному дослідженню, можемо надати низку загальних практичних рекомендацій щодо організації та здійснення діяльності психологів у роботі з військовослужбовцями ЗСУ. Ці рекомендації можуть бути використані як практикуючими психологами:

- 1) слід вчасно та кваліфіковано надавати першу психологічну допомогу усім військовослужбовцям, особливо тим, які перебували у зоні активного ведення бойових дій;
- 2) необхідно проводити не тільки індивідуальні, але й групові сесії, які здатні допомогти військовим подолати різноманітні психологічні проблеми;
- 3) потрібно періодично здійснювати профілактику посттравматичних стресових розладів у військових;
- 4) варто відігравати роль наставника, фасилітатора та друга у діяльності з військовими;
- 5) слід активно взаємодіяти як з державними, так і з недержавними організаціями, за потреби скеровувати військових в інші організації для

отримання необхідної допомоги;

- 6) потрібно залучати військовослужбовців до різноманітних активностей, до прикладу, до арттерапевтичних груп та ін.;
- 7) необхідно регулярно проводити психологічні тренінги для військовослужбовців.

Далі пропонуємо орієнтовну схему за якою може здійснюватися планування та організація психопрофілактичної роботи з військовослужбовцями:

На етапі проведення професійно-психологічного відбору в різних військових підрозділах і навчальних центрах використовуються певні методики та підходи для оцінки психічного стану осіб. Зокрема, під час цих заходів рекомендується:

- Фіксувати в картці професійного відбору інформацію про минулі травматичні події, такі як насильство або втрати, для отримання повної картини про психологічний стан особи.
- Зазначати в картці наявність сучасних проявів психологічної травматизації, описуючи їх характер, інтенсивність, тривалість та можливі причини виникнення.
- Виділяти осіб, які мають негативні показники за психологічними параметрами і робити відповідні записи у висновку професійного відбору. Це може включати осіб з низьким рівнем військово-професійної спрямованості, девіантною поведінкою, ознаками суїцидальних нахилів, пониженою психічною стійкістю тощо.
- Для виявлення індикаторів психологічної травматизації також можуть використовуватися спеціальні експрес-діагностичні методики, наприклад: методика «Скороченої шкали тривоги, депресії та ПТСР», методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану за О. Кокуном. Ці методи допомагають отримати більш детальну інформацію про стан особи у відношенні до її психічного здоров'я.

На різних етапах психологічної підготовки, супроводу, допомоги та

реабілітації військовослужбовців рекомендується проводити психодіагностичні заходи. Це дозволяє визначити осіб, які потребують психологічної підтримки, спрямованої на попередження психологічної травматизації.

Цей процес "сортування" допомагає виявити осіб, які потребують конкретних заходів психопрофілактики та психологічної допомоги, зокрема, в небойових ситуаціях. Це може бути проведено на різних етапах служби - від навчання до реабілітації після повернення з виконання військових завдань.

Важливо використовувати різні психодіагностичні методики на кожному етапі - від підготовки до відновлення боєздатності. Це допомагає ідентифікувати осіб, які потребують особливої уваги в плані психічного здоров'я та вчасно надавати їм необхідну допомогу для запобігання негативним наслідкам психологічної травматизації.

Отже, з огляду на проведені емпіричне дослідження нами були розроблені деякі практичні рекомендації профілактики психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ, що включають загальні рекомендації практичним психологам, які працюють з цією категорією населення, а також розроблено орієнтовну схему за якою може здійснюватися планування та організація психопрофілактичної роботи з військовослужбовцями.

ВИСНОВКИ

1. Після теоретико-методологічного аналізу сучасних підходів до психологічної травматизації у військовослужбовців стає очевидним, що вона поділяється на дві форми: "психологічну травматизацію", яка виникає від неспецифічних психологічних проявів внаслідок впливу бойових умов на психіку, і "психічну травматизацію", що характеризується специфічними психічними розладами. Термін "психологічна травматизація" відображає більш широкий спектр наслідків травматичних подій, що відбиваються на всіх аспектах функціонування особистості: в психічній, фізіологічній, соціальній, духовній сферах тощо.

2. Дослідження сучасних наукових підходів показує, що психологічна травматизація може виникнути не лише у тих, хто безпосередньо пережив травматичну подію, але й у свідків цих подій чи тих, хто про них дізнався через засоби масової інформації. Однак наявність травматичних подій не гарантує, що особа точно отримає психологічну травму. Що стосується впливу травматичного стресу, то ймовірність розвитку психологічної травматизації збільшується, але вона не є обов'язковою наслідком кожної травмуючої ситуації.

3. Проведене емпіричне дослідження чинників психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ засвідчило, що до найсильніших чинників травматизації відносяться: перебування в оточенні ворога, небезпека загибелі або поранення та інші схожі дуже небезпечні ситуації, спостереження за загибеллю або пораненням людей під час бойових дій, а також робота з тілами загиблих військових та цивільних або споглядання тіл загиблих. До найсильніших чинників, які допомогли військовим переживати стресові події війни та впоратися з ними належать: відпочинок вдома, реабілітація та спокій; сімейна підтримка та підтримка друзів, а також підтримка бойових побратимів.

З огляду на результати досліджень і практичний досвід, можна зробити висновок, що психопрофілактика є важливою складовою забезпечення психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ. Військова служба може бути надзвичайно складною і стресовою ситуацією, яка може призвести до психологічної травматизації.

Психопрофілактичні заходи спрямовані на запобігання і зниження ризику розвитку психологічних проблем серед військовослужбовців. Вони можуть включати навчання стратегій саморегуляції, підтримку соціальних зв'язків, психологічну підготовку до стресових ситуацій, сприяння психологічному супроводу під час військової служби та після неї.

Розробка і використання спеціальних психологічних програм, тренінгів і підручників можуть допомогти військовослужбовцям зрозуміти і керувати своїми емоціями, стресом та психічним станом. Урахування таких факторів, як особисті інтереси, сімейний та соціальний контекст, також є важливим аспектом психопрофілактики.

Важливо, щоб психопрофілактичні заходи були доступними для всіх військовослужбовців ЗСУ, незалежно від їх статусу, посади чи роду військової діяльності. Крім того, систематична оцінка ефективності цих заходів, а також постійне вдосконалення методів психопрофілактики є необхідними процесами, які допоможуть забезпечити оптимальне психічне благополуччя військовослужбовців ЗСУ.

Отже, загальні рекомендації щодо подальших досліджень психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ:

1. Провести широкомасштабне дослідження щодо поширеності психологічної травматизації серед військовослужбовців ЗСУ. Дослідження має охоплювати як діючих військовослужбовців, так і ветеранів.

2. Дослідити фактори, що сприяють психологічній травматизації військовослужбовців ЗСУ. До таких факторів можна віднести військові операції, досвід бойових дій, втрату товаришів, недостатню психологічну

підтримку та інші.

3. Дослідити наслідки психологічної травматизації для фізичного і психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ. Аналіз включає ризики розвитку психічних розладів, посттравматичного стресового розладу, зловживання алкоголем і наркотиками та інші проблеми, пов'язані зі здоров'ям.

4. Розробити та протестувати ефективні методи та підходи щодо попередження та лікування психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ. Це можуть бути психосоціальні програми, допомога психологів, групова та індивідуальна психотерапія та інші інтервенції.

5. Вивчення особливостей психологічної травматизації серед різних категорій військовослужбовців ЗСУ, зокрема жінок, осіб, які були залучені до бойових дій, та осіб, які були евакуйовані з зони бойових дій.

6. Порівняти підходи та програми з інших країн, які займаються проблемою психологічної травматизації серед військовослужбовців. Дослідження чужого досвіду може допомогти впроваджувати найкращі практики в Україні.

Ці рекомендації можуть слугувати підґрунтям подальших досліджень психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. І. Характеристика бойового стресу й основні симптоми бойових психічних травм. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. №2 (45). С. 7-13.
2. Березюк Т. П. Психологія травми: ключові поняття та шляхи адаптації в умовах військового конфлікту. *Освіта України в умовах воєнного стану: управління, цифровізація, євроінтеграційні аспекти*: збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції 25 жовтня 2022 року м. Київ. Київ: ДНУ «Інститут освітньої аналітики», 2022. С. 224-225.
3. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. Київ: Талком, 2019. 700 с.
4. Вінтоняк В., Рибчук О., Недвига О. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. №68(4). С. 29-36.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*. 2015. № 1(74). С. 378-390.
7. Друзь О. В., Черненко І. О. Аналіз бойової психічної травми в учасників локальних бойових дій. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти*: збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М. Київ: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. С. 168-179.
8. Євсюков О. П., Садковий В. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. *Проблеми екстремальної та кризової психології*: збірник наукових праць. Харків, 2010. Випуск 7. С. 120-128.

9. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108-111.
10. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
11. Коваль Д. О. Історичне підґрунтя виникнення та зміст поняття «психологічна травма». *Європейський вибір України, розвиток науки та національна безпека в реаліях масштабної військової агресії та глобальних викликів XXI століття* (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права): у 2 т.: матеріали Міжнар.наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 червня 2022 р.) / за загальною редакцією С. В. Ківалова. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2022. Т. 2. С. 577-579.
12. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків: НА НГУ, 2018. 488 с.
13. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. №17. С. 104-111.
14. Кучманич І.М., Мороз Р.А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2017. Випуск 36. С. 146-159.
15. Лебединець Н.В., Плиска О.І., Мельниченко О.С., Шкробанець І.Д. Актуальні питання медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій: досвід та перспективи. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2019. №2. С. 105-110.
16. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. №50(2). С. 65-73.
17. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені*

записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6. С. 68-72.

18. Пивоварова Г. С. Партнерські відносини в освіті як засіб подолання посттравматичного стресу студентів в умовах військового конфлікту. Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни: міжнар. наук.-практ. видання / за заг. ред. І. Маноха, Г. Собчук. Варшава. Київ, 2018. С. 374-382.

19. Приходько І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія*. 2018. №1. С. 1-17.

20. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України: метод. посіб. / Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Київ: Вид. «КНТ», 2023. 302 с.

21. Сівчук П. Психологічна травма війни та її соціально-культурні наслідки. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39821/2/ICBuTS_2022_Sivtchouk_P-Psychological_trauma_175-177.pdf (дата звернення: 04.08.2023).

22. Титаренко Т.М. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ: Рута, 2001. 320 с.

23. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.

24. Хміляр О. Ф., Зубовський Д. С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. Т. 2. №3. С. 1-18.

25. Хоружий С. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців Збройних Сил України: метод. посіб.: у 2 ч. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. Ч. 2. 87 с.

26. Якимець В. М., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Якимець В. В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної

- безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. №3 (93). С. 41-50.
27. Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide. Charles R. Figley SAGE Publications. 2012. 904 p.
28. Erin Martz. Trauma Rehabilitation After War and Conflict. Community and Individual Perspectives. New York, Springer, 2010.
29. Pedersen D. Rethinking Trauma as a Global Challenge. In Trauma and Migration. *Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Immigrants*. 2015. P. 9-31.
30. Robicsek O., Makhoul B., Klein E., Brenner B., Sarig G. Hypercoagulation in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. *IMAJ*. 2011. Vol. 13.
31. WHO guidelines on conditions specifically related to stress / World Health Organization, 2013. 273 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

“Ключ”

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

Авторська анкета дослідження чинників травматизації військовослужбовців

**Авторська анкета дослідження чинників травматизації
військовослужбовців**

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

***Інструкція:** Вам пропонується ряд запитань щодо чинників, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан та щодо чинників, які могли полегшувати адаптацію або вихід із стресової ситуації. Вам потрібно обрати відповідь «Так» або «Ні».*

Запитання	Так	Ні	Примітка
1. Чи негативно впливає на Ваш психоемоційний стан спостереження за загибеллю або пораненням людей під час бойових дій?			
2. Чи здійснює на Вас негативний вплив перебування в оточенні ворога, небезпека загибелі або поранення та інші схожі дуже небезпечні ситуації?			
3. Чи має негативний вплив на Ваш психоемоційний стан недостатній досвід участі у війнах та бойових конфліктах?			
4. Чи на Вас негативно впливає робота з тілами загиблих військових та цивільних або споглядання тіл загиблих?			
5. Чи чинить на Вас негативний вплив необхідність фізичного знищення ворога?			
6. Чи має на Вас негативний вплив неможливість задоволення базових потреб (у їжі, сні, відпочинку тощо) та відсутність звичних умов життя?			
7. На Вас негативно впливає недостатнє матеріальне та нормативно-правове забезпечення військовослужбовців?			
8. Чи присутня у Вас невпевненість, що держава буде піклуватися про Ваших рідних у разі втрати Вами працездатності або Вашої загибелі?			
9. Чи впливають на Вас негативно думки про Вашу сім'ю, сімейні труднощі й проблеми?			
10. Чи здійснює на Вас негативний вплив неможливість достатнього спілкування з родиною, близькими та друзями?			

11. Чи допоміг Вам рівень підготовки пережити травмуючі події війни?			
12. Чи допомогла наявність попереднього бойового досвіду полегшити стресові ситуації?			
13. Чи допомогла Вам сімейна підтримка та підтримка друзів у полегшенні стресових ситуацій?			
14. Чи допомогли Вам патріотичні або релігійні настанови у переживанні травмуючих подій?			
15. Чи допоміг Вам відпочинок вдома, реабілітація та спокій пережити стресові ситуації війни?			
16. Чи допомогли Вам грошові виплати пережити травмуючі події війни?			
17. Чи допомогла Вам підтримка командира пережити стресові ситуації?			
18. Чи допомогла Вам підтримка побратимів пережити стресові ситуації?			
19. Чи допомогла помста за побратимів пережити складні ситуації?			
20. Чи допомогли Вам музика або спорт пережити травмуючі події війни?			